

# DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG

Differentielle Gestaltung in experimentellen Designs  
und in der psychotherapeutischen Behandlung

Dissertation

Zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

des Fachbereichs Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

**Isabel Christin Schamong**

aus Flensburg

Marburg an der Lahn, Juni 2022

Vom Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg  
(Hochschulkenziffer 1180) als Dissertation angenommen am

Erstgutachterin: Prof. Dr. Eva-Lotta Brakemeier

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Hanna Christiansen

Tag der Disputation: 22.09.2022

“It’s the relationship that heals.”

Irving Yalom



Danke!

Die Danksagung ist nicht Teil der Veröffentlichung

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1 ZUSAMMENFASSUNG UND ABSTRACT .....</b>	<b>1</b>
1.1 Zusammenfassung.....	1
1.2 Abstract .....	4
<b>2 THEORETISCHER HINTERGRUND .....</b>	<b>7</b>
2.1 What works for whom? .....	7
2.2 Wirkfaktoren von Psychotherapie.....	8
2.3 Die therapeutische Beziehungsgestaltung und therapeutische Allianz .....	8
2.3.1 Definition, Operationalisierung und Wirkweise .....	8
2.3.2 Die Rolle von Patient*innen in Bezug auf die therapeutische Allianz .....	11
2.3.3 Die Rolle von Therapeut*innen in Bezug auf die therapeutische Allianz .....	11
2.3.4 Der Einfluss interpersonellen Verhaltens auf Allianz und Outcome.....	12
2.3.5 Der interpersonelle Wirkmechanismus der Allianz – Das state-trait Modell .....	13
2.3.6 Das CBASP-Modell der persistierenden Depression und die Rolle der Allianz .....	15
2.4 Erwartungen als Wirkfaktor der Psychotherapie .....	17
<b>3 DARSTELLUNG DES DISSERTATIONSVORHABENS .....</b>	<b>19</b>
3.1 Herleitung und Relevanz der Fragestellungen .....	19
3.2 Fragestellungen der einzelnen Studien .....	23
<b>4 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIEN.....</b>	<b>25</b>
4.1 Studie I.....	25
4.2 Studie II.....	28
4.3 Studie III.....	30
4.4 Studie IV .....	32
<b>5 DISKUSSION.....</b>	<b>34</b>
5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse .....	34
5.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit .....	44
5.3 Perspektiven für weitere Forschung .....	46
5.4 Implikationen für die klinische Praxis.....	51
5.5 Fazit .....	56
<b>LITERATUR.....</b>	<b>58</b>

<b>ANHANG.....</b>	<b>71</b>
Anhang A: Publikationen .....	71
Anhang B: Curriculum Vitae und Publikationsverzeichnis.....	172
Anhang C: Eidesstattliche Erklärung.....	173





# 1 Zusammenfassung und Abstract

## 1.1 Zusammenfassung

Mittlerweile gibt es keinen Zweifel mehr daran, dass Psychotherapie wirkt. Zahlreiche Metaanalysen belegen, dass sich etwa 80% der Patient\*innen<sup>1</sup> besser entwickeln im Vergleich zu nicht-behandelten Kontrollgruppen (Wampold & Imel, 2015). Gleichzeitig zeigen Studien zu etablierten Psychotherapien mindestens ein Drittel bis die Hälfte der Patient\*innen, die am Ende als Nonresponder bezeichnet werden müssen, und sogar 60–80 %, die nicht in die Remission gelangen oder nach Psychotherapie einen Rückfall erleiden (u.a. Lambert, 2017). Hier besteht Optimierungsbedarf. In Bezug auf die Frage, was wirkt, gilt die therapeutische Allianz mittlerweile als der am häufigsten untersuchte und robusteste allgemeine Wirkfaktor (Norcross & Lambert, 2018; Wampold & Imel, 2015). Ergänzend sehen Vertreter\*innen des kontextuellen Modells u.a. auch Erwartungen als wichtigen allgemeinen Wirkfaktor für erfolgreiche Psychotherapie an (Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017). Die Forschung hat allerdings bislang keine erschöpfenden Antworten dazu geliefert, wie und warum Psychotherapie wirkt. Gleichzeitig fehlen weiterhin Antworten auf die Frage, was für welche\*n Patient\*in wie wirkt – *what works for whom?* – vor allem in Bezug auf die therapeutische Beziehungsgestaltung im Rahmen der Allianz und Erwartungen. Die Auseinandersetzung mit ebendieser Frage ist ein wichtiges Ziel der Psychotherapie- und insbesondere der Prozessforschung. Langfristig kann ein differenzierteres Verständnis für Veränderungs- und Wirkmechanismen zu einer fortlaufenden Behandlungsoptimierung sowie generellen Verbesserung der Wirksamkeit führen.

Die übergeordnete Zielsetzung dieses kumulativen Dissertationsvorhabens besteht entsprechend darin, die sogenannte differentielle therapeutische Beziehungsgestaltung genauer zu beleuchten. Die differentielle Beziehungsgestaltung definieren wir als flexible und fortlaufende Adaptation des therapeutischen Beziehungsverhaltens, aufbauend auf einer individuellen Fallkonzeption und abgestimmt auf die Bedürfnisse und das Beziehungsverhalten von Patient\*innen (angelehnt an Sachse, 2000, nach Caspar & Grawe, 1982; Stucki, 2004). Im Rahmen der Dissertation nutzen wir verschiedene Perspektiven und unterschiedliche methodische Ansätze, um drei spezifische Ziele anhand von vier Studien zu verfolgen: (1) Zunächst wurde der aktuelle Forschungsstand in Bezug auf die *differentielle Beziehungsgestaltung* in der klinischen Praxis mithilfe eines unsystematischen Reviews abgebildet (*Studie I*). Durch das Review wurde unter anderem deutlich, dass in der Forschungslandschaft ein Mangel an experimentellen Studien herrscht in Bezug auf die Frage, welcher therapeutische Stil für welche\*n Patient\*in hilfreich ist.

<sup>1</sup> Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde versucht, eine durchgehend genderneutrale Sprache zu verwenden (bspw. „Patient\*innen“). Bei Abweichungen sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass immer alle Geschlechter eingeschlossen sind.

(2) Aus diesem Grund wurde mithilfe von zwei experimentellen Designs die Umsetzung einer gezielten Variation des therapeutischen interpersonalen Stils in realistischen Settings im Sinne einer *experimentellen Beziehungsgestaltung* überprüft (Studien II und III). Das Review wies zudem auf die interpersonellen Charakteristika von Patient\*innen als wichtige Komponente für die Beziehungsgestaltung hin, die spezifisch adressiert werden sollte, bspw. durch korrigierende heilsame Beziehungserfahrungen bei frühen traumatisierenden Erfahrungen. Hierbei ist der Psychotherapieansatz des *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) hervorzuheben. Dieser wurde speziell für Patient\*innen mit persistierender depressiver Störung (PDD) entwickelt, die häufig frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen im Rahmen von Kindesmisshandlung durchlebt haben und aktuelle interpersonelle Konflikte aufweisen (McCullough, 2003). (3) Daher wurde in Studie IV die *psychotherapeutische Beziehungsgestaltung* im Zusammenhang mit der Allianz als interpersoneller Wirkfaktor bei Patient\*innen mit PDD einer CBASP-Behandlung genauer untersucht.

In Studie I wurde in einer Übersichtsarbeit die Thematik der *differentiellen Beziehungsgestaltung* in der Verhaltenstherapie theoretisch sowie empirisch eingeführt und eingebettet. Diese wurde vor dem Hintergrund von (a) Therapiephasen, (b) Bedürfnissen, Motiven und Erwartungen sowie (c) frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen diskutiert. Offene Fragen wurden in Bezug auf eine individualisierte und empirisch verankerte therapeutische Beziehungsgestaltung erörtert. Im Artikel wird vorgeschlagen, im Rahmen einer individuellen Fallkonzeption folgende Abstufungen der Beziehungsgestaltung in der psychotherapeutischen Praxis und Forschung zu berücksichtigen: die (a) unspezifische (im Sinne der Basisvariablen), (b) indizierte (vor dem Hintergrund der individuellen Problematik) und (c) spezifische (verfolgt konkrete Behandlungsziele) Beziehungsgestaltung.

In Studie II (*ExTheRel*) und Studie III (*InterAct*) wurde aufgrund der bereits beschriebenen Forschungslücke die *Beziehungsgestaltung experimentell* untersucht. Hierbei überprüften wir die Machbarkeit einer gezielten Variation zweier unterschiedlicher therapeutischer Stile (beziehungsorientiert vs. sachorientiert) auf konzeptueller Grundlage des interpersonalen Circumplex. In beiden Studien konnte diese gezielte Variation in einem einmaligen Beratungsgespräch unter realistischen Bedingungen bei gesunden Proband\*innen mit interpersonellen Konflikten erfolgreich umgesetzt werden. Die therapeutische Allianz wurde in Studie II (N = 64) durchgehend hoch eingeschätzt und Proband\*innen berichteten eine signifikante Symptomreduktion, unabhängig vom angewandten Stil. In Studie III (N = 80) wurde das experimentelle Design um Erwartungen an den therapeutischen Stil erweitert. In einem 2x2 Design erhielten Proband\*innen entweder den erwarteten oder gegenteiligen Stil. Sie nahmen durchweg hohe Allianz und Zufriedenheit mit der Beratung wahr und zeigten sich zwei Wochen nach dem Gespräch weniger beeinträchtigt durch den Konflikt – unabhängig von Stil, Erwartungen und ihrer Interaktion. Diese beiden Studien zur *experimentellen*

*Beziehungsgestaltung* liefern erste Belege, dass es für Berater\*innen möglich ist, ihren interpersonellen Stil aktiv und bewusst zu variieren und dabei positive Allianzen zu formen, unabhängig vom Beratungsstil und/oder Erwartungen hieran und Verletzungen ebendieser. Zudem zeigen sich einmalige psychologische Beratungsgespräche zu interpersonellen Konflikten in einer gesunden Stichprobe wirksam in Bezug auf Beeinträchtigung und Belastung durch Konflikte. Die innovativen Designs können als Grundlage für weitere Prozessforschung in psychologischer Beratung und Psychotherapie dienen.

Im Review (Studie I) zeigte sich des Weiteren, dass die spezifische Beziehungsgestaltung insbesondere dann wichtig ist, wenn interaktionelle Schwierigkeiten adressiert werden sollen. Daher sollte in Studie IV der interpersonelle Wirkmechanismus der Allianz im Rahmen der *psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung* in einer Stichprobe mit ebendiesen interpersonellen Schwierigkeiten genauer untersucht werden. Dieses Projekt war eingebettet in eine Studie zur Untersuchung der Wirksamkeit eines stationären, individualisierten CBASP Konzeptes (*CBASPersonalized*) bei Patient\*innen mit PDD. Ziel von Studie IV war es, ein unlängst aufgestelltes Modell von Zilcha-Mano (2017) zur Allianz in dieser Stichprobe zu prüfen. Das Zweikomponentenmodell differenziert a) eine eigenschaftsbezogene Komponente der Allianz (*trait-Allianz*) – die allgemeine Fähigkeit, zufriedenstellende Beziehungen aufzubauen – und (b) eine zustandsbezogene Komponente der Allianz (*state-Allianz*) – Veränderungen in der direkten therapeutischen Interaktion. Pfad- und Mediationsanalysen bestätigten die Passung des Modells und den bereits häufig nachgewiesenen Effekt der state-Allianz (therapeutischen Allianz) auf die depressive Symptomatik. Darüber hinaus führten positive Veränderungen in der state-Allianz auch zu einer größeren Abnahme von interpersonellen Problemen (*trait-Allianz*), die sich wiederum positiv auf die Abnahme der depressiven Symptomatik auswirkte. Die Ergebnisse können als vorläufige Evidenz für den in der CBASP-Behandlung vorgeschlagenen Veränderungsmechanismus der korrigierenden Beziehungserfahrungen gewertet werden, wonach eine positive und tragfähige therapeutische Allianz – die während der Therapie gezielt genutzt wird – interpersonelle Fähigkeiten verbessert, die wiederum zu einem besseren Behandlungsergebnis führen.

Insgesamt untermauern die Studienergebnisse die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehungsgestaltung aus klinischer und wissenschaftlicher Perspektive und liefern erste Erkenntnisse zu (a) der differentiellen Gestaltung in der Praxis, (b) Möglichkeiten zur experimentellen Gestaltung sowie (c) zugrundeliegenden interpersonellen Veränderungs- und Wirkmechanismen der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung bei Patient\*innen mit interpersonellen Schwierigkeiten. Gleichzeitig sollten bei der Interpretation der Ergebnisse einige Limitationen berücksichtigt werden, wie methodische Einschränkungen und kleine Stichprobengrößen. Langfristig können die Studien als Grundlage für weitere Forschungsdesigns (u.a. zur Identifikation von Moderatoren und Mediatoren) sowie für die Entwicklung von Indikationskriterien für eine individualisierte Beziehungsgestaltung während längerer Psychotherapieprozesse dienen.

## 1.2 Abstract

Despite the fact that psychotherapy has proven effective (e.g., Wampold & Imel, 2015), research has provided few answers as to how and why psychotherapy works. Numerous meta-analyses show that about 80% of patients develop better compared to untreated control groups (Wampold & Imel, 2015). At the same time, studies of established psychotherapies show at least one-third to one-half of patients as nonresponders, and as many as 60-80% fail to reach remission or relapse after psychotherapy (e.g., Lambert, 2017). As such, there is a need for improvement. Moreover, research has not yet provided exhaustive answers about how and why psychotherapy works. Evidently, psychotherapies are complex and dynamic processes with a multitude of interrelated influencing variables. Herein, therapeutic relationship formation and, consequently, the therapeutic alliance are of central importance to any psychotherapy – both from a clinical and a scientific perspective. The alliance is considered the most widely studied and robust common factor (Norcross & Lambert, 2018; Wampold & Imel, 2015). In addition, advocates of the contextual model also consider expectations an important common factor for successful psychotherapy (Mulder, Murray, & Rucklidge, 2017). At the same time, answers to the question of *what works for whom?* continue to be lacking – especially in regard to therapeutic relationship formation in the context of alliance and expectations. Addressing this question is an important goal of psychotherapy process research. In the long run, a more differentiated understanding of change mechanisms can lead to a continuous optimization of the treatment of each patient and overall improved effectiveness.

Therefore, the overarching goal of this cumulative dissertation project was to shed more light on the so-called differential therapeutic relationship formation. We define differential relationship formation as a flexible and ongoing adaptation of therapeutic relationship behavior, based on an individual case conception and tailored to the needs and relationship behavior of patients (adapted from Sachse, 2000, based on Caspar & Grawe, 1982; Stucki, 2004). Different perspectives and various methodological approaches were used to pursue three specific objectives by means of four studies: (1) The current state of research on *differential relationship formation* was illustrated by means of an unsystematic literature review (*study I*). Among other aspects, the review revealed a lack of experimental studies regarding the question of which therapeutic style is helpful for which patient. (2) Therefore, two experimental designs were developed to test the targeted variation in the therapeutic interpersonal style in realistic settings in terms of *experimental relationship design* (*studies II and III*). The review also pointed to interpersonal characteristics of patients as an important component of relationship formation. The relationship should be shaped specifically by pursuing specific treatment goals, such as corrective healing relational experiences in patients with early traumatizing experiences. In this regard, the psychotherapy approach of the *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy* (CBASP) should be highlighted, which was developed specifically for patients with persistent depressive disorder (PDD), who have oftentimes

suffered early traumatizing relationship experiences in terms of childhood maltreatment and display current interpersonal conflicts (McCullough, 2003). (3) Therefore, we wanted to further examine *psychotherapeutic relationship formation* in the context of alliance as an interpersonal change agent in patients\* with PDD receiving CBASP-treatment (*study IV*).

In study I, *differential relationship formation* in Cognitive Behavioral Therapy (CBT) was theoretically and empirically embedded in an unsystematic literature review. It was discussed against the backdrop of (a) therapeutic phases, (b) needs, motives, and expectations, and (c) early traumatizing relationship experiences. Open questions were raised regarding an individualized and empirically supported therapeutic relationship formation. In the context of individualized case conceptualizations, the following gradations of relationship formation should be considered in psychotherapeutic practice and research: (a) non-specific (in terms of basic therapeutic variables), (b) indicated (against the backdrop of the patient's individual problems), and (c) specific (pursuing particular treatment goals) relationship formation.

Given the research gap described earlier, we investigated *experimental relationship formation* in study II (*ExTheRel*) and study III (*InterAct*). We examined the feasibility of a targeted variation of two different therapeutic styles (relationship-focused vs. problem-focused) on the conceptual basis of the interpersonal circumplex. The implementation proved successful in both studies under realistic, face-to-face conditions in a single counseling session amongst healthy subjects with interpersonal conflicts. The alliance was consistently rated high in study II (N = 64) and subjects reported significant symptom reduction, regardless of the style. In Study III (N = 80), the experimental design was extended to include expectations of therapeutic style. In a 2x2 design, participants received either the expected or opposite therapeutic style. Two weeks after the session, participants felt less impaired by the conflict and perceived high alliance and satisfaction with the session, regardless of therapeutic style, expectations, or their interaction. These two studies on *experimental relationship formation* provide initial evidence for the possibility of counselors to actively and deliberately vary their interpersonal therapeutic style, forming positive alliances, regardless of counseling style and/or expectations and violations hereof. Moreover, one-time psychological counseling sessions on interpersonal conflicts seem to be effective in healthy samples with respect to impairment and distress caused by these very conflicts. The innovative designs can serve as a basis for further process research in the field of psychological counseling and psychotherapy.

The review (study I) further showed that the specific relationship formation is particularly important when interpersonal difficulties should be addressed in psychotherapy. In Study IV, we therefore aimed to investigate the interpersonal mechanism of action of the alliance in the context of specific *psychotherapeutic relationship formation* in a sample of patients with these very interpersonal

difficulties. This project was embedded in a comprehensive study to investigate the effectiveness of an inpatient, individualized CBASP concept (*CBASPersonalized*) in patients with PDD. The aim of Study IV was to apply a recently proposed model of the alliance by Zilcha-Mano (2017) in light of the interpersonal characteristics of patients in the above sample. The model differentiates (a) a trait-like alliance – the general ability to form satisfying relationships and (b) a state-like alliance – changes in the direct interaction with the therapist. Path and mediation analyses demonstrated a good fit of the model and replicated the frequently demonstrated effect of the state-alliance (therapeutic alliance) on depressive symptomatology. In addition, positive changes in the state-like alliance led to a greater decrease in interpersonal problems (trait-alliance), which in turn had a positive effect on depressive symptomatology. The results can be taken as preliminary evidence for the change mechanism of corrective relational experiences proposed in CBASP-treatment, according to which a positive and sustainable therapeutic alliance improves interpersonal skills, which in turn lead to better treatment outcome.

Overall, the study results support the significance of therapeutic relationship formation and alliance from a clinical and scientific perspective and provide first insights in terms of (a) differential relationship formation in clinical practice, (b) possibilities for experimental designs of relationship formation, and (c) underlying interpersonal mechanisms of change and action of psychotherapeutic relationship formation in patients with interpersonal difficulties. At the same time, some limitations should be considered, such as methodological shortcomings and rather small sample sizes. In the long run, however, the studies could serve as a basis for further research designs (including the identification of moderators and mediators) and the development of indication criteria for a personalized relationship formation.

## 2 Theoretischer Hintergrund

### 2.1 What works for whom?

Im Laufe der vergangenen Jahrzehnte haben sich Psychotherapie und viele spezifische Behandlungsformen und -ansätze als wirksam erwiesen (Kazdin, 2007). Gleichzeitig zeigen Studien zu den etablierten Psychotherapien, dass mindestens ein Drittel bis die Hälfte der Patient\*innen zu Therapieende als Nonresponder bezeichnet werden müssen, und sogar 60–80 % nicht in die Remission gelangen oder nach Psychotherapie einen Rückfall erleiden (u.a. Lambert, 2017). Hier besteht Optimierungsbedarf. Es fehlen zudem erschöpfende Antworten auf die Frage, wie und warum therapeutische Veränderung tatsächlich zustande kommt (siehe auch Brakemeier & Herpertz, 2019). Obgleich stetig neue psychotherapeutische Behandlungsformen und -manuale aufkommen, entwickelt sich zunehmendes Verständnis für die zugrundeliegenden Veränderungsprozesse nur langsam (Hofmann & Hayes, 2019). Offenkundig sind Psychotherapien komplexe und dynamische Prozesse mit einer Vielzahl von ineinander verwobenen Einflussfaktoren. Im Rahmen von Psychotherapieforschung wurde allerdings den eigentlichen psychotherapeutischen Prozessen bislang eher wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Hierbei lag die Outcomeforschung deutlich mehr im Fokus als die Prozessforschung – sprich wie gut Therapie wirkt im Gegensatz zu wie und warum sie wirkt (Mulder et al., 2017). Dabei ist die Frage nach *what works for whom?* von zentraler Bedeutung – ergo wie Psychotherapie wirkt, was genau wirkt und unter welchen Bedingungen und Kontextfaktoren (siehe auch Mulder et al., 2017). Seit Gordon L. Paul diese Frage 1967 zum ersten Mal aufwarf, wird sie durch verschiedene Forscher\*innengruppen immer wieder aufgegriffen (Hofmann & Hayes, 2019; Kazdin, 2007; Norcross & Wampold, 2010). Die Beantwortung scheint der Schlüssel zur Bereitstellung der bestmöglichen Behandlung für jede\*n Patient\*in zu sein. Zugrundeliegende Mechanismen und Prozesse sind komplexe und ineinandergreifende Beziehungen von allgemeinen und spezifischen therapeutischen Wirkfaktoren. Die Aufschlüsselung dieser Veränderungsmechanismen und Wirkprozessen stellt eine Herausforderung dar und es gibt bis dato nur wenig Evidenz für vermutete Mechanismen spezifischer Behandlungen und Störungen (Kazdin, 2007; Wampold & Imel, 2015). Insgesamt herrscht ein Mangel an experimentellen Designs, Dismantling Studien und komparativen sowie additiven Designs, die gleichzeitig bislang wenig Belege für Unterschiede zwischen Behandlungsformen liefern (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Kirsch, Wampold, & Kelley, 2016). Dies steht im Einklang mit dem bekannten *Dodo bird* Verdikt: „At last the Dodo said: Everybody has won and all must have prizes.“, welches als Sinnbild für die Wirksamkeitsdebatte im Rahmen von Psychotherapieforschung gesehen wird (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019).

Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die Wirkfaktoren von Psychotherapie gegeben (Abschnitt 2.2) und genauer auf die therapeutische Beziehungsgestaltung sowie die therapeutische

Allianz (Abschnitt 2.3) eingegangen. Hierbei werden sowohl Therapeut\*innenvariablen als auch Patient\*innenvariablen genauer beleuchtet und ein Modell für den interpersonellen Wirkmechanismus der therapeutischen Allianz vorgestellt. Zuletzt wird auf Erwartungen (Abschnitt 2.4) als weiteren wichtigen allgemeinen Wirkfaktor eingegangen.

## 2.2 Wirkfaktoren von Psychotherapie

Befürworter\*innen des kontextuellen Metamodells schlagen vor, dass erfolgreiche Psychotherapie insbesondere durch allgemeine, kontextuelle Faktoren bestimmt wird, wie die therapeutische Allianz und Erwartungen und weniger durch spezifische Faktoren, wie eine bestimmte Behandlungstechnik (Mulder et al., 2017; Wampold & Imel, 2015). Lambert und Barley (2001) postulieren, dass die Allianz für 30% und Erwartungen für 15% des Therapieerfolgs verantwortlich sind (neben 15% spezifischer Effekte und nicht-therapeutische Veränderungen wie Spontanremissionen von 40%). Die Trennung einzelner Wirkfaktoren scheint allerdings weder zielführend noch sinnvoll, auch weil sich empirische Belege für positive Zusammenhänge zwischen spezifischen Techniken und der therapeutischen Allianz zeigen (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013). Insgesamt sollte daher nicht die Debatte über allgemeine vs. spezifische Faktoren im Mittelpunkt stehen, sondern vielmehr die Entschlüsselung und damit ein besseres Verständnis von zugrundeliegenden Wirk- und Veränderungsmechanismen. Diese beschreiben die darunterliegenden Abläufe und Prozesse (das *Wie*) hinter den einzelnen Faktoren (das *Was*), welche die Interaktion zwischen Therapeut\*in und Patient\*in im Rahmen von Psychotherapie abbilden.

## 2.3 Die therapeutische Beziehungsgestaltung und therapeutische Allianz

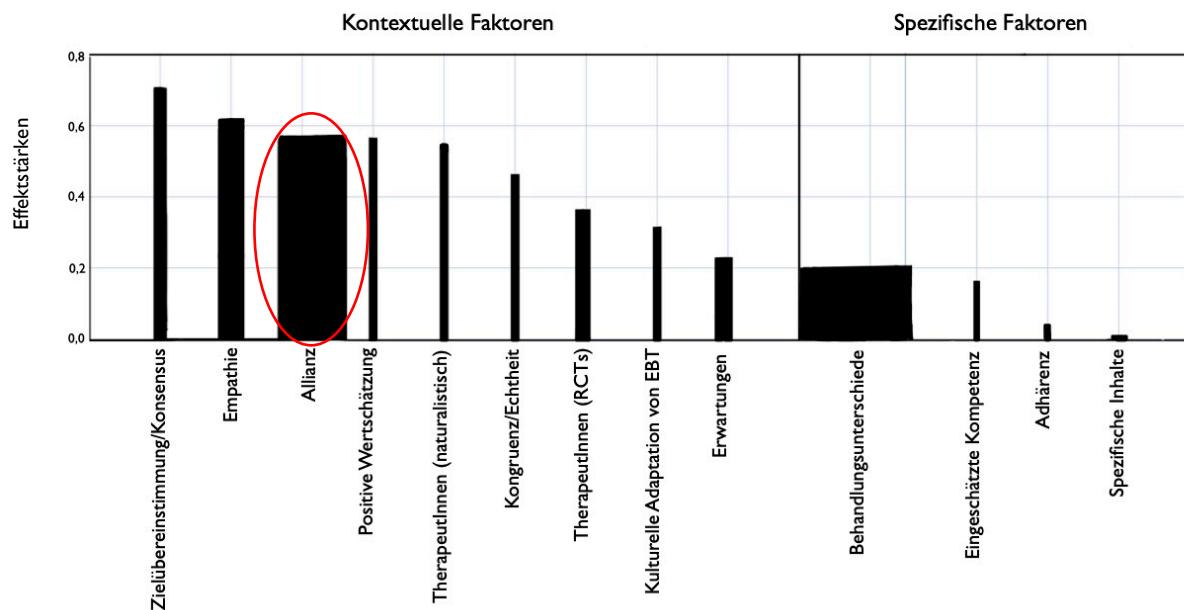
### 2.3.1 Definition, Operationalisierung und Wirkweise

Die therapeutische Beziehungsgestaltung zielt auf den Aufbau und die Entwicklung eines Arbeitsbündnisses zwischen Patient\*in/ Klient\*in und Therapeut\*in/ Berater\*in ab und beinhaltet darüber hinaus eine emotionale Komponente. Die Beziehungsgestaltung wirkt sich dabei unmittelbar auf Patient\*innen sowie Veränderungsprozesse und das Therapieoutcome aus (Sachse, 2016). Therapeut\*innen sollten die Beziehung intentional sowie zielgerichtet und nach den Bedürfnissen, Motiven und Voraussetzungen der Patient\*innen gestalten, bspw. dem Ausmaß an Vertrauen oder der Bereitschaft zur Selbstöffnung (Sachse, 2016). Insbesondere in neueren „Dritte Welle“ Verfahren wird die Beziehung gezielt und bewusst als Behandlungselement genutzt, mit dem Fokus auf größtmöglichem Nutzen für die oder den einzelne\*n Patient\*in. Somit kann die differentielle Beziehungsgestaltung als flexible und fortlaufende Adaptation des therapeutischen Beziehungsverhaltens verstanden werden, aufbauend auf einer individuellen Fallkonzeption und abgestimmt auf die Bedürfnisse und das Beziehungsverhalten von Patient\*innen (angelehnt an Sachse, 2000, nach Casper & Grawe, 1982; Stucki, 2004). Dies entspricht im Wesentlichen einer differenziellen



Behandlungsplanung auf Basis eines integrativen Störungsmodells (siehe Rief & Strauß, 2018). Die Beziehung gestaltet sich in Abhängigkeit von eigenschaftsbezogenen (trait) und zustandsbezogenen (state) Variablen der Patient\*innen (Vgl. Zilcha-Mano, 2017; siehe auch. Abschnitt 2.3.5). Ziel sollte eine zunehmende empirische Verankerung der differentiellen Beziehungsgestaltung zur Schaffung einer langfristigen Evidenzbasierung sein.

Die therapeutische Allianz geht über die Beziehungsgestaltung durch Therapeut\*innen hinaus, da hierbei nun beide Parteien aktiv ins Spiel kommen und entscheidend für den Aufbau, die Ausgestaltung und das Erleben der oben genannten emotionalen Bindung und des Arbeitsbündnisses sind (siehe auch Sachse, 2016). Die therapeutische Allianz gilt im Rahmen des kontextuellen Modells der Psychotherapie als der am besten untersuchte allgemeine Wirkfaktor, mit einer unbestrittenen Bedeutung für Psychotherapie – sowohl aus klinischer als auch aus wissenschaftlicher Sicht (Mulder et al., 2017; Norcross & Lambert, 2018; Wampold & Imel, 2015; siehe auch Abbildung 1). Als pantheoretisches Konstrukt gilt dies über verschiedene Therapieformen sowie Settings hinweg. Schulenübergreifend weisen Psychotherapiemodelle auf die Bedeutsamkeit für eine erfolgreiche Therapie hin (Frank & Frank, 1993; Grawe, 2000; Orlinsky & Jowards, 1987; Wampold & Imel, 2015).



**Abbildung 1.** Darstellung der Effektgrößen verschiedener kontextueller und spezifischer Wirkfaktoren eigene Übersetzung nach Wampold, 2015

Es besteht allerdings Uneinheitlichkeit bezüglich seiner Operationalisierung, Terminologie sowie der theoretischen Grundlage (Flückiger, Wampold, & Horvath, 2018; Hatcher & Barends, 2006; Horvath, 2006 & 2018). Integrative und pantheoretische Konzeptualisierungen der Allianz stellen die Zusammenarbeit von Patient\*in und Therapeut\*in in den Mittelpunkt (Bordin, 1979; Flückiger et al.,

2018; Luborsky, 1976). Bei einer Vielzahl an synonym verwendeten Begrifflichkeiten (u.a. „helping alliance“, „therapeutic bond“; Martin, Garske, & Davis, 2000) möchte ich mich für die vorliegenden Studien primär auf das pantheoretische Modell der „working alliance“ (deutsch: Arbeitsallianz) sowie dessen Definition und Operationalisierung nach Bordin beziehen (1979), welches trotz aller konzeptueller Differenzen eine weitverbreitete und eine der robustesten Definitionen bietet (Doran, 2016). Bordin benennt drei zentrale Komponenten für eine gute therapeutische Allianz: (1) Übereinstimmung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in hinsichtlich der Therapieziele (*goals*), (2) Übereinstimmung über die therapeutischen Interventionen (*tasks*) sowie (3) eine emotionale Bindung zwischen Patient\*in und Therapeut\*in (*bond*) (1979). Im Folgenden wird diese Terminologie (Allianz, therapeutische Allianz) verwendet.

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome wurde mehrfach belegt, mit moderaten und robusten Effekten sowie einer beträchtlichen Varianz der Effektstärken über Studien und Metaanalysen hinweg ( $r=.28$ ,  $d=.579$  und 8% gemeinsamer Varianzaufklärung bei Flückiger et al., 2018 und Horvath et al., 2011;  $r=.23$  bis  $r=.31$  bei Flückiger et al., 2020a und weiteren Metaanalysen von Horvath & Bedi, 2002; Kazantzis et al., 2018; Martin et al., 2000). Diese Varianz kann zum Teil auf bereits diskutierte Unterschiede in zugrundeliegenden theoretischen Konzeptualisierungen und der Operationalisierung zurückgeführt werden (Flückiger et al., 2018; Kazantzis et al., 2018). Aufgrund großer methodischer Unterschiede und vielfacher Limitationen empirischer Studien wird zudem diskutiert, ob von einer Kausalität des Wirkzusammenhangs (Allianz auf Outcome) ausgegangen werden kann, oder ob Studien eine zeitliche Konfundierung bei rein korrelativen Befunden schlicht nicht ausschließen können (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; Falkenström, Ekeblad, & Holmqvist, 2016).

Neuere Forschungsbemühungen haben komplexere methodische Ansätze verfolgt, um sich der Frage anzunähern, ob die Allianz an sich therapeutisch ist (z.B. Zilcha-Mano, 2017). Eine aktuelle Metaanalyse liefert in der Tat Indizien für diese kausale Verbindung, dass eine bessere frühe Allianz ein besseres Outcome vorhersagt, was darauf hindeutet, dass die Allianz einen zentralen Veränderungsmechanismus darstellt (Flückiger et al., 2020a). Studien zur Untersuchung möglicher Unterschiede zwischen Behandlungsformen haben keine signifikanten Ergebnisse hervorgebracht (Doran, 2016; Flückiger et al., 2012; Horvath et al., 2011). Daher wurden in empirischen Studien spezifische Elemente der therapeutischen Beziehungsgestaltung genauer beleuchtet, welche sich als positiv mit dem Therapieerfolg zusammenhängend erweisen, u.a. Selbstöffnung, positive Wertschätzung und die Reparatur von Allianzbrüchen durch Therapeut\*innen (für eine Übersicht siehe Norcross & Lambert, 2018).

Wie bereits erörtert, ist die Allianz ein dyadisches und dynamisches Konstrukt, zu dem sowohl Patient\*in als auch Therapeut\*in wechselseitig beitragen (Barber et al., 2010). Henry und Strupp (1994) zufolge ist

der Aufbau einer tragfähigen Allianz und in der Folge ein positives Outcome sowohl von Patient\*innencharakteristika (z.B. ihrem interpersonellen Stil) als auch von adäquatem therapeutischen Input abhängig. Daher werden im Folgenden beide Rollen und ihr Zusammenspiel genauer beleuchtet.

### **2.3.2 Die Rolle von Patient\*innen in Bezug auf die therapeutische Allianz**

Zu den relevanten Patient\*innenmerkmalen, die einen Einfluss auf die therapeutische Allianz haben, zählen Symptomschwere, Vertrauen, Bindungsstil und Erwartungen (z.B. Bernecker et al., 2014; Birkhäuser et al., 2017; Luborsky et al., 1983; Marmar et al., 1989; Wampold & Imel, 2015). Zudem gibt es empirische Belege dafür, dass unsichere innere Repräsentationen anderer eine schlechtere Allianz vorhersagen (Bernecker et al., 2014; Diener et al., 2009; Smith et al., 2010). Patient\*innen mit Schwierigkeiten in sozialen Interaktionen zeigen auch Schwierigkeiten in der Entwicklung einer guten Allianz (z.B. Moras & Strupp, 1982). Neuere Forschungsarbeiten haben mögliche Mediatoren und Moderatoren des Allianz-Outcome Zusammenhangs untersucht. Patient\*innen mit längerer Behandlungsdauer und schwererer Symptomatik scheinen mehr von einer guten Allianz zu profitieren (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015). Es zeigten sich außerdem Hinweise auf einen stärkeren Zusammenhang bei Patient\*innen mit einer bestehenden Persönlichkeitspathologie (De Bolle et al., 2010). Zudem wurde der Link bei Patient\*innen mit weniger als drei depressiven Episoden im Vergleich zu mehr als drei Episoden (Lorenzo-Luaces et al., 2014) sowie bei ungünstigen Bindungserfahrungen im Gegensatz zu positiven Erfahrungen gefunden (Zack et al., 2015).

### **2.3.3 Die Rolle von Therapeut\*innen in Bezug auf die therapeutische Allianz**

Wampold und Imel (2015) sehen in der Therapeut\*innenrolle einen der einflussreichsten Wirkfaktoren im Rahmen von Psychotherapie (siehe auch Dinger et al., 2007). Der Einfluss scheint umso stärker, je komplexer sich die Symptomatik der Patient\*innen darstellt (Johns et al., 2019) und es gibt zahlreiche empirische Belege für den Einfluss auf den Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2018). Zudem scheint die Therapeut\*innenvariabilität in der Etablierung einer tragfähigen Allianz für das Therapieergebnis entscheidender als die Patient\*innenvariabilität (siehe Metaanalyse von Del Re et al., 2012). Es gibt Therapeut\*innen, die durch ihr Verhalten und/oder ihre Fertigkeiten über viele Patient\*innen hinweg eine tragfähige Beziehung aufbauen können, und andere, die dazu weniger in der Lage sind (siehe auch Dinger et al., 2007). Hierbei scheint der erste Eindruck, den Therapeut\*innen bei Patient\*innen hinterlassen, für die Zufriedenheit ausschlaggebend und zeitstabil und das therapeutische Verhalten insbesondere in der frühen Therapiephase wegweisend für die weitere Entwicklung der Allianz zu sein (Flückiger et al., 2020a; Wampold, 2015).

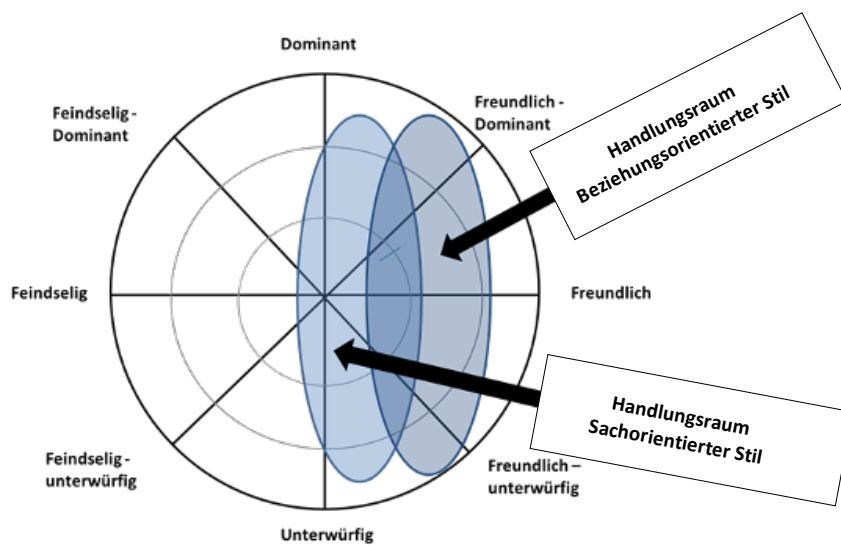
### 2.3.4 Der Einfluss interpersonellen Verhaltens auf Allianz und Outcome

Zweifelsohne bestimmt zwischenmenschliches Verhalten sowohl auf Patient\*innen- als auch auf Therapeut\*innenseite den Aufbau bzw. die Qualität der therapeutischen Allianz. Ganz allgemein betrachtet kann das Verhalten einer Person bzw. der Eindruck auf das Gegenüber im interpersonellen Circumplex auf zwei Dimensionen bzw. Achsen eingeordnet werden: (a) Affiliation/Zugehörigkeit und (b) Kontrolle/Aktivität (Kiesler, 1983). Die Affiliationsachse erfasst, inwiefern eine Person Annäherungsverhalten zeigt und weist entgegengesetzte Pole auf (warmes, nahes Verhalten vs. kaltes, feindseliges Verhalten). Die Kontrollachse erfasst dominantes/aktives vs. unterwürfiges/passives als komplementäres Verhalten (siehe auch Abbildung 2).

Es gibt eine wachsende Zahl an Forschungsarbeiten, die sich mit der Frage beschäftigen, inwiefern interpersonelles Verhalten von Patient\*innen (eingeordnet im interpersonellen Circumplex) mit Allianz und Outcome zusammenhängt. Kiesler und Watkins konnten zeigen, dass sich die therapeutische Allianz umso schlechter entwickelt, je extremer das Verhalten innerhalb des Circumplex Modells eingeordnet werden kann (1989). Zudem scheinen dominante – also eher handelnde/aktive Patient\*innen – einen größeren Nutzen aus der Therapie zu ziehen und eine bessere Allianz aufzubauen als submissive Patient\*innen (Coleman & Neimeyer, 2015; Dinger et al., 2007). Huber und Kollegen erweiterten dies auf den Zusammenhang von Allianz und tatsächlichen „aktiven“ Erfahrungen von Patient\*innen im Therapieprozess (2019). Gleichzeitig führen auch höhere Affiliationswerte zu einer besseren therapeutischen Allianz (Dinger et al., 2007). Es gibt jedoch auch konträre Ergebnisse, die freundlich-submissives Verhalten positiv und dominant-feindseliges bzw. distanziertes Patient\*innenverhalten negativ mit der Allianz in Verbindung bringen (Muran et al., 1994), was darauf hindeuten könnte, dass die Zugehörigkeitsachse – die wahrgenommene Wärme bzw. Nähe – im Vergleich zur Aktivität bzw. Handlungsfähigkeit im Hinblick auf eine gute therapeutische Allianz ausschlaggebender ist.

Zum Zusammenhang zwischen Allianz und interpersonellem therapeutischen Stil gibt es nur wenige und eher inkonsistente Studien. Moors und Zech konnten beispielsweise zeigen, dass die wahrgenommene Wärme von Therapeut\*innen für die Klient\*innenzufriedenheit wesentlich zu sein scheint (2017). Zudem sind Freundlichkeit, Authentizität und Empathie positiv mit der wahrgenommenen therapeutischen Allianz verbunden (Bedi et al., 2005; Nienhuis et al., 2018). Mit Blick auf die Placeboforschung in der Medizin gibt es vereinzelte Studien, die den therapeutischen Stil experimentell in Bezug auf wahrgenommene Empathie (Kaptchuk et al., 2008) sowie Wärme und Kompetenz (Howe et al., 2017) modulierten und für beide Faktoren einen positiven, unabhängigen Effekt auf die Placebowirkung zeigen konnten. Die Forschung steht in diesem Bereich allerdings noch im Anfangsstadium. Daher erscheint es vielversprechend, die Auswirkungen des therapeutischen Verhaltens auf die Wahrnehmung von Patient\*innen und damit Allianz und Outcome zu untersuchen und zu erforschen, wie bestimmtes Verhalten die Etablierung und Gestaltung einer tragfähigen Allianz

begünstigen könnte. Bislang fehlen jedoch empirische Studien, die den interpersonellen therapeutischen Stil in einem realistischen Setting variieren. Diese Forschungslücke adressiert die vorliegende Dissertation (siehe Abbildung 2 für eine graphische Darstellung dieser Variation der zwei Stile in den experimentellen Studien II & III). Eine solche experimentelle Variation ist als erster Schritt wichtig, um differenzierte Erkenntnisse über die Entstehung und Gestaltung einer tragfähigen Allianz zu gewinnen. Indem wir die Allianzbildung mit dem interpersonellen Therapeut\*innenverhalten in Verbindung bringen, können wir die Frage nach *what works for whom?* adressieren. Es erscheint unerlässlich, die zugrundeliegenden Wirkmechanismen der Allianz zu entschlüsseln, um sie besser auf die individuellen Bedürfnisse von Patient\*innen zuschneiden zu können.

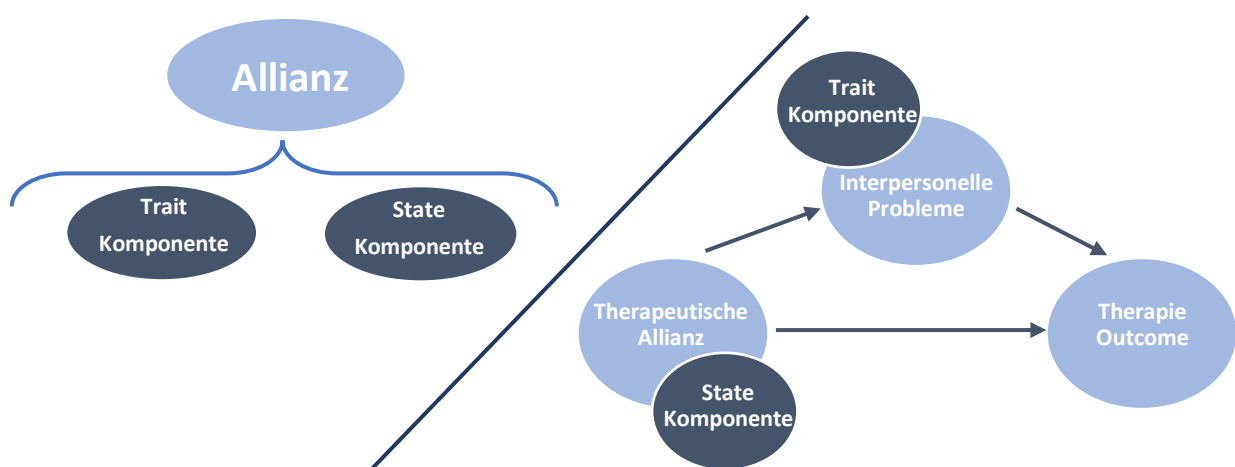


**Abbildung 2.** Die Handlungsräume der zwei Beziehungsgestaltungsstile, eingeordnet in das interpersonelle Circumplex Modell von Kiesler (1983)

### 2.3.5 Der interpersonelle Wirkmechanismus der Allianz – Das state-trait Modell

Wie bereits beschrieben erscheint es zielführend, die therapeutische Allianz vor dem Hintergrund eines interpersonellen Wirkmechanismus genauer aufzuschlüsseln. Hierzu hat Zilcha-Mano (2017) ein Zweikomponentenmodell vorgeschlagen, in dem sich die Allianz in eine (a) trait-Komponente und (b) eine state-Komponente aufteilen lässt (siehe linke Seite der Abbildung 3). Die trait-Allianz beschreibt hierbei die allgemeine Fähigkeit, befriedigende Beziehungen mit Anderen aufzubauen. Die state-Allianz beinhaltet die direkte therapeutische Interaktion und damit die Entwicklung der therapeutischen Allianz. Somit zeigt sich in der state-Komponente ein direkter Einfluss auf das Therapieoutcome, wie oben bereits ausgeführt. Der trait-Komponente hingegen wird ein indirekter Zusammenhang bezüglich des Outcomes zugeschrieben, indem sie bspw. die erfolgreiche Umsetzung spezifischer Techniken ermöglicht, die sich positiv auf das Ergebnis auswirken.

Es wird davon ausgegangen, dass sich der Aufbau einer tragfähigen Allianz (state-Komponente) positiv auf die allgemeinen interpersonellen Fähigkeiten einer Person auswirkt (trait-Komponente der Allianz) und damit auch zu einer Symptomreduktion führt (siehe rechte Seite in Abbildung 3). Die Interaktion zwischen Therapeut\*in und Patient\*in ermöglicht korrigierende Beziehungserfahrungen, die zu neuen inneren Repräsentationen anderer führen können, was wiederum eine Symptomreduktion bewirkt (Castonguay & Hill, 2012; Constantino et al., 2002). Dies impliziert, dass eine tragfähige Allianz eine neue und korrigierende interpersonelle Erfahrung darstellt (Castonguay & Hill, 2012; Safran & Muran, 2000), was mit der Idee einhergeht, dass die Allianz Veränderung auf interpersonellem Weg erzeugen kann (Zilcha-Mano, 2017) (siehe dazu auch Abschnitt 2.3.6).



**Abbildung 3.** Vorgeschlagenes Modell des Zusammenhangs der State- und Trait Komponente der Allianz und des Therapieoutcomes (angelehnt an Zilcha-Mano, 2017)

Es zeigt sich, dass Patient\*innen mit einer geringen trait-Allianz auch eine geringere therapeutische state-Allianz aufweisen (Constantino et al., 2010; Grosse Holtforth et al., 2014; Renner et al., 2012). Zudem weist die trait-Komponente selbst einen größeren Einfluss auf das Outcome auf, wenn Patient\*innen einen weniger problematischen interpersonellen Stimuluscharakter haben. Hieraus lässt sich ableiten, dass je ausgeprägter die interpersonellen Schwierigkeiten von Patient\*innen sind, umso mehr sollten Therapeut\*innen Aufbau und Entwicklung der therapeutischen Allianz fokussieren. Die trait-Komponente könnte Hinweise dahingehend liefern, wie die Beziehung bestmöglich gestaltet werden sollte, um eine tragfähige Allianz aufzubauen und damit wiederum die interpersonellen Beziehungen bzw. Kompetenzen außerhalb des Therapiesettings zu stärken. Bei einer eher ängstlichen und vermeidenden Person erscheint es beispielsweise wichtig, auf therapeutischer Seite nicht zu empathisch und ressourcenorientiert zu handeln, um nicht allzu starken Bewertungsdruck aufzubauen und damit nicht zu überfordern. Somit sollte individuell entschieden werden, ob ein stärkerer Fokus auf

die therapeutische Allianz sowie eine zielgerichtete Arbeit mit ebendieser im Behandlungsverlauf hilfreich ist. Eine initial schlechtere trait-Allianz bedeutet allerdings nicht unbedingt ein schlechteres Outcome. Zilcha-Mano und Kolleg\*innen (2018) konnten zeigen, dass bei Patient\*innen mit eher distanzierendem interpersonellen Stimuluscharakter (ergo einer schlechteren trait-Allianz) Verbesserungen in der state-like Allianz im Verlauf der Behandlung einen größeren Effekt auf den Therapieerfolg hatten. Somit könnten Patient\*innen mit einer schlechter ausgeprägten Fähigkeit, Beziehungen zu anderen aufzubauen, besonders vom Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Allianz und deren gezielte Bearbeitung im Verlauf profitieren.

Eine differentielle Beziehungsgestaltung sollte vor diesem Hintergrund insbesondere dann spezifisch erfolgen, wenn Patient\*innen interaktionelle Schwierigkeiten aufweisen, die im Rahmen der therapeutischen Arbeit und der Beziehung selbst adressiert werden sollen. Insgesamt liefert die Unterscheidung der zwei Komponenten durch Zilcha-Mano (2017) wichtige Hinweise in Bezug auf eine empirisch verankerte differentielle Beziehungsgestaltung. Die trait-Komponente kann hierbei für Therapeut\*innen wichtige Hinweise liefern, wie die Beziehung bei bestimmten Patient\*innen im Sinne des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Allianz gestaltet werden sollte. In der Tat zeigen bestimmte klinische Populationen, wie beispielsweise Patient\*innen mit PDD, aufgrund ihrer Psychopathologie besondere Schwierigkeiten darin, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen aufzubauen. Im Rahmen der CBASP-Therapie können möglicherweise mithilfe des Aufbaus einer tragfähigen state-Allianz zur CBASP-Therapeutin auch die außertherapeutischen interpersonellen Fähigkeiten verbessert werden, was wiederum mit einem verbesserten Outcome zusammenhängen sollte (siehe auch Zilcha-Mano, 2017). Hierauf wird im Folgenden näher eingegangen.

### **2.3.6 Das CBASP-Modell der persistierenden Depression und die Rolle der Allianz**

Das interpersonelle Modell der persistierenden Depression (PDD) geht davon aus, dass interpersonelle Kompetenzdefizite zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen (Bird et al., 2018; McCullough, 2003). James McCullough – Begründer von CBASP (2003) – beschreibt den interpersonellen Stil von Patient\*innen mit PDD als vorrangig feindselig-submissiv, was durch eine aktuelle Metaanalyse auch empirisch untermauert wird (siehe Bird et al., 2018). Dieses Verhalten ist gepaart mit zwischenmenschlicher „fear-avoidance“ (deutsch: Vermeidung von Angst) sowie einer wahrgenommenen Abkopplung von der sozialen Umwelt, sodass Betroffene wenig neue oder erwartungsverletzende Erfahrungen machen und somit negative Beziehungserwartungen und eigenes Inkompetenzerleben aufrecht erhalten bleiben (McCullough, 2003). Zudem ist mittlerweile empirisch untermauert, dass eine Vielzahl an Patient\*innen mit PDD frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen im Sinne von Kindesmisshandlung („childhood maltreatment“) erlebt haben (Klein et al., 2020b; Struck et al., 2020). Diese stehen wiederum in Verbindung mit aktuellen

zwischenmenschlichen Problemen (siehe auch Huh et al., 2014). Im Vergleich zu Patient\*innen mit episodischer Depression weisen Patient\*innen mit PDD auch ein höheres Maß an Ängsten im zwischenmenschlichen Bereich und präoperativen Denkmustern auf (Klein et al., 2020b).

Ziel der interpersonellen Lerntherapie CBASP ist es daher, diese Denkmuster sowie zwischenmenschliche Barrieren und Probleme zu überwinden. Insbesondere bei Patient\*innen mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen kann die Beziehungsgestaltung auch als erwartungskorrigierende Intervention entworfen werden (Rief und Strauß, 2018). Mithilfe korrigierender und heilsamer Beziehungserfahrungen im Rahmen einer aktiven Beziehungsgestaltung sollen Betroffene die wahrgenommene Entkopplung von der Umwelt, das präoperatorische Funktionsniveau, eingefahrene Muster, negative Erwartungen an Beziehungen und die „interpersonelle Mauer“ überwinden (McCullough, 2003). Dies soll wiederum zu Veränderungen in der trait-Komponente der Allianz führen – ergo u.a. verbesserte interpersonelle Kompetenzen. Hierfür wird die therapeutische Grundhaltung i.S. des *diszipliniert persönlichen Einlassens* (DPE) genutzt, welche explizit an die state-Komponente der Allianz anknüpft. Dies beschreibt eine innovative Art der Gestaltung bei einer persönlichen, authentischen therapeutischen Haltung, die gegenüber Patient\*innen transparent kommuniziert wird. Hierbei steht eine ehrliche und persönliche Selbstöffnung eigener Gefühle und Reaktionen (*kontingente persönliche Reaktion*, KPR) im Vordergrund. CBASP-Therapeut\*innen wenden auch interpersonelle Diskriminationsübungen (IDÜs) an, in denen sie sich gezielt anders bzw. entgegengesetzt dysfunktionaler Beziehungsmuster mit prägenden Bezugspersonen verhalten, bspw. bei emotionalem Öffnen einer Patientin wertschätzendes Validieren des Therapeuten anstelle von Demütigungen, wie durch den Vater erlebt. Die reduzierte Fähigkeit von Patient\*innen mit PDD, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen aufzubauen (ergo eine geringere trait-Allianz) soll somit mithilfe des Aufbaus einer tragfähigen state-Allianz mit der/dem CBASP-Therapeut\*in verbessert werden, was wiederum mit einer Symptomverbesserung zusammenhängen sollte (siehe auch Zilcha-Mano, 2017 und Abbildung 3). In der Tat hat sich CBASP für Patient\*innen mit PDD als wirksam in Bezug auf die Reduktion depressiver Symptomatik erwiesen (für eine Übersicht siehe Negt et al., 2016). Wie bereits in Abschnitt 2.3.3 diskutiert, steigen mit zunehmender Schwere zwischenmenschlicher Probleme die Anforderungen an die therapeutische Beziehungsgestaltung, sodass spezifischere Konzepte vonnöten sind. Die *Vermittlung korrigierender Erfahrungen* – ein grundlegendes Prinzip von Psychotherapie (vgl. Alexander & French, 1946) – kann mithilfe der therapeutischen Beziehungsgestaltung sowie interpersonellen Lerntherapien umgesetzt werden (bspw. interpersonelle Diskriminationsübungen im Sinne der kontingenten persönlichen Reaktion in CBASP).



## 2.4 Erwartungen als Wirkfaktor der Psychotherapie

Patient\*innenerwartungen – ein weiterer allgemeiner Wirkfaktor im Rahmen des kontextuellen Modells – stellen neben der Allianz ebenfalls eine Schlüsselkomponente in Bezug auf Therapieprozess und -outcome dar (Auer et al., 2016; Wampold & Imel, 2015). Bisherige Studien weisen auf eine positive Beziehung zwischen Allianz, Erwartungen und Outcome bei Psychotherapie und in weiteren Beratungskontexten hin (z.B. Ahn & Wampold, 2001; Constantino et al., 2020; Leibert & Dunne-Bryant, 2015). Erwartungen scheinen in Bezug auf die Qualität der therapeutischen Allianz entscheidend (Fuertes et al., 2015). Bereits die Erwartung von Patient\*innen, dass die eigene Meinung im Laufe der Behandlung berücksichtigt wird, scheint die wahrgenommene Allianz zu verbessern (Flückiger et al., 2012). Behandlungserwartungen über den Verlauf der Behandlung (Constantino et al., 2018) werden als wichtiger Prädiktor in Bezug auf den therapeutischen Prozess sowie das Outcome angesehen (Rief et al., 2017). Eine hohe Passung zwischen Erwartungen von Patient\*innen und den tatsächlichen therapeutischen Inhalten scheint ebenfalls einen positiven Effekt auf das Outcome und die therapeutische Allianz zu haben (Elkin et al., 1999; Joyce et al., 2000). Eine experimentelle Studie zu psychologischen Erstgesprächen zeigte bessere Ergebnisse bei zuvor positiv induzierten Erwartungen von Patient\*innen gegenüber ihren Berater\*innen, wohingegen negativ induzierte Erwartungen sich negativ auf die Bewertungen auswirkten (Ziemelis, 1974). Ladwig und Kolleg\*innen konnten zeigen, dass nicht erfüllte Erwartungen mit negativen Therapieeffekten zusammenhängen (2014). Noch spezifischer sagen nicht erfüllte Erwartungen an eine Behandlung Erwartungen an das Outcome negativ vorher (Constantino et al., 2018).

Erwartungen werden in integrativen Störungsmodellen als aufrechterhaltend für die Symptomatik angesehen und sollten explizit untersucht werden, um sie bestmöglich in die Behandlung zu integrieren (Kube et al., 2017; Rief und Strauß, 2018). Hierbei ist wichtig zu bedenken, dass es – auch im Rahmen der Therapie – zu Erwartungsverletzungen kommen kann – sprich dass neue Informationen inkonsistent mit bestehenden Erwartungen sind (Rief et al., 2015). Das kürzlich entwickelte Modell der Erwartungsverletzungen (ViolEx Modell) schlägt vor, dass Vorhersagen über künftige Ereignisse und das Aktualisieren dieser Vorhersagen bei widersprüchlichen Erfahrungen wesentliche Mechanismen menschlichen Lernens sind (Rief et al., 2015). Manchmal zeigen Menschen jedoch Schwierigkeiten dabei, neue Erfahrungen in bestehende Überzeugungen zu integrieren, was für verschiedene klinische Populationen gezeigt wurde (Kube & Rosenkrantz, 2020). Daher sollte ein Fokus in der Behandlungsoptimierung auf Erwartungen liegen (bspw. erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen, EFPI; Rief & Glombiewski, 2016). Im Rahmen einer Therapie können bspw. positive Beziehungserwartungen einer Patientin durch die Therapeutin verstärkt und gleichzeitig negative Erwartungen durch konträres Therapeut\*innenverhalten gezielt verändert werden.

Aufbauend auf diesen Annahmen ist eine spannende Fragestellung im Rahmen von Psychotherapieforschung, inwieweit Erwartungsverletzungen den Behandlungserfolg beeinflussen. Es erscheint naheliegend, dass Diskrepanzen zwischen Erwartungen an die Behandlung bzw. den therapeutischen Stil und dem tatsächlich erhaltenen Stil die therapeutische Allianz negativ beeinflussen und sich somit negativ auf das Outcome auswirken. Natürlicherweise bringt jede\*r Patient\*in bestimmte Erwartungen in die Therapie mit, die mehr oder weniger bewusst und/oder spezifisch sein können. Diese Erwartungen werden durch eine Vielzahl von Faktoren bestimmt, wie z.B. Prädispositionen, früh(er)e Beziehungserfahrungen, frühere Therapieerfahrungen, Überzeugungen und Vorurteile, oder erhaltene Informationen über ein voraussichtliches Setting oder eine\*n Therapeut\*in, die tiefgründig oder eher oberflächlich sein können. Naturgemäß können diese Erwartungen in der Realität entweder erfüllt oder verletzt werden. Betrachten wir zum Beispiel eine Patientin, die eine psychotherapeutische Behandlung aufsucht und erwartet, sich vor allem verstanden und unterstützt zu fühlen. Wenn die Therapeutin – entgegen der Erwartung der Patientin – wenig Verständnis anbietet, sondern sich schnell auf die Suche nach praktischen Lösungen für das Problem begibt, kann sich dies negativ auf den Aufbau der Allianz auswirken, da die Patientin hierbei vermutlich wenig Übereinstimmung bzgl. der Ziele und geplanten Maßnahmen wahrnimmt und sich schwerer tut, eine emotionale Bindung aufzubauen (vgl. Bordin, 1979). Es erscheint wahrscheinlich, dass ebendiese Erfahrung auch hinderlich für den Behandlungserfolg ist. Diese Ausführungen führen zu den Fragen, welcher therapeutische Stil für welche\*n Klient\*in hilfreich ist und ob Erwartungen der Klient\*innen an ebendiesen Stil hierbei eine Rolle spielen. Bislang fehlen allerdings experimentelle Designs zur besseren Entschlüsselung von zugrundeliegenden Veränderungs- und Wirkmechanismen. Daher sollen mithilfe der experimentellen Studie III im Rahmen der Dissertation der therapeutische Stil und Erwartungen von Klient\*innen an diesen in einem realistischen, face-to-face Setting gezielt variiert und die Auswirkungen auf den Beratungserfolg untersucht werden.

## 3 Darstellung des Dissertationsvorhabens

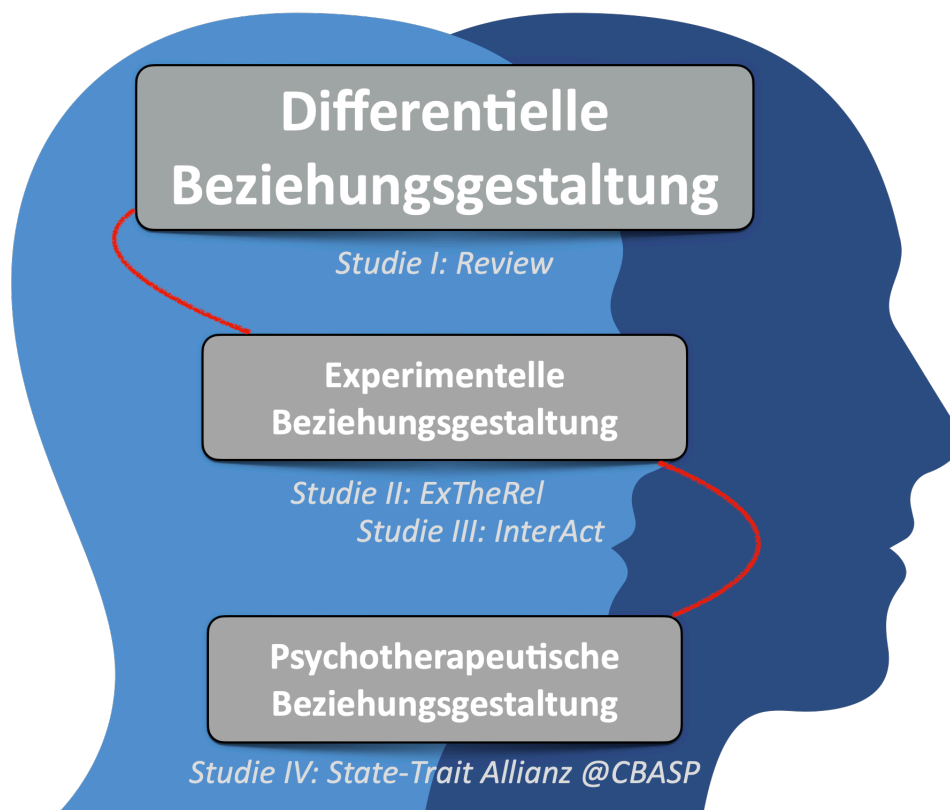
### 3.1 Herleitung und Relevanz der Fragestellungen

Psychotherapie hat sich als wirksam erwiesen (Wampold & Imel, 2015) und es gibt eine Vielzahl an Forschungsarbeiten hinsichtlich allgemeiner Wirkfaktoren wie der therapeutischen Allianz (siehe Abschnitt 2.3) oder auch Erwartungen (siehe Abschnitt 2.4) und wie diese mit erfolgreicher Therapie zusammenhängen. Hierbei ist auch die therapeutische Beziehungsgestaltung von zentraler Bedeutung – sowohl aus klinischer als auch aus wissenschaftlicher Sicht (siehe Abschnitt 2.3). In jeder Psychotherapie sollte dabei eine differentielle Beziehungsgestaltung realisiert werden, die als flexible und fortlaufende Adaptation des therapeutischen Beziehungsverhaltens verstanden werden kann, aufbauend auf einer individuellen Fallkonzeption und abgestimmt auf die Bedürfnisse und das Beziehungsverhalten von Patient\*innen (angelehnt an Sachse, 2000, nach Casper & Grawe, 1982; Stucki, 2004). Dies entspricht im Wesentlichen einer differenziellen Behandlungsplanung auf Basis eines integrativen Störungsmodells (siehe Rief und Strauß, 2018). Die Beziehung gestaltet sich in Abhängigkeit von eigenschaftsbezogenen (trait) und zustandsbezogenen (state) Variablen der Patient\*innen (Vgl. Zilcha-Mano, 2017; siehe auch. Abschnitt 2.3.5). Ziel sollte eine zunehmende empirische Verankerung der differentiellen Beziehungsgestaltung zur Schaffung einer langfristigen Evidenzbasierung sein. Im Rahmen von Psychotherapie- und hierbei insbesondere Prozessforschung gibt es aktuell Bemühungen, aber keine abschließenden Antworten auf die bereits seit Langem diskutierte Frage, was für welche\*n Patient\*in wie wirkt (*what works for whom?*) (siehe auch Abschnitt 2.1). Insbesondere in Bezug auf die Frage, welcher therapeutische Stil für welche\*n Patient\*in hilfreich ist, gibt es wenige empirische Belege (siehe Abschnitte 2.3.3 und 2.3.4).

Die übergeordnete Zielsetzung dieses Dissertationsvorhabens besteht daher darin, die differentielle therapeutische Beziehungsgestaltung aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen genauer zu beleuchten. Dabei sollten folgende Ziele adressiert werden (1) eine empirische und theoretische Einbettung der *differentiellen Beziehungsgestaltung* in der klinischen Praxis (realisiert durch ein unsystematisches Review in Studie I) und aufbauend darauf (2) die Entwicklung und Untersuchung von Designs zur *experimentellen Beziehungsgestaltung* (Studie II: ExTheRel sowie Studie III: InterAct) sowie (3) die Untersuchung der *psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung* im Zusammenhang mit der Allianz als interpersoneller Wirkfaktor bei Patient\*innen mit PDD und einer CBASP Behandlung (in Studie IV zur state-trait Allianz). Die Ziele 2 und 3 ergaben sich unter anderem durch Erkenntnisse des unsystematischen Reviews. Dieses konstatierte einen Mangel an experimentellen Studien in Bezug auf die Frage, welcher therapeutische Stil für welche\*n Patient\*in hilfreich ist und stellte die interaktionellen Charakteristika von Patient\*innen als eine wichtige Komponente für die Beziehungsgestaltung heraus. Langfristig könnten die Studien als

Grundlage für weitere Forschungsdesigns (u.a. zur Identifikation von Moderatoren und Mediatoren) sowie für die Entwicklung von Indikationskriterien für eine individualisierte Beziehungsgestaltung dienen (*what works for whom?*). Die drei oben benannten Ziele werden im Folgenden beschrieben und sind jeweils durch mindestens eine der vier Dissertationsstudien adressiert (siehe auch Abbildung 4).

### Differentielle Beziehungsgestaltung in experimentellen Designs und in der psychotherapeutischen Behandlung



**Abbildung 4.** Schematische Übersicht zu den Zielen und Studien der Dissertation. Die beiden Köpfe symbolisieren die Patient\*innen- sowie Therapeut\*innenrolle und greifen die Grundgedanken der therapeutischen Allianz (Übereinstimmung in Bezug auf die therapeutischen Inhalte und Ziele sowie eine emotionale Bindung) auf, indem sie in dieselbe Richtung schauen.

**Ziel 1: Theoretische sowie empirische Einbettung der differentiellen Beziehungsgestaltung in der klinischen Praxis**

Über verschiedene Therapieschulen hinweg wird die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung für eine erfolgreiche Therapie betont (Frank & Frank, 1993; Grawe, 2000; Orlinsky & Jowards, 1987; Wampold & Imel, 2015; siehe auch Abschnitt 2.3). Im Rahmen der Verhaltenstherapie wurde der aktiven Beziehungsgestaltung im Laufe der Jahre zunehmend Bedeutung für den therapeutischen Prozess beigemessen. Die aktuelle Studienlage zeigt, dass allgemeine Handlungsempfehlungen hierbei zu kurz greifen und sich die Gestaltung der therapeutischen Beziehung vielmehr an einer fortlaufenden Fallkonzeption orientieren sowie individualisiert und empirisch verankert sein sollte (Cronin et al., 2015). Gleichzeitig bestehen eine Reihe an offenen Fragen bezüglich Konzeptualisierung, Evidenz, Indikation und der praktischen Umsetzung ebendieser, die im Rahmen des unsystematischen Reviews (Studie I) adressiert, in den experimentellen Designs (Studie II und III) gezielt manipuliert sowie in Studie IV im psychotherapeutischen Setting untersucht werden.

**Ziel 2: Entwicklung und Untersuchung von Designs zur experimentellen Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit der Allianz**

Im Rahmen des kontextuellen Modells wird vorgeschlagen, dass erfolgreiche Psychotherapie vor allem durch allgemeine Faktoren wie die therapeutische Allianz und Erwartungen bestimmt wird (Mulder et al., 2017). Die Allianz ist für jede Psychotherapie von zentraler Bedeutung und ein dyadisches Phänomen zwischen Patient\*innen und Therapeut\*innen (Barber et al., 2010). In der Forschungslandschaft herrscht jedoch ein Mangel an experimentellen Studien zur besseren Entschlüsselung zugrundeliegender Veränderungs- und Wirkmechanismen. Diese können allerdings einen wichtigen Beitrag in Bezug auf die Fragen leisten, welcher therapeutische Stil für welche\*n Patient\*in hilfreich ist und inwiefern Erwartungen an ebendiesen Stil eine Rolle spielen. Vielversprechend erscheinen Studien, die den Zusammenhang zwischen dem interpersonellen therapeutischen Stil und dem Aufbau einer tragfähigen Allianz in realistischen Settings genauer beleuchten. Hierbei sollte untersucht werden, wie der Stil im Erstkontakt gestaltet sein sollte, damit er auf beiden Seiten positiv wahrgenommen wird. Daher wurde in zwei experimentellen Studien (Studie II & III) die Machbarkeit einer gezielten Variation zweier therapeutischer Stile (beziehungsorientiert vs. sachorientiert) und damit die *experimentelle Beziehungsgestaltung* auf konzeptueller Grundlage des interpersonellen Circumplex untersucht (Studie II) und in Studie III um Erwartungen an den therapeutischen Stil und Erwartungsverletzungen ergänzt.

**Ziel 3: Untersuchung der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit der Allianz als interpersoneller Wirkfaktor**

Die therapeutische Allianz hat robuste, moderate Effekte auf Therapieoutcomes gezeigt (Flückiger et al., 2020a; Norcross & Imel, 2018). Trotz wachsender Forschungsbemühungen gibt es bislang noch keine

Antwort auf die Frage, wie genau die Allianz im therapeutischen Prozess ihre Wirkung entfaltet (Zilcha-Mano, 2017). Studien deuten darauf hin, dass sie auf interpersonellem Weg Veränderung erzeugen kann, wie es auch CBASP vorschlägt (siehe Abschnitt 2.3.6). In einem kürzlich entworfenen Modell von Zilcha-Mano (2017) werden zwei Komponenten der Allianz vorgeschlagen: eine trait-Komponente, welche die allgemeine Fähigkeit einer Person widerspiegelt, befriedigende Beziehungen einzugehen und eine state-Komponente, die Veränderungen in der direkten Interaktion mit der/dem Therapeut\*in umfasst. Diese Unterscheidung liefert wichtige Hinweise in Bezug auf eine empirisch verankerte differentielle Beziehungsgestaltung. Die trait-Komponente kann hierbei für Therapeut\*innen wichtige Hinweise liefern, wie die Beziehung bei bestimmten Patient\*innen im Sinne des Aufbaus einer tragfähigen therapeutischen Allianz gestaltet werden sollte. Zilcha-Mano schlägt vor, dass die trait-Komponente die Wirkung der Behandlung ermöglicht und die Beziehung zur/m Therapeut\*in beeinflusst, während sich die state-Komponente direkt auswirkt. Im Rahmen von Studie IV sollte dieser state-trait-Ansatz bei Patient\*innen mit PDD unter einer CBASP-Behandlung getestet werden.

### 3.2 Fragestellungen der einzelnen Studien

Im Folgenden wird beschrieben, wie die drei zentralen Ziele im Rahmen der vier Dissertationsstudien adressiert wurden. Dafür werden die konkreten Fragestellungen der einzelnen Studien aufgeführt.

Übergeordnetes Ziel der ersten Studie war es, die differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie empirisch sowie theoretisch einzubetten. Zudem wurde eine Reihe an offenen Fragen bezüglich Konzeptualisierung, Indikation, Evidenz und Umsetzung adressiert.

#### Studie I: Unsystematisches Review zur differentiellen Beziehungsgestaltung in der VT

- Wie kann man die Beziehungsgestaltung anhand von (1) Therapiephasen, (2) Bedürfnissen, Motiven und Erwartungen und (3) frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Verhaltenstherapie einordnen?

Offene Fragen:

- (1) Welche Elemente der therapeutischen Beziehung und Beziehungsgestaltung sind in welcher Kombination für welche\*n Patient\*in hilfreich?
- (2) Welche Bedeutung hat die Allianz zu welchem Zeitpunkt für welche\*n Patient\*in?
- (3) Was genau zeichnet effektive Therapeut\*innen in Bezug auf die Allianzbildung und Aufrechterhaltung aus?
- (4) Wie kann eine evidenzbasierte differentielle Beziehungsgestaltung in der Praxis umgesetzt werden?

Im Rahmen der zweiten und dritten Studie wurden experimentelle Designs zur gezielten Manipulation des interpersonellen therapeutischen Stils in realistischen, face-to-face Settings entwickelt und der Einfluss auf die Wahrnehmung der Allianz sowie das Beratungsergebnis überprüft.

#### Studie II: Entwicklung und Untersuchung des Einflusses der experimentellen Variation des therapeutischen interpersonellen Stils auf die Wahrnehmung der Allianz

- Ist eine experimentelle Variation des therapeutischen interpersonellen Stils unter realistischen Bedingungen in einem einmaligen Beratungsgespräch zu interpersonellen Konflikten möglich?
- Beeinflusst der therapeutische Stil die Wahrnehmung der Allianz durch Klient\*innen?
- Inwiefern nimmt die Symptomschwere der Klient\*innen durch das Beratungsgespräch ab und zeigen sich Unterschiede zwischen den Bedingungen?

In Studie III wurde das Design zudem um Erwartungen an den therapeutischen Stil sowie eine gezielte Erwartungsverletzung erweitert, um diesen allgemeinen Wirkfaktor ebenfalls experimentell zu untersuchen.

### **Studie III: Weiterentwicklung und Untersuchung – Wie Erwartungen und der therapeutische Stil das Beratungsergebnis bei zwischenmenschlichen Konflikten beeinflussen**

- Sind eine experimentelle Variation des therapeutischen Stils sowie die gezielte Manipulation von Erwartungen bezüglich dieses Stils unter realistischen Bedingungen in einem einmaligen Beratungsgespräch zu interpersonellen Konflikten möglich?
- Ist ein einmaliges Beratungsgespräch wirksam, um die Beeinträchtigung durch einen zwischenmenschlichen Konflikt zwei Wochen nach dem Gespräch zu reduzieren?
- Inwiefern wirkt sich eine Erwartungsverletzung in Bezug auf den therapeutischen Stil auf die Beeinträchtigung durch den interpersonellen Konflikt/ die Zufriedenheit mit dem Gespräch/ die wahrgenommene therapeutische Allianz aus?
- Mediert eine negativ wahrgenommene therapeutische Allianz den Zusammenhang zwischen verletzten Erwartungen und der Beeinträchtigung und/oder Zufriedenheit mit dem Gespräch?

In Studie IV wurde der interpersonelle Wirkmechanismus der therapeutischen Allianz sowie der CBASP spezifischen Beziehungsgestaltung bei Patient\*innen mit PDD untersucht.

### **Studie IV: Untersuchung der interpersonellen Wirkmechanismen der therapeutischen Allianz und Beziehungsgestaltung bei Patient\*innen mit PDD**

- Gibt es einen Einfluss der therapeutischen Allianz (state-Allianz) auf die depressive Symptomschwere?
- Inwiefern beeinflussen interpersonelle Probleme (trait-Allianz) die therapeutische Allianz (state-Allianz) sowie die depressive Symptomschwere?



## 4 Zusammenfassung der Studien

### 4.1 Studie I

Bollmann, S., Köhler, S., Guhn, A., Schamong, I., Sterzer, P., Brakemeier, E.-L. (2021). Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung. *Verhaltenstherapie*, 31, 267-284. doi: 10.1159/000511640

In Studie I betten wir im Rahmen einer Übersichtsarbeit die Thematik der *differentiellen Beziehungsgestaltung* in der Verhaltenstherapie theoretisch sowie empirisch ein. Schulenübergreifend weisen Psychotherapiemodelle auf die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für erfolgreiche Therapie hin (Frank & Frank, 1993; Grawe, 2000; Orlinsky & Jowards, 1987; Wampold & Imel, 2015). In der Verhaltenstherapie ist die aktive Beziehungsgestaltung mittlerweile fester Bestandteil einer jeden Therapie. In unserer Übersichtsarbeit diskutieren wir Konzepte der Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie, die im deutschsprachigen Raum im Rahmen der Ausbildung zur/zum psychologische\*n Psychotherapeut\*in gelehrt werden. Hierbei liegt der Fokus auf folgenden drei Ansatzpunkten: (1) Therapiephasen, (2) Bedürfnisse, Motive und Erwartungen, und (3) frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen. In Bezug auf die Therapiephasen sollte die Beziehungsgestaltung als fortlaufende therapeutische Aufgabe gesehen werden (siehe auch Schulte, 1996). Im Rahmen von Prozessmodellen wird zwischen einer (1) Initialphase, (2) Behandlungsphase und (3) Abschlussphase unterschieden (vgl. Lammers, 2017). Je nach Phase unterscheiden sich auch die therapeutischen Aufgaben; bspw. steht in der Initialphase der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung im Vordergrund, während in der Abschlussphase die Ablösung im Fokus ist. Vor dem Hintergrund der Bedürfnisse, Motive und Erwartungen von Patient\*innen seien beispielhaft die motivorientierte Beziehungsgestaltung (Caspar & Belz, 2017) sowie ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung (Grawe, 2000) genannt, die sich an ebendiesen orientieren und insbesondere Patient\*innenerwartungen in den Vordergrund rücken. Bei Patient\*innen mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen kann die Beziehungsgestaltung auch als erwartungskorrigierende Intervention entworfen werden (Rief und Strauß, 2018). Da solch negative frühe Erfahrungen im Zusammenhang mit aktuellen interpersonellen Schwierigkeiten stehen, welche mit zunehmender Schwere die Anforderungen an die therapeutische Beziehungsgestaltung erhöhen, sind spezifischere Konzepte vonnöten, was auch diverse Dritte Welle Verfahren betonen. Hier heben wir im Review insbesondere die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1993), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2003) und die Schematherapie (Young et al., 2003) hervor, welche die Beziehungsgestaltung an aktuellen interpersonellen Problemen von Patient\*innen sowie frühen biographischen Lernerfahrungen ausrichten. Eine authentische und selbstöffnende therapeutische

Haltung und insbesondere die persönliche und „echte“ Rückmeldung an Patient\*innen sind hierbei essentiell.

Die konzeptuellen Entwicklungen und die Studienlage verdeutlichen, dass generalisierte Handlungsempfehlungen in Bezug auf die therapeutische Beziehungsgestaltung zu kurz greifen und diese sich vielmehr an einer fortlaufenden Fallkonzeption orientieren sowie individualisiert und empirisch verankert sein sollte (Cronin et al., 2015). Wir schlagen im Artikel vor, dass Therapeut\*innen bei der Gestaltung und Schwerpunktsetzung im Sinne einer differentiellen Beziehungsgestaltung und damit des größtmöglichen Nutzens für die oder den individuellen Patient\*in (a) unspezifische, (b) indizierte und (c) spezifische Abstufungen berücksichtigen sollten. Unter der (a) unspezifischen Ausrichtung wird die Beziehungsgestaltung im Sinne der Basisvariablen realisiert (bspw. anhand der Therapiephase). Eine (b) indizierte Gestaltung richtet sich an der individuellen Problematik der Patient\*innen und damit ihrer Bedürfnisse, Motive und Erwartungen aus, wie es u.a. im Rahmen der motivorientierten Beziehungsgestaltung (siehe Caspar und Belz, 2017) geschieht. Zuletzt sollte eine differentielle Beziehungsgestaltung (c) spezifisch erfolgen, indem sie konkrete Behandlungsziele verfolgt, wie bspw. korrigierende heilsame Beziehungserfahrungen bei frühen traumatisierenden Erfahrungen. Die spezifische Gestaltung ist insbesondere dann wichtig, wenn interaktionelle Schwierigkeiten oder eingefahrene Muster adressiert werden sollen.

Es besteht eine Reihe von offenen Fragen, die kurz andiskutiert werden:

1. Welche Elemente der therapeutischen Beziehung und Beziehungsgestaltung sind in welcher Kombination für welche Patient\*innen hilfreich?

Eine authentische, „echte“ emotionale Bindung ist möglicherweise entscheidender für Patient\*innen mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen. Es fehlt allerdings bislang weitestgehend an experimentellen Forschungsdesigns sowie Dismantling-Studien (für eine Ausnahme siehe Kramer et al., 2014), welche die Beziehungsgestaltung gezielt variieren und einzelne Elemente betrachten können.

2. Welche Bedeutung hat die Allianz zu welchem Zeitpunkt für welche Patient\*innen?

In der Diskussion dieser Frage lohnt sich der Rückgriff auf das bereits vorgestellte Zweikomponentenmodell von Zilcha-Mano (2017) und eine differenzierte Aufschlüsselung der Bedeutung beider Komponenten für unterschiedliche Patient\*innen. Möglicherweise ist die Rolle der state-Allianz für einige Patient\*innen entscheidend für den Erfolg der Therapie, während sie bei anderen eine weniger maßgebliche Rolle einnimmt. Somit bedeutet eine initial schlechtere trait-Allianz nicht notwendigerweise ein schlechteres Outcome. Zilcha-Mano et al. (2018c) konnten zeigen, dass bei Patient\*innen mit eher distanzierterem interpersonellen Stil (ergo einer schlechteren trait-Allianz) Verbesserungen in der state-like Allianz im Verlauf der Behandlung einen größeren Effekt auf den Therapieerfolg hatten. Zudem hatte die trait-Komponente selbst einen größeren Einfluss auf das

Outcome, wenn Patient\*innen einen weniger problematischen interpersonellen Stil aufwiesen. Somit erscheint individuell verschieden, ob ein stärkerer Fokus auf die therapeutische Allianz sowie eine zielgerichtete Arbeit mit ebendieser im Behandlungsverlauf hilfreich ist.

3. Was genau zeichnet effektive Therapeut\*innen in Bezug auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz aus?

Die Person der/des Therapeut\*in scheint für den Therapieerfolg umso wichtiger, je komplexer sich die Symptomatik der Patient\*innen darstellt (Johns et al., 2019). Aktuell wird dem dyadischen Charakter der therapeutischen Allianz bislang noch zu wenig Aufmerksamkeit zuteil, sodass insbesondere die Therapeut\*innenvariable künftig berücksichtigt werden sollte, bspw. in geschachtelten Designs.

4. Wie kann eine evidenzbasierte differentielle Beziehungsgestaltung umgesetzt werden?

Supervision und Training sollten immer auf den Einzelfall abgestimmt werden. Eine kontinuierliche Erfassung der therapeutischen Allianz aus Patient\*innenperspektive stellt eine hilfreiche Grundlage für den Supervisionsprozess dar (Reese et al., 2009). Es muss berücksichtigt werden, dass lange nicht alle relevanten Variablen und ihre Interaktionen in Bezug auf die therapeutischen Beziehung bekannt sind. Sowohl die Feedbackforschung (Lutz et al., 2015; Schiepek et al., 2018) als auch Vorhersagemodelle zur Behandlungsoptimierung (siehe auch Rubel & Lutz, 2016) liefern allerdings vielversprechende Ansätze. Hierbei könnten die therapeutische Beziehung sowie zugehörige Elemente möglicherweise die Vorhersagekraft der Modelle verbessern. In der klinischen Praxis sollten theoretisch fundierte Konzepte und empirische Belege indiziert und spezifisch nutzbar gemacht werden, um eine evidenzbasierte, differentielle Beziehungsgestaltung im Rahmen individualisierter Psychotherapie zu realisieren (vgl. Brakemeier und Herpertz, 2019). Diese sollte im Rahmen einer individualisierten, fortlaufenden Fallkonzeption evidenzbasiert adaptiert werden.

### 4.2 Studie II

Schamong, I., Bollmann, S., Struck, N., Kube, T., D'Astolfo, L., Brakemeier, E. - L. (2022). Can We Modulate Therapeutic Interpersonal Style Experimentally to Address Alliance? A Proof-of-Concept Study. *Cognitive Therapy and Research*. doi.org/10.1007/s10608-022-10308-x

**Hintergrund:** Die therapeutische Allianz ist für jede Psychotherapie von zentraler Bedeutung und sollte als dyadisches Phänomen gesehen werden, zu dem Patient\*innen und Therapeut\*innen gleichermaßen beitragen (Barber et al., 2010). Insbesondere der therapeutischen Rolle wird hierbei eine große Bedeutung in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome beigemessen (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2018). Es herrscht jedoch ein Mangel an experimentellen Designs, welche den Zusammenhang zwischen dem interpersonellen therapeutischen Stil und der Bildung einer tragfähigen Allianz in realistischen Settings genauer beleuchten. Um die zentrale Frage, was bei wem wirkt (*what works for whom?*), in einem ersten Schritt zu adressieren, erscheint die Entschlüsselung, wie der interpersonelle therapeutische Stil im Erstkontakt gestaltet sein sollte, damit er auf beiden Seiten positiv wahrgenommen wird, als eine wichtige und vielversprechende Perspektive. Hierdurch können auch differenziertere Erkenntnisse über die Bildung einer tragfähigen Allianz gewonnen werden. Ziel dieser Studie war es daher zu überprüfen, ob eine experimentelle Variation des therapeutischen Stils unter realistischen, face-to-face Bedingungen möglich ist und wie sich diese Variation im therapeutischen interpersonellen Verhalten auf die Wahrnehmung der Allianz durch Klient\*innen auswirkt.

**Methode:** Um diese Frage zu adressieren, definierten wir zwei therapeutische Stile und damit Handlungsbereiche der Berater\*innen (beziehungsorientiert vs. sachorientiert), basierend auf dem interpersonellen Circumplex (Kiesler, 1983). In einem randomisierten Zwei-Gruppen-Design wurden 64 gesunde Studierende (70% weiblich,  $M_{\text{Alter}} = 23.78$  Jahre,  $SD_{\text{Alter}} = 2.81$ ) einem der Stile zugeordnet und erhielten ein einmaliges psychologisches Beratungsgespräch zu interpersonellen Konflikten. Berater\*innen nutzten in beiden Bedingungen standardisierte Interventionen aus der evidenzbasierten interpersonellen Psychotherapie (IPT) – als allgemein anerkannte und empfohlene Behandlungsstrategie für interpersonelle Konflikte – und variierten ausschließlich den Beziehungsgestaltungsziel. Der beziehungsorientierte Stil ist gekennzeichnet durch eine sehr warme und empathische Grundhaltung mit konsequenter Anwendung von Validierungsstrategien und – wenn möglich – Selbstöffnung. Beim sachorientierten Stil nahmen die Berater\*innen eine eher psychoedukative, unterstützende Expert\*innenrolle mit dem Hauptaugenmerk auf der Problemlösung ein. Die beiden zwischenmenschlichen Stile wurden jeweils durch nonverbale Verhaltenshinweise ergänzt, die den jeweiligen Stil untermauerten (z. B. neutrale, zurückhaltende oder eher zugewandte, offene Körperhaltung).

Wir überprüften den Manipulationserfolg anhand eines selbst entwickelten Adhärenz-Ratings und mittels der interpersonellen Eindrücke der Berater\*innen im *Interpersonal Message Inventory* (IMI-R). Zudem berechneten wir lineare Regressionsmodelle, welche die Berater\*innen als feste Effekte miteinschlossen, um zu überprüfen, ob der Beratungsstil die durch Klient\*innen und Berater\*innen wahrgenommene therapeutische Allianz (*Working Alliance Inventory*, WAI) als Hauptoutcome vorhersagen konnte. Die Symptombelastung (*Symptom Checklist*, SCL-K-9) wurde ebenfalls als Veränderungsmaß erfasst.

**Ergebnisse:** Analysen zur Adhärenz zeigten signifikante Gruppenunterschiede im allgemeinen Rating,  $t = 12,37$  (59);  $p < .001$ ;  $d = 3,17$ , sowie in allen Subskalen,  $p < .001$ ;  $d = 1,83 - 3,55$ . Ratings des interpersonellen Verhaltens der Berater\*innen waren hypothesenkonform zu den vorab definierten Therapiestilen. Sie wurden im Durchschnitt signifikant freundlicher,  $t = -4.11$  (59),  $p < .001$ ,  $d = 0.94$ , und weniger feindselig,  $t = 3.12$  (59),  $p = .003$ ,  $d = 0.73$ , in der beziehungsorientierten Bedingung wahrgenommen. Die Allianz wurde in beiden Bedingungen von Klient\*innen hoch bewertet, aber nicht signifikant unterschiedlich wahrgenommen,  $F(4,58) = 0.99$ ,  $p = .437$ ,  $R^2 = .062$ , adjustiertes  $R^2 = -.003$ . In beiden Gruppen nahm zudem die Symptomschwere nach der Sitzung signifikant ab,  $t = 2.40$ ,  $p = .020$  und die Veränderung unterschied sich nicht zwischen den beiden Bedingungen ( $t = .525$ ,  $p = .602$  zu T1 und  $t = -.137$ ,  $p = .892$  zu T2).

**Diskussion:** Die Ergebnisse legen nahe, dass es für Berater\*innen möglich ist, ihr interpersonelles Verhalten und damit den therapeutischen Stil aktiv zu modulieren. Die experimentelle Variation des therapeutischen Stils scheint somit unter realistischen, face-to-face Bedingungen durchführbar, bei insgesamt hoch eingeschätzter Allianz und unabhängig vom Beratungsstil. Eine tragfähige therapeutische Allianz kann in einer einzelnen Sitzung erreicht werden und es scheint hierfür nicht ausschlaggebend, welchen interpersonellen Stil Berater\*innen anwenden; sprich ob der Fokus eher auf der Beziehung oder auf dem Konflikt liegt. Damit scheint eine einzelne Beratungssitzung imstande, die Belastungssymptomatik bei gesunden Proband\*innen mit interpersonellen Konflikten signifikant zu reduzieren. Das neuartige experimentelle Design kann eine Grundlage für weitere Prozessforschung bieten. Mediatoren- und Moderatorenanalysen könnten detailliertere Informationen zur differentiellen Beziehungsgestaltung und damit zu einem individualisierten Therapiestil liefern.

### 4.3 Studie III

Schamong, I., D'Astolfo, L., Bollmann, S., Brakemeier, E. - L.\*, Kube, T.\* (submitted). How Expectations and Therapeutic Style Influence Counseling Outcome. *Counselling & Psychotherapy Research*.

**Hintergrund:** Bei einem Mangel an experimentellen Designs in der Prozessforschung ist die Evidenz begrenzt bezüglich der Frage *what works for whom?* – die seit ihrer ersten Erwähnung durch Gordon L. Paul im Jahr 1967 immer wieder aufgegriffen wurde (Hofmann & Hayes, 2019; Kazdin, 2007; Norcross & Wampold, 2010). Im Rahmen des kontextuellen Modells wird vorgeschlagen, dass erfolgreiche Psychotherapie vor allem durch allgemeine Faktoren wie die therapeutische Allianz und Erwartungen bestimmt wird (Mulder et al., 2017). Besonders relevant erscheint hierbei, welcher therapeutische Stil für welche\*n Klient\*in hilfreich ist und ob bzw. wie Erwartungen der Klient\*innen an ebendiesen Stil eine Rolle spielen. Bislang fehlen allerdings experimentelle Designs zur besseren Entschlüsselung der Veränderungs- und Wirkmechanismen. Ziel dieser experimentellen Studie war es daher, den therapeutischen Stil und die Erwartungen von Klient\*innen an diesen Stil in einem realistischen, face-to-face Setting gezielt zu variieren und die Auswirkungen auf den Beratungserfolg zu untersuchen.

**Methode:** 80 gesunde Teilnehmer\*innen (74% weiblich,  $M_{\text{Alter}} = 31.2$  Jahre,  $SD_{\text{Alter}} = 12.21$ ) erhielten ein einmaliges Beratungsgespräch mit dem Fokus auf einen interpersonellen Konflikt. Vorab definierten wir analog zu Studie II zwei therapeutische Stile (beziehungsorientiert vs. problemorientiert) auf der Basis des interpersonellen Circumplex und die Teilnehmer\*innen wurden dahingehend geprimt, einen der beiden Stile zu erhalten. In der tatsächlichen Beratungssitzung erhielten sie entweder den erwarteten oder den gegenteiligen Stil, was zu einem 2x2-Design führte. Die erfolgreiche Umsetzung der therapeutischen Stile wurde anhand eines selbst entwickelten Adhärenz-Ratings und mittels der interpersonellen Eindrücke der Berater\*innen im *Interpersonal Message Inventory* (IMI-R) überprüft. Die Manipulation der Erwartungen wurde durch einen ebenfalls eigens konzipierten Fragebogen kontrolliert. Primäres Outcome war die subjektive Beeinträchtigung durch den interpersonellen Konflikt (gemessen durch die deutsche Version des *Pain Disability Index*, PDI); sekundäre Outcomes waren Zufriedenheit mit dem Gespräch (adaptierte Version des *Patient Satisfaction Questionnaire*, PSQ) und wahrgenommene Allianz (*Working Alliance Inventory*, WAI).

**Ergebnisse:** Analysen zur Adhärenz ( $U = 25,50$ ,  $p < .001$ ) bestätigten die erfolgreiche Implementierung und Ausführung der beiden Stile, untermauert durch exzellente interne Konsistenz und gute Interrater-Reliabilität. Einschätzungen des Verhaltens der Berater\*innen im Circumplex-Modell zeigten sich ebenfalls hypothesenkonform, sodass Berater\*innen in der beziehungsorientierten Bedingung signifikant freundlicher,  $t(33.31) = 5.73$ ,  $p < .001$ ,  $d = 1.77$ , und weniger feindselig,  $U = 60$ ,  $Z = -4.05$ ,  $p < .001$ ,  $r = -0.63$ , wahrgenommen wurden. Gleichzeitig deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass die

Erwartungsmanipulation nur teilweise erfolgreich war. Die Beeinträchtigung war zwei Wochen nach der Beratungssitzung sowohl statistisch als auch klinisch signifikant reduziert,  $F(1,71) = 38.06$ ,  $p < .001$ , partielles  $\eta^2 = .35$  mit einem durchschnittlichen change score von  $-7.59$  ( $SD = 10.27$ , 95% KI  $[-9.95, -5.22]$ ). Diese Abnahme war unabhängig vom therapeutischen Stil, den Erwartungen der Klient\*innen oder ihrer Interaktion. Die Erwartungsverletzung zeigte zudem auch keinen Einfluss auf die Zufriedenheit mit der Sitzung oder auf die wahrgenommene Allianz. Interessanterweise bewerteten Klient\*innen, die einen beziehungsorientierten Stil erwarteten, die emotionale Bindung als Teilkomponente der Allianz signifikant höher als Klient\*innen, die einen problemorientierten Stil erwarteten ( $M_{diff} = 0.52$ , Bonferroni-korrigiertes KI  $[0.13, 0.91]$ ). Wenngleich unsere Analysen keinen prädiktiven Wert der Allianz hinsichtlich der Beeinträchtigung fanden, zeigte sich die Allianz als signifikanter Prädiktor für die Klient\*innenzufriedenheit bezüglich der Sitzung zum follow-up Zeitpunkt,  $B = 0.297$ ,  $p < .001$ , 95% KI  $[0.19, 0.40]$ ,  $R^2=0.296$ .

**Diskussion:** Diese Studie kann als einer der ersten experimentellen Versuche angesehen werden, zwei unterschiedliche interpersonelle Stile gezielt zu manipulieren, Erwartungen an diese Stile zu induzieren und entweder zu bestätigen oder zu widerlegen. Unsere Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass ein einzelnes psychologisches Beratungsgespräch wirksam ist, um die Beeinträchtigung durch einen zwischenmenschlichen Konflikt zu lindern, unabhängig vom Beratungsstil oder den Erwartungen der Klient\*innen. Wir konnten die experimentelle Variation der beiden Stile auf Basis der vorangegangenen Studie II und auf der der konzeptuellen Basis des interpersonellen Circumplex bestätigen. Das innovative experimentelle Design könnte eine Grundlage für weitere Prozessforschung in der Psychotherapie und psychologischen Beratung bieten. Die Ergebnisse bestätigten hingegen nicht, dass wenn Erwartungen der Klient\*innen nicht erfüllt wurden, dies zu einem verminderten Erfolg der Beratungssitzung führen würde – unabhängig vom Inhalt der Sitzung. Wir vermuteten vorab, dass die Erwartungsverletzung als Bruch innerhalb der Allianz wahrgenommen würde (Muran et al., 2018). Hierzu werden mögliche inhaltliche Überlegungen sowie methodische Limitationen diskutiert. Insgesamt erlauben unsere Ergebnisse einen positiven Ausblick im Hinblick auf niederschwellige und kurzfristige psychologische Behandlungsformen und Unterstützungsangebote.

### 4.4 Studie IV

Schamong, I., Wagner, H., Feldmann, M., Hof, J. - T., Struck, N., Netter, A. - L., Gärtner, T., Brakemeier, E. - L. (submitted). Untangling the therapeutic alliance – a state-trait approach in patients with persistent depressive disorder. *Psychotherapy Research*.

**Hintergrund:** Die therapeutische Allianz hat robuste, moderate positive Effekte auf das therapeutische Ergebnis gezeigt. Gleichzeitig fehlen eindeutige Antworten auf die Frage nach zugrundeliegenden Veränderungs- und Wirkmechanismen. Empirische Evidenz deutet auf einen dynamischen Wirkmechanismus hin, wonach sich der Aufbau einer tragfähigen Allianz (state-Komponente) positiv auf die allgemeinen interpersonellen Fähigkeiten einer Person auswirkt (trait-Komponente der Allianz) und damit auch zu einer Symptomreduktion führt. Dies deckt sich mit grundlegenden Wirkannahmen des Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP), das vorschlägt, explizit die therapeutische Grundhaltung i.S. der therapeutischen Haltung des diszipliniert persönlichen Einlassens – und damit eine korrigierende heilsame Beziehungserfahrung – zu nutzen, welche explizit an die state-Komponente der Allianz anknüpft. Die reduzierte Fähigkeit von Patient\*innen mit PDD, zufriedenstellende Beziehungen zu anderen aufzubauen (ergo eine geringere trait-Allianz) soll somit mithilfe des Aufbaus einer tragfähigen state-Allianz mit der/dem CBASP-Therapeut\*in verbessert werden, was wiederum mit einer Symptomverbesserung zusammenhängen sollte. Zilcha-Mano (2017) unterscheidet in einem Zweikomponentenmodell der Allianz (a) eine state-Komponente der Allianz (Veränderungen in der direkten Interaktion mit der\*dem Therapeut\*in) und (b) eine trait-Komponente der Allianz (die allgemeine Fähigkeit, befriedigende Beziehungen zu gestalten). Ziel dieser Studie war es, diesen state-trait-Ansatz bei Patient\*innen mit persistierend depressiver Störung (PDD) zu testen, die mit CBASP behandelt wurden und häufig interpersonelle Konflikte aufweisen.

**Methode:** Daten von Patient\*innen mit PDD (N=84) wurden im Rahmen eines größer angelegten laufenden Projektes (*CBASPersonalized*) in der Schön Klinik Bad Arolsen erhoben, welches die Durchführbarkeit und Wirksamkeit einer sechswöchigen stationären Behandlung mit anschließender sechs-bis zwölfwöchiger Online-Fortsetzung in einem individualisierten CBASP Behandlungsprogramm untersucht. Für die vorliegende Studie wurden Daten zu sechs wöchentlichen Messzeitpunkten während der stationären Behandlung erhoben. Wir operationalisierten die state-Allianz mittels der therapeutischen Allianz (erhoben durch den wöchentlich eingesetzten Fragebogen *Working Alliance Inventory*, WAI) und die trait-Allianz anhand interpersoneller Probleme (erhoben durch den Gesamtscore des Fragebogens *Inventar Interpersoneller Probleme*, IIP, zur Baseline und am Ende der sechswöchigen Therapie). Als Hauptoutcome diente die depressive Symptomatik (*Beck Depression Inventory*, BDI-II). Pfad- und Mediationsmodelle wurden berechnet, um zu analysieren, wie sich die state-Allianz und die trait-Allianz gegenseitig beeinflussen und damit auch die depressive Symptomatik.



**Ergebnisse:** Insgesamt zeigte das Pfadmodell, dass Patient\*innen mit einer höheren state-Allianz zu einem Zeitpunkt auch eine höhere state-Allianz zum nächsten Zeitpunkt aufwiesen. Höher ausgeprägte depressive Symptomatik zu einem Zeitpunkt korrespondierten zudem mit höheren depressiven Werten zum nächsten Zeitpunkt, jeweils mit großen Effekten. Die depressive Symptomatik (BDI-II) deutete im Durchschnitt zur Baseline auf eine schwere Symptomatik hin ( $M = 33.4$ ;  $SD = 9.2$ ). Die state-Allianz sagte die nachfolgende depressive Symptomschwere zu mehreren Messzeitpunkten voraus ( $\beta$  zwischen  $-.205$  und  $-.132$ ). Je höher ausgeprägt die state-Allianz zu einem Zeitpunkt (T1, T2, T4), desto geringer zeigte sich die depressive Symptomatik zum folgenden Zeitpunkt (T2, T4, T6), mit schwachen (T1  $\rightarrow$  T2, T2  $\rightarrow$  T4) bis moderaten (T4  $\rightarrow$  T6) Effekten. Zudem zeigten Patient\*innen mit einer höheren initialen state-Allianz größere Verbesserungen in der depressiven Symptomatik ( $\beta = .300$ ,  $p = .002$ ). Größere späte Veränderungen (von T3 zu T5) in der state-Allianz führten zu größerer Abnahme in der depressiven Symptomatik ( $\beta = .188$ ,  $p = .050$ ). Zudem zeigten Patient\*innen mit einer stärkeren Zunahme der state-Allianz auch größere positive Veränderungen in der Trait-Allianz (Abnahme der interpersonellen Probleme;  $\beta$  von  $.233$  bis  $.304$ ). Der Mittelwert für interpersonelle Probleme (IIP) lag zur Baseline bei  $2.0$ , was auf ein erhöhtes Niveau hinweist ( $SD = 0.4$ ). Größere Veränderungen in der Trait-Allianz gingen außerdem mit stärkeren Verbesserungen in der depressiven Symptomatik einher ( $\beta = .314$ ,  $p = .001$ ). Darüber hinaus vermittelte die trait-Komponente der Allianz den Zusammenhang zwischen state-Allianz und depressiver Symptomatik (indirekter Effekt  $ab = .097$ , 95% CI  $[0.03, 0.19]$ ).

**Diskussion:** Die Ergebnisse unterstützen die Passung der Annahmen, die im Kontext des state-trait-Ansatzes der Allianz formuliert wurden, für diese Stichprobe von Patient\*innen mit PDD. So konnten wir den häufig nachgewiesenen Effekt der state-Allianz auf das Therapieoutcome bei dieser Stichprobe mit einer CBASPersonalized Behandlung replizieren. Vor allem spätere Veränderungen in der state-Allianz scheinen einen Einfluss auf die Abnahme der depressiven Symptomatik zu haben. Darüber hinaus scheinen positive Veränderungen in der state-Allianz auch zu einer größeren Abnahme von interpersonellen Problemen zu führen, welche sich wiederum positiv auf die Abnahme der depressiven Symptomatik auswirkt. Damit könnte unsere Studie vorläufige Evidenz für den vom CBAS- Behandlungsansatz vorgeschlagenen Veränderungsmechanismus der korrigierenden Beziehungserfahrungen liefern, wonach eine positive und tragfähige therapeutische Allianz bessere interpersonelle Fähigkeiten bewirkt, welche wiederum mit einem besseren Therapieoutcome verbunden sind.

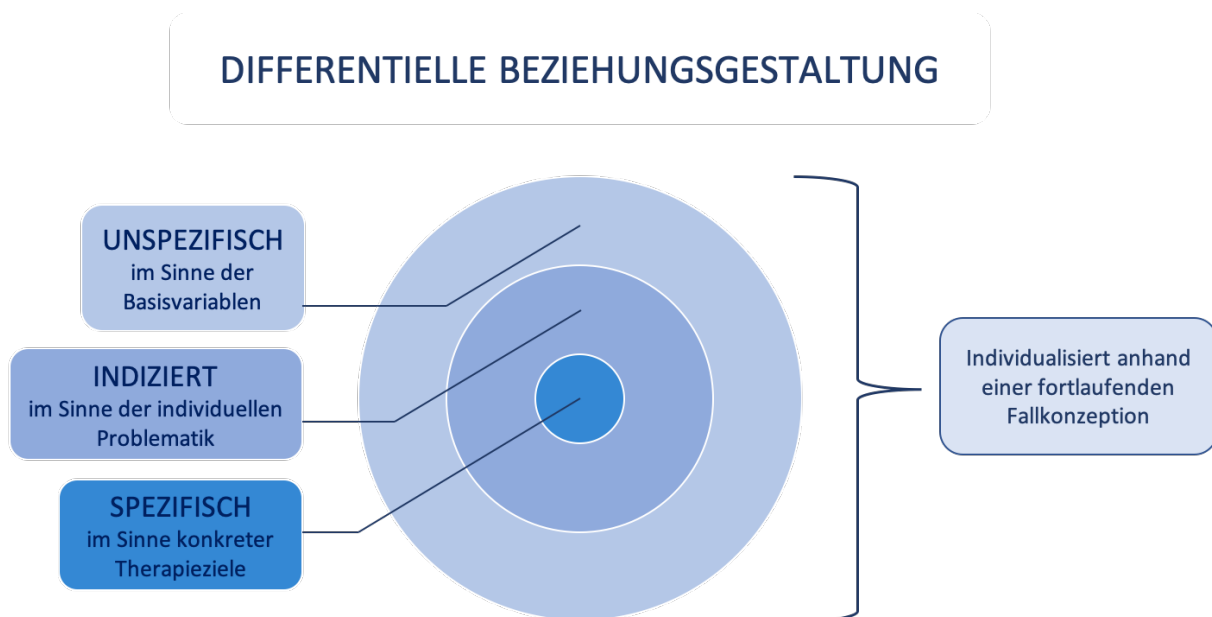
## 5 Diskussion

### 5.1 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Übergeordnetes Ziel dieses Dissertationsvorhabens war es, die differentielle therapeutische Beziehungsgestaltung aus verschiedenen Perspektiven und mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen genauer zu beleuchten. Im Folgenden möchte ich die Ergebnisse anhand der drei zentralen Ziele der Arbeit diskutieren.

#### Ziel 1: Theoretische und empirische Einbettung der differentiellen Beziehungsgestaltung in der psychotherapeutischen Behandlung

Im Rahmen des unsystematischen Reviews (Studie I) schlagen wir vor, dass eine differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie evidenzbasiert und aufbauend auf einer kontinuierlichen individuellen Fallkonzeption realisiert werden sollte. Abbildung 5 veranschaulicht diese Idee vor dem Hintergrund, die Beziehung stets im Sinne des größtmöglichen Nutzens und aufbauend auf den Therapiezielen für die oder den individuelle\*n Patient\*in zu gestalten. Dabei gilt es, (a) unspezifische, (b) indizierte und (c) spezifische Aspekte zu berücksichtigen.



**Abbildung 5.** Therapeutische Ausrichtung und Fokussierung im Rahmen einer differentiellen Beziehungsgestaltung

Die (a) unspezifische Beziehungsgestaltung kann als Basis für jede Art der Beziehungsgestaltung gesehen werden, die bei jede\*m Patient\*in angewandt werden kann. Unabhängig davon, ob Wissen über die individuelle Problematik bzw. das Störungsmodell der/des Patient\*in vorhanden ist, sollte die

Beziehung im Sinne der Basisvariablen u.a. durch empathisches, wertschätzendes und kongruentes Verhalten auf Therapeut\*innenseite realisiert werden (siehe auch Sachse, 2016). Die unspezifische Gestaltung kann sich bspw. auch an den Therapiephasen orientieren, wie es im Rahmen der Interpersonellen Psychotherapie der Fall ist (Weissman et al., 2000; dt. Schramm, 2019). Hier werden in der frühen Therapiephase der Aufbau einer vertrauensvollen, stabilen Arbeitsbeziehung und häufig ein eher direktives, aktives Vorgehen angewandt und in der Abschiedsphase vor allem Stabilisierung und Eigenverantwortung der/des Patient\*in betont. Im Rahmen der Beziehungsgestaltung stehen Abschied und Beendigung der therapeutischen Beziehung und damit einhergehende Emotionen und Besonderheiten im Fokus. Therapeut\*innen sollten diese grundlegenden Formen und Regeln auch dann realisieren, wenn zusätzlich indizierte und/oder spezifische Aspekte bei Patient\*innen berücksichtigt werden – als allgemeingültige Basis der Beziehungsgestaltung (Sachse, 2016).

Wenn Wissen über die individuellen Motive, Bedürfnisse und Erwartungen vorhanden ist, sollte sich die/der Therapeut\*in komplementär hierzu verhalten. Diese (b) indizierte Orientierung wird u.a. im Rahmen der motivorientierten Beziehungsgestaltung (siehe auch Caspar & Belz, 2017) angewandt. Hierbei können Patient\*innen im Rahmen der therapeutischen Beziehung bereits erwartungskorrigierende Beziehungserfahrungen machen. Diese können in sich Veränderungsprozesse anstoßen bzw. beinhalten, sodass die Beziehungsgestaltung nicht nur als Grundlage bzw. Voraussetzung für weitere therapeutische Interventionen dient, sondern in sich bereits Veränderung bewirkt (siehe auch Sachse, 2016). Zudem schafft diese Komplementarität auch Zugang zu zugrundeliegenden, möglicherweise verborgenen Motiven und Bedürfnissen, wie bspw. Anerkennung oder Autonomie. Die komplementäre Beziehungsgestaltung bezieht sich nach Sachse auf die sogenannte Motivebene der/des Patient\*in (adaptive, jedoch häufig verborgene Motive), welche zunächst häufig im Sinne der Spielebene (dysfunktionale Ersatzhandlungen, bspw. narzisstische Abwertung) kompensiert wird (Lammers, 2017). Therapeut\*innen sollten sich komplementär zur Motivebene verhalten und möglichst vermeiden, sich komplementär zur Spielebene zu verhalten, um dysfunktionale Denk- und Verhaltensmuster nicht zu verstärken (siehe auch Sachse, 2016).

Die (c) spezifische Beziehungsgestaltung geht noch einen Schritt weiter und verfolgt konkrete Behandlungsziele, wie bspw. korrigierende heilsame Beziehungserfahrungen bei frühen traumatisierenden Erfahrungen. Die spezifische Gestaltung ist insbesondere dann wichtig, wenn interaktionelle Schwierigkeiten oder eingefahrene Muster adressiert werden sollen. Hierbei sollten aufgrund erwarteter bzw. für Therapeut\*innen erlebbarer interpersoneller Muster der Patient\*innen gezielt Strategien im Rahmen der Beziehungsgestaltung angewandt werden, welche direkt an ebendiesen Mustern ansetzen, wie in der CBASP Therapie und dem diszipliniert persönlichen Einlassen (McCullough, 2003).

Die interaktionellen Charakteristika von Patient\*innen sind somit eine wichtige Komponente im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Hierbei lohnt sich der Rückgriff auf das bereits vorgestellte Zweikomponentenmodell von Zilcha-Mano (2017) und eine differenzierte Aufschlüsselung der Bedeutung beider Komponenten für unterschiedliche Patient\*innen. Möglicherweise ist die Rolle der state-Allianz für einige Patient\*innen entscheidend für den Erfolg der Therapie, während sie bei anderen eine weniger maßgebliche Rolle einnimmt. Somit bedeutet eine initial schlechtere trait-Allianz nicht notwendigerweise ein schlechteres Outcome. Zilcha-Mano et al. (2018c) konnten zeigen, dass bei Patient\*innen mit eher distanzierterem interpersonellen Stil (ergo einer schlechteren trait-Allianz) Verbesserungen in der state-like Allianz im Verlauf der Behandlung einen größeren Effekt auf den Therapieerfolg hatten. Zudem hatte die trait-Komponente selbst einen größeren Einfluss auf das Outcome, wenn Patient\*innen einen weniger problematischen interpersonellen Stil aufwiesen. Somit erscheint individuell verschieden, ob ein stärkerer Fokus auf die therapeutische Allianz sowie eine zielgerichtete Arbeit mit ebendieser im Behandlungsverlauf hilfreich sind. Insbesondere neuere Verfahren der dritten Welle betonen die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung zur Überwindung störungsimmanenter interpersoneller Schwierigkeiten und rücken die Beziehung damit als eigenständigen „change agent“ in den Vordergrund, was wiederum den interpersonellen Wirkmechanismus der Allianz betont. Hierbei ist u.a. die CBASP-Therapie besonders hervorzuheben, die mit der therapeutischen Beziehungsgestaltung genau dort ansetzt. Dies wurde mit dem dritten Ziel des Dissertationsvorhabens in Studie IV aufgegriffen. Empirische Erkenntnisse zur Unterscheidung der beiden Komponenten können Hinweise dazu liefern, wie Therapeut\*innen eine evidenzbasierte, differentielle Beziehung zum Aufbau einer tragfähigen, positiven therapeutischen Allianz bestmöglich gestalten können.

Neben diesen Anwendungsfeldern und Forschungslücken in der psychotherapeutischen Praxis wurde im Review zudem deutlich, dass in der Forschungslandschaft ein Mangel an experimentellen Forschungsdesigns zur therapeutischen Beziehungsgestaltung herrscht. Vor dem Hintergrund der differentiellen Beziehungsgestaltung erscheint hierbei insbesondere die Frage relevant, welcher therapeutische Stil für welche\*n Patient\*in hilfreich ist. Diese experimentelle Beziehungsgestaltung wird im Folgenden vor dem Hintergrund von Ziel 2 sowie Studien II und III diskutiert.

### **Ziel 2: Entwicklung und Untersuchung von Designs zur experimentellen Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit der Allianz**

Dieses Ziel wurde durch die Studien II und III untersucht, welche die ersten experimentellen Versuche darstellen, zwei unterschiedliche interpersonelle therapeutische Stile in realistischen, face-to-face Settings gezielt zu manipulieren. Insgesamt befindet sich die Forschung zu den Auswirkungen des

interpersonellen therapeutischen Stils auf die Allianz noch im Anfangsstadium. Bislang gibt es zum einen vor allem analoge experimentelle Studien im Gegensatz zu realistischen, face-to-face Settings (siehe auch Moors & Zech, 2017) und zum anderen ist der Effekt von einem direktiven vs. nicht-direktiven therapeutischen Stil (im Sinne der Kontrollachse im Circumplex) konzeptuell deutlich mehr gefestigt und erforscht (siehe auch Choi et al., 2020; Karno & Longabaugh, 2005; Kiesler & Goldston, 1988) als die Unterscheidung auf Grundlage der Affiliationsachse – sprich freundlicheres, näheres Verhalten vs. neutraleres, distanzierteres therapeutisches Verhalten. Hier setzten unsere Studien an, die das interpersonelle Verhalten der Berater\*innen gezielt auf der Affiliationsachse variierten.

### **Machbarkeit der experimentellen Manipulation**

Die Ergebnisse beider Studien legen nahe, dass es möglich ist, als Berater\*in den interpersonellen therapeutischen Stil aktiv zu modulieren. Dies zeigte sich sowohl in den Adhärenz-Ratings durch objektive und geschulte Beobachter\*innen sowie in hypothesenkonformen interpersonellen Eindrücken der Berater\*innen im interpersonellen Circumplex. Wie beabsichtigt, wurde ihr Verhalten in der beziehungsorientierten Bedingung freundlicher und weniger feindselig eingeschätzt. Insbesondere in Studie III wurde dies durch exzellente interne Konsistenzen und gute Interrater-Reliabilitäten untermauert. Des Weiteren bewerteten Klient\*innen die Berater\*innen in Studie II in der beziehungsorientierten Bedingung offener, vertrauenswürdiger und verständnisvoller, was ebenfalls in Übereinstimmung mit unseren theoretischen Annahmen ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrnehmung besonders verständnisvoller Berater\*innen auch durch den expliziten Einsatz von Validierungsstrategien bedingt ist, die u.a. darauf abzielen, Verständnis zu vermitteln. Insgesamt untermauern diese Ergebnisse den theoretischen interpersonellen Rahmen der Variation der Stile entlang der Zugehörigkeitsachse (siehe Abbildung 2 in Abschnitt 2.3.4).

Die Ergebnisse zeigten keine Unterschiede zwischen den Gesprächsstilen in der Wahrnehmung der Wärme der Berater\*innen durch die Klient\*innen, bei insgesamt eher warmen, freundlichen Einschätzungen des Berater\*innenverhaltens. Beide Stile weisen im interpersonellen Circumplex einen Überlappungsbereich auf und Berater\*innen nutzten daher auch im sachorientierten Stil therapeutische Basisvariablen wie Wertschätzung und Empathie, sodass es plausibel erscheint, dass sie auch hier freundlich wahrgenommen wurden. Es ist vielfach belegt, dass die wahrgenommene Wärme von Therapeut\*innen einen großen Einfluss auf die Klient\*innenzufriedenheit hat und gerade zu Beginn einer Psychotherapie für die Etablierung einer guten Allianz notwendig ist (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Dinger et al., 2007; Moors & Zech, 2017). Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass das Gefühl von Wärme für Klient\*innen wichtiger sein könnte als das Gefühl von Handlungs-/Durchsetzungsfähigkeit, wenngleich wir diese experimentell nicht variiert haben.

Gleichzeitig legen die Ergebnisse der Studie III nahe, dass der Versuch, unterschiedliche Erwartungen bezüglich des therapeutischen Verhaltens in der Sitzung zu erzeugen, nur teilweise erfolgreich war. Als

die Teilnehmer\*innen darüber informiert wurden, dass sie in der Sitzung keine emotionale Unterstützung erhalten würden, erwarteten einige trotzdem genau das. Es ist denkbar, dass sie ein starkes Verlangen nach emotionaler Unterstützung hatten und/oder die Auffassung hegten, dass eine Beratung normalerweise ebendiese bereitstellt und daher an dieser Erwartung festhielten. Auch das etwas allgemeiner formulierte Item zur Erfassung des beziehungsorientierten Primings (d.h. „Das Beratungsgespräch wird mir dabei helfen, emotionale Unterstützung für mein Problem zu erhalten.“) könnte durch Teilnehmende unabhängig vom erhaltenen Priming als zutreffend empfunden worden sein, was sie potentiell daran gehindert haben könnte, der Aussage zu widersprechen. Insgesamt bleibt allerdings unklar, ob das Priming und die Erwartungsmanipulation erfolglos waren oder ob der nicht-validierte Fragebogen schlichtweg nicht zu dessen Erfassung geeignet war.

Es zeigte sich kein Effekt der Erwartungsverletzung auf den Beratungserfolg, welchen wir aufgrund des vermuteten Bruchs in der Allianz vorhergesagt hatten (siehe auch Muran et al., 2018). Die Diskrepanz zwischen induzierten Erwartungen und dem tatsächlich angewandten Stil könnte schlicht zu gering gewesen sein, um wahrgenommen zu werden und potenziell zu Unzufriedenheit zu führen. Ebenso könnte eine allgemein positive Einstellung zur Sitzung mögliche Erwartungsverletzungen überwogen haben, zumal die Teilnehmer\*innen keine Vorerfahrungen mit Psychotherapie, psychiatrischer Behandlung oder Beratung hatten. Es ist ebenso denkbar, dass bereits das Setting einer Beratungssitzung – d.h. 50 Minuten aufmerksames Zuhören und Interagieren – so positiv wahrgenommen wurde, dass der Aufmerksamkeitsfokus möglicherweise nicht auf der Erwartungsverletzung lag. Zudem können die therapeutischen Strategien so effektiv gewesen sein, dass sie die möglichen Auswirkungen der nicht erfüllten Erwartungen aufwogen, was durch die signifikante Abnahme der Beeinträchtigung über alle Bedingungen hinweg und die Anwendung von evidenzbasierten, weithin empfohlenen Behandlungsansätzen für zwischenmenschliche Konflikte in beiden Bedingungen unterstützt wird. Selbst eine deutliche Verletzung der Erwartungen könnte außerdem als zielgerichtet und mit positiven Motiven der Berater\*innen wahrgenommen worden sein, wie eine besonders gut durchdachte Anpassung an die individuellen Bedürfnisse der Klient\*innen (in Anlehnung an Burgoon, 2016). Zusammenfassend deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Effektivität einer einzelnen psychologischen Beratungssitzung möglicherweise nicht beeinträchtigt wird, wenn der Beratungsstil nicht mit den ursprünglichen Erwartungen der Teilnehmer\*innen an die Sitzung übereinstimmt, solange die angewandten Interventionen effektiv sind.

### **Wahrnehmung der Allianz**

Die Ergebnisse beider Studien sprechen insgesamt für eine qualitativ hohe und konsistente Allianz, was darauf hindeutet, dass die Berater\*innen in der Lage waren, diese in einer einzigen Beratungssitzung aufzubauen. Die fehlenden Unterschiede zwischen den jeweiligen Bedingungen könnten sich dadurch erklären, dass Berater\*innen in beiden Stilen therapeutische Basisvariablen wie Empathie, Kongruenz

und Authentizität (Rogers, 1951) einsetzen und die Stile wiederum auf der Grundlage von evidenzbasierten Behandlungsempfehlungen entwickelt wurden. Wir vermuten außerdem, dass Klient\*innen eine insgesamt hohe intrinsische Motivation bezüglich der Beratung hatten, die mit Erwartungseffekten und einer allgemein positiven Wahrnehmung der Beratung und deren Nutzen (z.B. therapeutische Allianz) verbunden sein könnte (Kube et al., 2019; Wampold, 2015). Darüber hinaus zeigten die gesunden Studienteilnehmer\*innen in Studie III eher freundliche Verhaltensweisen (gemessen über den IIP) sowie in beiden Studien gering ausgeprägte zwischenmenschliche Probleme und geringe Erwartungen an soziale Ablehnung, was insgesamt für eine gute Fähigkeit spricht, befriedigende Beziehungen mit anderen aufzubauen (trait-Allianz) und damit auch eine tragfähige Allianz in der Beratungssitzung zu bilden (Zilcha-Mano, 2017). Da wir für mögliche Berater\*inneneffekte kontrollierten, können die positiv bewertete Allianz und die nicht-signifikanten Unterschiede in der Bewertung durch die Klient\*innen nicht auf eine fehlende konzeptionelle Differenzierung der Stile oder unzureichende Berater\*innen-Adhärenz zurückgeführt werden.

Die Ergebnisse lassen sich auch vor dem Hintergrund von Studien einordnen, welche die Bedeutung des ersten Kontakts im Hinblick auf die spätere Allianzqualität hervorheben (z.B. Ryan & Cicchetti, 1985; Shaw et al., 2019). Zusammengenommen mit der signifikanten Verbesserung der wahrgenommenen Beeinträchtigung bzw. Symptombelastung ist dies von besonderer Bedeutung vor dem Hintergrund von Studien, welche die Vorhersagekraft einer guten Allianz auf positive Outcomes unterstreichen (Flückiger et al., 2018). Obwohl die Allianz in Studie III keinen prädiktiven Wert in Bezug auf die Beeinträchtigung aufwies, zeigte sie sich als signifikanter Prädiktor für die Klient\*innenzufriedenheit zum Follow-up Zeitpunkt. Dies deckt sich mit Befunden, die den Zusammenhang zwischen Allianz und Zufriedenheit zeigen (Roos und Werbart, 2013).

Klient\*innen bewerteten die emotionale Bindung in Studie III höher, wenn sie auf den beziehungsorientierten Stil geprimt wurden, verglichen mit der Erwartung eines problemorientierten Stils. Dieses Ergebnis stimmt zunächst mit unserem theoretischen Rahmen und der angenommenen Beschaffenheit der beziehungsorientierten Bedingung (d.h. eine warme therapeutische Haltung) überein. Es scheint also, dass die vorherigen Instruktionen ihren Aufmerksamkeitsfokus auf das Gefühl der emotionalen Verbundenheit verlagerten. Allerdings scheinen weder der tatsächliche therapeutische Stil noch das Erleben einer Erwartungsverletzung entscheidend in Bezug auf die Allianzwahrnehmung gewesen zu sein. Dennoch waren die Einschätzungen der Allianz sowie der emotionalen Bindung in allen Gruppen hoch, was – insbesondere angesichts des gezeigten Zusammenhangs mit der Klient\*innenzufriedenheit – im Auge behalten werden sollte, wenn man bedenkt, dass die Wärme von Berater\*innen und Therapeut\*innen nachweislich einen positiven Einfluss auf die Klient\*innenzufriedenheit, den Aufbau einer stabilen therapeutischen Allianz und

niedrigere Abbruchraten hat (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Dinger et al., 2007; Moors & Zech, 2017, Roos & Werbart, 2013).

Somit liefern Studien II und III erste Evidenz dafür, dass eine experimentelle Variation des therapeutischen Stils in realistischen face-to-face Settings bei einer gesunden Stichprobe mit interpersonellen Konflikten durchführbar ist. Eine tragfähige therapeutische Allianz kann in einer einzelnen Sitzung erreicht werden und es scheint hierfür nicht ausschlaggebend, welchen therapeutischen Beziehungsstil Berater\*innen anwenden; sprich ob der Fokus eher auf der Beziehung oder auf dem Problem liegt. Zudem zeigt sich die positiv wahrgenommene Allianz unabhängig von den Erwartungen der Klient\*innen an ebendiesen Stil sowie möglichen Erwartungsverletzungen. Damit scheint eine einzelne Beratungssitzung imstande, die Symptombelastung sowie die wahrgenommene Beeinträchtigung bei gesunden Proband\*innen mit interpersonellen Problemen im Durchschnitt signifikant zu reduzieren, solange grundlegende therapeutische Basisvariablen eingehalten werden.

Da insbesondere eine frühe Allianz positiv mit dem weiteren Therapieerfolg einhergeht (z.B. Zilcha-Mano et al., 2016), könnten unsere Ergebnisse erste Hinweise auf positive längerfristige Effekte einer solchen einmaligen psychologischen Beratung und damit einen positiven Ausblick im Hinblick auf niederschwellige und kurzfristige psychologische Behandlungsformen und Unterstützungsangebote liefern. Die Linderung der Symptomschwere lässt sich sehr gut in Studienbefunde zu single-session Psychotherapie und kurzzeitigen Beratungsangeboten integrieren, deren Wirksamkeit für ein breites Spektrum an Zielgruppen und Inhalten gut belegt ist (Bloom, 2001; Cardamone-Breen et al., 2018; Pinkerton & Rockwell, 2010) und sich insbesondere auch für zwischenmenschliche Konflikte als effizient und effektiv erwiesen haben (Brown, 1984; Schwebel, 1985). In diesem Zusammenhang ist auch die in Deutschland im April 2017 eingeführte psychotherapeutische Sprechstunde im Rahmen der Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung zu erwähnen, welche ein niederschwelliges und flexibles Versorgungsangebot darstellt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2019). Hierbei handelt es sich um ein einmaliges Gespräch, das einen leicht zugänglichen, kosteneffektiven Ansatz darstellt, in dem der Aufbau einer ersten Allianz wichtig erscheint.

Neben den praktischen Implikationen können unsere neuartigen experimentellen Designs auch eine Grundlage für weitere Prozessforschung bieten, in denen u.a. Mediatoren- und Moderatorenanalysen (u.a. Persönlichkeitsstile und interpersonelle Probleme; siehe dafür auch 5.3. *Perspektiven für weitere Forschung*) oder auch die Untersuchung der dyadischen Passung detailliertere Informationen zur differentiellen Beziehungsgestaltung und damit zu einem individualisierten Therapiestil liefern können.



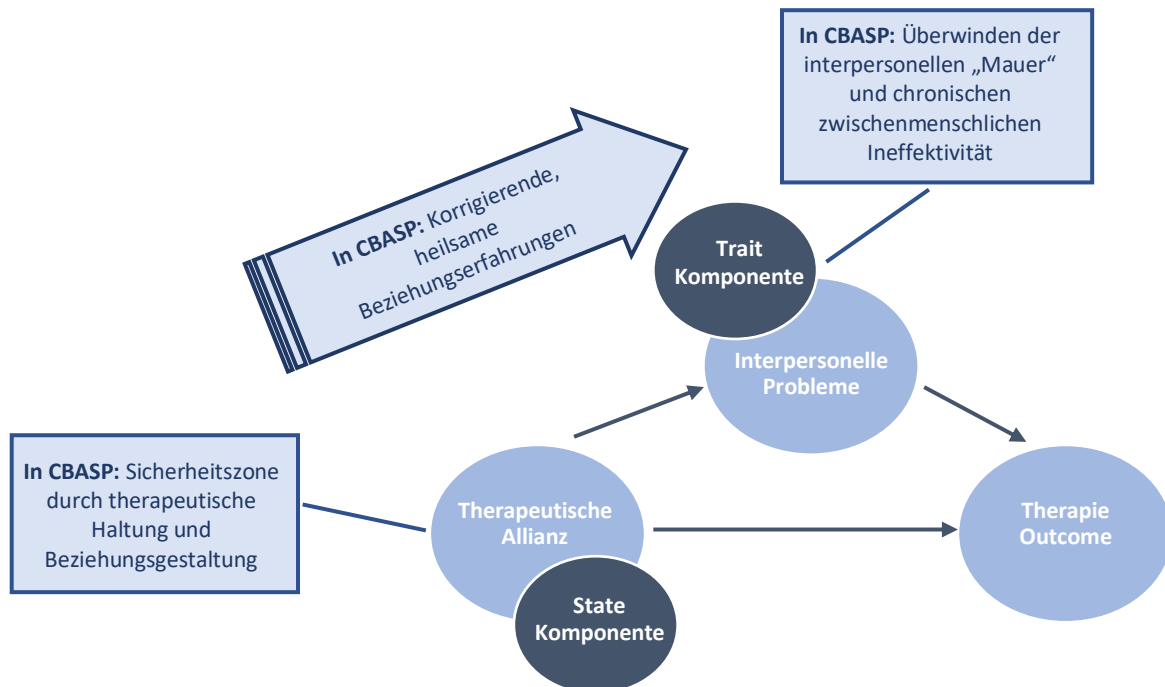
### **Ziel 3: Untersuchung der psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung im Zusammenhang mit der Allianz als interpersoneller Wirkfaktor**

Im Rahmen von Studie IV war es unser Anliegen, zugrundeliegende Veränderungsmechanismen der therapeutischen Allianz in einer Stichprobe von Patient\*innen mit PDD zu untersuchen. Insgesamt unterstützen unsere Ergebnisse die Passung der Annahmen des state-trait Modells der Allianz (Zilcha-Mano, 2017) für die Stichprobe von Patient\*innen mit PDD, die eine stationäre, individualisierte CBASP Behandlung erhielten. Patient\*innen mit einer PDD zeigen oft eine verminderte Fähigkeit, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen – ergo eine geringere trait-Allianz –, welche zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Störung beiträgt. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass eine tragfähige Allianz mit der/dem CBASP-Therapeut\*in – ergo die state-Allianz – zu einer verbesserten trait-Allianz (weniger interpersonellen Problemen) zu führen scheint, die wiederum mit einer symptomatischen Veränderung verbunden ist (siehe Abbildung 6).

Wir konnten den bereits robust nachgewiesenen Effekt der therapeutischen Allianz auf das Therapieoutcome in einer Stichprobe von PDD-Patient\*innen mit ausgeprägten interpersonellen Schwierigkeiten replizieren. Die therapeutische Allianz (state-Allianz) sagte zu mehreren Messzeitpunkten die depressive Symptomschwere voraus. Je höher Patient\*innen die therapeutische Allianz einschätzten, desto geringer ausgeprägt war die depressive Symptomatik zum folgenden Zeitpunkt. Diese Ergebnisse replizieren metaanalytische Befunde, dass eine höhere state-Allianz zu einer größeren nachfolgenden Symptomreduktion führt (Flückiger et al., 2020b). Zudem zeigten Patient\*innen mit einer initial höheren therapeutischen Allianz größere Verbesserungen in der depressiven Symptomatik. Dies passt zu robusten Befunden, dass eine anfänglich gute Allianz einen positiven Einfluss auf die Symptomreduktion hat (Falkenström et al., 2013; Flückiger et al., 2020b; Zilcha-Mano & Errazuriz, 2015).

Unsere Ergebnisse zeigten ebenfalls einen positiven Effekt von Veränderungen in der state-Allianz auf die Symptomschwere und replizieren damit diesen empirisch bereits etablierten Zusammenhang (siehe Flückiger et al., 2020b; Schwartz et al., 2018) für Patient\*innen mit PDD. Insbesondere späte Verbesserungen in der therapeutischen Allianz führten zu einer größeren Abnahme der Symptomatik. Dies deckt sich mit Befunden, dass der Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome größer ist, wenn er später im Therapieverlauf gemessen wird (Flückiger et al., 2018). Der durch CBASP adressierte interpersonelle Veränderungsmechanismus könnte ebenfalls eine Rolle spielen, da ein Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit in der therapeutischen Beziehungsgestaltung und dem Aufbau der Allianz selbst liegt, um dysfunktionale interpersonelle Erwartungen und Verhaltensweisen von Patient\*innen zu modifizieren, was wiederum zu therapeutischer Veränderung führt (siehe Brakemeier et al., 2021; Schramm et al., 2011, vgl. auch Abbildung 6). Hierauf wird im Folgenden näher eingegangen. Da diese

Veränderung natürlicherweise Zeit braucht und der explizite Einsatz von Techniken wie interpersonellen Diskriminationsübungen erst nach Einführung der Prägungen und Übertragungshypothesen erfolgt, erscheint die besondere Rolle der späten state-Allianz plausibel, auch weil die state-Allianz anfangs teilweise durch die trait-Allianz überlagert sein könnte.



**Abbildung 6.** State-Trait Ansatz und angenommene CBASP Veränderungsmechanismen

Patient\*innen mit einer stärker wahrgenommenen Zunahme in der Qualität der therapeutischen Allianz (state-Allianz) zeigten in Studie IV auch eine größere Abnahme der interpersonellen Probleme (trait-Allianz). Diese Abnahme ging außerdem mit größeren Verbesserungen in der depressiven Symptomatik einher (siehe auch Abbildung 6). Insgesamt vermittelten die interpersonellen Probleme den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und der depressiven Symptomatik. Unsere Ergebnisse liefern vorläufige Evidenz für den vom CBASP-Behandlungsansatz vorgeschlagenen Veränderungsmechanismus der korrigierenden Beziehungserfahrungen, demzufolge eine positive therapeutische Allianz interpersonelle Fähigkeiten verbessert, die wiederum mit einem besseren Behandlungsergebnis einhergehen. Abbildung 6 verbindet das state-trait-Modell mit diesem in CBASP angenommenen interpersonellen Veränderungsmechanismus. Als interpersonelle Lerntherapie besteht das Hauptziel von CBASP darin, Patient\*innen korrigierende heilsame Beziehungserfahrungen durch die aktive Etablierung und Gestaltung einer tragfähigen, positiven therapeutischen Beziehung zu ermöglichen, im Sinne der spezifischen Beziehungsgestaltung (siehe auch Abschnitt 5.1). CBASP fokussiert insbesondere die persönliche, direkte therapeutische Beziehungsgestaltung, der im Kern die Grundhaltung des disziplinierten persönlichen Einlassens (DPE) zugrunde liegt. Dies beschreibt eine

innovative Art der Gestaltung bei einer persönlichen, authentischen therapeutischen Haltung, die gegenüber Patient\*innen transparent kommuniziert wird. Hierbei steht eine ehrliche und persönliche Selbstöffnung eigener Gefühle und Reaktionen (kontingente persönliche Reaktion, KPR) im Vordergrund. Hiermit kann die/der Therapeut\*in für die/den Patient\*in eine „Sicherheitszone“ schaffen, in der die Beziehungsgestaltung auch an den frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen und heutigen interpersonellen Problemen ausgerichtet ist (siehe auch Brakemeier et al., 2021), was einer indizierten und spezifischen Beziehungsgestaltung (siehe Studie I, Abbildung 5) entspricht. CBASP-Therapeut\*innen wenden auch interpersonelle Diskriminationsübungen (IDÜs) an, in denen sie sich gezielt anders bzw. entgegengesetzt dysfunktionaler Beziehungsmuster mit prägenden Bezugspersonen verhalten, bspw. bei emotionalem Öffnen einer Patientin wertschätzendes Validieren des Therapeuten anstelle von Demütigungen, wie durch den Vater erlebt. Hierdurch soll die Patientin diese Erfahrungen von früheren dysfunktionalen Beziehungen und traumatisierenden Erfahrungen unterscheiden lernen und damit langfristig die interpersonelle „Mauer“ sowie chronische zwischenmenschliche Ineffektivität (vgl. auch Brakemeier et al., 2021) überwinden. Das kann zu besseren interpersonellen Fähigkeiten führen, die ihrerseits mit einem besseren Therapieergebnis verbunden sind (siehe auch McCullough, 2003). Genauer gesagt scheint die Reduktion von interpersonellen Problemen – ergo eine Stärkung der trait-Allianz – für diesen Veränderungsmechanismus relevant zu sein. Unsere Befunde deuten darauf hin, dass vielleicht gerade bei Patient\*innen mit PDD die trait-Allianz eine vermittelnde Rolle zwischen dem positiven Einfluss der state-Allianz und dem Therapieergebnis spielt, möglicherweise durch korrigierende Beziehungserfahrungen. Aufgrund des unkontrollierten Designs der Studie lassen die Ergebnisse jedoch keine Rückschlüsse darauf zu, inwieweit die CBASP-spezifische therapeutische Haltung des DPE zu den gefundenen Effekten beiträgt.

Wenngleich der neue methodische und explorative Ansatz unserer Studie bei der Einbettung der Ergebnisse berücksichtigt werden sollte, können wir diese mit Studienergebnissen von Coyne und Kolleg\*innen (2019) in Verbindung bringen. Die Autor\*innen konnten zeigen, dass Patient\*innen mit einer generalisierten Angststörung, die im Therapieverlauf eine größere Verbesserung der therapeutischen Allianz aufwiesen, auch eine größere Abnahme der interpersonellen Probleme zeigten, was zu einer stärkeren Symptomverbesserung führte. Unsere Ergebnisse bestätigen ebenfalls Befunde von Constantino et al. (2016), die einen positiven indirekten Effekt der therapeutischen Allianz auf die depressive Symptomatik, vermittelt durch die Abnahme des feindselig-submissiven interpersonellen Stils, bei Patient\*innen mit PDD fanden. Darüber hinaus können wir unsere Ergebnisse mit einer Studie von Klein et al. (2020b) vergleichen. Hier wurde der Allianz-Outcome Zusammenhang bei Patient\*innen mit PDD durch den sequentiellen indirekten Effekt von behandlungsspezifischen (CBASP) Verbesserungen der therapeutischen Allianz und einer Reduktion der trait-bezogenen sozialen

Gehemmtheit (zu introvertiert/sozial vermeidend) vermittelt. Die letztgenannten Autoren und die Forscher\*innengruppe um Arnow und Kolleg\*innen (2013) konnten ebenfalls zeigen, dass die therapeutische Allianz durch Patient\*innen in einer CBASP Behandlung als besser wahrgenommen wurde als durch Patient\*innen in einer Supportiven Therapie, was wiederum dafür spricht, dass spezifische CBASP Techniken wie das DPE zu einer besseren therapeutischen Allianz beitragen. Diese Ergebnisse unterstreichen erneut die zentrale Rolle der therapeutischen Allianz im Rahmen der CBASP Behandlung als möglicher Veränderungsmechanismus. Interessanterweise fanden Santiago und Kolleg\*innen (2005), dass die Fähigkeit von Patient\*innen, eine Situationsanalyse durchzuführen (die sich auf das Verhalten außerhalb des Therapiesettings bezieht), zwar zum Outcome beitrug, aber nicht den Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome medierte. Dies könnte darauf hindeuten, dass tatsächlich die oben genannte therapeutische Haltung den Mediationseffekt bestimmt (siehe auch Klein et al., 2020b). Um diesbezüglich genauere und valide Aussagen treffen zu können, sind Dismantling Studien vonnöten, in denen CBASP beispielsweise mit und ohne DPE, KPR und IDÜ verglichen wird (siehe auch Brakemeier et al., 2021).

Insgesamt weisen unsere Ergebnisse auf einen dynamischen Wirkmechanismus hin, wonach die therapeutische Allianz auf interpersonellem Weg Veränderung erzeugen kann, wie es auch CBASP vorschlägt. Die interaktionellen Charakteristika von Patient\*innen zeigen sich hierbei als wichtige Komponente im Rahmen der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Insbesondere neuere Verfahren der dritten Welle, wie CBASP, betonen die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung zur Überwindung störungsimmanenter interpersoneller Schwierigkeiten und rücken die Beziehung damit als eigenständigen „change agent“ in den Vordergrund.

### 5.2 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Im Folgenden möchte ich die wichtigsten Limitationen des Dissertationsvorhabens diskutieren, die bei der Interpretation der Studienergebnisse berücksichtigt werden sollten. Zunächst möchte ich dabei auf Einschränkungen eingehen, die für die Dissertationsstudien im Ganzen gelten. Im Anschluss werde ich die Limitationen für die einzelnen Studien diskutieren.

Im Allgemeinen sind die vergleichsweise kleinen Stichprobengrößen in Studie II bis IV zu nennen, welche die Aussagekraft der gefundenen Effekte einschränken. Zudem zielten die experimentellen Variationen in Studie II und III auf den interpersonellen therapeutischen Stil (II) sowie die Erwartungen auf ebendiesen (III) ab. Gleichzeitig ist der therapeutische Prozess insgesamt deutlich komplexer mit einer Vielzahl an interagierenden und interdependenten Variablen. Die Studiendesigns konnten diese natürliche Eigendynamik nicht kontrollieren und berücksichtigen, wodurch die Interaktion zwischen Klient\*in/Patient\*in und Berater\*in/Therapeut\*in nur bedingt abbildbar war. Wenngleich Studie IV eine

klinische Stichprobe umfasst und damit die ökologische Validität deutlich erhöht ist, sind auch hier nur ein Bruchteil der relevanten Einflussfaktoren in Bezug auf den Therapieprozess berücksichtigt. Weitere Mediatoren und Moderatoren, wie bspw. Kindesmisshandlung oder auch der interpersonelle Stil (siehe bspw. Klein et al., 2020b), sind bereits untersucht worden und sollten in künftigen Studien inkludiert werden.

Als Limitation des systematischen Reviews (Studie I) ist zu benennen, dass dieses keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Insbesondere Themen wie die Beziehungsgestaltung und ihre Konzeptualisierung in verschiedenen Settings (u.a. Gruppen- oder Paartherapie) oder auch Beziehungserwartungen und die Placebo Forschung stellen wichtige Aspekte dar, die über die Arbeit hinausgehen und in künftigen Studien berücksichtigt werden sollten.

Als Limitation der experimentellen Studien II und III ist zuallererst die Beschaffenheit der Stichprobe zu nennen. Die Teilnehmer\*innen waren durch Vorauswahl in beiden Studien gesund und sind als selektive Stichprobe zu bewerten, die sich selbstständig und eigenmotiviert für die Teilnahme meldete. Die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist eingeschränkt, da die Stichprobe somit nur begrenzt repräsentativ für realistische klinischen Bedingungen ist, wie bspw. Psychotherapie. Sowohl in Studie II als auch in Studie III kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Symptomreduktion bzw. Abnahme der erlebten Beeinträchtigung durch Spontanremission anstelle der spezifischen Inhalte der Sitzungen erklärt werden kann, da keine unbehandelten Kontrollgruppen eingeschlossen wurden.

In Studie II wurde die Allianz zudem nur zu einem Messzeitpunkt erhoben und es gab keine follow-up Messung, was zeitliche Implikationen hinsichtlich der Allianz, der Symptomveränderung und insbesondere deren Stabilität limitiert. Dies griffen wir in Studie III mit der Ergänzung eines follow-up Messzeitpunktes auf. Während wir in Studie II die Berater\*innenvariable als möglichen konfundierenden Faktor berücksichtigten, sind mögliche Berater\*inneneffekte in Studie III durch das „one-with-many“ Design (Marcus et al., 2009) nicht vollständig auszuschließen. Hierbei ist an Artefakte durch bestimmtes Berater\*innenverhalten (Rosenthal-Effekt; Rosenthal & Fode, 1963) aufgrund der fehlenden Verblindung sowie Unterschiede in den Einstellungen zu den Stilen oder auch persönliche Eigenschaften und Vorlieben zu denken, die wir als mögliche Effekte nicht untersuchten. Diesen möglichen Einflüssen wurde mithilfe von umfangreichen Schulungen, regelmäßiger Supervision und der Überprüfung der Manualtreue anhand von Adhärenzratings versucht proaktiv zu begegnen.

Obleich die überwiegende Mehrheit der eingesetzten Instrumente in Studie III gut validiert war, war der selbstkonstruierte und vorab nicht validierte Fragebogen zur Erfassung der Erwartungen möglicherweise nicht ideal geeignet, um die Effekte der Erwartungsmanipulation zu erfassen. Insgesamt bleibt hierbei unklar, ob das Priming und damit die Erwartungsmanipulation erfolglos waren ob der Fragebogen diese lediglich nicht erfassen konnte. Die Erwartungen der Teilnehmer\*innen wurden

zudem vor der Erwartungsmanipulation nicht erhoben, was Aufschluss über allgemeine Einstellungen zu Beratungsstilen ermöglicht hätte. Wir entschieden uns jedoch gegen diese Erfassung, da wir besorgt waren, dass dies die Erwartungsmanipulation zu offensichtlich gemacht und somit das Risiko von Nachfragen erhöht hätte.

Eine zentrale in Studie IV inkludierte Variable ist die trait-Allianz, die durch den Gesamtscore der interpersonellen Probleme im IIP operationalisiert wurde. Unseres Wissens nach stellt dies eine erste solche Operationalisierung dar und es bleibt daher unklar, ob sie das Konstrukt in vollem Umfang valide abbilden konnte. Während andere Studien, welche die Allianz bei Patient\*innen mit PDD untersuchten, zur Messung der interpersonellen Variable Subskalen des IIP verwendeten (siehe u.a. Klein et al., 2020b), orientierten wir uns stärker an der Definition der state-trait-Allianz von Zilcha-Mano (2017), welche die trait-like-Komponente als die allgemeine Fähigkeit, befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen, definiert. Unserer Ansicht nach lässt sich die trait-Allianz daher besser durch die allgemeinen interpersonellen Probleme von Patient\*innen abbilden als durch einen spezifischen Stil. Des Weiteren fanden Renner und Kolleg\*innen (2012), dass sich bei Patient\*innen mit PDD der interpersonelle Distress (Gesamtscore des IIP) im Verlauf der Behandlung stärker verändern kann als der interpersonelle Stil (Subskala des IIP), was für eine höhere Veränderungssensitivität spricht und ebenfalls unsere Wahl unterstützt. Da wir in Studie IV den IIP nur zum prä-und-post Zeitpunkt erhoben, ist die zeitliche Vorrangigkeit von Ursache und Wirkung innerhalb der Mediationsmodelle eingeschränkt. In künftigen Studien wäre es wichtig, weitere Messzeitpunkte zu inkludieren, wie bei der Messung der therapeutischen Allianz und der depressiven Symptomatik. Wir untersuchten in unserer Studie keine individuellen Entwicklungsverläufe und analysierten keine Subgruppen innerhalb der Stichprobe, sodass keine Aussagen dazu getroffen werden können, ob es bestimmte Patient\*innen gibt, die generell besser in der Lage sind, therapeutische Allianzen zu bilden als andere (siehe Zilcha-Mano, 2017). Eine weitere Einschränkung liegt in der ausschließlichen Anwendung von Selbsteinschätzungen der Patient\*innen, da diese anfällig für Verzerrungen sind. Eine Überlappung zwischen Selbstberichten zur therapeutischen Allianz, interpersonellen Problemen und Symptomen scheint wahrscheinlich, da alle Maße aus Patient\*innenperspektive bewertet wurden (Flückiger et al., 2020a). Zudem fehlte in unserer Studie eine Kontrollgruppe, was die Validität der Ergebnisse einschränkt und unkontrollierbare Effekte nicht ausschließen kann, wie z. B. spontane Veränderungen in den Symptomen.

### 5.3 Perspektiven für weitere Forschung

Im vorliegenden Dissertationsprojekt erfolgte die Betrachtung der differentiellen therapeutischen Beziehungsgestaltung aus spezifischen Blickwinkeln und unter Berücksichtigung ausgewählter

Variablen, sodass die Studien nur einen begrenzten Ausschnitt der Behandlungsrealität widerspiegeln. Unsere Ergebnisse implizieren jedoch vielfältige Perspektiven für weitere Forschung.

Die experimentellen Designs in Studie II und III bieten eine praktikable Möglichkeit und Grundlage für künftige Studien. Hierbei können unter anderem Moderatoren und Mediatoren, wie Merkmale von Klient\*innen und Berater\*innen, genauer untersucht und verglichen werden. Klient\*innenmerkmale wie Persönlichkeitsfaktoren, Erwartungen, der Bindungsstil oder auch interpersonelle Probleme sind als Einflussfaktoren bereits untersucht worden und wären eine sinnvolle Ergänzung für experimentelle Studien (siehe auch Bernecker et al., 2014; Ozer & Benet, 2006; Steel et al., 2008; Wampold & Imel, 2015). In ersten weiterführenden, unveröffentlichten Analysen unserer experimentellen Studie II zeigte sich beispielsweise, dass verträgliche Personen einen beziehungsorientierten Stil gegenüber einem sachorientierten Beziehungsgestaltungsstil bevorzugten (Besier, 2018; Paul, 2020). Zudem nahmen Klient\*innen mit hohem Vertrauen (als Bindungsdimension) die therapeutische Allianz positiver wahr (Besier, 2018). Positive Erwartungen an das Beratungsgespräch zeigten ebenfalls einen Einfluss auf die Wahrnehmung der therapeutischen Allianz. Ebenso wurde die Allianz positiver wahrgenommen, je stärker Erwartungen an das Gespräch erfüllt wurden (Wagner, 2019). Wenngleich diese ersten Analysen als explorativ zu werten sind und einige Limitationen aufweisen, liefern sie doch einen vorsichtig positiv zu deutenden Ausblick auf mögliche anknüpfende Folgeuntersuchungen.

Es erscheint auch vielversprechend, den interpersonellen Stil von Klient\*innen in Studien zu inkludieren, da Zilcha-Mano und Kolleg\*innen (2018) herausfanden, dass bei Klient\*innen mit einem eher distanzierten und vermeidenden interpersonellen Stil eine Verbesserung der therapeutischen Allianz (state-Allianz) entscheidender für den Therapieerfolg war, während bei Klient\*innen, die weniger distanziert und eher freundlich-unterwürfig waren, die trait-Komponente der Allianz wichtiger für ein positives Outcome schien. Dies kann außerdem mit den Ergebnissen der Studie IV in Verbindung gebracht werden, in der die Stichprobe eher erstere interpersonelle Verhaltenstendenzen aufwies (eher distanziert und vermeidend) und ebenfalls die Bedeutung der state-Allianz in Bezug auf den Therapieerfolg herausgestellt wurde, aber auch die Verbesserung interpersoneller Fertigkeiten. Weitere Studien und Analysen unserer Daten scheinen hier vielversprechend, um differenzierter zu untersuchen, für welche Patient\*innen es hilfreich ist, die therapeutische Allianz und damit Beziehungsgestaltung aktiv zu fokussieren.

Spannend ist in diesem Zusammenhang auch, ob es zeitliche Aspekte (u.a. Therapiephasen, begleitende Lebensumstände) zu berücksichtigen gilt, wie es bspw. im Review im Sinne einer differentiellen indizierten und spezifischen Beziehungsgestaltung vorgeschlagen wird. Das Design kann auch für weitere spezifische Forschungsfragen angewendet werden, wie bspw. die mögliche Rolle von interpersonellen Erwartungen im Rahmen von Dismantlingstudien.

Auch das Ausmaß der Passung beider Seiten in Bezug auf persönlichkeitsbezogene oder auch demographische Variablen stellt einen möglichen Einflussfaktor dar. Der dyadische Charakter der Allianz findet dieser bislang zu wenig Berücksichtigung in Forschungsbestrebungen und sollte daher zunehmend eingebunden werden. Spannend sind diesbezüglich auch Fragestellungen, bei denen die interpersonellen Profile auf beiden Seiten berücksichtigt werden, wie bspw. in der bereits in Abschnitt 2.3.4 vorgestellten Studie von Moors und Zech (2017), in der für dominante Klient\*innen die Aktivität der Berater\*innen entscheidend für ihre Zufriedenheit war, während für submissive Klient\*innen die Wärme ausschlaggebender schien. Anknüpfende Forschung in diesem Bereich erscheint höchst vielversprechend, um differenzielle Aussagen in Bezug auf die Frage *what works for whom?* generieren zu können. Ebenfalls sollten Charakteristika auf Berater\*innenseite in Designs inkludiert werden, um genauere Aussagen zur differentiellen Beziehungsgestaltung generieren zu können.

Obwohl es robuste Evidenz für die Bedeutsamkeit von Therapeut\*inneneffekten für den therapeutischen Prozess gibt und diese Behandlungseffekte übersteigen, werden sie in Studiendesigns oftmals nicht ausreichend berücksichtigt, was vor allem in geschachtelten Designs zu einer Überschätzung von Behandlungseffekten führen kann (siehe auch Dinger et al., 2007; Wampold & Imel, 2015). In unseren Studien haben wir der Rolle von Therapeut\*innen nur bedingt Aufmerksamkeit geschenkt. Obgleich wir diese in Studie II teilweise miterfasst haben, sollten künftige Studiendesigns sie explizit integrieren und bspw. Eigenschaften und Einstellungen untersuchen. Ein verstärktes Augenmerk sollte künftig auch darauf liegen, Therapeut\*inneneffekte insbesondere in geschachtelten Designs konsequent zu berücksichtigen und auch gekreuzte Designs zu nutzen (Wampold & Imel, 2015). Hierbei ist u.a. auch der Allegiance-Effekt eine spannende Einflussvariable, die sich als robuster Moderator in Psychotherapiestudien gezeigt hat (siehe auch Munder et al., 2013) und künftig ebenfalls in Designs aufgenommen werden sollte. Mithilfe größerer Stichproben könnte man in experimentellen Studien auch hierarchische lineare Modelle und Mehrebenenmodelle unter Berücksichtigung von Berater\*inneneffekten durchführen.

Durch die Studien II und III konnten wir die Möglichkeit zur aktiven und gezielten Gestaltung und Umsetzung unterschiedlicher therapeutischer Stile demonstrieren. Longitudinale Studiendesigns mit multiplen Messungen der Allianz oder auch experimentelle Einzelfallstudien wären hilfreiche Ergänzungen, um differenzierte Ergebnisse aufzudecken. Das Design birgt verschiedene Möglichkeiten für Variationen (a) des therapeutischen Stils und (b) der Erwartungen, wie z.B. eine Variation entlang der Kontrollachse des interpersonellen Circumplex oder im Ausmaß der Empathie und/oder Kompetenz im Auftreten der Berater\*innen. Weitere Forschungsanstrengungen zur Manipulation von Erwartungen erscheinen vielversprechend. Hierbei könnten sowohl Qualität sowie Quantität variiert werden und es sollte auf eine gute Ausbalancierung von erfolgreichem Priming und weiter bestehender Verblindung geachtet werden. In diesem Zuge wäre es ebenfalls hilfreich, das entwickelte Instrument zur Erfassung



der Erwartungen weiterzuentwickeln und zu validieren, um Erwartungen vorab zu erfassen und das Erwartungspriming zu überprüfen.

Zudem könnte eine Übertragung des Designs auf andere Konfliktbereiche oder sogar auf eine klinische Stichprobe die vorliegenden Ergebnisse bereichern. Bei einer klinischen Stichprobe gilt es natürlich, ethische Gesichtspunkte ausreichend zu berücksichtigen. Gleichzeitig stimmen unsere Ergebnisse in Bezug auf die positiv wahrgenommene Allianz, hohe Zufriedenheit sowie deutlich reduzierte Beeinträchtigung und Symptombelastung positiv, dass eine Anwendung auch bei Patient\*innen mit einer klinischen Diagnose vertretbar und unabhängig von der Manipulation wirksam ist. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass unsere Berater\*innen durchweg evidenzbasierte, allgemein anerkannte und empfohlene Behandlungsstrategien für interpersonelle Konflikte (IPT) nutzten.

In Ergänzung zu experimentellen Studien in realistischen face-to-face Settings, können auch analoge experimentelle Studien eingesetzt werden, in denen bspw. verstärkt auf Videomaterial aus dem Behandlungssetting zurückgegriffen werden kann. Hier seien exemplarisch Studien angeführt, in denen jeweils anhand von Videosimulationen Therapeut\*innen auf herausfordernde Interaktionen (Anderson et al., 2009) oder aber Klient\*innen auf bestimmtes therapeutisches interpersonelles Verhalten reagieren sollten (Moors und Zech, 2017). Solche Designs bieten eine gute Alternative zu experimentellen Studien – wie Studien II und III dieses Dissertationsvorhabens – und können ggf. sogar mehr Variablen des natürlichen und dynamischen Charakters im therapeutischen Prozess aufgreifen.

In künftigen Forschungsdesigns zur Untersuchung des state-trait-Allianz Konzeptes (vgl. Studie IV) erscheint es wichtig, die Operationalisierung der trait-Allianz durch die Erfassung der interpersonellen Probleme im IIP erneut zu untersuchen, um die gefundenen Effekte replizieren zu können. Ebenso spannend wäre es, weitere Maße zu ergänzen bzw. zu testen, um differenziertere Aussagen treffen und sich langfristig auch einer einheitlichen Operationalisierung annähern zu können. Interessante zusätzliche Konstrukte sind in diesem Zusammenhang *Repräsentationen Anderer* (siehe Smith et al., 2010), *Erwartungen sozialer Ablehnung/Unterstützung* (*Depression Expectation Scale*, DES; Kube et al., 2017) oder die durch andere wahrgenommenen *interpersonellen Eindrücke* mittels des *Impact Message Inventory* (IMI; Kiesler, 1983). Insgesamt wäre der Einbezug von Ratings durch Therapeut\*innen oder auch objektiven Rater\*innen eine sinnvolle Ergänzung, um das Konstrukt der Allianz weiter zu entschlüsseln (siehe dafür auch Studien von Strunk et al., 2010; Zilcha-Mano et al., 2015). In beiden experimentellen Studien der vorliegenden Dissertation zeigte sich der Einbezug von Videoratings als wertvolle Ergänzung.

In künftigen Studien sollten zusätzliche Moderatoren und Mediatoren der State-Trait-Allianz inkludiert werden, wie bspw. Kindesmisshandlung. Klein und Kolleg\*innen (2020b) legen bspw. in ihrer Studie nahe, dass der sequenzielle Mediationseffekt der therapeutischen Allianz und sozialer Gehemmtheit

(als Subskala des IIP) in bestimmten Subgruppen besonders relevant sein könnte, wie bspw. bei Patient\*innen mit erlebtem emotionalem Missbrauch oder auch bei einer komorbiden Angsterkrankung. In diesem Zusammenhang erscheint es vielversprechend, Patient\*innen hinsichtlich der initialen Trait-Allianz (bspw. niedrig, mittel, hoch) statistisch zu unterteilen, um differenzielle Effekte zu untersuchen. So könnten Patient\*innen, die trotz hoher initialer interpersoneller Probleme eine gute therapeutische Allianz aufbauen können, mehr von der Therapie profitieren im Vergleich zu Patient\*innen, die diese nicht entwickeln können, da eine initial schlechtere Allianz nicht notwendigerweise auch ein schlechtes Therapieergebnis bedeutet. Ähnliche Ergebnisse wurden bereits durch Gómez Penedo und Kolleg\*innen bei depressiven Patient\*innen gefunden, wo Patient\*innen mit starken unterwürfigen Verhaltenstendenzen am meisten von einer besseren therapeutischen Allianz profitierten und in der Folge auch bessere Behandlungsergebnisse hatten (2020). Das Gleiche könnte somit auch für Patient\*innen mit PDD gelten.

Da Weiss und Kolleg\*innen (2014) herausfanden, dass Verbesserungen innerhalb einer Sitzung in Bezug auf die therapeutische Allianz bei Patient\*innen mit einer Panikstörung von Verschlechterungen zwischen den Sitzungen gefolgt waren, sollten künftige Studiendesigns mögliche Effekte bestimmter Messzeitpunkte sowie Zeitintervallen zwischen diesen berücksichtigen und genauer beleuchten (d.h. prä-post Messzeitpunkte, siehe auch Flückiger et al., 2020b).

Auch eine differenzierte Betrachtung einzelner Subskalen der therapeutischen Allianz könnte interessante Befunde liefern. Hierbei könnte der Aufbau einer authentischen und echten emotionalen Bindung (bond) insbesondere für Patient\*innen mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen entscheidend in Bezug auf die weitere Entwicklung der interpersonellen Fähigkeiten und damit auch auf das Therapieoutcome zu sein. Eine gezielte Untersuchung ebendieser Variable erscheint daher in Stichproben wie Patient\*innen mit PDD in Studie IV spannend, um tiefere Einblicke in die Wirkweise der Beziehungsgestaltung und Allianz zu erhalten.

Die Beziehungsgestaltung könnte auch in unterschiedlichen Settings, wie bspw. in der Gruppen- oder Paartherapie untersucht werden. Zudem wäre auch ein Vergleich verschiedener Therapiemethoden sinnvoll und spannend, beispielsweise wie im Review beschrieben zwischen der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1993), CBASP (McCullough, 2003) und der Schematherapie (Young et al., 2003), welche alle drei dezidiert und gezielt Techniken der Beziehungsgestaltung als therapeutische Strategien nutzen und sie an aktuellen interpersonellen Problemen von Patient\*innen sowie frühen biographischen Lernerfahrungen ausrichten (für einen praxisnahen Ein- und Überblick siehe auch Videomaterial von Brakemeier & Jacobi, 2017). Eine authentische Selbstöffnung auf Therapeut\*innenseite ist in allen drei Ansätzen zentrales Element der therapeutischen Beziehungsgestaltung, allerdings in unterschiedlicher Form und Dosis (siehe auch Köhler et al., 2017).

Interessant wäre beispielsweise ein Vergleich der Wahrnehmung bzw. Rolle der therapeutischen Allianz, auch im Rahmen von Mediationsanalysen (vgl. Arnow et al., 2013; Klein et al., 2020b) oder auch eine gezieltere Analyse der Wirkweise der therapeutischen Beziehungsgestaltung in Dismantling-Studien. Auch können weiterführende und komplexere statistische Herangehensweisen und Modellierungen eine wichtige Ergänzung und Weiterentwicklung darstellen, um die Beziehungsgestaltung differenzierter zu beleuchten. Spannend sind in diesem Zusammenhang u.a. Einzelfall- oder auch Clusteranalysen, um bspw. zu eruieren, wie sich unterschiedliche Ausgangslagen und Verläufe auf Patient\*innenseite entwickeln und auf das Outcome auswirken.

#### 5.4 Implikationen für die klinische Praxis

Das Dissertationsvorhaben liefert neben diesen forschungsbezogenen Perspektiven auch wichtige Implikationen für die klinische Praxis. In Übereinstimmung mit Flückiger et al. (2020b) haben auch unsere Ergebnisse erneut die dynamische, reziproke Qualität von therapeutischer Allianz und Symptomatik unterstrichen. Bei der Übertragung in den klinischen Alltag sollte dies für die Therapieplanung, Supervision sowie das Prozess- und Outcome-Monitoring berücksichtigt und beide Konstrukte in allen Therapiephasen fortlaufend erfasst werden.

Therapeut\*in und Patient\*in können unterschiedliche Wahrnehmungen der Allianzqualität haben, wenngleich sich die Patient\*innenperspektive am aussagekräftigsten in Bezug auf das Outcome zeigt. Dieser dyadische Charakter wird allerdings bislang nicht nur in der Forschung zu wenig berücksichtigt. Es gilt zu bedenken, dass Patient\*innen und Therapeut\*innen vermutlich verschiedene Kriterien für die Beurteilung der Allianz zugrunde legen (Kivlighan et al., 2014). Divergierende Einschätzungen oder auch Verläufe sind aber nicht per se als negativ oder gar therapieschädigend einzustufen. Vielmehr sollen sie als Hinweise dafür verstanden werden, dass das Sprechen über die Allianz, die Beziehungsgestaltung und mögliche Schwierigkeiten oder Uneinigkeiten hilfreich für den weiteren Therapieverlauf sein können (Flückiger et al., 2018).

Patient\*innen mit einem hohen Anspruch an sozial erwünschtes Verhalten – was bei Patient\*innen mit PDD ebenfalls häufig der Fall ist – bewerten die Allianz eher hoch (z. B. Coyne et al., 2019; Dinger et al., 2009) und halten sich möglicherweise zurück, von Brüchen in der Allianz zu berichten (z.B. Eubanks et al., 2018). Da sich ungelöste Brüche allerdings negativ auf das therapeutische Ergebnis auswirken (Eubanks et al., 2018), sollten sie durch kontinuierliches Erfassen der Allianz im Behandlungsverlauf am besten frühzeitig erkannt werden, z. B. durch Feedbacksysteme (Lutz et al., 2019) und andere diagnostische Instrumente, wie die *Alliance Negotiation Scale* (Doran et al., 2012). Die empathische und verständnisvolle Reaktion darauf sollten wegweisend für Therapeut\*innen sein, da Episoden von Allianzbrüchen und ihrer Reparatur (engl. *rupture-repair episodes*; Safran et al., 2011) positiv mit

erfolgreicher Psychotherapie zusammenhängen. Erste meta-analytische Analysen weisen auf positive Effekte von *rupture-resolution* Trainings und Supervision hin (Safran et al., 2011). Auch das allianzfokussierte Training (engl. *Alliance Focused Training*, AFT, Eubanks-Carter et al., 2015) unterstützt Therapeut\*innen darin, Brüche in der therapeutischen Allianz besser zu erkennen und auszuhandeln. Die motivorientierte Beziehungsgestaltung (siehe Caspar und Belz, 2017) liefert ebenfalls Anknüpfungspunkte für das Umschiffen von Brüchen in der therapeutischen Allianz im Sinne einer indizierten Beziehungsgestaltung. Weiterhin erscheint die Nutzung von Vorhersagemodellen (Rubel und Lutz, 2016) oder auch der oben bereits angesprochenen Feedbackforschung (Lutz et al., 2015; Schiepek et al., 2018) vielversprechend. Durch die Integration von Elementen der therapeutischen Beziehung in diese Modelle können evidenzbasierte und differentielle Antworten zur Beziehungsgestaltung generiert und damit der Therapieerfolg verbessert werden.

In der CBASP-Behandlung wird die therapeutische Haltung als ein Schlüsselfaktor angenommen, um interpersonelle sowie symptomatische Veränderung auf Patient\*innenseite zu ermöglichen. Die Ergebnisse der Studie IV unterstreichen diese besondere Rolle der therapeutischen Beziehung und plädieren dafür, den Fokus im Therapieprozess sowie in der Supervision verstärkt auf spezifische CBASP-Strategien und die allgemeine therapeutische Haltung des disziplinierten persönlichen Einlassens zu lenken, um den Aufbau der Allianz noch gezielter zu stärken und die interpersonellen Muster der Patient\*innen verändern zu können. Die Ergebnisse der Studie IV deuten zudem darauf hin, dass interpersonelle Probleme die Entwicklung der therapeutischen Allianz und die weitere Veränderung der Symptomatik beeinflussen können. Indem diese vor Beginn der Therapie und auch im Verlauf erhoben werden, können sie als Indikator für die fortlaufende Beziehungsgestaltung dienen. Aufbauend auf der oben diskutierten Studie von Goméz Penedo et al. (2020) könnte sich die Berücksichtigung der Allianz während des Behandlungsverlaufs als besonders wichtig für Patient\*innen mit einem hohen Maß an interpersonellen Problemen erweisen, wie es bei einem Großteil der Patient\*innen mit PDD der Fall ist. Es darf an dieser Stelle auf eine laufende DFG geförderte Studie („Changing Persistent Depressive Disorder“: ChangePDD; Brakemeier & Zimmermann, 2021.) hingewiesen werden, in dessen Rahmen die Ergebnisse der Studie IV in einem kontrollierten Design (CBASP Behandlung vs. Behavioral Activation Behandlung bei Patient\*innen mit PDD) repliziert werden können.

Unsere Ergebnisse der Studien II und III legen die Wirksamkeit einmaliger psychologischer Beratungsgespräche für interpersonelle Konflikte in einer gesunden Stichprobe nahe. Hieraus kann vorsichtig optimistisch abgeleitet werden, dass bereits einmalige Sitzungen als alleinige Interventionen als leicht zugängliche, kosteneffektive Ansätze im Sinne primärer und sekundärer Präventionsstrategien genutzt werden können. In der Tat zeigt sich keine signifikante Unterlegenheit bzgl. der Wirksamkeit zeitlich begrenzter Therapieangebote, wie Kurzzeittherapien oder auch einmalige Angebote und zeitlich unbegrenzten bzw. längerfristigen psychotherapeutischen Angeboten (Bloom, 2001; Weidmann et al.,

2017). Insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen weltweiten Corona-Pandemie und damit einhergehenden steigenden Inzidenz- und Prävalenzraten psychischer Erkrankungen sowie einer allgemeinen Zunahme psychischer Belastung (vgl. Beutel et al., 2021; Zielasek & Gouzoulis-Mayfrank, 2020) schließt sich hier eine gesundheitspolitisch wichtige Debatte an. Brakemeier et al. (2020) schlagen vor, Kurzzeitinterventionen und auch einzelne Sitzungen verstärkt zu nutzen, um einer Überlastung des Versorgungssystems vorzubeugen und zeitnah (wenn nötig) weitere Behandlung einzuleiten. Die Einführung einer sogenannten Corona-Sprechstunde über die psychotherapeutische Sprechstunde hinaus stellt den Autorinnen zufolge eine sinnvolle und schnelle Hilfe zur Diagnostik und Indikation weiteren Behandlungsbedarfs dar und dient ebenso der kurzfristigen Entlastung von Betroffenen. Im Sinne der Prävention scheinen diese Ansätze ebenso hilfreich in Bezug auf die Störungsentwicklung sowie Chronifizierung und Verschlechterung (Brakemeier et al., 2020).

Zudem findet ein Großteil der therapeutischen Veränderung in der Anfangsphase der Therapie statt und die Kurve flacht im Verlauf zunehmend ab (Bloom, 2001). Patient\*innen, die früh Verbesserungen zeigen, haben insgesamt bessere und stabilere Therapieerfolge als Patient\*innen, die erst verzögert auf die Behandlung ansprechen (Lambert, 2005). Da es Evidenz dafür gibt, dass eine besonders frühe Allianz prädiktiv für spätere positive Ergebnisse ist (z.B. Zilcha-Mano et al., 2016), implizieren auch die durchgängig hohen Allianzwerte der Studien mögliche längerfristige positive Effekte von Einzelberatungen oder Kurzzeitangeboten. Die therapeutische Allianz entsteht insbesondere in der frühen Therapiephase und hat damit einen frühen Einfluss auf das Therapieergebnis, sodass sich der erste Eindruck von Patient\*innen in Bezug auf ihre Therapeut\*innen direkt auf die Zufriedenheit auswirken kann und über die Zeit stabil zu sein scheint (Bar et al., 2006; Flückiger et al., 2020b; Wampold, 2015). Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Kosten im Gesundheitssystem können einmalige Angebote ggf. eine vielversprechende Alternative bieten.

Wenn man die Bedeutung der ersten Begegnung zwischen Klient\*in und Berater\*in und den oft hohen anfänglichen Leidensdruck von Klient\*innen bedenkt, ist ein sehr interessantes Ergebnis unserer Studien, dass es in der Wahrnehmung der Klient\*innen der Allianz und Symptomverbesserung nicht so zentral zu sein scheint, welchen interpersonellen Stil Berater\*innen anwenden. Somit haben Berater\*innen und Therapeut\*innen möglicherweise mehr Freiheit bei der Wahl eines interpersonellen Stils, der zu ihnen und ihrer Haltung passt und in Folge dessen auch für die jeweiligen Klient\*innen passend erscheint. Andere Variablen, wie die wahrgenommene Freundlichkeit, könnten entscheidender sein, wie in Abschnitt 5.3 bereits andiskutiert. Zuroff und Kolleg\*innen (2007) konnten bspw. zeigen, dass die wahrgenommene Freundlichkeit von Therapeuten die autonome Motivation der Patienten erhöht, was wiederum positiv mit der Allianz und dem Outcome zusammenhängt. Weitere Studien untermauern die Bedeutung von Freundlichkeit, wahrgenommener Empathie und Authentizität für Patient\*innen in der Bewertung der therapeutischen Allianz (Bedi et al., 2005; Nienhuis et al., 2018).

Daher kann es hilfreich sein, als Therapeut\*in die eigene Freundlichkeit bis zu einem gewissen Grad zu erhöhen, insbesondere im Erstkontakt oder in klinischen Settings mit begrenzter Kapazität für die Zuwendung zu Patient\*innen und damit der Allianzbildung. Es gilt allerdings einschränkend zu bedenken, dass der interpersonelle Stil auf Therapeut\*innen-/Berater\*innenseite möglicherweise in einer einzelnen Sitzung nicht so relevant für die Wahrnehmung der Allianz durch Klient\*innen/Patient\*innen zu sein scheint, potenziell aber im Rahmen von längerfristigen Beratungs- und Therapiekontexten eine wichtigere Rolle einnimmt.

Da es auf Therapeut\*innenseite hohen Bedarf an Trainings hinsichtlich der adäquaten Durchführung von therapeutischen Interventionen gibt (Fairburn & Cooper, 2011), könnten Ansatzpunkte auch in der Modulierung des zwischenmenschlichen Verhaltens liegen. Dies könnte die autonome Motivation der Patienten für geplante Interventionen erhöhen und damit die therapeutische Allianz stärken (De Nadai et al., 2014), sowie empirischen Input für bereits bestehende und oben diskutierte allianzfokussierte Trainings bereichern (Eubanks-Carter et al., 2015). Anderson und Kolleg\*innen (2009) haben in diesem Zusammenhang die Erfassung und ein Training von sogenannten „facilitative interpersonal skills“ (FIS) entwickelt. Hiermit sind interpersonelle therapeutische Fähigkeiten gemeint, wie Empathiefähigkeit, emotionale und verbale Ausdrucksfähigkeit, die Fähigkeit zum Aufbau einer emotionalen Bindung sowie der Umgang mit Allianzbrüchen, also auch adäquate Problemlösestrategien in schwierigen Therapiesituationen. Die Erfassung dieser Fähigkeiten ist mittlerweile auch im deutschsprachigen Raum erprobt (Gumz et al., 2020). In einer metaanalytischen Arbeit untersuchten Perlman und Kolleg\*innen (2020) ein neues wissenschaftlich basiertes Schulungs- bzw. Weiterbildungsprogramm, bestehend aus allianzfokussiertem Training sowie einem Training der FIS. Das Programm beinhaltet videogestützte Therapiesimulationen und das gezielte Üben von interpersonellen Schlüsselfertigkeiten, u.a. in Rollenspielen. Es zeigten sich durch das Training im Vergleich zu gängigen Ausbildungsprogrammen ein höheres Ausmaß an therapeutischen Kompetenzen sowie insbesondere den FIS.

Wie bereits in Studie I beschrieben, werden die Grundlagen und Konzepte einer aktiven Gestaltung der therapeutischen Beziehung als Bestandteil einer jeden Psychotherapie verstärkt im Rahmen der Ausbildung im deutschsprachigen Raum gelehrt. Es werden zunehmend Hochschullehrkonzepte erprobt und validiert, die im Zusammenhang mit der Psychotherapiereform und der vom Bundesrat beschlossenen Approbationsordnung (PsychThApprO; Bundesrat, 2019) vonnöten sind, um bereits in der Hochschullehre psychotherapeutische Basisfertigkeiten praxisnah zu vermitteln (siehe auch Wilhelm et al., 2020). Die therapeutische Beziehungsgestaltung bzw. Beziehungsdynamik sind hierbei bereits Bestandteile bestehender Lehrkonzepte und die geplante anwendungsorientierte Parcoursprüfung als Teil der PsychThApprO beinhaltet planmäßig die therapeutische Beziehungsgestaltung als einen von fünf Themenfeldern bzw. Stationen, zu denen Studierende geprüft werden sollen. Künftig sollten auch weiterhin zunehmend neue wissenschaftliche Befunde in die

Ausbildung integriert werden, um die Vermittlung evidenzbasierter, differenzieller Beziehungsgestaltung für die spätere klinische Arbeit zu gewährleisten und damit Behandlungsqualität und -Ergebnisse zu optimieren. Wie bereits beschrieben, weisen unsere Ergebnisse auf den möglichen Mehrwert niederschwelliger, einmaliger Beratungsangebote hin – mit erfolgreicher und wirksamer Durchführung durch Masterstudierende im Fach Klinische Psychologie bei umfassender Schulung und regelmäßiger, engmaschiger Supervision. Solch einmalige Interventionen könnten daher im Rahmen der neuen Psychotherapiestudiengänge ein- und durchgeführt werden, um gleichzeitig Lehr- und Versorgungsauftrag zu bedienen.

In der psychotherapeutischen Praxis erscheint zudem vielversprechend, wie die Effekte der therapeutischen Allianz und positiver Erwartungen in der Behandlung maximiert werden können (siehe Kirsch et al., 2016). In Anlehnung an unsere experimentellen Studien könnten behandlungsrelevante Überlegungen zur Erwartungshaltung der Patient\*innen beispielsweise einerseits ein spezifisches Bedürfnis nach emotional unterstützenden Maßnahmen oder andererseits nach einer Fokussierung auf spezifische Lösungsstrategien umfassen. In der Tat kann der therapeutische Erfolg durch die explizite Einbeziehung von Erwartungen, deren Aufrechterhaltung, Verletzung und Modifikation verbessert und gestärkt werden, wie z. B. in erwartungsfokussierten psychologischen Interventionen (EFPI; Kube et al., 2019; Rief & Glombiewski, 2016), die speziell auf die Bewertung und Modifikation von Erwartungen abzielen. Durch die Thematisierung und Modifikation unrealistischer Erwartungen im gegebenen therapeutischen Setting können die Selbstwirksamkeit der Patient\*innen, ihre aktive Mitarbeit, ein gutes Arbeitsbündnis und die Motivation für Veränderung und Therapie gesteigert werden, was wiederum zu einem verbesserten Outcome führen kann. Im klinischen Alltag werden in unterschiedlichen Therapieformen und Interventionen Erwartungen im Laufe der Behandlung direkt oder indirekt modifiziert, wie bspw. in der Expositionstherapie (Craske, 2015) oder auch in CBASP (McCullough, 2003).

Es bietet sich an, die Rolle von Erwartungen exemplarisch im Rahmen der CBASP Therapie genauer zu betrachten, da insbesondere bei Patient\*innen mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen die Beziehungsgestaltung auch als erwartungskorrigierende Intervention entworfen werden kann (Rief und Strauß, 2018). Im ViolEx Modell (Rief et al., 2015) wird beschrieben, dass Erwartungen unter anderem durch vorherige Erfahrungen geprägt sind. Die CBASP Therapie hat zum Ziel, durch die therapeutische Beziehungsgestaltung erwartungsverletzende, korrigierende Erfahrungen (im Englischen: *violation of expectations*, ViolEx) zu schaffen, bspw. durch interpersonelle Diskriminationsübungen (IDÜs). Betrachten wir hierzu eine fiktive Beispielpatientin: Frau Müller, 47 Jahre, mit persistierender depressiver Erkrankung seit dem Jugendalter und aktuell in laufender ambulanter CBASP Behandlung. Frau Müller hat als Kind frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen im Sinne von emotionaler Vernachlässigung durch die Mutter gemacht. Diese

wandte sich beim Weinen oder wenn Frau Müller emotionale Zuwendung brauchte von ihr ab und verließ den Raum; ignorierte sie. Als erwachsene Frau und Patientin im Rahmen der ambulanten CBASP Therapie hat Frau Müller nun die Erwartung/Übertragungshypothese: „Wenn ich mich gegenüber meiner Therapeutin öffne, dann wird sie mich nicht mehr mögen und die Therapie abbrechen.“. Diese negative Beziehungserwartung wird die Patientin vermutlich auch außerhalb des therapeutischen Settings in vielen sozialen Interaktionen haben, wodurch sie sich als entkoppelt von der Umwelt erlebt (siehe McCullough, 2003). Daher hält Frau Müller durch eine maladaptive Informationsverarbeitung als Um- oder Neubewertung von erwartungsverletzenden Erfahrungen – bspw. als „positive Ausnahme von der Regel“ – ihre dysfunktionalen zwischenmenschlichen Erwartungen aufrecht (*Kognitive Immunisierung* im Sinne des ViolEx Modells; Rief et al., 2015). Im Rahmen der Behandlung kann die Therapeutin gezielt korrigierende Beziehungserfahrungen schaffen, sodass Frau Müller Unterschiede zwischen missbräuchlichem und/oder vernachlässigendem Verhalten früherer prägender Bezugspersonen und dem heutigen Verhalten der Therapeutin erkennt. Sobald es im Rahmen der Therapie zu einem solchen emotionalen „hot spot“ (bspw. weint die Patientin vor der Therapeutin) kommt, kann letztere diese Chance nutzen, um ein emotionales Öffnen auf Patientinnenseite zu validieren und damit positiv zu verstärken. Hierbei sollte die Therapeutin zugewandt sein, sich nicht abwenden und damit eine Sicherheitszone schaffen, sodass Frau Müller die Erfahrung machen kann, dass die Therapeutin – entgegen der Erwartung/Übertragungshypothese – anders bzw. entgegengesetzt zu vernachlässigenden und/oder missbräuchlichen prägenden Bezugspersonen handelt – hier der vernachlässigenden Mutter. Die Therapeutin bricht die Therapie nicht ab, sondern stützt die Patientin emotional, sodass zunehmend Nähe und das Gefühl von Sicherheit für Frau Müller entstehen können. Durch dieses erwartungsverletzende Verhalten der Therapeutin (entgegengesetzt der negativen Beziehungserwartungen) können im Sinne des ViolEx Modells bei Frau Müller Veränderungsprozesse bzgl. generalisierter Beziehungserwartungen angestoßen werden. Hier ist oben genannte kognitive Immunisierung auf Therapeut\*innenseite stets im Blick zu behalten (bspw. „Sie sagen das doch nur, weil Sie dafür bezahlt werden.“), um entsprechend reagieren zu können. Durch dieses Diskriminationslernen kann Frau Müller im besten Fall zunehmend auch außerhalb des therapeutischen Settings korrigierende Erfahrungen zulassen, als Überwindung der „interpersonellen Mauer“ und damit der Entkopplung von der Umwelt.

## 5.5 Fazit

Insgesamt unterstreicht die vorliegende Dissertation die Bedeutsamkeit der differentiellen therapeutischen Beziehungsgestaltung in verschiedenen Formen von psychologischer Behandlung und Beratung. Für die psychotherapeutische Behandlung erscheint es wichtig, die Beziehung evidenzbasiert und differentiell fortlaufend angepasst zu gestalten, um eine individualisierte Psychotherapie zu ermöglichen (vgl. Brakemeier & Herpertz, 2019). Aufbauend auf der individuellen Fallkonzeption sollten



kontinuierlich der Therapiefortschritt, die Qualität der therapeutischen Allianz sowie die wechselseitige Beeinflussung mit weiteren Faktoren (u.a. der Therapeut\*innenvARIABLE, interpersonellen Fertigkeiten, Erwartungen und spezifischen Techniken) überprüft werden. Auf Therapeut\*innenseite bedeutet das, immer wieder gezielt die Art und Weise der Beziehungsgestaltung zu überprüfen und anzupassen. Eine aktive und auf konkrete Therapieziele ausgerichtete Gestaltung muss hierbei nicht immer zweckmäßig bzw. gleich bedeutsam sein. Unter Umständen kann ein eher zurückhaltendes therapeutisches Auftreten unter Berücksichtigung der Basisvariablen zielführender sein. Hierbei können Prinzipien, die allgemein für Beziehungen gelten, auch auf die therapeutische Beziehung angewandt werden: Wenn es keine Probleme gibt, fungiert sie als „Hintergrundvariable“, über die nicht gezielt kommuniziert werden muss. Wenn jedoch Schwierigkeiten auftreten, sollten diese explizit und offen thematisiert werden (siehe auch Sachse, 2016).

Gleichwohl stellt die therapeutische Allianz aus wissenschaftlicher und klinischer Perspektive einen wichtigen Wirkfaktor dar. Die experimentellen Studien liefern erste Belege, dass es für Berater\*innen möglich ist, ihren interpersonellen Stil aktiv und bewusst zu variieren und dabei positive Allianzen zu formen, unabhängig vom Beratungsstil und/oder Erwartungen hieran und Verletzungen ebendieser. Einmalige psychologische Beratungsgespräche waren in einer gesunden Stichprobe wirksam in Bezug auf die Beeinträchtigung und Belastung durch zwischenmenschliche Konflikte.

Unsere Ergebnisse weisen auf einen dynamischen, interpersonellen Wirkmechanismus der Allianz hin, wie es auch CBASP vorschlägt. Sie können als vorläufige Evidenz für den Veränderungsmechanismus der korrigierenden Beziehungserfahrungen gewertet werden, wonach eine positive und tragfähige therapeutische Allianz interpersonelle Fähigkeiten verbessert, die wiederum zu einem besseren Behandlungsergebnis führen. Eine differentielle Beziehungsgestaltung sollte vor diesem Hintergrund insbesondere bei Patient\*innen mit interaktionellen Schwierigkeiten – wie bspw. Patient\*innen mit PDD – spezifisch erfolgen, sodass ebendiese Schwierigkeiten im Rahmen der therapeutischen Arbeit und Beziehung adressiert werden können.

Unter Berücksichtigung der methodischen Limitationen könnten die Dissertationsstudien als Grundlage für weitere Prozessforschung im Bereich von psychologischer Beratung und Psychotherapie (u.a. zur Identifikation von Moderatoren und Mediatoren) sowie für die Entwicklung von Indikationskriterien für eine individualisierte Beziehungsgestaltung (*what works for whom?*) dienen. Langfristig kann ein differenzierteres Verständnis für Veränderungs- und Wirkmechanismen zu einer fortlaufenden Behandlungsoptimierung führen.

## Literatur

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00146-0)
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. DOI: 10.1037//0022-0167.48.3.251
- Alexander F, French TM (1946) The corrective emotional experience. Wiley, (reprint 1974)
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology, 65*(7), 755–768.
- Arnou, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Fisher, A. J., & Kocsis, J. H. (2013). The Relationship Between the Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Two Distinct Psychotherapies for Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 627–638.  
doi:10.1037/a0031530.
- Auer, C. J., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., Winkler, A., Laferton, J. A., Broadbent, E., & Rief, W. (2016). Patients' Expectations Predict Surgery Outcomes: A Meta-Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine, 23*(1), 49–62. <https://doi.org/10.1007/s12529-015-9500-4>
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the Alliance-Outcome Correlation: Exploring the Relative Importance of Therapist and Patient Variability in the Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(6), 842–852. doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bar, M., Neta, M., & Linz, H. (2006). Very first impressions. *Emotion, 6*(2), 269–278.  
doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.269
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B. A. (2010). The Validity of the Alliance as a Predictor of Psychotherapy Outcome. In J. C. Muran & J. P. Barber (Hr.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice* (S. 29-43). The Guilford Press.
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Arvay, M. J. (2005). The Client's Perspective on Forming a Counselling Alliance and Implications for Research on Counsellor Training. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 39*(2), 71–85.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24*(1), 12–24. doi.org/10.1080/10503307.2013.809561
- Besier, E. (2018). *Einflussfaktoren auf die Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit von der Beziehungsgestaltung* (unveröffentlichte Masterarbeit). Philipps-Universität Marburg.
- Beutel, M.E., Hettich, N., Ernst, M. et al. (2021). Mental health and loneliness in the German general population during the COVID-19 pandemic compared to a representative pre-pandemic assessment. *Scientific Reports, 11*, 14946.

- Bird, T., Tarsia, M., & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 239, 93-101. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.057.
- Birkhäuer, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., & Gerger, H. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One*, 12(2).
- Bloom, B. L. (2001). Focused Single-Session Psychotherapy: A Review of the Clinical and Research Literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75-86. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75>
- Bollmann, S., Köhler, S., Guhn, A., Schamong, I., Sterzer, P., Brakemeier, E.-L. (2021). Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung. *Verhaltenstherapie*, 31, 267-284. doi: 10.1159/000511640
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. doi.org/10.1037/h0085885
- Brakemeier, E.-L., Guhn, A., & Normann, C. (2021). *Praxisbuch CBASP: Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie: mit E-Book inside, Arbeits- und Videomaterial*. Beltz.
- Brakemeier, E. L., & Herpertz, S. C. (2019). Innovative psychotherapy research: towards an evidence-based and process-based individualized and modular psychotherapy. *Nervenarzt*, 90(11), 1125–1134. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00808-9>
- Brakemeier, E.-L., & Jacobi, F. (2017). *Verhaltenstherapie in der Praxis: Beltz Video-Learning*, Beltz.
- Brakemeier, E.-L., Wirkner, J., Knaevelsrud, C., Wurm, S., Christiansen, H., Lueken, U. & Schneider, S. (2020). Die COVID-19-Pandemie als Herausforderung für die psychische Gesundheit: Erkenntnisse und Implikationen für die Forschung und Praxis aus Sicht der Klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 49. 1-31. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000574>.
- Brakemeier, E.-L. & Zimmermann, J., 2021. A Comparison of Two Psychotherapy Programs in Persistently Depressed Treatment-Resistant Inpatients (Change PDD) (Clinicaltrials.gov Identifier NCT04996433). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04996433>
- Brown, L. M. (1984). A single consultation assessment clinic. *British Journal of Psychiatry*, 145. <https://doi.org/10.1192/bjp.145.5.558a>
- Bundespsychotherapeutenkammer (2019). Praxisinfo – Psychotherapie-Richtlinie. [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170702\\_praxisinfo\\_psychotherapie-richtlinie.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170702_praxisinfo_psychotherapie-richtlinie.pdf)
- Bundesrat (2019). *Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit. Approbationsordnung für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten (PsychThApprO)*. [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0601-0700/670-19.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2019/0601-0700/670-19.pdf?__blob=publicationFile&v=1)
- Burgoon, J. K. (2016). *Expectancy Violations Theory*. In C. R. Berger & M. E. Roloff (Hrsg.), *The Wiley Blackwell - ICA international encyclopedias of communication. The International encyclopedia of interpersonal communication* (S. 1–9). Wiley Blackwell. DOI:10.1002/9781118540190.wbeic102

- Cardamone-Breen, M., Jorm, A., & Lawrence, K. A., Rapee, R. M., Mackinnon, A. J., & Hui Yap, M. B. (2018). A single-session, web-based parenting intervention to prevent adolescent depression and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 20*(4), 1-24. DOI:10.2196/jmr.9499
- Caspar, F & Belz, M. *Motivorientierte Beziehungsgestaltung* (2017). In E.-L. Brakemeier & F. Jacobi (Hrsg.) *Verhaltenstherapie in der Praxis* (S. 54-65). Beltz.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches. Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association. doi.org/10.1037/13747-000
- Choi, S. I., Kim, E., Comstock, S. M., & Havlik, E. (2020). College students' ambivalence over emotional expression and counselor's directiveness: an analogue experiment on perceived therapeutic bond. *Counselling Psychology Quarterly*. doi.org/10.1080/09515070.2020.173287
- Coleman, R. A., & Neimeyer, R. A. (2015). Assessment of Subjective Client Agency in Psychotherapy: A Review. *Journal of Constructivist Psychology, 28*(1), 1–23.
- Constantino, M. J., Aviram, A., Coyne, A. E., Newkirk, K., Greenberg, R. P., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2020). Dyadic, longitudinal associations among outcome expectation and alliance, and their indirect effects on patient outcome. *Journal of Counseling Psychology, 67*(1), 40–50. <https://doi.org/10.1037/cou0000364>
- Constantino, M., Castonguay, L., & Schut, A. J. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Hrsg.), *Counseling Based on Process Research: Applying What We Know*, (S. 81–131). Allyn & Bacon.
- Constantino, M., Laws, H., Coyne, A., Greenberg, R., Klein, D., Manber, R., Rothbaum, B., & Arnow, B. (2016). Change in Patients' Interpersonal Impacts as a Mediator of the Alliance–Outcome Association in Treatment for Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*. <https://doi.org/10.1037/ccp0000149>
- Constantino, M. J., Schwaiger, E. M., Smith, J. Z., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., & Zuroff, D. C. (2010). Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy, 47*(3), 418–424. <https://doi.org/10.1037/a0021169>
- Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A Meta-Analysis of the Association between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy, 55*(4), 473–485. DOI:10.1037/pst0000169
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2019). Interpersonal change as a mediator of the within- and between-patient alliance-outcome association in two treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 87*(5), 472–483. <https://doi.org/10.1037/ccp0000394>
- Craske M, G. (2015). Optimizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders: An Inhibitory Learning and Inhibitory Regulation Approach. *Verhaltenstherapie, 25*, 134-143. doi: 10.1159/000381574
- Cronin, T. J., Lawrence, K. A., Taylor, K., Norton, P. J., Kazantzis, N. (2015) Integrating between-session

- interventions (homework) in therapy: the importance of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. *Journal of Clinical Psychology*, 71(5):439–450. Doi: 10.1002/jclp.22180
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of common factors in psychotherapy outcome. *Clinical Psychology*, 15, 5.1-5.25. <https://doi.org/https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- De Bolle, M. de, Johnson, J. G., & Fruyt, F. de (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378–385. <https://doi.org/10.1159/000320895>
- De Nadai, A. S., King, M. A., Karver, M. S., & Storch, E. A. (2014). Addressing patient motivation, therapeutic alliance, and treatment expectancies in interventions for anxiety disorders. In P. Emmelkamp & T. Ehring (Hrsg.), *The Wiley handbook of anxiety disorders, Vol. 1. Theory and research; Vol. 2. Clinical assessment and treatment* (S. 1215–1227). Wiley Blackwell.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. [doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002)
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 174–183. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpi022>
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 519–526. <https://doi.org/10.1080/10503300802491410>
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists interpersonal problems' and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 148-159.
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy*, 46(3), 277–290. <https://doi.org/10.1037/a0016913>
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Doran, J. M., Safran, J. D., & Muran, J. C. (2016). The Alliance Negotiation Scale: A psychometric investigation. *Psychological assessment*, 28(8), 885–897. <https://doi.org/10.1037/pas0000222>
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M. & Krupnick, J. L. (1999). “Patient-treatment fit” and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 437-451. <https://doi.org/10.1093/ptr/9.4.437>
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169–173. <https://doi.org/10.1037/a0037596>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2018). Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508–519. <https://doi.org/10.1037/pst0000185>

- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour research and therapy*, 49(6-7), 373–378. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.03.005>
- Falkenström, F., Ekeblad, A., & Holmqvist, R. (2016). Improvement of the Working Alliance in One Treatment Session Predicts Improvement of Depressive Symptoms by the Next Session. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(8), 738–751. <https://doi.org/10.1037/ccp0000119>
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Working alliance predicts psychotherapy outcome even while controlling for prior symptom improvement.pdf. *Psychotherapy Research*, 24(2), 146–159. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.847985>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Znoj, H., Caspar, F., & Jörg, U. (2012). Valuing clients' perspective and the effects on the therapeutic alliance: A randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 18–26. <https://doi.org/10.1037/a0023648>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020a). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6). <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A., Wampold, B., Crits-Christoph, P., Atzil Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errazuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J., Strunk, D., & Barber, J. (2020b). The Reciprocal Relationship Between Alliance and Early Treatment Symptoms: A Two-Stage Individual Participant Data Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 829–849. <https://doi.org/10.1037/ccp0000594>
- Flückiger, C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). *The Alliance in Adult Psychotherapy : A MetaAnalytic Synthesis*. 55(4), 316–340.
- Frank, J. D., Frank, J. B. *Persuasion and healing: comparative study of psychotherapy*. Johns Hopkins University Press, 1993.
- Fuertes, J. N., Anand, P., Haggerty, G., Kestenbaum, M., & Rosenblum, G. C. (2015). The physician-patient working alliance and patient psychological attachment, adherence, outcome expectations, and satisfaction in a sample of rheumatology patients. *Behavioral Medicine*, 41(2), 60–68. [doi.org/10.1080/08964289.2013.875885](https://doi.org/10.1080/08964289.2013.875885)
- Gómez Penedo, J. M., & Babl, A., Krieger, T., Heinonen, E., Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2020). Interpersonal Agency as Predictor of the Within-Patient Alliance Effects on Depression Severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 338-349. [10.1037/ccp0000475](https://doi.org/10.1037/ccp0000475).
- Grawe, K. *Psychologische Therapie*. Hogrefe, 2000.
- Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Krieger, T., Flückiger, C., Wright, A. G. C., & Caspar, F. (2014). Interpersonal differentiation within depression diagnosis: Relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 24(4), 429–441. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.829253>
- Gumz, A., Longley, M., Schestag, L., Hirschmeier, C., Derwahl, L., Weinreich, J., Göttke, T., Höltermann,

- F., Koch, T., Freund, K., Geist, M., Schlipfenbacher, C., & Kästner, D. (2020). Die „Facilitative interpersonal skills“-Übung – Messen therapeutischer Kompetenz mit der deutschsprachigen Version. *Psychotherapeut*, 65, 465–474. doi.org/10.1007/s00278-020-00465-3
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.292>
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Hrsg.), *The working alliance: Theory, research and practice* (S. 51-84). Wiley.
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The Future of Intervention Science: Process-Based Therapy. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263.
- Horvath, A. O. (2018). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*, 28(4), 499–516.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). *The alliance*. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. US: Oxford University Press, S. 37–69.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Howe, L. C., Goyer, J.P., & Crum, A. J., 2017. Harnessing the placebo effect: exploring the influence of physician characteristics on placebo response. *Health Psychol.* 36:1074–82
- Huber, J., Born, A.-K., Claaß, C., Ehrental, J. C., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2019). Therapeutic agency, in-session behavior, and patient–therapist interaction. *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 66–78. <https://doi.org/10.1002/jclp.22700>
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., Chae, J. H., 2014. Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>
- Johns, R. G., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2019). A systematic review of therapist effects: A critical narrative update and refinement to review. *Clinical psychology review*, 67, 78–93. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.004>
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 213–225.
- Kaptchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., Kerr, C. E., 2008. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 336:999–1003
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6), 825–832. doi.org/10.15288/jsa.2005.66.825
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*,

- 42(4), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1), 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review, 90*(3), 185–214. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185>
- Kiesler, D. J., & Goldston, C. S. (1988). Client-Therapist Complementarity: An Analysis of the Gloria Films. *Journal of Counseling Psychology, 35*(2), 127–133. [doi.org/10.1037/00220167.35.2.127](https://doi.org/10.1037/00220167.35.2.127)
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of relationship in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(2), 183–194. <https://doi.org/10.1037/h0085418>
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice, 3*(2), 121–131. <https://doi.org/10.1037/cns0000065>
- Kivlighan, D. M., Jr., Marmarosh, C. L., & Hilsenroth, M. J. (2014). Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change: A moderated actor–partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology, 61*(1), 15–23. <https://doi.org/10.1037/a0034939>
- Klein, J. P., Probst, T., Kriston, L., Assmann, N., Bailer, J., Eich, H., Schweiger, U., Stenzel, N. M., Wambach, K., Hautzinger, M., Härter, M., & Schramm, E. (2020a). Changes in Therapeutic Alliance and in Social Inhibition as Mediators of the Effect of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A Secondary Analysis from a Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 89*(4), 261–262. [doi:10.1159/000506082](https://doi.org/10.1159/000506082)
- Klein, J. P., Stahl, J., Hüppe, M., McCullough, J. P., Schramm, E., Ortel, D., Sondermann, S., Schröder, J., Moritz, S., & Schweiger, U. (2020b). Do interpersonal fears mediate the association between childhood maltreatment and interpersonal skills deficits? A matched cross-sectional analysis. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research, 30*(2), 267–278. [doi:10.1080/10503307.2018.1532125](https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1532125)
- Köhler, S., Guhn, A., Betzler, F., Stiglmayr, C., Brakemeier, E.-L., & Sterzer, P. (2017). Therapeutic Self Disclosure within DBT, Schema Therapy, and CBASP: Opportunities and Challenges. *Frontiers in Psychology, 8*. [doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02073](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02073)
- Kramer, U., Kolly, S., Berthoud, L., Keller, S., Preisig, M., Caspar, F., Berger, T., De Roten, Y., Marquet, P., & Despland, J.-N. (2014). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy & Psychosomatics, 83*(3), 176–86. <https://doi.org/10.1159/000358528>
- Kube, T., D’Astolfo, L., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., & Rief, W. (2017). Focusing on situation-specific expectations in major depression as basis for behavioural experiments – Development of the Depressive Expectations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(3), 336–352. <https://doi.org/10.1111/papt.12114>
- Kube, T., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2019). Expectation-Focused Psychotherapeutic Interventions For People with Depressive Symptoms. *Verhaltenstherapie, 29*(4), 281–291. <https://doi.org/10.1159/000496944>



- Kube, T., & Rozenkrantz, L. (2020). When Beliefs Face Reality: An Integrative Review of Belief Updating in Mental Health and Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 1-28. <https://doi.org/10.1177/1745691620931496>
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie?- Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252–263. <https://doi.org/10.1159/000367928>
- Lambert, M. J. (2005). Early Response in Psychotherapy: Further Evidence for the Importance of Common Factors Rather Than "Placebo Effects". *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869. <https://doi.org/10.1002/jclp.20130>
- Lambert, M. J. (2017). Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(2), 80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357–361. <https://doi.org/10.1037/00333204.38.4.357>
- Lammers, C. H. (2017). *Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung*. Beltz.
- Leibert, T. W., & Dunne-Bryant, A. (2015). Do common factors account for counseling outcome? *Journal of Counseling and Development*, 93(2), 225–235. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00198.x>
- Linehan, M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* (1993). Guilford Press.
- Lorenzo-Luaces, L., Derubeis, R. J., & Webb, C. A. (2014). Client characteristics as moderators of the Relation between the therapeutic alliance and outcome in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 368–373. <https://doi.org/10.1037/a0035994>
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy: The groundwork for a study of their relationship to its outcome. *Successful psychotherapy*, 92-116.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491. <https://doi.org/10.1097/00005053-198308000-00005>
- Lutz, W., De Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go?. *Psychotherapy Research*, 25(6), 625–632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A. K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour research and therapy*, 120, <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103438>
- Marcus, D. K., Kashy, D. A., & Baldwin, S. A. (2009). Studying psychotherapy using the one-with-many design: The therapeutic alliance as an exemplar. *Journal of Counseling Psychology*, 56(4), 537–548. <https://doi.org/10.1037/a0017291>
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic

- Alliance Rating System. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46–52.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(3-4), 241-263. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
- Moors, F., & Zech, E. (2017). The effects of psychotherapist's and clients' interpersonal behaviors during a first simulated session: A lab study investigating client satisfaction. *Frontiers in Psychology*, 8(OCT). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>
- Moras, K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy Interpersonal Relations, Patients' Alliance, and Outcome In Brief Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 39(4), 405–409. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1982.04290040019003>
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30100](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100)
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(4), 384-397. <https://doi.org/10.1037/ccp0000284>
- Muran, J. C., Segal, Z. V., Samstag, L. W., & Crawford, C. E. (1994). Patient pretreatment interpersonal problems and therapeutic alliance in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 185–190. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.62.1.185>
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8), e00486. <https://doi.org/10.1002/brb3.486>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., ... Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research*, 28(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy Relationships That Work III*. 55(4), 303–315.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. [doi:10.1002/jclp.20764](https://doi.org/10.1002/jclp.20764)
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal of Integrative & Eclectic Psychotherapy*, 6(1), 6–27.
- Ozer, D. & Benet, V. (2006). Personality and the Prediction of Consequential Outcomes. *Annual review of psychology*. 57. 401-421. Doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190127.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31(2), 109–118. <https://doi.org/10.1037/h0024436>
- Paul, J. (2020). *Trajectories on the interpersonal circumplex – A microanalysis of single counselling*

- sessions on interpersonal conflicts* (unveröffentlichte Masterarbeit). Philipps-Universität Marburg.
- Perlman, M., Anderson, T., Foley, V., Mimnaugh, S., & Safran, J. (2020). The impact of alliance-focused and facilitative interpersonal relationship training on therapist skills: An RCT of brief training. *Psychotherapy Research, 30*(7). DOI: 10.1080/10503307.2020.1722862.
- Pinkerton, R. S., Rockwell, W. J. K. (2010). Very Brief Psychological Interventions with University Students. *Journal of American College Health, 42*(4), 156-162.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.1994.9939663>
- Reese, R. J., Usher, E. L., Bowman, D. C., Norsworthy, L. A., Halstead, J. L., Rowlands, S. R. & Chisholm, R. R. (2009). Using client feedback in psychotherapy training: an analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Training and Education in Professional Psychology, 3*(3), 157–168.
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Clark, L. A., & Thase, M. E. (2012). Interpersonal Problems as predictors of therapeutic alliance.pdf. *Journal of Affective Disorders, 138*, 458–467.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.044>
- Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2016). Erwartungsfokussierte Psychotherapeutische Interventionen (EFPI). *Verhaltenstherapie, 26*(1), 47–54. <https://doi.org/10.1159/000442374>
- Rief, W., Glombiewski, J. A., Gollwitzer, M., Schubö, A., Schwarting, R., & Thorwart, A. (2015). Expectancies as core features of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 28*(5), 378–385. DOI:10.1097/YCO.000000000000184
- Rief, W., Shedden-Mora, M. C., Laferton, J. A. C., Auer, C., Petrie, K. J., Salzmann, S., ... Moosdorf, R. (2017). Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: Results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC Medicine, 15*(1), 1–13. DOI:10.1186/s12916-016-0767-3
- Rief, W., & Strauß, B. (2018). Integrative disorder model as foundation for therapy planning. *Psychotherapeut, 63*, 401–408. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0295-z>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin Harcourt.  
[https://doi.org/10.1002/1097-4679\(195107\)7:3%3C294::AID-JCLP2270070325%3E3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/1097-4679(195107)7:3%3C294::AID-JCLP2270070325%3E3.0.CO;2-O)
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research, 23*, 394–418.  
DOI:10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenthal, R., & Fode, K. L. (1963). The Effect of Experimenter Bias on the Performance of the Albino Rat. *Behavioral Science, 8*(3), 183-189. <https://doi.org/10.1002/bs.3830080302>
- Rubel, J. & Lutz, W. (2016). Personalisierung statt Verfahrensinflation“ – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste. Teil 2. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 66*(12), 463-464.
- Ryan, E. R. & Cicchetti, D. V. (1985). Predicting quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*(12), 117- 725. DOI:10.1097/00005053-198512000-00002
- Sachse, R. (2000). Perspektiven der therapeutischen Beziehungsgestaltung. In: M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 157- 176). DGVT-Verlag.

- Sachse, R. *Therapeutische Beziehungsgestaltung* (2. Auflage). Hogrefe, 2016.
- Safran J.D., & Muran, J. C. *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. Guilford Press, 2000.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). *Repairing alliance ruptures*. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (S. 224–238). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0011>
- Santiago, N. J., Klein, D. N., Vivian, D., Arnow, B. A., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., Markowitz, J. C., Manber, R., Riso, L. P., Rothbaum, B. O., Rush, A. J., Thase, M. E., McCullough Jr., J. P., & Keller, M. B. (2005). The Therapeutic Alliance and CBASP-Specific Skill Acquisition in the Treatment of Chronic Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 803-817. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-9638-5>
- Schamong, I., Bollmann, S., Struck, N., Kube, T., D'Astolfo, L., & Brakemeier, E.-L. (2022) Can We Modulate Therapeutic Interpersonal Style Experimentally to Address Alliance? A Proof-of-Concept Study. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10308-x>
- Schamong, I., D'Astolfo, L., Bollmann, S., Brakemeier, E. - L., Kube, T. How Expectations and Therapeutic Style Influence Counseling Outcome. Unveröffentlicht.
- Schamong, I., Wagner, H., Feldmann, M., Hof, J.-T., Struck, N., Netter, A.-L., Gärtner, T. & Brakemeier, E.-L. Untangling the therapeutic alliance – a state-trait approach in patients with persistent depressive disorder. Unveröffentlicht.
- Schiepek, G., Aichhorn, W. & Schöllner, H. (2018). Monitoring change dynamics – a nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos & Complexity Letters*, 11(3), 355-375.
- Schramm, E. (2019). *Interpersonelle Psychotherapy*. 4th Ed. Schattauer.
- Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2011). Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for early onset chronic depression: Design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, 134. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-134>
- Schulte, D. *Therapieplanung*. Hogrefe, 1996.
- Schwartz, C., Hilbert, S., Schlegl, S., Diedrich, A. & Voderholzer, U. (2018). Common change factors and mediation of the alliance–outcome link during treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(7). <https://doi.org/10.1037/ccp0000302>
- Schwebel, R., Schwebel, A., & Schwebel, M. (1985). The psychological/mediation intervention model. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 86–97.
- Shaw, S. L., Lombardero, A., Babins-Wagner, R. & Sommers-Flanagan, J. (2019). Counseling Canadian Indigenous Peoples: The Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 47(1), 49-68. <https://doi.org/10.1002/jmcd.12120>
- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self-rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 326–337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective

- well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138–161. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.1.138>
- Struck, N., Krug, A., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannlowski, U., Nenadic, I., Kircher, T., Brakemeier, E.-L., (2020). Childhood maltreatment and adult mental disorders – the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Research*. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113398.
- Strunk, D. R., Brotman, M. A. & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour research and therapy*, 48(7), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011>
- Stucki, C. (2004). *Die Therapiebeziehung differentiell gestalten* (Dissertation: Universität Bern). [https://biblio.unibe.ch/download/eldiss/04stucki\\_c.pdf](https://biblio.unibe.ch/download/eldiss/04stucki_c.pdf)
- Wagner, H. (2019). *Erwartungseffekte in Bezug auf die therapeutische Beziehung im Rahmen eines einmaliges Beratungsgesprächs für Studierende* (unveröffentlichte Bachelorarbeit). Philipps-Universität Marburg.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/wps.20238>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate : the evidence for what makes psychotherapy work* (2. Auflage). Routledge.
- Weidmann, I., Schubert, T., Vogelmann, T.: „Strukturreform der ambulanten Psychotherapie – welche Evidenz gibt es für den Nutzen einer Akutbehandlung im internationalen Kontext?“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ 05/17, S. 55-60, doi: 10.24945/MVF.05.17.1866-0533.2042
- Weiss, M., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2014). How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Sawtooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy Research*, 24(3), 407-418. [doi.org/10.1080/10503307.2013.868947](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.868947)
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Wilhelm, M., Rief, W., Haberkamp, A., von Blanckenburg, P. & Glombiewski, J.A. (2020). Hochschullehrkonzepte in der klinischen Psychologie und Psychotherapie. *Verhaltenstherapie*, 30, 117-127. <https://doi.org/10.1159/000507902>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zack, S., Castonguay, L., Boswell, J., McLeavey, A., Adelman, R., Kraus, D., & Pate, G. (2015). Attachment History as a Moderator of the Alliance Outcome Relationship in Adolescents. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 52. <https://doi.org/10.1037/a0037727>
- Zielasek, J., & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2020). COVID-19-Pandemie: Psychische Störungen werden zunehmen. *Deutsches Ärzteblatt*, 228(21): A-1114.
- Ziemelis, A. (1974). Errata: “Effects of Client Preference and Expectancy upon the Initial Interview.” *Journal of Counseling Psychology*, 21(3), 258. <https://doi.org/10.1037/h0020011>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent

- methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325.  
<https://doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 579–591. <https://doi.org/10.1037/cou0000103>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J., Eubanks, C., Safran, J. & Winston, A. (2018). Not Just a Non-specific Factor: Moderators of the Effect of Within- and Between-Clients Alliance on Outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, <https://doi.10.1007/s10608-017-9866-5>.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J.C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The Relationship Between Alliance and Outcome: Analysis of a Two-Person Perspective on Alliance and Session Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484-496.  
<https://doi.org/10.1037/ccp0000058>
- Zilcha-Mano, S., Solomonov, N., Chui, H., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2015). Therapist-reported alliance: Is it really a predictor of outcome? *Journal of Counseling Psychology*, 62(4), 568–578. <https://doi.org/10.1037/cou0000106>
- Zuroff, D. C., McBride, C., Ravitz, P., Koestner, R., Moskowitz, D. S., & Bagby, R. M. (2017). Autonomous and controlled motivation for interpersonal therapy for depression: Between-therapists and within-therapist effects. *Journal of Counseling Psychology*, 64(5), 525–537.  
<https://doi.org/10.1037/cou0000239>

## Anhang

### Anhang A: Publikationen

(A1) Studie I: Bollmann et al. (2021) .....	72
(A2) Studie II: Schamong et al. (2022) .....	90
(A3) Studie III: Schamong et al. (submitted) .....	107
(A4) Studie IV: Schamong et al. (submitted) .....	142
Anhang B: Curriculum Vitae und Publikationsverzeichnis .....	172
Anhang D: Eidesstattliche Erklärung .....	173

## Übersichtsarbeit / Review Article

### Verhaltenstherapie

Verhaltenstherapie 2021;31:267–284  
DOI: 10.1159/000511640

Received: January 7, 2020  
Accepted: July 13, 2020  
Published online: 29. April 2021

# Differentielle Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie: Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten individualisierten Beziehungsgestaltung

Simon Bollmann<sup>a</sup> · Stephan Köhler<sup>b</sup> · Anne Guhn<sup>b</sup> · Isabel Schamong<sup>a</sup>  
Philipp Sterzer<sup>b</sup> · Eva-Lotta Brakemeier<sup>a, c</sup>

<sup>a</sup>Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Philipps-Universität Marburg, Marburg, Deutschland;

<sup>b</sup>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Campus Charité Mitte, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland;

<sup>c</sup>Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Greifswald, Greifswald, Deutschland

### Schlüsselwörter

Therapeutische Beziehungsgestaltung ·  
Therapeutische Allianz · Therapiephasen · Bedürfnisse ·  
Kindesmisshandlung

### Zusammenfassung

Im Zuge der Anfänge der Verhaltenstherapie (VT) und der "kognitiven Wende" wurde der aktiven Beziehungsgestaltung und damit verbundenen Faktoren zunächst nur zweitrangig Beachtung geschenkt, obwohl die Bedeutung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient auch in der VT bereits relativ früh erkannt wurde. Seitdem hat sich die VT substantiell weiterentwickelt. Insbesondere die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung in Abhängigkeit verschiedener Variablen ist mittlerweile fester Bestandteil einer jeden VT. In dieser Übersichtsarbeit werden Konzepte der Beziehungsgestaltung dargestellt, welche der VT zugerechnet und im Rahmen der Ausbildung im deutschsprachigen Raum gelehrt werden. Fokussiert wird auf folgende drei Ansatzpunkte: Die Ausrichtung der Beziehung an (1) Therapiephasen, (2) Bedürfnissen, Motiven und Erwartungen sowie (3) frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen. Die aktuelle Studienlage legt nahe, dass pauschalisierte Handlungsempfehlungen zur aktiven Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu kurz greifen. Ausgehend von der individuellen Problematik des einzelnen

Patienten wird die Realisierung der therapeutischen Beziehung im Sinne einer differentiellen Beziehungsgestaltung beschrieben und diskutiert.

© 2021 The Author(s)  
Published by S. Karger AG, Basel

### Differential Formation of the Relationship in Behavioral Therapy: On the Road to an Evidence-Based Personalized Shaping of the Therapeutic Relationship

### Keywords

Therapeutic relationship formation · Therapeutic alliance · Phases of therapy · Needs · Childhood maltreatment

### Abstract

Initially, the role of therapeutic relationship and associated factors was almost completely ignored in the early days of behavioral therapy (BT) and the "cognitive revolution". However, the importance of the relationship between therapist and patient – especially in clinical daily routine – was also recognized relatively early in BT. Since then, BT has developed substantially. In particular, the active shaping of the therapeutic relationship as a function of various variables has become an integral part of every BT. In this review, concepts of relationship formation are

karger@karger.com  
www.karger.com/ver

© 2021 The Author(s)  
Published by S. Karger AG, Basel

This is an Open Access article licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC) (<http://www.karger.com/Services/OpenAccessLicense>), applicable to the online version of the article only. Usage and distribution for commercial purposes requires written permission.

  
OPEN ACCESS

Korrespondenz an:  
Eva-Lotta Brakemeier, [eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de](mailto:eva-lotta.brakemeier@uni-greifswald.de)



presented that are attributed to cognitive-behavioral therapy and are taught as part of the psychotherapy training in German-speaking countries, focusing on the following three aspects: the orientation of the relationship towards (1) therapy phases, (2) needs, motives and expectations, and (3) childhood maltreatment. The current state of research suggests that generalized recommendations for action do not go far enough to actively shape the therapeutic relationship. Based on the individual problems of each patient, the realization of the therapeutic relationship in the sense of a differential relationship is described and discussed.

© 2021 The Author(s)  
Published by S. Karger AG, Basel

### Hintergrund

Die Frage nach der Bedeutung der therapeutischen Beziehung und ihrer Gestaltung für den psychotherapeutischen Behandlungsprozess ist bereits seit den Anfängen der Psychotherapie Gegenstand der Diskussion in Theorie und Praxis. Aus historischer Perspektive sind in diesem Kontext die Verdienste von psychoanalytisch-psychodynamischen sowie humanistisch orientierten Vertretern zur integrativen Konzeptualisierung und Evidenz der therapeutischen Beziehung besonders hervorzuheben. Die dazugehörige Debatte über die Bedeutung der therapeutischen Beziehung wird jedoch bis heute teilweise sehr kontrovers geführt. Deutlich wird dies besonders bei der Betrachtung der stellenweise sehr unterschiedlich definierten Konstrukte, welche die Komplexität der therapeutischen Beziehung entweder als Ganzes oder als Teilaspekt abzubilden versuchen. Schulenübergreifende Modelle zur Psychotherapie und ihrer Wirkungsweise betonen den hohen Stellenwert der therapeutischen Beziehung für eine erfolgreiche Psychotherapie [Frank und Frank, 1993; Orlinsky und Howard, 1987; Grawe, 2000; Wampold und Imel, 2015]. Mittlerweile existieren zur therapeutischen Beziehung und ihrer Gestaltung umfangreiche Handbücher [z. B. Hermer und Röhrle, 2008; Fiedler, 2018; Norcross und Lambert, 2019].

In der Verhaltenstherapie (VT) bzw. der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) hat sich das Bewusstsein für die Bedeutung der therapeutischen Beziehung durch die Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte nochmals deutlich geschärft. Das Anliegen des vorliegenden Überblickartikels ist daher als Versuch einer Verortung dieser Entwicklungen im Sinne einer differentiellen Beziehungsgestaltung zu verstehen. Als Ausgangspunkt werden hierfür folgende Ansatzpunkte zur Gestaltung der Beziehung gewählt: (1) Therapiephasen, (2) Bedürfnisse, Motive und Erwartungen sowie (3) frühe traumatisierende Beziehungserfahrungen bzw. Kindesmisshandlung. Die vorgestellten Konzepte zur Beziehungsgestaltung

können dabei keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Sie bilden in erster Linie die Landschaft der gegenwärtig der VT zugerechneten und in der VT-Ausbildung im deutschsprachigen Raum gelehrtens Beziehungsgestaltungskonzepte ab. Darauf aufbauend werden offene Fragen zur Indikation, Evidenz und praktischen Umsetzung einer differentiellen Beziehungsgestaltung diskutiert.

### Historische Perspektive

Die Idee, dass die therapeutische Beziehung einen sogenannten unspezifischen Wirkfaktor ("common factor") in der Psychotherapie darstellt, hat vor allem in der von Carl Rogers [1959] begründeten Gesprächspsychotherapie eine lange Tradition. Im humanistisch-Rogers'schen Sinne wird angestrebt, eine "echte Begegnung" in der Therapie entstehen zu lassen, womit die authentische Beziehung zwischen zwei Menschen im Mittelpunkt steht. Dieser echten Begegnung wird dabei eine heilende Wirkung zugeschrieben [Rogers, 1959]. Sie wird durch die therapeutischen Basisvariablen Echtheit oder Kongruenz des Therapeuten, Wertschätzung oder bedingungsloses Akzeptieren und Empathie (präzises einführendes Verstehen) realisiert.

Demgegenüber betont die psychodynamische Tradition durch Konzepte wie Übertragung und Gegenübertragung eher die spezifische Bedeutung der therapeutischen Beziehung ("specific factor").

In der VT ist dies jedoch eine relativ neue Entwicklung: Insbesondere in der klassischen VT spielte die therapeutische Beziehung nur eine untergeordnete Rolle und wurde teilweise komplett negiert [Wolpe, 1954]. Vielmehr wurde den spezifischen Techniken und deren zugrundeliegenden Lernprozessen eine größere Bedeutung beigemessen als der direkten Arbeit an der therapeutischen Beziehung oder der Berücksichtigung früherer Beziehungserfahrungen [Bandura, 1969]. Besonders Albert Ellis lehnte die Bedeutung von Empathie und Validierung für den Therapieerfolg ab. Er relativierte jedoch später seine Auffassung, indem er eine bedingungslos akzeptierende Grundhaltung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten als erstrebenswert formulierte [Ellis und Hoellen, 1997]. Allerdings unterstrichen bereits in den 1970er Jahren Goldfried und Davison [1976, S. 55] deutlich die Bedeutung der Beziehung für den therapeutischen Prozess: "Wer als Verhaltenstherapeut immer noch glaubt, dass Prinzipien des Lernens und der sozialen Einflussnahme ausreichen, um Verhaltensänderungen zu erreichen, hat keinen Kontakt mit der klinischen Realität" [dt. nach Zimmer, 1983a]. Auch für Aaron Beck stellte die therapeutische Beziehung bereits früh eine primäre Komponente einer effektiven Psychotherapie dar, wobei er diese allein nicht als ausreichend für den Thera-

pieerfolg ansah [Beck et al., 1979]. Für die Realisierung des Beziehungsangebots durch den Therapeuten verwies er auf die von Carl Rogers [1959] formulierten Basisvariablen. Gleichzeitig skizzierte bereits Beck die Idee, dass die therapeutische Beziehung gezielt genutzt werden könnte, indem interpersonelle Prägungen im Rahmen der therapeutischen Beziehung bearbeitet werden, um den Patienten auf Interaktionen außerhalb der Therapie vorzubereiten.

Dementsprechend waren auch Verhaltenstherapeuten in der klinischen Realität bereits frühzeitig um einen empathisch validierenden, positiven Kontakt zu ihren Patienten bemüht [Cohen, 1984], wengleich ein theoretisches Konstrukt geschweige denn spezifische Konzepte zur therapeutischen Beziehungsgestaltung lange nicht explizit formuliert wurden und eine empirische Untersuchung verhältnismäßig lange auf sich warten ließ.

### **Komponenten der therapeutischen Beziehungsgestaltung**

Angestoßen wurde die Formulierung einer Definition sowie Operationalisierung der therapeutischen Beziehung in erster Linie von ausgebildeten Psychoanalytikern [Greenson, 1965; Luborsky, 1976; Bordin, 1979]. Diese Definitionen waren zunächst eng mit dem Konstrukt der Übertragung verknüpft, wobei Greenson [1965] als erster zwischen "transference" (Übertragung) und "working alliance" (Arbeitsbündnis) als verschiedene Komponenten der therapeutischen Beziehung differenzierte. Die Loslösung von der Übertragung erfolgte durch die integrativ angelegten Konzeptualisierungen der "helping alliance" durch Lester Luborsky [1976] und der "working alliance" durch Edward Bordin [1979]. Diese pantheoretischen Allianz-Konzepte stellen die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure in den Mittelpunkt [vgl. auch Flückiger, 2018]. Bordin unterscheidet in seinem Modell drei Merkmale: (1) die Übereinstimmung in Zielen zwischen Patient und Therapeut (GOAL), (2) die Übereinstimmung in den Strategien/Techniken zur Erreichung dieser Ziele (TASK) und (3) eine affektive Beziehung (BOND).

Dieses integrative Modell, welches in Konsensus-Sitzungen der Society of Psychotherapy Research mit Vertretern diverser Therapietraditionen ausführlich diskutiert wurde [u. a. Horvath und Greenberg, 1994], bildet die Grundlage unseres heutigen Verständnisses der therapeutischen Beziehung. Zur Popularität dieses Modells trägt vor allem die offene Formulierung bei: Bordin grenzt das Arbeitsbündnis zwar von der Übertragung ab, lässt die Grenze zu anderen Konstrukten (wie z. B. Empathie, Validierung) jedoch offen, wodurch das Konstrukt keinen Anspruch darauf erhebt zu beschreiben, wie dieses Bündnis realisiert werden kann oder wodurch dieses

Bündnis aufrechtzuerhalten wäre. Allerdings betont Bordin den fortlaufenden und prozesshaften Charakter seines Konstrukts, indem er die Entwicklung der Allianz und ihr Management (Reparatur und Wiederaufbau) durch die unvermeidlichen Belastungen und möglichen Brüche im Verlauf einer Therapie als therapeutische Kernprozesse der Therapie identifiziert [Horvath, 2018]. Die Realisierung dieses Managements stützt sich dabei immer auch auf die Überprüfung der vereinbarten Ziele und Aufgaben zu deren Erreichung, womit Entwicklung und Management der Allianz immer auch spezifische Bestandteile enthalten und nicht als komplett unabhängig von den behandlungsspezifischen Strategien gesehen werden können. Dieser Aspekt entspricht einem bidirektionalen Zusammenhang im Sinne des dualen Therapie-modells [Schulte und Eifert, 2002] zwischen therapeutischer Beziehung und der (erfolgreichen) Durchführung spezifischer Techniken: Eine gute therapeutische Beziehung erleichtert die Durchführung spezifischer Techniken, wobei das Gelingen spezifischer Techniken wiederum die Beziehung verbessert [Falkenström et al., 2013]. Gleichzeitig ist eine affektive Beziehung zwischen Patient und Therapeut (BOND) neben der Zusammenarbeit bzw. Kooperation (GOALS & TASKS) ein wichtiges Merkmal des therapeutischen Arbeitsbündnisses nach Bordin. Diese von Vertrauen und Bindung geprägte Beziehung basiert auf der authentischen Begegnung zweier Menschen und führt dazu, dass sich der Patient aufgehoben und sicher fühlen kann. Diese affektive Verbindung ist besonders dann wichtig, wenn es z. B. im Verlauf einer Therapie um schambesetzte Themen oder um das Erleben vermiedener Emotionen im Zusammenhang mit der Aufgabe von dysfunktionalen Bewältigungsstrategien geht [Lammers, 2017].

Die therapeutische Beziehungsgestaltung zielt somit auf den Aufbau und das Management eines Bündnisses zwischen Patient und Therapeut ab. Dieses auch als therapeutische Allianz bezeichnete Bündnis subsummiert neben der Zusammenarbeit auch eine affektive Beziehung und erfordert Interaktion. Diese Interaktion wird von den individuellen Patienten- und Therapeutencharakteristika gleichermaßen determiniert.

Zilcha-Mano [2017] schlägt im Zusammenhang mit den interaktionellen Patientencharakteristika ein Zweikomponentenmodell der therapeutischen Allianz vor: Demnach lässt sich die therapeutische Allianz in eine *trait*-Komponente (grundsätzliche Tendenz eines Patienten, befriedigende Beziehungen mit anderen aufzubauen) und eine *state*-Komponente (beschreibt den Prozess, wie sich Veränderungen in solchen Tendenzen durch Interaktion mit dem Therapeuten entwickeln) unterscheiden. Die *trait*-Komponente der Allianz spiegelt einen indirekten Zusammenhang in Bezug auf den Therapieerfolg wider, indem sie z. B. bestimmten Techniken ermöglicht,

eine signifikante Veränderung zu bewirken. Dagegen wird der *state*-Komponente ein direkter Einfluss auf das Therapieergebnis zugeschrieben. Die *state*-Komponente bildet die Entwicklung von Fähigkeiten des Patienten ab, eine belastbare und befriedigende Allianz mit dem Therapeuten zu bilden. Verbessern sich diese Fähigkeiten, beeinflusst dies auch die allgemeinen Fähigkeiten für den Aufbau von positiven Beziehungen außerhalb der Therapie, was wiederum zu einer Symptomreduktion führt. Dies impliziert, dass der Therapeut intensiver auf die Allianz fokussieren sollte, je ausgeprägter die interaktionellen Schwierigkeiten eines Patienten sind. Das Behandlungsrational sollte demzufolge auf eine Verbesserung der interaktionellen Fähigkeiten ausgerichtet sein.

### Aktueller Forschungsstand

Zur Rolle der therapeutischen Allianz liegen zahlreiche Studien vor, die für Face-to-face-Therapien in äußerst detaillierten Metaanalysen zusammengefasst wurden [u. a. Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2012a, b, 2013, 2018]. Darüber hinaus existieren, in bescheidenerem Umfang, metaanalytische Befunde zur online-basierten Therapie [Flückiger et al., 2018; Probst et al., 2019]. Flückiger et al. [2018] konnten für ihre Metaanalyse zum Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Therapieerfolg insgesamt 295 Studien mit einer Gesamtstichprobe von über 30'000 Patienten einschließen. Dabei identifizierten sie 39 verschiedene Fragebögen, die zur Erfassung der therapeutischen Allianz eingesetzt wurden. In 150 der eingeschlossenen Studien wurde dabei das *Working Alliance Inventory* [Horvath und Greenberg, 1989] verwendet, welches auf Grundlage des pantheoretischen Modells von Bordin entwickelt wurde. Trotz der großen Heterogenität hinsichtlich der inhaltlichen Definition und das Operationalisieren in den einzelnen Studien unterstreichen die Ergebnisse von Flückiger et al. [2018] die Bedeutung der therapeutischen Allianz für das Gelingen einer jeden Psychotherapie. Über alle eingeschlossenen Studien hinweg findet sich eine moderate Korrelation von  $r = 0,278$  zwischen Behandlungserfolg und therapeutischer Allianz. Diese Korrelation entspricht einer mittleren Effektstärke (Cohens  $d = 0,58$ ), was verglichen mit der ebenfalls gut beforschten Protokolladhärenz ( $d = 0,04$ ) oder der Kompetenz des Therapeuten ( $d = 0,14$ ) eine besondere Bedeutung der therapeutischen Beziehung nahelegt [Wampold et al., 2018, S. 324]. Diese Gegenüberstellung soll an dieser Stelle jedoch keine Trennung zwischen den einzelnen Wirkfaktoren implizieren, da sich auch empirisch Hinweise auf positive Wechselwirkungen zwischen spezifischen Techniken und der therapeutischen Beziehung finden lassen [Falkenström et al., 2013].

Neben der therapeutischen Allianz sind einzelne Elemente der therapeutischen Beziehung im Hinblick auf ihren Zusammenhang mit dem Therapieerfolg Gegenstand der Forschung. In ihrer Zusammenstellung der empirischen Befunde zu diesen Elementen beziehen Norcross und Lambert [2018] allgemeingültig angelegte Gesamtkonzepte (therapeutische Allianz, "real relationship") und Teilkomponenten ("goal consensus, collaboration") sowie eher gestalterische Konstrukte (Selbstöffnung), welche im deutschsprachigen Raum teilweise als schulen-spezifisch eingeordnet werden (Umgang mit Gegenübertragung), mit ein. Gleichzeitig wurden Variablen identifiziert, für die sich eine Anpassung der Beziehungsgestaltung als günstig erwiesen hat. Bei der empirischen Einordnung dieser Elemente entschied ein Expertengremium bestehend aus 10 Mitgliedern unabhängig voneinander über den Grad der empirischen Evidenz in Bezug auf den Therapieerfolg anhand standardisierter Kriterien (Tab. 1).

Norcross und Lambert [2018] betonen für diese Zusammenstellung eindringlich, dass die separate Präsentation der einzelnen Elemente zu kurz greift und diese teilweise stark untereinander korrelieren. Auch lassen sich keine Aussagen darüber treffen, wann welche Beziehungselemente für welchen Patienten in welcher Situation besonders wertvoll sind. Dies obliegt allein der Entscheidung des jeweiligen Therapeuten. Berücksichtigt man an dieser Stelle, dass Therapeuteneffekte bis zu 8% der Varianz im Therapieergebnis erklären [Barkham et al., 2017], liegt die Vermutung eines Zusammenhangs mit der Qualität der therapeutischen Allianz nahe. Zu dieser Frage konnten Del Re et al. [2012] in ihrer Metaanalyse zeigen, dass Therapeuten, die im Mittel eine qualitativ stärkere therapeutische Allianz mit ihren Patienten aufbauen konnten, insgesamt auch bessere Therapieergebnisse erzielten. Allerdings bleibt offen, was genau diese Therapeuten im Vergleich zu ihren Kollegen, auch in Bezug auf die individuelle Beziehungsgestaltung, auszeichnet.

### Neuere Beziehungsgestaltungskonzepte in der VT im deutschsprachigen Raum

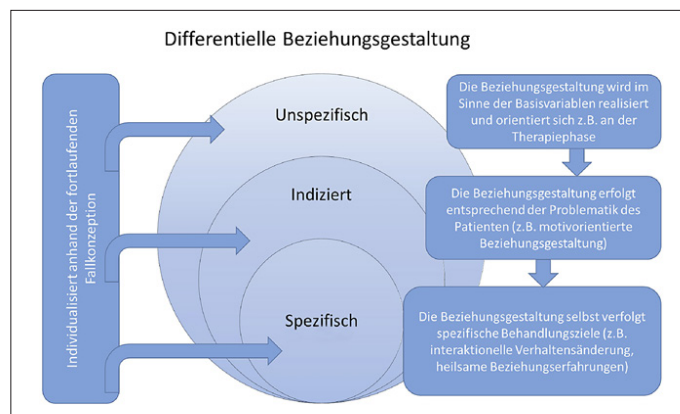
Für die VT formulierten Zimmer und Zimmer [1996a] im deutschsprachigen Raum das Konzept der *funktionalen Beziehungsgestaltung*. Demnach gibt es in der VT keine verbindliche einheitliche Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Vielmehr zeigt sich die funktionale Beziehungsgestaltung in den unterschiedlichen Verhaltensweisen des Therapeuten in Bezug auf einen bestimmten Patienten mit seinen individuellen Bedürfnissen, Motiven, Erwartungen und Problemen bzw. negativen Erfahrungen, seinem Umgang mit Emo-

**Tabelle 1.** Zusammenfassung metaanalytischer Zusammenhänge zwischen Elementen der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungsergebnis nach Norcross und Lambert [2018]

Evidenzstärke	Konzepte/Elemente der therapeutischen Beziehung	Studienanzahl (N)	Korrelation (Effektstärke) <sup>a</sup>
Nachweisbar effektiv	Allianz in der individuellen Psychotherapie	306 (30,000+)	0.28 (0.57)
	Zusammenarbeit (Kollaboration)	53 (5,286)	0.29 (0.61)
	Übereinstimmung in den Therapiezielen	54 (7,278)	0.24 (0.49)
	Kohäsion	55 (6,055)	0.26 (0.56)
	Empathie	82 (6,138)	0.28 (0.58)
	Positive Wertschätzung und Anerkennung	64 (3,528)	– (0.28)
	Feedback	24 (10,921)	– (0.14–0.49) <sup>b</sup>
Möglicherweise effektiv	Kongruenz/Echtheit	21 (1,192)	0.23 (0.46)
	“Echte Beziehung” (real relationship)	17 (1,502)	0.37 (0.80)
	Ausdruck von Emotionen	42 (925)	0.40 (0.85)
	Förderung und Entwicklung von positiven Erwartungen	81 (12,722)	0.18 (0.36)
	Förderung der Glaubwürdigkeit der Behandlung	24 (1,504)	0.12 (0.24)
	Umgang mit Gegenübertragung	9 (392 Therapeuten)	0.39 (0.84)
	Reparieren von Allianzbrüchen	11 (1318)	0.30 (0.62)
Vielversprechend, aber unzureichende Forschung	Selbstöffnung und Beziehungsklären	21 (~140)	NA

<sup>a</sup> Cohens *d* oder Hedges *g*. <sup>b</sup> In Abhängigkeit von der Vergleichsgruppe und der Feedbackmethode (Feedback erscheint effektiver bei Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine Verschlechterung der Symptomatik und weniger effektiv für alle Patienten).

**Abb. 1.** Ausrichtung der Beziehungsgestaltung im Rahmen einer differentiellen Beziehungsgestaltung.



tionen zu einem ganz bestimmten Zeitpunkt oder einer Situation im therapeutischen Prozess. Dementsprechend sieht auch Lammers [2017] den Versuch, die ideale therapeutische Beziehungsgestaltung mit dem Ziel zu charakterisieren, diese methodisch mit allen Patienten realisieren zu können, als weder hilfreich noch praktikabel an. Allerdings existieren mittlerweile in der VT und insbesondere den Ansätzen der “Dritten Welle” verschiedene teilweise sehr spezifisch ausformulierte Strategien, welche sich in der Beziehungsgestaltung konzeptuell unter-

scheiden und unterschiedliche Schwerpunkte setzen. Gemeinsam ist den verschiedenen Strategien dabei, dass die therapeutische Beziehung als weit mehr als nur ein “Arbeitsbündnis” interpretiert wird. Der Therapeut nutzt die Gestaltung oder die Dynamik der Beziehung im Sinne eines strukturierten und operationalisierten Behandlungselementes spezifisch und bewusst zur Veränderung von Erwartungshaltungen sowie in Abhängigkeit der Problemlage. Gleichzeitig wird die therapeutische Beziehung in vielen Ansätzen auch als Plattform der Mani-

festation von Schemata, Erwartungen und Verhaltensmustern im Rahmen des biographischen Kontexts angesehen. Diese spezifischen Ansätze sollten in einer differentiellen Beziehungsgestaltung explizit berücksichtigt werden. Die Art und Weise bzw. der Fokus in der Beziehungsgestaltung wird dabei im Sinne der gemeinsamen Therapieziele entsprechend dem größtmöglichen evidenzbasierten Nutzen für den individuellen Patienten ausgewählt und aufgebaut (Abb. 1). Eine differentielle Beziehungsgestaltung kann demnach als die evidenzbasierte Adaptation der Beziehungsgestaltung vor dem Hintergrund einer fortlaufenden individualisierten Fallkonzeption verstanden werden. Dies entspricht im Wesentlichen einer differentiellen Therapieplanung auf der Basis eines integrativen Störungsmodells [Rief und Strauß, 2018].

Im Folgenden sollen verschiedene verhaltenstherapeutische Ansätze vorgestellt werden, welche über die "working alliance" hinaus in der VT bzw. der VT zugeordneten Ansätzen Anwendung finden und sich bei der Gestaltung der therapeutischen Beziehung an unterschiedlichen Aspekten bzw. Ansatzpunkten orientieren. Folgende Ansatzpunkte der Beziehungsgestaltung können unterschieden werden:

(a) Therapiephasen;

(b) Bedürfnisse, Motive und Erwartungen des Patienten;

(c) Kindesmisshandlung [childhood maltreatment; World Health Organization, 2016] in Verbindung mit heutigen interpersonellen Problemen.

Basierend auf dieser Einteilung werden die verschiedenen Strategien im Folgenden beschrieben.

#### *Therapiephasen als Ansatzpunkt der Beziehungsgestaltung*

Für konzeptuelle Überlegungen zur differentiellen Gestaltung der therapeutischen Beziehung lohnt sich eine Orientierung an Prozessmodellen der Psychotherapie [z. B. das 7-Phasen-Modell von Kanfer et al., 2012]. Den einzelnen Phasen im therapeutischen Prozess lassen sich dabei spezifische therapeutische Aufgaben zuordnen, wobei die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten als fortwährende aktive Aufgabe betont wird [u. a. Schulte, 1996]. Für die Arbeit an der Beziehung werden in Prozessmodellen zumeist drei Hauptphasen differenziert: die Eingangs- bzw. Initialphase, die Haupt- oder Behandlungsphase sowie die Abschluss- bzw. Abschiedsphase [vgl. Lairaiter, 2008; Lammers, 2017]. Ein spezifisches Verfahren, welches sich in der Gestaltung der Beziehung explizit an der jeweiligen Behandlungsphase orientiert, ist die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) [Weissman et al., 2000; dt. Schramm, 2019; für einen Überblick Brakemeier und Frase, 2012], auf welche im Folgenden daher immer wieder verwiesen wird.

Die Eingangs- bzw. Initialphase der Therapie

Für diese erste Therapiephase ist die Herstellung einer positiven, vertrauensvollen und tragfähigen Arbeitsbeziehung vorrangige Aufgabe des Therapeuten. Die praktische Umsetzung dieser so einfach anmutenden wie offensichtlichen Beziehungsaufgabe erfordert dabei jedoch immer eine individuelle Adaptation des therapeutischen Beziehungsangebotes durch den Therapeuten an den individuellen Patienten. In erster Linie sollten im Rahmen dieser Eingangsphase in der VT – abgesehen von der Herstellung der Arbeitsbeziehung – vor allem organisatorische und diagnostische Aufgaben adressiert werden. Die Vorgabe einer Struktur ermöglicht es dem Patienten, sich seinerseits ein Bild vom Therapeuten und den Kontextfaktoren (Setting, Frequenz, etc.) zu machen und eine Idee davon zu bekommen, wie die gemeinsame Arbeit im Rahmen einer Psychotherapie aussehen kann. Dies ermöglicht dem Patienten, sein individuelles Beziehungsangebot an den Therapeuten entsprechend anzupassen und gegebenenfalls zu intensivieren. Die Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten in der IPT entspricht dabei der eines sogenannten Advokaten, der sich als ermutigender, wohlwollender, optimistischer und unterstützender "Anwalt" für seinen Patienten versteht. Besonders in der Frühphase nimmt der Therapeut dabei eine aktive und direktive Grundhaltung ein. Er tritt explizit als Experte auf, erläutert die strukturierten Bausteine und vermittelt Hoffnung, indem er positive Erwartungen schürt. Dem Patienten wird dabei die Notwendigkeit einer "aktiven Krankenrolle" vermittelt (Betonung der Bedeutung, aktiv an der Therapie mitzuwirken bei gleichzeitiger Anerkennung der psychischen Störung als Krankheit).

Die Haupt- bzw. Behandlungsphase der Therapie

In der Hauptphase der Therapie liegt der Fokus auf konkreten Interventionen. Hierbei werden die Bewertungen und Verhaltensweisen des Patienten mit dem Ziel der Veränderung hinterfragt, was ein verstärktes Arbeiten auf Patientenseite notwendig macht. Durch das eher anleitend-strukturierte und zeitgleich zunehmend passive bzw. Verantwortung delegierende Verhalten des Therapeuten entsteht somit der notwendige Veränderungsdruck beim Patienten, welcher in dieser Therapiephase immer wieder spürbar werden sollte [Lammers, 2017]. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung in dieser Phase wurde von Zimmer [1983b] als ein Kontinuum beschrieben, dessen Pole Unterstützung, Förderung, Verständnis und Wärme auf der einen Seite sowie Forderung, Kontrolle, Eigenverantwortung und Konfrontation auf der anderen Seite beinhalten. Der Therapeut sollte sein Verhalten auf diesem Kontinuum flexibel, entsprechend den jeweiligen Rahmenbedingungen und Problemen bzw. Bedürfnissen des Patienten, ausrichten [vgl. Zimmer, 1983b]. Nach Lairaiter [2008] können die je-

weils eingesetzten Interventionen mit unterschiedlichen Beziehungsqualitäten assoziiert sein. Zum Beispiel erfordern konfrontative Methoden ein starkes Vertrauensverhältnis [Scholz, 1998], wohingegen der Aufbau von positiven Aktivitäten eher mit einer ressourcenorientierten, aber auch pädagogischen Arbeitshaltung assoziiert ist. Auch in der IPT nimmt der Therapeut sich im Verlauf mehr und mehr zurück, um dem Patienten Raum zu geben, sich aktiver einzubringen. Der Therapeut verhält sich dementsprechend passiver bzw. abwartender als in der Initialphase, verlässt dabei jedoch nie die Rolle des unterstützenden Advokaten [Schneibel et al., 2017].

#### Die Abschluss- bzw. Abschiedsphase der Therapie

Wenn die wichtigsten Therapieziele erreicht wurden, beginnt die Abschlussphase der Therapie. In dieser übernimmt der Patient im Idealfall immer mehr Eigenverantwortung für sein Verhalten und setzt hilfreiche Strategien im Sinne des Selbstmanagements bzw. der Hilfe zur Selbsthilfe (*self-therapy*) eigenständig um. Im Vordergrund stehen dabei die Stabilisierung und der Transfer des bisher Erreichten. In der Vorbereitung der bevorstehenden Beendigung der Therapie und der damit verbundenen Ablösung sollte sich der Therapeut zunehmend aus seiner formalen Verantwortung zurückziehen, um dem Patienten gleichermaßen zunehmend Autonomie zukommen zu lassen [Kanfer et al., 2012]. Insbesondere die Ablösung und das damit verbundene Beenden der therapeutischen Beziehung sind oftmals mit hohen Anforderungen an die therapeutische Beziehungsgestaltung verbunden [Lairaiter, 2008]. In der IPT werden in der Abschlussphase ebenfalls die Stabilisierung und die Eigenverantwortung des Patienten betont. Der Therapeut verstärkt dabei die Erfolge des Patienten. Die Rolle des Advokaten verlässt der Therapeut auch in dieser Phase nicht, da er dem Patienten auch in der Abschlussphase der Therapie weiterhin transparent und stützend zur Verfügung steht. Dabei steht die Thematisierung der interpersonellen Besonderheiten des Abschieds und damit verbundener Emotionen explizit im Fokus, wodurch ein verabschiedendes Gestalten der Beziehung durch den Therapeuten ermöglicht wird.

#### *Bedürfnisse, Motive und Erwartungen des Patienten als Ansatzpunkt der Beziehungsgestaltung*

Eine Ausrichtung der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten an den individuellen Bedürfnissen, Motiven und Erwartungen des Patienten bedingt notwendigerweise, dass der Therapeut diese auch kennt. Um dies zu gewährleisten, haben Klaus Grawe und Franz Caspar eine vertikale Verhaltensanalyse zum Problemverhalten von Patienten – die Plananalyse – entwickelt [Caspar, 2018]. Die Plananalyse erfasst die hinter einem Verhalten stehende Motivstruktur, wobei sich die Strategien (Pläne)

zur Erreichung der verhaltenssteuernden Motive und Bedürfnisse in den sozialen Interaktionen des Individuums wiederfinden. In der Beziehungsgestaltung orientiert sich der Therapeut an diesen übergeordneten Motiven (motivorientierte Beziehungsgestaltung) und verhält sich komplementär zu diesen. Komplementarität bedeutet, dass der Therapeut zunächst danach fragt, welchem Zweck oder Ziel ein bestimmtes interpersonelles oder intrapsychisches Verhalten des Patienten dient, und anschließend seine Beziehungsgestaltung dementsprechend ausrichten kann. Dem Patienten wird es somit ermöglicht, sich einerseits in seinen bewussten Veränderungszielen unterstützt zu wissen, und andererseits den Weg für die therapeutische Veränderung durch die Sättigung therapiebehindernder Motive frei zu machen. Darüber hinaus soll sich der Patient auch als Mensch im Kontext der therapeutischen Beziehung gesehen und unterstützt fühlen, wodurch die Beziehung im Sinne einer korrigierenden Erfahrung nutzbar gemacht wird [Caspar und Belz, 2017]. Dabei entspricht die Fähigkeit des Therapeuten, sich den wichtigsten Bedürfnissen des Patienten gegenüber komplementär zu verhalten, einer ressourcenorientierten Haltung [vgl. Lammers, 2017]. Die Ressourcenperspektive fokussiert dabei aktiv auf die Suche und Nutzbarmachung von positiven und hilfreichen Aspekten, wobei die individuellen Fähigkeiten, Interessen und Erfolge des Patienten explizit thematisiert werden. Diese ressourcenorientierte Beziehungsgestaltung [Grawe, 2000] ebnet dem Patienten das Erleben von positiven Emotionen, indem eigene Kompetenzen im Blickfeld erscheinen [Flückiger und Holtforth, 2007; Scheel et al., 2013].

Im Rahmen der für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen entwickelten klärungsorientierten Psychotherapie von Rainer Sachse [1997; Sachse et al., 2011] findet das Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung im Hinblick auf die jeweils spezifische Pathologie der einzelnen Persönlichkeitsstörungen eine speziell für diese Patientengruppe ausformulierte praktische Anwendung. Besonders herausgestellt wird dabei die Unterscheidung zwischen impliziten und expliziten Motiven. Sachse [1997] betont in seinem Modell der doppelten Handlungsreaktion ebenfalls eine zugrundeliegende implizite Motivebene, im Rahmen derer die Erfüllung interaktioneller Motive, wie beispielsweise Anerkennung oder Autonomie, einen zentralen Stellenwert hat. Auf einer zweiten Ebene bilden sich infolge von interpersonellen Frustrationserfahrungen bei der authentischen Motivbefriedigung negative kognitiv-affektive Schemata heraus. Im Zusammenhang mit diesen dysfunktionalen Schemata stehen vor allem negative Beziehungserwartungen, aufgrund derer sich Patienten auf einer dritten Ebene (Spielebene) unmittelbar sicht- und erlebbar verhalten. Auf der Spielebene versuchen Patienten durch strategische Verhaltensweisen zumindest eine teilweise Befrie-

digung der frustrierten authentischen Motive zu erzwingen.

Besonders zu Beginn der therapeutischen Arbeit ist es deshalb essentiell, sich als Therapeut – genauso wie in der motivorientierten Beziehungsgestaltung – komplementär zu den authentischen Motiven des Patienten zu verhalten, um zugrundeliegende Bedürfnisse zu sättigen. Gleichzeitig soll dadurch im Beziehungsangebot eine Aktivierung negativer Schemata vermieden werden. Durch diese Art der Beziehungsgestaltung gelingt es dem Therapeuten, einen ausreichenden Beziehungskredit beim Patienten aufzubauen, was in der Folge die weiterführende Bearbeitung der Schemata ermöglicht. Dementsprechend betont Sachse [2006], dass die Beziehungsgestaltung als die eigentliche Basis von Psychotherapie fungiert und in jeder eingesetzten Intervention im gesamten Therapieverlauf ständig realisiert werden sollte, da individuell und punktuell resultierende korrigierende Beziehungserfahrungen durch die komplementäre Beziehungsgestaltung allein nicht ausreichend sind, um dysfunktionale Schemata dauerhaft zu verändern.

In diesem Zusammenhang wurde auch die Rolle von Patientenerwartungen als aufrechterhaltende Bedingung für die Symptomatik im Kontext von integrativen Störungsmodellen zur Therapieplanung herausgestellt [Rief und Strauß, 2018]. Hinsichtlich der Optimierung psychotherapeutischer Interventionen besteht deshalb die Möglichkeit, besonders auf Patientenerwartungen zu fokussieren. Hierzu haben Rief und Glombiewski [2016] den Ansatz der erwartungsfokussierten psychotherapeutischen Interventionen formuliert. Relevante Patientenerwartungen können dabei direkt in Verbindung mit dem Behandlungserfolg, der Störung und störungsrelevanten Situationen sowie der eigenen Person und anderen stehen (z. B. Erwartungen an die Unterstützung durch den Therapeuten). Da Patientenerwartungen bezüglich des Behandlungsergebnisses zu den stärksten Prädiktoren für den Erfolg unterschiedlicher medizinischer Behandlungen zählen, sollten psychologische Interventionen der Beziehungsgestaltung dementsprechend auf die Erfassung und Optimierung von Patientenerwartungen abzielen [Kube et al., 2019]. Sind dem Therapeuten diese Erwartungen bekannt, kann er seine Beziehungsgestaltung entsprechend ausrichten. Dabei können positive Beziehungserwartungen verstärkt bzw. stabilisiert werden. Demgegenüber kann der Therapeut durch ein konträres Verhalten zu negativen Beziehungserwartungen des Patienten Veränderungsprozesse in Bezug auf generalisierte Beziehungserwartungen anstoßen. Zu beachten ist jedoch, dass Patienten vor allem durch Prozesse der selektiven Aufmerksamkeit erwartungskorrigierende Erfahrungen in ihrer individuellen Bewertung vernachlässigen bzw. nicht automatisch berücksichtigen. Aus diesem Grund ist es essentiell, sich im Zuge erwartungsfokussier-

ter Interventionen speziell mit den individuellen Mechanismen auseinanderzusetzen, die zur Persistenz der Erwartungen führen.

Nicht zuletzt sind Patientenerwartungen auch für die Qualität der therapeutischen Beziehung relevant [Fuentes et al., 2015]. Dabei scheint bereits die Erwartung, dass die Patientenmeinung im Zuge einer psychotherapeutischen Behandlung wertgeschätzt wird, die Qualität der therapeutischen Allianz zu verbessern [Flückiger et al., 2012b]. Im Prozess kann es vor allem für Patienten mit (frühen) traumatisierenden Beziehungserfahrungen (Kindesmisshandlung) hilfreich sein, individuelle Beziehungserwartungen des Patienten an den Therapeuten gemeinsam zu erarbeiten und zu überprüfen. Somit könnte die Gestaltung der Beziehung im Hinblick auf spezifische Behandlungsziele auch als erwartungskorrigierende Intervention konzeptualisiert werden [Rief und Strauß, 2018], was im folgenden Absatz näher erläutert wird.

#### *Kindesmisshandlung in Verbindung mit heutigen interpersonellen Problemen*

Eine weitere Möglichkeit der therapeutischen Beziehungsgestaltung ist somit die Orientierung an spezifischen interpersonellen Problemen des Patienten unter Berücksichtigung biographischer Lernerfahrungen, insbesondere von Kindesmisshandlungen (Vernachlässigung und/oder Missbrauch). Vor allem die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), das Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) und die Schematherapie, welche auch als sogenannte "Dritte-Welle Verfahren der VT" bezeichnet werden, stellen spezifische Strategien der Beziehungsgestaltung zur Verfügung. Sie unterscheiden sich jedoch zum Teil deutlich in der Anwendung von Techniken und Haltungen, was im Folgenden dargestellt werden soll. Beispiele zur praxisnahen Umsetzung der einzelnen Ansätze finden sich u. a. in einem Buchkapitel von Brakemeier et al. [2017] sowie einer Video-Learning DVD von Brakemeier [2019].

#### *Beziehungsgestaltung in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)*

Die DBT nach Marsha Linehan stellt eine störungsspezifische Therapie der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPS) dar [Linehan, 1993]. Nach Linehan steht bei der BPS die Störung der Emotionsregulation im Vordergrund. Gleichzeitig können neurobiologische Vulnerabilitäten, frühe traumatische Erlebnisse und ein in der frühen Entwicklungsphase invalidierendes psychosoziales Umfeld zur Ausgestaltung einer komplexen emotionalen Dysregulation mit dysfunktionalen Grundannahmen und Handlungsfolgen führen. Haupttechniken in der DBT sind neben KVT-Strategien vor allem Gestalttherapie- und Meditations-techniken. Hauptziel ist dabei die Reduktion selbstschä-

digender Verhaltensweisen, eine verbesserte Emotionsregulation und die Behandlung traumatischer Ereignisse. Ein wesentliches Element in der DBT ist die sogenannte dialektische Beziehungsgestaltung [Linehan, 1993; Barnicot et al., 2012; Linehan, 1993]. Die Grundannahme ist hierbei, dass aus der Entwicklung von Widersprüchen neue Sichtweisen und Haltungen entstehen können. Die therapeutische Rolle versteht sich in der Begleitung des schmerzhaften Prozesses aus Veränderung und Akzeptanz und ist vergleichbar mit der eines Trainers (Cheerleading). Auf dem Weg zur Synthese kann es aufgrund des Ambivalenzkonflikts zu "Beziehungskämpfen" in der therapeutischen Arbeit kommen. Daher versucht der DBT-Therapeut ständig selbst "in Bewegung zu sein", um einen Stillstand in der therapeutischen Arbeit zu vermeiden (sog. DBT-Wippe). Um ein Ungleichgewicht zu verhindern (d.h. beispielsweise auf distanziertes Verhalten des Patienten mit konsekutiver Nähe zu reagieren), versucht der DBT-Therapeut einen Ausgleich zu schaffen und nicht dem permanenten Oszillieren des BPS-Patienten hinsichtlich Nähe und Distanz zu folgen. So ist es Ziel der Beziehungsgestaltung, durch eine paradoxe Reaktion den Patienten in seiner Haltung zu irritieren und ihn zu einem spontanen Schritt in Richtung des gewünschten Zieles zu provozieren. Dabei sind vor allem die Grundansätze von Akzeptanz und Veränderung in einem polarisierenden Wechselspiel im Fokus des Therapeuten. Über die verschiedenen Formen des Validierens wird die Akzeptanz des Patienten gefördert, aber gleichzeitig u. a. über Skills an Veränderungsstrategien gearbeitet (Beziehungsorientierung im Sinne von Akzeptanz, Validierung). Dieses wird auch in der Kommunikation mit dem Patienten praktiziert. Hierbei wird in der Beziehungsgestaltung einerseits das Miteinander betont, in Form einer reziproken Kommunikation (z. B. auch in Form von Telefonanrufen durch den Patienten innerhalb bestimmter Grenzen, um eine warme und zugewandte Kommunikation zu realisieren). Andererseits ist es im Sinne der Dialektik auch notwendig, die eigenen therapeutischen Grenzen zu betonen. Der warmen, zugewandten Kommunikation steht hierbei auch eine konfrontative Kommunikation gegenüber, bei der es Ziel ist, einen (festgefahrenen) Affekt zu verlagern und einen anderen Standpunkt einzunehmen. Zusammenfassend ermöglicht die dialektische Beziehungsgestaltung die Chance, Veränderungsbereitschaft beim Patienten zu fördern, und adressiert dabei gleichzeitig das Grundproblem des Nähe-Distanz-Konflikts bei Patienten mit BPS.

Beziehungsgestaltung im Cognitive Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

CBASP wurde von James P. McCullough [2000] spezifisch für die Behandlung der chronischen bzw. persistierenden Depression entwickelt. CBASP kombiniert als

integrative, schulenübergreifende Therapie kognitiv-emotionale, verhaltensorientierte, interpersonelle und psychodynamisch-analytische Theorien und Techniken und kann am ehesten als interpersonelle Lerntherapie beschrieben werden.

Chronisch depressive Patienten haben häufig negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit und im weiteren Leben erfahren (Kindesmisshandlung wie Vernachlässigung oder Missbrauch), welche sich bis heute in Form von interpersonellen Problemen (wie rigide oder extreme Verhaltensweisen, Empathiedefizite, schwierige Beziehungen oder Isolation) auswirken. Daher besteht ein zentrales Ziel der CBASP-Therapie darin, den Patienten durch die aktive Gestaltung der therapeutischen Beziehung heilsame korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen [McCullough, 2006]. Patienten mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen können die Tendenz zeigen, den Therapeuten mit einer wichtigen verletzenden Bezugsperson aus ihrer Vergangenheit gleichzusetzen (Übertragung). Dadurch können Veränderungsmotivation und Verhaltensänderung behindert werden, da Patienten implizit erwarten, dass auch der Therapeut sie zurückweist, bestraft, verlässt, missbraucht, etc. Daher soll in CBASP eine sichere, authentische und menschliche Begegnung mit dem Therapeuten realisiert werden [McCullough, 2006], was dadurch erreicht wird, dass der CBASP-Therapeut sich immer wieder bewusst persönlich einbringt (kontrolliert-persönliches Einlassen, *disciplined personal involvement*, DPI). Diese therapeutische Haltung bedeutet, dass er seine eigenen Gefühle und Reaktionen als Konsequenz des Verhaltens des Patienten einsetzt, wobei diese Technik als kontingente persönliche Reaktion bezeichnet wird [z. B. McCullough, 2000, 2006]. Anschließend wird durch interpersonelle Diskriminationsübungen die Reaktion des Therapeuten verglichen mit Reaktionen der prägenden Bezugspersonen in ähnlichen Situationen. In der praktischen Umsetzung kann hierfür zudem auf den Kiesler-Kreis – ein interpersonelles Circumplexmodell [Kiesler, 1983] – zurückgegriffen werden, um interpersonelles Verhalten einzuordnen und komplementäres Reaktionsverhalten für den Patienten erklärbar zu machen.

Diese Art der Beziehungsgestaltung fordert folglich eine nicht-neutrale, sehr persönliche, "menschliche" Rolle des Psychotherapeuten, wobei diese nahezu im Gegensatz zu stehen scheint zum "klassischen" psychodynamischen, nicht persönlich agierenden, neutralen und abstinenter Therapeuten. McCullough postuliert, dass durch diese therapeutische Beziehungsgestaltung die durch die negative Beziehungserfahrungen entstandene Entkopplung der Wahrnehmung des Betroffenen von seiner Umwelt aufgelöst und das präoperatorische Funktionsniveau sowie die "interpersonelle Mauer" überwunden werden können [McCullough, 2003].



Für früh traumatisierte Patienten erscheint dieses Vorgehen aus drei Gründen relevant [nach Brakemeier et al., 2017]:

(1) Therapeuten können ihren Patienten nur dann vermitteln bzw. rückmelden, wie diese mit anderen Menschen empathisch umgehen, wenn sie selbst bereit sind, persönliche Gefühle und Reaktionen preiszugeben (Modelllernen, Empathietraining).

(2) Für viele Patienten ist eine sichere und authentische menschliche Begegnung mit ihrem Therapeuten eine neuartige Erfahrung. Wenn sich die Therapeuten so persönlich und menschlich zeigen, können die Patienten Diskriminationskriterien entdecken, um die aktuelle therapeutische Beziehung mit früheren dysfunktionalen Beziehungen zu vergleichen und Reaktionen zu unterscheiden zu lernen. Diese Entwicklung wird durch interpersonelle Diskriminationsübungen unterstützt.

(3) Schließlich kann feindselig wirkenden Patienten nur die persönliche Reaktion der Therapeuten helfen zu erkennen, dass ihr feindseliges oder destruktives Verhalten bei anderen Mitmenschen verletzende Auswirkungen hat und Distanz erzeugt, was sie häufig wegen des "Wahrnehmungsdilemmas" nicht mitbekommen.

Um diese Haltung der Beziehungsgestaltung als Therapeut zu verstehen und anzuwenden, ist es hilfreich, sich die Bedeutung jedes einzelnen Wortes des DPI zu verdeutlichen [nach Brakemeier, Guhn und Normann, 2021]:

- *Diszipliniert* (auch im Sinne von kontrolliert oder überlegt): Therapeuten werden angehalten, sich vor dem persönlichen Einlassen genau zu überlegen, ob, was und wie sie den Patienten Emotionen und/oder Verhaltenstendenzen mitteilen sowie welches Ziel bzw. welche heilsame Beziehungserfahrung sie dabei verfolgen.
- *Persönlich*: Therapeuten sind bereit, Patienten eine persönliche, authentische, offene, gefühlsmäßige Reaktion mitzuteilen; sie sollen also als "menschliche Wesen" reagieren.
- *Einlassen*: Die Therapeuten sind grundsätzlich bereit, sich auf den Patienten persönlich einzulassen. Die Voraussetzung dafür sollte immer sein, dass sie dem Patienten grundsätzlich wohl gesonnen sind, ihn mögen, da sie aufgrund der ihnen bekannten frühen Beziehungserfahrungen auch schwierige Verhaltensweisen einordnen und verstehen können.

Deutlich wird, dass DPI nur angewendet werden sollte, wenn der Therapeut auch Einsicht in die frühen schwierigen Beziehungserfahrungen des Patienten hat.

Beziehungsgestaltung in der Schematherapie  
Neben den Elementen der KVT werden in der Schematherapie vor allem erlebnisorientierte Techniken ge-

nutzt. Die ursprünglichen Konzepte gehen im Wesentlichen auf Jeffrey Young zurück [Young, 1994; Young et al., 2003] und zielen auf die Identifikation maladaptiver Schemata ab. Ein maladaptives Schema entsteht durch schädliche Kindheitserlebnisse, die auf der Verletzung menschlicher Grundbedürfnisse basieren (z. B. sichere Bindung, Autonomie). Hieraus können sich sogenannte maladaptive Schemata entwickeln [Young et al., 2003]. Die Realisierung einer warmherzigen stabilen Beziehung ist ein Kernelement der Schematherapie. Eine besondere Rolle spielt hierbei die "begrenzte Nachbeelterung" ("limited reparenting"), welche auf die Begrifflichkeit von Alexander und French [1946] zurückgeht. Wesentliche Aspekte sind neben Authentizität auch eine begrenzte Selbstöffnung des Therapeuten gegenüber dem Patienten. Frustrierte Grundbedürfnisse in der Kindheit sollen im Rahmen der therapeutischen Beziehung befriedigt werden, wobei zugleich auch dysfunktionale Verhaltensweisen im Rahmen einer empathischen Konfrontation angesprochen und begrenzt werden. Die begrenzte Nachbeelterung findet sowohl im Rahmen kognitiver Strategien als auch während emotionsorientierten Techniken (Imagination, Stuhlarbeit, Briefe schreiben) statt [Young et al., 2003]. Auf ein frühes maladaptives Schema in der Domäne "Misstrauen/Missbrauch" würde sich der Therapeut beispielsweise explizit vertrauenswürdig und aufrichtig verhalten und den Patienten auf eventuelle negative Gefühle oder Erwartungen dem Therapeuten gegenüber ansprechen. Der Therapeut steht hierbei selbst zur eigenen Unvollkommenheit und kann persönliche Schwächen zugeben. Grundsätzlich ist in der Nachbeelterung die Selbstöffnung des Therapeuten hinsichtlich eigener Emotionen, Gedanken und Erfahrungen integraler Bestandteil. Der Beziehungsstil ist hierbei vor allem auf die frustrierten Grundbedürfnisse ausgelegt. Ziel ist es also, den Patienten aus dem Erlebens- in den Reflexionszustand zu führen, um neue Verhaltensstrategien zu erlernen. Der Therapeut dient als Modell, bis der Patient selbst einen "gesunden Erwachsenen" aufbauen kann. Dies geht soweit, dass der Therapeut im Rahmen des *Imagery Rescripting* beim Überschreiben der traumatischen Erinnerung selbst als Helferfigur die imaginierte Szene betritt [vgl. Jacob und Seebauer, 2013]. Diese Form der Beziehungsgestaltung ermöglicht eine sehr starke emotionsfokussierte Arbeit mit dem Ziel der Stärkung der Persönlichkeitsstruktur. Durch die begrenzte Nachbeelterung können für den Patienten schwierige emotionale Situationen durch eine Integration in das Selbstbild bearbeitet werden und zugleich funktionale Anteile wie der Modus des gesunden Erwachsenen gestärkt werden.

### Auf dem Weg zu einer differentiellen und individualisierten Beziehungsgestaltung?

Die Möglichkeiten zur Realisierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der VT sind durch neuere Behandlungsansätze theoriegeleitet ausformuliert worden. Im Hinblick auf die teilweise spezifischen therapeutischen Ziele ergeben sich für den Therapeuten somit konkrete Handlungsanweisungen zur Beziehungsgestaltung. Dieser Entwicklung liegt die Annahme zugrunde, dass die therapeutische Beziehung nicht ausschließlich als Basis für den Einsatz spezifischer Techniken fungiert, sondern durch die Arbeit mit der Therapeut-Patient-Beziehung per se Veränderungen bewirkt werden können. Besonders die DBT, die Schematherapie und das CBASP betonen – im Gegensatz zur ersten und zweiten Welle der VT – die therapeutische Beziehung als wesentlichen Aspekt zur Überwindung störungsimmanenter interpersoneller Schwierigkeiten. Entwickelt wurden diese Ansätze vor allem für persistierende psychische Störungen, die mit interaktionellen Schwierigkeiten und Problemen einhergehen [Linehan, 1993; McCullough, 2003; Young et al., 2003]. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Anforderungen an die Beziehungsgestaltung mit zunehmendem Schweregrad interaktioneller Probleme [z. B. Persönlichkeitsstörungen; Forster et al., 2014] komplexer werden und spezifischere Konzepte hilfreich erscheinen. Entsprechend dem von Zilcha-Mano [2017] vorgeschlagenen Modell, bilden sich die schwerwiegenden interaktionellen Schwierigkeiten eines Patienten zunächst in der *trait*-Komponente der therapeutischen Allianz ab. Diese Patienten haben gravierende Probleme, zufriedenstellende und gefestigte Beziehungen zu anderen aufzubauen und aufrechtzuerhalten, was sich auch in der Beziehung zum Therapeuten niederschlägt und sich durch geringe Werte in der therapeutischen Allianz abbilden lässt [Constantino et al., 2010; Grosse Holtforth et al., 2014; Renner et al., 2012]. Für diese Patienten sind möglicherweise die Veränderungen in der therapeutischen Allianz (*state*-Komponente) entscheidend, um positive Veränderungen in Bezug auf problematische Interaktionsmuster zu erreichen, was sich wiederum in den interpersonellen Beziehungen außerhalb des Therapiekontextes widerspiegelt [Zilcha-Mano und Errázuriz, 2015; Zilcha-Mano et al., 2018b]. Die vorgeschlagene Unterscheidung erscheint wichtig für eine empirisch begründete differentielle Beziehungsgestaltung. Dabei können die *trait*-Komponenten Hinweise liefern, wie der Therapeut seine Beziehungsgestaltung mit bestimmten Patienten für den Aufbau der therapeutischen Allianz gestaltet. Beispielsweise kann bei einem sozial phobischen Patienten eine sehr ressourcenorientierte und empathische Haltung des Therapeuten in der Eingangsphase dazu führen, dass im Kontext der therapeutischen Beziehung selbst ein Bewer-

tungsdruck erzeugt wird. Dies kann als angstausslösend erlebt werden und in der Konsequenz zur Vermeidung des therapeutischen Beziehungsangebots führen. Demgegenüber kann das beschriebene Beziehungsangebot für einen depressiven Patienten in der Eingangsphase sehr entlastend und förderlich sein.

In der KVT wurde traditionell vor allem die *trait*-Komponente der Allianz hervorgehoben [Beck et al., 1979; Castonguay et al., 2010]. Allerdings haben Handlungsempfehlungen mit Betonung der *state*-Komponente seit einigen Jahren auch in der KVT keinen Seltenheitswert mehr: Die therapeutische Beziehung kann somit ein machtvolles Werkzeug für die Veränderung bzw. Neubewertung von dysfunktionalen Grundannahmen in Bezug auf die eigene Person und Andere sein. Die Beziehungsgestaltung orientiert sich dabei an einer fortlaufenden Fallkonzeption, wobei die Bedürfnisse und Voraussetzungen des Patienten von entscheidender Bedeutung sind. Besonders bei interaktionellen Schwierigkeiten kann der Einbezug früherer Beziehungserfahrungen des Patienten hilfreich sein, wobei die Adaptation der therapeutischen Beziehungsgestaltung im therapeutischen Prozess generell das Potential für unabhängige Therapieeffekte birgt [Kazantzis et al., 2018].

Die Indikation für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sollte dementsprechend auf Basis einer fortlaufenden – sich aus im Zuge der therapeutischen Arbeit gewonnenen Informationen speisenden – Fallkonzeption gestellt werden und sich auf empirische Befunde stützen [Cronin et al., 2015]. Belege für den Nutzen einer individualisierten Fallkonzeption in Bezug auf die therapeutische Allianz lassen sich vor allem in Dismantlingstudien zeigen. In einer Studie zum plananalytischen Vorgehen im Kontext der motivorientierten Beziehungsgestaltung mit insgesamt 85 eingeschlossenen BPS-Patienten fanden Kramer et al. [2014], dass eine generelle psychiatrische Behandlung mit einem motivorientierten Vorgehen im Gegensatz zur alleinigen generellen psychiatrischen Behandlung die Entwicklung der therapeutischen Allianz begünstigte. Zusätzlich zeigten sich Effekte auf die Reduktion der allgemeinen Symptomatik sowie interpersoneller und sozialer Probleme. Allerdings fanden sich keine Unterschiede in Bezug auf die störungsspezifische Symptomatik, was unter anderem mit dem relativ kurzen Behandlungszeitraum (10 Sitzungen) begründet werden kann. Jedoch verdeutlichen die Ergebnisse den Nutzen einer fundierten, individualisierten und theoriegeleiteten Fallkonzeption im Hinblick auf den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Allianz.

Besonders deutlich wird dies, wenn man sich die Motivation auf Patientenseite vergegenwärtigt, neue Verhaltensmuster zu erlernen. Solche Veränderungen fallen angesichts eingefahrener, automatisierter Schemata und Verhaltensweisen naturgemäß schwer – auch wenn diese

Schemata und Verhaltensweisen mittlerweile langfristig dysfunktional geworden sind und nicht mehr den eigentlich legitimen Bedürfnissen des Patienten dienen. Interessante Ergebnisse hierzu finden sich in einer Studie zu Äußerungen von Patienten mit einer generalisierten Angststörung bezüglich der intrinsischen Motivation zur Veränderung in den ersten Therapiesitzungen [Sijercic et al., 2016]. Die Autoren berichten, dass Patienten, die ihre Argumente und Gegenargumente auf den interpersonellen Kontext der Therapie – also auch auf den Therapeuten – bezogen, entsprechend schlechtere Therapieergebnisse aufwiesen als Patienten, die ihre ausgedrückte Ambivalenz hinsichtlich möglicher Veränderungen nicht in einen interpersonellen Kontext setzten. Diese Studie verdeutlicht, dass es, insbesondere bei Patienten mit hohem Reaktanzniveau, oft eines “Beziehungskredits” [vgl. den entsprechenden Ansatz von Rainer Sachse, 2006] bedarf, der initial aufgebaut wird und dann zu einem späteren Zeitpunkt (“wenn es wirklich unangenehm wird”) zur konfrontativen Veränderungsarbeit eingesetzt werden kann.

Ausgehend von den Aspekten der Indikation und Individualisierung sollte die differentielle Gestaltung der Beziehung vor allem dann spezifisch erfolgen, wenn interaktionelle Schwierigkeiten und Muster im Rahmen der Beziehungsarbeit adressiert werden. Ein Grundprinzip der Psychotherapie – nämlich die *Vermittlung korrigierender Erfahrungen* [Alexander und French, 1946] – kann dadurch umgesetzt werden, dass diese durch heilsame Beziehungserfahrungen anhand der therapeutischen Beziehung hergestellt werden. Im Folgeschritt kann dann bisheriges Problemverhalten “im richtigen Leben” modifiziert oder aufgegeben werden. Hier sind aus verhaltenstherapeutischer Perspektive interpersonelle Lerntherapien gefragt, bei denen der Therapeut unter Umständen auch gezielt seine eigenen zwischenmenschlichen Gefühlsregungen dem Patienten rückmeldet (wie beim DPI in CBASP), oder bei denen er als zwischenmenschliches Modell fungiert und in der Therapie sehr aktiv für einen verlässlichen zwischenmenschlichen Rahmen sorgt (z. B. in der Schematherapie: Der Therapeut als Beispiel eines “gesunden Erwachsenenmodus”).

Der Aufbau und die Arbeit mit einer tragfähigen therapeutischen Allianz sind somit von hoher Bedeutung für die drei vorgestellten Ansätze zur Behandlung von Patienten mit frühen traumatisierenden Beziehungserfahrungen, was durch erste Studien untermauert wird [DBT: Bedics et al., 2015; Stiglmayr et al., 2014; Schematherapie: Spinhoven et al., 2007; CBASP: Arnow et al., 2013; Constantino et al., 2016; Santiago et al., 2005]. Die authentische Selbstöffnung des Therapeuten scheint dabei als ein wesentliches Element der Beziehungsgestaltung zu fungieren, wobei sich Form und Dosis der Selbstöffnung in der Konzeption der Ansätze

unterscheidet [Köhler et al., 2017]. Dabei umfasst die Selbstöffnung in der Schematherapie vor allem das Offenlegen positiver Emotionen der Akzeptanz und Wärme, um frustrierte Grundbedürfnisse der Patienten zu überwinden. In der DBT ist Selbstöffnung im Rahmen von Akzeptanz- und Veränderungsstrategien vor allem indiziert, um mit autoaggressivem und destruktivem Patientenverhalten umzugehen, welches den therapeutischen Prozess behindert. Dabei umfasst die Selbstöffnung sowohl negative als auch positive Emotionen. Im CBASP dient die Offenlegung positiver wie auch negativer Gefühle vor allem dem transparenten Erleben von zwischenmenschlichen Konsequenzen. Der Therapeut verhält sich während der Sitzungen oft entgegen der auf früheren Beziehungserfahrungen beruhenden Erwartungen des Patienten, was heilsame Beziehungserfahrungen ermöglichen kann.

Die Betonung der persönlichen – und damit “echten” – Rückmeldung eigener Gefühle durch den Therapeuten ist dabei nicht unerheblich, wie eine ausführliche Gegenüberstellung zweier DBT-Behandlungen in einer zusammenfassenden Falldarstellung eindrucksvoll verdeutlicht [Burckell und McMMain, 2011]. Beide Patienten mit einer BPS zeigten initial niedrige Werte in der therapeutischen Allianz (Working Alliance Inventory) und feindseliges Verhalten. Während sich jedoch die Werte in der Allianz im Verlauf der Therapie für einen Patienten verbesserten, blieben die Werte im anderen Fall konstant auf dem initial niedrigen Niveau. Diese Verläufe spiegelten sich auch in den Ergebnissen der Therapie wider. Im Fall der konstant niedrigen Allianzwerte fühlte sich die Therapeutin stark vom Patienten angegriffen und verletzt, weshalb es ihr nur sehr schwer möglich war, Mitgefühl für den Patienten aufzubringen, was wiederum die “echte” bzw. authentische Validierung des Patienten durch die Therapeutin beeinflusste. Validierungsversuche wurden vom Patienten wiederholt durch feindselige Angriffe abgeblockt. Infolgedessen verstärkten sich bei der Therapeutin Gefühle von Demoralisierung und Hoffnungslosigkeit in Bezug auf den Patienten und die gemeinsame therapeutische Arbeit. Die Autoren unterstreichen an dieser Stelle, dass Therapeutin und Patient über den gesamten Therapieverlauf hinweg in einer Sackgasse steckten und nicht in der Lage waren, sich aus den polarisierten Positionen heraus zu bewegen. Dementsprechend gab es keine “echte” emotionale Verbindung zwischen der Therapeutin und dem Patienten.

Die skizzierte Falldarstellung illustriert anschaulich eine Reihe von Fragen, die es im Zusammenhang mit einer empirisch begründeten differentiellen und individualisierten Beziehungsgestaltung zu klären gilt:

*(1) Welche Elemente der therapeutischen Beziehung und Beziehungsgestaltung sind in welcher Kombination für welchen Patienten hilfreich?*

In der zusammengefassten Falldarstellung wird deutlich, dass Aspekte der Selbstöffnung eng mit einer authentischen Beziehung zwischen Patient und Therapeut verknüpft sind. Dieser Aspekt einer authentischen, „echten“, emotionalen Bindung lässt sich am ehesten durch die BOND-Komponente der Working Alliance [Bordin, 1979] abbilden. Diese überschneidet sich wiederum stark mit dem Konstrukt der „real relationship“ – der existierenden persönlichen Beziehung zwischen zwei Menschen, die den Grad an präsenter Aufrichtigkeit sowie einer realistischeren Wahrnehmung voneinander widerspiegelt [Gelso et al., 2018]. Möglicherweise sind diese Elemente der therapeutischen Beziehung entscheidender für den Therapieerfolg bei der Behandlung von Patienten mit Kindesmisshandlungserfahrungen. Zukünftige Studien könnten somit beispielsweise Aufschluss über die Wirkungsweise der therapeutischen Beziehung liefern, indem sie diese Aspekte besonders für Patienten mit persistierenden psychischen Störungen und Kindesmisshandlung stärker berücksichtigen. Dabei gilt es auch, mögliche negative Effekte nicht aus dem Blickfeld zu verlieren. In Bezug auf die Beziehungsgestaltung können negative Effekte im Sinne einer Abhängigkeit des Patienten von Behandlung und Therapeut auftreten. Eine damit verbundene passive Haltung des Patienten kann sich dementsprechend negativ auf Behandlungsdauer und Rückfallraten auswirken [Brakemeier et al., 2018; Geurtzen et al., 2019]. Bisher werden negative Zusammenhänge zwischen einer misslungenen therapeutischen Beziehung und dem Behandlungserfolg vor allem in psychodynamischen Kreisen diskutiert [Knox, 2019].

Um der Beantwortung der formulierten Frage näher zu kommen, können möglicherweise auch experimentelle Forschungsdesigns zur therapeutischen Beziehungsgestaltung hilfreich sein. In einem entsprechenden Pilotprojekt wurden im Kontext eines einmaligen Beratungsgesprächs für Studierende zum Thema interpersonelle Konflikte zwei zuvor definierte Beziehungsgestaltungsstile (sachorientiert vs. beziehungsorientiert) in einem randomisierten Zweigruppensdesign miteinander verglichen [Schamong et al., 2019]. Der Fokus dieser explorativen Studie lag dabei vor allem auf der Durchführbarkeit einer solchen experimentellen Studie, wobei erste Ergebnisse auf eine gute bis sehr gute Adhärenz der jeweiligen Berater zu den zwei Bedingungen durch objektive Rater hinweisen.

*(2) Welche Bedeutung hat die therapeutische Allianz zu welchem Zeitpunkt für welchen Patienten?*

Die beiden oben erwähnten Fallbeispiele verdeutlichen eindrücklich den Wert des von Zilcha-Mano [2017]

vorgeschlagenen Zwei-Komponenten-Modells, in dem die Veränderungen in der therapeutischen Allianz (*state*-Komponente) bei einigen Patienten mitentscheidend für den Therapieerfolg sein können und bei anderen nicht. Dabei bedeutet eine initial schlechtere therapeutische Allianz (*trait*-Komponente) nicht notwendigerweise auch ein schlechtes Therapieergebnis. Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten differentiellen Beziehungsgestaltung erscheint es daher wichtig, Moderatoren für den Zusammenhang zwischen den beiden Komponenten und dem Therapieerfolg zu identifizieren. Zilcha-Mano et al. [2018c] konnten in einer Sekundäranalyse von 185 Patienten, die eine ambulante KVT-Behandlung erhalten hatten, mithilfe von „machine-learning“-Algorithmen signifikante Interaktionen der beiden Komponenten mit spezifischen interpersonellen Charakteristika der Patienten zeigen. Bei Patienten, die sich selbst als kalt bzw. zu abweisend/distanziert beschrieben und in ähnlicher Weise auch von ihren Therapeuten eingeschätzt wurden, hatte die Verbesserung der therapeutischen Allianz im Behandlungsverlauf einen deskriptiv größeren Effekt auf den Therapieerfolg als bei Patienten, die sich als zu kalt bzw. zu abweisend/distanziert beschrieben haben. Zugleich zeigte sich für die *trait*-Komponente der Allianz ein größerer Effekt auf den Therapieerfolg, wenn die Patienten sich selbst als nicht zu abweisend/kalt sowie übermäßig aufdringlich beschrieben. Die Ergebnisse liefern somit einen Beitrag zur Beantwortung der Frage, ob es für den individuellen Patienten hilfreich ist, die therapeutische Allianz im Behandlungsverlauf stärker zu fokussieren und aktiv mit dieser zu arbeiten.

Darauf aufbauend erscheint es wichtig, die Frage zu klären, wann die aktive therapeutische Beziehungsgestaltung im Hinblick auf die individuell ausformulierten Therapieziele am effektivsten ist. Hierzu fand eine Studie von Zilcha-Mano et al. [2018a] einen moderierenden Einfluss der Lebenszufriedenheit auf den Zusammenhang zwischen positiven Veränderungen in der Allianz für eine bestimmte Therapiesitzung und dem Behandlungserfolg in der darauffolgenden Sitzung. Dies würde bedeuten, dass die aktive Fokussierung auf die Verbesserung der Allianz einen größeren Effekt auf den Therapieerfolg haben kann, wenn die Patienten zum entsprechenden Zeitpunkt zumindest nicht ganz unzufrieden mit ihrer aktuellen Lebenssituation sind.

*(3) Was genau zeichnet effektive Therapeuten in Bezug auf die Formung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz aus?*

Für eine empirisch begründete differentielle Beziehungsgestaltung kann der Einbezug der Therapeutenperspektive zunächst einmal auf Diskrepanzen oder Konsens in der Wahrnehmung der therapeutischen Allianz hinweisen. Studien konnten zeigen, dass sich die Einschät-

zungen der therapeutischen Allianz von Therapeut und Patient einander mit zunehmendem Behandlungsverlauf angingen [Coyne et al., 2018; Laws et al., 2017]. Basierend auf zwei Fremdeinschätzungsratings zeigten sich jedoch inkonsistente Befunde für die Annahme, dass stärker konvergierende Allianzverläufe auch mit einer stärkeren Symptomreduktion verbunden waren [Constantino et al., 2017]. Hierbei gilt es zu berücksichtigen, dass Therapeuten und Patienten wahrscheinlich unterschiedliche Kriterien für die Beurteilung der therapeutischen Allianz heranziehen [Kivlighan et al., 2014]. Diskrepanzen in der Wahrnehmung der therapeutischen Allianz bedeuten dementsprechend nicht automatisch Uneinigkeit im negativen Sinne, sondern sind vorrangig als Hinweise zu verstehen, dass die Thematisierung der therapeutischen Beziehung möglicherweise nützlich und hilfreich sein könnte [Flückiger et al., 2018].

Darüber hinaus veranschaulichen die zwei dargestellten Fälle praxisnah die Befunde von Schiefele et al. [2017] zu Therapeuteneffekten: Je komplexer die Symptomatik eines Patienten ist, desto wichtiger wird die Person des Therapeuten [Johns et al., 2019]. Effektive Therapeuten scheinen sich vor allem durch professionell verfeinerte interpersonelle Fähigkeiten auszuzeichnen [u. a. Anderson et al., 2009; Schöttke et al., 2017], die möglicherweise in ihrem persönlichen Leben und ihrer Bindungsgeschichte ihren Ursprung haben [Heinonen und Nissen-Lie, 2020]. Wie die skizzierte Falldarstellung von Burckell und McMains [2011] veranschaulicht, sind das Erkennen und die Reflektion einer für den therapeutischen Prozess wenig förderlichen therapeutischen Beziehung allein nicht immer ausreichend, um für den Einzelfall passende therapeutische Reaktionen abzuleiten. Die Reflektion sollte deshalb die persönlichen Grundannahmen und das Wertesystem des jeweiligen Therapeuten miteinschließen [Kazantzis et al., 2018]. Dadurch kann die Wahrscheinlichkeit erhöht werden, dass der jeweilige Therapeut die abgeleiteten Handlungsoptionen in der Durchführung für sich auch als passend empfindet, wodurch er wiederum authentisch bleiben kann.

Insgesamt finden der dyadische Charakter der therapeutischen Beziehung genauso wie die Person des Therapeuten jedoch noch zu wenig Berücksichtigung in der gegenwärtigen Forschung. Neben der konsequenten Berücksichtigung der Therapeutenvariable in geschachtelten Designs könnten sich zukünftige Studien u. a. verstärkt mit aufgezeichnetem Videomaterial einzelner Sitzungen oder sogar ganzer Behandlungen beschäftigen, um vergleichbare kritische Situationen [Anderson et al., 2009] und die unmittelbaren Reaktionen der einzelnen Therapeuten darauf näher zu beleuchten und zu untersuchen.

(4) *Wie kann eine evidenzbasierte differentielle Beziehungsgestaltung in der Praxis umgesetzt werden?*

Die Implikationen von Forschungsbefunden zur therapeutischen Beziehung und ihrer Gestaltung für die praktische Arbeit sind oft schnell formuliert. Für deren Implementation braucht es jedoch anwendungsfreundliche Konzepte, die für den Praktiker einen erkennbaren Mehrwert in der individuellen Arbeit mit einem bestimmten Patienten liefern. Das aus der Forschung zu Allianzbrüchen und ihrer Reparatur [engl. *ruptures and repairs*; Safran und Muran, 2000] entwickelte allianzfokussierte Training [alliance-focused training; Eubanks-Carter et al., 2015] zielt darauf ab, die Fähigkeiten von Therapeuten im Erkennen, Tolerieren und Aushandeln von Allianzbrüchen zu verbessern. Dieses Training kann als konzeptionelle Umsetzung einer evidenzbasierten differentielle Beziehungsgestaltung verortet werden. Im Gegensatz zum Ergebnis einer früheren Metaanalyse [Safran et al., 2011] zeigte sich in einer zweiten Metaanalyse mit sechs eingeschlossenen Studien jedoch kein signifikant positiver Zusammenhang zwischen einem zusätzlichen allianzfokussierten Training und dem Therapieerfolg [Eubanks et al., 2018]. Moderatoranalysen ergaben, dass der Zusammenhang eines allianzfokussierten Trainings mit dem Therapieerfolg größer war, wenn die Stichprobe weniger Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beinhaltete, das Training enger auf eine KVT abgestimmt war und die Behandlung kürzer war. Demnach ist allein der Fokus auf bestimmte Elemente der therapeutischen Beziehung in Training und Supervision oft nicht ausreichend. Supervision und Training sollten demnach – auf den Einzelfall abgestimmt – das Zusammenspiel verschiedener Elemente der Beziehungsgestaltung im Kontext unterschiedlicher Situationen im Blick haben und mit evidenzbasierten Handlungsempfehlungen abgleichen. Konsequenterweise sollte hierbei die kontinuierliche Erfassung der therapeutischen Allianz aus Patientenperspektive als Basis für die Supervision dienen [Reese et al., 2009]. Die Feedbackforschung liefert hierzu grundlegende Ideen, wie die Realisierung einer evidenzbasierten differentielle Beziehungsgestaltung aussehen könnte [Lutz et al., 2015; Schiepek et al., 2018].

Neben Feedbacksystemen steigt die Zahl vielversprechender Vorhersagemodelle zur Optimierung psychotherapeutischer Behandlungen mit dem Ziel der Maximierung des individuellen Therapieerfolgs [Rubel und Lutz, 2016]. Die Integration von Variablen zur therapeutischen Beziehung einschließlich ihrer verschiedenen Elemente kann dabei möglicherweise die Vorhersagekraft dieser Modelle verbessern. Andererseits könnten Modelle, die auf eine Handlungsempfehlung für den Einsatz spezifischer Techniken oder Strategien abzielen [Cohen und DeRubeis, 2018; Rubel et al., 2018], auch für Elemente der Beziehungsgestaltung nützlich sein. In solchen Modellen

sollte allerdings auch die Person des Therapeuten berücksichtigt werden. Die Passung von Elementen der Beziehungsgestaltung zur Person des Therapeuten und seinen spezifischen Charakteristika sollte nicht unterschätzt werden. Dabei kennen wir bei Weitem noch nicht alle prädiikativen Variablen und deren Zusammenspiel untereinander im Hinblick auf die Therapeut-Patient-Dyade.

Noch stecken solche Modelle und Algorithmen in den Kinderschuhen. Ihr Potenzial in Bezug auf die Maximierung des Therapieerfolgs unter Einbezug einer evidenzbasierten differentiellen Gestaltung der Beziehung ist jedoch deutlich erkennbar.

### Fazit und Ausblick

Alle dargestellten Ansätze bauen auf eine konzeptionell ausformulierte therapeutische Beziehungsgestaltung, wobei unterschiedliche Schwerpunkte betont werden. Die hier beschriebenen Ausführungen und Ansätze sind dabei keinesfalls als vollständig zu verstehen, wobei besonders die Beziehungsgestaltung und ihre Konzeptualisierung in unterschiedlichen Settings (z. B. Gruppentherapie, Paartherapie), die Bedeutung der Beziehung aus der Perspektive anderer (psychologischer) Disziplinen, die Frage nach der statistischen Modellierung oder die Betrachtung von Beziehungserwartungen in Verbindung mit der Placebo-Forschung wichtige Aspekte darstellen, die über die vorliegende Übersichtsarbeit hinausgehen. Um korrigierende interpersonelle Erfahrungen zu fördern und zu realisieren, formuliert zum Beispiel auch die emotionsfokussierte Therapie [Greenberg, 2015] ein strukturiertes Vorgehen. Explizit werden dabei die Emotionen des Patienten in der therapeutischen Arbeit und der Beziehungsgestaltung adressiert, wobei der Therapeut die Rolle eines "Emotionscoachs" übernimmt. Andere Ansätze stellen die Individualität der therapeutischen Beziehung und ihrer Gestaltung besonders in den Vordergrund, indem beispielsweise der Therapeut in der Akzeptanz- und Commitmenttherapie ausdrücklich dazu aufgefordert wird, individualisierte Interventionen zu erarbeiten und anzuwenden [Hayes und Lillis, 2012].

Historisch gewachsen ist in der VT der Aspekt der individuellen Gestaltung der Beziehung, welche dem Therapeuten intuitive Freiheit in der Realisierung gewährt. Dies mag damit zu tun haben, dass der therapeutischen Beziehung zunächst wenig Beachtung geschenkt wurde, was sicherlich auch dem damaligen Zeitgeist mit dem Bedürfnis nach einer klaren Abgrenzung zur psychodynamischen Schulen geschuldet ist. Dieses Vakuum hat es jedoch möglich gemacht, dass wir in der Realisierung der therapeutischen Beziehungsgestaltung in der VT heute von einer Vielzahl an theoretisch fundierten Konzepten profitieren können. Diese Konzepte im Sinne einer evi-

denzbasierten differentiellen Beziehungsgestaltung individuell, indiziert, und spezifisch nutzbar zu machen, ist deshalb Anliegen und Aufgabe einer individualisierten Psychotherapie [vgl. Brakemeier und Herpertz, 2019]. In diesem Zusammenhang können vor allem integrative Modelle die therapeutische Sicht auf den individuellen Patienten bereichern [Rief und Strauß, 2018].

Allerdings wäre es ein fataler Trugschluss zu denken, man könne sich in der therapeutischen Arbeit allein auf die Beziehung verlassen. Ein vielfältiges therapeutisches Repertoire an aufeinander aufbauenden Techniken ist essentiell für eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlung.

Dementsprechend bedeutet Indikation keine Entweder-oder-Entscheidung, sondern betont stattdessen die Notwendigkeit einer kontinuierlichen Überprüfung des Therapiefortschritts auf der Basis einer fortlaufenden individuellen Fallkonzeption. Dies beinhaltet, dass zum angemessenen Einsatz einer evidenzbasierten differentiellen Beziehungsgestaltung auch bedacht werden muss, wann welche Beziehungsgestaltungselemente und -kompetenzen nicht zum Einsatz kommen sollten. Nicht immer scheint eine aktive Beziehungsgestaltung, die spezifischen Therapiezielen dient, notwendig oder sogar hilfreich für den Therapieerfolg.

Im Angesicht der wachsenden Zahl von Online-Therapieangeboten sind diese Überlegungen von besonderer Bedeutung. Dabei wird sich zeigen, ob eine therapeutische Beziehungsgestaltung, die spezifischen Zielen dient (z. B. einer korrigierenden Beziehungserfahrung), auch online realisiert werden kann.

### Statement of Ethics

Für diese Übersichtsarbeit war keine Ethik-Erklärung nötig.

### Conflict of Interest Statement

Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht.

### Funding Sources

Es bestand keine finanzielle Unterstützung.

### Author Contributions

S.B. und S.K. erarbeiteten die erste Version des Manuskriptes, welche von S.B. finalisiert wurde. Die konzeptionelle Erweiterung und Überarbeitung des Manuskriptes erfolgte durch S.B. und E.-L.B. unter Mitwirkung aller Autoren, welche substantiell kritische Anmerkungen und Rückmeldungen im Zuge der Finalisierung des Artikels gaben.

**Literatur**

- Alexander F, French TM. *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald Press; 1946.
- Anderson T, Ogles BM, Patterson CL, Lambert MJ, Vermeersch DA. Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *J Clin Psychol*. 2009 Jul; 65(7):755–68.
- Arnou BA, Steidtmann D, Blasey C, Manber R, Constantino MJ, Klein DN, et al. The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *J Consult Clin Psychol*. 2013 Aug;81(4):627–38.
- Bandura A. *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1969.
- Barkham M, Lutz W, Lambert MJ, Saxon D. Therapist effects, effective therapists, and the law of variability [Internet]. Castonguay LG, Hill CE, editors. How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects. Washington: American Psychological Association; 2017. pp. 13–36.
- Barnicot K, Katsakou C, Bhatti N, Savill M, Fearn N, Priebe S. Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review. *Clin Psychol Rev*. 2012 Jul;32(5):400–12.
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BE, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press; 1979.
- Bedics JD, Atkins DC, Harned MS, Linehan MM. The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. *Psychotherapy (Chic)*. 2015 Mar;52(1):67–77.
- Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chic)*. 1979;16(3):252–60.
- Brakemeier EL. Schwierige Situationen in der modernen Psychotherapie. CBASP, DBT, MBT und Schematherapie. Beltz Video-Learning. Weinheim: Beltz; 2019.
- Brakemeier EL, Fassbinder E, Stiglmayr C. Spezielle Beziehungsgestaltungstechniken aus neueren verhaltenstherapeutischen Methoden. In: Brakemeier EL, Jacobi F, editors. *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz; 2017. pp. 76–92.
- Brakemeier EL, Frase L. Interpersonal psychotherapy (IPT) in major depressive disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2012 Nov; 262(S2 Suppl 2):S117–21.
- Brakemeier EL, Herpertz SC. Innovative Psychotherapieforschung: Auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Nervenarzt*. 2019 Nov;90(11):1125–34.
- Brakemeier EL, Herzog P, Radtke M, Schneibel R, Breger V, Becker M, et al. CBASP als stationäres Behandlungskonzept der therapieresistenten chronischen Depression: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Nebenwirkungen und Therapieerfolg. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2018;68:399–407.
- Brakemeier EL, Guhn A, Normann C. *Praxisbuch CBASP. Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie*. Weinheim: Beltz; 2021.
- Burckell LA, McMain S. Contrasting clients in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: “Marie” and “Dean,” two cases with different alliance trajectories and outcomes. *Pragmat Case Stud Psychother*. 2011; 7(2): 246–67. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v7i2.1090>.
- Caspar F. Beziehungen und Probleme verstehen: eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Göttingen: Hogrefe; 2018. <https://doi.org/10.1024/85625-000>.
- Caspar F, Belz M. Motivorientierte Beziehungsgestaltung. In: Brakemeier EL, Jacobi F, editors. *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz; 2017. p. 54–65.
- Castonguay LG, Constantino MJ, McAlavey AA, Goldfried MR. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In: Muran JC, Barber JP, editors. The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice. New York: Guilford Press; 2010. p. 263–85.
- Cohen R. Verhaltenstherapie zu Beginn der achtziger Jahre. *Psychol Rundsch*. 1984;35: 1–9.
- Cohen ZD, DeRubeis RJ. Treatment Selection in Depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2018 May;14(1):209–36.
- Constantino MJ, Coyne AE, Luukko EK, Newkirk K, Bernecker SL, Ravitz P, et al. Therapeutic alliance, subsequent change, and moderators of the alliance-outcome association in interpersonal psychotherapy for depression. *Psychotherapy (Chic)*. 2017 Jun;54(2):125–35.
- Constantino MJ, Laws HB, Coyne AE, Greenberg RP, Klein DN, Manber R, et al. Change in patients’ interpersonal impacts as a mediator of the alliance-outcome association in treatment for chronic depression. *J Consult Clin Psychol*. 2016 Dec;84(12):1135–44.
- Constantino MJ, Schwaiger EM, Smith JZ, DeGeorge J, McBride C, Ravitz P, et al. Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy (Chic)*. 2010 Sep; 47(3):418–24.
- Coyne AE, Constantino MJ, Laws HB, Westra HA, Antony MM. Patient-therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychother Res*. 2018 Nov;28(6): 969–84.
- Cronin TJ, Lawrence KA, Taylor K, Norton PJ, Kazantzis N. Integrating between-session interventions (homework) in therapy: the importance of the therapeutic relationship and cognitive case conceptualization. *J Clin Psychol*. 2015 May;71(5):439–50.
- Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2012 Nov;32(7):642–9.
- Ellis A, Hoellen B. *Die rationale-emotive Verhaltenstherapie: Reflexionen und Neubestimmungen*. München: Pfeiffer; 1997.
- Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)*. 2018 Dec;55(4):508–19.
- Eubanks-Carter C, Muran JC, Safran JD. Alliance-focused training. *Psychotherapy (Chic)*. 2015 Jun;52(2):169–73.
- Falkenström F, Granström F, Holmqvist R. Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *J Couns Psychol*. 2013 Jul;60(3):317–28.
- Fiedler P. Varianten psychotherapeutischer Beziehung: Transdiagnostische Befunde, Konzepte, Perspektiven. Lengerich: Pabst Science Publishers; 2018.
- Flückiger C. Bedeutung der Arbeitsallianz für die Psychotherapie. *Z Klin Psychol Psychother*. 2018;47:119–25.
- Flückiger C, Del Re AC, Horvath AO, Symonds D, Ackert M, Wampold BE. Substance use disorders and racial/ethnic minorities matter: a meta-analytic examination of the relation between alliance and outcome. *J Couns Psychol*. 2013 Oct;60(4):610–6.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chic)*. 2018 Dec;55(4):316–40.
- 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*. 2012a Jan; 59(1):10–7.
- Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Znoj H, Caspar F, Jörg U. Valuing clients’ perspective and the effects on the therapeutic alliance: a randomized controlled study of an adjunctive instruction. *J Couns Psychol*. 2012b Jan; 59(1):18–26.
- Flückiger C, Holtforth MG. Ressourcenaktivierung und motivorientierte Beziehungsgestaltung: Bedürfnisbefriedigung in der Psychotherapie [Internet]. Frank R, editor. *Therapieziel Wohlbefinden*. Berlin: Springer; 2007. p. 33–42.
- Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. *J Psychol Psychother*. 2014; 4(1). DOI: 10.4172/2161-0487.1000133.
- Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1993.
- Fuertes JN, Anand P, Haggerty G, Kestenbaum M, Rosenblum GC. The physician-patient working alliance and patient psychological attachment, adherence, outcome expectations, and satisfaction in a sample of rheumatology patients. *Behav Med*. 2015;41(2):60–8.
- Gelso CJ, Kivlighan DM, Markin RD. The real relationship and its role in psychotherapy outcome: A meta-analysis. *Psychotherapy (Chic)*. 2018 Dec;55(4):434–44.
- Geurtzen N, Keijsers GP, Karremans JC, Hutschmaekers GJ. Care dependency may help and hurt psychological treatment: A treatment-analogue study with students in clinical training. *J Psychother Integration*. 2019;29(4): 374–88.
- Goldfried MR, Davison GC. The therapeutic relationship. In: Goldfried MR, Davison GC, editors. *Clinical Behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1976.

- Grawe K. *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe; 2000.
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. 2nd ed. Washington (DC): American Psychological Association; 2015. <https://doi.org/10.1037/14692-000>.
- Greenson RR. The working alliance and the transference neurosis. *PsyNET Psychoanal Q*. 1965 Apr;34(2):155–81.
- Grosse Holtforth M, Altenstein D, Krieger T, Flückiger C, Wright AG, Caspar F. Interpersonal differentiation within depression diagnosis: relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychother Res*. 2014; 24(4):429–41.
- Hayes SC, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy*. Washington (DC): APA; 2012.
- Heinonen E, Nissen-Lie HA. The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychother Res*. 2020 Apr;30(4):417–32.
- Hermer M, Röhrle B. *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: dgvt-Verlag; 2008. Vol. 1: Allgemeiner Teil.
- Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: John Wiley; 1994.
- Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Psychol*. 1989;36(2):223–33.
- Horvath AO. Research on the alliance: knowledge in search of a theory. *Psychother Res*. 2018 Jul; 28(4):499–516.
- Jacob G, Seebauer L. Schematherapie. Fallvideos zu Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität. Weinheim: Beltz Video-Learning; 2013.
- Johns RG, Barkham M, Kellett S, Saxon D. A systematic review of therapist effects: a critical narrative update and refinement to review. *Clin Psychol Rev*. 2019 Feb;67:78–93.
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D. *Selbstmanagement-Therapie*. 5th ed. Berlin: Springer; 2012. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8>.
- Kazantzis N, Dattilio FM, McGinn LK, Newman CF, Persons JB, Radomsky AS. Defining the role and function of the therapeutic relationship in cognitive behavioral therapy: a modified Delphi panel. *Int J Cogn Ther*. 2018; 11(2):158–83.
- Kiesler DJ. The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychol Rev*. 1983;90(3):185–214.
- Kivlighan DM, Marmarosh CL, Hilsenroth MJ. Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change: a moderated actor-partner interdependence model. *J Couns Psychol*. 2014 Jan;61(1):15–23.
- Knox J. The harmful effects of psychotherapy: when the therapeutic alliance fails. *Br J Psychother*. 2019;35(2):245–62.
- Köhler S, Guhn A, Betzler F, Stiglmayr C, Brake-meier EL, Sterzer P. Therapeutic self-disclosure within DBT, schema therapy, and CBASP: opportunities and challenges. *Front Psychol*. 2017 Nov;8:2073.
- Kramer U, Kolly S, Berthoud L, Keller S, Preisig M, Caspar F, et al. Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2014;83(3): 176–86.
- Kube T, Glombiewski JA, Rief W. Erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen bei Personen mit depressiver Symptomatik. *Verhaltenstherapie*. 2019;29(4):1–11.
- Lairdter AR. Konzeptuelle Aspekte und Gestaltungsmöglichkeiten der therapeutischen Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B, editors. *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Tübingen: dgvt-Verlag; 2008. Vol. 2, p. 1149–1178.
- Lammers CH. *Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung*. Weinheim: Beltz; 2017.
- Laws HB, Constantino MJ, Sayer AG, Klein DN, Kocsis JH, Manber R, et al. Convergence in patient-therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychother Res*. 2017 Jul; 27(4):410–24.
- Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press; 1993.
- Luborsky L. *Helping alliances in psychotherapy*. In: Cleghorn JL, editor. *Successful psychotherapy*. New York: Mazel; 1976. p. 92–116.
- Lutz W, De Jong K, Rubel J. Patient-focused and feedback research in psychotherapy: where are we and where do we want to go? *Psychother Res*. 2015;25(6):625–32.
- McCullough JP. Treating chronic depression with disciplined personal involvement: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). Berlin: Springer; 2006.
- McCullough JP. Treatment for chronic depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guilford Press; 2000.
- McCullough JP Jr. Treatment for chronic depression: cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *J Clin Psychol*. 2003 Aug;59(8):833–46.
- Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy (Chic)*. 2018 Dec;55(4):303–15.
- Norcross JC, Lambert MJ. *Evidence-based therapist contributions*. Psychotherapy relationships that work. Volume 1. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2019.
- Orlinsky DE, Howard KI. A generic model of psychotherapy. *Int J Eclct Psychother*. 1987;6: 6–27.
- Probst GH, Berger T, Flückiger C. Die Allianz als Prädiktor für den Therapieerfolg internetbasierter Interventionen bei psychischen Störungen: eine korrelative Metaanalyse. *Verhaltenstherapie*. 2019;29:182–95.
- Reese RJ, Usher EL, Bowman DC, Norsworthy LA, Halstead JL, Rowlands SR, et al. Using client feedback in psychotherapy training: an analysis of its influence on supervision and counselor self-efficacy. *Train Educ Prof Psychol*. 2009;3:157–68.
- Renner F, Jarrett RB, Vittengl JR, Barrett MS, Clark LA, Thase ME. Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *J Affect Disord*. 2012 May; 138(3):458–67.
- Rief W, Glombiewski JA. Erwartungsfokussierte psychotherapeutische Interventionen (EFPI). *Verhaltenstherapie*. 2016;26:47–54.
- Rief W, Strauß B. Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung. *Psychotherapeut*. 2018;63:401–8.
- Rogers CR. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch S, editor. *Psychology: a study of a science*. New York: McGraw-Hill; 1959. Study 1, Vol. 3: Formulations of the person and the social context. p. 184–256.
- Rubel JA, Fisher AJ, Husen K, Lutz W. Translating Person-Specific Network Models into Personalized Treatments: Development and Demonstration of the Dynamic Assessment Treatment Algorithm for Individual Networks (DATA-IN). *Psychother Psychosom*. 2018;87(4):249–51.
- Rubel J, Lutz W. Personalisierung statt Verfahrensinflation – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste. Teil 2. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2016;66:463–4.
- Sachse R. Persönlichkeitsstörungen: Psychotherapie dysfunktionaler Interaktionsstile. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- Sachse R. *Therapeutische Beziehungsgestaltung*. Göttingen: Hogrefe; 2006.
- Sachse R, Fasbender J, Sachse M. Klärungsorientierte Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen: Grundlagen und Konzepte. Göttingen: Hogrefe; 2011.
- Safran JD, Muran JC. Resolving therapeutic alliance ruptures: diversity and integration. *J Clin Psychol*. 2000 Feb;56(2):233–43.
- Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)*. 2011 Mar;48(1):80–7.
- Santiago NJ, Klein DN, Vivian D, Arnow BA, Blalock JA, Kocsis JH, et al. The therapeutic alliance and CBASP-specific skill acquisition in the treatment of chronic depression. *Cognit Ther Res*. 2005;29:803–17.
- Schamong I, Bollmann S, Struck N, Kube T, D'Astolfo L, Brakemeier E-L. Insights into the formation of a trusting therapeutic relationship: feasibility of an experimental approach. *Psychother Psychosom*. 2019;88 (suppl):114–5.
- Scheel MJ, Davis CK, Henderson JD. Therapist use of client strengths. *Couns Psychol*. 2013; 41:392–427.
- Schiefele AK, Lutz W, Barkham M, Rubel J, Böhnecke J, Delgado J, et al. Reliability of Therapist Effects in Practice-Based Psychotherapy Research: A Guide for the Planning of Future Studies. *Adm Policy Ment Health*. 2017 Sep; 44(5):598–613.
- Schiepek GK, Aichhorn W, Schöllner H. Monitoring change dynamics – a nonlinear approach to psychotherapy feedback. *Chaos Complex Lett*. 2018;11:355–75.



- Schneibel R, Scholz C, Brakemeier EL. Interpersonelle Psychotherapie. In: Brakemeier EL, Jacobi F, editors. *Verhaltenstherapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz; 2017. pp. 726–39.
- Scholz W. Die therapeutische Beziehung. In: Sulz SK, editor. *Therapie-Buch. Kognitiv-behaviorale Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*. München: CIP Medien; 1998. pp. 84–100.
- Schöttke H, Flückiger C, Goldberg SB, Eversmann J, Lange J. Predicting psychotherapy outcome based on therapist interpersonal skills: A five-year longitudinal study of a therapist assessment protocol. *Psychother Res*. 2017 Nov;27(6):642–52.
- Schramm E. *Interpersonelle Psychotherapie*. 4th ed. Stuttgart: Schattauer; 2019.
- Schulte D. *Therapieplanung*. Göttingen: Hogrefe; 1996.
- Schulte D, Eifert GH. What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pract*. 2002;9:312–28.
- Sijercic I, Button ML, Westra HA, Hara KM. The interpersonal context of client motivational language in cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy (Chic)*. 2016 Mar;53(1):13–21.
- Spinhoven P, Giesen-Bloo J, van Dyck R, Koorman K, Arntz A. The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2007 Feb; 75(1):104–15.
- Stiglmayr C, Stecher-Mohr J, Wagner T, Meißner J, Spretz D, Steffens C, et al. Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2014 Dec;1:20.
- Wampold BE, Imel ZE. The great psychotherapy debate: the evidence for what makes psychotherapy work, Second Edi. New York: Routledge; 2015.
- Wampold BE, Imel ZE, Flückiger C. *Die Psychotherapie-Debatte* [Internet]. Göttingen: Hogrefe; 2018.
- Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
- Wolpe J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *AMA Arch Neurol Psychiatry*. 1954 Aug;72(2):205–26.
- World Health Organization. *Child maltreatment fact sheet*. Geneva: World Health Organization; 2016.
- Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach. Sarasota: Professional Resource Press; 1994.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press; 2003.
- Zilcha-Mano S. Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *Am Psychol*. 2017 May-Jun;72(4):311–25.
- Zilcha-Mano S, Errázuriz P. One size does not fit all: examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *J Couns Psychol*. 2015 Oct;62(4):579–91.
- Zilcha-Mano S, Lipsitz I, Errázuriz P. When is it effective to focus on the alliance? Analysis of a within-client moderator. *Cognit Ther Res*. 2018a;42(2):159–71.
- Zilcha-Mano S, Muran JC, Eubanks CF, Safran JD, Winston A. When therapist estimations of the process of treatment can predict patients rating on outcome: the case of the working alliance. *J Consult Clin Psychol*. 2018b Apr;86(4):398–402.
- Zilcha-Mano S, Muran JC, Eubanks CF, Safran JD, Winston A. Not just a non-specific factor: moderators of the effect of within- and between-clients alliance on outcome in CBT. *Cognit Ther Res*. 2018c;42(2):146–58.
- Zimmer D. Die therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung. Weinheim: Edition Psychologie; 1983a.
- Zimmer D. Überlegungen zu einem Modell der Therapeut-Klient-Beziehung. In: Zimmer D, editor. *Therapeutische Beziehung. Konzepte, empirische Befunde und Prinzipien ihrer Gestaltung*. Weinheim: Edition Psychologie; 1983b. p. 138–49.
- Zimmer D, Zimmer FT. Das Konzept der funktionalen Beziehungsgestaltung in der Verhaltenstherapie. In: Reinecker HS, Schmelzer D, editors. *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe; 1996. p. 131–43.



## Can we Modulate Therapeutic Interpersonal Style Experimentally to Address Alliance? A Proof-of-Concept Study

Isabel Schamong<sup>1</sup> · Simon Bollmann<sup>1</sup> · Nele Struck<sup>1</sup> · Tobias Kube<sup>1,2</sup> · Lisa D'Astolfo<sup>1</sup> · Eva-Lotta Brakemeier<sup>1,3</sup>

Accepted: 26 April 2022  
© The Author(s) 2022

### Abstract

**Background** With a lack of experimental designs that explore which therapeutic style is helpful for which patient, the aim of this study was to test the feasibility of experimentally varying the therapeutic style under realistic conditions and to investigate how this affects alliance ratings by clients and counselors.

**Methods** We defined two manualized therapeutic styles (neutral/distant relational style vs. high affiliation relational style) based on the interpersonal circumplex. In a randomized two-group design, 64 healthy university students (70% female,  $M_{\text{age}} = 23.78$ ,  $SD_{\text{age}} = 2.81$ ) received a single psychological counseling session on interpersonal conflicts by one of four counselors and in one of the two styles. We checked the manipulation success using observer-rated degree of affiliation and ratings of counselors' interpersonal behavior with the Interpersonal Message Inventory (IMI-R). A series of linear regression models analyzed whether the style predicted working alliance, assessed via the Working Alliance Inventory (WAI).

**Results** In accordance with the hypotheses, significant differences in the rated degree of affiliation ( $p \leq .001$ ) and IMI-R ratings ( $p \leq .001$  in *friendly*,  $p = .003$  in *hostile* dimension) were found between the two groups. Overall, alliance ratings were high across groups and raters (WAI overall scores ranging from 3.76 to 4.07). The style did not predict clients' alliance ratings.

**Conclusion** The experimental variation of the therapeutic style proved feasible under realistic conditions with high overall alliance ratings. The novel experimental design may provide a basis for further research.

**Keywords** Therapeutic alliance · Psychotherapy process research · Therapeutic interpersonal styles · Counseling session

### Introduction

The therapeutic alliance is one of the most studied therapeutic variables with an undisputed importance for psychotherapy—both from a clinical and scientific point of view (e.g. Norcross & Lambert, 2018). In line with findings that different treatment approaches yield similar outcomes, analyzing potential differences in alliance between treatment forms has not revealed significant differences either (Doran,

2016; Flückiger et al., 2012; Horvath et al., 2011). Therefore, a number of empirical studies have investigated specific elements (e.g. therapist self-disclosure: for an overview see Köhler et al., 2017) in relation to the therapeutic alliance (for an overview see Norcross & Lambert, 2018). To our knowledge, however, there are no studies so far that have looked into the formation of an initial alliance in a realistic, face-to-face counseling setting in dependence of counselors' interpersonal style in the context of an experimental design. As a first step, it seems important to look more closely at the possibility for counselors to actively and deliberately shape their interpersonal style and thus stimulus character. Such an experimental variation is needed initially in order to gain differential insight into the formation of a viable alliance. By connecting alliance formation to interpersonal behavior of the therapist, we can address a central question in psychotherapy research—*what works for whom?*—which has been raised repeatedly since its first mention by (Gordon L. Paul in 1969; Hofmann & Hayes, 2019; Kazdin, 2007;

✉ Isabel Schamong  
[isabel.schamong@uni-marburg.de](mailto:isabel.schamong@uni-marburg.de)

<sup>1</sup> Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps University Marburg, Gutenbergstrasse 18, 35032 Marburg, Germany

<sup>2</sup> Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Landau, Landau, Germany

<sup>3</sup> Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Greifswald, Greifswald, Germany

Norcross & Wampold, 2010). It is essential to unravel the mechanisms behind the working alliance in order to better tailor its formation and use to the individual patient's needs.

For the present study, we refer primarily to the pan-theoretical model of the working alliance by Bordin (1979) and focus on its definition and operationalization. We will thus use this terminology throughout the article. According to Bordin, three components must be fulfilled in order to achieve a good working alliance: (a) agreement regarding goals between patient and therapist, (b) agreement about tasks in order to reach these goals, and (c) a strong emotional bond. Bordin's conceptualization of the working alliance has provided one of the most robust, well empirically grounded, and widely used to date (Doran, 2016).

Within the contextual model formulated by Wampold and Imel (2015) and the ongoing debate of specific vs. nonspecific factors of psychotherapy, the alliance is discussed as a common factor among others such as patients' expectations regarding treatment or therapist effects (Mulder et al., 2017; Wampold, 2015). A reciprocal link has been proven between alliance and outcome, showing a moderate, robust correlation (Ardito & Rabellino, 2011; Horvath et al., 2011; Martin et al., 2000) of approximately 8% of shared variance (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011). A recent meta-analysis has found evidence for the causal link of better early alliance predicting better outcome, which advocates alliance as a main mechanism of change (Flückiger et al., 2020).

### The Role of the Therapist and Therapeutic Interpersonal Style

Descriptions of alliance emphasize the collaboration between both therapist and patient—making it a dyadic phenomenon to which both contribute (Barber et al., 2010). There is sound evidence regarding the impact of the therapist's role in relation to the alliance-outcome link (Baldwin et al., 2007; Del Re et al., 2012; Flückiger et al., 2018). Wampold and Imel (2015) consider the therapist one of the most influential therapeutic factors (see also Dinger et al., 2017). In their meta-analysis, Del Re et al. (2012) showed that variance in the therapist's ability to form an alliance with the patient is more important regarding therapy outcome than variance between patients. In other words, there are therapists who—due to their behavior or specific characteristics—can build strong relationships across many patients, and others, who are less able to do so (also see Dinger et al., 2017). As the therapeutic alliance is formed in the early stages of therapy and thus has an early impact on therapy outcome, the client's first impression of the psychotherapist may have a direct impact on client satisfaction and seems to be quite consistent over time (Bar et al., 2006; Flückiger et al., 2020; Wampold, 2015). The therapist's behavior is a prerequisite for how the

relationship between patient and therapist is formed at this early stage. Competence and skill of therapists are key influencing factors, while treatment and in-session processes have an inherently nested nature. For current literature, please see Kazantzis (2018) for an introduction and overview to a special issue on processes of CBT and Kazantzis et al. (2018) for a review of meta-analyses on the matter.

There is a growing body of literature that addresses the question of how interpersonal behavior or the interpersonal stimulus of a therapist relates to the formation and maintenance of alliance and outcome, embedded into interpersonal theory by classifying the therapeutic interpersonal impression in the Interpersonal Circumplex (Kiesler, 1983). Within the model, interpersonal behavior is characterized on two main axes within a circumplex model: (a) the communion/affiliation/warmth axis and (b) the axis of agency/dominance. The first axis addresses the extent to which a person portrays approach behavior, with opposite poles (warm behavior vs. cold/hostile behavior). Warmth/friendliness can be considered a key component of empathy. It grasps perceived intention and motives, friendliness, helpfulness, sincerity, trustworthiness, and morality and when considering the interpersonal circumplex, the way we perceive a person's warmth determines our approach-avoidance behavioral tendencies towards them (also see Fiske et al., 2006). For example, a person's friendly interpersonal style increases the chance for others to behave in a friendly manner in turn. The agency axis considers dominant vs. submissive behavior. Based on these axes, the model consists of eight dimensions of interpersonal behavior that are in a circular relationship to each other. As such, a category is positively correlated with adjacent categories and less positively correlated with more distant categories, with opposite categories being negatively correlated (Kiesler, 1983). Complementary response tendencies can be derived from here, i.e., how we behave towards others under certain conditions (e.g., friendly behavior entailing friendly behavior in return).

So far, studies that aim to examine different therapeutic styles and its contribution to a facilitative alliance-outcome relation have mostly concentrated on therapists' agency (e.g. Choi et al., 2020; Karno & Longabaugh, 2005). Since the distinction between a directive and non-directive style can be traced back to the different psychotherapeutic orientations of Albert Ellis and Carl Rogers (see Kiesler & Goldston, 1988), this concept has been historically more consolidated than the distinction based on affiliation. Moreover, in dismantling and investigating specific variances in therapeutic styles, studies to date have used analogue experimental designs with no direct interpersonal contact between a counselor/therapist and client/patient. For example, Moors and Zech (2017) investigated the effects of psychotherapists' interpersonal styles when interacting with patients. In a laboratory experiment, videos with distinctive therapeutic behaviors were

used to simulate a first psychotherapy session with participants. The results showed that besides agency, warmth was identified as an additional predictor of client satisfaction. These effects depended on the clients' own interpersonal agentic profiles, but therapists' warmth seems to be essential regarding client satisfaction. In addition, empirical evidence suggests that therapists' or counselors' warmth positively impacts the therapeutic alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Dinger et al., 2007). Studies also show that friendliness and perceived empathy as well as authenticity of the therapist are important aspects for patients when rating the therapeutic alliance (Bedi et al., 2005; Nienhuis et al., 2018). Warmth and thus validation may also have an impact on the emotional state of patients, as Benitez et al. (2019) were able to show that—in ongoing psychotherapy—therapist's use of validation strategies was linked to a decrease in negative affect for patients, while experiencing invalidation increased perceived negative affect after the session. This line of research is still in the early stages, but may indicate that for clients or patients, perceived warmth may present a key facilitator in an initial therapeutic encounter for a viable alliance and therapeutic success. In turning to placebo research in medicine, there are isolated studies that modulated the therapeutic style experimentally regarding perceived empathy (Kaptchuk et al., 2008) as well as both warmth and competence (Howe et al., 2017), showing a positive, independent effect on the placebo response for both factors.

### Purpose of the Present Study

Building on these initial findings, it seems relevant to further explore the effects of therapists' interpersonal behavior—especially with regard to the affiliation/warmth axis—on patient perception. Although the alliance concept is a broadly investigated variable, previous methodological approaches are limited in taking a closer look at the actual process of the alliance formation under realistic, face-to-face conditions and have not sufficiently considered the role of therapists' interpersonal behavior. It should be kept in mind that dismantling studies regarding the alliance in clinical samples are difficult to realize due to ethical reasons (Flückiger et al., 2018). Therefore, unraveling how a therapist's interpersonal style should be shaped in a first contact to be positively perceived by both patient and therapist seems an important, promising perspective. To our knowledge, no studies have yet pursued this path by experimentally varying the therapeutic style in a non-laboratory, realistic setting. This study presents a novel experimental approach under realistic conditions to contribute as to how interpersonal therapeutic behavior might facilitate good alliance formation and overall outcomes by examining its effects on client perception of alliance.

Therefore, we sought to actively manipulate two interpersonal therapeutic styles—with regard to the affiliation/warmth axis in the interpersonal circumplex—by means of an experimental pilot project. In a single psychological counseling session regarding interpersonal conflicts of university students, counselors took on (a) a warm, friendly, and self-disclosing style (high affiliation relational style) or (b) a more psychoeducative and neutral role (neutral/distant relational style). The two styles were classified and verified according to the Interpersonal Circumplex (Kiesler, 1983) and were realized in a randomized two-group design in order to compare the two conditions. Our primary aim was to test whether our specific experimental variation of the interpersonal style was feasible under non-laboratory, realistic conditions in the context of a single counseling session. In an exploratory fashion, we wanted to further investigate whether the style influenced the perception of the client-rated working alliance. Due to the above described limited research on which style is helpful for which client as well as the fact that basic therapeutic principles such as empathy were met in both conditions and these were based on evidence-based treatment guidelines as described in more detail in the methods section, we did not specify any predictions. In addition, we expected symptom severity of clients to decrease by means of the session and we investigated whether there were differences between the conditions.

## Method

### Participants and Recruitment

Undergraduate and postgraduate students were recruited via notices, leaflets, and mailing lists at a German University, offering a one-time, free of charge counseling session concerning an interpersonal conflict. Participants had to fulfill the following inclusion criteria: (a) age between 18 and 30, (b) enrolled student at the local University, and (c) fluency in the German language. Exclusion criteria were (a) a reported psychiatric disorder and (b) psychotherapeutic/psychiatric pre-treatment or prior experience. They were eligible to participate if they had an ongoing interpersonal conflict to be discussed in the counseling session. All participants gave informed consent and the institutional ethics review board approved the study (reference number 2017-08 k). 118 persons expressed an interest in the study, of which 64 students (70% female;  $M_{\text{age}} = 23.78$  years old,  $SD_{\text{age}} = 2.81$ ) actually took part in the study. Fifty-four participants were excluded from the study due to the following reasons: exclusion criteria met for  $n = 7$ , cancellations of fixed dates for  $n = 12$ , non-appearances for the counseling session for  $n = 35$ . Participants had a mean BDI-II score of 12.34 ( $SD = 7.13$ ) at baseline, which is below the threshold of clinically relevant depressive

symptoms according to Beck et al. (1996). The sample indicated low mean levels of interpersonal problems ( $M=1.37$ ,  $SD=0.49$ ). Differences between the two conditions regarding the distribution of specific sample characteristics were found for gender,  $\chi^2(1)=4.25$ ,  $p=0.039$ , and moving as a stressful life event,  $\chi^2(1)=0.1$ ,  $p=0.014$  (Table 1).

### Design

#### Counseling Session

Participants received a single counseling session with an ongoing interpersonal conflict as the main topic. Four

postgraduate trainee psychotherapists (between 26 and 32 years old;  $M_{age}=28$ ; 50% female) with different training levels conducted the sessions. They showed similar personality characteristics according to the German version of the NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI: Borkenau & Ostendorf, 2008):  $M_{Neuroticism}=20$ , range 18–22;  $M_{Extraversion}=24$ , range 23–25;  $M_{Openness}=19$ , range 18–21;  $M_{Agreeableness}=19$ , range 18–21;  $M_{Conscientiousness}=27$ , range 24–29. Counselors presented low, but heterogeneous mean levels of interpersonal problems and dominance/affiliation tendencies, as assessed via the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz et al., 2016;  $M_{Interpersonal\ Problems}=1.06$ , range

**Table 1** Sociodemographic and clinical characteristics of participants ( $N=64$ )

Characteristics	Neutral/distant ( $n=33$ )	High affiliation ( $n=31$ )
Age in years, $M$ ( $SD$ ), range	23.2 (2.59), 20–28	24.5 (2.92), 19–29
Gender, $n$ (%) of female participants	27 (81.8)	18 (58.1)
University degree, $n$ (%)	10 (31.3)	15 (48.4)
Marital status, $n$ (%) <sup>a</sup>		
Single	10 (30.3)	15 (48.4)
Committed relationship	21 (63.6)	14 (45.2)
Married	1 (3.0)	1 (3.2)
Divorced	–	1 (3.2)
Stressful live events $n$ (%) <sup>b</sup>		
Job change	4 (12.1)	4 (12.9)
Move	19 (57.6)	8 (25.8)
Severe personal illness	2 (6.1)	1 (3.2)
Severe illness of a relative, close friend	10 (30.3)	13 (41.9)
Death of a family member	7 (21.2)	7 (22.6)
Experiences of childhood maltreatment $n$ (%) <sup>c</sup>		
Emotional abuse	13 (39.4)	11 (35.5)
Physical abuse	2 (6.1)	4 (12.)
Sexual abuse	7 (21.)	3 (9.7)
Emotional neglect	16 (48.5)	10 (32.3)
Physical neglect	8 (24.2)	9 (29.0)
BDI-II $M$ ( $SD$ ) <sup>d</sup>	11.85 (6.38)	12.87 (7.92)
No/minimal depressive symptomatology	18 (54.5%)	19 (61.3%)
Mild depressive symptomatology	13 (39.4%)	5 (16.1%)
Moderate depressive symptomatology	2 (6.1%)	6 (19.4%)
Severe depressive symptomatology	–	1 (3.2%)
IIP-32 Interpersonal problems $M$ ( $SD$ ) <sup>e</sup>	1.40 (0.54)	1.34 (0.44)
IIP-32 Dominance tendencies	– 0.39 (0.77)	– 0.24 (0.71)
IIP-32 Affiliation tendencies	0.49 (0.67)	0.26 (0.80)

$M$  = mean,  $SD$  = standard deviation

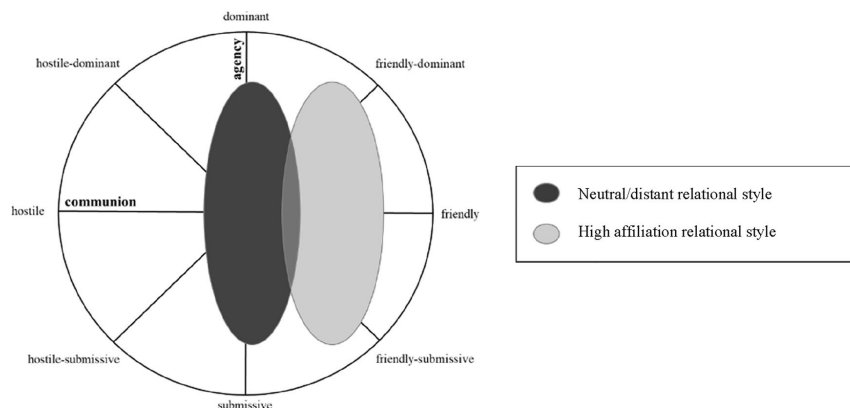
<sup>a</sup>Missing values (neutral/distant  $n=32$ )

<sup>b</sup>Multiple answers possible

<sup>c</sup>At least low to moderate in Childhood Trauma Questionnaire (CTQ, Bernstein et al., 2003)

<sup>d</sup>Becks Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996; German: Hautzinger et al., 2006) cut-off scores (Kühner et al., 2007)

<sup>e</sup>Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz et al., 2016) total score, range 0–4, missing values (high affiliation  $n=29$ )



**Fig. 1** Areas of action of the counselors within the interpersonal circumplex model

0.69–1.50;  $M_{\text{Dominance tendencies}} = -0.57$ , range  $-0.92$ – $0.10$ ;  $M_{\text{Affiliation tendencies}} = 0.36$ , range  $0.00$ – $0.60$ ).

Each counselor conducted 16 sessions, balanced for condition and gender of participants, such that every counselor conducted at least seven sessions in each condition. Clients were randomly assigned to condition and counselors. In 52% of cases, gender between counselor and client was not congruent; in 34% female gender was congruent; in 14% male gender was congruent. In addition to a general questionnaire package prior to all counseling sessions, counselors completed a specific questionnaire package after each session (to rate the alliance, interpersonal impression of the client, and perceived fit between client and condition).

### Therapeutic Styles

As a theoretical basis for the two therapeutic styles, we used the Interpersonal Circumplex (Kiesler, 1983) and conceptualized two areas of action/styles of counselors. The two styles were primarily defined and operationalized by the proximity and distance—respectively—which the counselor conveyed to the client. Varying counselors' areas of action specifically on the communion/affiliation axis implies an area of overlap, which shows that basic therapeutic variables such as empathy, acceptance and authenticity were naturally applied in both conditions (see Fig. 1). At the same time, counselors were not specifically instructed to vary their behavior on the control axis, such as to act in a particularly open or leading way in one condition and in contrast mainly passive in the other condition. Due to the given structure of the session, a certain degree of control/dominance was automatically required of the counselor in both conditions,

while more restrained behavior could be used in certain parts, depending on the course of the session.

Independent of the style and thus condition, counselors conducted standardized interventions from the evidence-based interpersonal psychotherapy (IPT; Weissman et al., 2000) in each counseling session regarding the specific interpersonal problem of the participant: (a) identification and (b) definition of the interpersonal conflict, (c) communication analysis, and (d) rules of communication. The variation between conditions was thus limited to the interpersonal component. The procedure was semi-structured according to an interview guideline (material available at <https://mfr.osf.io/render?url=https%3A%2F%2Fosf.io%2Ffce2x%2Fdownload>; Bollmann et al., 2017). The guideline manualized the interpersonal style and behavior of the counselors and content for each condition.

The high affiliation interpersonal style was defined as an area of action for the counselors that is centered on the friendly pole within the affiliation axis. The neutral/distant relational style was shifted towards the center of the axis, still extending its area of action to the friendly pole. A further shift towards the hostile dimension of the circumplex was foreclosed due to ethical aspects and in order to ensure basic conditions obligatory in conducting a psychological counseling session. The high affiliation relational style, however, was not defined as an exaggerated use of empathy, but rather conceptualized as a very warm and empathic general thrust with consistent use of validation strategies and self-disclosure when possible. In addition, counselors were instructed to use nonverbal cues such as frequent smiling as well as an open and slightly forward-leaning posture and “mirror” and reinforce nonverbal signals of the client. In the neutral/distant relational style, the counselor had a more

psychoeducative, supportive expert role with the main focus on problem solving and the factual, problem-focused level—that is, the topic of the conflict itself. Benevolent neutrality was to be provided instead of self-disclosure. Counselors were to focus on the professional competence and not on emotional warmth, understanding, or the like. They were instructed not to mirror facial expressions and gestures of clients and retain a more neutral facial expression, with less smiling. Further, there were to retain a neutral, restrained posture, sometimes even taking back the upper part of the body a little to signal distance. Natural fluctuations of counselor behavior within the session were given, taking into account client characteristics and the interplay between client and counselor. We can therefore assume an area of action, in which the counselor—starting at the respective pole of the defined interpersonal style—moved with the client and the interactive processes in a natural and authentic way. At the same time, he or she stayed within the defined area of action and returned to the pole as often as possible by means of behavioral, verbal and nonverbal cues. This inevitably leads to movement within the area of action and a certain overlap between the two interpersonal styles (see Fig. 1). The above mentioned semi-structured interview guideline was used to ensure counselors adhered to the two conditions.

### Procedure

When a participant contacted the researchers, a short screening via telephone was conducted in order to assess inclusion and exclusion criteria. When eligible to participate, they were invited to the psychological institute of the local university for a first pre-session assessment (T0; one week prior to the actual counseling session) and gave informed consent (including video recording of the session). Participants were blinded with respect to the actual aim of the study. Subsequently, they were randomly assigned to one of the two conditions and a counselor was selected according to availability. Participants completed a further questionnaire package directly before the session (T1). The 50 min counseling session was conducted in a standardized room at the psychological institute of the local university. After the counseling session, participants and counselors completed a last questionnaire package (T2). Afterwards, participants were given a debriefing in which questions and comments were clarified and further need for support was enquired. If indicated, participants were referred to a psychotherapeutic outpatient clinic.

61 videotaped sessions were rated by blinded observers (trained student assistants) by watching the entire session for further analyses (observer-rated degree of affiliation and interpersonal impressions of counselor and client). Raters were trained in two workshops with exemplary videos and

tested in individual test ratings, which were compared to expert ratings until a satisfactory level of concordance was reached. Eight randomly chosen videos were each rated by three raters to further verify interrater reliability. Afterwards, two raters reevaluated 14 videotaped sessions each and one rater evaluated 25 videotaped sessions.

### Measures

#### Observer-Rated Degree of Affiliation

The rating was designed specifically for the present study, as no suitable rating measure was found in the literature. In addition to the described theoretical considerations of the two styles, we based it on scales for assessing adherence and interpersonal relationship quality according to McCullough (2006) and on rating scales by Truax (1962a, 1962b) and Carkhuff (1969). The measure went through an extensive revision process with support from research colleagues to establish good interrater reliability. The final rating consists of six scales: (a) emotional warmth and empathy, (b) level of communication, (c) validation, (d) self-disclosure, (e) work attitude and work process, and (e) gestures and facial expressions, as well as a total score of the overall degree of affiliation. Sample items include: “To what extent are general validation strategies used?” (scale c), “To what extent does the counselor express his or her own emotions and perceptions?” (scale d), and “To what extent is the focus of the conversation on the objective clarification of the interpersonal problem?” (scale e). The rating has a total of 42 items with a five-point Likert scale. To distinguish between the two styles, items that focus on key aspects of an applied neutral/distant relational style were inverted; e.g. “To what extent is a factual, ‘sober’ reference to the theoretical models and interventions used observable (definition of the interpersonal conflict, communication analysis and rules of communication)?”. Therefore, higher values in the rating correspond to a higher degree of behavior associated with the high-affiliation style, whereas lower values correspond to a higher degree of behavior associated with the neutral/distant style. The rating also assessed whether or not a specific therapeutic strategy from IPT as defined before was used in a counseling session. Internal consistency was excellent in the present study (Cronbach’s  $\alpha = 0.98$ ) with good to excellent internal consistency for all subscales (ranging from Cronbach’s  $\alpha$  of 0.86 to 0.94). Intra-class correlation coefficients (ICC, two-way mixed model based on single rater and consistency) were conducted to check for a satisfying ICC based on the 95% confidence interval of an at least moderate degree according to Koo and Li (2016), which was found for the randomly selected eight videos rated by all three raters. The intra-class correlation coefficient (ICC, two-way mixed

model based on single rating and consistency) was 0.84, 95% CI [0.57, 0.96],  $F(7,14) = 16.86$ ,  $p < 0.001$ .

#### Impact Message Inventory (IMI)

The Impact Message Inventory is a questionnaire developed by Donald Kiesler (1983). As a “non-objective” instrument, it captures the impression a person makes on another person by describing the interpersonal characteristics of that person, i.e. their interpersonal impact or stimulus character (Caspar et al., 2016). The questionnaire consists of 64 items rated on a four-point Likert scale. They are categorized according to the eight dimensions of the interpersonal circumplex and all begin with the phrase “When I am with him/her, I have the feeling that...”. Within the therapeutic context, the IMI is used to assess the interpersonal personality and to describe interpersonal communication patterns (Caspar, 2002). Initial data from the German version indicate sufficient psychometric properties (Caspar et al., 2016). Ratings were conducted by clients, counselors, and observers directly following the session at T2.

#### Working Alliance Inventory—Short Revised (WAI-SR)

The WAI-SR is a questionnaire to assess the quality of the working alliance, based on Bordin’s pan theoretical concept. We used the 12-item patient (WAI-C) version to rate alliance by clients at T2. The questionnaire has three subscales of agreement on goals, agreement on tasks, and the emotional bond. Each subscale consists of four items, with a five-point answer format. Since we did not administer the WAI-SR in a psychotherapeutic setting, we slightly adapted its wording to the counseling context. There is support for the validity of the WAI-SR from previous studies (Huber et al., 2019; Munder et al., 2010; Zilcha-Mano, 2017). In the present study, internal consistency of the WAI-C was good (Cronbach’s  $\alpha = 0.85$ ), with acceptable to good values for the subscales (Cronbach’s  $\alpha$ : 0.70–0.82).

#### Perceived Fit of the Relational Style

Counselors were asked to answer the single question of “How would you assess the fit of the relational style used in this counseling session for this client?” on a visual analog scale ranging from 0 to 10 at T2. The wording for observers was slightly different, as they were blinded for the condition (“How would you assess the fit of the counselor’s behavior with regard to the relationship between the counselor and the client in this counseling session for this client?”).

#### Symptom-Checklist-K-9 (SCL-K-9)

The SCL-K-9 is the German short form (9 items) of the long version (90 items) by Derogatis and Cleary (1977), used as a self-report screening of symptoms (Klaghofer & Brähler, 2001). Participants were asked to rate nine items about problems and complaints in the last seven days at T0 (one week before the session) and directly after the session (T2).

#### Additional Measures Assessed Prior to the Counseling Session

To further objectify the exclusion criteria of an existing psychiatric disorder, we used the 21-item self-report BDI-II (Beck et al., 1996; German version: Hautzinger et al., 2006), which was administered at T0. Interpersonal problems were assessed with the German short form (32 items) of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32; Horowitz et al., 2016), based on the Interpersonal Circumplex Model by Kiesler (1983). Childhood maltreatment was assessed via the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; German version: Wingenfeld et al., 2010).

#### Statistical Analysis

All statistical analyses were conducted using SPSS (Version 25). Normal distribution was examined with the Kolmogorov–Smirnov Test. Values with a standard deviation of three or more were identified as outliers and excluded for statistical analyses of data. To analyze counselors’ successful implementation and compliance to the two manualized conditions, multiple independent two sample *t*-tests were conducted. For comparison of symptomatic change, a paired sample *t*-test was conducted. Because of multiple testing, we conducted Bonferroni correction to adjust the level of significance. In reporting the results, we refer to unadjusted *p*-values (two-tailed) and provide the Bonferroni-corrected significance level in the note of the table. In addition, we conducted Cohen’s *d* (Cohen, 1988) for calculated comparisons. Regarding the question whether or not the style predicted the perception of the working alliance by clients, we conducted a series of linear regression models. To account for possible counselor effects we followed the recommendation of McNeish and Stapleton (2016) for a nested data structure with very few clusters and included counselors as fixed effects in every single linear regression model. We added exploratory analyses on possible differences between individual counselors and possible effects of gender (non-) congruence. We will refer to these analyses in every section of the results.



## Results

### Manipulation Check as Rated by Trained Raters

For the preliminary analyses, we conducted an experimental manipulation check to test realization and compliance to the two relational styles (high affiliation vs. neutral/distant). This was done via two different paths: (a) observer ratings of the degree of affiliation in counselors' interpersonal therapeutic style, and (b) ratings of counselors' interpersonal impressions.

### Observer Ratings of the Degree of Affiliation

Objective raters assessed the overall degree of affiliation. Ratings showed significant differences between the two conditions,  $t = 12.37$  (59);  $p < 0.001$ ;  $d = 3.17$ , with higher values for the high affiliation (HA) condition compared to the neutral/distant (ND) condition (see Table 2). An additional comparison of the mean values of the individual subscales of the rating using multiple  $t$ -tests showed that the conditions differed significantly on all six scales,  $p < 0.001$ ;  $d = 1.83 - 3.55$  (see Table 2).

On an individual counselor level, all counselors differed significantly between the two conditions ( $p < 0.001$ ). We also found no differences between the four counselors in ratings in the overall sample,  $F(3, 57) = 1.41$ ,  $p = 0.248$ . In addition, no effect of gender congruence was found in observer ratings of overall rated affiliation and individual subscales (HA:  $p = 0.127 - p = 0.774$ ; ND:  $p = 0.102 - p = 0.844$ ).

The objective raters assessed whether or not a specific therapeutic strategy from IPT as defined earlier was used in the session. All four pre-defined and manualized strategies (i.e., (a) identification and (b) definition of the interpersonal

conflict, (c) communication analysis, and (d) rules of communication) were used in 68.9% of the sessions and at least three strategies were used in 85.2% of the evaluated 61 counseling sessions. There were no significant differences between the two conditions in the frequency and distribution of use of the four elements or strategies.

### Interpersonal Impressions as Rated by Observers

Observer ratings of counselors' interpersonal behavior showed significant group differences for the friendly and hostile scales (see Table 3 for precise values). On average, they rated counselors significantly friendlier,  $t = -4.11$  (59),  $p < 0.001$ ,  $d = 0.94$ , and less hostile,  $t = 3.12$  (59),  $p = 0.003$ ,  $d = 0.73$ , in the high affiliation condition. The friendly scale correlated positively with overall affiliation ratings (see above)—with higher values indicating counselor behavior according to the high-affiliation condition,  $r(61) = 0.64$ ,  $p < 0.001$ . The hostile scale correlated negatively with the observer-rated degree of affiliation—whereby lower values indicate behavior according to the neutral/distant condition,  $r(61) = -0.42$ ,  $p = 0.001$ . In the other dimensions of the interpersonal circumplex model, the two styles were not perceived significantly different. Observer ratings about clients' interpersonal impressions revealed no significant group differences for the eight dimensions,  $p = 0.324 - p = 0.828$ . Figure 2 visually illustrates the perceived differences in the interpersonal circumplex.

No differences in observer ratings were found between individual counselors' interpersonal impressions in the overall sample,  $F(3, 57) = 3.72$ ,  $p = 0.016 - F(3, 57) = 0.42$ ,  $p = 0.743$  ( $p < 0.0063$ , Bonferroni adjusted alpha). In the high-affiliation condition, counselors' interpersonal impressions rated by observers differed in the *friendly-submissive* subscale,  $F(3, 27) = 6.61$ ,  $p = 0.002$ ,  $\eta^2 = 0.42$ .

**Table 2** Comparison of ratings of degree of affiliation between high affiliation (HA;  $n = 31$ ) and neutral/distant (ND;  $n = 30$ ) condition

	HA		ND		$t$ (df)	$p^a$	95% CI		Cohens $d$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			LB	UB	
Emotional warmth and empathy <sup>b</sup>	3.46	0.52	2.53	0.50	7.13 (59)	<.001	.67	1.19	1.83
Level of communication <sup>b</sup>	2.75	0.55	1.26	0.52	10.88 (59)	<.001	1.21	1.76	2.79
Validation	3.01	0.57	1.79	0.73	7.62 (59)	<.001	0.94	1.61	1.95
Self-disclosure <sup>b</sup>	3.12	0.53	1.21	0.54	13.87 (59)	<.001	1.63	2.18	3.55
Work attitude and work process <sup>b</sup>	2.91	0.39	1.78	0.42	10.88 (59)	<.001	0.92	1.34	2.79
Gestures and facial expressions <sup>c</sup>	3.16	0.38	2.24	0.40	8.69 (52)	<.001	0.70	1.13	2.37
Total score (overall degree of affiliation) <sup>b</sup>	3.08	0.35	1.87	0.41	12.37 (59)	<.001	1.01	1.40	3.17

$M$  mean,  $CI$  confidence interval,  $SD$  standard deviation

<sup>a</sup>Unadjusted  $p$ -values (Bonferroni corrected level of significance  $\alpha \leq .0071$ )

<sup>b</sup>According to the Kolmogorov Smirnov Test assumption of normal distribution was violated in at least one group, results of nonparametric statistical analyses did not differ from parametric statistical analyses

<sup>c</sup>Missing values (high affiliation  $n = 27$ , neutral/distant  $n = 27$ )

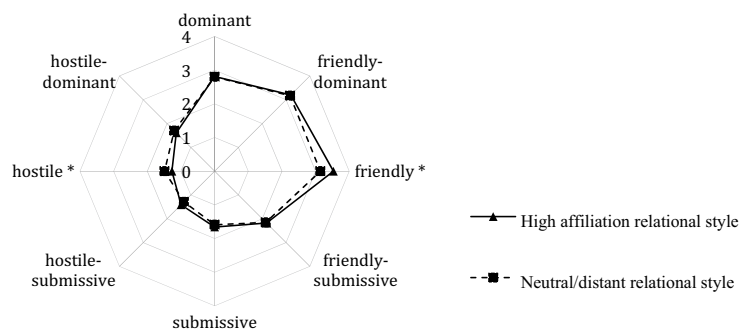
**Table 3** Comparisons of IMI ratings of objective raters about counselors between high affiliation (HA;  $n=31$ ) and neutral/distant (ND;  $n=30$ ) conditions

Dimension	HA		ND		$t(df)$	$p^a$	95% CI		Cohens $d$
	$M$	$SD$	$M$	$SD$			LB	UB	
Friendly	3.53	0.36	3.14	0.38	4.11 (59)	<.001	.20	.58	0.937
Friendly-submissive	2.18	0.22	2.15	0.48	0.31 (59)	.758	-.16	.22	0.079
Submissive	1.66	0.30	1.59	0.32	0.86 (59)	.396	-.09	.23	0.220
Hostile-submissive	1.41	0.39	1.29	0.33	1.26 (59)	.212	-.07	.30	0.323
Hostile	1.27	0.24	1.49	0.32	-3.12 (59)	.003	-.37	-.08	0.731
Hostile-dominant	1.61	0.29	1.70	0.37	-1.04 (59)	.304	-.26	.08	0.266
Dominant	2.81	0.31	2.80	0.29	0.29 (59)	.777	-.13	.18	0.704
Friendly-dominant	3.20	0.29	3.17	0.29	0.40 (59)	.688	-.12	.18	0.102

IMI impact message inventory, CI confidence interval of the difference, LB lower bound, UB upper bound

<sup>a</sup>Unadjusted p-values (Bonferroni corrected level of significance  $p \leq .0063$ )

**Fig. 2** Objective observer ratings of counselors' interpersonal impressions in the interpersonal circumplex model via the impact message inventory. Ratings via the impact message inventory (Kiesler, 1983) for the high affiliation and neutral/distant relational style. Scale ranges from 1 to 4 with higher scores indicating a higher degree of the observed interpersonal characteristics. \* $p < .0063$  (Bonferroni adjusted alpha)



In the neutral/distant condition, differences between the four counselors were found in the *hostile-dominant* subscale,  $F(3, 26) = 5.51, p = 0.005, \eta^2 = 0.39$ . Gender congruence showed no effect on observers' ratings of interpersonal impressions ( $p = 0.107 - p = 0.817$ ).

### Differences Between the Two Therapeutic Styles

#### Interpersonal Impressions as Rated by Counselors and Clients

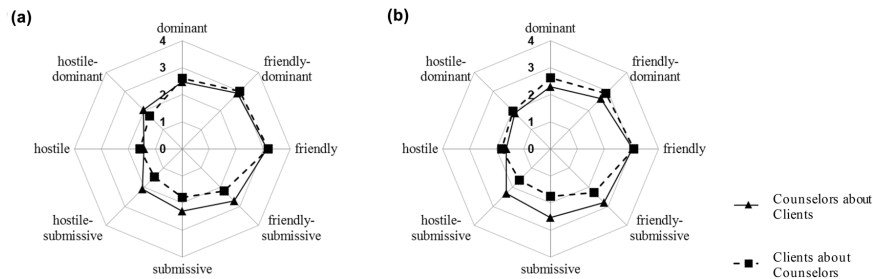
Client ratings of counselors' interpersonal impressions showed no significant group differences,  $p = 0.103 - p = 0.842$ . In contrast, counselors rated clients as more submissive,  $t = -2.16(62), p = 0.035$ , in the neutral/distant condition and conversely more friendly-dominant,  $t = 2.30(62), p = 0.025$ , in the high affiliation condition (see Fig. 3). However, after alpha adjustment, none of the differences were statistically significant. Regarding the congruence of interpersonal ratings of clients about counselors and vice versa, no significant differences between the calculated differences were found for the two styles,  $p = 0.077 - p = 0.993$  (see Fig. 3).

In addition, using multiple one-way ANOVA's, we found no differences between the four counselors in counselors' ratings about clients (adjusted alpha = 0.0063 after Bonferroni correction:  $p = 0.009 - p = 0.986$ ) and vice versa ( $p = 0.048 - p = 0.885$ ).

With regard to gender congruence, no differences were found in the overall sample for client ratings of counselors' interpersonal impressions ( $p = 0.170 - p = 0.986$ ) and counselor ratings of clients' interpersonal impressions ( $p = 0.013 - p = 0.799$ ; unadjusted p-values, Bonferroni corrected level of significance  $p = 0.0063$ ). Furthermore, no differences were found for the two subsamples of therapeutic style (ND: clients about counselors,  $p = 0.019 - p = 0.684$ ; counselors about clients,  $p = 0.118 - p = 0.885$  and HA: clients about counselors,  $p = 0.522 - p = 0.976$ ; counselors about clients,  $p = 0.033 - p = 0.956$ ; unadjusted p-values, Bonferroni corrected level of significance  $p \leq 0.0063$ ).

#### Working Alliance as Rated by Clients

Overall, the therapeutic alliance was rated highly by clients in both conditions (see Table 4).



**Fig. 3** Client ratings of counselors' interpersonal impressions and vice versa in the interpersonal circumplex model via the Impact Message Inventory. Ratings via the Impact Message Inventory (Kiesler,

1983) for the **a** high affiliation and **b** neutral/distant relational style. Scale ranges from 1 to 4 with higher scores indicating a higher degree of the observed interpersonal characteristics

Linear regression models including prior created counselor dummy-variables as fixed effects examined if the therapeutic style predicted alliance as perceived by clients (Table 5). The therapeutic style was found to neither influence the overall client-perceived overall working alliance,  $F(4, 58) = 0.985$ ,  $p = 0.437$ ,  $R^2 = 0.062$ , adjusted  $R^2 = -0.003$ , nor any subscale, bond:  $F(4, 58) = 1.295$ ,  $p = 0.282$ ,  $R^2 = 0.082$ , adjusted  $R^2 = 0.019$ ; tasks:  $F(4, 58) = 0.208$ ,  $p = 0.933$ ,  $R^2 = 0.014$ , adjusted  $R^2 = -0.054$ ; goals:  $F(4, 58) = 1.97$ ,  $p = 0.111$ ,  $R^2 = 0.12$ , adjusted  $R^2 = 0.059$ .

Analyses revealed no significant differences in the client-rated working alliance between the four counselors in the overall sample, Welch's  $F(3, 31.9) = 1.18$ ,  $p = 0.331$ , nor for the three subscales (bond:  $p = 0.183$ ; tasks:  $p = 0.863$ ; goals:  $p = 0.061$ ). There were also no differences in the subsamples, HA:  $F(3, 26) = 0.41$ ,  $p = 0.749$ ; ND:  $F(3, 29) = 1.59$ ,  $p = 0.214$ .

With regard to gender congruence, no differences were found ( $p = 0.609 - p = 0.857$ ) in the overall sample and in the two subsamples (ND: clients,  $p = 0.213 - p = 0.465$ ; HA: clients,  $p = 0.190 - p = 0.967$ ).

**Table 4** Descriptive values of the working alliance and its subscales for the high affiliation (HA,  $n = 30$ ) and neutral/distant (ND,  $n = 33$ ) condition as rated by clients

	HA		ND	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
WAI by clients	3.94	0.57	3.93	0.51
Bond	4.03	0.66	4.11	0.59
Tasks	3.70	0.74	3.64	0.80
Goals	4.09	0.65	4.03	0.63

WAI working alliance inventory

**Table 5** Summary of linear regression analyses with counselors as fixed effects for therapeutic style (HA vs. ND) predicting working alliance and its subscales (bond, tasks, goals) as rated by clients

Variable	<i>B</i>	<i>SE B</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
Client-rated alliance (WAI)					
Therapeutic style	-.022	.136	-.020	-0.16	.874
Client-rated bond dimension					
Therapeutic style	.071	.148	.061	0.48	.632
Client-rated task dimension					
Therapeutic style	-.064	.199	-.042	-0.32	.750
Client-rated goal dimension					
Therapeutic style	-.071	.156	-.056	-0.46	.650

$n = 63$

WAI working alliance inventory

#### Perceived Fit of the Relational Style

Objective observers rated the high affiliation condition more fitting for clients than the neutral/distant condition,  $t = 4.50(57)$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 1.19$ . Concurrently, analyses revealed that counselors perceived the high affiliation condition as significantly more fitting for clients than the neutral/distant condition,  $t = 4.38(51)$ ,  $p < 0.001$ ,  $d = 1.20$ . The latter results are attributable to two counselors,  $t(12) = 2.81$ ,  $p = 0.016$ ,  $d = 1.52$  and  $t(11) = 4.33$ ,  $p = 0.001$ ,  $d = 2.4$ , who perceived the high affiliation condition as significantly more fitting for clients, whereas the other two counselors did not perceive any differences,  $t(11) = 1.72$ ,  $p = 0.114$ ,  $d = 0.95$  and  $t(11) = 1.30$ ,  $p = 0.220$ ,  $d = 0.72$ . Gender congruence showed no effect on the perceived fit of the style (observer,  $p = 0.228$ ; counselor,  $p = 0.243$ ).

### SCL Symptom Severity

Symptom severity was significantly lower after the counseling session ( $M=2.09$ ) than one week before the session ( $M=2.23$ ),  $t=2.40$ ,  $p=0.020$ . There were no significant group differences when comparing the differences from one week prior to ( $t=0.525$ ,  $p=0.602$ ) and after the session ( $t=-0.137$ ,  $p=0.892$ ). The change in symptom severity did not differ between the two conditions ( $t=0.891$ ,  $p=0.376$ ), or between the four counselors ( $F(3, 58)=1.37$ ,  $p=0.26$ ). Also, no effect regarding gender congruence was found on the change in symptom severity ( $p=0.995$ ).

### Discussion

To our knowledge, the present study is the first to look into the formation of an initial alliance in (a) a realistic, face-to-face counseling setting and (b) in dependence of counselors' interpersonal style in the context of an experimental design. We were able to demonstrate the feasibility of an experimental variation of the therapeutic style that created different interpersonal impressions of counselors concerning their warmth/affiliation (i.e., friendliness and hostility). Their successful realization of the two styles was confirmed by an extensive rating. In addition, alliance was rated highly in both styles by clients.

### Realization of the Two Styles

Ratings of the degree of affiliation by objective and trained raters speak to counselors' successful realization of the two styles. In line with our theoretical assumptions in the interpersonal circumplex and the proposed conceptual differences, observers evaluated counselors friendlier and less hostile in the high affiliation condition. The friendlier counselors were rated, the higher the ratings of the degree of affiliation, indicating intended behavior in the defined area of action of the high affiliation condition (and vice versa for the hostile dimension and neutral/distant condition). These results underpin the theoretical interpersonal framework of varying the styles along the affiliation axis (see Fig. 1).

### Differences Between the Two Styles

#### Counselors' Areas of Action and Perceived Interpersonal Impressions

Observers rated counselor behavior differently between the styles concerning friendliness and hostility in the interpersonal circumplex, while clients only rated it as such on a descriptive level. Interestingly, clients' own interpersonal behavior was also not rated differently between the two styles by raters and observers. Since counselors were instructed to

act with a friendly and empathic therapeutic stance per se and independent of the condition, we speculate that clients may have felt understood and supported to a similar extent. Thus, they may not have perceived counselors differently on the affiliation axis, e.g., not less friendly in the neutral/distant condition, especially since they had no comparison. Further, they may have intuitively reacted complementary to the perceived stimulus character of counselors, as proposed by the interpersonal complementarity principle (Kiesler, 1983). A closer look at the interpersonal profiles reveals that they were indeed congruent in their mutual ratings of the other party, independent of the therapeutic style (also see Fig. 3). Both counselors and clients showed similar high affiliation ratings, which is an important finding, considering that a therapist's warmth has a large impact on client satisfaction and is necessary for initiating a good alliance, especially in the beginning of psychotherapy (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Moors & Zech, 2017). This can be further underlined by findings of Dinger and colleagues (2007), who were able to show that higher affiliation values of clients also lead to an improved alliance. Counselors in our study were also perceived as being more agentic than clients—in accordance with the complementary principle—which is in line with research by Moors and Zech (2017), who showed that it seems helpful for counselors to show some assertive instead of nonassertive behavior in a first session in order to increase client satisfaction. In considering agency and affiliation with regard to alliance formation, our results suggest that feelings of warmth may be more important for clients than feeling agentic (also see Cuddy et al., 2008).

#### Perception of the Therapeutic Alliance and Symptom Severity

The qualitatively high consistent alliance suggests that counselors were able to build a first viable therapeutic alliance in a single counseling session. We speculate that missing differences for clients may be explained by a high overall intrinsic motivation regarding the session, which can be linked to expectation effects and a rather positive perception of the session in general and its benefits (e.g., therapeutic alliance) (Kube et al., 2019; Wampold, 2015). Furthermore, clients showed more facilitative affiliation tendencies in both conditions (measured via the IIP), which can be linked to a good overall ability of our sample in realizing satisfying relationships with others and subsequently forming a viable alliance with their counselor. Also, basic Rogerian therapeutic principles such as empathy were similarly applied in both styles, presumably entailing a positive effect on clients' alliance perception. As we controlled for possible counselor effects, the positively rated alliance and non-significant differences as rated by clients cannot be traced back to a

missing conceptual differentiation of the styles or insufficient counselor adherence.

Our results suggest that a consistently good alliance and symptom reduction seem to be established regardless of the two manualized interpersonal styles in a single counseling session as long as basic Rogerian principles are met, from which we can cautiously assume its effectiveness for healthy university students with interpersonal problems. As especially early alliance is positively associated with consecutive therapeutic success (e.g. Zilcha-Mano et al., 2016), our results could provide preliminary evidence for positive longer-term effects of such a single counseling session. The alleviation of symptom severity can be very well integrated into study findings on single-session psychotherapy, where effectiveness has been well established for intrapsychic and interpersonal problems, parenting factors, crisis interventions, and as an additional treatment component for medical conditions (Bloom, 2001; Cardamone-Breen et al., 2018; Pinkerton & Rockwell, 2010). In particular, single-session approaches to interpersonal conflicts have been shown to be efficient and effective in studies (Brown, 1984; Schwebel, 1985), matching our results.

### Strengths and Limitations

We want to point to the novel experimental design, which we carefully developed on the basis of the already discussed practical and theoretical considerations. In order to minimize the risk of bias and thus enhance validity of the study, we conducted a computer-based randomization by an independent trained student assistant and our objective raters were blinded trained student assistants. We also took a closer look at the three subscales of the WAI-SR, yielding more differential results, as this three-factor structure has been validated in previous studies (e.g. Munder et al., 2010), but is oftentimes not considered.

At the same time, we wish to address several limitations with regard to the study design. The generalizability of our results is limited, as the study sample was healthy by pre-selection and comprised of rather young students. As participants self-selected into the study, it is not truly representative of realistic clinical conditions such as psychotherapy, so that results must be interpreted against this backdrop. Despite these slight constraints, we would like to emphasize that we conducted actual counseling sessions with real clients, counselors, and interpersonal problems, and did not employ analogue experimental designs with no direct interpersonal contact between client and counselor (e.g., using video simulation; also see Moors & Zech, 2017). Another limitation of our study arises from the sample size, which limits statistical power and may be inadequate to detect an effect, as we did not calculate an a-priori power analysis. We would also like to note that counselors were not blinded

to the session and we did not assess their preferences and expectations towards the styles, so we cannot rule out possible preferences for one condition or the other (also see perceived fit). In addition, only four counselors conducted the sessions, which limits the statistical power. As we did not conduct a prior study of the psychometric properties of the ratings of the degree of affiliation, we have to label it as a non-validated scale with possible underlying circular reasoning. However, moderate to excellent internal consistencies and ICC scores can be considered positive indicators of this scale. A further limitation stems from the complexity of the therapeutic process, as the interaction between client/patient and counselor/therapist can only be partially depicted within our study design. A multitude of interacting and interdependent variables have to be considered and the experimental variation (a) only targeted one specific variable and (b) could not control and account for dynamic, natural forces within the therapeutic process. Another shortcoming relates to the single nature of the session and the single alliance assessment. In addition, we did not include a follow-up measurement. Accordingly, temporal implications are limited regarding alliance, symptom change, and especially their stability.

### Implications

Albeit our study consists of a non-clinical sample, our results hold promising research and clinical implications we wish to address. The question of whether they can be transferred to a clinical population remains open for now and poses some ethical issues. However, we argue that although our study sample was healthy, the results may also be of interest to clinical practice (particularly psychotherapy), as the interpersonal conflict was perceived as a psychological burden by clients.

In clinical practice, the first encounter between client and counselor is decisive and guiding for clients, especially in light of the oftentimes high burden of client suffering. In this context—and while considering a possible underpowering of the study—it is interesting that it may not be as important to clients what interpersonal style counselors use with regard to their perception of alliance and symptom relief. As such, counselors and therapists may have more freedom in choosing an interpersonal style that seems fitting with their own characteristics and stance and in consequence seems fitting for the client. Other variables, such as personality, trait/state like alliance, or the interpersonal stimulus character may be more important and should be considered. Also, counselors' interpersonal style may not be so relevant in a single session with regard to clients' alliance perception but may become more important for longer-term encounters and therapies. Zuroff et al. (2007) were able to show that the perceived friendliness of therapists increases the autonomous

motivation of patients, which in turn is positively linked to alliance and outcome. Hence, increasing therapists' friendliness to a certain extent may prove beneficial, especially in a first contact or in clinical settings—with limited time to attend to the patient and alliance formation. As there is a call of therapists for training with regard to adequately delivering therapeutic interventions to patients (Fairburn & Cooper, 2011), starting points could be interpersonal behavior and impressions of therapists. This could increase patients' autonomous motivation for planned interventions and thus strengthen therapeutic alliance (De Nadai et al., 2014), as well as enrich empirical input for already existing alliance focused trainings (Eubanks-Carter et al., 2015). We should also consider that it may not be as important.

As our results suggest the effectiveness of a one-time psychological counseling session for healthy individuals with an interpersonal burdened conflict, this entails that such sessions may serve as stand-alone interventions and provide the possibility of an easily accessible, cost-effective approach as primary and secondary prevention strategies. It has been shown that time-limited psychotherapy offers, such as short-term therapy or one-time interventions, seem to be equally effective as time-unlimited offers (Bloom, 2001). This should be kept in mind and seems a promising alternate and additional approach, considering the continuously rising costs in our health care systems. Another argument for single-session or short-term psychotherapy is that therapeutic progress occurs in the initial phase of therapy and the curve flattens over time (Bloom, 2001). Patients who show an early response in treatment also show better and more stable treatment outcomes compared to patients who show delayed or no response (Lambert, 2005).

In clinical practice, alliance must always be seen within the context of therapists' ability to form alliances, patients' features that facilitate or hinder its formation, and their interaction. Our experimental design provides a feasible way and basis to examine and compare different aspects of the alliance in relation to the therapeutic interpersonal style and characteristics of clients and counselors in future studies. The differentiation between a trait-like component of alliance, comprising the patient's ability to form sustainable social relationships, and a state-like component of alliance, defined as changes within the therapeutic alliance, should also be considered (see Zilcha-Mano, 2017). It is suggested that state-like changes in alliance can result in trait-like changes within patients regarding symptomatology, quality of life, and perception of interpersonal relationships (Crits-Christoph et al., 2006). In the present study, the nature of the single alliance assessment most probably targeted the trait-like alliance. We demonstrated the possibility of actively shaping different therapeutic styles. Longitudinal study designs with multiple alliance measures are needed to reveal differential results. This may yield an important

clinical implication to keep in mind—the effect of changes in state-like alliance on further trait-like alliance as a possible therapeutic tool and change mechanism for counseling sessions and therapy—as it is done in specific treatment forms such as the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000) or Dialectic Behavioral Therapy (DBT; Linehan, 1993).

## Conclusion and Outlook

Our results underline the possibility for counselors to actively and deliberately shape their interpersonal style and thus stimulus character, which may have consequences for the perception of the working alliance (Grosse-Holforth et al., 2014; Zilcha-Mano et al., 2018). Clearly, counselors and therapists integrate a large number of methods and techniques in their everyday clinical practice, and a dynamic structure emerges in which they adapt intuitively to the needs and behavior of the patient. However, precisely for this reason, it seems important to disentangle the two styles in this experimental design. As Norcross and Wampold (2018) highlighted that therapists and counselors are indeed capable of adapting their style to fit patient and client characteristics, the present study can be seen as a supplemental experimental proof-of-concept and may present a small additional piece to the puzzle. With this experimental design, we are able to contribute methodologically to the current research landscape. It seems promising to investigate the effects of therapeutic behavior on patients' perceptions and thus alliance and outcome and to explore how certain behavior might facilitate the formation of a sustainable alliance. Such an experimental variation is important as a first step to gain differential insights into this very formation and shaping of the alliance. By linking alliance formation to interpersonal therapeutic behavior, we can address the question of *what works for whom*. It seems essential to decipher the underlying mechanisms of the alliance to better tailor it to the individual patients' needs. Our design should encourage future research to unravel variables and active ingredients involved in the building and perception of the therapeutic alliance. Results may also indicate what variables to include in naturalistic settings. We are planning to provide more detailed information on differential relationship forming by analyzing possible mediating and moderating client and counselor characteristics such as personality traits, expectations and interpersonal problems. The focus on specific variables in this new experimental approach may present an important contribution to personalized treatment. Our novel experimental design may be helpful in regard to the question of an optimal individualized relationship style in the sense of *what works for whom*, by taking a closer look at specific aspects of the therapeutic alliance itself as well as client/patient and

counselor/therapist characteristics. The design may also be applied for specific research questions such as the possible role and function of interpersonal expectations as part of dismantling studies.

**Acknowledgements** We would like to cordially thank all participants who took part in this study. Furthermore, we are much obliged to all students who supported the data collection and/or video ratings.

**Author Contributions** The idea for this study design came from IS, SB, and ELB. All authors contributed to the study conception and design. Material preparation and data collection were performed by IS, SB, NS, and TK, analysis by IS and SB. The first draft of the manuscript was written by IS and SB and all authors commented on previous versions of the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL. No funding was received for conducting this study.

**Data Availability** The datasets generated during and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

## Declarations

**Conflicts of Interest** Isabel Schamong, Simon Bollmann, Nele Struck, Tobias Kube, Lisa D'Astolfo, Eva-Lotta Brakemeier, have to relevant financial or non-financial interests to disclose.

**Ethical Approval** Approval for this study was obtained by the institutional ethics review board (reference number 2017-08k).

**Animal Rights** No animal studies were carried out by the authors for this article.

**Informed Consent** Informed consent was obtained from all individual participants included in the study.

**Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

## References

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: Historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology*, 2, 270.

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 842–852. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.842>
- Bar, M., Neta, M., & Linz, H. (2006). Very first impressions. *Emotion*, 6(2), 269–278. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.269>
- Barber, J. P., Khalsa, S.-R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The THERAPEUTIC alliance an evidence-based guide to practice*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II, Beck depression inventory: manual (Second ed.). Psychological Cooperation
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Arvay, M. J. (2005). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research on counsellor training. *Canadian Journal of Counseling and Psychotherapy*, 39(2), 71–85.
- Benitez, C., Southward, M. W., Altenburger, E. M., Howard, K. P., & Cheavens, J. S. (2019). The within-person effects of validation and invalidation on in-session changes in affect. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 415.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190.
- Bloom, B. L. (2001). Focused single-session psychotherapy: A review of the clinical and research literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 1(1), 75–86.
- Bollmann, S., Schamong, I., & Brakemeier, E. -L. (2017). *Interview guideline for a psychological counseling session in the context of a study on the experimental modulation of therapeutic interpersonal styles*. Available at <https://mfr.osf.io/render?url=https%3A%2F%2Fosf.io%2Ffce2x%2Fdownload>
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (2008). *NEO-FFI: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa und McCrae, Manual* (2nd ed.). Hogrefe.
- Brown, L. M. (1984). A single consultation assessment clinic. *British Journal of Psychiatry*, 145, 558.
- Cardamone-Breen, M., Jorm, A., Lawrence, K. A., Rapee, R. M., Mackinnon, A. J., & Hui Yap, M. B. (2018). A single-session, web-based parenting intervention to prevent adolescent depression and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), 1–24.
- Carkhuff, R. (1969). *Helping and human relations selection and training*. New York: Rinehart & Winston.
- Caspar, F. (2002). Das impact message inventory von Kiesler. In E. Brähler, J. Schumacher, & B. Strauss (Eds.), *Diagnostische Verfahrenen in der Psychotherapie* (pp. 214–216). Beltz.
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H., & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *PiD Psychotherapie Im Dialog*, 17(04), e1–e10. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105981>
- Choi, S. I., Kim, E., Comstock, S. M., & Havlik, E. (2020). College students' ambivalence over emotional expression and counselor's directiveness: An analogue experiment on perceived therapeutic bond. *Counselling Psychology Quarterly*. <https://doi.org/10.1080/09515070.2020.173287>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analyses for behavioural science*. Taylor and Francis.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of

- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression : Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. Guilford Press.
- McNeish, D., & Stapleton, L. M. (2016). Modeling clustered data with very few clusters. *Multivariate Behavioral Research, 51*(4), 495–518. <https://doi.org/10.1080/00273171.2016.1167008>
- Moors, F., & Zech, E. (2017). The effects of psychotherapist's and clients' interpersonal behaviors during a first simulated session: A lab study investigating client satisfaction. *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*, 953–962.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*(3), 231–239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 28*(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 127–132. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Pinkerton, R. S., & Rockwell, W. J. K. (2010). Very brief psychological interventions with University students. *Journal of American College Health, 42*(4), 156–162.
- Schwebel, R., Schwebel, A., & Schwebel, M. (1985). The psychological/mediation intervention model. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*, 86–97.
- Truax, C. B. (1962a). *A tentative scale for the measurement of therapist genuineness or self-congruence* (p. 35). Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin.
- Truax, C. B. (1962b). *A scale for the measurement of depth of intrapersonal exploration* (p. 29). Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate : The evidence for what makes psychotherapy work (Second Edi)*. Routledge.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). The German version of the childhood trauma questionnaire (CTQ): Preliminary psychometric properties. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60*(11), 442–450. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not just a non-specific factor: Moderators of the effect of within- and between-clients alliance on outcome in CBT. *Cognitive Therapy Research, 42*, 146–158.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hung, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484–496.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 137–147.

**Publisher's Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



- alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 16(3), 268–281.
- De Nadai, A. S., King, M. A., Karver, M. S., & Storch, E. A. (2014). Addressing patient motivation, therapeutic alliance, and treatment expectancies in interventions for anxiety disorders. In P. Emmelkamp & T. Ehringm (Eds.), *The Wiley handbook of anxiety disorders* (pp. 1215–1227). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Horvath, A. O., Symonds, D., & Wampold, B. E. (2012). Therapist effects in the therapeutic alliance–outcome relationship: A restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(7), 642–649. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.07.002>
- Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981–989.
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Schauenburg, H. (2007). Influences of patients' and therapists interpersonal problems' and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17(2), 148–159.
- Dinger, U., Zimmermann, J., Masuhr, O., & Spitzer, C. (2017). Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy: The contribution of patients' symptom severity. *Psychotherapy*, 54(2), 167–174.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146–163.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy*, 52(2), 169–173.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49(6–7), 373–378.
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., & Glick, P. (2006). Universal dimensions of social cognition: warmth and competence. *Trends in Cognitive Sciences*. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2006.11.005>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17.
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A. O., Wampold, B. E., Crits-Christoph, P., Atzil-Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errazuriz, P., Fisher, H., Alse, H., Huppert, J. D., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Strunk, D. R., & Barber, J. P. (2020). The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(9), 829–843.
- Flückiger, C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316–340.
- Grosse-Holthorff, M., Altenstein, D., Krieger, T., Flückiger, C., Wright, A. G. C., & Caspar, F. (2014). Interpersonal differentiation within depression diagnosis: Relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 24(4), 429–441.
- Hautzinger, M., Keller, F., & Kühner, C. (2006). Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Harcourt Test Services
- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). The future of intervention science: Process-based therapy. *Clinical Psychology Science*, 7, 37–50.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., Thomas, A., & Kordy, H. (2016). *IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme-Deutsche Version [Inventory for the assessment of interpersonal problems-German version]* (Vol. 3). Hogrefe.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16. <https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Howe, L. C., Goyer, J. P., & Crum, A. J. (2017). Harnessing the placebo effect: Exploring the influence of physician characteristics on placebo response. *Health Psychology*, 36, 1074–1082.
- Huber, J., Born, A.-K., Claaß, C., Ehrenthal, J. C., Nikendei, C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2019). Therapeutic agency, in-session behavior, and patient–therapist interaction. *Journal of Clinical Psychology*, 75(1), 66–78.
- Kapchuk, T. J., Kelley, J. M., Conboy, L. A., Davis, R. B., & Kerr, C. E. (2008). Components of placebo effect: Randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ*, 336, 999–1003.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 66(6), 825–832. <https://doi.org/10.15288/jsa.2005.66.825>
- Kazantzis, N. (2018). Introduction to the special issue on processes of cognitive behavioral therapy does “Necessary, But Not Sufficient” still capture it. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 115–120.
- Kazantzis, N., Luong, H. K., Usatoff, A. S., Impala, T., Yew, R. Y., & Hofmann, S. G. (2018). The processes of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 349–357. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9920-y>
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1–27.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214.
- Kiesler, D. J., & Goldston, C. S. (1988). Client-therapist complementarity: An analysis of the gloria films. *Journal of Counseling Psychology*, 35(2), 127–133. <https://doi.org/10.1037/00220167.35.2.127>
- Klaghofer, R., & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische prüfung einer kurzform der SCL-90-R [construction and test statistical evaluation of a short version of the SCL-90-R]. *Zeitschrift Für Klinische Psychologie, Psychiatrie Und Psychotherapie*, 49(2), 115–124.
- Köhler, S., Guhn, A., Betzler, F., Stiglmayr, C., Brakemeier, E.-L., & Sterzer, P. (2017). Therapeutic self-disclosure within DBT, schema therapy, and CBASP: Opportunities and challenges. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02073>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kube, T., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2019). Expectation-focused psychotherapeutic interventions for people with depressive symptoms. *Verhaltenstherapie*, 29(4), 281–291.
- Kühner, C., Bürger, C., Keller, F., & Hautzinger, M. (2007). Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressions-Inventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*, 78(6), 651–656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>
- Lambert, M. J. (2005). Early response in psychotherapy: Further evidence for the importance of common factors rather than “placebo effects.” *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 855–869.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- McCullough, J. P. (2006). *Psychotherapie der chronischen Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy - CBASP*. Urban & Fischer Verlag

- McCullough, J. P. (2000). *Treatment for chronic depression : Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. Guilford Press.
- McNeish, D., & Stapleton, L. M. (2016). Modeling clustered data with very few clusters. *Multivariate Behavioral Research, 51*(4), 495–518. <https://doi.org/10.1080/00273171.2016.1167008>
- Moors, F., & Zech, E. (2017). The effects of psychotherapist's and clients' interpersonal behaviors during a first simulated session: A lab study investigating client satisfaction. *Frontiers in Psychology, 8*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868>
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*, 953–962.
- Munder, T., Wilmers, F., Leonhart, R., Linster, H. W., & Barth, J. (2010). Working alliance inventory-short revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17*(3), 231–239. <https://doi.org/10.1002/cpp.658>
- Nienhuis, J. B., Owen, J., Valentine, J. C., Winkeljohn Black, S., Halford, T. C., Parazak, S. E., Budge, S., & Hilsenroth, M. (2018). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research, 28*(4), 593–605. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023>
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy, 55*(4), 303–315.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 127–132. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology, 74*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: design and tactics. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Pinkerton, R. S., & Rockwell, W. J. K. (2010). Very brief psychological interventions with University students. *Journal of American College Health, 42*(4), 156–162.
- Schwebel, R., Schwebel, A., & Schwebel, M. (1985). The psychological/mediation intervention model. *Professional Psychology: Research and Practice, 16*, 86–97.
- Truax, C. B. (1962a). *A tentative scale for the measurement of therapist genuineness or self-congruence* (p. 35). Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin.
- Truax, C. B. (1962b). *A scale for the measurement of depth of intrapersonal exploration* (p. 29). Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270–277.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate : The evidence for what makes psychotherapy work (Second Edi)*. Routledge.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). The German version of the childhood trauma questionnaire (CTQ): Preliminary psychometric properties. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 60*(11), 442–450. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1247564>
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*(4), 311.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2018). Not just a non-specific factor: Moderators of the effect of within- and between-clients alliance on outcome in CBT. *Cognitive Therapy Research, 42*, 146–158.
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hung, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484–496.
- Zuroff, D. C., Koestner, R., Moskowitz, D. S., McBride, C., Marshall, M., & Bagby, M. R. (2007). Autonomous motivation for therapy: A new common factor in brief treatments for depression. *Psychotherapy Research, 17*(2), 137–147.

**Publisher's Note** Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Schamong, I., D'Astolfo, L., Bollmann, S., Brakemeier, E. - L.\*, Kube, T.\* (submitted). How Expectations and Therapeutic Style Influence Counseling Outcome. *Counselling & Psychotherapy Research*.

### **How Expectations and Therapeutic Style Influence Counseling Outcome**

Isabel Schamong<sup>1</sup>, Lisa D'Astolfo<sup>1</sup>, Simon Bollmann<sup>1</sup>, Eva-Lotta Brakemeier<sup>1,2\*</sup>, and Tobias Kube<sup>1,3\*</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps University Marburg, Germany

<sup>2</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Greifswald, Germany

<sup>3</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Landau, Germany

\*shared senior authorship

#### **Author Note**

We would like to cordially thank Katharina Bockisch, Zeki Efe, Viola Engelhardt, Hannah Valerie Geibel, Annalena Kinne, Rabea Lausen, Jessica Elisa Mascher, Karim Rudolph, and Barbara Wins, who conducted the counseling sessions and/or video ratings. Furthermore, we are much obliged to all participants who took part in this study.

Approval for this study was obtained by the institutional ethics review board (reference number 2017-59k). All participants provided written informed consent. The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose. No funding was received for conducting this study. The datasets generated during and/or analyzed during the current study are available from the corresponding author on reasonable request.

Correspondence concerning this article should be addressed to Isabel Schamong, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps University Marburg, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg, Germany. Email: isabel.schamong@staff.uni-marburg.de

#### **Implications for practice:**

The demonstrated reduction of impairment and overall high satisfaction with a single counseling session – regardless of style or induced expectations – bear important clinical implications. Our results are promising in that they suggest that a single counseling session is effective in reducing clients' impairment by a current interpersonal conflict, which appears particularly relevant given the low-threshold and economic nature of one-session psychological counseling. Our findings thus provide a positive outlook for low-threshold and short-term forms of treatment and support. Considering that early alliance in particular predicts later positive outcome (e.g., Zilcha-Mano et al., 2016), our overall

high scores seem promising with regard to possible longer-term positive effects of one-time/short-term services. Combined with high manual adherence, it seems possible for master's students to successfully and effectively conduct such sessions with extensive training and regular close supervision, bringing about additional possibilities for counseling contexts.

### **Abstract**

**Objective:** With a lack of experimental designs in psychotherapy/counseling process research, evidence is limited regarding which therapeutic style is helpful for which patient and the role of expectations. Therefore, the aim of this experimental study was to manipulate the therapeutic style and clients' expectations toward psychological counseling and investigate their effects on counseling outcome.

**Method:** 80 healthy participants (74% female,  $M_{age}=31.2$  years,  $SD_{age}=12.21$ ) received a single counseling session focusing on interpersonal conflicts. We defined two therapeutic styles (relationship-focused vs. problem-focused) based on the interpersonal circumplex and participants were led to believe they would receive one of the two styles. In the actual counseling session, they received either the expected or the contrary, resulting in a 2x2 design. Primary outcome rated by participants was subjective impairment caused by the conflict two weeks after the session; secondary outcomes were satisfaction with the session and perceived working alliance.

**Results:** The successful implementation of the proposed therapeutic styles was confirmed by adherence ratings ( $U=25.50$ ,  $p<.001$ ) and ratings of counselors' behavior in the circumplex model ( $p<.001$ ) for the *friendly* and *hostile* dimension. Impairment was significantly reduced two weeks after the counseling session, but this effect was neither dependent on the therapeutic style, clients' expectations, nor their interaction.

**Discussion:** The study provides first evidence that a single counseling session appears to be effective in alleviating impairment caused by an interpersonal conflict, independent of the counseling style and client expectations. The novel experimental design provides a basis for further process research in psychological counseling and psychotherapy.

**Keywords:** Therapeutic alliance, expectations, therapeutic styles, psychotherapy process research, counseling session

### **How Expectations and Therapeutic Style Influence Counseling Outcome**

One of the main goals of many clinicians and clinical researchers is to approach the question of *what works for whom*, in order to provide the best possible treatment for the individual patient. This has been a central question in psychotherapy research, addressed repeatedly since it was first mentioned by Gordon L. Paul in 1967 (Hofmann & Hayes, 2019; Kazdin, 2007; Norcross & Wampold, 2010). Psychotherapy in general and many treatment forms in particular have been shown to be effective (Kazdin, 2007). While there have been significant research efforts and advances with regard to factors that contribute to change, the exploration of *how* therapeutic change comes about remains pivotal. Underlying mechanisms are complex and interdependent relationships of contextual and specific therapeutic factors. Deciphering such mechanisms of change in psychotherapy is challenging and to date only little evidence has been found for presumed mechanisms of specific treatments and disorders (Kazdin, 2007; Wampold & Imel, 2015). Experimental designs as well as dismantling, comparative, and additive studies are scarce and have not revealed much evidence for differences between treatment forms (Horvath et al., 2011; Kirsch et al., 2016). Supporters of the contextual model of psychotherapy propose that successful psychotherapy is primarily determined by common factors such as the therapeutic alliance and expectations (Mulder et al., 2017).

#### **Therapeutic alliance**

Indeed, the alliance can be seen as the most robust and researched common factor in psychotherapy and reciprocal between therapist and patient (Wampold & Imel, 2015; Norcross & Lambert, 2018). However, the construct is neither consistently defined with regard to its operationalization and terminology nor in terms of its underlying theoretical basis (Flückiger et al., 2018). In the present study, we want to focus on the pan-theoretical model of the working alliance by Bordin (1979), who considers three central components for a stable alliance: (a) agreement regarding goals, (b) agreement on tasks, and (c) an emotional bond between therapist and patient. We will thus use this terminology throughout the present study.

The alliance has shown to have a relevant influence on therapeutic outcome with an overall medium-sized effect ( $r=.28$ ,  $p<.001$ ,  $d=.579$ ; Flückiger et al., 2018), accounting for 30% of therapeutic success (Lambert & Barley, 2001). Flückiger et al. (2018) consider it to be a pan-theoretical factor across treatments – including various settings such as counseling. Recent research efforts have used more advanced methodological approaches to hone in on the alliance-outcome relationship, trying to answer the question of whether alliance is therapeutic in itself (e.g., Zilcha-Mano, 2017). A new meta-analysis has indeed shown a causal link of better early alliance predicting better outcome – suggesting alliance to be a main mechanism of change (Flückiger et al., 2020).

#### **Therapeutic Interpersonal Behavior**

While the alliance is a reciprocal and dynamic construct between patient and therapist, therapists' behavior undoubtedly plays a key role in shaping it (Horvath et al., 2011). Studies have examined therapeutic behavior within the framework of interpersonal theory, where it can be depicted in the interpersonal circumplex model on two dimensions: (a) communion and (b) agency (Kiesler, 1983). On the communion axis, behavior ranges from warm/friendly to cold/hostile as opposite poles. Within the agency dimension, dominant vs. submissive behavior is depicted as complementary. Evidence has suggested that warmth may be pivotal regarding alliance and therapeutic success (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Dinger et al., 2007; Moors & Zech, 2017). However, studies have mainly employed analogue experimental designs to investigate therapeutic styles and behavior (e.g., Moors & Zech, 2017). Meanwhile, empirical studies that actively and experimentally vary the interpersonal style in a realistic, face-to-face setting are lacking (Schamong et al., 2022). As such, one objective of the present study was to contribute to closing this research gap by exploring effects of varying therapeutic behavior along the communion axis in a realistic, face-to-face setting.

### **Expectations**

Another important common factor – patients' expectations – are a key component with regard to therapeutic process and outcome (Auer et al., 2016; Wampold & Imel, 2015). Treatment expectations, which assess beliefs about what will happen during treatment (Constantino et al., 2018), are seen as a major process and outcome predictor (Rief et al., 2017). A high fit between patient expectations and the actual therapeutic content seems to have a positive effect on outcome and alliance (Elkin et al., 1999; Joyce et al., 2000). Inversely, Ladwig et al. (2014) revealed that unfulfilled expectations towards psychotherapy are related to negative therapeutic effects. An experimental study on initial psychological sessions showed worse self-reported outcome by clients with previously induced negative expectations towards an assigned counselor (Ziemelis, 1974).

Expectations are considered key cognitive components of mental disorders and should therefore be explicitly investigated in order to facilitate their integration into current treatment approaches (see also Kube et al., 2017). Recently, the model of violations of expectations (ViolEx model) has been proposed to explain how people deal with new information that is consistent vs. inconsistent with prior expectations – namely that generating predictions about future events and updating such predictions in the event of disconfirming experiences is a core mechanism of human learning (Rief et al., 2015). Yet, in some instances, people have difficulty integrating new experiences into prior beliefs, as demonstrated in several clinical samples (Schamong et al., 2022).

Drawing on the assumptions of the ViolEx model, we believe that an interesting research question is how the violation of clients' expectations affects outcome. In view of the above-referenced evidence pointing to a link between alliance, expectations, and outcome (e.g., Ahn & Wampold, 2001; Constantino et al., 2020; Leibert & Dunne-Bryant, 2015), we suggest that discrepancies between

clients' expectations and an actual session may negatively influence alliance and outcome. Clearly, every client brings expectations into therapy, which may be more or less conscious and specific. They are determined by a multitude of factors, such as predispositions, prior experiences with therapy or certain beliefs about it, or obtained information about a prospective setting or practitioner that may be profound or rather perfunctory. Naturally, these expectations can either be met or violated in reality. For instance, consider a client seeking treatment that expects to feel understood and supported in perception of a personal problem. If the therapist – contrary to the client's expectation – does not offer understanding, but quickly engages in searching for solutions, the client will presumably perceive little agreement on goals and tasks and find it more difficult to establish an emotional bond (see Bordin, 1979), which will in turn likely hinder treatment success.

### **Purpose of the Present Study**

As one of the first experimental studies in a realistic, face-to-face setting, we examined effects of the therapeutic interpersonal style and expectations on client perception in a single psychological counseling session in which healthy participants were invited to talk about a current interpersonal conflict (e.g., in their romantic relationship, with parents, friends or close relations). We experimentally varied the therapeutic style in the session, such that counselors were supposed to act either in a relationship-focused or problem-focused manner. The former was warm, empathic, and validating, while the latter was tied to working more soberly and finding practical solutions for the conflict. This variation drew on a previous study where the two styles were developed and preliminarily validated in counseling sessions (Schamong et al., 2022). In this study, counselors and clients did not perceive the alliance significantly different between the relationship-focused and the problem-focused style – on an overall high level (Schamong et al., 2022).

Our first aim was to explore whether a single counseling session would be effective in reducing impairment caused by the interpersonal conflict two weeks after counseling. We expected no differences between the two styles, since both were based on evidence-based treatment recommendations as described in more detail in the methods section. To systematically investigate the influence of clients' expectations on outcome, we manipulated the former such that participants were led to believe they would receive a relationship-focused vs. a problem-focused treatment. Accordingly, both expectations for the style and the actual style received were varied, resulting in two combinations of confirmed initial expectations and two combinations of disconfirmed expectations. As a second aim, we analyzed how clients' expectations and whether or not they were met subsequently influenced outcome – i.e., the reduction of impairment, client satisfaction with the session, and alliance. These analyses were inspired by research pointing to the importance of consistency between expectations towards treatment and the actual treatment, especially in terms of a good alliance (Joyce et al., 2000) and outcome (Elking et al., 1999). A good alliance in itself positively

predicts outcome (Flückiger et al., 2018; Horvath et al., 2011), which in our case is subjective impairment. A divergent style can be seen as a dissensus or rupture, resulting in lower alliance and poorer outcome with regard to impairment and satisfaction (see Muran et al., 2018). Although there is some evidence for the link between unfulfilled expectations and negative effects on therapy (see Constantino et al., 2018; Ladwig et al., 2014), there is still no clear picture of how exactly this link comes about. We hypothesized that if participants' expectations were violated, this would result in higher impairment as well as lower satisfaction and alliance directly after and two weeks following the session. We also predicted that a negatively perceived alliance mediated the link between unfulfilled expectations and perceived impairment and/or client satisfaction.

## **Method**

### **Participants**

Participants were recruited between March and July 2018 and again from August 2019 to December 2019 in Germany via notices, leaflets and mailing lists at the local university with the offer of a single psychological counseling session concerning a current interpersonal conflict. Participants had to fulfill the following inclusion criteria: (a) minimum age of 18, (b) fluency in the German language, and (c) an ongoing interpersonal conflict. They were excluded if they had (a) a current mental disorder and/or (b) current or prior psychotherapeutic, psychiatric or drug treatment.

A total of 123 persons expressed interest in the study, of which 80 persons were included in analyses. Reasons for non-inclusion ( $n=53$ ) were: meeting any exclusion criterion, cancellation of or non-appearance for arranged sessions, initiation of further therapeutic sessions. Demographic and clinical variables are displayed in tables 1 and 2. Participants were age 19-67 and 31.2 years ( $SD=12.21$ ) on average. Three-fourth were female (74%), with equal distribution among conditions,  $\chi^2(3)=.952$ ,  $p=.813$ . There was no systematic drop-out and an equal distribution among conditions can be assumed (see table 1). On average, participants reported mild levels of depressive symptoms as measured with the Patient Health Questionnaire 9 ( $M=8.74$ ,  $SD=4.75$ ; see table 2). Informed consent was given by all participants and all sessions were videotaped. The institutional ethics review board approved the study (reference number 2017-59k).

**Insert Table 1 and Table 2.**

### **Design**

Prior to the session, half of the participants received an expectancy manipulation with verbal and written information suggesting that they would receive (a) a relationship-focused style ( $rel_{foc}$ ) and the other half (b) a problem-focused style ( $prob_{foc}$ ). Participants were randomly assigned to one of two styles, previously defined on the basis of the interpersonal circumplex model (Kiesler, 1983).



Accordingly, half of the participants actually received the expected style (convergent group) and the other half received the style contrary to their induced expectations (divergent group) within the counseling session. This resulted in four groups: (a) problem-convergent (*prob<sub>con</sub>*), (b) problem-divergent (*prob<sub>div</sub>*), (c) relationship-convergent (*rel<sub>con</sub>*), and (d) relationship-divergent (*rel<sub>div</sub>*), with the first word always referring to the expected style (see S1 – figure 1 in the supplemental material).

### ***Expectancy manipulation***

In the relationship-focused expectancy manipulation, participants were told they would receive an “open ear” for their interpersonal conflict and would be able to talk about related burdensome feelings. They were informed that previous studies had shown such an emotionally supportive style to be especially effective in reducing impairment by an interpersonal conflict. It was stressed that working on solution strategies for the conflict would not be at the focus of the session.

Within the problem-focused expectancy manipulation, participants were primed to receive a counseling style in which specific and practical solutions for the interpersonal conflict would be worked out together with the counselor. It was emphasized that scientific studies had shown evidential support that such a problem-and-solution-focused style is most effective for people experiencing an interpersonal conflict. Additionally, it was highlighted that the main focus of the session would not be talking about discomforting emotions related to the conflict.

### ***Therapeutic styles***

We operationalized the two therapeutic styles by varying the counselor’s interpersonal behavior along the affiliation axis of the interpersonal circumplex and by varying the session’s content (emotional support vs. problem-solving). The session was semi-structured according to an interview guideline, manualizing the two styles via specific strategies and techniques as well as verbal and nonverbal behavior cues, based on and adapted from Schamong et al. (2022). Naturally, basic therapeutic principles such as empathy, acceptance, and authenticity were equally applied in both styles. As such, the areas of action overlap within the circumplex model (see figure 1).

### ***Insert Figure 1.***

The relationship-focused style was centered on the friendly pole with a primary focus on creating a working relationship characterized by the counselor showing warmth and understanding. Focal points were assessing the interpersonal conflict (via analysis of conflict and/or emotions) and emotional support, including validation, and self-disclosure (validation strategies from Dialectic Behavioral Therapy, DBT; Linehan, 1993). Possible solutions for the conflict were not discussed.

The problem-focused style is a more neutral interpersonal style, shifted towards the center of the affiliation axis (see figure 1). It was characterized by a psychoeducative counselor role, focused on

finding possible solutions for the interpersonal conflict. Again, a key component was assessing the ongoing conflict (via conflict or situational analysis), but in contrast to the relationship-focused style, counselors were instructed to deploy specific problem-solving approaches (such as communication analysis and rules of communication from Interpersonal Therapy, IPT; Weissman et al., 2000).

### **Procedure**

Interested participants underwent a screening via telephone, in which inclusion and exclusion criteria were checked and then randomized to counselors and experimental condition. When eligible to participate, a first verbal priming of expectations towards one of the therapeutic styles was conducted as detailed above. Three days before the actual session, participants were sent written study information that further emphasized the expectancy manipulation as received beforehand. We performed the expectancy manipulation twice – once via telephone and once in written form – to enhance its effect, and thus to ensure that the expectation to receive a specific style was salient to participants. In addition, participants provided written informed consent and completed a first online questionnaire battery three days before the session (pre-assessment, T1). The actual 50-minute counseling session took place in a standardized room at the psychological institute of the local university, where participants first gave their consent for videotaping of the sessions. Eight clinical psychology master students conducted the sessions (75% female). They all received extensive prior training and continuous supervision. Directly following the session, both participants and counselors completed another questionnaire battery (post-assessment, T2). A short semi-structured follow-up telephone interview was arranged for approximately two weeks after the session. It was tied to the follow-up questionnaire battery (T3), that participants again completed online, and the debriefing. This personal contact was intended to minimize dropout and – if needed – enable a low-threshold referral to further treatment within the affiliated psychotherapy outpatient clinic. Of the videotaped sessions, 42 videos were randomly selected for further analyses (balanced for condition and counselor). After the first half of data collection, we made some changes to improve data quality, by laying an even stronger emphasis on the expectancy manipulation, including additional measures (e.g., interpersonal problems, expectations of social rejection), and implementing the above-mentioned follow-up telephone interview.

### **Measures**

#### ***Adherence Rating***

Since no suitable instrument to test counselor's adherence to the present semi-structured interview guideline was available, we adapted an adherence rating conceptualized in a prior, experimental study with similar therapeutic styles (Schamong et al., 2022). The authors used rating scales by McCullough (2003), Truax (1962a, 1962b), and Carkhuff (1969) as a basis and their final rating (after multiple revision phases) showed excellent internal consistency ( $\alpha = .98$ ) and high interrater

reliability, with an ICC of .723,  $F(5,10)= 9.41$ ,  $p=.002$ . Our adherence rating is composed of six categories: (a) emotional warmth and empathy, (b) level of communication, (c) validation, (d) self-disclosure, (e) work attitude and work process, and (f) gestures and facial expressions, as well as a total score of the overall adherence. Sample items include: "To what extent does the counselor express their own emotions and perceptions?" (scale 4) and "To what extent is the focus of the conversation on the objective clarification of the interpersonal problem?" (scale 5). The rating is composed of 42 items with a five-point Likert scale. High values correspond to high adherence to the relationship-focused style, whereas low values correspond to high adherence to the problem-focused style. After preliminary analyses and an extensive training of raters (trained student assistants) via sample video ratings, the rating was adjusted to maximize interrater reliability. 42 videos (half of the sessions) were randomly selected for the final rating, conducted by a total of five trained, blinded, and independent raters (two raters per video). Internal consistency was excellent ( $\alpha = .98$  for the overall rating and  $\alpha$  ranging from .90 to .97 for the subscales). Good interrater reliability (double-mixed intra-class correlation, calculated according to absolute values) was found in both the relationship-focused, ICC=.63, 95% CI[.005, .865],  $F(20,20)=7.97$ ,  $p<.001$ , and problem-focused condition, ICC=.73, 95% CI[.446, .882],  $F(20,20)=7.07$ ,  $p<.001$ , according to Cicchetti (1994).

#### ***Impact Message Inventory (IMI)***

To assess counselors' behavior, objective raters used the German version of the Impact Message Inventory, developed by Donald Kiesler (1983) as a "non-objective" instrument that captures the personal impression a person makes on another (Caspar et al., 2016). All 32 items start with the phrase "When I am with him/her, I have the feeling that...". They are categorized into the eight dimensions of the interpersonal circumplex and rated on a four-point Likert scale. Initial data show sufficient psychometric properties of the German version (Caspar et al., 2016).

#### ***Expectations towards the counseling session (ES)***

Since no suitable measure was available for the specific assessment of expectations towards the session, we designed a five-item-questionnaire. The first three items assess the degree to which participants expect to be relieved after the session ("The session will help me to feel less troubled by my problem.", "The negative repercussions of my problem will be alleviated by the session.", and "I am confident that the session will help me overall."). The last two items verify the successful expectancy manipulation towards the problem-focused ("The session will help me to find a solution to my problem.") and the relationship-focused style ("The session will help me to get emotional support for my problem."). All items are rated on a 5-point Likert scale ranging from "I don't agree at all" to "I fully agree", with high values indicating positive expectations. Internal consistency for the first three items as well as for all five items is acceptable ( $\alpha =.73$  and  $\alpha=.71$ , respectively).

#### ***Subjective impairment (PDI)***

Clients' subjective impairment by the interpersonal conflict was measured with an adapted version of the German Pain Disability Index (PDI), originally developed to measure impairment due to chronic pain (Dillmann et al., 1994; Pollard, 1984). We chose this measure due to its holistic definition of impairment, going beyond simple impairment in physical functioning by including a person's limitations in overall functioning in seven different domains via seven items: (a) family and household obligations, (b) recreation, (c) social activities, (d) work life, (e) sexuality, (f) self-support, and (g) essential activities. The perceived level of impairment is rated on an eleven-point Likert scale ranging from 0 to 10, with a maximum overall sum score of 70. We rephrased the instructions to replace "impairment by pain" with "impairment by the interpersonal conflict".

For the present study, the experienced impairment (PDI-m) served as primary outcome concerning the success of the counseling session, assessed prior to the session and at follow-up. To include a measure of participants' expected impairment, we additionally used another version of the PDI ("PDI expect"; PDI-e) that was lent from a previous study in which participants rated the extent to which they expected to be impaired after undergoing cardiac surgery (Rief et al., 2017). The PDI-e was assessed at all three measurement points. The German version of the PDI shows good to excellent internal consistency between  $\alpha = .83$  (Saile and Dieterich, 1992) and  $\alpha = .90$  (Luka-Krausgrill et al., 1994). For the present study, internal consistency for the PDI-m was good ( $\alpha = .79$  at T1 and  $\alpha = .84$  at T3) and for the PDI-e acceptable to good ( $\alpha = .68$  at T1,  $\alpha = .82$  at T2, and  $\alpha = .85$  at T3).

#### ***Client Satisfaction with the session (PSQ)***

Satisfaction with the session was measured using a German brief and adapted version of the Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), originally intended to assess patient satisfaction with medical treatment (Marshall & Hayes, 1994; Ware et al., 1983). We adapted it to assess areas of satisfaction with the session concerning the relationship, communication, and perceived competence of the counselor. It consists of 22 items (e.g., "My counterpart explained the course of the interview well"), answered on a five-point Likert scale. A high overall score corresponds to a high level of satisfaction with the counseling session. One of the items of the PSQ („My counterpart worked out solutions for my problem with me.") was used as an additional control of how participants perceived the therapeutic style. The PSQ is a valid measuring instrument for assessing patient satisfaction that has been tested in numerous studies (e.g., Marshall & Hays, 1994). Internal consistency of the PSQ-III was good ( $\alpha = .77$  to  $\alpha = .88$ ) and for the PSQ-18 as a short version acceptable ( $\alpha = .64$  to  $\alpha = .77$ ). In the present study, internal consistency was high ( $\alpha = .82$  at T2 and  $\alpha = .85$  at T3).

#### ***Working Alliance Inventory – short revised and adapted (WAI-SR-A)***

The quality of the working alliance was measured with a slightly adapted version of the German WAI-SR, a 12-item questionnaire based on Bordin's pan theoretical concept for clients (WAI-C) and observers (WAI-O) (Wilmers et al., 2008). Since the WAI-SR originally refers to the working alliance

between patients and therapists in a psychotherapeutic setting, we slightly adapted its wording to the counseling context. The WAI-SR measures the working alliance on three subscales: (1) bond, (2) goals, and (3) tasks with a five-point answer format ranging from “seldom” to “always”. Following the approach of Jasper et al. (2014), mean values of the WAI-SR can be interpreted as low (1.00-2.44), middle (2.45-3.44) or high (3.45-5.00). In addition to administering the WAI-SR-A to clients and observers following the session, we also administered it to clients prior to the session within the second study half. There is empirical support for the validity of the WAI-SR (e.g., Zilcha-Mano, 2017). In the present study, internal consistency of the client version was high ( $\alpha=.84$  at T1,  $\alpha=.86$  at T2, and  $\alpha=.89$  at T3) and acceptable to high ( $\alpha=.68$  to  $\alpha=.88$ ) for the bond subscale. In the observer version, it was excellent ( $\alpha=.94$  for the overall scale and  $\alpha$  from .90 to .91 for the subscales).

### ***Additional measures***

Interpersonal problems were assessed with the German short form (32 items) of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP; Horowitz et al., 2016), which is based on the Interpersonal Circumplex Model by Kiesler (1983). The 20-item-State-Anxiety part of the State-Trait Anxiety-Inventory (STAI/S; Laux et al., 1981) was used to assess state anxiety. Personality traits were measured with the German version (60 items) of the NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Borkenau & Fritz, 1993), which assesses the *Big Five* personality dimensions (neuroticism, extraversion, openness to experience, agreeableness, and conscientiousness) as a self-report measure. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001) was used to assess depressive symptomatology, the Questionnaire for Balanced Psychotherapy Evaluation (abbreviated form from FBP; Nestoriuc & Rief, 2010) measured further counselor characteristics, and the Depressive Expectations Scale (DES, Kube et al., 2017) was used to capture expectations on social rejection.

### **Data Analysis**

Statistical analyses were conducted using *SPSS Statistics* (version 26.0). Type-1 error levels were set to  $\alpha=.05$ . Normal distribution was checked via the Shapiro-Wilk test and visually with QQ-diagrams and box plots. Outliers were identified and excluded from data analyses using z-standardized scores with deviations of  $z \geq |3.29|$  ( $p<.001$ , two-sided testing). Possible baseline differences between the groups concerning demographic, psychological, and clinical variables were assessed via univariate analyses of variance and  $\chi^2$  tests. Manual adherence was tested by comparing values between the conditions – with higher values in the  $rel_{foc}$  condition than in the  $prob_{foc}$  condition implying an adherent procedure (for a statistically similar procedure, see Zilcha-Mano et al., 2018). Mann Whitney U-Tests were performed due to substantial violation of normal distribution. For further manipulation checks, t-tests were used for ratings of interpersonal impressions by counselors, and for a single item rating of the PSQ to check how participants perceived the session. The success of the manipulation of

expectations was checked via t-tests comparing participants' ratings on the last two items of the questionnaire on expectations about the session (ES).

For the main analyses, three separate analyses of variance (ANOVA) with repeated measurement were performed, with *counseling style* and *expectation* as two-level between-subject factors and *time* (point of measurement) as within-subject factor. Homogeneity of variance was tested using the Levene-test. Sphericity was examined via the Mauchly-test and GG-corrected when necessary. Cohen's *d* (Cohen, 1988) and partial  $\eta^2$  were reported as effect sizes. In the first ANOVA, subjective impairment (assessed at T1 and T3) was the dependent variable (DV); in the second ANOVA, client satisfaction with the session was the DV (T2 vs. T3), and in a third ANOVA, we focused on working alliance (T1 vs. T2) for the second study part ( $n = 42$ ). We also conducted a one-way ANOVA with *condition* ( $rel_{con}$ ,  $rel_{con}$ ,  $prob_{con}$ , and  $prob_{div}$ ) as four-level between-subject factor and *working alliance* as DV (at T2) in order to assess whether the alliance was influenced by whether or not the counseling style was consistent with what participants had expected. In addition to actual subjective impairment, we further examined the expected subjective impairment as DV (assessed at T1, T2, and T3) – ergo a participant's confidence immediately after the session that it would improve one's impairment caused by the interpersonal conflict. Results can be found in the supplemental materials (S4). We further conducted mediation analyses with *group* (consistency vs. inconsistency between prior expectations and actually received counseling style) as independent variable, working alliance as mediator, and subjective impairment (at T3) and satisfaction with the session (T3) as DVs using the PROCESS Macro for SPSS (Hayes, 2017). To test statistical significance of the indirect effect, we used bias-corrected 95% confidence intervals based on 5000 bootstrap samples.

## Results

### Baseline differences

As presented in table 2, baseline values of participants' interpersonal problems in the IIP were significantly different between groups. Tukey post-hoc analyses revealed a significant difference ( $p=.043$ ) between the relationship-convergent and relationship-divergent groups (0.50, 95%-CI [0.01, 1.00]), such that the former showed significantly more interpersonal problems on average. Tukey post-hoc analyses also revealed differences concerning expectations of social rejection between the problem-convergent and relationship-convergent groups (-0.71, 95%CI[-1.27, -0.14],  $p=.009$ ) and the problem-convergent and relationship-divergent groups (-0.61, 95%CI[-1.20, -0.03],  $p=.035$ ). The problem-convergent group showed significantly higher expectations of social rejection than the other groups. In addition, group differences were found for the baseline scores on neuroticism (subscale of the NEO-FFI). Tukey post-hoc analysis revealed significant differences between the relationship-divergent and relationship-convergent groups, -11.00, 95%CI[-17.53, -4.49],  $p<.001$ , and the relationship-divergent and problem-convergent groups, -9.77, 95%CI[-15.88, -3.65], as the former

group showed significantly lower neuroticism scores at baseline than the latter two respectively. In order to control for the significant baseline differences, we performed multiple regression analyses including all variables with significant baseline differences between the groups. These analyses revealed that no variables had a significant effect on the main outcome (i.e., subjective impairment) at follow-up beyond the baseline values of subjective impairment (neuroticism:  $p=.124$ ; interpersonal problems:  $p=.274$ ; expectations of social rejection:  $p=.784$ ).

### **Manipulation check**

We analyzed whether the realization of the two therapeutic styles was successful via observer ratings of (a) adherence, (b) a single item rating of the Patient Satisfaction Questionnaire, and (c) interpersonal impressions made by counselors (via the IMI). Client assessment of further counselor characteristics was also taken into account (see S2). The success of the expectancy manipulation was checked via possible group differences in the respective expectancy scales.

### **Adherence rating**

Analyses of treatment integrity (i.e., adherence) showed that the middle rank for the overall score was significantly higher in the rel<sub>oc</sub> than in the problem-focused condition,  $U=25.50$ ,  $Z=-4.91$ ,  $p<.001$ . Equivalent results were found for all subscales: Emotional warmth and empathy,  $U=43.00$ ,  $Z=-4.47$ ,  $p<.001$ , level of communication,  $U=14.50$ ,  $Z=-5.21$ ,  $p<.001$ , validation,  $U=34.50$ ,  $Z=-4.68$ ,  $p<.001$ , self-disclosure,  $U=9.50$ ,  $Z=-5.35$ ,  $p<.001$ , work attitude and work process,  $U=31.00$ ,  $Z=-4.77$ ,  $p<.001$ , and gestures and facial expressions,  $U=45.50$ ,  $Z=-4.41$ ,  $p<.001$ . As such, counselors' adherence to the respective counseling style can be assumed. The comparison between the two parts of the study showed no significant differences for the overall adherence score,  $U=219.00$ ,  $Z=-0.03$ ,  $p=.985$ , and the subscales, indicating comparability of the overall adherence between the two.

### **Single item rating of patient satisfaction with the session**

Analyses of the single item measure of the PSQ („My counterpart worked out solutions for my problem with me.“) showed that clients gave higher ratings in the problem-focused ( $M=3.95$ ,  $SD=.74$ ) than in the relationship-focused condition ( $M=3.10$ ,  $SD=1.19$ ),  $t(63.08)$ ,  $p<.001$ ,  $d=0.86$ .

### **Interpersonal impression of counselors**

Analyses of the interpersonal impression of counselors rated by the objective raters showed that counselors in the relationship-focused condition were rated significantly more friendly,  $t(33.31)=5.73$ ,  $p<.001$ , reflecting a large effect of  $d=1.77$ , and significantly less hostile,  $U=60$ ,  $Z=-4.05$ ,  $p<.001$ ,  $r=-0.63$ , in comparison to the problem-focused condition (see figure 2). This is in accordance with the proposed areas of action (see figure 2). In addition, counselors were rated significantly more friendly-dominant,  $t(40)=3.15$ ,  $p=.015$ ,  $d=0.97$  and less submissive,  $t(40)=-3.57$ ,  $p=.006$ ,  $d=-1.10$ , in the relationship-focused condition in comparison to the problem-focused condition (see figure 2).

**Insert Figure 2.**

***Expectations towards the counseling session (ES)***

Analyses showed a large significant group difference for the expectation to receive a problem-focused counseling session, Welch-corrected  $t(68.81)=-4.71$ ,  $p<.001$  (one-sided testing),  $d=-1.07$ . In line with the goal of the manipulation, groups that were supposed to believe they would receive a relationship-focused style reported lower values (i.e.,  $rel_{con}$  and  $rel_{div}$ ,  $M=2.64$ ,  $SD=1.20$ ) for the expectation to receive a problem-focused session than the groups that received the information of receiving a problem-focused counseling session (i.e.,  $prob_{con}$  and  $prob_{div}$ ,  $M=3.83$ ,  $SD=1.01$ ). With regard to the expectation to receive a relationship-focused style, the mean value of groups with induced problem-focused expectations ( $M=3.64$ ,  $SD=1.08$ ) was lower than the mean value of groups with induced relationship-focused expectations ( $M=3.81$ ,  $SD=0.95$ ), consistent with the intention of the manipulation, but not statistically significant, Welch-corrected  $t(75.93)=-0.71$ ,  $p=.76$ .

**Primary Analyses**

***Subjective impairment***

The *time by expectation by counseling style* 2x2x2 ANOVA showed a significant main effect of *time*  $F(1,71)=38.06$ ,  $p<.001$ , partial  $\eta^2=.35$ , indicating that participants' subjectively experienced impairment (PDI-m) caused by the interpersonal conflict was significantly lower two weeks after the counseling session than prior to it (see table 3 and S3 – figure 2 in the supplemental materials). There was no significant main effect of *counseling style*,  $F(1,71)=0.52$ ,  $p=.474$ , nor *expectation*,  $F(1,71)=0.42$ ,  $p=.517$ , meaning that neither showed any group differences. Analyses showed no significant interactions between *time* and *counseling style*,  $F(1,71)=0.52$ ,  $p=.474$ , partial  $\eta^2=.007$ , nor between *time* and *expectation*,  $F(1,71)=0.42$ ,  $p=.517$ , partial  $\eta^2=.006$ , nor between *counseling style* and *expectation*,  $F(1,71)=0.29$ ,  $p=.004$ , partial  $\eta^2=.004$ . There was also no significant interaction between *time*, *counseling style*, and *expectation*,  $F(1,71)=0.22$ ,  $p=.644$ , partial  $\eta^2=.003$ . Thus, analyses did not confirm the hypothesis that the extent to which the subjective impairment is reduced would depend on whether or not participants' expectations for the counseling session are met; rather, all participants reported significant improvement in impairment two weeks after the counseling session. This is supported by an overall average change score of  $-7.59$  ( $SD=10.27$ , 95%CI  $[-9.95, -5.22]$ ).

**Insert Table 3.**

***Client satisfaction***

The *time by expectation by counseling style* 2x2x2 ANOVA showed a significant main effect of *time*,  $F(1,71)=18.83$ ,  $p<.001$ , partial  $\eta^2=.21$ , indicating that participants' satisfaction with the session



was lower at follow-up than at post assessment ( $M=4.38, SD=0.38$  vs.  $M=4.19, SD=0.43$ ). There was no significant main effect of *counseling style*,  $F(1,71)=1.01, p=.319$ , partial  $\eta^2 = .014$ , nor of *expectation*,  $F(1,71) = .587, p=.446$ , partial  $\eta^2 = .008$  – neither showed any group differences. There was also no significant interaction between *time* and *counseling style*,  $F(1,71)=1.76, p=.189$ , partial  $\eta^2=.210$ , between *time* and *expectation*,  $F(1,71)=1.157, p=.286$ , partial  $\eta^2=.016$ , nor between *counseling style* and *expectation*,  $F(1,71)=0.108, p=.743$ , partial  $\eta^2=.002$ . Analyses did not reveal a significant interaction between *time, counseling style* and *expectation*,  $F(1,71) =0.012, p=.912$ , partial  $\eta^2 < .000$ . As such, analyses did not confirm our hypothesis that satisfaction would depend on whether or not participants' expectations for the session are met. However, all participants reported a significantly lower satisfaction at follow-up than at post assessment.

### **Working alliance**

To examine how participants' perceived working alliance (T2) was influenced by whether or not the counseling style received was consistent with what they had expected, a one-way ANOVA was performed, revealing no significant differences between the four groups,  $F(3,76)=0.17, p=.917$ , partial  $\eta^2=.007$ , such that the alliance was not rated differently between conditions. The *time* by *expectation* by *counseling style* 2x2x2 ANOVA showed no significant main effect of *time*,  $F=0.29, p=.592$ , partial  $\eta^2=.008$ , indicating that participants did not rate the alliance differently directly after the session than prior to it. There were also no significant effects of *counseling style*,  $F(1,38)=1.03, p=.317$ , partial  $\eta^2=.026$ , nor of *expectation*,  $F(1,38)=1.06, p=.317$ , partial  $\eta^2=.002$ , such that neither style nor expectation showed any group differences. Analyses revealed no significant interaction of *time* and *counseling style*,  $F(1,38)=.011, p=.915$ , partial  $\eta^2=.000$ , nor of *time* and *expectation*,  $F(1,38)=.004, p=.951$ , partial  $\eta^2=.000$ , nor of *counseling style* and *expectation*,  $F(1,38)=.049, p=.826$ , partial  $\eta^2=.001$ , and there was no significant interaction of *time, counseling style* and *expectation*,  $F(1,38)=2.17, p=.149$ , partial  $\eta^2=.054$ . In sum, analyses did not confirm that participants' alliance ratings depended on whether or not their expectations for the session were met.

When looking specifically at the bond dimension, analyses revealed no significant main effect of *time*,  $F(1,38)=.711, p=.404$ , partial  $\eta^2=.018$ , and no significant main effect of *counseling style*,  $F(1,38)=2.26, p=.141$ , partial  $\eta^2=.056$ . However, analyses showed a significant main effect of *expectation*,  $F(1,38)=7.30, p=.010$ , partial  $\eta^2=.161$ . Participants that expected a *rel<sub>foc</sub>* style rated the bond significantly higher than participants expecting a *prob<sub>foc</sub>* style,  $M_{diff}=0.52$ , Bonferroni-corrected CI[0.13, 0.91]. Analyses revealed no significant interaction of *time* and *counseling style*,  $F(1,38)=2.92, p=.096$ , partial  $\eta^2=.071$ , nor of *time* and *expectation*,  $F(1,38)=0.07, p=.793$ , partial  $\eta^2=.002$ , nor of *counseling style* and *expectation*,  $F(1,38)=.034, p=.855$ , partial  $\eta^2=.001$ . There was also no significant interaction of *time, counseling style* and *expectation*,  $F(1,38)=0.71, p=.404$ , partial  $\eta^2=.018$ .

Taking a closer look at the bond ratings by external raters, in at least one mean value comparison, it differed significantly between the conditions,  $F(3,38)=5.01$ ,  $p=.005$ ,  $\eta^2=.28$ . Scheffé post-hoc tests revealed that there was a significant difference between the  $prob_{con}$  and  $prob_{div}$  conditions,  $M_{diff}=-0.88$ , 95%CI[-1.62, -0.13],  $p=.015$ . All other differences were not significant ( $p>.05$ ). Thus, for participants who received a  $prob_{foc}$  priming, the bond was rated significantly higher by raters when participants actually received a  $rel_{foc}$  style in comparison to receiving a  $prob_{foc}$  style.

### Mediator Analyses

We conducted a mediation analysis with *group* (consistency vs. inconsistency between prior expectations and actually received counseling style) as independent variable, *working alliance* as mediator, and *subjective impairment* at follow-up as DV. The total effect of *group* on *subjective impairment* was not significant,  $B=-1.18$ ,  $p=.619$ , 95%CI[-5.91, 3.54],  $R^2=0.003$ . After entering *alliance* into the model, there was no significant direct path of *group* on *alliance*,  $B=0.044$ ,  $p=.780$ , 95%CI[-0.27, 0.36],  $R^2=.001$ . *Alliance* also did not predict *impairment*,  $B=0.332$ ,  $p=.851$ , 95%CI[-3.19, 3.86], with  $R^2=0.004$ . There was no significant indirect path of *group* via *working alliance* on *impairment*,  $ab=0.015$ , Boot CI[-0.52, 0.77].

A mediation model with *group* as independent variable, *alliance* as mediator, and *satisfaction* (at T3) as DV showed no effect of *group* on *satisfaction*,  $B=0.009$ ,  $p=.916$ , 95%CI[-0.16, 0.18],  $R^2=0.0001$ . After entering *alliance* (mediator) into the model, *group* did not predict *alliance* significantly,  $B=0.050$ ,  $p=.745$ , 95%CI[-0.26, 0.36],  $R^2=0.001$ . However, *alliance* did predict *satisfaction* significantly,  $B=0.297$ ,  $p<.001$ , 95%CI[0.19, 0.40],  $R^2=0.296$ . We found no significant indirect path of *group* via *working alliance* on *satisfaction*,  $ab=0.015$ , Boot CI[-0.08, 0.10] (see S5 – figure 3).

### Discussion

The aim of this study was to contribute to the still rather slim body of research that seeks to elucidate key therapeutic processes using experimental designs. We actively varied the interpersonal therapeutic style in a realistic, non-laboratory setting and our results imply that a single counseling session is effective in reducing impairment caused by an interpersonal conflict. However, this effect – contrary to our hypothesis – was not influenced by the congruency between the specific style and participants' expectations towards it. Thus, violating expectations did not seem to affect participants in their perceived impairment, nor did it influence their satisfaction with the session or the alliance.

### Realization of the two therapeutic styles

Overall, we were able to confirm the experimental variation of the two styles on the basis of the previous study by Schamong et al. (2022) and on the conceptual basis of the interpersonal circumplex (Kiesler, 1983) via adherence ratings by external raters, substantiated by excellent internal consistency and good interrater reliability. In addition, counselors were assessed as more friendly and less hostile by raters on the interpersonal circumplex when applying the relationship-focused style,

which is in line with our theoretical localization of their areas of action within the circumplex (see figure 1). As clients rated counselors significantly more open, trustworthy, and understanding in the relationship-focused condition – in line with our theoretical considerations – we speculate that perception of especially understanding counselors may be substantiated by the explicit use of validation strategies, one goal of which is to convey understanding.

#### **Realization of the experimental manipulation of expectations**

At the same time, results suggest that the manipulation of expectations – attempting to evoke different expectations regarding the therapeutic behavior in the session – was only partially successful. When participants were informed that they would not receive emotional support in the session, some still expected just that from their counselor. Participants may have had a strong desire to receive emotional support and/or had the idea that counseling normally provides such, which prevented them from abandoning these expectations. Also, the somewhat more broadly worded item for expectations of a relationship-focused style (i.e., "The session will help me get emotional support for my problem.") may have been perceived as accurate and true regardless of the instruction received, thus hindering participants from disagreeing with the statement. Overall, it remains unclear whether the priming and manipulation of expectations was unsuccessful or whether the ES simply was not able to capture a successful manipulation.

#### ***Perception and effectiveness of the counseling session***

Regardless of style or induced expectations, participants reported reduced impairment two weeks after the session. Prior studies concerning impairment perceived by physical pain (measured via the PDI) have suggested a change score of 7 to 8.5-9.5 points to be a clinically relevant reduction of impairment (Beemster et al., 2018; Soer et al., 2012). Following these reference values, our mean overall change score of 7.59 can be considered clinically relevant, which constitutes an important extension to its statistical relevance. This result is not entirely consistent with participants not expecting their impairment to decrease when asked immediately after the session. We speculate that the specific techniques counselors applied were effective such that participants actually felt less impaired by the conflict over the subsequent two weeks. The results can be embedded in the existing body of research on single-session psychotherapy and counseling offers, which have shown efficient and effective for a broad range of recipients and content, including interpersonal conflicts (e.g., Bloom, 2001; Brown, 1984; Cardamone-Breen et al., 2018; Pinkerton & Rockwell, 2010).

Importantly, results did not confirm our key hypothesis that if participants' expectations were not met, this would result in reduced success of the counseling session – regardless of the session's content – as we suspected the violation of expectations to be perceived as a rupture within the alliance (Muran et al., 2018). It seems possible that the discrepancy between induced expectations and the actually applied style was simply too small to be noticed and potentially result in discontent, which

appears plausible in view of the only partly successful manipulation of participants' expectations. Relatedly, a general positive attitude towards the session could have outweighed possible violations of expectations, particularly since participants did not have prior experience with psychotherapy, psychiatric treatment or counseling. It seems possible that the sole setting of the counseling session, ergo a counselor listening and interacting for an entire 50 minutes, was in itself so effective and such a positive experience, that the attentional focus may not have lied on the violation of expectations. Also, therapeutic strategies may have been so effective that they outweighed potential effects of disconfirmed expectations, which is supported by the significant reduction of impairment across conditions and the use of evidence-based, widely recommended treatment approaches for interpersonal conflicts throughout. While negatively discerned violations of expectations are provoked by interacting with persons perceived as unfriendly (Burgoon, 2016), counselors were most probably seen as benevolent and friendly in the context of the counseling session. As such, even a clear violation of expectations may have been perceived as purposeful, with positive motives on part of the counselor, like an especially well-thought-out adjustment to a client's individual needs. In sum, results suggest that the effectiveness of a single psychological counseling session might not be compromised if the counseling style is not consistent with participants' initial expectations for the session, as long as the interventions applied are effective. Especially since other follow-up variables (e.g., expected impairment) remained stable, we were surprised that satisfaction with the session was rated lower two weeks after the session compared to directly following it. We speculate that since the PSQ assessed aspects of the session in great detail, an alternative account might be that participants merely did not recall all details. As client satisfaction ratings were still at a high level two weeks after the session, ceiling effects must be taken into account. High client satisfaction is closely related to alliance development and is a predictor of the treatment course and compliance (Moors and Zech, 2017; Roos and Werbart, 2013).

Clients' relatively high alliance ratings after just one psychological counseling session can be aligned with other findings that highlight the importance of the first contact with regard to later alliance quality (Ryan & Cicchetti, 1985; Shaw et al., 2019). We can also relate these results to the significant improvement of client's perceived impairment against the backdrop of research showing that high alliance predicts positive outcomes (Flückiger et al., 2018). Although our analyses did not reveal the predictive value of alliance regarding impairment, we did find alliance to be a significant predictor of client satisfaction at follow-up. This is in line with findings that underline the well-established link between alliance and satisfaction (Roos and Werbart, 2013). The positive alliance perceptions may also be explained by our sample – healthy participants with overall lower levels of interpersonal problems and low expectations of social rejection. This could be seen as an indicator of better trait-like characteristics, implying that clients can form and maintain satisfactory relationships

with others more easily, which can lead to a stronger early alliance (Zilcha-Mano, 2017). In her review, Zilcha-Mano points to a targeted manipulation of the state-like alliance (alliance within the therapeutic relationship and process) to examine effects on outcome (2017). With this study, we pursue this path by actively varying the therapeutic style along the affiliation axis.

We turn to take a closer look at the bond dimension of the alliance. In the case of sessions where participants had received a problem-focused priming, raters perceived the bond significantly higher when expectations were violated than in the case of an expectation-conforming style – ergo when the session’s focus was on emotional support instead of problem-solving and thus a shift towards the friendly pole in the circumplex. Clients did not indicate this but rated the bond higher when being primed with a relationship-focused compared to a problem-focused expectation. The prior instructions may have shifted their attentional focus towards feelings of being emotionally connected to their counselor, but neither the actual therapeutic style nor experiencing a violation of expectations seemed to be decisive. However, we should keep in mind that overall alliance and bond ratings were high across groups – especially amid the shown link to client satisfaction – considering that a counselor’s or therapist’s warmth has shown to impact client satisfaction, the building of a stable alliance, and lower dropout rates (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Dinger et al., 2007; Moors & Zech, 2017, Roos & Werbart, 2013). This may have been similarly perceived as counselors applied therapeutic basic variables such as empathy, congruence and authenticity (Rogers, 1951) in both styles, which were in turn developed on the basis of evidence-based treatment recommendations.

### **Strengths and shortcomings**

We want to highlight the novel experimental research design as a major strength, with the variation of both counseling style and clients’ expectations towards it. We can assume high internal validity due to the study design in itself, specific semi-structured manuals, extensive training, continuous supervision, and validated ratings of a true-to-manual realization. We would also like to point out the use of multiple outcome measures and data points, including a follow-up assessment to assess long-term effects and stability. Due to the natural and realistic character of the sessions with real clients and interpersonal conflicts, our study also holds ecological and external validity. Also, the reduction in participants’ impairment on a statistically and clinically significant level speaks to the effectiveness of our single counseling sessions and holds clinical value.

At the same time, we cannot rule out that the demonstrated reduction in impairment could be explained by spontaneous remission instead of specific contents of the sessions, since we did not include a no-treatment control group. Furthermore, as our sample was healthy by pre-selection and participants self-selected into the study, the generalizability of our results is limited. In addition, our sample size limits its statistical power and may be inadequate to detect an effect, as we did not calculate an a-priori power analysis. From a statistical point of view, one might argue that the data are

nested within counselors, due to our “one-with-many” design (Marcus et al., 2009). Future studies may aim to recruit larger samples to perform hierarchical linear models to account for counselor effects, such as preferences for a certain style and further characteristics. Since counselors could not be blinded with respect to the applied style, there is some risk of possible artifacts by their behavior (e.g., Rosenthal effect; Rosenthal & Fode, 1963). Our counselors were master’s-level students with a focus on clinical psychology and psychotherapy in their studies. As such, results cannot simply be generalized to experienced or licensed psychotherapists or clinical psychologists. We tried to meet possible artifacts proactively via extensive training, supervision on a regular basis, and the verification of manual adherence. Although the vast majority of our measures was well validated, the above discussed problems of the ES pose an additional limitation. Further, we did not assess participants’ expectations prior to the manipulation. This could have revealed information about the general attitude towards one style or the other; yet, we opted against it as we feared to make the expectancy manipulation too obvious, hence raising the risk of demand effects.

### **Implications**

First and foremost – while keeping in mind above limitations – the demonstrated reduction of impairment and overall high satisfaction with a single counseling session bear important clinical implications. We see these as legitimate because although comprising a healthy sample, participants perceived their interpersonal conflict as a psychological burden. As already discussed, our results provide a positive outlook with regard to low-threshold and short-term forms of treatment and support. Considering that especially early alliance predicts subsequent positive outcome (e.g., Zilcha-Mano et al., 2016), our overall high ratings appear promising in terms of possible longer-term positive effects of single/short-term offers. In combination with high manual adherence, it seems possible for master’s students to successfully and effectively conduct such sessions with extensive training and regular, close supervision, entailing additional possibilities for counseling contexts.

It seems promising to further investigate how to maximize the effects of alliance and positive expectations in psychotherapeutic and psychological treatment (see Kirsch et al., 2016). Treatment-relevant considerations based on patients’ expectations could encompass a specific need of a patient for emotional support or on the other hand a focus on specific solution strategies. In many therapy forms and interventions, expectations are already directly or indirectly modified during treatment (e.g., exposure therapy, Craske, 2015; Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, McCullough, 2003). Nonetheless, therapeutic success could be enhanced by explicitly integrating expectations, their maintenance, violation, and modification, such as in expectation-focused psychological interventions (EFPI; Kube et al., 2019; Rief & Glombiewski, 2016). In addressing and modifying unrealistic expectations, self-efficacy of patients, a good working alliance, and motivation for change and therapy can be increased, which in turn can lead to improved outcome.

Therapist and patient may have different perceptions of alliance quality, although the patient perspective – as used in our study – is most predictive of outcome. Hence, it should be continuously monitored throughout therapy. Detecting ruptures within the course of treatment and responding in an empathic and understanding manner seem to be a guiding principle for therapists, as rupture-repair episodes are positively related to successful psychotherapy. First meta-analytic analyses point to positive effects of rupture resolution training and supervision (Safran et al., 2011).

Our novel design could be used as a basis for further research. Clearly, research into the manipulation of expectations and a validation and/or further development of an adequate assessment requires further effort. Transferring the design to conflicts other than interpersonal conflicts – or even to a clinical sample – could broaden the present results. The design bears various possibilities for variations of (a) the therapeutic style and (b) expectations, such as along the agency axis of the interpersonal circumplex or in the level of empathy and/or competence of the counselor.

### **Conclusion**

This study can be seen as one of the first experimental attempts to (a) manipulate two different interpersonal styles and (b) specifically induce expectations towards these styles and either confirm or disconfirm them. As an experimental study with an innovative design, it may provide a basis for further research investigating the intertwined and complex interplay of expectations, interpersonal counseling style and alliance. Furthermore, results are promising in that they suggest that a single counseling session is effective in reducing clients' impairment by a current interpersonal conflict, which appears particularly relevant given the low-threshold and economic nature of one-session psychological counseling.

## References

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251–257. doi: 10.1037//0022-0167.48.3.251
- Auer, C. J., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., Winkler, A., Laferton, J. A. C., Broadbent, E., & Rief, W. (2016). Patients' Expectations Predict Surgery Outcomes: A Meta-Analysis. *International Journal of Behavioral Medicine, 23*(1), 49–62. doi: 10.1007/s12529-015-9500-4
- Beemster, T., van Bennekom, C., van Velzen, Reneman & M., Frings-Dresen, M. (2018). The interpretation of change score of the pain disability index after vocational rehabilitation is baseline dependent. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*. doi: 10.1186/s12955-018-1000-1
- Bloom, B. L. (2001). Focused Single-Session Psychotherapy: A Review of the Clinical and Research Literature. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 1*(1), 75-86. doi.org/10.1093/brief-treatment/1.1.75
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 16*(3), 252–260. doi.org/10.1037/h0085885
- Borkenau, P., & Ostendorf, F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae: Handanweisung*. Hogrefe. doi:10/1026/0084-5345.28.2.145
- Brown, L. M. (1984). A single consultation assessment clinic. *British Journal of Psychiatry, 145*, 558.
- Burgoon, J. K. (2016). *Expectancy Violations Theory*. In C. R. Berger & M. E. Roloff (Hg.), *The Wiley Blackwell - ICA international encyclopedias of communication. The International encyclopedia of interpersonal communication* (p. 1–9). Wiley Blackwell. doi:10.1002/9781118540190.wbeic102
- Cardamone-Breen, M., Jorm, A., & Lawrence, K. A., Rapee, R. M., Mackinnon, A. J., & Hui Yap, M. B. (2018). A single-session, web-based parenting intervention to prevent adolescent depression and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 20*(4), 1-24. doi:10.2196/jmr.9499
- Carkhuff, R. (1969). *Helping and Human Relations*. Vol. I: Selection and Training. Holt, Rinehart & Winston. doi.org/10.1177/000276427001400134
- Caspar, F., Berger, T., Fingerle, H., & Werner, M. (2016). Das deutsche IMI. *PiD - Psychotherapie Im Dialog, 17*(04), e1–e10. DOI: 10.1055/s-0042-105981
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment, 6*(4), 284–290. doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284



- Cohen, J. (1988). *Statistical power for the social sciences*. Laurence Erlbaum and Associates, 98-101.
- Constantino, M. J., Visla, A., Coyne, A. E., & Boswell, J. F. (2018). A Meta-Analysis of the Association between Patients' Early Treatment Outcome Expectation and Their Posttreatment Outcomes. *Psychotherapy, 55*(4), 473–485. doi:10.1037/pst0000169
- Constantino, M. J., Aviram, A., Coyne, A. E., Newkirk, K., Greenberg, R. P., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2020). Dyadic, longitudinal associations among outcome expectation and alliance, and their indirect effects on patient outcome. *Journal of Counseling Psychology, 67*(1), 40–50. doi.org/10.1037/cou0000364
- Craske M, G. (2015). Optimizing Exposure Therapy for Anxiety Disorders: An Inhibitory Learning and Inhibitory Regulation Approach. *Verhaltenstherapie, 25*, 134-143. doi: 10.1159/000381574
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H. U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz, 8*(2), 100-110. doi.org/10.23668/psycharchives.324
- Dinger, U., Strack, M., Leichsenring, F., & Henning, S. (2007). Influences of patients' and therapists interpersonal problems' and therapeutic alliance on outcome in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 17*, 148–159. doi.org/10.1080/10503300600865393
- Elkin, I., Yamaguchi, J. L., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Sotsky, S. M. & Krupnick, J. L. (1999). "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychotherapy Research, 9*(4), 437-451. doi.org/10.1093/ptr/9.4.437
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 55*(4), 316–340. doi.org/10.1037/pst0000172
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A., Wampold, B., Crits-Christoph, P., Atzil Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errazuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J., Strunk, D., & Barber, J. (2020). The Reciprocal Relationship Between Alliance and Early Treatment Symptoms: A Two-Stage Individual Participant Data Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88*, 829–849. doi.org/10.1037/ccp0000594
- Hayes, A.F., 2017. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications.
- Hofmann, S. G., Hayes, S. C. (2019) The future of intervention science: process-based therapy. *Clinical Psychology Science, 7*, 37–50. doi.org/10.1177/2167702618772296
- Horowitz, L.M., Strauß, B., Thomas, A., Kordy, H., 2016. *IIP-D Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme-Deutsche Version* [Inventory for the assessment of interpersonal problems - German version](Vol. 3, rev. 3rd edition). Hogrefe.
- Horvath, A. O., Re, A. C. Del, & Symonds, D. (2011). *Alliance in Individual Psychotherapy. 48*(1), 9–16. doi/10.1037/a0022186

- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W. & Kleinstäuber, M. (2014). The working alliance in a randomized controlled trial comparing Internet-based self- help and face-to-face cognitive behavior therapy for chronic tinnitus. *Internet Interventions*, 1(2), 49-57. doi.org/10.1016/j.invent.2014.04.002
- Joyce, A. S., McCallum, M., Piper, W. E., & Ogrodniczuk, J. S. (2000). Role behavior expectancies and alliance change in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(4), 213–225.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1–27. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214. doi:10.1037/0033-295X.90.3.185
- Kirsch, I., Wampold, B., & Kelley, J. M. (2016). Controlling for the placebo effect in psychotherapy: Noble quest or tilting at windmills? *Psychology of Consciousness: Theory, Research, and Practice*, 3(2), 121–131. doi:10.1037/cns0000065
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kube, T., D’Astolfo, L., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., & Rief, W. (2017). Focusing on situation-specific expectations in major depression as basis for behavioural experiments – Development of the Depressive Expectations Scale. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 336–352. doi.org/10.1111/papt.12114
- Kube, T., Glombiewski, J. A., & Rief, W. (2019). Expectation-Focused Psychotherapeutic Interventions for People with Depressive Symptoms. *Verhaltenstherapie*, 29(4), 281–291. doi.org/10.1159/000496944
- Kube, T., & Rozenkrantz, L. (2020). When Beliefs Face Reality: An Integrative Review of Belief Updating in Mental Health and Illness. *Perspectives on Psychological Science*, 1-28. doi.org/10.1177/1745691620931496
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie?- Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252–263. doi.org./10.1159/000367928
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy*, 38(4), 357–361. doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.357
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *Das State-Trait-Angstinventar*. Beltz.

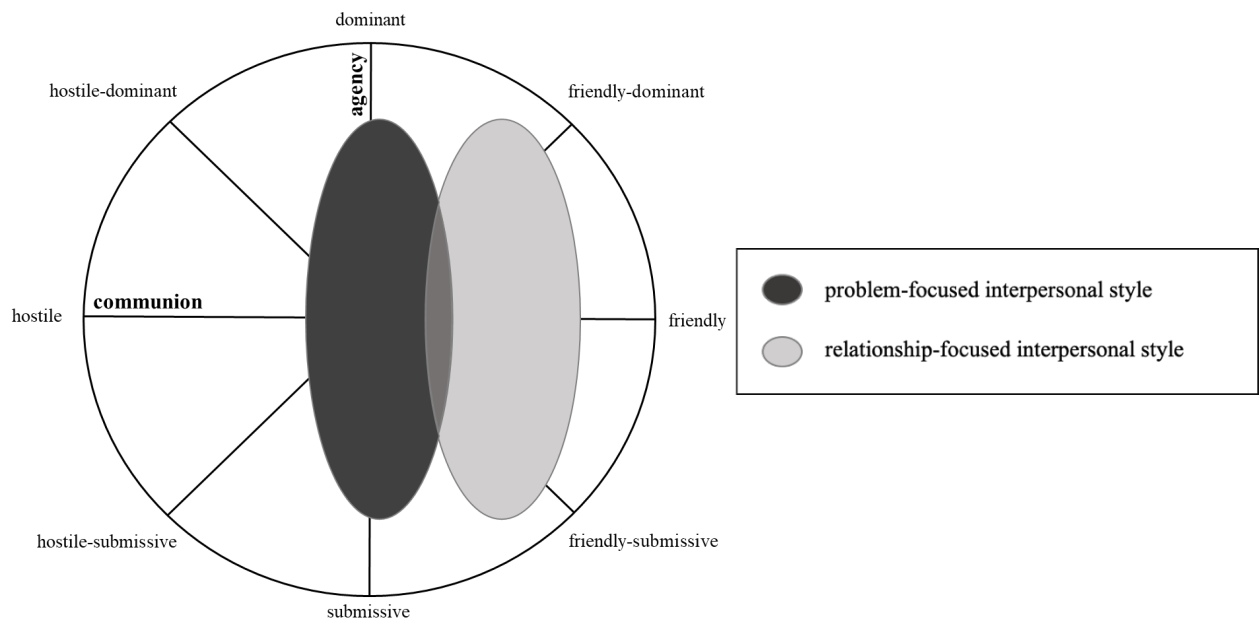
- Leibert, T. W., & Dunne-Bryant, A. (2015). Do common factors account for counseling outcome? *Journal of Counseling and Development, 93*(2), 225–235. doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00198.x
- Linehan, M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press.
- Luka-Krausgrill, U., Wurmthaler, C. & Becker, T. (1994). *Die Beziehung zwischen Schmerzbewältigung, Beeinträchtigung und Depression bei chronischem Schmerz*. In R. Wahl & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltensmedizin chronischer Schmerzen*. Deutscher Ärzteverlag.
- Marcus, D. K., Kashy, D. A., & Baldwin, S. A. (2009). Studying psychotherapy using the one-with-many design: The therapeutic alliance as an exemplar. *Journal of Counseling Psychology, 56*(4), 537–548.
- Marshall, G. N. & Hays, R. D. (1994). *The Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18)*. Rand.
- McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration, 13*(3-4), 241–263. doi:10.1037/1053-0479.13.3-4.241
- Moors, F., & Zech, E. (2017). The effects of psychotherapist's and clients' interpersonal behaviors during a first simulated session: A lab study investigating client satisfaction. *Frontiers in Psychology, 8*(OCT). doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01868
- Mulder, R., Murray, G., & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. *The Lancet Psychiatry, 4*(12). doi:10.1016/S2215-0366(17)30100-1
- Muran, J. C., Safran, J. D., Eubanks, C. F., & Gorman, B. S. (2018). The effect of alliance-focused training on a cognitive-behavioral therapy for personality disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 384-397. doi.org/10.1037/ccp0000284
- Nestoriuc, Y., Rief, W., *Fragebogen zu balancierten Psychotherapieevaluation*, unpublished manuscript.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2010). What works for Whom: Tailoring Psychotherapy to the Person. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 127-132. doi:10.1002/jclp.20764
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). *Psychotherapy Relationships That Work III, 55*(4), 303–315. doi.org/10.1037/pst0000193
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*(2), 109–118.
- Pinkerton, R. S., Rockwell, W. J. K. (2010). Very Brief Psychological Interventions with University Students. *Journal of American College Health, 42*(4), 156-162. doi.org/10.1080/07448481.1994.9939663
- Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the pain disability index. *Perceptual and Motor Skills, 59*(3), 974. doi:10.2466/pms.1984.59.3.974

- Rief, W., Glombiewski, J. A., Gollwitzer, M., Schubö, A., Schwarting, R., & Thorwart, A. (2015). Expectancies as core features of mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *28*(5), 378–385. DOI:10.1097/YCO.0000000000000184
- Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2016). Erwartungsfokussierte Psychotherapeutische Interventionen (EFPI). *Verhaltenstherapie*, *26*(1), 47–54. doi.org/10.1159/000442374
- Rief, W., Shedden-Mora, M. C., Laferton, J A.C., Auer, C., Petrie, K. J., Salzman, S., ... Moosdorf, R. (2017). Preoperative optimization of patient expectations improves long-term outcome in heart surgery patients: Results of the randomized controlled PSY-HEART trial. *BMC Medicine*, *15*(1), 1–13. DOI:10.1186/s12916-016-0767-3
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, *23*, 394–418. doi:10.1080/10503307.2013.775528
- Rosenthal, R., & Fode, K. L. (1963). The Effect of Experimenter Bias on the Performance of the Albino Rat. *Behavioral Science*, *8*(3), 183-189. doi.org/10.1002/bs.3830080302
- Ryan, E. R. & Cicchetti, D. V. (1985). Predicting quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *173*(12), 117- 725. doi:10.1097/00005053-198512000-00002
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, *48*(1), 80–87. doi.org/10.1037/a0022140
- Saile, H. & Dieterich, A. (1992). Familiäre und schmerzbezogene Merkmale aus der Sicht von chronischen Schmerzpatienten und deren Partnern. *PPmP. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, *42*(8), 273-278.
- Schamong, I., Bollmann, S., Struck, N., Kube, T., D'Astolfo, L., & Brakemeier, E.-L. (2022) Can We Modulate Therapeutic Interpersonal Style Experimentally to Address Alliance? A Proof-of-Concept Study. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10308-x>
- Shaw, S. L., Lombardero, A., Babins-Wagner, R. & Sommers-Flanagan, J. (2019). Counseling Canadian Indigenous Peoples: The Therapeutic Alliance and Outcome. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, *47*(1), 49-68. doi.org/10.1002/jmcd.12120
- Soer, R., Reneman, M.F., Vroomen, P.C., Stegeman, P. & Coppes, M.H. (2012). Responsiveness and minimal clinically important change of the Pain Disability Index in patients with cronic back pain. *Spine*, *37*(8). doi:10.1097/BRS.0b013e31822c8a7a
- Truax, C. B. (1962a). *A tentative scale for the measurement of therapist genuineness or self-congruence*. Discussion Papers, Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin, 35.

- Truax, C. B. (1962b). *A scale for the measurement of depth of intrapersonal exploration*. Discussion Papers, Wisconsin Psychiatric Institute, University of Wisconsin, 29.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate : the evidence for what makes psychotherapy work (Second Edi)*. Routledge.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R. & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 247-263. doi:10.1016/0149-7189(83)90005-8
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. & Linster, 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(3), 343-358.
- Ziemelis, A. (1974). Errata: "Effects of Client Preference and Expectancy upon the Initial Interview." *Journal of Counseling Psychology*, 21(3), 258. doi.org/10.1037/h0020011
- Zilcha-Mano, S., Muran, J.C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The Relationship Between Alliance and Outcome: Analysis of a Two-Person Perspective on Alliance and Session Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84(6), 484-496. doi.org/10.1037/ccp0000058
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311–325. doi.org/10.1037/ccp0000058
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Eubanks, C. F., Safran, J. D. & Winston, A. (2018). Not Just a Non-specific Factor: Moderators of the Effect of Within- and Between-Clients Alliance on Outcome in CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 146-158. doi.org/10.1007/s10608-017-9866-5.

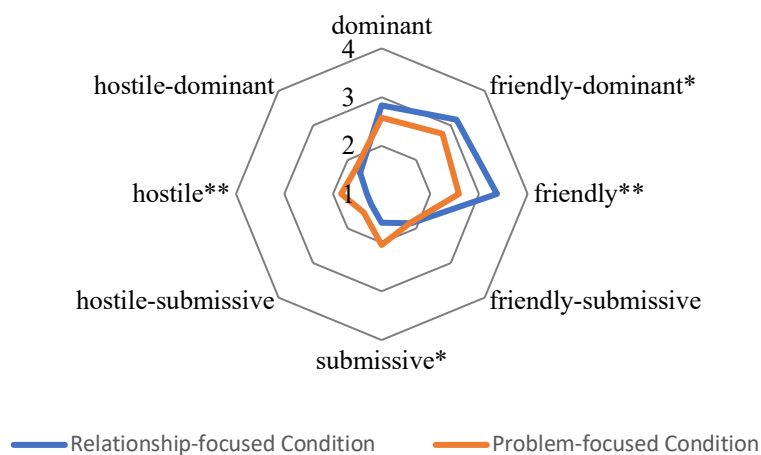
**Figure 1**

*Areas of action of the counselors within the interpersonal circumplex model*



**Figure 2**

*Objective observer ratings of counselors' interpersonal impressions via the Impact Message Inventory*



*Note.* Ratings via the Impact Message Inventory (Kiesler, 1983) for the two counseling styles.

Scale ranges from 1-4 with higher scores indicating a higher degree of the observed interpersonal characteristic. \* $p < .05$ , \*\* $p < .001$

**Table 1**

*Demographic characteristics at baseline for the total sample and each condition*

	Total sample	Prob <sub>con</sub>	Prob <sub>div</sub>	Rel <sub>con</sub>	Rel <sub>div</sub>	Test statistic
Sample size	N = 80	n = 22	n = 22	n = 17	n = 19	$\chi^2(3, N=80) = .900, p = .825$
Age in years, mean (SD), MD=5	31.2 (12.12)	31.0 (9.41)	29.9 (13.38)	30.0 (13.01)	33.9 (13.43)	$F(3, 71) = .41, p = .744$
Sex, female, n (%)	59 (73.8%)	16 (72.7%)	16 (72.7%)	14 (82.4%)	13 (68.4%)	$\chi^2(3, N=80) = .952, p = .813$
Education, n (%)						$\chi^2(12, N=80) = 14.26, p = .284$
High school	33 (41.3%)	6 (27.3%)	11 (50.0%)	9 (52.9%)	7 (36.8%)	
University degree	35 (43.8%)	14 (63.6%)	9 (40.9%)	5 (29.4%)	7 (36.8%)	
Marital status, n (%)						$\chi^2(12, N=80) = 9.62, p = .649$
Married	17 (21.3%)	5 (22.7%)	3 (13.6%)	3 (17.6%)	6 (31.6%)	
Single	30 (37.5%)	6 (27.3%)	8 (36.4%)	9 (52.9%)	7 (36.8%)	
Romantic relationship	30 (37.5%)	10 (45.5%)	10 (45.5%)	5 (29.4%)	5 (26.3%)	
Divorced	2 (2.5%)	1 (4.5%)	-	-	1 (5.3%)	
Widowed	1 (1.3%)	-	1 (4.5%)	-	-	
Occupation, n (%)						$\chi^2(15, N=80) = 15.89, p = .389$
Student	40 (50.0%)	7 (31.8%)	13 (59.1%)	10 (58.8%)	10 (52.6%)	
Employment (fulltime, part-time)	31 (38.8%)	12 (54.5%)	7 (31.8%)	5 (29.4%)	7 (36.9%)	

*Note.* Prob<sub>con</sub> Problem-convergent, Prob<sub>div</sub> Problem-divergent, Rel<sub>con</sub> Relationship-convergent, Rel<sub>div</sub> Relationship-divergent, MD missing data, SD standard deviation; test statistic  $\chi^2$  = Chi-Square Test; F = ANOVA.

**Table 2**

*Psychological and clinical characteristics at baseline for the total sample and each condition*

	Total sample		Prob <sub>con</sub>		Prob <sub>div</sub>		Rel <sub>con</sub>		Rel <sub>div</sub>		Test statistic
Personality traits (NEO-FFI) <sup>a</sup>											
Neuroticism	36.64 (8.42)	39.82 (8.37)	35.73 (8.49)	41.06 (5.33)	30.05 (6.56)	$F(3,76) = 8.42, p < .001$					
Extraversion	38.86 (7.53)	37.14 (8.46)	38.86 (7.72)	39.59 (7.98)	40.21 (5.74)	$F(3,76) = .63, p = .597$					
Openness to experience	44.61 (5.99)	44.91 (5.45)	44.09 (7.14)	43.30 (6.50)	46.05 (4.65)	$F(3,76) = .706, p = .551$					
Agreeableness	44.43 (6.13)	42.95 (7.23)	46.41 (4.88)	42.47 (5.09)	45.58 (6.39)	$F(3,76) = 2.07, p = .111$					
Conscientiousness	43.96 (7.85)	43.68 (8.98)	42.14 (5.50)	45.47 (8.61)	45.05 (8.22)	$F(3,76) = .730, p = .537$					
State-Trait Anxiety (STAI) <sup>b</sup>	47.95 (10.73)	51.45 (12.30)	47.14 (7.07)	49.35 (10.45)	43.58 (11.65)	$F(3,76) = 2.05, p = .114$					
Depression (PHQ-9) <sup>c</sup>	8.74 (4.75)	9.41 (6.09)	7.95 (3.59)	10.76 (3.99)	7.05 (4.26)	$F(3,76) = 2.29, p = .086$					
Subjective impairment (PDI-m) <sup>d</sup>	26.20 (12.68)	28.45 (12.02)	28.14 (15.42)	24.00 (9.59)	23.32 (12.39)	$F(3,76) = .90, p = .446$					
Expected subjective impairment (PDI-e) <sup>e</sup>	15.29 (7.98)	18.73 (10.57)	13.00 (5.72)	14.82 (6.32)	14.37 (7.34)	$F(3,76) = 2.16, p = .100$					
Interpersonal problems (IIP) (MD=38) <sup>f</sup>	1.39 (0.43)	1.36 (0.31)	1.54 (0.41)	1.56 (0.52)	1.06 (0.32)	$F(3,38) = 3.22, p = .033$					
Expected working alliance (WAI-e) (MD=38) <sup>g</sup>	3.60 (0.55)	3.59 (0.52)	3.58 (0.51)	3.80 (0.63)	3.43 (0.54)	$F(3,38) = .788, p = .508$					
Bond	3.57 (0.69)	3.33 (0.62)	3.30 (0.87)	3.98 (0.55)	3.75 (0.43)	$F(3,38) = 2.73, p = .058$					
Tasks	3.57 (0.69)	3.77 (0.53)	3.59 (0.53)	3.58 (0.91)	3.25 (0.75)	$F(3,38) = 1.00, p = .403$					
Goals	3.68 (0.66)	3.67 (0.62)	3.84 (0.52)	3.88 (0.71)	3.28 (0.73)	$F(3,38) = 1.72, p = .180$					
Expectations towards session <sup>h</sup>	11.78 (2.27)	11.91 (2.64)	11.86 (1.96)	12.24 (1.86)	11.11 (2.49)	$F(3,76) = .818, p = .488$					
Expectations on social rejection (MD=38) <sup>i</sup>	1.80 (0.55)	2.19 (0.67)	1.84 (0.41)	1.49 (0.36)	1.58 (0.43)	$F(3,38) = 4.55, p = .008$					



**Table 2 (continued)**

*Psychological and clinical characteristics at baseline for the total sample and each condition*

Note. Total sample of N=80. Prob<sub>con</sub>(n=22), Prob<sub>div</sub>(n=22), Rel<sub>con</sub>(n=17), Rel<sub>div</sub>(n=19)

<sup>a</sup> NEO-Five-Factor-Inventory (NEO-FFI), range 0-60

<sup>b</sup> State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI), range 20-80

<sup>c</sup> Patient-Health Questionnaire (PHQ-9), range 0-27

<sup>d</sup> Subjective impairment - Pain Disability Index (PDI-m), range 0-70

<sup>e</sup> Expected subjective impairment - Pain Disability Index (PDI-e), range 0-70

<sup>f</sup> Inventory of interpersonal problems (IIP), range 0-4

<sup>g</sup> expected working alliance (WAI-SR-e), range 1-5

<sup>h</sup> Expectations towards session, range 0-15

<sup>i</sup> Expectations on social rejection (DES), range 1-5

Prob<sub>con</sub> Problem-convergent, Prob<sub>div</sub> Problem-divergent, Rel<sub>con</sub> Relationship-convergent, Rel<sub>div</sub> Relationship-divergent, MD missing data.

**Table 3**

*Descriptive values for expectation, counseling style and subjective impairment*

Expectation manipulation	Therapeutic style	Prior to session (T1)	Follow-up to session (T3)
Rel <sub>foc</sub>	Rel <sub>foc</sub>	23.63 (9.77)	18.38 (12.00)
	Prob <sub>foc</sub>	27.57 (15.57)	19.62 (12.38)
Prob <sub>foc</sub>	Prob <sub>foc</sub>	26.90 (9.81)	18.33 (8.01)
	Rel <sub>foc</sub>	21.59 (11.92)	13.47 (7.17)
Total		25.19 (12.14)	17.60 (10.22)

*Note.* N=75. Mean sum scores of the PDIm (Pain Disability Index, momentary impairment) with standard deviations in parentheses are provided. Values range from 0 to 70.

Rel<sub>foc</sub> = relationship-focused condition, Prob<sub>foc</sub> = problem-focused condition.

**Supplemental Material**

**S1 – Figure 1**

*Adapted Balanced Placebo Study Design*

		Received therapeutic style	
		Problem-focused	Relationship-focused
Expected therapeutic style	Problem-focused	Prob <sub>con</sub>	Prob <sub>div</sub>
	Relationship-focused	Rel <sub>div</sub>	Rel <sub>con</sub>

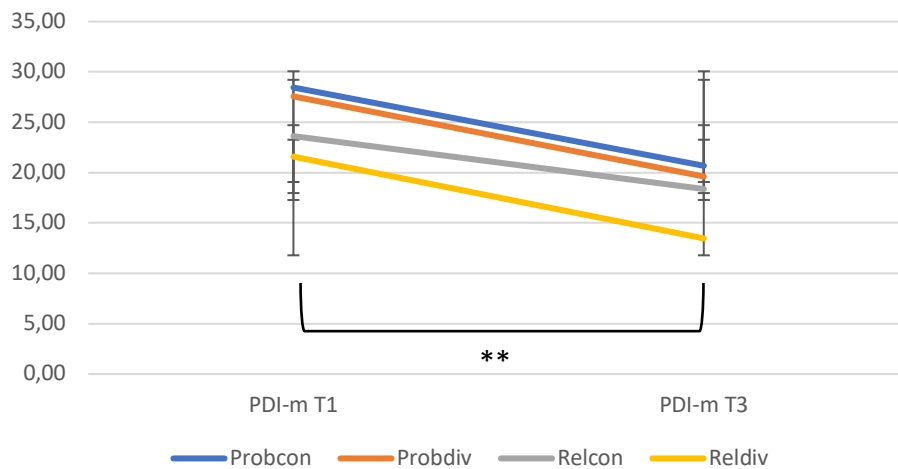
*Note.* prob<sub>con</sub> = problem-convergent, prob<sub>div</sub> = problem-divergent, rel<sub>con</sub> = relationship-convergent, rel<sub>div</sub> = relationship-divergent.

**S2 - Additional client assessment of counselors**

Within a semantic differential with the poles „open“ and „withdrawn“, counselors were rated significantly more “open” in the rel<sub>foc</sub> condition (57.1%) than in the prob<sub>foc</sub> condition (28.6%),  $r=.304$ ,  $p=.025$  (one-sided testing) by clients. Similar results were found for the dimension of „trustworthy“ vs. „doubtful“, where 90.5% rated counselors as „trustworthy“ in the rel<sub>foc</sub> condition, compared to 61.9% in the prob<sub>foc</sub> condition,  $r=.318$ ,  $p=.040$  (two-sided testing). In addition, 71,4% of clients in the rel<sub>foc</sub> condition rated counselors „understanding“ (within the domain of “understanding” vs. „condemning“) in comparison to 47.6% within the prob<sub>foc</sub> condition,  $r=.324$ ,  $p=.036$  (two-sided testing).

### S3 – Figure 2

*Differences in sum scores of the subjective impairment at T1 and T3 for each group separately*



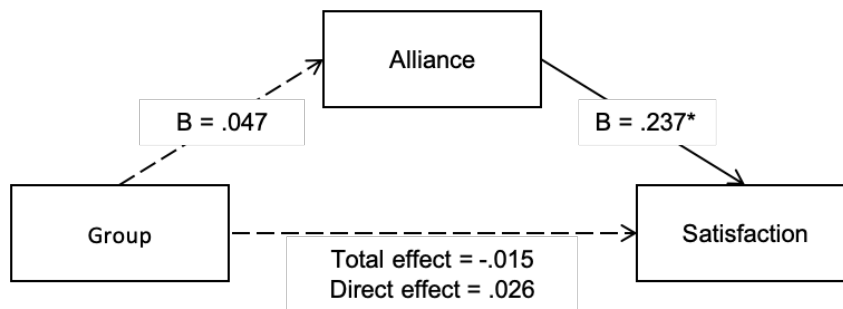
*Note.* Values range from 0 to 70. *Prob<sub>con</sub>* Problem-convergent, *Prob<sub>div</sub>* Problem-divergent, *Rel<sub>con</sub>* Relationship-convergent, *Rel<sub>div</sub>* Relationship-divergent.

### S4 – Expected impairment

The *time by counseling style by expectation* 2x2x2 ANOVA revealed no significant effect of *time*,  $F(2,142)=1.89$ ,  $p=.156$ , partial  $\eta^2=.026$ , nor of *counseling style*,  $F(1,71)=0.12$ ,  $p=.733$ , partial  $\eta^2=.002$ , nor of *expectation*,  $F(1,71)=1.73$ ,  $p=.193$ , partial  $\eta^2=.024$ . In addition, there were no significant interaction effects of *time* and *counseling style*,  $F(2,142)=1.40$ ,  $p=.250$ , partial  $\eta^2=.019$ , *time* and *expectation*,  $F(2,142)=0.70$ ,  $p=.494$ , partial  $\eta^2=.01$ , nor *counseling style* and *expectation*,  $F(1,71)=3.68$ ,  $p=.059$ , partial  $\eta^2=.049$ . Analyses also showed no significant interaction between *time*, *counseling style*, and *expectation*,  $F(2,142)=.396$ ,  $p=.674$ , partial  $\eta^2=.006$ . That means, analyses did not confirm the expected effect of violated expectations on expected impairment.

S5 – Figure 3

Mediation model for the indirect effect of group via alliance on client satisfaction with the session.



Note. *Group* (consistency vs. inconsistency between prior expectations and actually received counseling style) is included as independent variable, *alliance* (at T2) as mediator, and *satisfaction* at follow-up as DV. Regression coefficients and total/direct effects are reported. Continuous lines represent significant paths; dotted lines symbolize non-significant paths.  $*p < .001$ .

Schamong, I., Wagner, H., Feldmann, M., Hof, J. - T., Struck, N., Netter, A. - L., Gärtner, T., Brakemeier, E. - L. (submitted). Untangling the therapeutic alliance – a state-trait approach in patients with persistent depressive disorder. *Psychotherapy Research*.

### **Untangling the alliance – a state-trait approach in patients with persistent depressive disorder**

Isabel Schamong<sup>1</sup>, Helena Wagner<sup>1</sup>, Matthias Feldmann<sup>1</sup>, Jörg-Tobias Hof<sup>2,3</sup>, Nele Struck<sup>1</sup>, Anna-Lena Netter<sup>1</sup>, Thomas Gärtner<sup>3</sup>, and Eva-Lotta Brakemeier<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps University Marburg, Germany

<sup>2</sup>Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, University of Greifswald, Germany

<sup>3</sup>Schön Clinic Bad Arolsen, Germany

#### **Author Note**

We would like to cordially thank Andrea Nogueira Correia, Romana Gödecke, Joan Jill Bonengel, and Sören Lauff who supported data collection. Furthermore, we are much obliged to all study therapists and participants who took part in this study and we would like to thank the Schön Clinic Bad Arolsen for enabling and supporting the study. We have no conflicts of interest to disclose.

Correspondence concerning this article should be addressed to Isabel Schamong, Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Philipps University Marburg, Gutenbergstraße 18, 35032 Marburg, Germany. Email: isabel.schamong@staff.uni-marburg.de

#### **Abstract**

**Objective:** The therapeutic alliance has robustly shown moderate effects on outcome. However, there are no clear and exhaustive answers regarding underlying mechanisms of change. A recent model differentiates between (1) state-like alliance (direct patient-therapist interaction), and (2) trait-like alliance (overall ability to form satisfying relationships). The aim of this study is to test this state-trait approach in patients with persistent depressive disorder (PDD) being treated with the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP).

**Method:** Data was collected at weekly measurement points from patients with PDD (N=84) receiving a six-week inpatient CBASP-program. Path- and mediation models were tested to analyze how the state-like alliance (Working Alliance Inventory) and trait-like alliance (Inventory of Interpersonal Problems) influenced each other and in turn depressive symptomatology (Beck Depression Inventory-II).

**Results:** As hypothesized, the Working Alliance Inventory significantly predicted subsequent depressive symptom severity at several time points. The Inventory of Interpersonal Problems partially mediated this link and changes herein showed a positive effect on depressive symptoms.

**Discussion:** Results support the fit of the state-trait approach to alliance for this sample of PDD patients. Our study may provide preliminary evidence for the change mechanism of corrective relationship experiences proposed by the CBASP treatment approach.

**198 words**

*Keywords:* therapeutic alliance, psychotherapy process research, trait-state-like alliance, alliance-outcome association, persistent depressive disorder, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)

### **Untangling the alliance – a state-trait approach in patients with persistent depressive disorder**

#### **Clinical or Methodological Significance of this Article**

Our study provides preliminary evidence for an interpersonal change mechanism of the therapeutic alliance, such that both state-and trait-like components contribute to symptom improvement. These results lend empirical support to the idea that changes in the therapeutic alliance impact patients' overall interpersonal skills, which in turn leads to symptom reduction. This lends initial support to the pivotal role of the change mechanism of corrective relational experiences proposed by the CBASP treatment approach. Thus, it may be valuable to systematically monitor alliance and interpersonal problems and incorporate them into the therapeutic process through feedback in order to better tailor therapy to patients' individual needs.

#### **Objective**

In psychotherapy research, the therapeutic alliance can be considered the most researched and robust common factor (Norcross & Lambert, 2018; Wampold & Imel, 2015). Meta-analyses show moderate effects on therapeutic outcome (see Flückiger et al., 2018 [ $r = .278$ ,  $d = .579$ ]; Flückiger et al., 2020a [range from  $r = .23$  to  $r = .31$ ]), with a considerable variance in effect sizes across studies and meta-analyses (Flückiger et al., 2018; Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Kazantzis et al., 2018; Martin et al., 2000). This may be attributed in part to differences in underlying theoretical conceptualizations and in its operationalization, such as measurement time points, raters, and instruments (Flückiger et al., 2018; Kazantzis et al., 2018). Meta-analytic findings show a positive upward spiral, such that improved alliance and symptoms in one session lead to improved alliance and symptoms in the following session, in turn linked to an improved overall outcome (Flückiger et al., 2020b). Especially early alliance seems to be positively linked to therapeutic success (e.g., Flückiger et al., 2020b; Zilcha-Mano et al., 2016). However – despite a large body of research – there is still no clear

answer to the question of the specific mechanisms by which the alliance unfolds its effect in the therapeutic process (Zilcha-Mano, 2017; Zilcha-Mano & Webb, 2021).

Research efforts have investigated possible mediators and moderators of the alliance-outcome link. There is evidence for a stronger link in patients with personality pathology (De Bolle et al., 2010; Falkenström et al., 2013) and the link was exclusively found in patients with impaired attachment experiences in contrast to positive ones (Zack et al., 2015). Patients with longer treatment duration and more severe symptoms appear to benefit more from a good alliance (Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015). Regarding depressive disorders, the alliance might be especially relevant for patients with chronic and recurrent depression (Arnow et al., 2013).

The alliance has to be seen as a dyadic and dynamic construct, to which both therapist and patient contribute (Barber, et al., 2010). Henry & Strupp (1994) argue that the building of a viable therapeutic relationship – and thus a positive treatment outcome – depends on both existing patient characteristics (e.g., their interpersonal style) and appropriate therapeutic input. A patient's interaction with the therapist facilitates corrective relationship experiences that can lead to new internalized representations of others, which in turn lead to a reduction in symptoms (Castonguay & Hill, 2012; Constantino et al., 2002). This implies that a viable alliance presents a new and corrective interpersonal experience (Castonguay & Hill, 2012; Safran & Muran, 2000), which is in line with the idea that alliance can generate change by interpersonal means (Zilcha-Mano, 2017).

Zilcha-Mano (2017) proposes the alliance to consist of two main components: (1) a trait-like component, which reflects the overall ability of a person to form satisfying relationships with others, and (2) a state-like component, which comprises the direct interaction with the therapist and the development of that therapeutic relationship. She suggests that the trait-like component enables treatment to be effective and affects the relationship with the therapist, while the state-like component makes alliance therapeutic in itself. Underlying this is the overall proposed distinction between state-like and trait-like mechanisms of change in psychotherapy, with state-like components referring to within-patient changes over the course of treatment and trait-like components to between-patient differences (Zilcha-Mano, 2020; Zilcha-Mano & Webb, 2021).

The state-like alliance component can be operationalized by directly measuring within-patient changes in the therapeutic alliance. For the present study, we used the pan-theoretical model of the working alliance by Bordin (1979), who defines a good alliance via three components: (1) agreement about *goals* between therapist and patient, (2) agreement about *tasks*, and (3) an emotional *bond*. This conceptualization has been widely used and provides a very robust definition (Hatcher & Barends, 2006). There is empirical support that alliance in itself can bring about therapeutic change – ergo that state-like changes in alliance predict outcome, independent of a patient's general ability to form good



alliances, i.e. their trait-like component (Falkenström et al., 2013; Zilcha-Mano et al., 2015; Zilcha-Mano, 2017; Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015).

At the same time, studies support the idea that trait-like characteristics influence the state-like alliance, as patients' pretreatment interpersonal characteristics show predictive value regarding the alliance quality (Zilcha-Mano, 2017). In detail, insecure representations of others predicted weaker alliance (Bernecker et al., 2014; Diener et al., 2009; Smith et al., 2010), as did interpersonal distress (Constantino et al., 2008; Renner et al., 2012).

To go a step further and investigate whether the trait-like component specifically predicts outcome, empirical studies have used different operationalizations to separate it from the state-like component. For example, the trait-like component was measured using the level of alliance early in treatment and was found to significantly predict outcome (Hoffart et al., 2013; Horvath et al., 2011; Zilcha-Mano & Errázuriz, 2015). This operationalization has the advantage of eliminating state-like changes later in treatment but could be confounded by possibly measuring patient's early alliance perception with their particular therapist, which might entail early state-like components instead of patients' general ability to form relationships (Zilcha-Mano, 2017). In another approach, Zilcha-Mano et al. (2015) used the mean alliance level that a patient formed with the therapist, which also predicted outcome, but could be biased by therapist effects. Alternatively, measuring alliance prior to therapy (i.e., expected alliance) revealed the trait-like component to be a predictor of later alliance, but not a predictor of outcome (Barber et al., 2014; Hilsenroth et al., 2004). However, the authors suggest that the expected alliance may be rooted in patients' hopes and wishes and may even be confounded by features of the intake practitioner. Inconsistencies and shortcomings in operationalizing the trait-like alliance component could explain the challenges in revealing a link to therapeutic outcome. Nevertheless – and as demonstrated earlier – numerous studies have found an association between the therapeutic alliance and an interpersonal component and/or characteristics (Bernecker et al., 2014; Dinger et al., 2013; Hersoug et al., 2009; Renner et al., 2012; Smith et al., 2010). As this seems to be independent of above discussed limitations, a promising approach might be to capture the trait-like component through the interpersonal problems a person self-reports (as in the Inventory of Interpersonal Problems, IIP). Indeed, Renner et al. (2012) found that for patients with recurrent major depression, high levels of interpersonal distress (as in the IIP) were negatively linked to symptom improvement and the therapeutic alliance. Through outpatient cognitive therapy, interpersonal distress decreased, while interpersonal style (i.e. agency and communion of patients) did not change significantly. This suggests that interpersonal distress may be more sensitive to change than interpersonal style. As such and following Zilcha-Mano's model (2017), we want to operationalize the trait-like component in the present study by means of interpersonal problems using the IIP (see *discussion* for further elaboration).

Alliance may function as an interpersonal change agent as well as a prerequisite for the success of treatment strategies (Coyne et al., 2019). This seems especially relevant for patients with PDD, who report many interpersonal problems and for whom a deficit in interpersonal functioning is assumed to contribute to the maintenance of the disorder (Bird et al., 2018; McCullough, 2003). The founder of the PDD specific Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) – James McCullough – describes patients' interpersonal style as primarily hostile-submissive (2003), which is supported by a recent meta-analysis that found elevated levels of hostile and submissive behavior in patients with PDD (Bird et al., 2018). McCullough hypothesizes that such behavior is grounded in interpersonal fear-avoidance and perceived disconnection from the social environment (2003). Indeed, patients with PDD show higher levels of interpersonal fears and preoperative thinking when compared to patients with episodic depression (Klein et al., 2020b). In addition, for many patients with PDD, childhood maltreatment (CM) can be linked to the disorder (Klein et al., 2020b; Struck et al., 2020) and CM in turn can be linked to interpersonal problems (e.g., Huh et al., 2014).

The CBASP approach focuses on interpersonal problems and has been shown to be effective in reducing depressive symptomatology in PDD patients (for a review see Negt et al., 2016). To overcome preoperative thinking patterns and interpersonal barriers and problems, CBASP directly addresses the state-like alliance. Therapists explicitly instrumentalize and integrate a therapeutic stance centered around *disciplined personal involvement* (DPI). For instance, consider a patient who expects to be rejected if he makes mistakes or has any negative emotions arise (i.e., as a child, his mother always left the room or turned away when he cried). When a similar initial situation comes up in the therapy session (i.e., patient starts to cry), the therapist may disclose empathy, signal closeness, and thus positive, secure experiences in the therapeutic dyad. These are contrasted against patients' negative, harmful early experiences with significant others (i.e., while the mother abandoned the patient in the past, the therapist is emotionally attentive). The aim is to enable corrective relationship experiences to overcome entrenched patterns and negative relationship expectations (i.e., new experiences of sympathy and caring instead of rejection)– leading to changes in the trait-like alliance. Accordingly, a reduced ability of PDD patients to form satisfying interpersonal relationships – ergo trait-alliance – may contribute to the development and maintenance of the disorder. A viable alliance with the CBASP therapist – ergo state-alliance – could lead to an improved trait-alliance, which in turn might be linked to symptomatic change (Zilcha-Mano, 2017).

Studies that have examined the influence of an interpersonal component in CBASP therapy for PDD patients provide evidence for this theoretical construct. Klein et al. (2020a) showed that the link between treatment type and outcome was mediated by the sequential indirect effect of improvements in the state-like alliance and a reduction in the trait-like subscale of social inhibition in the IIP. In

addition, Constantino et al. (2016) found that the effect of state-like alliance on depressive symptomatology was mediated by a reduction of a trait-like hostile-submissive relationship style.

While these results argue for the path proposed by Zilcha-Mano (2017) – namely, that state-like changes lead to trait-like changes, which in turn bring about symptomatic changes, they do not refer directly to the proposed state-trait model. In addition, the two studies use interpersonal subscales instead of considering the overall interpersonal problems. To our knowledge, there is no study yet that directly applies her model onto the subgroup of patients with PDD. Therefore, the present study wants to build on underlying CBASP mechanisms and previous findings by applying and testing the state-trait-model in a clinical inpatient sample of patients with PDD, treated with a CBASPersonalized approach over the course of six weeks (with weekly time points from T1 to T6). First, we aim to replicate the finding of a positive influence of the state-like alliance (working alliance) on therapeutic outcome (depressive symptom severity) in a clinical sample of patients with PDD. We hypothesize that a higher state-like alliance at one time point (T1, T2, T4) has a negative effect on symptom severity (ergo reduced symptom severity) at the following time point (T2, T4, T6). We also hypothesize that the state-like alliance and positive changes herein (baseline at T1 and change scores between T1 to T3 and T3 to T5) have a positive effect on change in depressive symptoms (from T1 to T6). We also want to investigate the influence of patients' trait-like characteristics (operationalized by overall interpersonal problems) on the state-like alliance and therapeutic outcome. We hypothesize that the positive link between the state-like component and changes herein (at T1 and changes between T1 and T5, T1 to T3 and T3 to T5) and depression change (from T1 to T6) is partially mediated by positive changes in the trait-like component (from T1 to T6). Finally, in an exploratory manner, we want to explore if a positive change in the trait-like alliance (from T1 to T6) has a positive effect on symptom change (from T1 to T6) and whether this link is mediated by positive changes in the state-like alliance (from T1 to T6).

## **Method**

### **Participants and Procedure**

Data for the present study were drawn from a mono-site routine care treatment study that examines the feasibility and effectiveness of a six-week inpatient treatment with subsequent six-to-twelve-week blended online continuation for patients with PDD (CBASPersonalized, including CBASPersonalized@home, registered at ClinicalTrials.gov: NCT03616665). Inclusion criteria were (1) a primary diagnosis of PDD (according to DSM-5), (2) experiences of childhood maltreatment (CM of at least one type, at least 'often true' for physical neglect, at least 'sometimes true' for emotional neglect and abuse, at least 'rarely true' for sexual and physical abuse; measured with the Childhood Trauma Screener; Glaesmer et al., 2013), (3) abstinence from alcohol during treatment, (4) sufficient German language skills, and (4) the possession of a smartphone or computer with internet access (in order to

participate in the online continuation-treatment, for more details see [ClinicalTrials.gov: NCT03616665](https://ClinicalTrials.gov/NCT03616665)). Participants with comorbid disorders were included to enhance external validity, except when meeting criteria of a comorbid life-time diagnosis of schizophrenia or schizoid, schizotypal, or antisocial personality disorder (according to DSM-IV), or acute suicidality at first assessment. 84 participants were included in these analyses (due to missing data; see *statistical analyses* for detailed explanations). Demographic statistics can be found in table 1, which also gives an overview of all relevant clinical characteristics at baseline. Participants were between 18 and 62 years old ( $M=42.8$  years,  $SD=12.8$ ) and 72% female. Primary diagnoses were assessed via the DSM-IV and encoded on the basis of a life chart diagnosis according to DSM-5 (61% PDD, 39% recurrent MDD). With regard to CM (assessed via the Childhood Trauma Questionnaire, CTQ-SF; Bernstein et al., 2003; German version: Wingenfeld et al., 2010), 53.5% reported having experienced at least moderate emotional abuse, 24.7% at least moderate physical abuse, 17.8% at least moderate sexual abuse, 42.7% at least moderate emotional neglect, and 84.6% at least moderate physical neglect (after Häuser et al., 2011).

***Insert Table 1.***

The research procedure and treatment protocol are presented in more detail at [ClinicalTrials.gov \(NCT03616665\)](https://ClinicalTrials.gov/NCT03616665). After admission for inpatient CBASP treatment, patients were invited to participate in the study on voluntary basis. Interested patients received detailed information about the study. For those who agreed to participate, we obtained informed consent by all participants and checked inclusion and exclusion criteria as well as possible comorbid disorders within two extensive diagnostic appointments. The standard treatment duration was six weeks, with 27 patients having their stay extended by one week and two patients by two weeks. Patients completed questionnaires weekly at six time points (weekly study visits starting with T1 (pre-treatment) and ending with T6 (post-treatment)). The following instruments were used in our analyses: WAI, IIP and BDI-II (measurements time points are described in more detail under *measures*). As already described briefly before, CBASP is a manualized and structured psychotherapeutic treatment approach for the treatment of patients with PDD that focuses on interpersonal learning (McCullough, 2003). It incorporates strategies such as situational analyses as well as the formulation of causal conclusions (called “imprints”) by significant others and transference-based hypotheses for a better understanding of own behavioral and thinking patterns. The CBASP therapist uses above-mentioned disciplined personal involvement – e.g., using interpersonal discrimination exercises – in order to target patients’ reduced interpersonal functioning. The CBASP personalized inpatient treatment program is based on the CBASP inpatient program (Brakemeier et al., 2015; Brakemeier, Guhn & Normann, 2021). The original

program includes single and group CBASP psychotherapy (e.g. situational analyses, psychoeducative group, Kiesler Circle Training, group interpersonal mindfulness, and group body centered Kiesler Circle training). CBASP-specific strategies were augmented with evidence-based techniques and modules tailored to patients' individual needs and comorbidities based on clinical decision rules: e.g., if a patient had a comorbid anxiety disorder, the therapist added exposure-based techniques to the treatment plan; if a patients struggled to cope with resistant problems like chronic pain, strategies from the Acceptance and Commitment Therapy by Hayes and colleagues (2009) were used; if a patient displayed posttraumatic stress symptoms, exposure and rescripting techniques by Schmucker & Köster (2014) were applied; and if patients exhibited difficulties in regulating intense emotions, the therapist applied interventions to strengthen emotional and stress regulation from Dialectic Behavioral Therapy by Linehan (2018). The specific need and use of additional modules were assessed by disorder-specific diagnostic assessment and clinical judgment. In addition to the above, progressive muscle relaxation (PMR) group sessions, physical exercise group, creative therapy, and if needed physical therapy, psychopharmaceutical treatment, and social counseling were part of patients' treatment plans. The entire multiprofessional therapeutic team received extensive CBASP training prior to study start and once a year during the course of the study by ELB. In addition, ELB conducted regular CBASP supervision to ensure standardized, adherent and high-quality treatment.

## **Measures**

### ***Beck Depression Inventory II***

In order to assess severity of depressive symptoms, we used the BDI-II (Beck et al., 1996; German version: Hautzinger et al., 2006), which was administered at T1, T2, T4, and T6. The 21-item self-report questionnaire uses a 4-point Likert scale and produces an overall sum score. In this sample, internal consistencies were good to excellent ( $\alpha = .85$  to  $\alpha = .93$ ).

### ***Working Alliance Inventory – short form revised (WAI-SR)***

The 12-item German patient version of the WAI-SR (Hatcher & Gillaspay, 2006) was used to weekly measure the quality of the working alliance (state-like component of the alliance) at T1 to T6. The self-rated questionnaire is based on Bordin's pan-theoretical concept (1979) and includes three subscales of therapist-patient agreement regarding *goals*, *tasks* and the emotional *bond*. The alliance is rated on a 5-point Likert scale from 1 (seldom) to 5 (always) with higher scores reflecting better alliances. According to Jasper et al. (2014), mean values can be interpreted as follows: low (1.00-2.44), moderate (2.45-3.44), or high (3.45-5.00). The WAI-SR is well validated, with strong evidence for convergent, discriminant, and predictive validity (Wilmers et al., 2008). In the present study, internal consistency was good to excellent ( $\alpha$  ranging from .89 to .96).

### ***Inventory of Interpersonal Problems (IIP)***

Interpersonal problems (ergo the trait-like alliance component) were assessed using the German short form (32 items) of the IIP (Horowitz et al., 2016) at T1 and T6. The 32-item questionnaire is rated on a 5-point Likert scale from 0 (not at all) to 4 (extreme). It is based on the Interpersonal Circumplex Model by Kiesler (1983) and assesses interpersonal behavior on eight domains and an overall score for interpersonal problems. We used the overall sum score with acceptable to good internal consistencies in this sample ( $\alpha = .77$  at T1,  $\alpha = .85$  at T6).

### **Statistical Analyses**

Data analyses were performed using the statistics program IBM SPSS Statistics Version 27, the macro PROCESS for SPSS (Hayes, 2018), and the lavaan package for R Studio (RStudio Team, 2020; Rosseel, 2014). All hypotheses were tested at an alpha level of  $\alpha = 95\%$  ( $p = .05$ ). First, the dataset was analyzed for missing data, which revealed a considerable reduction of participants having complete datasets (originally 150 incomplete cases to 63 complete cases). Missing data values were analyzed descriptively through a missing pattern, showing large variance of missing values between individual questionnaires and measurement times (from 14.1% for BDI-II at T1 to 44.3% for WAI at T5). The Little MCAR test showed that the MCAR assumption was fulfilled ( $Chi^2(12255) = 7533.55, p = 1.000$ , at  $\alpha = .05$ ). However, for the considerable amount of missing data (58%), a complete imputation is not recommended due to possible artificial biases (see Jakobsen et al., 2017). Therefore, we examined the structure of the missing pattern in an iterative manner to select the data which could be imputed at a reasonable level (see Jakobsen et al., 2017). For this reduced dataset (84 cases with partially missing data), the Little MCAR Test ( $Chi^2(82) = 94.68, p = .160$ , at  $\alpha = .05$ ) showed that the MCAR assumption was fulfilled. We therefore performed multiple imputations for the reduced dataset (possible for 21 cases).

Subsequently, the data was analyzed graphically via box plots for each test to identify possible outliers and extreme values. This resulted in some outliers ( $z \geq |1.96|$ ), but no extreme values ( $z \geq |3.29|$ ), which were included in the data set to avoid artificial bias. Additionally, the variables were z-standardized for better comparability, and subtraction variables were generated according to the hypotheses. Normal distribution was also checked graphically by applying QQ diagrams and box plots and could be assumed.

We conducted bivariate Pearson correlations for all variables at interest and their pre-post change scores in order to obtain an overview of all possible correlations. Subsequently, we computed pre-post effect sizes. To test the main hypotheses, we performed two path and two mediation analyses. Prior, we performed a general path analysis testing fit of the data to the models (see path model 1 in figure 1). The effects of the path analyses are classified according to Acock (2014) from  $\beta < 0.2 = \text{weak}$ ,  $0.2 \leq \beta \leq 0.5 = \text{moderate}$ ,  $\beta > 0.5 = \text{strong}$ . We used the same path models to test several hypotheses, which we will refer to in the particular cases. For the mediation analyses, error-corrected

standard errors and 95% confidence intervals were generated based on 5000 bootstrapping samples. Linearity of variables was confirmed by visual inspection of the scatterplots after LOESS smoothing.

To test the first hypothesis, we ran a path analysis (figure 1) where we included the perceived working alliance (WAI-SR) and depressive symptom severity (BDI-II) at T1, T2, T4, and T6 and restricted no path, taking into account time dependencies. For the second hypothesis, we also conducted a path analysis (figure 2), using a baseline score of the WAI-SR and change scores between T1 to T3 and T3 to T5 to assess the change in state-alliance. This splitting provided the possibility to explain independent variance in outcomes. To assess a change in symptoms, a difference-variable of the BDI between T1 to T6 was generated. The third hypothesis was tested using a mediation analysis (figure 3), where the independent variable (IV) was the change score of the state-like alliance (WAI-SR) from T1 to T5, the dependent variable (DV) was the change score of depressive symptoms (BDI-II), and the mediator was the change score of the trait-like alliance (operationalized via the IIP). We also used the second path model (figure 2) and generated change variables of the state-like alliance (WAI-SR) and a change variable of the trait-like alliance (IIP), in order to evaluate the influence of a state-like change on a trait-like change at different time points.

## Results

### Descriptive Analyses and Bivariate Correlations

Table 2 shows the mean/sum scores and zero-order correlations of all relevant variables in this study at the beginning of treatment (T1). In the state-like alliance (assessed via the WAI-SR), participants reported a mean overall value of 3.6 ( $SD = 0.73$ ), with only minor variation between the subscales *bond* ( $M = 3.7$ ,  $SD = 0.8$ ), *tasks* ( $M = 3.4$ ,  $SD = 0.8$ ), and *goals* ( $M = 3.7$ ,  $SD = 0.9$ ). These values can be classified as high, except *tasks* as moderate (Jasper et al., 2014). For the trait-like alliance, the mean level of interpersonal problems (IIP) was 2.0, indicating elevated levels ( $SD = 0.4$ ). Depressive symptomatology (BDI-II) showed a mean sum score of 33.4 ( $SD = 9.2$ ), indicating severe symptomatology. Depression severity was positively correlated with interpersonal problems (trait-like component), but neither with overall working alliance (state-like component) nor any of its three subscales. The state-like alliance was positively correlated with all subscales.

Regarding correlations between pre-post change scores, changes in depression were positively correlated with changes in trait-like alliance ( $r = .41$ ,  $p < .001$ ), but not correlated with changes in state-like alliance ( $r = .14$ ,  $p = .263$ ). Changes in state-like alliance were also not correlated with changes in trait-like alliance ( $r = -.17$ ,  $p = .158$ ). Pre-post changes were large for depression ( $d = 1.10$ ), medium for state-like alliance ( $d = 0.65$ ), and small for trait-like alliance ( $d = 0.22$ ).

***Insert Table 2.***

### **Effects of state-like alliance on depressive symptom severity**

The path analysis (figure 1) to test whether a positive state-like alliance had a negative effect on symptom severity (ergo decreased symptom severity) showed an effect of state-like alliance at T1 on depression at T2 ( $\beta = -.153, p = .035$ ). In detail, when the state-like alliance at T1 increased by one unit, depression at T2 decreased by  $\beta = -.137$  standard deviations. In addition, significant effects of the state-like alliance at T2 on depression at T4 ( $\beta = -.132, p = .048$ ) and of the state-like alliance at T4 on depression at T6 ( $\beta = -.205, p < .001$ ) were found. If the state-like alliance at T2 increased by one unit, depression at T4 decreased by  $\beta = -.117$  standard deviations and if the state-like alliance at T4 increased by one unit, depression at T6 decreased by  $\beta = -.187$  standard deviations. Subsequently, the higher a patient's state-like alliance at a previous time point (T1, T2, T4), the lower the depressive symptomatology at the following (T2, T4, T6), with weak (T1  $\rightarrow$  T2, T2  $\rightarrow$  T4) to moderate (T4  $\rightarrow$  T6) effects. Further, an effect of depression on the state-like alliance was found from T1 to T2 ( $\beta = -.194, p = .014$ ; weak effect), but not from T2 to T4 ( $\beta = -.066, p = .484$ ), and not from T4 to T6 ( $\beta = .033, p = .167$ ).

***Insert Figure 1.***

### **Model fit**

In testing data fit to the proposed model (see figure 1), participants with a higher state-alliance value at one time point also showed a higher state-like alliance at the following and higher depressive symptoms at one time point corresponded with higher depressive symptoms at the next time point, with strong effects (Acock, 2014). The model did not show a good fit according to the following indices:  $\chi^2 = 43.45$  ( $df = 14, p < .001$ ), CFI (.94), TLI (.88), RMSEA (.16), and SRMR (.079). In an exploratory manner, we analyzed whether this was rooted in a too short lag (as constructs seemed to be more time stable). When extending the lag (two timepoints back), model fit indices improved and revealed a good fit:  $\chi^2 = 13.65$  ( $df = 10, p = .19$ ), CFI (.99), TLI (.98), RMSEA (.066), and SRMR (.033). This modification did not change the result pattern except for the effect of working alliance at T2 on depression at T4, which was no longer significant ( $\beta = -.120, p = .069$ ).

### **Effects of changes in state-like alliance on changes in depressive symptom severity**

Analyses of the link between changes in state-like alliance and depression (see figure 2 for all relevant paths) revealed a moderate effect of change in the state-like alliance from T3 to T5 on change in depressive symptomatology from T1 to T6 ( $\beta = .188, p = .050$ ). Patients with a greater change in state-like alliance from T3 to T5 had a greater improvement in depressive symptomatology from T1 to T6. We did not find a significant effect of change in the state-like alliance from T1 to T3 on change in depression from T1 to T6 ( $\beta = .119, p = .267$ ). In addition, the initial state-like alliance at T1 predicted



the change in depression from T1 to T6 ( $\beta = .300, p = .002$ ), as patients with a higher initial score in the state-like alliance also had greater improvement in depressive symptomatology, with a moderate effect.

**Insert Figure 2.**

#### **Trait-like component as mediator of state-like-depression link**

To test whether the link between the state-like alliance and depression severity is partly mediated by positive changes in the trait-like component, we used both path and mediation analyses. The path analysis (figure 2) showed a moderate effect of change in state-like alliance from T1 to T3 on change in trait-like alliance from T1 to T6 ( $\beta = .304, p = .005$ ), such that when the change in state-like alliance increased by one unit, the positive change of the trait-like alliance also increased by  $\beta = .167$ . A corresponding effect was found for change in state-like alliance from T3 to T5 on change in trait-like alliance from T1 to T6 ( $\beta = .233, p = .021$ ), such that an increase in state-like alliance by one unit was linked to a positive change in trait-like alliance by a moderate effect of  $\beta = .156$ . As such, patients who had a greater change in state-like alliance also had a greater change in trait-like alliance. However, analyses did not reveal an effect of the initial score in state-like alliance on change in trait-like alliance from T1 to T6 ( $\beta = .206, p = .057$ ). Nonetheless, a moderate effect of trait-like change from T1 to T6 on change in depressive symptomatology was found ( $\beta = .314, p = .001$ ), such that patients with trait-like change also showed greater improvement in depressive symptoms. When the change in trait-like alliance increased by one unit, the positive change in depressive symptomatology also increased by  $\beta = .585$ .

Figure 3 shows the mediation model with change in the state-like component (T1 to T5) as IV, change in the trait-like component (T1 to T6) as mediator, and change in depression severity (T1 to T6) as DV. There was no effect of change in the state-like alliance on change in depression severity,  $B = .175, p = 0.214, 95\% \text{ CI } [-0.10, 0.45]$ . After the mediator was included in the model, change in state-like alliance predicted the mediator,  $B = .137, p = .036, 95\% \text{ CI } [0.01, 0.26]$ , which in turn predicted depression severity,  $B = .706, p < .001, 95\% \text{ CI } [0.32, 1.09]$ . Thus, we found an indirect-only mediation (as described by Zhao et al., 2010). The link between changes in state-like alliance and changes in depression was fully mediated by changes in trait-like alliance (indirect effect  $ab = .097, 95\% \text{ CI } [0.03, 0.19]$ ).

In an exploratory fashion, we ran a reverse mediation analysis with change in the trait-like component (T1 to T6) as independent variable, change in the state-like component (T1 to T6) as mediator, and change in depression severity (T1 to T6) as DV, which revealed an effect of change in

the trait-like alliance on change in depression severity,  $B = .720$ ,  $p < .001$ , 95% CI [0.36, 1.08], but found no indirect path of change via the state-like alliance,  $ab = .005$ , 95% CI [-0.09, 0.12].

***Insert Figure 3.***

## **Discussion**

The main aim of the present study was to explore underlying mechanisms of change of the therapeutic alliance in a sample of patients with PDD receiving inpatient CBASPersonalized treatment. As such, we tested a recently proposed model by Zilcha-Mano (2017) to differentiate the alliance into a trait-like and state-like component. Within this framework, we aimed to replicate the widely demonstrated effect of the state-like component (ergo the working alliance) on therapeutic outcome within our clinical sample. We further examined the trait-like component – operationalized via interpersonal problems – as a possible mediator of the above-mentioned link between state-like component and outcome.

In testing data fit to the proposed model, we were able to confirm that patients with high state-like alliance at one time point showed high state-like alliance at the next time point and found the same effect for depression severity (high symptom severity followed by high symptom severity; also see fig. 1), which is in line with meta-analytic findings by Flückiger et al. (2020b). Our results also show that a higher state-like alliance at the beginning of therapy led to a smaller following change in state-like alliance (from T1 to T3; see fig. 2). When interpreting these data, however, we need to keep in mind possible ceiling effects, as a descriptive evaluation of the WAI showed high starting values (according to Jasper et al., 2014) – i.e., patients with an already high baseline alliance were probably not able to further increase their ratings significantly. In addition, depression severity seemed to be relatively stable, which was previously found in another sample of patients with PDD (Serbanescu et al., 2020), underscoring the persistence and chronicity of this disorder.

In examining the effect of state-like alliance on depression severity, we found a significant influence for several time points (T1 on T2, T2 on T4, and T4 on T6; see fig. 1). Thus, we were able to replicate meta-analytic findings that a higher state-like alliance leads to a greater reduction in symptoms at the subsequent time point (Flückiger et al., 2020b). We did not find the effect of a positive upward spiral, such that an improved state-like alliance and improved symptoms at one time point lead to improved state-like alliance and improved symptoms at the next time point (as demonstrated in Flückiger et al., 2020b). However, our analyses revealed a negative effect of depression severity at baseline on state-like alliance at the following measurement time. So far, empirical studies have differed in detecting this link (e.g. Crits-Cristoph, 2011; Schwartz et al., 2018; Zilcha-Mano et al., 2016). Our results could be explained by the influence of a trait-like component being confounded with the

severity of the initial depressive symptomatology and the state-like alliance (see Zilcha-Mano, 2017, 2020), as is suggested in part by our findings that depression severity was positively correlated with interpersonal problems (trait-like component) at the beginning of treatment. This could be particularly evident in our sample of patients with PDD, where it is assumed that a possible interpersonal trait-like component appears to play a predominant role in maintaining the disorder (McCullough, 2003). In the course of therapy, the influence of depressive symptoms on the state-like alliance could become smaller, as it may be outweighed by the reverse effect of state-like alliance on depression severity. Overall, our finding that an initially good alliance positively influences symptom reduction fits to previous research (Falkenström et al., 2013; Flückiger et al., 2020b; Zilcha-Mano & Errazuriz; 2015).

We also found a positive effect of change in the state-like alliance on symptom severity (see figure 2), thus replicating this prior established link (see Flückiger et al., 2020b; Schwartz et al., 2018) for patients with PDD. In our study, the effect was only statistically significant for the later change in alliance (T3 to T5), while only showing a descriptive trend for the early change (T1 to T3). This is in line with evidence that the alliance-outcome link is larger when measured later in therapy (Flückiger et al., 2018). The mechanism of change addressed by CBASP treatment may also play a role, as a focus of the therapeutic work is on the therapeutic alliance itself. This should modify dysfunctional interpersonal expectations and behavior of patients, which in turn should lead to therapeutic change (see Schramm et al., 2011). This mechanism naturally takes some time to unfold and in CBASP treatment, explicitly using techniques such as interpersonal discrimination exercises only takes place after assessing patients' imprints and transference-based hypotheses. As such, this "delay" seems plausible, also because the state-like component could be partially confounded with an interpersonal resistant trait-like component in the beginning, as already discussed.

Further, the effect of change in the state-like alliance on depression severity was mediated by the trait-like alliance (see figure 3). As such, greater change in state-like alliance (therapeutic alliance) led to greater positive change in trait-like alliance (interpersonal problems), which in turn led to greater symptom reduction. Although no direct or total effect of the state-alliance on outcome was found, interpreting the indirect effect is considered valid (see Rucker et al., 2011; Zhao et al., 2010). In addition, our path model (figure 2) revealed positive effects of changes in the state-like alliance (from T1 to T3 and T3 to T5 respectively) to the change in trait-like alliance (from T1 to T6). The trait-like component, in turn, showed an effect on symptom improvement. Since our study addresses a new methodological and exploratory approach, interpreting the results with regard to prior research should be done cautiously. However, we can relate our findings to those of Coyne et al. (2019), who were able to show that patients with generalized anxiety disorder that displayed greater improvement in therapeutic alliance in the course of therapy also showed a greater decrease in interpersonal distress, leading to greater symptom improvement. Our results also support findings of Constantino et al.

(2016), who showed a positive indirect effect of the state-like alliance on depressive symptoms mediated by the reduction of the hostile-submissive relationship style in patients with PDD. In addition, we can compare our results to a study of patients with PDD by Klein et al. (2020b), who found that the alliance-outcome link was mediated by the sequential indirect effect of treatment-specific (CBASP) improvements in state-like alliance and a reduction in the trait-like subscale of social inhibition of the IIP. In contrast to using a subscale of the IIP, we operationalized the trait-like alliance using the total score, since in our view this may better reflect the general ability of patients to form interpersonal relationships – ergo depict the trait-like alliance component as proposed by Zilcha-Mano (2017). This assumption is in line with Renner et al. (2012), who suggested that in patients with recurrent depressive disorder, interpersonal distress (total score of the IIP) may change more than interpersonal style (subscale of the IIP) throughout treatment.

In the state-trait model by Zilcha-Mano (2017), our findings that positive change in state-like alliance has a positive impact on change in trait-like alliance underscores the mechanism of CBASP therapy. As an interpersonal learning therapy, CBASP's main goal is to enable patients to have corrective relational experiences by actively shaping a viable and positive therapeutic relationship. By discriminating this experience from prior dysfunctional relationships and early traumatizing experiences, CBASP might induce positive state-like alliances that could lead to better interpersonal skills, which in turn are related to a better therapy outcome (see also McCullough, 2003). More precisely, the reduction of interpersonal problems – ergo growth and improvement of the trait-like alliance – seems to be relevant regarding this mechanism of change. Our findings suggest that maybe especially for patients with PDD, the trait-like component plays an intermediate role between the positive influence of the state-like component and therapy outcome, possibly through corrective relationship experiences with the therapists. However, our results of an open study without a control group do not allow us to draw conclusions about the extent to which the CBASP specific therapeutic stance of *disciplined personal involvement* (DPI) contributes to these effects. Interestingly, Santiago et al. (2005) found that a patient's ability (in CBASP treatment) to perform situational analysis (which focuses on patient's behavior outside of the therapy setting) contributed to outcome but did not mediate the alliance-outcome link. This may indicate that indeed the above-mentioned therapeutic stance influences the mediation effect (see also Klein et al., 2020b). Latter authors and Arnow et al. (2013) also found stronger alliances in CBASP treatment when compared to Brief Supportive Psychotherapy, which highlights the pivotal role of the therapeutic alliance in CBASP therapy as a possible change mechanism in itself and suggests that certain CBASP specific techniques such as DPI may lead to such strong alliances.

We also detected a direct positive effect of change in trait-like alliance on change in symptom severity. However, this did not seem to be mediated by change in state-like alliance and could

therefore be a false positive finding. Previous empirical studies showed that the ability of patients to form inner representations of others measured before therapy predicted the development of alliance in the course of therapy, suggesting a possible influence of the trait-like component on the state-like component of alliance (Zilcha-Mano et al., 2014). Moreover, studies revealing that insecure representations of others predicted insecure attachment with the therapist (Bernecker et al., 2014; Diener et al., 2009; Smith et al., 2010) or that interpersonal distress was able to predict poor alliances (Constantino et al., 2008) also argue for a link. It is conceivable that only trait-like alliance measured before therapy has an influence on the state-like alliance and we therefore weren't able to demonstrate this link, as we had no measurement of the trait-like alliance (interpersonal problems) before treatment. Since our approach is rather exploratory, the results should be interpreted as such. However, a number of studies were able to show that the trait-like component predicted outcome, albeit using different operationalizations, as described earlier (e.g., Hoffart et al., 2013; Zilcha-Mano & Errazuriz, 2015). Renner et al. (2012) found high levels of interpersonal distress to be negatively linked to symptom improvement in patients with recurrent major depression, although distress was also linked to the therapeutic alliance. Other studies also showed that new internalized representations of others – facilitated by corrective experiences with the therapist – led to symptom reduction (Castonguay & Hill, 2012; Constantino et al., 2002).

### **Strengths and Limitations**

To our knowledge, our study is the first to specifically examine the impact of a trait-like and state-like component of alliance in a sample of patients with PDD being treated with CBASP. Thus, our exploratory approach may provide a first step towards further optimizing the treatment program of these difficult to treat patients. Regarding the study design, we want to highlight the high number of measurement points for both the state-like alliance and depressive symptomatology. By means of the two path models, we were able to take time dependencies into account. Our naturalistic clinical trial enhances ecological validity. However, we wish to address several limitations regarding the study design of the present study. First, it remains unclear whether our operationalization of the trait-like component (measured by the total score of the IIP and thus the overall interpersonal problems) was able to depict the construct to its full extent. While other studies encompassing patients with PDD used subscales of the IIP as indicators for interpersonal change (see e.g. Klein et al., 2020b), we oriented ourselves more strongly to the definition provided by Zilcha-Mano (2017) in her initial proposal of the trait-state alliance construct, where the trait-like component is defined as the general ability to form satisfying interpersonal relationships. In our view, the construct can be better depicted by the overall interpersonal problems of each patient than by a specific style. However, as we only assessed interpersonal problems (trait-like alliance) at pre- and post-treatment, the temporal precedence of cause and effect within the mediation models was limited. Relying exclusively on self-

report measures of alliance, interpersonal problems, and symptoms by patients presents another limitation, as these are susceptible to biases (Flückiger et al., 2020). In addition, our study lacked a control group, which limits the validity of the results and cannot rule out uncontrolled effects, such as spontaneous changes in symptoms. Furthermore, due our limited sample size and the exclusion of many subjects due to missing data for our analyses, effects should be interpreted with caution. Although analyses indicated that data were MCAR, we cannot completely rule out bias. Since we did not include follow-up data in the study, we weren't able to draw longer-term conclusions from the results.

### **Implications**

Our findings yield numerous implications for further research. First, trait-alliance should be measured prior to treatment to be able to consider time dependencies and investigate its causal effect on the state-alliance and further on depressive symptomatology. Future studies should include follow-up measurements to explore effects beyond treatment, possibly also in the context of online aftercare. It also seems promising to investigate individual developmental trajectories or analyze subgroups within the sample, in order to gain insight on whether some patients are generally better able to form therapeutic alliances than others (see Zilcha-Mano, 2017). Including a control group would be an important addition in order to test possible effects of treatment type. Also, comparing the CBASPersonalized approach to standard CBASP therapy and/or other forms of established treatment for depression (such as Interpersonal Psychotherapy; Weissman et al., 2000, or Behavioral Activation) in patients with PDD seems promising in order to determine whether the described mechanism is specific to our CBASPersonalized treatment. This would entail approaching the question of whether alliance may indeed be more therapeutic in itself and serve as a main change mechanism in CBASPersonalized treatment in comparison to others, where the focus is not so much on the therapeutic alliance (see also Klein et al., 2020b; Zilcha-Mano, 2020). It seems interesting to add or test further measures to operationalized the trait-alliance, such as representations of others (see Smith et al., 2010), expectations of social rejection/support (Depression Expectation Scale, DES; Kube et al., 2017), or interpersonal impressions perceived by others via the Impact Message Inventory (IMI; Kiesler, 1983). Overall, including the perception of the therapist and/or observers would be an interesting addition in order to further dismantle the alliance construct (see studies including therapist/observer ratings, e.g. Constantino et a., 2008; Strunk et al., 2010; Zilcha-Mano et al., 2015). In future studies, moderators and mediators of the state-trait alliance should be additionally included in analyses, such as childhood maltreatment. As results by Klein et al. (2020b) suggest, the sequential mediation effect of working alliance and social inhibition could be particularly relevant in certain subgroups, such as patients with early emotional abuse or with comorbid social anxiety. It also seems promising to statistically separate different subgroups concerning the initial trait-alliance (e.g. low,

middle, high) in order to examine differential effects. As Gómez Penedo et al. (2020) have demonstrated in a sample of depressive patients, those with interpersonal problems, i.e. low levels of interpersonal agency and high submissiveness, profited most from enhanced alliance during treatment, subsequently showing better treatment outcome. The same may be true for patients with PDD. As Weiss et al. (2014) found that within-session improvements in alliance for CBT treatment of patients with panic disorder were followed by decreases between sessions, studies should investigate possible effects of particular times of assessment and time intervals between assessments (i.e. pre- and post-session, see also Flückiger et al., 2020b).

We also wish to highlight some practical implications of our results. In CBASP treatment, the therapist's role is a key factor in enabling interpersonal as well as symptomatic change for the patient. The main mechanism of change in CBASP proposes that an improved working alliance can modify interpersonal patterns of patients (McCullough, 2003). As such, alliance should be fostered in the therapeutic process by specific CBASP strategies and the overall therapeutic stance of *disciplined personal involvement*. As our results suggest that interpersonal problems impact the development of the therapeutic alliance and further symptomatic change, assessing it prior to therapy might portray an important indicator. Building on above discussed study by Gómez Penedo et al. (2020), paying particularly close attention to alliance during the course of treatment may present to be especially important for patients with high levels of interpersonal problems, which are predominant in patients with PDD (Bird et al., 2018). Patients with a high demand for socially desirable demeanor – oftentimes the case for patients with PDD – may report strong therapeutic alliances (e.g. Coyne et al., 2019; Dinger et al., 2009) and possibly hold back from reporting ruptures (Eubanks et al., 2018). However, evidence suggests that unresolved ruptures may have negative impacts on therapeutic outcome (Eubanks et al., 2018), especially for patients with early-onset persistent depressive disorder (Humer et al., 2021). By continuously monitoring and evaluating the alliance and other important measures in the course of treatment, e.g. by means of monitoring and feedback systems (Lutz et al., 2019), ruptures can be promptly detected and addressed. Repairing such ruptures seems an important endeavor for therapists (e.g. rupture resolution training, see Safran et al., 2011). Overall and in line with Flückiger et al. (2020b), there is an interdependent and reciprocal quality of both alliance and symptoms, making these two closely linked dynamic variables. When transferring our results into the clinical routine, this should be kept in mind for therapy planning, supervision, outcome monitoring, and feedback, and both constructs should be closely monitored in all treatment phases.

## **Conclusion**

In facilitating therapeutic change, it seems important to further unravel underlying mechanisms of psychotherapy. This is especially relevant considering that despite great effort to improve and develop psychotherapy (e.g. for major depressive disorder), its efficacy could not be

enhanced over the last years, and many patients suffer from relapse or are non-responders, especially patients with PDD (Cuijpers et al., 2017). In differentiating the alliance into a state-like and trait-like component, we may be able to better untangle effects and mechanisms moving towards optimizing personalized treatment (also see Brakemeier & Herpertz, 2019). Our study implemented such a differentiation between the two and gave first hints that in CBAS Personalized therapy, the interaction with the therapist enables the patient to make corrective experiences. For patients with PDD, the therapeutic alliance may be more pivotal regarding therapeutic outcome, as these patients oftentimes have interpersonal resistant problems. Using the trait-like component to obtain a more refined picture of a patient's interpersonal starting conditions and to better monitor probable state-like developments of the therapeutic alliance could portray a promising approach to optimize treatment efficacy for the individual patient (see also Zilcha-Mano, 2020). Our study goes beyond demonstrating the often-replicated alliance-outcome link by applying and examining the relationships of the dynamic state-trait alliance components in more details and thus contributes to the understanding of how the alliance unfolds its positive effect as a mechanism of change by interpersonal means.



## Literature

- Acock, A. C. (2014). *A Gentle Introduction to Stata (4th ed.)*. Stata Press.
- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., Fisher, A. J., & Kocsis, J. H. (2013). The Relationship Between the Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Two Distinct Psychotherapies for Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(4), 627–638. doi:10.1037/a0031530.
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24*(3), 257–268. doi:10.1080/10503307.2013.871080
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). Manual for the beck depression inventory-II. *Psychological Corporation, 1*, 82.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 24*(1), 12–24. doi.org/10.1080/10503307.2013.809561
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect, 27*(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Bird, T., Tarsia, M., & Schwannauer, M. (2018). Interpersonal styles in major and chronic depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 239*, 93-101. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.057.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 16*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Brakemeier, E. L., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., Schramm, E., Berger, M., & Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: A pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1159/000369586>
- Brakemeier, E.-L., Herpertz, S. C. (2019). Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Nervenarzt, 90*, 1125-1134. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-00808-9>
- Brakemeier, E.-L., Guhn, A., & Normann, C. (2021). *Praxisbuch CBASP: Behandlung chronischer Depression und Modifikationen der traditionellen CBASP-Therapie: mit E-Book inside, Arbeits- und Videomaterial*. Beltz.

- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association. doi.org/10.1037/13747-000
- Constantino, M., Castonguay, L., & Schut, A. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G.S. Tryon, *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81–131).
- Constantino, M. J., Manber, R., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., Zuroff, D. C., Klein, D. N., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Thase, M. E., & Arnow, B. A. (2008). Interpersonal styles of chronically depressed outpatients: Profiles and therapeutic change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(4), 491–506. https://doi.org/10.1037/a0014335
- Constantino, M., Laws, H., Coyne, A., Greenberg, R., Klein, D., Manber, R., Rothbaum, B., & Arnow, B. (2016). Change in Patients' Interpersonal Impacts as a Mediator of the Alliance-Outcome Association in Treatment for Chronic Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84. https://doi.org/10.1037/ccp0000149
- Coyne, A. E., Constantino, M. J., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2019). Interpersonal change as a mediator of the within- and between-patient alliance-outcome association in two treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessments: The Alliance-Outcome Correlation Is Larger Than You Might Think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 267–278. https://doi.org/10.1037/a0023668
- Cuijpers, P., Huibers, M. J. H., & Furukawa, T. A. (2017). The Need for Research on Treatments of Chronic Depression. *JAMA Psychiatry*, 74(3), 242–243. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4070
- De Bolle, M. de, Johnson, J. G., & Fruyt, F. de (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(6), 378–385. https://doi.org/10.1159/000320895
- Diener, M. J., Hilsenroth, M. J., & Weinberger, J. (2009). A primer on meta-analysis of correlation coefficients: The relationship between patient-reported therapeutic alliance and adult attachment style as an illustration. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4-5), 519–526. doi:10.1080/10503300802491410
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 46(3), 277–290. https://doi.org/10.1037/a0016913
- Dinger, U., Zilcha-Mano, S., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., Barber, J. P. (2013). Interpersonal problems

- as predictors of alliance, symptomatic improvement and premature termination in treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 151(2), 800-803.
- Eubanks, C., Muran, J., & Safran, J. (2018). Alliance Rupture Repair: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55, 508-519. 10.1037/pst0000185.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wlodasch, D., Horvath, A. O., Solomonov, N., & Wampold, B. E. (2020a). Assessing the alliance–outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, 67(6). <https://doi.org/10.1037/cou0000424>
- Flückiger, C., Rubel, J., Del Re, A. C., Horvath, A., Wampold, B., Crits-Christoph, P., Atzil Slonim, D., Compare, A., Falkenström, F., Ekeblad, A., Errazuriz, P., Fisher, H., Hoffart, A., Huppert, J., Kivity, Y., Kumar, M., Lutz, W., Muran, J., Strunk, D., & Barber, J. (2020b). The Reciprocal Relationship Between Alliance and Early Treatment Symptoms: A Two-Stage Individual Participant Data Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 829–849. [doi.org/10.1037/ccp0000594](https://doi.org/10.1037/ccp0000594)
- Glaesmer, H., Schulz, A., Häuser, W., Freyberger, H., Brähler, E., & Grabe, H. J. (2013). The Childhood Trauma Screener (CTS) - Development and Validation of Cut-Off-Scores for Classificatory Diagnostics. *Psychiatrische Praxis*, 40, 220–226. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343116>
- Gómez Penedo, J. M., & Babl, A., Krieger, T., Heinonen, E., Flückiger, C., & Grosse Holtforth, M. (2020). Interpersonal Agency as Predictor of the Within-Patient Alliance Effects on Depression Severity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88, 338-349. 10.1037/ccp0000475.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287–294. doi: 10.3238/arztebl.2011.0287
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research; Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. <https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hatcher, R. & Barends, A. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 43(3), 292-299. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292.
- Hautzinger, Martin, Keller, F., & Kühner, C. (2006). *Beck depressions-inventar (BDI-II)*. Harcourt Test Services Frankfurt.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. American Psychological Association.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: Second Edition (Methodology in the Social Sciences) (2nd ed.)*. Guilford Press.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 51-84). Wiley.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O., Lippe, A. von der, & Monsen, J. (2009). Therapist characteristics influencing the quality of alliance in long-term psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*(2), 100–110. <https://doi.org/10.1002/cpp.605>
- Hilsenroth, M. J., Peters, E. J., & Ackerman, S. J. (2004). The development of the therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, *83*, 332–344. doi:10.1207/s15327752jpa8303\_14
- Hof, J.-T. & Brakemeier, E.-L., 2020. Feasibility and Effectiveness of a Personalized Inpatient Program for Persistent Depressive Disorder (PePsy) (Clinicaltrials.gov Identifier NCT03616665). <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03616665>
- Hoffart, A., Øktedalen, T., Langkaas, T. F., & Wampold, B. E. (2013). Alliance and outcome in varying imagery procedures for PTSD: A study of within-person processes. *Journal of Counseling Psychology*, *60*(4), 471–482. <https://doi.org/10.1037/a0033604>
- Horowitz, L. M., Strauss, B., & Kordy, H. (2000). *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version) – Testmappe*.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). *The alliance*. In: *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford University Press, S, 37–69.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Huh, H. J., Kim, S. Y., Yu, J. J., & Chae, J. H. (2014). Childhood trauma and adult interpersonal relationship problems in patients with depression and anxiety disorders. *Annals of General Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.1186/s12991-014-0026-y>
- Humer, E., Schramm, E., Klein, J. P., Härter, M., Hautzinger, M., Pieh, C., & Probst, T. (2021). *Psychotherapy Research*, *31*(8), 977-987. doi.org/10.1080/10503307.2021.1874070
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., Wetterslev, J., & Winkel, P. (2017). When and how should multiple imputation be used for handling missing data in randomised clinical trials – a practical guide with flowcharts. *BMC Medical Research Methodology*, *17*(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0442-1>
- Jasper, K., Weise, C., Conrad, I., Andersson, G., Hiller, W., & Kleinstäuber, M. (2014). The working alliance in a randomized controlled trial comparing Internet-based self-help and face-to-face

- cognitive behavior therapy for chronic tinnitus. *Internet Interventions*, 1(2), 49–57. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.04.002>
- Kazantzis, N., Luong, H., Usatoff, A., Impala, T. Yew, R., & Hofmann, S. (2018). The Processes of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-Analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 42. Doi: 10.1007/s10608-018-9920-y.
- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90(3), 185–214. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.90.3.185>
- Klein, J. P., Probst, T., Kriston, L., Assmann, N., Bailer, J., Eich, H., Schweiger, U., Stenzel, N. M., Wambach, K., Hautzinger, M., Härter, M., & Schramm, E. (2020a). Changes in Therapeutic Alliance and in Social Inhibition as Mediators of the Effect of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: A Secondary Analysis from a Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 261–262. doi:10.1159/000506082
- Klein, J. P., Stahl, J., Hüppe, M., McCullough, J. P., Schramm, E., Ortel, D., Sondermann, S., Schröder, J., Moritz, S., & Schweiger, U. (2020b). Do interpersonal fears mediate the association between childhood maltreatment and interpersonal skills deficits? A matched cross-sectional analysis. *Psychotherapy Research*, 30(2), 267–278. doi:10.1080/10503307.2018.1532125
- Kube, T., D'Astolfo, L., Glombiewski, J. A., Doering, B. K., & Rief, W. (2017). Focusing on situation-specific expectations in major depression as basis for behavioural experiments - Development of the Depressive Expectations Scale. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 336–352. <https://doi.org/10.1111/papt.12114>
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Lutz, W., Rubel, J. A., Schwartz, B., Schilling, V., & Deisenhofer, A. K. (2019). Towards integrating personalized feedback research into clinical practice: Development of the Trier Treatment Navigator (TTN). *Behaviour Research and Therapy*, 120, 103438.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438–450.
- McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP). *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(3-4), 241-263. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.13.3-4.241>
- Negt, P., Brakemeier, E.-L., Michalak, J., Winter, L., Bleich, S., & Kahl, K. G. (2016). The treatment of chronic depression with cognitive behavioral analysis system of psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled clinical trials. *Brain and Behavior*, 6(8), e00486. <https://doi.org/10.1002/brb3.486>

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 55*(4), 303–315. doi: 10.1037/pst0000193
- Renner, F., Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., Barrett, M. S., Clark, L. A., & Thase, M. E., 2012. Interpersonal problems as predictors of therapeutic alliance and symptom improvement in cognitive therapy for depression. *Journal of Affective Disorders, 138*, 458–467.
- Rosseel Y. (2014). lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*(48 (2)), 1–36. <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>
- RStudio Team. (2015). *RStudio: Integrated Development Environment for R*. Retrieved from <http://www.rstudio.com/>
- Rucker, D. D., Preacher, K. J., Tormala, Z. L., & Petty, R. E. (2011). Mediation analysis in social psychology: Current practices and new recommendations. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(6), 359–371. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00355.x>
- Safran J.D., & Muran, J. C. *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. Guilford Press, 2000.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy, 48*(1), 80–87.
- Santiago, N. J., Klein, D. N., Vivian, D., Arnow, B. A., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., Markowitz, J. C., Manber, R., Riso, L. P., Rothbaum, B. O., Rush, A. J., Thase, M. E., McCullough Jr., J. P., & Keller, M. B. (2005). The Therapeutic Alliance and CBASP-Specific Skill Acquisition in the Treatment of Chronic Depression. *Cognitive Therapy and Research, 29*(6), 803-817.
- Schmucker, M., & Köster, R. (2014). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer* (Vol. 269). Klett-Cotta.
- Schramm, E., Hautzinger, M., Zobel, I., Kriston, L., Berger, M., & Härter, M. (2011). Comparative efficacy of the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy versus Supportive Psychotherapy for early onset chronic depression: Design and rationale of a multisite randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 11*, 134. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-134>
- Schwartz, C., Hilbert, S., Schlegl, S., Diedrich, A., & Voderholzer, U. (2018). Common change factors and mediation of the alliance–outcome link during treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(7). <https://doi.org/10.1037/ccp0000302>
- Serbanescu, I., Walter, H., Schnell, K., Kessler, H., Weber, B., Drost, S., Groß, M., Neudeck, P., Klein, J. P., Assmann, N., Zobel, I., Backenstrass, M., Hautzinger, M., Meister, R., Härter, M., Schramm, E., & Schoepf, D. (2020). Combining baseline characteristics to disentangle response differences to disorder-specific versus supportive psychotherapy in patients with persistent depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 124*, 103512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103512>

- Smith, A. E. M., Msetfi, R. M., & Golding, L. (2010). Client self rated adult attachment patterns and the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 30*(3), 326–337. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.007>
- Struck, N., Krug, A., Yuksel, D., Stein, F., Schmitt, S., Meller, T., Brosch, K., Dannlowski, U., Nenadic, I., Kircher, T., Brakemeier, E.-L. (2020). Childhood maltreatment and adult mental disorders – the prevalence of different types of maltreatment and associations with age of onset and severity of symptoms. *Psychiatry Research, 293*, 113398. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113398>
- Strunk, D. R., Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early inter-session symptom gains. *Behaviour Research and Therapy, 48*(7), 599–606. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.011>
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work (Second edition)*. Routledge.
- Weiss, M., Kivity, Y., & Huppert, J. D. (2014). How does the therapeutic alliance develop throughout cognitive behavioral therapy for panic disorder? Sawtooth patterns, sudden gains, and stabilization. *Psychotherapy Research, 24*(3), 407-418. [doi.org/10.1080/10503307.2013.868947](https://doi.org/10.1080/10503307.2013.868947)
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Basic Books.
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J., & Linster, H. (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*(3), 343-3. *Klinische Diagnostik & Evaluation, 1*.
- Wingenfeld, K., Spitzer, C., Mensebach, C., Grabe, H. J., Hill, A., Gast, U., Schlosser, N., Höpp, H., Beblo, T., & Driessen, M. (2010). The German Version of the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ): Preliminary Psychometric Properties. *Psychother Psychosom Med Psychol, 60*(11), 442-450.
- Zack, S., Castonguay, L., Boswell, J., McAleavey, A., Adelman, R., Kraus, D., & Pate, G. (2015). Attachment History as a Moderator of the Alliance Outcome Relationship in Adolescents. *Psychotherapy (Chicago, Ill.), 52*. <https://doi.org/10.1037/a0037727>
- Zhao, X., Lynch, J., & Chen, Q. (2010). Reconsidering Baron and Kenny: Myths and truths about mediation analysis, *37*, 197–206.
- Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist, 72*, 311–325. <https://doi.org/10.1037/a0040435>
- Zilcha-Mano, S. (2020). Toward personalized psychotherapy: The importance of the trait-like/state-like distinction for understanding therapeutic change. *American Psychologist*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/amp0000629>

- Zilcha-Mano, S., Dinger, U., McCarthy, K. S., & Barber, J. P. (2014). Does alliance predict symptoms throughout treatment, or is it the other way around? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 931–935. <https://doi.org/10.1037/a0035141>
- Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484–496. <https://doi.org/10.1037/ccp0000058>
- Zilcha-Mano, S. & Webb, C. (2021). Disentangling Trait-Like Between-Individual vs. State-Like Within-Individual Effects in Studying the Mechanisms of Change in CBT. *Frontiers in Psychiatry, 11*. 10.3389/fpsy.2020.609585.
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal of Counseling Psychology, 62*(4), 579–591. <https://doi.org/10.1037/cou0000103>
- Zilcha-Mano, S., Solomonov, N., Chui, H., McCarthy, K. S., Barrett, M. S., & Barber, J. P. (2015). Therapist-reported alliance: Is it really a predictor of outcome? *Journal of Counseling Psychology, 62*(4), 568–578. <https://doi.org/10.1037/cou0000106>



**Table 1**

*Sociodemographic and clinical characteristics of participants (N=84)*

Age in years, N=79, <i>M (SD)</i>	42.8 (12.2)
Gender, n (%) of female participants	57 (72.2)
Relationship status, N=75, n (%)	
Single	21 (28.0)
Committed relationship/ married	45 (60.0)
Education, N=71, n (%)	
No educational degree	2 (2.7)
Lower/middle secondary degree	36 (50.7)
Higher secondary degree	16 (22.5)
University degree	17 (23.9)
Employment status, N=74, n (%)	
Unemployed	13 (17.6)
Part-time/ full-time employed	49 (66.2)
Retired	7 (9.5)
Depressive Diagnosis, n (%)	
Recurrent MDD	33 (39.3)
Persistent Depressive Disorder	51 (60.7)
Comorbid Disorders <sup>a</sup> , n (%)	
At least one other axis I disorder	47 (56.0)
At least one other axis II disorder, N=71	25 (35.2)
Psychotropic medication, N=79, n (%)	57 (72.2)
Additional physical disease, N=71, n (%)	25 (35.2)
Childhood maltreatment (CTQ total score), N=62, <i>M (SD)</i>	54.4 (14.3)

*Note.* Clinical diagnoses according to DSM-5 and DSM-IV. MDD = major depressive disorder;

<sup>a</sup>multiple answers possible; CTQ = Childhood Trauma Questionnaire;

**Table 2**

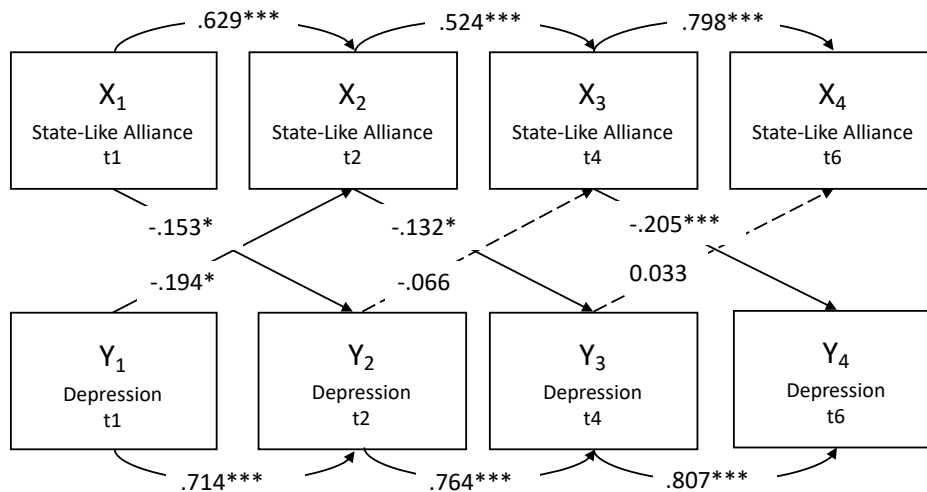
Means, total scores, standard deviations, and bivariate correlations at the beginning of treatment

Variable	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	1	2	3	4	5	6
1. Interpersonal Problems (IIP)	2.03	0.40	76	1					
2. Working alliance (WAI-SR)	3.60	0.73	73	-.18	1				
3. Bond (subscale of WAI-SR)	3.73	0.82	73	-.12	.80***	1			
4. Tasks (subscale of WAI-SR)	3.44	0.82	72	-.19	.91***	.56***	1		
5. Goals (subscale of WAI-SR)	3.66	0.88	73	-.16	.90***	.53***	.82***	1	
6. Depression (BDI-II, sum score)	33.38	9.20	78	.36**	-.08	.09	-.16	-.12	1

*Note.* IIP Inventory of Interpersonal Problems, range 0-4; WAI-SR Working Alliance Inventory Short-Revised, range 1-5; BDI-II Beck Depression Inventory II, range 0-63; \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

**Figure 1**

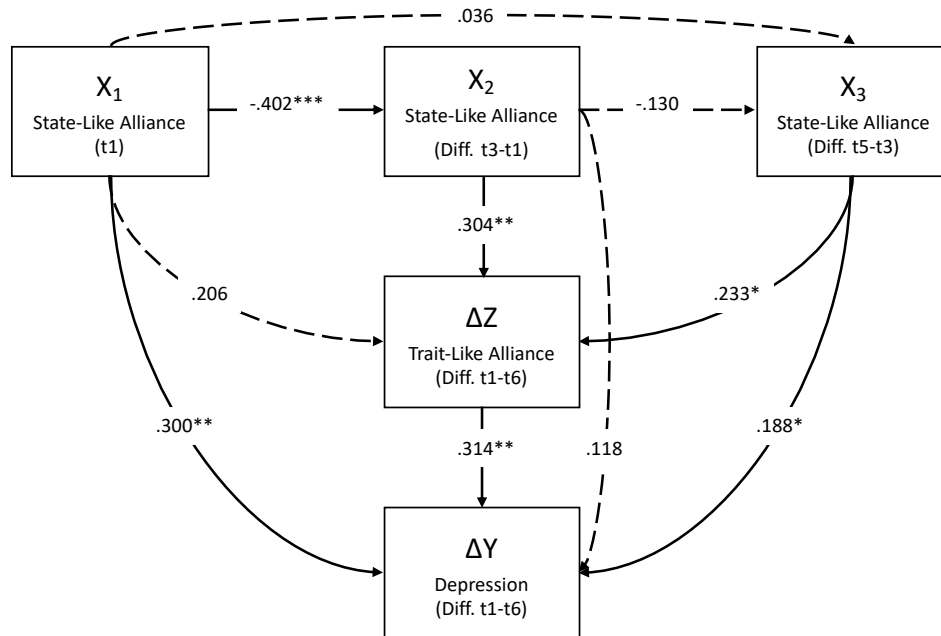
Path model of the influence of the state-like alliance on depression and vice versa



*Note.* Standardized coefficients are reported. Solid paths represent significant paths; dotted paths are non-significant.  $p$ -value: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

**Figure 2**

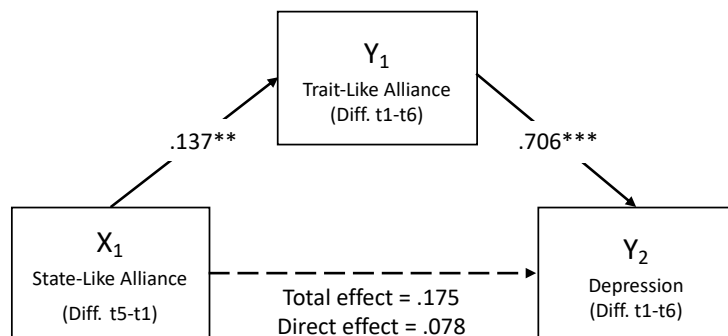
Path model of the influence of state-like alliance change on depression change, mediated by change in trait-like alliance



*Note.* Standardized coefficients are reported. Solid paths represent significant paths; dotted paths are non-significant.  $p$ -values: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

**Figure 3**

Indirect effect of state-like alliance via trait-like alliance on depression severity



*Note.* Standardized coefficients are reported.  $p$ -values: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ .

## Anhang B: Curriculum Vitae und Publikationsverzeichnis

Curriculum Vitae und Publikationsverzeichnis sind nicht Teil der Veröffentlichung.

## Anhang C: Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, meine Dissertation

„Die therapeutische Beziehung:  
Differenzielle Gestaltung in experimentellen Designs und in der  
psychotherapeutischen Behandlung“

selbst und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt zu haben. Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Marburg, im Juni 2022

---

Isabel Schamong