

Prozessforschung in der Psychotherapie bei manisch- depressiven Patienten

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)
vorgelegt von

vorgelegt von
Dipl.-Psych. Daniel Schweyer
aus München

Tübingen
2007

Tag der mündlichen Qualifikation: 07.05.08
Dekan: Prof. Dr. Michael Diehl
1. Berichterstatter: Prof. Dr. Thomas Meyer (University of Newcastle, UK)
2. Berichterstatter: Prof. Dr. Martin Hautzinger

Danken möchte ich,

Prof. Dr. Thomas Meyer, für die Überlassung des Themas.

Prof. Dr. Martin Hautzinger, für seine Unterstützung und Beratung. Stets gab er mir hilfreiche, konstruktive Ratschläge, die mich weiterführten.

Den Kolleginnen und Kollegen unserer Abteilung, die mich sowohl fachlich (Dr. Michael Schönenberg) als auch moralisch (Dr. Ninoshka Fasce) unterstützten.

Den besonderen Menschen an meiner Seite, die ich Freunde nennen darf und mein Leben schön machten, unter ihnen sei stellvertretend Andreas Pfreundtner genannt.

Meiner Schwester Rebecca Duarte, für das Korrekturlesen und dafür dass sie mehr als ich an das Ende dieser Arbeit glaubte.

Widmen möchte ich diese Arbeit meiner Mutter Carolina Schweyer, die mir das Geschenk des Lebens machte. Ohne ihr wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

"O tempo apaga tudo,
menos o traço indelével que o não-vivido deixou..."

„Die Zeit heilt alle Wunden,
bis auf die Spur, die das nicht gelebte Leben hinterlassen hat...“

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| Danksagung | III |
| Tabellenverzeichnis | VII |
| Abbildungsverzeichnis | IX |
| Abkürzungsverzeichnis | XI |
| Zusammenfassung | XII |
| | |
| 1 Affektive Störungen | 1 |
| 1.1 Symptomatologien depressiver und manischer Episoden | 1 |
| 1.2 Angaben zu Epidemiologie und Verlauf | 3 |
| 1.3 Erklärungsmodelle zu bipolaren Störungen | 6 |
| | |
| 2 Interventionsansätze der bipolaren Störung und ihre Wirksamkeit | 10 |
| 2.1 Psychoedukation | 11 |
| 2.2 Familientherapie | 11 |
| 2.3 Interpersonal and Social Rhythm Therapy | 12 |
| 2.4 Kognitive Verhaltenstherapie | 13 |
| | |
| 3 Prozessforschung in der Psychotherapie | 16 |
| 3.1 Geschichte der Prozessforschung in der Psychotherapie | 16 |
| 3.2 Definition der Prozessforschung | 17 |
| 3.3 Bedeutung von Prozess und Outcome | 20 |
| 3.4 Aspekte der Umsetzung bei der Prozessforschung | 22 |
| 3.4.1 Realisierung der systematischen Verhaltensbeobachtung der therapeutischen Interaktion | 22 |
| 3.4.2 Darstellung einzelner Kategoriensysteme | 23 |
| 3.4.2.1 Structural Analysis of Social Behaviour (SASB; Benjamin, 1974) | 24 |
| 3.4.2.2 Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP; Schindler, 1989) | 25 |
| 3.4.3 Zum subjektiven Erleben der Sitzung | 27 |
| | |
| 4 Das Konzept der therapeutischen Allianz | 29 |
| 4.1 Theoretische Annäherung an die Entwicklung des Konzepts der Allianz | 29 |
| 4.1.1 Psychodynamische Perspektive | 29 |
| 4.1.2 Klientenzentrierte Perspektive | 30 |
| 4.1.3 Die therapeutische Allianz in der Verhaltenstherapie | 31 |
| 4.1.4 Das pantheoretische Konzept der Allianz | 31 |
| 4.2 Forschungsergebnisse zur therapeutischen Allianz | 33 |
| 4.2.1 Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Outcome der Psychotherapie | 34 |
| 4.2.2 Erleben von Affekten in der Allianz | 34 |
| 4.2.3 Einfluss der Beobachterperspektive | 35 |
| 4.2.4 Konfundierung von Symptomverbesserung und besser empfundener Allianz | 35 |
| 4.2.5 Messzeitpunkt der Allianz | 36 |
| 4.2.6 Länge der Behandlung | 37 |
| 4.2.7 Art der Behandlung | 37 |
| 4.2.8 Schlussfolgerung und Ausblick | 37 |
| | |
| 5 Die Q-Sort Methode | 39 |
| 5.1 Darstellung der Q-Sort Methode | 39 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 5.2 | Jones Psychotherapy Q-Sort (PQS): vom interaktionalen zum transaktionalen Ansatz | 42 |
| 5.2.1 | Theoretischer Hintergrund und Entwicklung des Konzeptes der "interaction structure" | 42 |
| 5.2.2 | Anwendungsmöglichkeiten des PQS | 46 |
| 6 | Ziel der Studie, Hypothesen und Fragestellungen | 48 |
| 6.1 | Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen | 48 |
| 6.1.1 | Deskriptiver Teil | 49 |
| 6.1.1.1 | in Bezug auf die Stichproben | 49 |
| 6.1.1.2 | in Bezug auf die erfassten Symptome | 49 |
| 6.1.1.3 | in Bezug auf das Q-Sort | 49 |
| 6.1.2 | Explorativer Teil: Betrachtung des Verlaufes | 49 |
| 6.1.3 | Hypothesen prüfender Teil | 50 |
| 6.1.3.1 | erster Teil | 50 |
| 6.1.3.2 | zweiter Teil | 51 |
| 7 | Methode | 53 |
| 7.1 | Design der Studie | 53 |
| 7.2 | Inhalte der beiden therapeutischen Bedingungen | 55 |
| 7.2.1 | Aufbau der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) | 55 |
| 7.2.2 | Aufbau der Emotional Supportiven Therapie (EST) | 55 |
| 7.3 | Beschreibung der verwendeten Messinstrumente | 57 |
| 7.3.1 | Allgemeine Depressionsskala (ADS –L; Hautzinger & Bailer, 1993) und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS; Meyer & Hautzinger, 2001) | 57 |
| 7.3.2 | Young Mania Rating Scale (YMRS; Young, Biggs, Ziegler und Meyer, 1978) | 58 |
| 7.3.3 | Global Assessment Scale of Function (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) | 58 |
| 7.3.4 | Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU; Sommer & Fydrich, 1989) | 59 |
| 7.3.5 | Jones Psychotherapy Q-Sort (PQS; Jones, 2000) | 59 |
| 7.3.5.1 | Beobachtungseinheit | 59 |
| 7.3.5.2 | Entwicklung der Items | 60 |
| 7.3.5.3 | Beschreibung der Items | 61 |
| 7.3.5.4 | Inferenzniveau | 62 |
| 7.3.5.5 | Normalverteilung der Items | 62 |
| 7.3.5.6 | Die Übertragung des PQS in die deutsche Sprache | 63 |
| 7.3.5.7 | Entwicklung eines kognitiv-behavioralen, psychodynamischen und interpersonalen Prototypen | 63 |
| 7.3.5.8 | Begründung für die Wahl des PQS | 64 |
| 7.3.6 | Berner Patientenstundenbogen (Grawe, 1989b) | 65 |
| 7.4 | Begründung für die Auswahl der eingesetzten Messinstrumente | 65 |
| 7.5 | Allgemeine Angaben zur Datenvorbereitung und zur statistischen Auswertung | 67 |
| 7.5.1 | Umgang mit fehlenden Daten | 67 |
| 7.5.2 | Statistische Vorgehensweise | 68 |
| 7.5.3 | Effektstärkenberechnung | 70 |
| 8 | Ergebnisse | 73 |
| 8.1 | Deskriptiver Teil in Bezug auf die Stichproben | 73 |
| 8.2 | Deskriptiver Teil in Bezug auf die erfassten Symptome | 75 |
| 8.3 | Ergebnisse in Bezug auf das Q-Sort | 80 |
| 8.3.1 | Teil A: Q-Deskriptoren des therapeutischen Prozesses der einzelnen Sitzungen | 80 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 8.3.2 | Teil B: Q-Deskriptoren des therapeutischen Prozesses (Mittelwerte der Sitzungen) | 97 |
| 8.3.3 | Teil C: Deskriptive Beschreibung der Sitzungen als Ganzes durch eine statistische Absicherung | 102 |
| 8.4 | Ergebnisse explorativer Teil: Betrachtung des Verlaufes | 104 |
| 8.4.1 | Fünf Skalen im Verlauf der Therapie | 104 |
| 8.4.1.1 | Skala 1: „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“ | 110 |
| 8.4.1.2 | Skala 2: „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“ | 111 |
| 8.4.1.3 | Skala 3: „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ | 112 |
| 8.4.1.4 | Skala 4: „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“ | 113 |
| 8.4.1.5 | Skala 5: „Ausmaß von Reframing“ | 114 |
| 8.4.2 | Drei Faktoren des Patientenstundenbogens im Verlauf der vier Sitzungen | 115 |
| 8.4.2.1 | Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) und 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) | 116 |
| 8.4.2.2 | Faktor 4 („Qualität der Therapiebeziehung“) | 119 |
| 8.4.3 | Depressive und manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen | 121 |
| 8.4.3.1 | Depressive Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADS | 121 |
| 8.4.3.2 | Manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADMS | 123 |
| 8.4.4 | Hypothesen prüfender Teil 1 | 123 |
| 8.4.4.1 | Hypothese 1 | 123 |
| 8.4.4.2 | Hypothese 2 | 125 |
| 8.4.5 | Hypothesen prüfender Teil 2 | 126 |
| 8.4.5.1 | Fragestellung 1 | 126 |
| 8.4.5.2 | Fragestellung 2 | 128 |
| 9 | Diskussion | 130 |
| 9.1 | Diskussion deskriptiver Teil | 130 |
| 9.2 | Diskussion explorativer Teil | 141 |
| 9.3 | Diskussion Hypothesen prüfender Teil | 144 |
| 10 | Literatur | 150 |
| 11 | Anhang | 169 |
| | Anhang A | 169 |
| | Anhang B | 178 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|----------|---|-----|
| Tab. 1: | Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten | 2 |
| Tab. 2: | Symptomatologie manischer Auffälligkeiten | 3 |
| Tab. 3: | Prototypen der Prozessforschung | 19 |
| Tab. 4: | Levels of Analysis for Psychotherapeutic Process and Outcome | 21 |
| Tab. 5: | Familienstand der Patienten | 73 |
| Tab. 6: | Persönlichkeitsstörungen der Patienten | 74 |
| Tab. 7: | Darstellung der fünf Outcome-Maße zum Messzeitpunkt t0 und t1 | 75 |
| Tab. 8: | Charakteristischste Items der Sitzung 02 | 81 |
| Tab. 9: | Uncharakteristischste Items der Sitzung 02 | 83 |
| Tab. 10: | Charakteristischste Items der Sitzung 08 | 85 |
| Tab. 11: | Uncharakteristischste Items der Sitzung 08 | 87 |
| Tab. 12: | Charakteristischste Items der Sitzung 14 | 89 |
| Tab. 13: | Uncharakteristischste Items der Sitzung 14 | 91 |
| Tab. 14: | Charakteristischste Items der Sitzung 17 | 93 |
| Tab. 15: | Uncharakteristischste Items der Sitzung 17 | 95 |
| Tab. 16: | Charakteristischste Items der Mittelwerte (Sitzung 02, 08, 14, 17) | 97 |
| Tab. 17: | Uncharakteristischste Items der Mittelwerte (Sitzung 02, 08, 14, 17) | 100 |
| Tab. 18: | Unterschiede der Mittelwerte der Q-Items (alle Sitzungen) zwischen der KVT- und der EST-Bedingung ermittelt anhand von T-Tests | 102 |
| Tab. 19: | Items der Skala 1: „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“ | 106 |
| Tab. 20: | Items der Skala 2: „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“ | 107 |
| Tab. 21: | Items der Skala 3: „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ | 107 |
| Tab. 22: | Items der Skala 4: „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“ | 108 |
| Tab. 23: | Items der Skala 5: „Ausmaß von Reframing“ | 109 |
| Tab. 24: | Skala 1 im Verlauf der vier Sitzungen | 110 |
| Tab. 25: | Skala 2 im Verlauf der vier Sitzungen | 111 |
| Tab. 26: | Skala 3 im Verlauf der vier Sitzungen | 112 |
| Tab. 27: | Skala 4 im Verlauf der vier Sitzungen | 113 |
| Tab. 28: | Skala 5 im Verlauf der vier Sitzungen | 114 |
| Tab. 29: | Faktor 2, 3 und 4 des Patientenstundenbogens im Verlauf der vier Sitzungen | 115 |
| Tab. 30: | Multiple Post-Hoc-Tests für die Sitzungen 02, 08, 14 und 17 des Stundenbogenfaktors 2 | 118 |
| Tab. 31: | Multiple Post-Hoc-Tests für die Sitzungen 02, 08, 14 und 17 des Stundenbogenfaktors 3 | 118 |
| Tab. 32: | Depressive und manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen | 121 |
| Tab. 33: | Mittelwertdifferenzen zwischen den vier Messzeitpunkten erhoben anhand der ADS | 122 |
| Tab. 34: | Prozesskorrelationen Stundenbogenfaktors 4 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus | 124 |
| Tab. 35: | "Painful affect measure" im Verlauf der vier Sitzungen | 125 |
| Tab. 36: | Durchschnittliche Korrelation der anhand des Q-Sorts ausgewerteten Sitzungen mit den Q-Prototypen des psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonalen Ansatzes | 127 |

| | | |
|-----------|--|-----|
| Tab. 37: | Korrelationen zwischen Outcome und Adherence der beiden Therapiebedingungen zu den drei Q-Prototypen | 129 |
| Tab. A1: | Therapeuten- und Klientenkategorien des CIPS | 169 |
| Tab. A2: | Anzahl der Items pro Kategorie | 170 |
| Tab. A3: | Interkorrelationen ADS und BDI zum Messzeitpunkt t0 | 170 |
| Tab. A4: | Interkorrelationen ADS und BDI zum Messzeitpunkt t1 | 170 |
| Tab. A5: | Interkorrelationen BRMAS und YMRS zum Messzeitpunkt t0 | 171 |
| Tab. A6: | Interkorrelationen BRMAS und YMRS zum Messzeitpunkt t1 | 171 |
| Tab. A7: | Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 02 | 171 |
| Tab. A8: | Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 8 | 172 |
| Tab. A9: | Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 14 | 172 |
| Tab. A10: | Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 17 | 172 |
| Tab. A11: | Prozesskorrelationen des Stundenbogenfaktors 2 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus | 173 |
| Tab. A12: | Prozesskorrelationen des Stundenbogenfaktors 3 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus | 173 |
| Tab. A13: | 20 charakteristischste Items des kognitiv-behavioralen Prototypen | 174 |
| Tab. A14: | 20 charakteristischste Items des psychodynamischen Prototypen | 175 |
| Tab. A15: | 20 charakteristischste Items des interpersonalen Prototypen | 176 |
| Tab. A16: | Überschneidungen der 20 charakteristischsten Items des kognitiv-behavioralen und interpersonalen Prototypen | 177 |
| Tab. A17: | Überschneidungen der 20 charakteristischsten Items des psychodynamischen und interpersonalen Prototypen | 177 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|----------|--|-----|
| Abb. 1: | Multifaktorielles Modell zur bipolaren Störung | 7 |
| Abb. 2: | Veränderung der depressiven Symptomatik, gemessen anhand der ADS vom Messzeitpunkt t0 nach t1 | 76 |
| Abb. 3: | Veränderung der manischen Symptomatik, gemessen anhand der ADMS vom Messzeitpunkt t0 nach t1 | 77 |
| Abb. 4: | Veränderung der manischen Symptomatik, gemessen anhand der YMRS vom Messzeitpunkt t0 nach t1 | 77 |
| Abb. 5: | Veränderung des allgemeinen Funktionsniveaus, gemessen anhand der GAF vom Messzeitpunkt t0 nach t1 | 78 |
| Abb. 6: | Veränderung der wahrgenommenen Unterstützung, gemessen anhand der F-SOZU vom Messzeitpunkt t0 nach t1 | 79 |
| Abb. 7: | Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 02) | 81 |
| Abb. 8: | Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 02) | 82 |
| Abb. 9: | Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 02) | 83 |
| Abb. 10: | Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 02) | 84 |
| Abb. 11: | Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 08) | 85 |
| Abb. 12: | Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 08) | 86 |
| Abb. 13: | Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 08) | 87 |
| Abb. 14: | Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 08) | 88 |
| Abb. 15: | Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 14) | 89 |
| Abb. 16: | Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 14) | 90 |
| Abb. 17: | Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 14) | 91 |
| Abb. 18: | Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 14) | 92 |
| Abb. 19: | Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 17) | 93 |
| Abb. 20: | Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 17) | 94 |
| Abb. 21: | Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 17) | 95 |
| Abb. 22: | Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 17) | 96 |
| Abb. 23: | Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) | 98 |
| Abb. 24: | Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) | 98 |
| Abb. 25: | Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) | 100 |
| Abb. 26: | Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) | 101 |
| Abb. 27: | Unterschiede der Mittelwerte der Q-Items (alle Sitzungen) zwischen der KVT- und der EST-Bedingung ermittelt anhand von T-Tests | 103 |
| Abb. 28: | Screeplot der Faktorenanalyse | 105 |
| Abb. 29: | Skala 1 („Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“) im Verlauf der vier Sitzungen | 110 |
| Abb. 30: | Skala 2 („Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten“) im Verlauf der vier Sitzungen | 111 |
| Abb. 31: | Skala 3 („Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“) im Verlauf der vier Sitzungen | 112 |
| Abb. 32: | Skala 4 („Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“) im Verlauf der vier Sitzungen | 113 |
| Abb. 33: | Skala 5 („Ausmaß von Reframing“) im Verlauf der vier Sitzungen | 114 |

| | | |
|----------|--|-----|
| Abb. 34: | Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) im Verlauf der vier Sitzungen | 116 |
| Abb. 35: | Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) im Verlauf der vier Sitzungen | 116 |
| Abb. 36: | Faktor 4 („Qualität der Therapiebeziehung“) im Verlauf der vier Sitzungen | 119 |
| Abb. 37: | Faktor 2, 3 und 4 im Verlauf der vier Sitzungen für Patienten der KVT-Bedingung | 120 |
| Abb. 38: | Faktor 2, 3 und 4 im Verlauf der vier Sitzungen für Patienten der EST-Bedingung | 120 |
| Abb. 39: | Depressive Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADS | 122 |
| Abb. 40: | Manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADMS | 123 |
| Abb. 41: | "Painful affect measure" im Verlauf der vier Sitzungen | 126 |
| Abb. 42: | Durchschnittliche Korrelation der anhand des Q-Sorts ausgewerteten Sitzungen mit den Q-Prototypen des psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonellen Ansatzes | 128 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|--------|--|
| ADS | Allgemeine Depressionsskala |
| ADMS | Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome |
| BDI | Beck Depressionsinventar |
| BRMAS | Bech-Rafaelsen Manie Skala |
| CBASP | Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy |
| CIP | Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie |
| DAS | Dysfunctional Attitude Scale |
| EST | Emotional Supportive Therapie |
| FFT | Family Focused Treatment |
| F-SOZU | Fragebogen zur Sozialen Unterstützung |
| GAF | Global Assessment of Functioning Scale |
| IPSRT | Interpersonal and Social Rhythm Therapy |
| IPT | Interpersonale Therapie |
| KVT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| LPS | Leistungsprüfsystem |
| NIMH | National Institute of Mental Health |
| PQS | Psychotherapy Q-Sort |
| SASB | Structural Analysis of Social Behaviour |
| SCL | Symptom Checklist |
| SRMI | Self Rating Mania Inventory |
| TDCRP | Treatment of Depression Collaborative Research Program |
| TSR | Therapy Session Report |
| VT | Verhaltenstherapie |
| YMRS | Young Mania Rating Scale |

Zusammenfassung

Während zahlreiche kontrollierte Studien zur Wirksamkeit von Kurzzeittherapien bei der unipolaren Depression vorliegen, sind im Vergleich dazu Studien zur bipolaren Störung rar (Hautzinger & Meyer, 2007; Miklowitz & Otto, 2006; Scott, 2006). In dieser Studie handelt es sich daher um die bislang erstmalige Untersuchung des therapeutischen Prozesses einer kognitiven Verhaltenstherapie bei bipolaren Patienten im Vergleich zu einer Kontrollbedingung. Nachdem in Kapitel 1 einleitend Informationen zu affektiven Störungen geliefert werden, werden in Erweiterung dazu bewährte Interventionsansätze der bipolaren Störung referiert. Kapitel 3 stellt im Überblick die Geschichte der Prozessforschung in der Psychotherapie dar, bei der anschließend einzelne Forschungsparadigmen vorgestellt werden. Exemplarisch werden für die systematische Beobachtung des therapeutischen Prozesses sowohl Instrumente zur objektiven Untersuchung der therapeutischen Interaktion, als auch des subjektiven Empfindens dargestellt. Schließlich folgt in Kapitel 4 ein Überblick über das Konzept der therapeutischen Allianz, wobei einzelne Forschungsergebnisse zu einzelnen Komponenten der Allianz dargestellt werden. Kapitel 5 erläutert die metatheoretische Fundierung der Q-Auswertungsmethode, die die Basis für das zentrale Instrument der auszuwertenden Therapiestunden, den Psychotherapie Q-Sort (PQS; Jones, 2000) bildet. Daran schließen sich die Ziele, Hypothesen und Fragestellungen der Studie an, die auf einer deskriptiven, explorativen und Hypothesen prüfenden Ebene anzusiedeln sind. Zusammen mit den anderen Outcome-Instrumenten der Studie, die die Symptome des Patientenkollektivs multidimensional erfassten, wird der PQS in Kapitel 7 dargestellt. Dabei werden sowohl das Design der Studie als auch das statistische Vorgehen aufgeführt. In Kapitel 8 werden die Ergebnisse der Untersuchungen berichtet. Unter Vorlage von fünf Erklärungsversuchen, warum sich Verläufe von Kurzzeittherapien so ähneln, werden die Ergebnisse in Kapitel 9 diskutiert. Die Studie endet mit einer Beschreibung ihrer Limitationen und einem Ausblick für zukünftige Forschungsvorhaben.

1 AFFEKTIVE STÖRUNGEN

Einleitung

Die bipolare Störung gehört zu der Gruppe der affektiven Störungen und wird damit zu einer Gruppe von Krankheitsbildern gezählt, deren Symptomatik über die Krankheitsepisode und den gesamten Verlauf hinweg im Wesentlichen durch Störungen der Affektivität (depressiv oder manisch) bestimmt wird. Für die Einteilung in Subgruppen orientiert man sich anhand ihrer Symptomatik (gehemmt oder agiert depressiv, etc.), der Dauer der Erkrankung (akut, rezidivierend oder chronisch), der Schwere (leichte bis schwere Ausprägung) und zum Teil nach der bekannten beziehungsweise angenommenen Ursache. Laut ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) und DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) dürfen diese Symptome nicht durch andere Störungsbilder oder Umstände erklärbar sein.

Dadurch ist unter einer „manischen Depression“ ein affektives Krankheitsbild zu verstehen, das sich im Schwerpunkt durch die pathologische Veränderung der Affektivität kennzeichnet. Unter Affektivität versteht man synonym „Gestimmtheit“, also eine länger andauernde Befindlichkeit, die unter verschiedenen Aspekten wie z.B. Verhalten und Motorik, emotionale, physiologisch-vegetative, imaginativ-kognitive und motivationale Charakteristika beschrieben wird (Assion & Vollmoeller, 2006).

Eine Unterteilung in verschiedene Störungsbilder ist insofern von Relevanz, da die einzelnen Störungsbilder sowohl den Einsatz verschiedener pharmakologischer, als auch therapeutischer Interventionen bedürfen.

1.1 Symptomatologien depressiver und manischer Episoden

Depressive Episoden

Depressive Episoden sind durch unterschiedliche heterogene Symptome charakterisiert, die sich nach verschiedenen Aspekten gruppieren lassen. Einzelne Aspekte der depressiven Episode, die auch bei normalen Reaktionen des Erlebens und Verhaltens vorkommen können, erlangen erst einen pathologischen Wert, wenn bestimmte Zeitkriterien beziehungsweise Ausprägungsgrade überschritten sind. Laut DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) sind

entweder die depressive Verstimmung, beziehungsweise der Verlust an Interesse oder Freude Leitsymptome, welche durch zusätzliche Symptome wie zum Beispiel Schlaflosigkeit oder vermehrten Schlaf, psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung, Konzentrationsstörungen, Angst, Pessimismus und Suizidgedanken begleitet werden können. In Tabelle 1 wird die Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten, gegliedert nach fünf Aspekten, dargestellt.

Tab. 1: Symptomatologie depressiver Auffälligkeiten

| | |
|--------------|---|
| Emotional | Angst, niedergeschlagene Stimmung, Leere, Verzweiflung |
| Motivational | Interessenverlust, Antriebslosigkeit, Entschlussunfähigkeit, Suizidgedanken |
| Kognitiv | Schuldgefühle, Pessimismus, Selbstvorwürfe, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen |
| Interaktiv | Einengung sozialer Fertigkeiten, sozialer Rückzug, leise Stimme |
| Motorisch | Verlangsamung, Hemmung, Agitation |
| Somatisch | Engegefühl in der Herzgegend, Appetitlosigkeit, Schlafstörungen |

Adaptiert aus Assion und Vollmoeller (2006); Hautzinger (2000)

Wie Hautzinger und Meyer (2002) angeben, muss keines der in der Tabelle aufgeführten Symptome bei Depressionen vorkommen und keines dieser Symptome kommt ausschließlich bei Depressionen vor. Wie Miklowitz und Goldstein (1997) stellen auch sie fest, dass sich Patienten durch unterschiedlich zusammengesetzte Symptommuster in unterschiedlichen Ausprägungen charakterisieren, was eine sorgfältige Diagnostik erfordert.

Assion und Vollmoeller (2006) gehen davon aus, dass sich bipolare Depressionen in Bezug auf ihre Symptomatik zunächst nicht von unipolaren Depressionen unterscheiden. Im Gegensatz dazu führen Bowden (2001), Mitchel, Wilhelm, Parker, Austin, Rutgers und Malhi (2001) und Perris (1996) auf, dass sich depressive Episoden, die innerhalb bipolarer beziehungsweise unipolarer Verläufe stattfinden, Unterschiede in Bezug auf die Häufigkeit bestimmter Symptome aufweisen. Sie führen hierbei an, dass davon auszugehen sei, dass Patienten mit rein unipolaren Verläufen über psychomotorische Unruhe, Schlaflosigkeit und somatische Beschwerden berichten. Patienten mit bipolaren Verläufen hingegen seien eher psychomotorisch verlangsamt, würden mehr schlafen und hätten zudem öfter Episoden mit psychotischen Merkmalen. Diese Unterschiede seien auch in Bezug auf ein Ansprechen der Pharmakotherapie feststellbar.

Manische Episoden

Fundamentales Kernsymptom der Manie ist die Veränderung der Affektivität, die laut DSM-IV (Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) in einer abnorm und anhaltend gehobenen, expansiven oder reizbaren Stimmung zum Ausdruck kommen kann. Weitere Hauptmerkmale der Konstellation manischer Symptome manifestieren sich in Form von Antriebssteigerungen, einer gesteigerten Libido, Denkstörungen, Rededrang und einem geringerem Schlafbedürfnis. Tabelle 2 stellt einen Überblick der veränderten Erlebens- und Verhaltensbereiche innerhalb einer manischen Episode dar.

Tab. 2: Symptomatologie manischer Auffälligkeiten

| | |
|--------------|---|
| Emotional | gehobene oder reizbare Stimmung, Euphorie |
| Motivational | vielseitiges Interesse, gesteigerter Antrieb |
| Kognitiv | schlechtes Urteilsvermögen, geringe Planungsfähigkeit, übertriebener Optimismus, übersteigertes Selbstwertgefühl, Gedankenjagen |
| Interaktiv | Bedürfnis nach sozialen Kontakten, bevormundend, laute Sprache |
| Motorisch | Überaktivität, getrieben, schnelle Sprache, grelle Kleidung, gefährliche Aktivitäten |
| Somatisch | energiegeladen, geringes Schlafbedürfnis |

Adaptiert aus Assion und Vollmoeller (2006); Hautzinger (2000)

Analog zur depressiven Episode führen Hautzinger und Meyer (2002) und Miklowitz und Goldstein (1997) bei den manischen beziehungsweise hypomanischen Symptomen auf, dass einzelne Symptome bei jedem Patienten vorkommen können, keines jedoch vorkommen muss. Dadurch, dass die Beschwerden oft wechseln und in unterschiedlicher Ausprägung vorkommen, manifestieren sich manische Episoden durch eine Vielzahl unterschiedlicher Symptomkonstellationen, was ebenso wie bei den depressiven Episoden eine sorgfältige Diagnostik erfordert.

1.2 Angaben zu Epidemiologie und Verlauf

Depressive Erkrankungen gehören nach den Substanzabhängigkeits- und Angsterkrankungen zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung (Volk, Travers & Neubig, 1998). Laut neueren epidemiologischen Untersuchungen nehmen sie in allen

untersuchten Ländern und über die Alterskohorten hinweg weiter zu (Hautzinger, 1995). Im Gegensatz dazu sind bipolare Störungen weitaus seltener: Aus epidemiologischen Untersuchungen in verschiedenen Ländern geht hervor, dass in der Allgemeinbevölkerung von einer Lebenszeitprävalenz bipolarer Erkrankungen von 1 bis 5 % zu rechnen ist (Baldessarini, 2002; Jonas, Brody, Roper & Narrow, 2003; Kessler et al., 1994; Meyer, Rumpf, Hapke, Dilling & Meyer, 2000; Weissman et al., 1996). Für die Bipolar I-Störung (depressive und manische Episoden) nimmt man einen Median von 1,3 % an (vgl. Wittchen, 2000), wobei im Gegensatz zur unipolaren Depression die bipolare Störung bei Männern und Frauen etwa gleich häufig vorkommt.

Krankheitsverläufe bipolarer Störungen werden allgemein durch ihr Erkrankungsalter, Krankheitsdauer, Dauer und Art der bisherigen Episoden, Länge der interepisodischen Intervalle als auch durch die Episodenanzahl beschrieben. Bei den meisten Betroffenen beginnt die bipolare Störung im jungen Erwachsenenalter, meistens im dritten Lebensjahrzehnt. Dabei ist anzunehmen, dass das mittlere Erkrankungsalter 21 ist, wobei es einen Gipfel zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr und einen anderen zwischen dem 20. und dem 24. Lebensjahr gibt (vgl. Felber, 1996). Aufgrund der Heterogenität der vorkommenden Symptome und der dadurch erschwerten Diagnostik ist es mitunter schwierig, eindeutig den Beginn und das Ende einer manischen beziehungsweise gemischten Phase festzulegen. Aus diesem Grund, wird eine Unterscheidung zwischen Zyklus und Intervall vollzogen. Der Zyklus beinhaltet den gesamten zeitlichen Verlauf vom Beginn einer Krankheitsperiode mit anschließendem „symptomfreien“ Intervall und Wiederbeginn einer eventuell erneuten Krankheitsphase. Angst und Preisig (1995a, b) folgern, dass bei zunehmender Dauer der Erkrankung bipolare und depressive Zyklen immer kürzer werden. Laut Goodwin und Jamison (1990) und Walden und Grunze (1998) scheint sich der symptomfreie Zeitraum nach jeder Episode von anfänglich durchschnittlich 36 Monaten auf 24 bis 12 Monate zu verkürzen, während die affektiven Episoden immer länger andauern. Marneros et al. (2004a, b) schlussfolgern, dass manische Phasen generell kürzer andauern, als unipolare Phasen, da sich diese teilweise innerhalb weniger Tage beziehungsweise Wochen zurückbilden können. Bei den meisten Patienten dauert die manische Phase im Durchschnitt zwei Monate an, wobei gemischte Episoden mit einer durchschnittlichen Länge von fünf Monaten am längsten sind. Da manisch-depressive Störungen per Definition zu Rückfällen neigen (vgl. Meyer & Hautzinger 2000a, 2004a), gilt es in Bezug auf die Gesamtzahl erlebter manischer Phasen zwischen mono-, oligo- und polyzyklischen Verläufen zu unterscheiden. Oligophasische

Verläufe sind jene, die über eine längere Zeitspanne hinweg bis zu drei Episoden aufweisen, während bei polyzyklischen Verläufen mehr als drei Episoden vorkommen. Schätzungen von Angst, Felder und Frey (1979) geben an, dass in einem Zeitraum von 25 Jahren etwa zwölf Phasen auftreten. Schätzungen aus älteren Studien, die weniger Phasen angeben, sind laut Goodwin und Jamison (1990) dadurch erklärbar, dass nur jene Phasen, die zu Hospitalisierungen führten, gezählt wurden. Hautzinger und Meyer (2004a) geben an, dass bei Bipolar-I-Störungen davon auszugehen ist, dass ein Betroffener durchschnittlich etwa acht bis zwölf depressive Episoden und etwa vier bis acht manische Phasen erleben wird.

Betrachtet man Publikationen zur uni- beziehungsweise bipolaren Störung und der Schizophrenie, so ist laut Meyer (2001) festzustellen, dass es trotz der gleichen Prävalenz von bipolarer und schizophrener Störung weitaus mehr Publikationen zur schizophrenen Störung gibt. In seiner Übersichtsarbeit ging er der Frage nach, ob sich dieses Ungleichgewicht von Publikationen zu den Themen Depression, bipolare und schizophrene Störung tatsächlich in den Publikationen, die von 1980-1999 stattfanden, widerspiegelt und ob es hierbei differentielle Unterschiede in Bezug auf das Veröffentlichungsorgan gab. Als Repräsentanten der klinisch-psychologischen Forschung wurden für den deutschen Sprachraum die Zeitschrift für Klinische Psychologie und für den angloamerikanischen Sprachraum das Journal of Abnormal Psychology gewählt. Die Zeitschrift Archives of General Psychiatry wählte er zusätzlich, um zu sehen, ob dieses Störungsbild innerhalb eines medizinisch-psychiatrisch ausgerichteten Arbeitskreises eine andere Behandlung erfuhr. Schlussfolgernd stellte er dabei fest, dass die bipolare Störung sowohl im Vergleich zur unipolaren Depression als auch im Vergleich zur schizophrenen Störung in Bezug auf die Gesamtzahl aller Veröffentlichungen des untersuchten Zeitraums unterrepräsentiert war.

Interessanterweise lässt sich bei den Veröffentlichungen ein differentieller Effekt in Bezug auf die Zeitschrift feststellen. Bei der medizinisch-psychiatrischen Archives of General Psychiatry wurden etwa gleich viele Artikel zur depressiven (43,4%) und schizophrenen Störung (45,1%) publiziert. Publikationen zur bipolaren Störungen nahmen zwar mit 11,5% einen bedeutend geringeren Anteil ein, der jedoch dennoch doppelt so hoch wie jener zu den klinisch-psychologischen Zeitschriften (Journal of Abnormal Psychology: 5,5%; Zeitschrift für Klinische Psychologie: 4,1 %) war.

1.3 Erklärungsmodelle zu bipolaren Störungen

Ausgehend von den Befunden von Akiskal (1996), Depue und Iacono (1989), Depue und Zald (1993), Ehlers, Frank und Kupfer (1988) und Goodwin und Jamison (1990) folgern Hautzinger und Meyer (2007), dass alle Erklärungsmodelle zur Ätiologie der bipolar affektiven Störung von multifaktoriellen, so genannten Vulnerabilitäts-Stress-Modellen ausgehen müssen, denen ein biopsychosoziales Modell zu Grunde liegt. Allen theoretischen Ansätzen scheint gemein zu sein, dass das Kernproblem der bipolar affektiven Störung in einer Instabilität, beziehungsweise Dysregulation biologischer Prozesse liegt. Akiskal (1996) geht davon aus, dass für die Ätiologie affektiver Störungen genetisch determinierte Temperamentfaktoren entscheidend sind, die sich in Wechselwirkung mit Lernerfahrungen verstärken.

Depue und Zald (1993) sehen hingegen die Ursache in einer genetisch bedingten, fundamentalen Störung der Verhaltensaktivierung. Sowohl interne als auch externe Auslöser, die sich in Form von beruflichen Veränderungen, Konflikten oder Zeitverschiebungen manifestieren, aktivieren ein neurobehaviorales System ("behavior activation system"), das sowohl für die Steuerung als auch die Aufrechterhaltung motivationaler Prozesse verantwortlich ist. Veränderungen dieses Systems sind je nach Situation sowohl in Richtung einer Erhöhung als auch in Richtung einer Reduktion des Aktivitätsniveaus nachweisbar. Bei Personen, die keine Vulnerabilität für die bipolare Störung aufweisen, stellt sich bei einer solchen Auslenkung des Systems wieder ein homöostatischer Zustand ein. Im Gegensatz dazu bleibt bei „bipolaren“ Personen diese Regulation aus, so dass sich dieses „aktivierte System“ sowohl in Richtung Manie als auch Depression bewegen kann. Als Kernelement der bipolaren Störung wird daher nicht die Stimmung, sondern eine Verhaltensaktivierung angenommen.

Wie Hautzinger und Meyer (2007) anführen, gehen auch Goodwin und Jamison, Ehlers, Frank und Kupfer von einer genetisch bedingten „Instabilität biologischer Rhythmen“ beziehungsweise Zeitgeber aus, die die Basis solcher Symptome des veränderten Antriebs bilden.

In Abbildung 1 wird das von Hautzinger und Meyer (2007) vorgelegte multifaktorielle Modell zur bipolaren Störung dargestellt, welches Hautzinger und Meyer schon in veränderter Form vorgestellt hatten und das die Grundlage für ihr Kognitiv Verhaltenstherapeutisches

Manual bildet (2004). Innerhalb dieses Modells werden die Aspekte Krankheitskonzept, Lebensereignisse als auch soziales Netzwerk als relevant erachtet. Diese Aspekte interagieren.

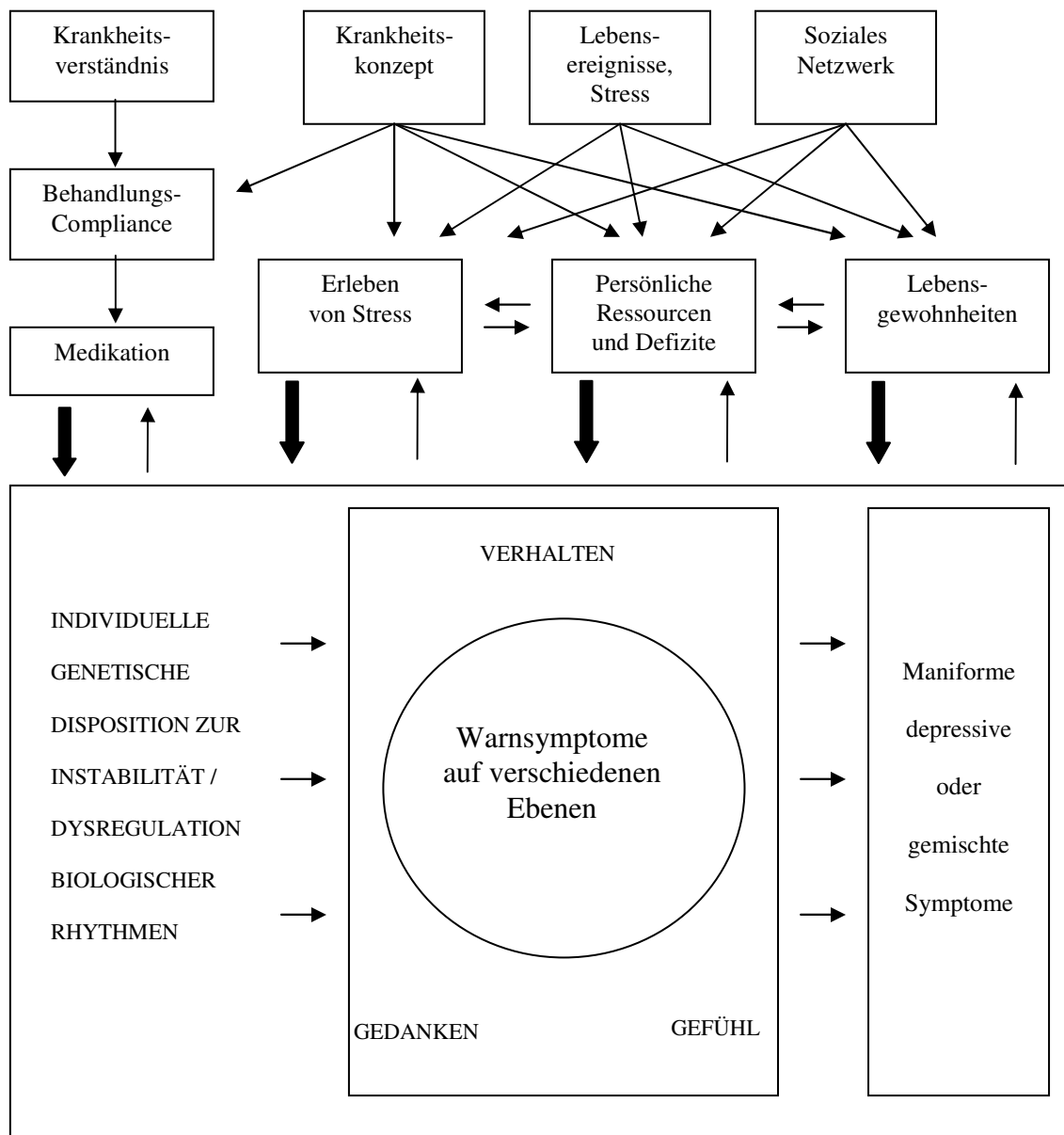


Abbildung 1: Multifaktorielles Modell zur bipolaren Störung

Krankheitskonzept und Compliance:

Hautzinger und Meyer (2007) nehmen an, dass die Compliance bipolarer Patienten von ihrem Verständnis in Bezug auf ihre Krankheit abhängt. Compliance als solche ist doppelt wichtig: Damit der Patient Nutzen aus der Therapie zieht ist sowohl eine aktive Mitarbeit als auch die Umsetzung der in der Therapie erlernten Inhalte wichtig. Weiter trägt die Medikamentencompliance fundamental zur Stabilisierung der Patienten bei (vgl. Lingam &

Scott, 2002; Scott & Tacchi, 2002). Die Compliance ist daher nicht nur während der stattfindenden Therapie relevant, sondern auch im Sinne einer Rezidivprophylaxe wichtig (vgl. Colom, Vieta, Tacchi, Sánchez-Moreno & Scott, 2005).

Lebensereignisse:

Hautzinger und Meyer (2007) geben hierzu in Bezug auf Johnson und Roberts (1995) an, dass Lebensereignisse eine deutliche Rolle im Verlauf manisch-depressiver Störungen spielen. Abgesehen von ihrem Trigger-Effekt gehen sie auch mit der Dauer der Episoden einher. Dunner, Patrick und Fieve (1979) konnten aufzeigen, dass mehr als 50% bipolarer Patienten ein kritisches Lebensereignis vor Beginn der ersten Episode der bipolaren Störung erlebt hatten. Johnson (2005) schließt in ihrem Übersichtsartikel, dass aus der Mehrzahl der von ihr untersuchten Studien davon auszugehen sei, dass negativ besetzte Lebensereignisse als Prädiktoren für Rezidive beziehungsweise eine langsamere Remission gelten können.

Soziales Netzwerk:

Ähnlich wie bei schizophrenen Patienten kann das soziale Netzwerk bei bipolaren Patienten eine doppelte Funktion erfüllen. Einerseits kann es in Form von engen Kontakten eine soziale Unterstützung anbieten, andererseits können diese engen Kontakte auch eine Quelle der Belastung darstellen. Meyer und Hautzinger (2000a) führten hierzu in Bezug auf Butzlaff und Hooley (1998), Goldstein, Miklowitz und Miklowitz (1996), Miklowitz et al. (1988, 1996) an, dass diese interpersonellen und familiären Faktoren das Rückfallrisiko erhöhen können.

Auch wenn diese Faktoren innerhalb des Modells als voneinander unabhängig dargestellt werden, ist dennoch ein gemeinsamer Einfluss auf das Erleben von Stress, auf die persönlichen Ressourcen und Defizite und die Lebensgewohnheiten feststellbar. Unter den Lebensgewohnheiten subsumieren Hautzinger und Meyer all jene Aspekte, die sich auf den Alltag beziehen, unter anderem Tagesablauf, Schlafgewohnheiten und Konsum von Rauschmitteln. In Zusammenhang mit der postulierten Vulnerabilität ist davon auszugehen, dass diese spezifizierten Faktoren – Krankheitskonzept, Lebensereignisse und soziales Netzwerk – auf multiple Weise das Stresserleben, das Bewältigungsverhalten sowie den Lebensstil beeinflussen und dadurch Einfluss auf das Entstehen und den Verlauf manisch-depressiver Symptome haben.

Reziproke Einflüsse sind sowohl zwischen diesen Aspekten als auch in einem Zusammenhang zwischen Denken, Fühlen und Handeln feststellbar:

Die „abwärts“-Spirale der depressiven Phasen, die von einer Verringerung alltäglicher Aktivitäten zu einer niedergeschlagenen Stimmung und Gedanken führt, die letztlich zur Folge haben, dass noch weniger Aktivitäten ausgeführt werden und die Stimmung sich um so mehr verschlechtert, ist in der manischen Phase in umgekehrter Reihenfolge zu beobachten.

Das subjektive Gefühl weniger Schlaf zu benötigen, führt dazu, dass immer mehr Aktivitäten geplant beziehungsweise begonnen werden, jedoch ohne dass diese immer zu Ende geführt werden. Um den „Verzug“ aufzuholen, spart der betroffene bipolare Patient noch mehr am Schlaf ein, bis er letztlich überhaupt nicht mehr schläft, oder unter Umständen seine Medikation völlig weglässt.

Ob diese Prozesse jedoch in eine voll ausgeprägte affektive Episode münden, ist nach Hautzinger und Meyer davon abhängig, welche Aspekte in den Bereichen „Stress“, „individuelle Ressourcen“ und „individuelle Defizite“ zum Tragen kommen.

Beispielhaft führen Meyer und Hautzinger (2004a) den Gedanken „die anderen wollen verhindern, dass ich meine Fähigkeiten umsetzen kann und erfolgreich bin“ auf, bei dem sich paranoide und manische Elemente mischen. Dieser Gedanke kann zu einer erhöhten Vorsicht gegenüber anderen und einer damit einhergehenden Reizbarkeit führen. Reagieren Mitmenschen des betroffenen Bipolaren ebenso gereizt auf seine „aufbrausende“ Verhaltensweise, so sieht dieser dies als Indiz dafür, dass sein Gedanke richtig war. Damit einhergehende Konflikte in der Beziehung können dann zu einer fehlenden sozialen Unterstützung führen, die eigentlich nötig wäre.

Auch wenn Psychopharmakotherapie zur Stabilisierung bei bipolaren Patienten *lege artis* ist und durch überzeugende Evidenzen besticht, erleiden Betroffene dennoch unverändert Rückfälle. Hautzinger und Meyer (2007) sehen eine Rechtfertigung der Psychotherapie insofern, da diese bei all jenen Aspekten ansetzt, die den Verlauf bestimmen oder Rückfälle fördern und durch Einstellungs- und Verhaltensaspekte der betroffenen Patienten beeinflussbar sind. Ziel der Psychotherapie ist daher, Betroffenen ein Krankheitsbild zu vermitteln, bei dem genetische und biologische Faktoren eine entscheidende Bedeutung für die Ätiologie haben. Dies ist insofern auch wichtig, um die jahrzehntelange Einnahme von Medikamenten zu bekräftigen.

2 INTERVENTIONSANSÄTZE DER BIPOLAREN STÖRUNG UND IHRE WIRKSAMKEIT

Wie Meyer und Hautzinger feststellen (2000b), ist die Effektivität der Psychotherapie bei unipolaren Störungen in zahlreichen empirisch gut kontrollierten Studien untersucht und belegt worden. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei der bipolaren Störung ein Mangel an Forschung auf. Unter Bezugnahme auf Goodwin und Jamison (1990) bemerken sie, dass sich ein Missstand in Bezug auf die Forschung zur bipolaren Störung insofern darstellt, dass einerseits die Wichtigkeit psychotherapeutischer Maßnahmen als Rezidivprophylaxe immer betont wird, andererseits jedoch tatsächlich wenige empirisch kontrollierte Studien durchgeführt wurden. Vorliegende Befunde bei bipolaren Störungen lassen jedoch mutmaßen, dass adjuvante psychotherapeutische Interventionen zu besseren Ergebnissen führen, als eine Standardbehandlung ergänzt um Medikation (Miklowitz & Otto, 2006). Seit 1999 führten Meyer und Hautzinger (2000b, 2002; Hautzinger und Meyer, 2007) kontinuierlich eine systematische Literaturrecherche durch, in die alle Originalarbeiten zur bipolaren Störung, die in den Datenbanken von Medline, PsycINFO und Psyn dex detektiert worden waren, einbezogen wurden.

Dabei legten sie folgende Selektionskriterien zu Grunde:

1. bei den untersuchten Stichproben musste es sich um Patienten handeln, die eindeutig als bipolar zu identifizieren sind (Störungsbild)
2. eine nicht-medikamentöse Behandlung wurde als Intervention durchgeführt (Intervention)
3. es handelte sich nicht um Einzelfallberichte (Patientenzahl)
4. der Erfolg der Maßnahme wurde quantifiziert (Erfolgsmaß).

Bei einer näheren Untersuchung der vorliegenden Studien mussten die Autoren jedoch aufgrund dieser Selektionskriterien 203 der insgesamt 461 erfassten Arbeiten ausschließen. Gründe hierfür waren unter anderem, dass es sich bei nur 36,8 % der Studien um Studien mit psychotherapeutischer Behandlung primär bipolarer Patienten handelte. In manchen Studien wurden nur Einzelfälle beziehungsweise Überlegungen zur Therapie dargestellt oder es lag keine Kontrollgruppe vor. Aufgrund der in den Studien fehlenden nötigen Parameter und der zu großen Heterogenität, um eine Metaanalyse durchzuführen zu können, stellten die Autoren

die letztlich 28 verbleibenden kontrollierten Studien im Einzelfall dar. Um diese Studie im Vergleich zum Kontext der aktuelleren Studien situieren zu können, sollen die relevantesten Ergebnisse dieser Untersuchungen in Zusammenhang mit der von Miklowitz und Otto (2006) vorgelegten Übersicht an dieser Stelle zusammenfassend referiert werden.

2.1 Psychoedukation

„Unter dem Begriff Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml und Pitschel-Walz, 2003, S. 3).

Hautzinger und Meyer (2007) geben hierzu an, dass Psychoedukation verschiedene Formen annehmen kann. Einerseits kann sie durch bloße Informationsvermittlung realisiert werden, während sie andererseits auch in einer Art therapeutischen Settings durchgeführt werden kann. Eine Abgrenzung zur Psychotherapie besteht insofern, als die Psychotherapie ein größeres zeitliches Volumen aufweist und zumindest ein Therapeut in Kontakt mit Patienten ein systematisches veränderungsorientiertes Wissen anwendet, um den Patienten von einem „Ist“- zum „Soll“-Zustand zu bewegen. Primäre Ziele der Psychoedukation sind daher die Compliance zu erhöhen, Wissenslücken zu schließen und die Copingstrategien der Patienten zu verbessern.

2.2 Familientherapie

Ausgehend von positiven Befunden von familientherapeutischen Ansätzen bei Angehörigen schizophrener Patienten wurde in einer Art Analogieschluss dieser therapeutische Ansatz auf bipolare Patienten übertragen. Befunde zum Konzept der "expressed emotions" ließen vermuten, dass ein stark ausgeprägtes kritisches, feindseliges oder emotional unangemessen engagiertes Verhalten von Lebenspartnern beziehungsweise Familienangehörigen bipolarer Patienten auch bei diesen mit mehr Rezidiven und/oder einer ausgeprägteren Symptomatik verbunden sein würden (vgl. Bauer, 2005). Bei dem Family Focused Treatment (FFT) handelt es sich um einen Behandlungsansatz, der aus drei Modulen besteht, die speziell für Bipolare entwickelt wurden: Modul 1 ist an psychoedukative Ansätze angelehnt, in denen Patienten

und Angehörige über Symptomatik und Verlauf, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten, das Vulnerabilitäts-Stress-Modell und über die Wichtigkeit der medikamentösen Compliance aufgeklärt werden. Im zweiten Modul werden Kommunikationsfähigkeiten erörtert, während im dritten Modul Problemlösefähigkeiten der Patienten trainiert werden. Bei den beiden von Miklowitz et al. (2000, 2003) durchgeführten Colorado-Studie, bei denen Patienten die mit dem FFT behandelt worden waren, im Vergleich zu einer Kontrollbedingung verglichen wurden, ergaben sich in Bezug auf die therapeutische Modalität im ersten Katamnesejahr keine differentiellen Effekte. Im zweiten Katamnesejahr zeigte sich jedoch, dass FFT-Patienten weniger Rückfälle erlitten hatten (36 % zu 54 %) und es länger dauerte, bis FFT-Patienten ein Rezidiv erlitten. Die Autoren erklären diesen verzögerten Effekt dadurch, dass die in der FFT-Therapie erlernten Elemente erst in den Familien gang und gebe werden mussten, bis sie einen Effekt aufweisen konnten (vgl. Miklowitz & Otto, 2006). Hautzinger und Meyer (2007) schlussfolgern dadurch, dass das Family Focused Treatment viel versprechende Effekte aufweise, jedoch aufgrund seiner aufwendigen Umsetzung an die Grenzen der Praktikabilität stoße.

2.3 Interpersonal and Social Rhythm Therapy

Bei der Interpersonal and Social Rhythm Therapy (IPSRT) handelt es sich um eine Weiterentwicklung der von Klerman, Weissman, Rounsaville und Chevron (1984) entwickelten Interpersonalen Therapie zur Behandlung unipolarer Depressionen. In Anlehnung an das von Goodwin und Jamison (1990) postulierte pathogenetische Modell zur bipolaren Erkrankung gehen Frank et al. (1997, 1999, 2000) davon aus, dass über die drei Mechanismen stressbesetzte Lebensereignisse, Störungen von zirkadianen Rhythmen und medikamentöser Non-Compliance das Risiko eines Rezidivs grundlegend erhöht wird. Inhalte dieses therapeutischen Ansatzes bestehen aus vier Phasen (initiale Phase, intermediäre Phase, präventive Phase, Beendigungsphase). Ziel ist dabei die Compliance zu erhöhen, Lebensrhythmen zu stabilisieren und unter Einbeziehung verhaltenstherapeutischer Techniken interpersonelle Schwierigkeiten zu verringern. Ausgehend von der von Frank et al. (2005) durchgeführten Pittsburgh-Studie schlussfolgern Hautzinger und Meyer (2007), dass Patienten der IPSRT-Bedingung im Vergleich zur durchgeführten "Intensive Clinical Management"-Bedingung länger stabil und ohne Rückfall blieben.

2.4 Kognitive Verhaltenstherapie

Wie im Erklärungsmodell zur bipolaren Störung erörtert, muss die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT), die sich bei unipolaren Depressionen bewährt hat, bei der bipolaren Depression aufgrund der differentiellen Symptomatik auf einer anderen Ebene ansetzen. Es gibt Überlegungen dazu (vgl. Bauer, 2005), dass die Interventionen der Kognitiven Verhaltenstherapie ihren Fokus eher auf die Verhaltensebene als auf die kognitive Ebene legen sollte. Hautzinger und Meyer (2007) geben an, dass die Kognitive Verhaltenstherapie mit bipolaren Patienten folgende Elemente beinhalten sollte: Information und Psychoedukation, Complianceförderung, Analyse der bisherigen Krankheitsepisoden, Selbstbeobachtung von Stimmung, Befinden, Aktivitäten, Ereignissen, Auswertung dieser Selbstbeobachtungen, Medikation, Erkennen von persönlichen und möglichen Frühsymptomen, Normalisierung des Lebensrhythmus, regelmäßiger Schlaf-Wach-Rhythmus, Einschränkung und Verzicht auf Drogen jeglicher Art, Aufbau von sozialen, interaktionellen, kommunikativen und Problem lösenden Kompetenzen und kognitive Interventionen.

In allen von Meyer und Hautzinger (2000b, 2002) und Hautzinger und Meyer (2007) zitierten Studien zur Kognitiven Verhaltenstherapie wurde diese immer als Ergänzung zur medikamentösen Behandlung betrachtet und somit war die Psychopharmakotherapie immer ein integraler Bestandteil der Studien. Die Zahl der Sitzungen variierte von sechs bis 25 und nur in einer Studie wurde die Therapie als Gruppentherapie durchgeführt. Der Katamnesezeitraum erstreckte sich von drei bis zu 18 Monaten.

In Cochrans Studie (1984), die auf die Kognitionen der Medikamentencompliance fokussiert war, ließ sich durch nur sechs Sitzungen, gemessen anhand der ärzteurteile eine bessere Compliance nachweisen. Ebenso wies die KVT-Gruppe weniger stationäre Aufenthalte und weniger erneute affektive Episoden auf.

Scott, Garland und Moorhead (2001) legten eine Studie vor, bei der 42 Patienten zu einer KVT-Bedingung beziehungsweise Wartekontrollgruppe mit "treatment as usual" randomisiert wurden. Beim 6-Monate-Follow-up zeigte sich, dass Patienten der KVT-Bedingung im Vergleich zur Wartekontrollgruppe signifikant größere Verbesserungen in Bezug auf die depressive Symptomatik und das allgemeine Funktionsniveau aufwiesen.

In einer weiteren Studie verglichen Scott et al. (2006) eine KVT-Bedingung mit einer regulären psychiatrischen Standardbehandlung. Dabei konnte keine generelle Überlegenheit der KVT nachgewiesen werden, doch konnte die Teilgruppe der Patienten mit weniger komplexen Verläufen und weniger Episoden mehr Nutzen aus Psychotherapie in Verbindung mit Medikation ziehen, als jene Patienten, die nur die psychiatrische Behandlung erfahren hatten.

In einer von Lam (2003, 2005) durchgeführten Studie, bei der 103 Bipolar-I-Patienten mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit Einzelsitzungen behandelt wurden, zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe, dass die KVT-Patienten in den ersten beiden Katamnesejahren signifikant weniger Rückfälle erlitten. Weiter berichteten die KVT-Patienten eine höhere Medikamentencompliance.

In zwei weiteren Studien (Weiss et al. 2000; Schmitz et al. 2002) wurden bipolare Patienten mit weiteren komorbiden Störungen (Alkohol oder Drogen) behandelt. Auch wenn die Gruppentherapiepatienten, die anhand eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rückfallmodells behandelt worden waren älter waren und einen schweren Alkoholabusus aufwiesen, zeigte sich in der Katamnese, dass sie dennoch signifikant mehr Abstinenztage erlebten und weniger maniforme Symptome aufwiesen. Dieser Effekt konnte in Bezug auf die Depressivität jedoch nicht nachgewiesen werden.

In den USA wird derzeit eine multizentrische Studie (STEP Bipolar Program: Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder- Miklowitz & Otto, 2006; Sachs et al., 2003) umgesetzt, bei der die drei therapeutischen Ansätze (FFT, IPSRT, KVT) im Vergleich zu einer psychosozialen Kontrollbedingung ("collaborative care") untersucht werden sollen. Insgesamt sollen dabei 4000 bipolare Patienten bei 12 Studienorten einbezogen werden. Erste Ergebnisse (Miklowitz et al., 2007) mit 293 Patienten zur Einjahreskatamnese zeigen auf, dass Patienten der drei „intensiven“ therapeutischen Ansätze (FFT, IPSRT, KVT) im Vergleich zur Kontrollbedingung zum einen signifikant schneller zur Remission der depressiven Symptomatik gelangten, als auch signifikant länger stabil bleiben. Innerhalb der drei therapeutischen Ansätze konnten keine differentiellen Effekte in Bezug auf die Wirksamkeit nachgewiesen werden.

Die Stichprobe dieser Dissertation ist Teil der Studie von Meyer und Hautzinger (2005), in der die Effekte einer Kognitiven Verhaltenstherapie mit jenen einer unterstützenden, psychoedukativen, unspezifischen Intervention, die jedoch in Stundenfrequenz- und Dauer angepasst worden war, verglichen wurde. Dabei wurden 2 x 38 Patienten anhand von Ersterkrankungsalter und Geschlecht gematcht. Die Therapie, die aus zwanzig Sitzungen bestand, wurde über einen Zeitraum von neun Monaten hinweg durchgeführt. Die Autoren konnten bei der 6-Monatskatamnese in Bezug auf Rezidivrate, Symptomatik und Medikamentencompliance keine signifikanten differentiellen Unterschiede zwischen den beiden therapeutischen Bedingungen, die von den Patienten als positiv empfunden worden waren, feststellen.

Zusammenfassend stellen Meyer und Hautzinger (2002) fest, dass alle referierten Studien zur KVT ein positives Fazit beinhalten. Durch die einzelnen Therapien wurde eine höhere Compliance der Patienten erreicht, sie erlitten weniger Rückfälle oder affektive Episoden, konnten besser mit ihrer Symptomatik umgehen und wiesen sowohl eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus als auch im Bereich der sozialen Aktivitäten auf. In Bezug auf die Katamneseergebnisse unterstreichen sie dabei, dass die Kognitive Verhaltenstherapie die reguläre medikamentöse und psychiatrische Behandlung ergänzt und helfen würde, auf der funktionalen und symptomatischen Ebene Verbesserungen des Zustandes zu erreichen und auch diese Verbesserungen zu stabilisieren. Ausgehend von allen kontrollierten Studien zu Psychotherapie mit bipolaren Patienten schlussfolgern Hautzinger und Meyer (2007), dass auch wenn die Vergleichbarkeit der Psychotherapiestudien und somit ihre Generalisierbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Sitzungsanzahl, den Rahmenbedingungen, den Ein- und Ausschlusskriterien, der verwendeten Instrumente zur Untersuchung der Erfolgsmaße und der Zeitraum der Nachuntersuchungen verschieden ausfallen, sich folgendes Resumé ergibt:

In allen psychologischen Interventionen, unabhängig von deren Ansatz, ließen sich für die Patienten positive Veränderungen erzielen. Veränderungen waren auf symptomatischer Ebene (Stabilisierung der Stimmung, Verhinderung von Rückfällen), im Verhalten der Patienten (Krankheitsverständnis, Medikamentencompliance) als auch in zwischenmenschlichen Fertigkeiten und Problemlösefähigkeiten nachweisbar. Auch wenn psychoedukative Maßnahmen immer durchweg als positiv aufgefasst wurden, wird deutlich, dass diese eine Psychotherapie nicht ersetzen können (vgl. Hautzinger & Meyer, 2007).

3 PROZESSFORSCHUNG IN DER PSYCHOTHERAPIE

Wie in Kapitel 2 aufgezeigt wurde, ist davon auszugehen, dass verschiedene bei bipolaren Patienten etablierte therapeutische Ansätze (FFT, IPSRT, KVT) Erfolge sowohl auf symptomatischer als auch auf funktionaler Ebene bewirken. Nach Scott (2006) liegen jedoch bislang keine Evidenzen vor, dass einer dieser etablierten Ansätze einzigartige Wirkmechanismen beinhalten beziehungsweise Vorteile gegenüber anderen Ansätzen aufweisen würde. Falsch wäre es jedoch dabei den Rückschluss zu ziehen, dass sich therapeutische Prozesse der zur Anwendung gebrachten Ansätze tatsächlich nicht unterscheiden würden. Spezifitäten einzelner Therapien lassen sich nicht durch herkömmliche Outcomemessungen nachweisen (vgl. Grawe, 1989 und Abschnitt 3.4.3), weswegen im Hinblick einer Erforschung der tatsächlich aktiven Wirkmechanismen des therapeutischen Prozesses dieser selbst, im Gegensatz zum Outcome, Fokus der Untersuchung ist. Im folgenden Kapitel wird daher zuerst ein kurzer Überblick über die Geschichte der Prozessforschung gemacht, an die sich einzelne Definitionen und Illustrationen zur Umsetzung der Prozessforschung in der Psychotherapie anschließen.

3.1 Geschichte der Prozessforschung in der Psychotherapie

Im Laufe ihrer etwa sechzigjährigen Geschichte hat die Psychotherapieforschung aufgrund von verfeinerten technischen Möglichkeiten wie auch aufgrund von verschiedenen Fragestellungen immer wieder neue Forschungsparadigmen hervorgebracht. Seit den „Anfängen“ bestand Einigkeit darüber, dass "process" jenes war, was während der Therapien stattfand, während "outcome" das war, was sich ergab (Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Schon 1953 stellte Mowrer vorausblickend fest, dass es mit erhöhten technischen Möglichkeiten einfacher sein würde, die therapeutischen Konversationen zu replizieren, um sie anschließend zu studieren.

In der ersten Phase der Therapieforschung wurde das Ziel verfolgt, den Nachweis zu erbringen, dass Psychotherapie überhaupt wirkt. Der Frage der Wirksamkeit wurde in diesem Zusammenhang durch die so genannte Erfolgs- oder Outcomeforschung nachgegangen. Dabei ergab sich auch das von Luborsky, Singer und Luborsky (1975) und Parloff, Waskow und Wolfe (1978) bezeichnete DODO-Verdikt, welches besagte, dass alle Therapieverfahren, die sich einer wissenschaftlichen Evaluation unterzogen, sich als in etwa gleich wirksam erwiesen. Ein umgekehrter Zusammenhang wurde von Stiles, Shapiro und Elliott (1986) und

Luborsky et al. (2002) als „Äquivalenzparadox“ beschrieben; Therapeuten, die nachweislich unterschiedliche Techniken verwendeten, erlangten eine vergleichbare Effektivität. Seit Mitte der 80er Jahre herrschte Konsens über ein neues Paradigma innerhalb der Psychotherapieforschung vor, welches laut Greenberg und Pinsof (1986) "the new process perspective in psychotherapy research" genannt wurde. Dieser Ansatz beinhaltete zwar Aspekte der Outcome-Forschung, zeichnete sich jedoch durch eine verstärkte Hinwendung zum eigentlich stattfindenden psychotherapeutischen Prozess aus. Bastine, Fiedler und Kommer (1989) geben dafür vielfältige Gründe an. Einerseits konnte die Outcome-Forschung für die Frage der differentiellen Indikation, welche der unterschiedlichen Therapieformen für welchen Patienten die beste Wirkung erzielte und dadurch zu klären, ob es Therapieformen gibt, die effektiver sind als andere, keine eindeutigen Beweise hervorbringen. Erklärungsversuche zur Auflösung dieses Paradoxes, die vorgebracht wurden, waren zum einen, dass sich einerseits Therapien, die dem Namen nach verschieden waren, doch nicht so sehr in den durchgeführten Behandlungen unterschieden oder dass es gemeinsame darunterliegende Wirkmechanismen gab, die dazu führten, dass auch verschiedene Interventionen zu gleich gearteten Ergebnissen führten, was nun näher untersucht werden sollte. Andererseits wollte man psychotherapeutische Veränderungen und Verläufe in ihrem Kontext verstehen und erfassen so dass man eruieren könnte, welche Interventionen und psychotherapeutische Techniken in welchen therapeutischen Situationen produktiv sind. In moderneren Ansätzen sind die Aufgaben der Psychotherapieprozessforschung wie Rodde, Margraf, El Falaky und Schneider (1996) feststellen, dreigliedert:

- Überprüfung von Anwendung und Wirksamkeit von Therapien
- Verbesserung für bestehende Therapieverfahren oder Manuale und schließlich
- Überprüfung von konkretem Verhalten.

3.2 Definition der Prozessforschung

Ausgehend von einer Definition, die Greenberg und Pinsof (1986) vorgelegt haben und die sich seit dem durchgesetzt hat, definieren Schindler (1991), später Kupper (1998) und schließlich Llewelyn (2001) Prozessforschung wie folgt:

„Prozessforschung ist die Analyse der Interaktion zwischen den Systemen Therapeut und Klient. Ihr Ziel ist es, den Veränderungsprozess innerhalb dieser Interaktion der beiden

Systeme zu identifizieren. Prozessforschung umfasst die Gesamtheit der Verhaltensweisen und Erfahrungen dieser Systeme, die den Veränderungsprozess betreffen - innerhalb und außerhalb der Behandlungssitzungen“ (Greenberg & Pinsof, 1986, S.18; Übersetzung vom Autor).

Orlinsky, Grawe und Parks (1994) differenzieren hingegen wie folgt: Während klinische Theorien veranschaulichen wie Psychotherapie sein sollte, versucht Prozessforschung jenes festzulegen, was Psychotherapie ist, und Outcome-Forschung wertet das aus, was Psychotherapie hervorbringt.

Perspektivistische Herangehensweisen der Psychotherapieforschung

In Anlehnung an Hill (1990) und Luborsky (1990) unterscheidet Schindler (1996) zwischen explorativen ("discovery-oriented") und theoriegeleiteten ("theory-based") Forschungsvorgehen innerhalb der Prozessforschung. In der explorativen Forschung folgt man einem pragmatischen Ansatz, der auf der Beobachtung klinischer Phänomene fußt, die zur Formulierung von Hypothesen und zur weiteren empirischen Forschung beiträgt. Da es sich um eine atheoretische Forschungsvorgehensweise handelt, erhofft man sich, durch die sich daraus resultierenden Ergebnisse, „pantheoretische Erkenntnisse“. Im Gegensatz dazu geht man in einem theoriegeleiteten Ansatz von theoretischen Prozessmodellen aus, deren Hypothesen man unter kontrollierten Bedingungen testen möchte. Die sich dabei resultierenden Ergebnisse führen dazu, dass die ursprünglichen Prozessmodelle, von denen man ausgegangen war, korrigiert beziehungsweise erweitert werden können.

Bastine (1988) unterscheidet zwischen zwei anderen Perspektiven innerhalb der Prozessforschung: Unter der Typ A-Prozessforschung versteht man den in der Therapie ablaufenden Prozess als Einheit, der durch Merkmale charakterisiert ist, die sowohl überdauernde als auch repräsentative Hinweise für den Behandlungsprozess sind. Diese Hinweise werden dazu verwendet Aussagen über den therapeutischen Prozess zu treffen, die sowohl qualitativ als auch quantitativ sein können und beispielsweise in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg untersucht werden. Man geht dabei von einem faktoriell-interaktionalen Modell mit zeitlich invarianten Merkmalen aus. Annahmen über die Kausalität werden dabei primär unidirektional gezogen.

Unter der Typ A-Prozessforschung sind jene Studien zu subsumieren, in denen Merkmale untersucht werden, die sich im Verlauf der Behandlung entweder nicht (wie z.B. das Geschlecht) oder nur geringfügig (wie z.B. das Alter, Persönlichkeitsmerkmale der Patienten) verändern. Laut Bastine lassen sich auch die von Orlinsky et al. (1986, 1994, 2003) vorgelegten Sekundäranalysen der Zusammenhänge zwischen psychotherapeutischen Prozessmerkmalen und Behandlungsergebnissen der Typ A-Prozessforschung zuordnen.

Im Gegensatz dazu wird in der Typ B-Prozessforschung der therapeutische Prozess als sequentieller heterogener Ablauf verstanden, der aus einem Verlauf unterschiedlicher Aufgaben und Bedeutungen besteht. Dabei wird von einem transaktionalen Kausalverständnis ausgegangen (vgl. Jones, 2000; siehe auch Abschnitt 5.2.1, Lazarus & Launier, 1981; Shoham-Salomon, 1990). Therapeutische Veränderungen finden in diesem Rahmen unter dem Einfluss von miteinander in Wechselbeziehungen stehenden Bedingungen statt. Ein jeweils erreichter Entwicklungsmoment bildet jeweils neue Voraussetzungen für nachfolgende Veränderungsschritte. Durch den jeweils neuen Kontext erhalten die Sequenzen des therapeutischen Prozesses unterschiedliche Bedeutungen. Prozessvariablen können dabei sowohl als unabhängige Bedingungen, als Moderatoren, als auch als abhängige Bedingungen konzeptualisiert werden. Forschungsvorhaben im Sinne der Typ A-Perspektive erweisen sich dann als indiziert, wenn die Wirkung einzelner Behandlungsmodalitäten beurteilt werden soll. Hierbei werden einzelne Faktoren des Prozesses als Repräsentanten herangezogen und mit therapeutischen Erfolgskriterien in Verbindung gebracht. Im Gegensatz dazu erweist sich die Typ B-Perspektive als adäquat, wenn über die Wirkungsweise einzelner Modalitäten Erkenntnisse gewonnen werden sollen. Hierbei wird das Ineinandergreifen einzelner Bedingungen als prozessuales Geschehen dargestellt.

Tabelle 3: Prototypen der Prozessforschung

| Typ-A-Prozessforschung | Typ-B-Prozessforschung |
|-------------------------------|-------------------------------|
| faktoriell | transaktional |
| interaktional | multidirektional |
| unidirektional | |
| homogen | heterogen |
| zeitlich invariant | sequentiell |

Tabelle adaptiert aus Bastine (1988)

3.3 Bedeutung von Prozess und Outcome

Schindler (1996) stellt dar, dass mit absinkenden Auflösungsgrad der therapeutische Prozess durch den Gesamtverlauf, Phasen, Sitzungen, Episoden, Sprechakte und individuelle kognitive Prozesse, charakterisiert ist. Prinzipiell ist dabei davon auszugehen, je geringer der Auflösungsgrad ist, umso einfacher ist es, dessen Quantifizierung reliabel zu klassifizieren, zu beobachten, auszuwerten und zu operationalisieren, was jedoch wiederum mit einer geringeren praktischen Handlungsrelevanz für den Kliniker einhergeht.

Wie bei der Typ A-Prozessforschung dargestellt, werden im Gesamtverlauf globale Prozessmerkmale mit dem Gesamtergebnis der Behandlung in Verbindung gesetzt. Diese klassische Herangehensweise zwischen Prä-Post-Messung ist jedoch statisch und ermöglicht keine weitergehende Prozessanalyse. Untersucht man eher Phasen, so geht man davon aus, dass der Gesamtverlauf aus einzelnen aufeinander aufbauenden Phasen besteht, die jeweils durch eigene Ziele und Aufgaben charakterisiert sind. Unter anderem können diese Phasen, die einer eigenen Änderungsdynamik gehorchen, als Entwicklungsphasen postuliert werden. Wird der Gesamtverlauf der Therapie in Phasen aufgeteilt, so ist davon auszugehen, dass die Phasen aus mehreren Sitzungen bestehen. Jede einzelne Sitzung hat ein Ziel, das sowohl in Zusammenhang mit der zugehörigen Phase steht, als auch von vorhergehenden Sitzungen bestimmt wird, wie auch nachfolgende bestimmt. Therapiestunden wiederum bestehen aus einer Abfolge von Ereignissen (auch als Episoden bezeichnet), die sich durch die Sitzungsstruktur und der dazugehörigen Thematik ergeben. Schließlich können Episoden wie natürlich auch ganze Sitzungen in Sprechakte aufgegliedert werden. Sprechakte sind somit nach Greenberg (1986a) die sich abwechselnden Äußerungen, die in diesem Fall Patient und Therapeut zueinander richten.

Als Rahmenkonzept für die empirische Analyse des therapeutischen Prozesses schlägt Schindler (1996) vor, den Interaktionsverlauf zweigliedrig zu behandeln: Zunächst ist es wichtig, die stattfindende Interaktion systematisch zu beobachten. In einem weiteren Schritt kann auf einer zweiten Messebene das subjektive Erleben der Interaktionspartner (Therapeut beziehungsweise Klient) hinzugenommen werden. Ob der durchgeführte therapeutische Prozess förderliche oder hinderliche Verhaltensmuster beinhaltet, kann erst eruiert werden, wenn die objektiven Muster, die stattgefunden haben, mit dem Erleben der Sitzung oder dem Therapieerfolg in Beziehung gesetzt werden. Ähnlich wie Schindler postulieren

Orlinsky et al. (1994, 2003) für eine Beschreibung des therapeutischen Prozesses Ebenen mit unterschiedlichem Auflösungsgrad. Diese sind durch unterschiedliche Zeiteinheiten mit damit korrespondierenden Prozess- als auch Outcome-Foki gekennzeichnet. Die einzelnen möglichen Auflösungsgrade werden in Tabelle 4 dargestellt:

Tabelle 4: Levels of Analysis for Psychotherapeutic Process and Outcome

| Timeframe | Timescale | Process Focus | Outcome Focus |
|--------------------------------|---|---|---|
| Level 1: Liminal | Split-seconds | <i>Micromomentary processes</i> (gaze shifts; facial expressions) | None |
| Level 2: Momentary | Large fractions to small multiples of minutes | <i>Moment-by-moment processes</i> (tactical moves, e.g., specific utterances; interactive turns) | <i>In-session impact</i> (emergent helpful or hindering experiences, e.g., insight, catharsis) |
| Level 3: Situational | Large fractions to small multiples of hours | <i>Session processes</i> (strategic change events; rupture and repair of alliance; dynamics of whole sessions) | <i>Postsession outcome</i> (immediate improvements in mood, motivation, and cognition, e.g., resolution of "splitting") |
| Level 4: Daily | Large fractions to small multiples of days | <i>Session-sequential processes</i> (intersession experiences; use of homework assignments; very brief treatment episodes, e.g., emergency therapy) | <i>Micro-outcome</i> (enhancement of current functioning, e.g., boost in morale; communication skills; better handling of problem situations) |
| Level 5: Monthly | Large fractions to small multiples of months (weeks) | <i>Phase/ short course processes</i> (formation and evolution of a therapeutic alliance; or whole short-term treatment episode, e.g., 12-26 weeks) | <i>Mini-outcome</i> (upgrading of week-to-week psychological state, e.g., symptom reduction, lessening of irrational cognitions) |
| Level 6: Seasonal | Large fractions to small multiples of years (months) | <i>Medium-course processes</i> (work on recurrent interpersonal, cognitive, and motivational conflicts; medium-term treatment episodes, e.g., 6-24 months) | <i>Meso-outcome</i> (change in personal adaptation, e.g., increase in self-ideal congruence, resolution of dysfunctional attitudes and cognitions) |
| Level 7: Perennial | Large fractions to small multiples of decades (years) | <i>Long course processes</i> (long-term treatment episodes, e.g., 2-7 + years) | <i>Macro-outcome</i> (personality change, e.g. methods of defense; removal of neurotic blocks to growth) |
| Level 8: Develop- mental | Life trajectory vectors and stage transitions | <i>Multitreatment processes</i> (sequential treatment episodes) | <i>Mega-outcome</i> (character change, e.g., modification of Axis-II personality disorder) |
| Level 9: Biographic | Life course | <i>Therapeutic career</i> (total treatment history) | <i>Meta-outcome</i> (retrospective view of life course as influenced by treatment experience) |

Tabelle entnommen aus: Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003)

Um Befunde zur Prozessforschung einordnen zu können, erachten Orlinsky et al. es als wichtig, zwischen "input"-, "process"- und "output"-Studien zu unterscheiden. Bei "input"-Studien liegt das Hauptaugenmerk der Untersuchung bei all jenen Variablen, die zu Beginn der Therapie untersucht werden und in diesem Sinne als Moderatoren verstanden werden können. Diese beinhalten soziodemographische und dauerhaft bestehende psychologische

Aspekte wie Bildung, Alter, Geschlecht, kognitive Style und Persönlichkeitscharakteristika. Dabei wird untersucht, welchen Einfluss diese "input"-Variablen auf den therapeutischen Prozess ausüben. Studien, die sich nur mit "process"-Variablen beschäftigen, untersuchen die einzelnen Charakteristika des Prozesses und wie diese untereinander in Verbindung stehen. "Output"-Studien hingegen untersuchen all jene "output"-Variablen, die durch den therapeutischen Prozess verursacht werden. Output-Variablen können dabei, wie in Tabelle 6 dargestellt, unter verschiedenen Auflösungsgraden untersucht werden. Innerhalb dieser Studien sind natürlich verschiedene Kombinationen etwa im Sinne von "input"-*"process"*, "input"-*"outcome"* beziehungsweise "process"-*"outcome"*-Studien möglich.

3.4 Aspekte der Umsetzung bei der Prozessforschung

3.4.1 Realisierung der systematischen Verhaltensbeobachtung der therapeutischen Interaktion

Von den Zielen der empirischen Analyse des therapeutischen Prozesses ausgehend, beinhaltet die systematische Beobachtung auf der Verhaltensebene drei Aspekte. In einer ersten Phase soll der therapeutische Prozess als solcher deskriptiv dargestellt werden. Dabei sollen gegenseitige Steuerung von Patient und Therapeut und Mechanismen der Verhaltensänderung untersucht werden, die schließlich mit beobachteten Verhaltenskriterien in Verbindung gesetzt werden sollen. Aufgrund der Komplexität des menschlichen Verhaltens und der besonderen Art der therapeutischen Situation besteht allgemeiner Konsens darin, dass das beobachtete Verhalten auf der Ebene der verbalen Äußerungen operationalisiert werden soll.

Innerhalb der verbalen Äußerungen kann zwischen inhaltlichen, intersubjektiven und extralinguistischen Kategorien unterschieden werden. Inhaltliche Kategorien ("content strategies") beinhalten den semantischen oder thematischen Gehalt von Worten beziehungsweise Wortgruppen (vgl. "core conflictual relationship"; Luborsky & Crits-Christoph, 1998). Ihr Inhalt kann sowohl manifest als auch latent sein. Greenberg (1986b) ordnet diese Ebene des Inhaltsaspekts der thematischen Zugehörigkeit zu. Würde sich ein Instrument auf diese Kategorien beziehen, so könnte man im Nachhinein eine thematische Darstellung des therapeutischen Verlaufes skizzieren, was jedoch wenige Aussagen über die stattfindende Interaktion erlauben würde. Intersubjektive ("intersubjective categories") Kategorien hingegen beschreiben die Beziehung, die zwischen beiden Interaktionspartnern

stattfindet. Die meisten Instrumente der Prozessforschung beziehen sich auf intersubjektive Aspekte. Extralinguistische Kategorien umfassen alle Aspekte, die sprachfrei, also nonverbal ablaufen. Meistens werden diese aufgrund des erhöhten Aufwandes, den sie bei einer Berücksichtigung nach sich ziehen würden, vernachlässigt.

Bei allen drei Kategoriensystemen kann die angewandte Codierungsstrategie zwei verschiedene Abstraktionsgrade annehmen. Dies ist zum einen die klassische und zum anderen die pragmatische Strategie. Bei der klassischen Strategie orientiert sich der Beobachter am manifesten Inhalt der verbalen Äußerungen. Durch eine Orientierung an den thematischen Aspekten des Gespräches können einzelne Sequenzen reliabel zu vorher festgelegten Kategorien zugeordnet werden. Dadurch wird kein aufwendiges Training benötigt, was sich jedoch wiederum in einer geringeren klinischen Relevanz niederschlägt (Schindler, 1991). Im pragmatischen Modell hingegen orientiert man sich am latenten Inhalt der Interaktionspartner. Dadurch, dass man darin bestrebt ist, psychologische Bedeutungen zu erfassen, handelt man mit komplexeren Strukturen, die schon im Moment der Zuordnung Rückschlüsse erfordern. Diese wiederum sind nur durch eine intensivere Schulung erreichbar, um eine hinreichende Reliabilität zu erlangen. Bei der Zuordnung einzelner Instrumente zu den beiden Strategien ist zu berücksichtigen, dass es sich hierbei um Pole eines Kontinuums handelt und dass einzelne Instrumente nicht in einer „Reinform“ vorliegen.

3.4.2 Darstellung einzelner Kategoriensysteme

Um bedeutsame Aussagen auf der Ebene der Therapeut-Klient-Interaktion treffen zu können, ist es notwendig, sowohl Therapeuten- als auch Klientenverhalten systematisch zu beobachten. Aufgrund verschiedener theoretischer Konzeptualisierungen beschränken sich jedoch einzelne Instrumente meistens immer nur entweder auf den Therapeuten beziehungsweise auf den Klienten. Von den relevanteren in der letzten Zeit veröffentlichten und verwendeten Instrumenten beziehen sich nur fünf (Structural Analysis of Social Behaviour (Benjamin, 1974; vgl. 3.4.2.1, SASB); Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems (Hill, 1978); Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (Schindler, 1989; vgl. 3.4.2.2, CIP); Verbal Response Modes (Stiles, 1978a, b) und Psychotherapy Q-Sort (Jones, 2000; vgl. 7.3.5, PQS)) auf die Beobachtung beider Interaktionspartner. Das SASB und das CIP, die im Folgenden näher skizziert werden, waren

neben dem PQS in die Überlegung eingegangen, ob sie für die Auswertungen der Studie verwendet werden sollten.

3.4.2.1 Structural Analysis of Social Behaviour (SASB; Benjamin, 1974)

Bei dem SASB handelt es sich um ein Modell zur Beschreibung, Erklärung und Vorhersage des sozialen Verhaltens. Das Modell wurde als biologisches Modell postuliert, da es anhand der Beobachtung des Verhaltens höherer Primaten entwickelt wurde. Durch das SASB wurde ein Instrument vorgelegt, das sowohl auf verschiedene soziale Situationen als auch über verschiedene therapeutische Schulen hinweg anwendbar sein sollte und darüber hinaus komplexe klinische Konzepte abbilden könnte. In den meisten therapeutischen Schulen und Systemen können im Sinne von zusammenhängenden sozialen Interaktionen Basiskonzepte wie Macht, Aggression, Affiliation und Territorium identifiziert werden. Das SASB verfügt über eine ausreichende Komplexität, um komplizierte klinische Phänomene wie beispielsweise Differenzierung, Double Bind, Ambivalenz und Konflikte differenziert darstellen zu können. Seit seiner Entwicklung wurde es beständig revidiert, wobei die anfallenden Daten zu einer kontinuierlichen Weiterentwicklung seiner Theorie führten. In seiner knapp fünfzigjährigen Forschungstradition wurden seine postulierten Dimensionen immer wieder bestätigt (Tress & Hartkamp, 2002; Wiggins 1982, 1996). Die Grundidee des SASBs geht davon aus, dass sich interpersonales Verhalten immer anhand zweier Dimensionen, die anhand von Achsen dargestellt werden, klassifizieren lässt. Die horizontale Achse stellt die Affiliationsdimension (Feindseligkeit vs. Freundlichkeit) dar, die vertikale Achse stellt die Interdependenzdimension (Dominanz vs. Nachgiebigkeit) dar. Diese Achsen, die vier gleich große Quadranten bilden, werden bei allen drei Fokusebenen interpersonaler Äußerungen (Transitiv, Intransitiv, Introjekt), die untersucht werden, angewendet. Im transitiven Fokus wird Verhalten beschrieben, das auf eine andere Person gerichtet ist. Die zweite Ebene des intransitiven Fokusses beschreibt Reaktionen auf das Verhalten des Anderen. Auf der Ebene des Introjekts werden innerpsychische Reaktionen, die auf das Selbst gerichtet sind, dargestellt. Diese Ebene wurde als letzte in das SASB-Modell aufgenommen, doch sie stellt das Bindeglied zwischen dem Selbstkonzept und der sozialen Umgebung dar. Dyadische Interaktionscharakteristika können durch Komplementarität, Antikomplementarität oder Akomplementarität charakterisiert sein. Komplementarität liegt beispielsweise vor, wenn zwei Interaktionspartner dasselbe Ausmaß an Zuwendung und Unabhängigkeit zeigen.

Die Codierung einzelner Sequenzen durch das SASB erweist sich als äußerst umfangreich und komplex. In den meisten Fällen findet eine zeitlich randomisierte Auswahl der Sequenzen innerhalb der Sitzungen statt, die digitalisiert und transkribiert werden müssen. In einem nächsten Schritt werden gedankliche Einheiten festgelegt. Sequentiell folgt eine Zuordnung auf den Affiliations- und Interdependenzdimensionen, wobei zuerst Prozessaspekte und schließlich Inhaltsaspekte codiert werden. Durch die beiden nachfolgenden Codierungen ergeben sich einzelne Cluster.

Auch wenn das SASB dadurch besticht, dass es in relevanten Therapiestudien verwendet wurde (Benjamin, 1987, 1994; Henry, 1996; Henry, Schacht & Strupp, 1986), unter anderem auch im deutschsprachigen Raum (Fiedler, Leeb, Ernst, Kohlhoff & Mundt, 1994; Fiedler, Vogt, Rogge & Schulte, 1994; Hildenbrand, Junkert-Tress, Scheibe & Hartkamp, 1994; Tress, 1993), erweist sich seine Anwendung bei der Prozessforschung in der Psychotherapie als schwierig. Die aufwendigen Transkriptionen der Gedankeneinheiten ziehen nach sich, dass meistens nur randomisierte, etwa zehnmündige Segmente ausgewertet werden, was wiederum in einer verringerten Repräsentativität der Studie mündet. Folgt man dem "significant change event paradigm" (Greenberg, 1991), könnte sich dadurch ergeben, dass relevante Ereignisse „übersehen“ werden. Schindler (1991) gibt an, dass einzelne Befunde wie zum Beispiel die Komplementarität noch empirisch überprüft werden müssten. Die hohen Abstraktionsgrade bedürfen einer ausgeprägten pragmatischen Codierungsstrategie, die wiederum nur durch intensive Schulungen ausreichend zufriedenstellende Interrater-Reliabilitäten erzielt. Durch seine primär auf die soziale Interaktion akzentuierte Umsetzung ist eine Übertragung in den klinischen Kontext nur bedingt möglich.

3.4.2.2 Codiersystem zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP; Schindler, 1989)

Die Entwicklung des CIP vollzogen Schindler, Müller, Hohenberger-Sieber und Hahlweg (1988) in mehreren Schritten. Ausgehend von den Mängeln bestehender Instrumente zur Prozessforschung, dass diese zum Beispiel nicht für therapeutische Interaktionen bestimmt waren, sich nur auf einen Interaktionspartner bezogen oder Beobachtungseinheiten anwandten, die eine Abbildung des therapeutischen Verlaufes erschwerten, wollten Schindler et al. ein Instrument entwickeln, das diese Fehler überbrückte. Dabei berücksichtigten sie eine dyadische intersubjektive Interaktion, in der sowohl Klienten- als auch Therapeutenverhalten untersucht werden können. Auch wenn Schindler et al. eine verhaltenstherapeutische

Grundorientierung angeben, wurden bei der Konstruktion andere therapeutische Schulen berücksichtigt, so dass ein Vergleich zwischen verschiedenen therapeutischen Bedingungen möglich ist. Als Beobachtungseinheit wurde die „Sinneinheit“ innerhalb der Äußerungen einer Person gewählt. Schindler et al. gehen von der Annahme aus, dass Sprechhandlungen als Äußerungen, die eine Person an die andere richtet, definiert wurden. Zur Abgrenzung innerhalb der Äußerungen wurde der grammatikalische Satz herangezogen, was dazu führt, dass die Aufteilung artifiziell wird und eine sinnvolle Abbildung der therapeutischen Interaktion erschwert. Bei den Sinneinheiten hingegen handelt es sich um mehrere zusammenhängende Äußerungen eines Therapeuten oder Klienten, die so lange eine Einheit bilden, bis sich das Verhalten des jeweiligen Gesprächspartners ändert. Die Wahl von Sinneinheiten erfordert eine intensivere Schulung des Beobachters, die eher pragmatisch ist. Ein Überblick über die Therapeuten- und Klientenkategorien des CIPS wird in Anhang A1 gegeben.

Schindler gibt eine Reliabilität von Kappa .80 für die Therapeutenkategorien und von .79 für die Klientenkategorien an, die anhand einer Stichprobe von 64 Erstgesprächen ermittelt wurde. Vorteile des Systems liegen in den signifikanten Korrelationen zwischen den subjektiven Beurteilungen von Therapeut und Klient und den entsprechenden Verhaltenskategorien. Nach seiner Konstruktion wurde das CIP in einer Prozess-Studie (Kaimer, Reinecker & Schindler, 1989) verwendet, bei der die vollständigen Therapieverläufe von jeweils zwei Klienten untersucht wurden, was einer sehr geringen Fallzahl entspricht. Navarro, Schindler & Silva (1987a; b) benutzten das CIP zur Untersuchung von psychotherapeutischen Verhaltensstilen und deren Bevorzugung durch den Therapeuten. Bennun und Schindler (1988) erfassten anhand des CIPs intersubjektive Aspekte der Therapeut-Klient-Interaktion. Ebenso kam es in einer breit angelegten Prozess-Erfolgs-Studie von Hartung (1990) zum Einsatz, in der die Behandlungsverläufe von 60 phobischen Patienten untersucht wurden. Auch wenn das CIP als transtheoretisches Instrument verstanden werden kann, anhand von dem vergleichende Studien über den therapeutischen Prozess verschiedener Schulen durchgeführt werden können, intendierte Schindler bei der Konzeption ein Instrument, mit dem es möglich sein würde, die soziale Beeinflussung in der Therapie durch den Therapeuten zu erfassen. Anhand der kategorialen Abbildung der Therapeuten- und Patientensequenzen innerhalb des Gespräches würde es möglich sein, Verhältnismäßigkeiten der Gesprächssteuerung zu studieren. Aufgrund dieser unterschiedlichen Konzeptualisierung können daher im Vergleich zum Psychotherapy Q-Sort (vgl. Abschnitt 5.2) nur wenige

Dimensionen des therapeutischen Prozesses berücksichtigt werden. Auswertungen anhand des CIPs sind sehr aufwendig. Um eine hohe Reliabilität zu gewährleisten, müssen entweder ganze Sitzungen transkribiert oder anhand von akustischen Signalen, die in 30-Sekunden-Intervallen vorzunehmen sind, fragmentiert werden. Letzteres steht jedoch im Widerspruch zur ursprünglichen Auswertungsweise des CIPs, in der Sinneinheiten als Beobachtungseinheiten zu verwenden sind. Im Vergleich zum PQS wurden mit dem CIP seit seiner Entwicklung nur wenige Studien durchgeführt.

3.4.3 Zum subjektiven Erleben der Sitzung

Wie in Punkt 3.4.1 dargestellt fordert Schindler (1991), stattfindende therapeutische Interaktionen zweigliedrig zu untersuchen. Nachdem die Interaktion systematisch beobachtet wurde, soll in einem weiteren Schritt auf einer zweiten Messebene das subjektive Erleben der Interaktionspartner miteinbezogen werden. Ziel der Erfassung des subjektiven Erlebens einzelner Verhaltensweisen oder Verhaltensmuster ist zu ergründen, welches Erleben mit erfolgreicher Veränderung einhergeht und durch welche Interaktionsmuster dieses Erleben bedingt wird. Die Differenzierung dieser beiden Aspekte, die sequentiell durchgeführt wird, ist besonders im Hinblick einer differentiellen Prozessanalyse relevant. Grawe (1989a, b) konnte aufführen, dass Patienten unterschiedlicher Therapieformen auf unterschiedliche Art von bestimmten, während der Therapie stattfindenden Prozesse profitieren, die durch eine herkömmliche Effektmessung nicht nachgewiesen werden könnten. Patienten seiner Studie waren in drei verschiedene therapeutische Bedingungen (Breitband Verhaltenstherapie, Interaktionelle Verhaltenstherapie und Gesprächspsychotherapie) eingeteilt worden, die sich nachweislich in einer Vielzahl von Merkmalen hochbedeutsam unterschieden und ebenso hochsignifikante Therapieeffekte in einer Vielzahl von Erfolgsmaßen erzielten, so dass keine differentiellen Therapieeffekte zwischen den drei Therapiearten feststellbar waren. Wie sich anhand der Auswertungen des in Abschnitt 7.3.6 vorgestellten Patientenstundenbogens ergab, bei dem das subjektive Empfinden der Patienten in Bezug auf die Therapiestunde mit objektiven Interaktionen in Bezug gesetzt wurde, waren innerhalb der drei Bedingungen jeweils andere Prozessmerkmale als hilfreich empfunden worden. Dies bedeutet, dass der Therapieerfolg bei jeder der drei untersuchten Therapien in völlig unterschiedlichen Wirkungszusammenhängen zustande gekommen war. Grawe schlussfolgerte, dass Prozessmerkmale und Therapieerfolg bei verschiedenen Therapieformen in unterschiedlicher Weise zusammenhängen und daher verschiedene Therapieformen ihre Wirkungen auf

unterschiedliche Weise erzielen. Dies wäre eine Erklärung dafür, dass sich Wirkweisen verschiedener Therapieformen unterscheiden, auch wenn sie nicht durch eine herkömmliche Erfolgsmessung nachweisbar sind. Laut Grawe (1992) begründet sich eine Zuwendung zum Erleben der Sitzung durch den Klienten im Vergleich zum Therapeuten insofern, da eine Beurteilung des Patienten sehr hoch mit dem tatsächlichen Therapieergebnis einhergeht. Zum anderen stellte er fest, dass bei den Therapien, die an seiner Institution durchgeführt wurden, mehr als 50% der Therapieerfolgsvarianz durch die Patienteneinschätzungen, die anhand des Stundenbogens eruiert wurden, aufgeklärt werden können (Grawe, 1987, 1989b).

4 DAS KONZEPT DER THERAPEUTISCHEN ALLIANZ

Jenseits von therapeutischen Schulen und theoretischen Annahmen, die von der Allianz als Moderator-Variable beziehungsweise als eigenen Wirkfaktor ausgehen, kommt der Allianz eine entscheidende Bedeutung zu, welche schon vor zehn Jahren in den Psychotherapierichtlinien des Jahres 1998 folgendermaßen Ausdruck fand:

„In der psychotherapeutischen Intervention kommt, unabhängig von der Wahl des Therapieverfahrens, der systematischen Berücksichtigung und der kontinuierlichen Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung eine zentrale Bedeutung zu“.

Wie im Folgenden aufgezeigt werden wird, geht die quantifizierende Erforschung der therapeutischen Allianz mit der Untersuchung des therapeutischen Prozesses einher. Nach einer Darstellung der Konzeptionen, die die Allianz innerhalb verschiedener therapeutischer Schulen innehat, werden Forschungsergebnisse zur Allianz referiert, die als Grundlage für Hypothesen dieser Studie dienen.

4.1 Theoretische Annäherung an die Entwicklung des Konzepts der Allianz

Während sich die Definitionen über den Ursprung und die Funktion der therapeutischen Beziehung über die Zeit hinweg entwickelt und variiert haben, besteht allgemeiner Konsens darüber, dass die Beziehung zwischen Klient und Therapeut die Grundlage aller Behandlungsprozesse ist. Veränderungen hingegen haben die Definitionen der Parameter der Therapie innerhalb der einzelnen Perspektiven erfahren.

4.1.1 Psychodynamische Perspektive

Die meisten Studien über die Qualität und die Effekte der "treatment relationship" basieren auf psychodynamischen Formulierungen über den Ursprung der Patienten-Therapeuten-Interaktion. Viele der derzeitigen Instrumente zur Untersuchung der therapeutischen Allianz beinhalten Variablen, die durch Zetzel (1956) und Greenson (1965) definiert wurden.

Ausgehend von einer in der Realität stattfindenden Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient prägte Greenson (1965) den Begriff der "working alliance". Hierbei unterschied er

zwischen drei Komponenten: "transference" (dt. „Übertragung“), der echten Beziehung und der "working alliance" (dt. etwa „Arbeitsbündnis“). Die realen Reaktionen des Patienten auf den Therapeuten ("real relationship") sollten dadurch von den verzerrten Wahrnehmungen der Beziehung ("transference") unterschieden werden. Greenson schlug vor, dass die "working alliance" die beidseitige Bemühung von Klienten und Therapeuten beinhaltet, um Einsicht und Veränderung zu erlangen.

Bordins (1979) Definition zur Behandlungsbeziehung bietet die eindeutigsten Beschreibungen zu den Beiträgen, die Therapeut und Klient in der Entwicklung der therapeutischen Allianz leisten. Demzufolge beinhaltet eine produktive therapeutische Beziehung drei Bereiche:

1. das Übereinstimmen des Klienten und des Therapeuten über die Ziele der Therapie ("goals"),
2. das Übereinstimmen des Klienten und des Therapeuten über die Aufgaben ("tasks"), die erfüllt werden müssen, um die genannten Ziele zu erreichen und
3. die Entwicklung einer zwischenmenschlichen Bindung ("bond").

Bordins Formulierungen über die Bestandteile des Arbeitsbündnisses beeinflussten zu einem großen Teil die Entwicklung von Instrumenten, um die Stärke und Richtung der Allianz und ihrer Effekte auf den Outcome der Psychotherapie zu messen. Seine Konzeption wurde später in pantheoretischen Ansätzen zur therapeutischen Allianz aufgegriffen.

4.1.2 Klientenzentrierte Perspektive

Roger (1957) betonte mehrmals, dass die Fähigkeit des Therapeuten empathisch, kongruent und den Patienten bedingungslos zu akzeptieren, nicht nur essentielle, sondern auch hinreichende Bedingungen wären, um therapeutische Gewinne zu erzielen. In der Annahme einer "fated response" ging er davon aus, dass Klienten homogen auf diese drei durch den Therapeuten angebotenen Variablen reagierten. Studien, die den Zusammenhang dieser "therapist offered conditions" mit dem therapeutischen Erfolg untersuchten, konnten bestätigen, dass diese mit dem Erfolg korreliert waren. Auch ließen sich mittelmäßig bis starke Korrelationen zwischen der durch den Therapeut angebotenen Empathie und der Allianz nachweisen (Horvath, Gaston & Luborsky, 1993).

4.1.3 Die therapeutische Allianz in der Verhaltenstherapie

Wie Schaap, Bennun, Schindler und Hoogduin (1993) überblickend feststellen, entstand die Verhaltenstherapie aus einer Unzufriedenheit und Abgrenzung mit traditionellen Ansätzen, weswegen in ihren anfänglichen Konzeptionen technische Aspekte betont wurden und die therapeutische Beziehung als unspezifischer Faktor weitgehend vernachlässigt wurde. Erste Anstrengungen zielten darauf ab, Paradigmen der Lernpsychologie auf den klinischen Kontext zu übertragen und den experimentellen Charakter der Therapie zu betonen. Ausdruck des Höhepunkts dieser Konzeption sind z.B. bei Krasner (1962) festzustellen, der den Therapeuten als "social reinforcement machine" konzipierte. Dennoch stellten andere Autoren wie z.B. Wolpe (1958) frühzeitig fest, dass Patienten Nutzen aus Therapien gezogen hatten, noch ehe therapeutische Interventionen zum Tragen gekommen waren.

Eine Öffnung in Bezug auf die Erforschung der therapeutischen Allianz innerhalb der Verhaltenstherapie wurde durch verschiedene Aspekte bedingt. Zum einen hatte sich die Verhaltenstherapie als eigene therapeutische Schule etabliert, zum anderen wurde durch die kognitive Wende erkannt, dass das Beschränken auf technische Aspekte des therapeutischen Prozesses eine selbst auferlegte Beschränkung des heuristischen Wertes des therapeutischen Modells bedeutete. Schindler (1991) und Schaap, Bennun, Schindler und Hoogduin (1993) stellen fest, dass wenn Verhalten nicht nur durch Lerntechniken, sondern auch durch interpersonelle Faktoren veränderbar ist, so liegen weitere Einflussgrößen vor, die auch untersuchbar sind. Durch eine Berücksichtigung beider Faktoren, Techniken, als auch interpersonelle Einflüsse, könnte zum einen ein besseres Verständnis des therapeutischen Prozesses erlangt werden, zum anderen die Effektivität der verhaltenstherapeutischen Behandlung erhöht werden.

4.1.4 Das pantheoretische Konzept der Allianz

Gründe die zu einer „Hinwendung“ der Erforschung der therapeutischen Allianz als pantheoretischen Faktor führten, gehen mit der Erforschung des psychotherapeutischen Prozesses als solchen einher. Erste empirische Forschungen zur Allianz untersuchten nicht den therapeutischen Prozess, sondern versuchten indirekt Rückschlüsse über den Veränderungsprozess zu ziehen. Hauptaugenmerk der Untersuchungen war dabei der therapeutische Outcome, da man davon ausging, dass die Effektivität einer Behandlung ein

Beleg für ihr theoretisches Rational und ihre damit darunter liegenden Veränderungsmechanismen wäre. Anstrengungen, die erbracht wurden, um Schlüsselemente erfolgreicher Therapien zu identifizieren, schlugen jedoch fehl, was wiederum als Indiz für die funktionelle Äquivalenz („Äquivalenzparadox“) verschiedener therapeutischer Techniken gedeutet wurde (vgl. Luborsky et al., 2002). Imber et al. (1990) konnten beispielsweise anhand von Datensätzen des exemplarisch durchgeführten Treatment of Depression Collaborative Research Program (TDCRP) des National Institute of Mental Health (NIMH) keine reliablen Beziehungen zwischen den Behandlungsbedingungen und ihren entsprechenden Variablen finden, von denen man theoretisch ausging, dass diese den Outcome beeinflussen würden. Trotz verschiedener theoretischer Rationale, verschiedener therapeutischer Vorgehensweisen und vermuteten Unterschieden in den Behandlungsprozessen brachte keine der Therapien klare und konsistente Effekte beim Abschluss der Behandlungen auf Instrumenten in Bezug auf ihr jeweiliges therapeutisches Rational hervor (für nähere Informationen: Elkin, 1994; Elkin et al., 1989; Elkin, Parloff, Hadley & Autry, 1985). Ein ähnliches Ergebnis erzielten Ahn und Wampold (2001) in ihrer Metaanalyse, in der sie „etablierte“ Behandlungen unter veränderten Bedingungen durchführten und die Effektstärken bei fast Null lagen.

Die innewohnende Kraft der therapeutischen Allianz gewann insofern an Bedeutung, da ausgehend von den etwa 320 Process-Outcome Studien, die von 1993 bis 2001 publiziert wurden (Orlinsky, Ronnestad & Wilutzki, 2003) und den Befunden verschiedener Metaanalysen (z.B. Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000) sich die therapeutische Allianz unabhängig von der therapeutischen Modalität, innerhalb derer sie stattfand, als reliabler und robuster Prädiktor über verschiedene Behandlungen und Störungsbilder hinweg bewiesen hatte.

Diese Ergebnisse wurden als Indikator dafür gewertet, dass es in allen Formen der Psychotherapie gemeinsame Elemente geben muss, die zum einen als Grundlage für die Verbesserung der Patienten dienen und zum anderen zur Erklärung eines signifikanten Anteils der aufgeklärten Varianz herangezogen werden können.

Eine erstmalige pantheoretische Konzeption der therapeutischen Allianz war schon von Bordin (1979) vorgelegt worden, der seine ursprünglich psychodynamische Konzeption umfunktionierte. Demzufolge leisten sowohl Patient als auch Therapeut in einer

pantheoretischen Konzeption einen aktiven Beitrag zur Allianz, wodurch auch die Passung zwischen beiden Beteiligten betont wird. Die Position der Allianz wird im Gesamtverlauf der Therapie neu definiert. Einerseits betont Bordin, dass die Allianz nicht die therapeutischen Interventionen ersetzen kann, andererseits wie die Allianz die Effektivität der Therapie erhöhen kann. Er fasst die Allianz nicht selbst als einen Wirkfaktor auf sondern, als einen Bestandteil der Therapie, der es dem Patienten ermöglicht, eine Behandlung anzunehmen, als auch sie durchzuführen (vgl. Bordin, 1979, 1980, 1989). Durch Bordins Formulierung wurde eine Überwindung der traditionellen dichotomen Perspektive zwischen Prozessfaktoren und technischen Faktoren der Therapie angeboten. Beide Aspekte sind nicht als unabhängige Komponenten, sondern als interdependente Komponenten zu verstehen. In einer Art synergetischen Effekt ermöglichen positive Entwicklungen innerhalb eines Teilbereiches förderliche Entwicklungen innerhalb des anderen Bereiches. Weitgehend konform mit diesen Befunden ist Rudolf (1991), der anhand von empirischen Untersuchungen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung subsumierte, dass die Allianz zum einen einen therapeutischen Effekt ausübt und zum anderen mit therapeutischen Interventionen interagiert. Auch wenn in den meisten Allianzmaßen von mehreren Dimensionen zur Allianz ausgegangen wird, schlussfolgert Hentschel (2005a), dass unter der Einbeziehung von therapeutischer Bindung und Arbeitsbeziehung trotzdem am Begriff der therapeutischen Allianz als übergreifendem Konzept festgehalten werden sollte. Da sowohl Ziele als auch Aufgaben je nach Therapieart richtungsspezifisch formuliert werden können, ist mit Bordins Auffassung eine Theorie übergreifende Formulierung gegeben.

4.2 Forschungsergebnisse zur therapeutischen Allianz

Ausgehend von den Befunden zum Äquivalenzparadox nahmen sich Horvath und Symonds (1991) vor, anhand einer Metaanalyse von 24 untersuchten Studien die quantitative Forschung zusammenzufassen, die die Allianz als pantheoretisches Konstrukt untersuchte. Martin, Garske und Davis (2000) replizierten Horvath und Symonds Metaanalyse mit 60 zusätzlichen Studien und berücksichtigten dabei in verstärktem Ausmaß unveröffentlichte Studien. Divergierende Ergebnisse zu Horvath und Symonds konnten in Hinblick eines Publikationsbiases nicht nachgewiesen werden. Ergebnisse dieser Metaanalyse, ergänzt durch neuere Studien, werden im Folgenden referiert.

4.2.1 Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Outcome der Psychotherapie

Horvath und Symonds (1991) fanden einen Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Outcome, der sich in einer mittleren Effektstärke von $r = .26$ ausdrückte. Sie gehen jedoch davon aus, dass der tatsächliche Einfluss der Allianz größer ist, da alle Berechnungen auf der vorsichtigen Vermutung durchgeführt wurden, dass alle Beziehungen, die von Beobachtern untersucht jedoch nicht berichtet worden waren oder als nicht signifikant betrachtet wurden, eine Korrelation von $r = .00$ aufwiesen. Martin, Garske und Davis (2000) ermittelten eine Effektstärke von ($r = .22$).

4.2.2 Erleben von Affekten in der Allianz

Ausgehend von den divergierenden Konzeptionen, die die therapeutische Allianz innerhalb verschiedener therapeutischer Richtungen inne hat, ist auch ein differentielles Erleben von Affekten auf Seiten des Patienten zu erwarten. Bei der Untersuchung der therapeutischen Allianz innerhalb einer psychodynamisch-interpersonalen und kognitiv-behavioralen Therapie (KVT) stellten Raue, Castonguay und Goldfried (1993) fest, dass die Allianz in der KVT-Bedingung signifikant besser als in der psychodynamischen Bedingung bewertet wurde. Diese Unterschiede waren nicht durch ein unterschiedliches Ausmaß an Eingangssymptomen beziehungsweise globalen Funktionsniveau erklärbar. Die Autoren gingen davon aus, dass KVT-Therapeuten durch ihre strukturierte Vorgehensweise eine positive Basis schaffen, innerhalb derer sie ihre Interventionen umsetzen, während psychodynamische Therapeuten maladaptive Beziehungsmuster der Patienten, die sich auch innerhalb der therapeutischen Allianz bemerkbar machen, thematisieren. Dieses „Durcharbeiten“ von emotional aversiven Aspekten, das zu einer langzeitlichen Veränderung führen mag, kann die therapeutische Allianz kurzfristig strapazieren, weswegen die Allianz wohl als signifikant schlechter empfunden wurde. Raue und Goldfried (1994) schlussfolgern, dass die Qualität innerhalb der kognitiv-behavioralen Therapien mindestens genauso gut wie jene, innerhalb der psychodynamischen Therapien ist, wenn sie diese nicht sogar übertrifft. Bei einer Replikation der Studie von Raue, Castonguay und Goldfried (1993) bestätigten Raue, Goldfried und Barkham (1997) abermals, dass die Allianz einer psychodynamischen Bedingung im Vergleich zu einer kognitiv-behavioralen Bedingung aufgrund ihrer Emotionen „durcharbeitenden“ Vorgehensweise signifikant schlechter empfunden wurde. Auch in

diesem Zusammenhang steht die Studie von Malik, Beutler, Alimohamed, Shabia und Gallagher-Thompson (2003), die drei verschiedene KVT-Therapien im Vergleich zu sechs verschiedenen therapeutischen Bedingungen (psychodynamische-, systemische Therapie, Familien- und Pharmakotherapie) verglichen. Sie konnten dabei bestätigen, dass die KVT als direkter, weniger Emotionen aufwühlend und verhaltensorientierter empfunden wurde.

4.2.3 Einfluss der Beobachterperspektive

Um zu überprüfen, ob die Beobachterperspektive (Klient, Therapeut oder externer Beobachter) Einfluss auf die Beziehung zwischen Allianz und Outcome hatten, splitteten Horvath und Symonds (1991) den Datensatz, um neun verschiedene Effektstärken zu berechnen, bei denen jede eine unterschiedliche Kombination zwischen Allianz und Beobachterperspektive darstellte. Dabei stellte sich heraus, dass die Allianz am besten von den Patienten bewertet wurde ($ES = .21$), gefolgt von den Therapeuten ($ES = .17$) und schließlich durch die externen Beobachter ($ES = .10$).

4.2.4 Konfundierung von Symptomverbesserung und besser empfundener Allianz

Die in der Literatur häufig vorgefundene Vermutung des Halo-Effekts, dass Patienten, die mit ihrem therapeutischen Prozess zufriedener sind, die Tendenz aufweisen, ihre Allianz besser zu beurteilen als jene, die weniger zufrieden sind, konnten Horvath und Symonds (1991) anhand ihres vorliegenden Datensatzes nicht bestätigen. Feeley, DeRubeis und Gelfand (1999) stellten mit ihrer Studie die Hypothesen auf, dass konkrete KVT-Methoden im Gegensatz zur Allianz die therapeutische Veränderung hervorsagen würden und dass in diesem Zusammenhang die Allianz, die zu einem späteren Zeitpunkt erfasst worden war, anhand einer positiven Symptomveränderung vorhergesagt werden könnte, die vor der Erfassung der Allianz stattfand. Hypothesenkonform ergab sich, dass konkrete KVT-Methoden eine Symptomveränderung voraussagten, jedoch konnte nicht bestätigt werden, dass eine Symptomveränderung eine bessere Allianz hervorsagt. Dieses Ergebnis ist konform mit Barber, Conolly, Crits-Christoph, Gladis und Siqueland (2000) und Klein et al. (2003), die nachweisen konnten, dass eine bessere Allianz auch schon zu Beginn der Therapie nicht durch diese Symptomkonfundierung erklärbar ist. Blatt und Zuroff (2005) konnten anhand von Daten des TDCRP die Konfundierung zwischen Symptomreduktion des Patienten und die

für ihn dadurch bedingte positiver empfundene therapeutischer Allianz anhand eines durchgeführten Random Regression (Multilevel) Modelings ausschließen. Diese Befunde stehen teilweise im Gegensatz zu Gaston, Marmar, Gallagher und Thompson (1991), die anhand ihrer Stichprobe mit älteren depressiven Patienten, die in unterschiedlichen Settings behandelt worden waren, herausgefunden hatten, dass sich die Effekte der Allianz verringerten, wenn man Behandlungserfolge berücksichtigte, die früh innerhalb des therapeutischen Verlauf stattfanden.

4.2.5 Messzeitpunkt der Allianz

Horvath und Symonds (1991) und Horvath, Gaston und Luborsky (1993) stellten fest, dass das Ausmaß der Stärke der Allianz, die zu einem frühen Zeitpunkt innerhalb der Therapie erhoben wurde, ein geringfügig stärkerer Prädiktor des Outcomes ($ES = .30$) ist, als das Ausmaß der Stärke der Allianz, die über verschiedene Zeitpunkte hinweg gemittelt wurde, oder in der Mitte des therapeutischen Verlaufs erfasst wurde ($ES = .20$). Diese Ergebnisse wurden in verschiedenen Studien (Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky & Krupnick, 1999; Horvath, 2001; Luborsky, 2000; Rudolf, 1991; Schindler, 1991; Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson, 2001) in verschiedenen Settings immerfort bestätigt. Klein et al. (2003) geben beispielsweise an, dass die Allianz, die zu einem frühen Zeitpunkt innerhalb ihrer Stichprobe chronisch Depressiver erhoben wurde, sich als signifikanter Prädiktor für die symptomatische Verbesserung erwies. Blatt und Zuroff (2005) stellten bei Daten des TDCRP fest, dass Patienten unabhängig von deren therapeutischer Bedingung schon jeweils zu Sitzung 2 signifikant weniger ($p < .01$) Symptome, eine signifikant geringere Vulnerabilität auf zwei Faktoren der Dysfunctional Attitude Scale (DAS) und über eine signifikant höhere ($p < .001$) Resilienz gegenüber Stress auslösenden Ereignissen verfügten.

Zur Erklärung unterschiedlicher Ergebnisse beim Verlauf der Therapien gehen Horvath, Gaston und Luborsky (1993) von dem von Zetzel (1956) und von Bordin (1989) postulierten "rupture-repair cycle" aus. Therapien durchlaufen zwischen den einzelnen Sitzungen labile Phasen, die die geringfügig kleinere Korrelation bei der Vorhersage eines guten Ergebnisses anhand der Phase der Therapie erklären könnte. Horvath, Gaston und Luborsky (1993) als auch Hentschel (2005b) stellen fest, dass noch weitere Untersuchungen vonnöten seien, um die Beziehung zwischen dem Gesamtniveau der Allianz, der relativen Stärke einzelner

Komponenten zu verschiedenen Zeitpunkten der Therapie und deren Zusammenhang mit dem finalen Outcome innerhalb der individuellen Dyaden zu untersuchen.

4.2.6 Länge der Behandlung

Horvath und Symonds (1991) und Horvath, Gaston und Luborsky (1993) untersuchten auch, ob die Länge aller einbezogenen Therapien, die zwischen zehn und 50 Sitzungen variierte, einen Einfluss auf das Outcome hatte. Dabei konnten jedoch keine signifikanten Korrelationen nachgewiesen werden ($p > .5$).

4.2.7 Art der Behandlung

Auch untersuchten Horvath und Symonds (1991) den Einfluss verschiedener Therapierichtungen auf den Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome. Dabei konnten sie für psychodynamische Therapien eine Effektstärke von .17, für eklektische Therapien von .28 und für die Kognitive Verhaltenstherapie von .26 nachweisen. Alle Therapiearten wiesen einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Allianz und Outcome auf ($p < .05$), ohne dass dieser jedoch eine statistisch signifikante Differenz zwischen den therapeutischen Bedingungen ergab.

4.2.8 Schlussfolgerung und Ausblick

Unter Betracht der dargestellten Befunde und unter Anlehnung an Horvath (2005) und Marziali (1991) lässt sich in Bezug auf die therapeutische Allianz unter Gefahr der Vereinfachung Folgendes feststellen:

Nur wenige Studien haben bisher die Elemente des Behandlungsprozesses untersucht, die mit dem Outcome in Verbindung stehen, obwohl zwischenzeitlich within-group process-outcome Studien durchführbar sind, anhand derer es möglich wäre, den Zusammenhang zwischen Allianz Faktoren und spezifischen Interventionen, die zu einer therapeutischen Schule gehören, zu untersuchen. Beim Festlegen des Outcomes spielt die therapeutische Allianz eine Schlüsselrolle, die sich in allen Behandlungsarten als potenter Wirkfaktor erwies und es scheint, dass die Allianz mit therapeutischen Fortschritten des Patienten einhergeht, nicht jedoch mit diesen identisch ist. Auch wenn gute Allianzen konsistent signifikant mit guten

Outcome-Ergebnissen assoziiert sind, sind die spezifischen unabhängigen und kombinierten Beiträge zur Allianz durch Klient und Therapeut noch unbekannt. Offen bleibt auch die Frage, wie die Allianz innerhalb der KVT zum Outcome beiträgt. In Bezug auf die quantifizierte Beziehung von therapeutischer Allianz zum Therapieerfolg schlussfolgert Hentschel (2005a), dass wenn man sich an die Ergebnisse Horvaths und Symonds (1991) Metaanalyse beziehungsweise Lamberts und Barleys (2001) Übersichtsartikel hält, dann werden bis zu zehn Prozent der Varianz des Therapieergebnisses durch die therapeutische Allianz mitbestimmt. Dies sei nicht Aufsehen erregend viel, jedoch deutlich mehr als jeder andere isolierte untersuchte Faktor, der zum Therapieergebnis beitragen kann. Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003) geben hierzu unter Berufung auf ihre 1000 Befunde umfassende Metaanalyse zu "process-outcome"-Ergebnissen an, dass die therapeutische Allianz im Vergleich zu allen Komponenten des therapeutischen Prozesses die stärksten signifikanten Evidenzen in Zusammenhang mit dem Outcome aufweist. Als eines der wichtigsten Ziele der zukünftigen Therapieforschung erachteten Horvath und Luborsky (1993), die Beziehung zwischen therapeutischen Fortschritten und der sich verändernden Allianz im Lauf der Therapie zu untersuchen. Hentschel (2005b), Horvath (2005) und Santiago et al. (2005) sehen Fragestellungen darin, ob die Allianz selbst ein Wirkfaktor der Therapie ist oder ob die Allianz die Basis dafür schafft, dass therapeutische Interventionen beim Patienten Anklang finden können. Weiter müsste die Entwicklung der Allianz über die Zeit hinweg als auch ihre Besonderheit in Bezug auf einzelne Störungsbilder untersucht werden. Da bei bipolaren Störungen Psychotherapie erst seit kurzem ein Aspekt in der Behandlung ist, ist noch nichts über mögliche Wirkfaktoren, insbesondere in einer Rezidivprophylaxe, bekannt. Aufgrund der lange bestehenden Konzeption der biologisch-genetischen Determinierung der bipolaren Störung bestanden Hauptkomponenten der Rezidivprophylaxe in medikamentösen Interventionen, die in letzter Zeit verstärkt durch psychoedukative Anteile (vorrangig im Sinne einer Informationsvermittlung) ergänzt wurden. Darüber hinaus handelt es sich bei der Psychotherapie (vgl. Meyer und Hautzinger, 2003 und Kapitel 2) um die ziel- und theoriegeleitete Intervention von Änderungswissen im Hinblick einer Linderung von subjektivem Leiden und Problemen.

5 DIE Q-SORT METHODE

5.1 Darstellung der Q-Sort Methode

Wie Müller und Kals (2004) anführen, wurde die "Q Methodology" erstmalig 1935 von William Stephenson beschrieben und in seinem Buch "The Study of Behavior: Q-Technique and Its Methodology" (1953) näher erläutert (vgl. hierzu zusammenfassend Brown 1986, 1993, 1996; McKeown & Thomas 1988). Im Gegensatz zur R-Methodologie, die durch testtheoretische Vorannahmen begründet ist, zeichnet sich die Q-Methodologie dadurch aus, dass sie auf einem spezifischen Erhebungsverfahren (Q-Sort Technik) basiert und dabei in ihrer ursprünglichen Anwendung ein dazu gehörendes Auswertungsverfahren heranzog, (Q-Technik), das Personen mit dem Ziel der Typenbildung miteinander verglich.

Am bekanntesten ist die so genannte Q-Sort Technik (oder kurz Q-Sort). Sie ist ein Rangordnungsverfahren, bei dem Probanden beziehungsweise externe Beurteiler üblicherweise Karten, die Items beinhalten, entlang einer Skala, beispielsweise einer 9er Skala von „zutreffend“ bis „nicht zutreffend“, in Relation zueinander zuordnen. Ein solches Set von Karten beziehungsweise Items wird als Q-Set beziehungsweise Q-Sample bezeichnet. Anhand der inhaltlichen Konstruktion der Items lassen sich drei Arten von Q-Samples differenzieren: "naturalistic samples", "ready-made Q-samples" und standardisierte Q-Samples.

Items beziehungsweise Statements der "naturalistic samples" werden anhand von mündlichen beziehungsweise schriftlichen Quellen konstruiert, die aus dem Alltagskontext der Probanden stammen (McKeown & Thomas, 1988). "Ready-made Q-samples" unterscheiden sich insofern, da die Konstruktion der Items nicht direkt aus dem Alltagskontext der Probanden entnommen wurde, sondern aus anderen empirischen Studien beziehungsweise Konzepten, die in gewisser Nähe zum Lebenskontext der Probanden stehen. Als "hybrid-types" werden Items jener Q-Samples bezeichnet, die sich sowohl aus "naturalistic" als auch "ready-made Q-samples" zusammensetzen (Müller & Kals, 2004). Von besonderer Bedeutung sind jedoch standardisierte Q-Samples, die ihren Einsatz in der Differentialpsychologie, der Therapieforschung (Psychotherapy Q-Sort), der Politikwissenschaft oder der Werteforschung finden (z.B. Block, 1978; Frohburg, 1970; Göttert & Asendorf, 1989). Hierzu werden

theoretisch strukturierte standardisierte Items, festen Instruktionsbedingungen folgend, sortiert.

Weiter gilt es, zwischen erzwungenen Verteilungsverfahren ("forced choice") und offenen Verteilungsverfahren ("unforced Q-Sort") zu unterscheiden. Bei erzwungenen Verteilungsverfahren wird eine Normalverteilung der Items von beispielsweise -5 bis +5 vorgegeben. Dies bedeutet, dass zu jeder Kategorie (-5, -4 etc) nur eine festgelegte Anzahl an Items zugeordnet werden kann. Bei offenen Verteilungsverfahren ("unforced Q-Sort") wird die Normalverteilung der Items zu den einzelnen Kategorien (-5, -4 etc.) nicht vorgegeben. Am Beispiel des Sortiervorgangs des erzwungenen Verteilungsverfahrens zeigt sich ein wesentliches Prinzip dieser Technik. Im Gegensatz zu traditionellen psychometrischen Verfahren werden die Statements nicht unabhängig voneinander bearbeitet. Dadurch wird die Erzeugung einer relationalen Statementstruktur intendiert, wobei der Bezugspunkt für die Sortierung immer die eigenen subjektiven Konzepte beziehungsweise das externe Expertenurteil bilden und dadurch eine intraindividuelle (ipsative) Vergleichsperspektive nahegelegt wird (Müller & Kals, 2004). Die Q-Technik bezieht sich auf die dazugehörigen statistischen Auswertungsverfahren: Hierbei werden so genannte Q-Korrelationen erstellt, indem die einzelnen Q-Sorts miteinander korreliert werden. In seiner ursprünglichen Verwendung wurde diese Prozedur der Korrelation von Personen im Gegensatz zur weiter oben erwähnten R-Technik angewandt, bei der es sich um eine Korrelation von Tests (isolierte "Traits" oder Faktoren) handelte. Die Q-Methodologie bezeichnet die metatheoretische Fundierung der Q-Sort Technik, der Q-Korrelationen sowie der Q-Faktorenanalyse (vgl. Bortz, 2005) und beschreibt einen spezifischen Weg zur Erforschung "menschlicher Subjektivität" in der Tradition von Stephenson (1953).

Abgesehen von ihrer ursprünglichen Verwendung durch Stephenson, um Personen und nicht Traits zu korrelieren, fand die Q-Methode alleine und auch in Verbindung mit anderen Verfahren vor allem in der angloamerikanischen Sozialforschung ihren Niederschlag. Müller, und Kals (2004) führen hierzu an, dass seit den 1960er Jahren etwa 2800 Publikationen erschienen sind (vgl. hierzu die Q-Bibliographie von Brown und <http://www.qmethod.org/>).

Die vielfältigen Anwendungsfelder und Disziplinen, innerhalb derer die Q-Methode zum Einsatz kam, spiegeln sich in folgenden Bereichen wieder:

- bei der Konstruktion psychometrischer Tests (z.B. Block, 1978) oder die deutsche Version des California-Child-Q-Sort (Göttert & Asendorpf, 1989) beziehungsweise deren englische Neubearbeitung durch Shields & Cicchetti (1997) oder das "Attachment Interview Q-Sort" von Kobak (1993),
- in der politischen Meinungs- und Einstellungsforschung (z.B. Baas, 1997; Brown, 1980; Dryzek & Braithwaite, 2000; Richard, 2000; Thomas & Baas, 1996),
- in der Erforschung subjektiver Theorien im klinisch-psychologischen oder pädagogischen Bereich (z.B. Chen, 1996; Kogan, Walters & Daniels 2002; Lecouteur & Delfabro, 2001; Roston, Lee & Vaillant, 1992; Shedler, 2002),
- in der Medienforschung (z.B. Carlson & Trichtinger, 2001; Singer, 1997; Singer et al., 1996),
- in der Marktforschung (z.B. Byung & Wonhi, 2001),
- in der umweltpsychologischen Forschung (z.B. Barry & Proops, 1999; Shilin, Khaiminia, Kulikov & Lukyanov, 2000) und
- in der Genderforschung beziehungsweise im Rahmen von feministischen Theorieansätzen (z.B. Febbraro, 1995; Gallivan, 1994).

In diesem Zusammenhang muss auch die Gründung der "International Society for the Scientific Study of Subjectivity (ISSS)" (http://www.qmethod.org/Organization/operant_subjectivity.htm) genannt werden und die "Q-Method electronic discussion group" (<http://www.lsoft.com/SCRIPTS/WL.EXE?SL1=Q-METHOD&H=LISTSERV.KENT.EDU>), in der Fragen in Bezug auf die Q-Methode diskutiert werden.

Im deutschsprachigen Raum lassen sich auch in einschlägigen Lehrbüchern zur qualitativen Forschung nur wenige Abhandlungen zur Q-Methode finden (vgl. z.B. Flick, 2000; König & Zedler, 2002; Mayring, 2002; Strauss, 1991), die meistens nur die Q-Methode unter

Berücksichtigung der Auswertungsprozedur erwähnen. Im Gegensatz dazu wurden im angloamerikanischen Bereich viele methodische Abhandlungen zur Q-Methode publiziert (z.B. Brown, 1993; Carr, 1992; Giles, 2002; McKeown & Thomas, 1988; Stainton Rogers, 1995), in denen sowohl die statistischen Prozeduren als auch die metatheoretischen Grundlagen näher erörtert und diskutiert werden.

Müller und Kals (2004) subsumieren, dass die Q-Methodologie durch ihre konstruktivistischen Grundannahmen einem modernen Wissenschaftsverständnis entspricht und daher als innovatives Verfahren in den Sozialwissenschaften angesehen werden kann (vgl. auch Brown, 1993). Unter anderem ist ihre besondere Qualität darin zu sehen, dass wenn sie als ipsatives Verfahren eingesetzt wird, sie die Erhebung komplexer Strukturen ermöglicht und als eigenständiger oder ergänzender Zugang für "single case studies" im Rahmen von Intensivanalysen geeignet ist. Weiter ist es möglich, wie Jones (2000) betonte, die Q-Sort Methode auch im Rahmen nomothetischer Studien anzuwenden, so dass sie als Brückenelement zwischen traditionellen qualitativen und quantitativen Verfahren erachtet werden kann (vgl. auch Blatt, 2005; Sell & Brown, 1984). Müller und Kals führen an, dass die Q-Methode besonderes Interesse verdienen würde, wenn es um die Erforschung menschlicher Subjektivität gehen würde.

5.2 Jones Psychotherapy Q-Sort (PQS): Vom interaktionalen zum transaktionalen Ansatz

5.2.1 Theoretischer Hintergrund und Entwicklung des Konzeptes der "interaction structure"

Wie Albani, Blaser, Jacobs, Jones, Geyer und Kächele (2000) feststellen, gehört Jones zu den wenigen Psychoanalytikern, die universitäre Forschungstätigkeit und klinische Arbeit verbinden. Seine Arbeiten wurden jedoch bisher im deutschen Sprachraum wenig rezipiert (Albani et al., 2000; Jones, 2001b), was an der ebenso im deutschen Sprachraum wenig verbreiteten Q-Methode liegen könnte (vgl. Abschnitt 5.1). Als Ergebnis seiner langjährigen und gründlichen Entwicklungsphase legte Jones den Psychotherapy Q-Sort (PQS) als Instrument zur Untersuchung psychotherapeutischer Prozesse vor. Erst 1999 entschloss Jones, das unveröffentlichte Manual (Jones, 1985) mit seiner dazu gehörenden theoretischen Konzeption, die durch seine Forschung entstanden waren, zu drucken (Jones, 2000).

Auch wenn Jones betont (vgl. Ablon & Jones, 1999; Ablon & Jones, 2002; Ablon & Jones, 2005 und Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Coombs, Coleman & Jones, 2002; Jones, 2000; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, Cumming & Pulos, 1993; Jones, Hall & Parke, 1991), dass der PQS ein pantheoretisches Instrument ist, das es ermöglicht, auf atheoretische Weise therapeutische Prozesse zu beschreiben beziehungsweise Hypothesen zu therapeutischen Prozessen zu testen, ist die theoretische Fundierung und Entwicklung des PQS dennoch an Jones' Konzept der "interaction structure" und dem Versuch der Umsetzung des damit einhergehenden transaktionalen Ansatzes gebunden (vgl. Jones, 2000).

In Zusammenhang mit der theoretischen Fundierung der "interaction structure" werden hier in Kürze Jones Überlegungen zu einzelnen Paradigmen der Prozessforschung dargestellt, ohne dass diese jedoch näher erläutert oder objektiviert werden. Diese Herangehensweise rechtfertigt sich insofern, da Jones den PQS aufbauend auf seinem Verständnis der psychotherapeutischen Forschung begründete und dadurch ein besseres Verständnis seiner Vorgehensweise gewährleistet ist.

Jones subsumierte, dass konventionelle Konzeptionen der Therapie davon ausgehen, dass Interventionen des Therapeuten den Patienten beeinflussen und dadurch eine Veränderung bewirken. Die therapeutische Beziehung wurde daher weitgehend als unidirektional (vom Therapeuten zum Patienten) aufgefasst. Wie Jones, Parke und Hall (1991) jedoch aufführen, gilt es, diese unidirektionale Vorgehensweise zu überwinden, da der psychotherapeutische Prozess als solcher multidimensionale Aspekte beinhaltet, die miteinander in Beziehung stehen. Zunächst postulierte er eine „interaktionelle Struktur“, in der nicht von einer Unidirektionalität, sondern einer Reziprozität auszugehen sei. Charakteristika des Patienten beeinflussen das Verhalten des Therapeuten und gewinnen dadurch Einfluss auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess. Aufgrund ihrer Reziprozität sind diese Einflüsse auch vom Therapeuten zum Patienten nachweisbar. Diese während der Therapie stattfindenden Prozesse lassen sich anhand des Konzeptes der "interaction structure" (zu Deutsch: „interaktionelle Struktur“ vgl. Jones, 2001a) zusammenfassen, welches Jones als Brücken schlagendes Konzept zweier konträrer Richtungen innerhalb der zeitgenössischen Psychoanalyse darstellt (1997, 2000, 2001a).

Jones (2000) führt hierzu an, dass sich die zeitgenössische Psychoanalyse anhand von zwei Strängen unterscheiden lässt: Hauptarbeitsgrundlage des ersten Stranges bildet die Interpretation, in der es wichtig sei, dass der Patient sich selbst kennen lernt (Selbst-Konzept), versteht und Einsicht gewinnt. Veränderungen der mentalen Struktur des Patienten, die durch den therapeutischen Veränderungsprozess bewirkt werden, werden hier innerhalb eines integrativen Modus aufgefasst. Durch die von Jones (2000) so genannten „therapeutischen Handlungen“ („therapeutic actions“) können dem Patienten undifferenzierte Strukturen bewusst gemacht werden, so dass diese schließlich innerhalb bestehender mentaler Strukturen integriert werden können. Basis des zweiten Stranges bildet die interpersonelle Interaktion aus, die durch die therapeutische Beziehung operationalisiert wird. Diese Strukturen werden innerhalb eines Entwicklungsmodus aufgefasst. Mentale Prozesse beziehungsweise Objektbeziehungen, die in ihrer Entwicklung aufgehalten wurden oder defizitär sind, können durch die Therapiebeziehung wieder aufgenommen werden.

Diese beiden konträren Hauptarbeitsgrundlagen werden insofern miteinander verbunden, da Jones (1997, 2000, 2001a) angibt, dass repetitive Muster der Interaktion zwischen Patient und Therapeut innerhalb des therapeutischen Prozesses präsent und von Bedeutung sind und schließlich auch nachgewiesen werden können (vgl. Ablon & Jones, 2005; Albani, Blaser, Jacobs, Jones, Geyer & Kächele, 2000; Albani, Blaser, Jones, Thomä & Kächele, 2001; Jones, 1997; Jones, 2000; Jones, 2001a; Jones, 2001b; Jones, Cumming & Pulos, 1993; Jones, Ghannam, Nigg & Dyer, 1993; Jones & Price, 1998; Jones & Windholz, 1990; Pole & Jones, 1998; Spence, Dahl & Jones, 1993). Innerhalb dieser repetitiven Muster, die die Operationalisierung der "interaction structure" darstellen, werden beide therapeutischen Konzeptionen komplementär verbunden. Insofern, da Jones postuliert, dass ein psychologisches Wissen über das Selbst nur innerhalb des Kontextes einer therapeutischen Beziehung entwickelt werden kann, innerhalb derer der Therapeut die mentalen Strukturen des Patienten zu ergründen versucht, die sich anhand seiner Interaktionen manifestieren.

"In this model insight and relationship are inseparable, since psychological knowledge of the self can develop only in the context of a relationship where the analyst endeavours to understand the mind of the patient through the medium of their interaction" (Jones, 1997, S. 1135).

Eines der Ziele der Entwicklung des PQS war, mitunter Psychoanalyse beziehungsweise deren Konzepte zu untersuchen, wenngleich seit den 40iger Jahren über 2000 Studien durchgeführt wurden, die die Effektivität der Psychoanalyse bestätigen sollten (vgl. Hornstein, 1992). Laut Jones (2000) hätten diese teilweise experimentell durchgeführten Studien nicht den therapeutischen Prozess als solchen berücksichtigt und diesen weder operationalisiert, noch quantifiziert. Als wichtig erachtete Jones, dass Studien, die anhand des PQS durchgeführt werden würden, nicht nur die Überwindung vom unidirektionalen zum interaktionalen Ansatz erreichen könnten, sondern weiter unter Bezug auf Shoham-Salomon (1990) ihre Krönung innerhalb einer transaktionalen Konzeption finden würden.

Einschränkungen des interaktionalen Ansatzes seien insofern gegeben, da es sich bei ihnen meistens um aggregierte Gruppendaten handele, die von zwei zu hinterfragenden Hauptannahmen ausgingen: Einzelne Elemente, wie z.B. interpersonelle Prozesse, die stattgefunden haben und detektiert werden können, haben eine feste Bedeutung, die kontextunabhängig ist. Solche Prozesse seien als diskrete Elemente aufzufassen, die nur als solches Element den Outcome aufklären.

Im transaktionalen Ansatz hingegen werden die multiplen Einflüsse innerhalb der klinischen Behandlung insofern berücksichtigt, da die einzelnen Prozesselemente nicht als diskret und losgelöst voneinander aufgefasst werden, sondern als sich gleichzeitig und gegenseitig im Zusammenhang zu den anderen Elementen bestimmend. Laut Jones (2000) bringen Prozessstudien über den therapeutischen Prozess, die die subjektive Erfahrung des Therapeuten und Patienten berücksichtigen und dabei die Komplexität des Kontextes einbeziehen, fruchtbarere Ergebnisse als die aggregierten, am interaktionalen Ansatz orientierten Outcome-Studien hervor. Die Umsetzung des transaktionalen Ansatzes anhand des PQS sieht vor, multiple Einflüsse des therapeutischen Prozesses einzubeziehen. Einzelne Elemente können in ihrem Verlauf über die Zeit hinweg untersucht werden als auch in ihrer Beziehung zueinander. Bei der Umsetzung bedeutet dies, dass Q-Items als Deskriptoren verwendet werden beziehungsweise stattfindende therapeutische (Veränderungs-) Prozesse als zusammenhängende Konfigurationen von (Q-) Mustern innerhalb zeitlicher Dimensionen untersucht werden. Abgesehen von einer multidimensionalen Beschreibung des Prozesses können Verbindungen zwischen Prozessmustern und dem Outcome nachgewiesen werden.

Dabei ist Folgendes zu unterscheiden: Anhand der Konzeption seiner Items bietet der PQS die Möglichkeit, bei der Untersuchung des therapeutischen Prozesses eine transaktionale Konzeption zu verwirklichen, welche jedoch nicht per se gemacht werden muss. An die durch den PQS ausgewerteten Sitzungen gliedert sich eine herkömmliche statistische Auswertungsvorgehensweise (Faktorenanalyse, T-Tests, ALM, partielle Korrelationen etc.) an.

Die Schlussfolgerung der Untersuchungen von Jones ist, dass es klinische Phänomene gibt, die sich unabhängig von ihrer Benennung durch eine therapeutische Schule (psychodynamisch, interpersonal beziehungsweise verhaltenstherapeutisch) in Interaktionen manifestieren. Diese Interaktionen haben eine Beziehung zueinander und können intersubjektiv, also von verschiedenen Beobachtern dadurch ausgewertet und quantifiziert werden. Ziel eines Instrumentes zur Untersuchung therapeutischer Prozesse sollte daher zum einen sein, eine Reliabilität unter verschiedenen Beobachtern zu etablieren und zum anderen auf adäquate Weise komplexe Phänomene wiederzugeben, die zu erfassen versucht werden.

Ziel des vorgelegten PQS war daher, „eine Grundsprache für die Beschreibung und Klassifizierung von Interventionsprozessen zu liefern, die für quantitative Analysen zugänglich ist“ (Jones, 2000, S.257; Übersetzung vom Autor)!

5.2.2 Anwendungsmöglichkeiten des PQS

Für drei verschiedene therapeutische Perspektiven (psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie und interpersonale Therapie) wurden Prototypen für den idealen Verlauf des jeweiligen therapeutischen Prozesses entwickelt. Durch Korrelationen von tatsächlich stattgefundenen Therapien mit den jeweiligen Prototypen ihrer therapeutischen Ausrichtung kann auf empirische Art und Weise nachgeprüft werden, wie weit eine tatsächlich durchgeführte Behandlung mit ihrer therapeutischen Ausrichtung übereinstimmt (vgl. Ablon & Jones, 1998, 2002). Weiter ist es anhand der Items möglich, sowohl spezifische als auch unspezifische Faktoren der Behandlung zu erfassen. Dadurch, dass die Items nicht an theoretische Konzepte, sondern eher an Konzepte des therapeutischen Prozesses an sich gebunden sind, wird die Beschreibung des therapeutischen Prozesses nicht durch die theoretische Orientierung des externen Beobachters beeinflusst, sondern durch den durch das Q-Sort bereit gestellten Rahmen festgelegt. Seine Reliabilität und Validität konnte über

verschiedene Behandlungsmodalitäten hinweg z.B. bei psychodynamischen, kognitiv-behavioralen, klientenzentrierten, gestalttherapeutischen, rational-emotiven und interpersonalen Therapien (vgl. Ablon & Jones, 1999, 2002; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, Hall & Parke, 1991; Jones & Pulos, 1993) aufgezeigt werden. Seine inhaltliche- und Konstruktvalidität wurde durch verschiedene Studien belegt (Jones et al., 1988, 1991; Jones, Krupnick & Kerig, 1987; Jones & Pulos, 1993). Der PQS wurde bisher zur systematischen Untersuchung von Einzelfällen (Ablon & Jones, 2005; Albani, Blaser, Jacobs, Jones, Geyer & Kächele, 2000; Albani, Blaser, Jones, Thomä & Kächele, 2001; Jones, 1997; Jones, 2000; Jones, 2001a; Jones, 2001b; Jones, Cumming & Horowitz, 1988; Jones, Cumming & Pulos, 1993; Jones, Ghannam, Nigg & Dyer, 1993; Jones & Windholz, 1990; Jones & Price, 1998; Pole & Jones, 1998; Spence, Dahl & Jones, 1993) verwendet. Anhand seiner pantheoretischen Konzeption und Orientierung wurden Vergleiche zwischen verschiedenen therapeutischen Richtungen (kognitiv-behaviorale vs. interpersonale Therapie – Ablon & Jones 1999, 2002; kognitiv-behaviorale vs. psychodynamische Therapie – Ablon & Jones, 1998; Jones & Pulos, 1993) und deren therapeutischer Prozesse durchgeführt.

Außerdem wurde die prädiktive Validität supportiver vs. expressiver therapeutischer Techniken für den Behandlungserfolg mittels des PQS untersucht (Jones, Cumming & Horowitz, 1988) und die Zusammenhänge zwischen der CALPAS ("California Psychotherapy Alliance Scale") und dem PQS geprüft (Price & Jones, 1998). Weiter wurde anhand des PQS der Einfluss der ethnischen Zugehörigkeit (Jones, 1978) beziehungsweise des Geschlechts (Jones, Krupnick & Kerig, 1987) auf den therapeutischen Prozess geprüft, wie auch dass therapeutische Verläufe in Privatpraxen untersucht wurden (Jones, Parke & Pulos, 1992). Unter Verwendung des Datenmaterials des TDCRP des NIMH wurde anhand des PQS das Äußern von Emotionen innerhalb therapeutischer Sitzungen, der dazugehörenden therapeutischen Haltung und die Auswirkung dieser Prozesse auf den Outcome eruiert (Coombs, Coleman & Jones, 2002). Anhand der entwickelten Prototypen eines idealen therapeutischen Verlaufes wurden auch Unterschiede zwischen therapeutischen Prozessen, die in naturalistischen Designs beziehungsweise in Randomized Controlled Trials stattgefunden hatten untersucht (Ablon, Levy & Katzenstein, 2006).

6 ZIEL DER STUDIE, HYPOTHESEN UND FRAGESTELLUNGEN

6.1 Ableitung der Fragestellungen und Hypothesen

Wie Meyer und Hautzinger (2005) anhand ihrer Studie, aus der die Stichprobe dieser Studie entnommen wurde, aufzeigten, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Effektivität der beiden durchgeführten therapeutischen Modalitäten (vgl. Abschnitt 2.4), was wiederum im Sinne von Luborsky et al. (2002) als Äquivalenzparadox zu deuten ist.

Primäres Ziel der Dissertation soll daher die erstmalige Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses bei euthymen Bipolar-I-Patienten sein, was in der aktuellen Forschung noch keinen Eingang gefunden hatte. Da bei bipolaren Störungen eine zusätzliche Psychotherapie erst seit kurzem ein Aspekt in der Behandlung ist, ist noch nichts über mögliche Wirkfaktoren in einer solchen Rezidivprophylaxe bekannt. Es ist das Ziel dieser Arbeit, mehr über die Prozesse zu erfahren, die in dieser besonderen Art von Intervention, vonstatten gehen. Gleichzeitig soll die Spezifität der Kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu einer in Frequenz und Stundenanzahl angepassten Kontrollbedingung (Emotional Supportive Therapie) verglichen werden.

Eine Operationalisierung erfolgt durch das objektive Auswerten der einzelnen therapeutischen Stunden, das Beobachten der aktuellen Symptomatik der Patienten und dem subjektiven Erleben der Stunde. Weiter soll das Konstrukt der Allianz und das damit einhergehende Erleben von Affekten während der therapeutischen Sitzungen untersucht werden. Schließlich erfolgt eine Überprüfung der durchgeführten Therapien durch eine externe Instanz (Ablon & Jones, 1998, 2002). Dabei wird überprüft, welchen therapeutischen Prototypen die durchgeführten Therapien am meisten ähnelten, ob sich hierbei Unterschiede zwischen den therapeutischen Bedingungen ergaben und Elemente welchen therapeutischen Ansatzes innerhalb der durchgeführten Therapien den Erfolg aufklärten. Die Fragestellungen und Hypothesen lassen sich auf einer deskriptiven, explorativen und Hypothesen prüfenden Ebene ansetzen.

6.1.1 Deskriptiver Teil

6.1.1.1 in Bezug auf die Stichproben

In einem ersten Schritt erfolgt eine allgemeine Beschreibung der Stichprobe. Diese geht in Anlehnung an Sotsky et al. (1991) mit einer Untersuchung der einzelnen Variablen einher, die als Moderatoren fungieren könnten. Laut Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003) ergeben sich nach dem Ausschluss von „Störvariablen“ innerhalb verschiedener therapeutischer Bedingungen andere therapeutische Situationen nur dadurch, da Therapeuten aufgrund ihrer therapeutischen Ausrichtung eine andere Interaktion mit den Patienten bewirken.

6.1.1.2 in Bezug auf die erfassten Symptome

In einem zweiten Schritt soll bei allen verwendeten Outcome-Maßen vom Messzeitpunkt t0 zum Messzeitpunkt t1 überprüft werden, ob es differentielle Effekte in Abhängigkeit der therapeutischen Bedingung gibt und ob ein Zeit- beziehungsweise Interaktionseffekt vorliegt.

6.1.1.3 in Bezug auf das Q-Sort

Zunächst soll der stattgefundenene therapeutische Prozess in seinem Verlauf auf einer deskriptiven Ebene dargestellt werden. Hierzu sollen zu Beginn Sitzung pro Sitzung die Elemente aufgeführt werden, die die beiden therapeutischen Bedingungen am meisten charakterisierten und schließlich wird der therapeutische Prozess in seiner Gesamtheit (durch Mittelung der vier Messzeitpunkte) dargestellt. Unterschiede zwischen den beiden therapeutischen Bedingungen werden zunächst deskriptiv dargestellt und anschließend statistisch abgesichert.

6.1.2 explorativer Teil: Betrachtung des Verlaufes

Nachdem auf einer deskriptiven Ebene der Verlauf dargestellt wird, ist ein weiteres Ziel zu eruieren, welche gemeinsamen Faktoren und Prozesse in beiden therapeutischen Bedingungen vorkommen beziehungsweise diese differenzieren. Diese Faktoren sollen im Verlauf der Therapien dargestellt werden. Eine Konzeptualisierung dieser Prozesse erfolgt durch die mit dem PQS ausgewerteten Stunden in signifikante Patient-Therapeut-Interaktionen. Dazu wird

ansetzend bei Sitzung 02 eine Faktorenanalyse gerechnet, um die Redundanz der Items zu verringern. Anhand dieser Faktorenanalysen werden Skalen benannt und in ihrem Verlauf betrachtet.

Ebenso werden die drei erhobenen Faktoren des Patientenstundenbogens, als auch die depressive und manische Symptomatik in ihrem Verlauf untersucht. Augenmerk bei der Untersuchung des Patientenstundenbogens ist, ob es nicht nur differentielle Effekte in Abhängigkeit der therapeutischen Bedingung gab, sondern ob es eher die beiden arbeitsbezogenen Faktoren (Faktor 2: „Fortschritte innerhalb der Therapie“, Faktor 3: „Fortschritte außerhalb der Therapie“) beziehungsweise der sozioaffektive Faktor (Faktor 4: „Qualität der Therapiebeziehung“) war, der als hilfreicher empfunden wurde. Dies erfolgt unter Berücksichtigung der vorliegenden depressiven und manischen Symptomatik der Patienten, bei der die Zeit-, Interaktions- beziehungsweise Treatmenteffekte analysiert werden sollen.

6.1.3 Hypothesen prüfender Teil

6.1.3.1 erster Teil

Ein weiteres Ziel dieser Studie ist die Überprüfung des Konstruktes der therapeutischen Allianz. Wie in verschiedenen Studien aufgezeigt wurde, konnte die Allianz immer auf konsistente, jedoch moderate Art und Weise einen Teil des Outcomes aufklären. Unabhängig davon, ob die „bessere“ Allianz durch eine Konfundierung mit der Symptomverbesserung einhergeht, erzielen Patienten mit „besseren“ Allianzen, unabhängig von den therapeutischen Bedingungen, innerhalb denen die Allianz stattgefunden hatte, „bessere“ therapeutische Ergebnisse.

Diese Überlegungen münden in Hypothese 1:

„Es wird unabhängig von der therapeutischen Modalität der Patienten erwartet, dass Patienten mit einer besseren Allianz ein besseres Outcome aufweisen“.

Eng verbunden mit der Frage der Allianz innerhalb der therapeutischen Beziehung geht das differentielle Erleben von Affekten während der therapeutischen Sitzungen einher. Wie in verschiedenen Studien gezeigt werden konnte, liegt die Vermutung nahe, dass die Allianz innerhalb der KVT als besser beziehungsweise emotional weniger negativ besetzt erlebt wird, da sie aufgrund ihrer strukturierten Vorgehensweise negative Emotionen des Patienten unterdrückt. Dieses Vorgehen steht im Gegensatz zu beispielsweise psychodynamischen Therapien, in denen Emotionen ausdrücklich thematisiert und durchgearbeitet werden. Weiteres Ziel ist daher eine Studie von Coombs, Coleman und Jones (2002) zu replizieren, die anhand eines Kompositums dreier Q-Sort Items (Q-Item 7 „Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt)“; Q-Item 26 „Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle“ und Q-Item 70 „Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren“) welches sie als "painful affect measure" benannten nachweisen konnten, dass Patienten einer IPT-Bedingung ein signifikant höheres Ausmaß am "painful affect" erlebten als Patienten einer KVT-Bedingung. Dieses höhere Ausmaß am Erleben von emotional aversiven Affekten geht mit dem Rational der jeweiligen Therapien einher, da Coombs, Coleman und Jones ebenso angaben, dass innerhalb der IPT-Bedingung mehr Emotionen aufgewühlt werden würden als in der KVT-Bedingung. Aufgrund des Rationales der beiden in dieser Studie durchgeführten Therapien ist auch davon auszugehen, dass Patienten der EST-Bedingung ein höheres Ausmaß am "painful affect" erleben werden würden, da die therapeutischen Sitzungen und Inhalte weniger strukturiert waren, Patienten „freier“ die zu besprechenden Themen wählen konnten und es dadurch wahrscheinlich ist, dass emotional aversive Themen besprochen werden.

Diese Überlegungen münden in Hypothese 2:

„Es wird erwartet, dass Patienten der EST-Bedingung ein höheres Ausmaß am "painful affect measure" aufweisen als Patienten der KVT-Bedingung“.

6.1.3.2 zweiter Teil

Da alle therapeutischen Sitzungen anhand des PQS untersucht worden waren, lag es nahe, Jones' Überlegungen und Vorgehensweisen zur Überprüfung des Äquivalenzparadoxes anzuwenden.

Ausgehend von der Überlegung, dass alle Kurzzeittherapien ähnliche Ergebnisse erzielen, schlussfolgerten Ablon und Jones (1998) und Ablon, Levy und Katzenstein (2006), dass Therapien mit verschiedenen therapeutischen Rationalen gegenseitig Elemente entliehen oder gleiche Elemente verwendeten, diese jedoch entsprechend der „Sprache“ ihrer Rationale anders benannten.

Als innovative Forschungsstrategie hatten Ablon und Jones (1998, 2002) anhand des PQS Prototypen eines idealen kognitiv-behavioralen, psychodynamischen und interpersonalen Prozesses konstruiert, um die aktiven beziehungsweise wirkenden Bestandteile des psychotherapeutischen Prozesses zu eruieren. Aufgrund der Korrelation der ausgewerteten Therapiestunde mit den Prototypen kann man einerseits bestimmen, wie hoch die Adherence zu einem jeweiligen therapeutischen Rationale ist und zum anderen mit dem Outcome korrelieren, um zu identifizieren, welches die aktiv wirkenden Bestandteile des stattgefundenen therapeutischen Prozesses waren. Diese Prototypen sollen bei den durchgeführten Therapien angewandt werden, wodurch sich zwei explorativ-prüfende Fragestellungen ergeben:

Fragestellung 1:

„Mit welchem therapeutischen Ansatz korrelieren die Therapien dieser Studie, wie hoch sind die Korrelationen und ergeben sich dabei signifikante Unterschiede in Bezug auf die therapeutischen Bedingungen?“

Fragestellung 2:

„Elemente welchen therapeutischen Ansatzes klären Teile des Outcomes auf und ergeben sich hierbei signifikante Unterschiede zwischen den therapeutischen Bedingungen?“

Durch die beiden Fragestellungen ist einerseits eine Überprüfung dessen möglich, ob sich die Therapeuten konform an die von ihnen aufgesetzten Angaben hielten, da zu erwarten ist, dass Therapien der KVT-Bedingung mit dem kognitiv-behavioralen Ansatz korrelieren sollten, während die EST-Bedingung „frei“ von therapeutischen Rationalen sein sollte. Andererseits kann dadurch ermittelt werden, warum die vorgelagerten Ergebnisse so ausgefallen sind.

7 METHODE

7.1 Design der Studie

Die Studie ist eingebettet in das von Meyer und Hautzinger realisierte DFG-Projekt „Kognitive Verhaltenstherapie in der Rückfallprophylaxe manisch-depressiver Störungen“, das in der Abteilung für Klinische und Physiologische Psychologie der Eberhard Karls Universität Tübingen seit Sommer 2000 durchgeführt wurde. Insgesamt waren dabei 76 Patienten in die beiden therapeutischen Bedingungen (KVT: $n = 38$; EST: $n = 38$) aufgenommen und randomisiert worden von denen schließlich 65 (KVT: $n = 33$; EST: $n = 32$) als Completer (mindestens 16 therapeutische Sitzungen) gelten. Die Randomisierung erfolgte dabei unter Berücksichtigung der Variablen Diagnose (Bipolar I oder II), Geschlecht (weiblich oder männlich) und dem Ersterkrankungsalter (vor oder nach dem 20. Lebensjahr).

Patienten des Studienprojekts nahmen zum Messzeitpunkt t_0 (Baseline) vier Wochen vor Therapiebeginn an einer umfangreichen Diagnostik teil. Messzeitpunkt t_1 erfolgte am Ende der Therapiephase und Katamnese-Untersuchungen (t_2 bis t_5) erfolgten in dreimonatigen Intervallen.

Um nicht nur schriftliche Beurteilungen der Sitzungen hinsichtlich therapeutischer Wirkfaktoren beurteilen zu können, hatten Meyer und Hautzinger alle Therapiesitzungen per Video aufzeichnen lassen. Bei der Wahl der auszuwertenden Sitzungen wurde darauf geachtet, dass diese gleich verteilt über die verschiedenen Phasen der Therapie erfolgten, das heißt aus jedem Fünfersegment ein Band. Dies bedeutet, dass jedes Modul der Kognitiven Verhaltenstherapie-Bedingung mit einer Sitzung repräsentiert wird. Da die erste und letzte Sitzung einer Therapie besonderen Bedingungen unterliegt und in ihrer Struktur in der vorliegenden Studie sich ähnelten (z.B. Erstkontakt mit Therapeut, Einführung des Stimmungstagebuchs, Terminplanung beziehungsweise letzte Sitzung Verabschiedung, Einführung in den weiteren Verlauf der Studie mit den dreimonatigen Katamneseuntersuchungen), wurden diese bei der Auswahl ausgeschlossen. Für die Prozessuntersuchungen stehen somit die Sitzungen 2, 8, 14 und 17 zur Verfügung, die den Verlauf der beiden Behandlungsbedingungen gut repräsentieren.

Um die Auswertungen der therapeutischen Sitzungen zu umgrenzen, wurde entschieden aus der Gesamtstichprobe aller vorliegenden Patienten (Bipolar I und II, $N = 65$) eine Stichprobe zu bilden, bei der alle Bipolar-I-Patienten ($N = 52$) einbezogen wurden. Laut Jones (2004) liegen noch nicht genügend Indizien in Bezug auf ein differentielles Reagieren auf psychologische Behandlungen von Bipolar-I-, Bipolar-II beziehungsweise "rapid cycling"-Patienten vor, weswegen aufgrund der Mehrzahl bei Bipolar-I durchgeführten kontrollierten Studien (vgl. Hautzinger und Meyer, 2007; Jones, 2004) entschieden wurde, sich auf diesen Subtypus zu beschränken und nicht andere Selektionskriterien anzulegen. Die Stichprobe der Studie bestand somit aus allen Bipolar-I-Patienten ($N = 52$), für die zu den vier Sitzungen videographierte Bänder vorlagen beziehungsweise wenn nicht vorhanden, diese durch vorhergehende oder nachfolgende Sitzungen substituiert werden konnten. Um einen Auswertungsbias auszuschließen, war der Autor bis zur letzten Auswertung durch den PQS blind gegenüber der Zugehörigkeit der Patienten zu den beiden therapeutischen Bedingungen.

In Anlehnung an Kapitel 3 ist das Design der Studie innerhalb folgender Punkte einzuordnen:

Die Forschungsvorgehensweise ist in Bezug auf die Beschreibung des therapeutischen Prozesses und der Fragestellungen explorativ, in Bezug auf die Hypothesen jedoch theoriegeleitet. Die Überprüfung der Effektivität des therapeutischen Programms von Messzeitpunkt t_0 zu Messzeitpunkt t_1 lässt sich der Typ A-Prozessforschung zuordnen, während die Untersuchung des therapeutischen Prozesses eine Umsetzung des transaktionalen Ansatzes verwirklicht und dadurch zur Typ B-Prozessforschung zuzuordnen ist. Da anhand des PQS immer ganze Sitzungen ausgewertet werden, findet der Untersuchungsfokus der therapeutischen Sitzungen laut Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003) auf Level 3 statt. Da Moderatoren ("input"-Variablen) als Störvariabel ausgeschlossen werden, der therapeutische Prozess ("process") als solcher untersucht wird und dessen Auswirkungen mit dem Outcome ("output"-Variablen) in Verbindung gebracht werden, handelt es sich ebenso nach Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki um eine "input"- "process"- "outcome"-Studie. Anhand einer pragmatischen Codierungsweise, die durch das PQS realisiert wurde, erfolgt eine systematische Erfassung des intersubjektiven Prozesses, der sowohl kontextuell als auch sequentiell ist. Sequentiell, da immer die Effekte der vorhergehenden untersuchten Sitzung miteinbezogen werden und kontextuell, da anhand des PQS durch einzelne Items die vorherrschende Atmosphäre der therapeutischen Sitzungen abgebildet wird. Der

therapeutische Prozess wird somit durch zwei Perspektiven untersucht. Durch das PQS erfolgt eine Untersuchung durch das externe Expertenurteil ohne Bewertungs-Bias von Patient oder Therapeut, während in einem zweiten Schritt das subjektive Erleben der Patienten erfasst und anhand des Patientenstundenbogens mit dem therapeutischen Prozess in Verbindung gebracht wird. Durch diese differentielle Prozessanalyse ist es möglich, Unterschiede zwischen beiden Therapieformen (Spezifität) herauszuarbeiten.

7.2 Inhalte der beiden therapeutischen Bedingungen

7.2.1 Aufbau der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)

Es handelt sich um eine manual gestützte, zwanzig Sitzungen umfassende Kognitive Verhaltenstherapie in Form einer Einzelbehandlung, die inzwischen auch in publizierter Form zugänglich ist (Meyer & Hautzinger, 2004a). Neben der wöchentlichen Besprechung der Stimmungstagebücher geht es inhaltlich um (1) Psychoedukation, (2) die individuelle Identifikation potentieller Anzeichen und Auslöser für erneute depressive und manische Phasen, (3) die Bewältigung und den Umgang mit den individuellen Kognitionen und Verhaltensweisen, die im Rahmen von depressiven und manischen Episoden auftreten, (4) die Bearbeitung alltäglicher Probleme und Konfliktsituationen und (5) nicht zuletzt um die Medikamentencompliance. Da es sich um eine Maßnahme der Rezidivprophylaxe handelt, wurden die 20 Sitzungen nicht massiert in einem kurzen Zeitraum durchgeführt, sondern fanden nach anfänglichen wöchentlichen Kontakten über neun Monate verteilt statt. Die beschriebenen Inhalte des therapeutischen Programms verteilen sich auf vier Module:

Modul 1: „Motivation und Psychoedukation“ (Sitzung 1-4), Modul 2: „Selbstbeobachtung und Warnsignale“ (Sitzung 5-8), Modul 3: „Aktivitätsniveau und Kognitionen in der Depression und Manie“ (Sitzung 9-15), Modul 4: „Problemlösen, interpersonelles Verhalten und Notfallplan“ (Sitzung 16-20).

7.2.2 Aufbau der Emotional Supportiven Therapie (EST)

Die zweite therapeutische Modalität stellt keine zweite eigenständige „Psychotherapie-Bedingung“ dar, da es nicht um den Vergleich der Wirksamkeit unterschiedlicher Psychotherapien geht, sondern das primäre Ziel von Meyer und Hautzinger (2004b, 2005)

war, die zusätzliche Effektivität und Spezifität kognitiv-verhaltenstherapeutischer Strategien im Vergleich zu supportiv-unterstützenden und psychoedukativen Maßnahmen zu prüfen. Diese zweite Behandlungsmodalität wurde der Kognitiven Verhaltenstherapie-Bedingung hinsichtlich Frequenz und Intensität angepasst. Dies bedeutet konkret, dass ebenfalls zwanzig Sitzungen etwa 50-minütiger Dauer stattfanden.

Wie Hautzinger, Lörch, Meyer, Szegedi, Trautmann und Wetzels in ihrem Manual zur supportiven Therapie angeben, handelt es sich um eine unspezifische Behandlungsmaßnahme, die die ambulante ärztliche und medikamentöse Behandlung als klinische Maßnahme unterstützen soll. Durch diese Behandlung wird den Patienten, je weiter die Therapie voranschreitet, die Möglichkeit gegeben, selbst die Themen einzubringen, über die sie gerne sprechen möchten. Abgesehen von den psychoedukativen Anteilen am Anfang und der wöchentlichen Besprechung der Stimmungstagebücher ist es nicht Aufgabe der Therapeuten, den Sitzungen Struktur zu geben. Der Ablauf der Sitzungen innerhalb der psychoedukativen Phase (Sitzungen 1-7) und der supportiven, patientenzentrierten Interaktion (Sitzungen 8-20) gewährleistet jedoch eine gewisse Strukturierung. Das Therapeutenverhalten sollte über die Therapie hinweg sachlich, freundlich, akzeptierend, unterstützend und beratend sein ohne dass jedoch verhaltenstherapeutische, gesprächstherapeutische, psychoanalytische oder tiefenpsychologische Elemente verwendet werden. Auch wenn es möglich ist emotionale Inhalte zu verbalisieren, sollen diese nicht explizit bearbeitet werden. Dem Therapeuten ist es gestattet Ratschläge in Bezug auf körperliche und psychische Gesundheit zu geben, ohne diese jedoch genau zu erarbeiten. Inhalte der psychoedukativen Phase (Sitzungen 1-7) betreffen das Besprechen eines Stimmungstagebuches und Stundenbogens, Informationen über die manisch-depressive Störung, Vulnerabilitäts-Stress-Modell, Medikation, Bearbeitung von Compliance-Problemen im Sinne von Identifikation, Problemanalyse und -lösung.

Wie aufgeführt wurde sollen die Inhalte der supportiven, patientenzentrierten Interaktionsphase (Sitzungen 8-20) primär selbst von den Patienten eingebracht werden. Im Falle, dass die Patienten nicht selbst Themen einbringen, haben die Therapeuten die Anleitung, diese anhand des wöchentlich ausgefüllten Stimmungstagebuches abzuleiten, wobei Bereiche wie Beruf, Partnerschaft und alltägliche Probleme mit Vorrang zu behandeln sind. Unter anderem haben die Patienten dabei auch die Möglichkeit Themen, die sie während der psychoedukativen Phase in Erfahrung gebracht haben, zu vertiefen. Dabei können Fragestellungen in Bezug auf die bipolare Störung tiefer gehend erörtert werden: Was

bedeutet es konkret, an der bipolaren Störung erkrankt zu sein? Worin liegen die Ursachen? Welches sind die Folgen der Medikation? Subjektive und individuelle Folgen der Störungen und wie eine Krankheitsbewältigung durch Zulassen der Gefühle erreicht werden kann. Andere Aspekte können Gewicht, Ernährung und Schlafgewohnheiten sein.

7.3 Beschreibung der verwendeten Messinstrumente

7.3.1 Allgemeine Depressionsskala (ADS –L; Hautzinger & Bailer, 1993) und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS; Meyer & Hautzinger, 2001)

Mit der ADS „Allgemeine Depressionsskala“ (ADS – L; Hautzinger & Bailer, 1993) liegt die deutsche Übersetzung der "Center for Epidemiological Studies Depression Scale" (CES-D) von Radloff (1977) vor. Mit dem Beck-Depressionsinventar (BDI; deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1994) konnte die ADS ihre Validität aufgrund von Korrelationen bis zu $r = .9$ (vgl. Anhang A) untermauern. Eine Differenz liegt jedoch insofern vor, da sie im Hinblick darauf entwickelt wurde, um als ein ökonomisches Instrument zur Erfassung aktuell bestehender depressiver Stimmungszustände bei nicht-klinischen Populationen angewendet werden zu können. Sie besteht aus 20 Items mit einem 4-stufigen Rating („selten“, „manchmal“, „öfters“, „meistens“) inklusive vier Items, die als Lügen - beziehungsweise Kontrollskala dienen, um möglichen Antworttendenzen der Probanden entgegenzuwirken. Ein Skalenwert von ≥ 23 weist auf eine möglich depressive Störung hin. Die interne Konsistenz geben die Autoren mit einem Koeffizienten von $\alpha = .89$ an.

Aufgrund mangelnder Screeninginstrumente zur Erfassung manischer Stimmungszustände erweiterten die Autoren die „Allgemeine Depressionsskala“ um Fragen zur manischen und hypomanen Symptomatik (Meyer & Hautzinger, 2001). Dazu wurden in Anlehnung an Kriterien für manische Episoden des DSM – IV (dt. Saß et al., 1996) neun Items mit einem 4-stufigen Rating formuliert, die die manische Stimmung der zurückliegenden Woche erfassen (siehe Anhang B).

Anhand einer orthogonalen zweifaktoriellen Faktorenstruktur konnten die Autoren aufzeigen, dass die ADMS mit 29 Items zwei Faktoren „Depressivität“ und „hypomane beziehungsweise manische Symptome“ ergibt. Berechnungen zu den psychometrischen Eigenschaften der

„manischen“ Items dieser Skala ergaben ein Cronbach α von .67, was für eine Skala mit dieser Itemzahl als befriedigend angesehen werden kann.

7.3.2 Young Mania Rating Scale (YMRS; Young, Biggs, Ziegler & Meyer, 1978)

Die Young Mania Rating Scale ist eine Fremdbeurteilungsskala mit der, anhand von 11 Items, in Anlehnung zur Hamilton Depressionsskala (HAMD; Hamilton, 1960, 1986) die manische beziehungsweise hypomane Symptomatik der letzten acht Tage abgefragt wird. Als Grundlage für die Bewertung dient dazu ein etwa 30-minütiges Interview, welches bei den Patienten der Studie anhand eines Leitfadens durchgeführt wurde (Meyer & Hautzinger, 1999; Sachs, 1993). Bei Werten von <5 können Patienten als remittiert betrachtet werden, während ein Wert von >17 auf eine starke Beeinträchtigung hinweist. Mit einem Interrater-Reliabilitätskoeffizient von .93 weist die YMRS einen zufriedenstellenden Wert auf.

7.3.3 Global Assessment Scale of Function (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976)

Die Global Assessment Scale of Function (GAF) ist ein international weit verbreitetes psychiatrisches Verfahren hinsichtlich des globalen psychosozialen Funktionsniveaus eines einzuschätzenden Patienten. Sie wurde dem DSM-IV entnommen und bildet dort die Achse V (American Psychiatric Association, 1994) ab. Die Skala besteht aus einem in Zehnerklassen aufgeteilten 100-Punkte Kontinuum, innerhalb derer die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche anhand eines Maßes beurteilt werden, ohne dass jedoch körperliche Funktionseinschränkungen berücksichtigt werden. Bei der Beurteilung ist eine der zehn Klassen zu wählen, welche zusätzlich in Abstufungen von zehn Schritten differenziert werden können. In der Regel spiegelt die Beurteilung des derzeitigen Funktionsniveaus wider, in welchem Ausmaß die betreffende Person einer Behandlung oder Fürsorge bedarf.

7.3.4 Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SOZU; Sommer & Fydrich, 1989)

Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Sommer & Fydrich, 1989) gliedert sich in einen A- und B-Teil. In dem von Meyer und Hautzinger durchgeführten Studienprojekt wurde zur Erfassung der (wahrgenommenen) sozialen Unterstützung der Patienten Teil A erfasst. Teil A setzt sich aus vier Subskalen zusammen, von denen die ersten drei Skalen (Skala 1 „Emotionale Unterstützung“; Skala 2 „Praktische Unterstützung“; Skala 3 „Soziale Integration“), das individuelle Erleben sozial unterstützenden Verhaltens, aber auch dessen erwartete Verfügbarkeit erfassen. Diese drei Skalen können zum Gesamtwert „Wahrgenommene Soziale Unterstützung“ zusammengefasst werden. Anhand von Skala 4 („Soziale Belastung“) wird die erlebte soziale Belastung erhoben. Für den F-SOZU liegen die internen Konsistenzen (Cronbach α) für die Hauptskalen des A-Teils bei $\alpha > .80$ (vgl. Sommer & Fydrich, 1989). Die Durchführung und Auswertung dieses zeitökonomischen Fragebogens wird als objektiv angesehen.

7.3.5 Jones Psychotherapy Q-Sort (PQS; Jones, 2000)

7.3.5.1 Beobachtungseinheit

Auch für Jones stellte sich die Frage, innerhalb welchen zeitlichen Rahmens oder innerhalb welcher Segmente Prozesse untersucht werden sollten. Werden Beobachtungseinheiten einer zu kleinen Größe zu Rate gezogen, erhöht sich das Risiko, dass Prozessvariablen, die zueinander gehören, fragmentiert werden und dadurch an Sinn verlieren. Zu große Beobachtungseinheiten ziehen nach sich, dass Artefakte an Phänomenen erzeugt werden, die tatsächlich nicht in diesem Zusammenhang stattgefunden haben. Im Gegensatz zu anderen Instrumenten der Prozessforschung, die gewöhnlich nur einzelne Segmente der therapeutischen Stunde untersuchen, wird bei dem PQS die ganze therapeutische Sitzung als Untersuchungseinheit gewählt, wodurch ein repräsentativerer Eindruck der Sitzung gewährleistet wird. Jones (2000) betont den Vorteil, der darin liegt, dass nicht nur ausgewählte Textabschnitte beurteilt werden, sondern dass das zugrunde liegende klinische Material umfangreicher ist und dem Beurteiler ermöglicht, seine Hypothesen auf der Grundlage des gesamten Materials zu bilden und alternative Konzeptionen anhand zahlreicher, weiterer Interaktionen in der Stunde zu prüfen. Durch den PQS ist es möglich,

sowohl nur einzelne Stunden als auch „Blöcke“ von Therapiestunden zu untersuchen. Dadurch können auf empirische Art und Weise Behandlungsphasen analysiert und dem Anspruch der Prozessforschung genügt werden.

7.3.5.2 Entwicklung der Items

Jones, Cumming und Horowitz (1988) führen zur Entwicklung der Items des PQS an, dass sie einen großen Fundus an Q-Items elaborierten, indem sie eine minutiöse Untersuchung bestehender Prozessforschungsinstrumente durchführten, von diesen Items auswählten und weitere Items im Anschluss an Gespräche in Zusammenarbeit mit forschungsorientierten Klinikern schrieben. Aus diesem ursprünglich angelegten Fundus wählten sie 100 Items aus, die ihrer Ansicht nach das gesamte Spektrum des therapeutischen Prozesses umfassten, als auch am wenigsten redundant zu sein schienen. Jedes Item wurde genau in Bezug auf Eindeutigkeit, Wichtigkeit und Suffizienz für den psychotherapeutischen Prozess diskutiert. Items wurden dabei sowohl in Abhängigkeit ihres additiven Informationsgewinns als auch in ihrer Relevanz, den therapeutischen Prozess zu beschreiben, beibehalten beziehungsweise ausgeschlossen. Weiter wurden Dispersionmaße für jedes Item berechnet, um zu eruieren, welche Items ein geringes Ausmaß an Varianz über eine große Anzahl an Probanden beziehungsweise Therapiestunden aufwiesen. Items, die sich nicht als nützliche Diskriminatoren erwiesen, wurden entweder entfernt oder wiederholt getestet, um ihr Varianz aufklärendes Potential zu erhöhen. Items mit geringer Interrater-Reliabilität wurden ebenso entfernt. Wie Jones, Cumming und Horowitz (1988) anführen, ist eine Faktorenstruktur für den Q-Sort irrelevant, da das Instrument so konzipiert wurde, dass die Items unabhängig voneinander bleiben. Faktorenanalysen des Q-Sorts, die mit verschiedenen Rotationsverfahren durchgeführt wurden, ergaben immer zwischen 20 und 30 Faktoren mit Abwesenheit einer Faktorenstruktur, welche vom Standpunkt der Q-Methodik wünschenswert ist. Dies bedeutet, dass sich je nach Art der Klienten, Therapieart oder Therapiephase andere Verbindungen von Q-Items ergeben, die sich durch unterschiedliche Faktorenstrukturen ausdrücken.

7.3.5.3 Beschreibung der Items

Der Q-Sort beinhaltet drei Typen von Items:

1. Items, die die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten beschreiben.
2. Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln und
3. Items, welche die Art der Interaktion der Dyade beziehungsweise die Atmosphäre der Beziehung beschreiben.

Alle 100 Items sind anhand einer neunstufigen Skalierung (von „extrem charakteristisch“ über „neutral“ zu „extrem uncharakteristisch“) bipolar aufgebaut und beinhalten in ihrer Beschreibung die beiden entgegengesetzten Endpunkte des Kontinuums, anhand von denen jedes Item ausgewertet werden soll (vgl. im Anhang A2 Anzahl der Items pro Kategorie). Das Manual (vgl. Jones, 2000) beinhaltet Anweisungen für die Q-Sortierung mit Beispielen für jedes Item, um die Variation bei dem Inhalt der Interpretation der Items zu minimieren. Aufgabe des Auswerters ist es, die Frequenz, Intensität und geschätzte Wichtigkeit ein jedes der 100 Items zu bewerten. Dabei ist von der Frage auszugehen, ob die Haltung, das Verhalten, oder das Ereignis, das anhand des Items beschrieben wird, anwesend oder nicht vorhanden war. Die Charakteristika der Items sind an sprachliche beziehungsweise interaktionale Hinweise gebunden, die in Transkripten beziehungsweise Video- oder Audioaufnahmen detektiert werden können. Auswerter sollen auf diese spezifischen Evidenzen achten und dabei die Position eines unbeteiligten Dritten einnehmen, der die Interaktion zwischen Patient und Therapeut von außen betrachtet, ohne sich von seinem Urteil, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist, leiten zu lassen.

Q-Item 1 lautet zum Beispiel: „Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen)“.

Eine Positionierung in Richtung des charakteristischen Pols bedeutet hier, dass der Patient Gefühle von Kritik, Abneigung, Neid, Verachtung, Wut oder Feindschaft gegenüber dem Therapeuten äußert. Als Indiz für eine dieser Verhaltensweisen wird im Manual genannt, dass der Patient dem Therapeuten zum Beispiel vorwirft, die Therapie nicht genügend zu strukturieren.

Eine Positionierung in Richtung des uncharakteristischen Pols bedeutet hier, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle über den Therapeuten äußert, ihm beispielsweise Komplimente macht.

Die Platzierung eines Items in der „uncharakteristischen“ Richtung bedeutet nicht, dass Inhalte des Items, wie zum Beispiel einzelne Verhaltensweisen oder Erfahrungen, irrelevant wären. Im Gegenteil bedeutet eine uncharakteristische Platzierung des Q-Items 77: „Der Therapeut ist taktlos“, dass die Kommentare des Therapeuten von Freundlichkeit, Rücksicht und Sorgfalt geprägt waren (vgl. Jones, 2000). Das Q-Item 25: „Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen“ bedeutet demzufolge in einer uncharakteristischen Positionierung, dass der Patient die Stunde direkt, ohne längere Pause oder Fragen des Therapeuten beginnt.

7.3.5.4 Inferenzniveau

In Zusammenhang mit der Wahl der Beobachtungseinheit, der zeitlichen Abfolge und Inhalt der Items geht die Wahl des Inferenzniveaus der Prozessforschung einher. Mit einem sich vergrößernden Auflösungsgrad von der Mikro- zur Makroebene folgt die Notwendigkeit eine eher pragmatische statt klassische Auswertungsvorgehensweise heranzuziehen. Die pragmatische Auswertungsvorgehensweise ist insofern problembehaftet, wenn die Kriterien informel, implizit beziehungsweise intuitiv sind (vgl. Jones, Hall & Parke, 1991). Der Vorteil des Q-Sorts liegt darin, dass genaue Regeln vorliegen, die den Umgang des Inferenzniveaus vorschreiben. Die Beschreibung der einzelnen Items im Manual orientiert sich an Hinweisen, die sprachlich beziehungsweise im Verhalten verankert sind, was dadurch einer klassischen Auswertungsvorgehensweise nahe kommt.

7.3.5.5 Normalverteilung der Items

Die Items werden auf neun Haufen eines Kontinuums vom Bereich „am uncharakteristischsten“ oder negativer Saliens (Kategorie 1) zu den charakteristischsten oder salientesten (Kategorie 9) aufgeteilt (vgl. Anhang A2). Der mittlere Bereich (Kategorie 5) wird für Items verwendet, die entweder als neutral oder irrelevant für die auszuwertende Beziehung erachtet werden. Diese Verteilung der Items approximiert eine Normalverteilung. Vorteil einer festgelegten Verteilung („fixed distribution“) besteht laut Jones (2005) darin,

dass jedes Item bis zu seiner endgültig festgelegten Position mehrere Bewertungsdurchläufe erfährt. Bei der Durchführung dieser multiplen Bewertungsdurchläufe werden Raterbiase wie positiver oder negativer Halo-Effekt verringert (vgl. hierzu auch Bolland, 1985; Brown, 1993; Cottle & McKeown, 1980; Göttert & Asendorpf, 1989). Dies bedeutet, dass durch den Auswerter nicht nur alle positiven beziehungsweise negativen Items zu Subkategorien zusammengefasst werden können, ohne dass eine Differenzierung der Salienz der Items erfolgt. Dadurch, dass sich nur wenige Items an den Randpositionen der Verteilung befinden, werden die wichtigsten Charakteristika der Beschreibung hervorgehoben: Die Items an den Endpositionen werden am stärksten betont. Da alle Therapiesitzungen, die ausgewertet werden, dieselbe Verteilung aufweisen, wird die Möglichkeit, statistische Analysen durchzuführen, um ein vielfaches Maß vereinfacht. Wie Jones (2000) in der deutschsprachigen Ausgabe des Manuals angibt, ist die Zuordnung einer festgelegten Anzahl von Karten zu jeder Kategorie jenen Methoden empirisch überlegen, in denen ein Kliniker eine beliebige Anzahl von Karten den jeweiligen Kategorien zuweisen kann.

7.3.5.6 Die Übertragung des PQS in die deutsche Sprache

Albani, Blaser und Jacobs (2000) erstellten unabhängig voneinander eine eigene Version, die sie dann zusammen, als auch mit Enrico Jones besprachen, erprobten und schließlich in einem gemeinsamen Konsens zu einer Endversion führten. Die drei Übersetzer wiesen entweder einen psychodynamischen oder kognitiv-behavioralen therapeutischen Hintergrund auf und stammten sowohl aus dem deutschen als auch aus dem englischen Sprachraum.

7.3.5.7 Entwicklung eines kognitiv-behavioralen, psychodynamischen und interpersonellen Prototypen

Zur Entwicklung der Prototypen (vgl. Ablon & Jones, 1998; 2002) wurden jeweils renommierte Vertreter des jeweiligen therapeutischen Ansatzes (kognitiv-behavioraler Ansatz: n = 10; psychodynamischer Ansatz: n = 11; interpersoneller Ansatz: n = 11) befragt, wie charakteristisch jedes Item für einen idealen therapeutischen Verlauf ihres Ansatzes wäre. Anschließend wurden die Ratings der Experten Hauptkomponenten-Faktorenanalysen unterzogen. Im Anschluss daran berechneten die Autoren lineare Regressionsanalysen, um festzustellen, zu welchem Ausmaß jedes Q-Item zum jeweiligen Prototypen beitrug. Dabei stellen die "factor scores" die gewichtete Summe eines jeden Q-Items dar. Items mit den

höchsten Ladungen definieren am meisten den jeweiligen Faktor, während analog dazu Items mit den geringsten Ladungen am wenigsten den jeweiligen Prototypen definieren. Dies bedeutet, dass jedes Item bei jedem der drei Prototypen in unterschiedlichem Ausmaß anhand seines "factor scores" zum jeweiligen Prototypen beiträgt. Bei den Beschreibungen der therapeutischen Verläufe der durchgeführten Therapien orientieren sich Ablon und Jones dabei immer an den zwanzig charakteristischsten Items des jeweiligen Ansatzes, wobei bei den einzelnen Berechnungen zur Überprüfung der Adherence zu einem jeweiligen therapeutischen Ansatz (auch in dieser Studie) jeweils alle 100 Items mit ihren entsprechenden "factor scores" eingingen. Bei der Auflistung der zwanzig charakteristischsten Items eines jeweiligen Ansatzes ist zu berücksichtigen, dass sich sechs Items gemeinsam im KVT- und IPT- Ansatz und zwei Items gemeinsam im IPT- und PA-Ansatz unter den salientesten befanden, während der KVT- und PA-Ansatz keine gemeinsamen Items aufwies. Die jeweils 20 charakteristischen Items der drei Prototypen und deren gemeinsame Items werden in Anhang A (A13-17) dargestellt.

7.3.5.8 Begründung für die Wahl des PQS

Wie aus der Beschreibung des Instruments ersichtlich wird, ist es mit dem PQS anhand einer klassischen Auswertungsweise möglich, die Fülle klinisch beobachtbarer Phänomene auf multidimensionale, objektivierbare, quantitative Dimensionen zu reduzieren. Der therapeutische Prozess wird durch einen externen Beobachter ohne Bewertungsbias von Patient oder Therapeut untersucht. Dadurch, dass sowohl die Einzigartigkeit eines individuellen Falles als auch Gruppenstudien möglich sind, kann sowohl ein ideographischer als auch ein nomothetischer Forschungsansatz verwirklicht werden. Die Verwendung ganzer therapeutischer Sitzungen bildet den therapeutischen Prozess repräsentativ ab, bei dem auf intersubjektiver Ebene ansetzend sowohl Therapeuten- als auch Patientenvariablen und deren Interaktion untersucht werden. Im Gegensatz zu herkömmlichen Instrumenten zur Untersuchung des therapeutischen Prozesses, ist mit dem PQS die Möglichkeit gegeben, einen innovativen transaktionalen Ansatz zu verwirklichen, bei dem alle möglichen statistischen Verfahren zum Einsatz kommen können. Seine vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten bei Studien, die in hoch angesehenen Journals über einen sehr langen Zeitraum (1978-2006) hinweg publiziert wurden, sind ein weiteres Indiz für die Qualität dieses Instruments.

7.3.6 Berner Patientenstundenbogen (Grawe, 1989b)

Der Berner Patientenstundenbogen wurde im Rahmen der Studie zum Erfassen des subjektiven Erlebens der therapeutischen Sitzung verwendet. Für die Konzipierung der Items gibt Grawe an, dass die Inhalte von anderen Stundenbögen übernommen beziehungsweise neu im Hinblick auf Merkmale des Therapiegeschehens formuliert wurden, von denen er annahm, dass diese für die drei therapeutischen Bedingungen seiner Studie (Grawe, 1989b) von Bedeutung für das Prozessgeschehen und den Therapieerfolg relevant sein könnten. Durch Verwendung des Stundenbogens, der sowohl in einer Patienten- als auch Therapeutenversion vorliegt, können die Sitzungen mittelbar beurteilt werden. Die einzelnen Rohdaten müssen nicht standardisiert werden und durch die 29 Items werden folgende vier Merkmale, deren Zusammensetzung anhand von Faktorenanalysen eruiert worden war, erfasst:

1. Zufriedenheit mit der Therapie
2. Fortschritte innerhalb der Therapie
3. Fortschritte außerhalb der Therapie und
4. Qualität der Therapiebeziehung

Der Patientenstundenbogen ermöglicht dem Therapeuten ein unmittelbares Feedback über den Verlauf der Therapie. Grawe und Braun (1994) gehen davon aus, dass es anhand der Sitzungsbeurteilungen durch den Patienten relativ früh einfach ist zu beurteilen, ob die Therapie in einem fruchtbaren Ergebnis münden würde. Laireiter (1994) bezeichnet den Stundenbogen als eines der bekanntesten „Prozess-Ratingverfahren“.

7.4 Begründung für die Auswahl der eingesetzten Messinstrumente

Unter den zahlreichen Instrumenten, die von Meyer und Hautzinger für die Durchführung des DFG-Projektes verwendet wurden und dabei psychopathologische Untersuchungsverfahren zum Einsatz brachten, psychosoziale Variablen berücksichtigten und ebenso Selbstbeurteilungsinstrumente zu Persönlichkeitsmerkmalen und zur Stimmung einbezogen, galt es einerseits eine Redundanz der erfassten Daten zu vermeiden andererseits alle erfassten Aspekte hinreichend zu berücksichtigten. Dies geht mit den Forderungen von Blatt und Zuroff (2005) und Grawe (1989b) einher, die angeben, dass eine Beschreibung therapeutischer

Veränderungen beziehungsweise eine Auswertung ihrer Effektivität multidimensional erfolgen und sich nicht nur auf die Reduktion von Symptomen beschränken sollte.

Da im Laufe der Therapie anhand der Stimmungstagebücher die depressive Symptomatik mit der ADS erfasst worden war, wurde auch zur Veränderung der depressiven Symptomatik vom Messzeitpunkt t0 nach t1 die ADS verwendet, wenngleich auch das BDI vorlag. Wie aus der Literatur (Hautzinger & Meyer, 2001) bekannt ist, weist die ADS mit dem BDI hohe Interkorrelationen auf, was auch bei der Stichprobe dieser Studie zu den Messzeitpunkten t0 und t1 bestätigt werden konnte (vgl. Anhang A3, A4).

Dadurch dass die manische Symptomatik im Laufe der Therapie anhand der ADMS erfasst worden war, lag es nahe, zur Veränderung der manischen Symptomatik vom Messzeitpunkt t0 nach t1 die ADMS ebenso zu verwenden. Als zusätzliches Instrument zur Erfassung der Veränderung der manischen Symptomatik vom Messzeitpunkt t0 nach t1 zwischen BRMAS (Bech, Rafaelsen, Kramp & Bolwig, 1978), und YMRS (Young, Biggs, Ziegler & Meyer, 1978) wurde die YMRS gewählt. Die BRMAS und YMRS weisen hohe Interkorrelationen auf (vgl. Hautzinger und Meyer (2001), was sich ebenso anhand der Daten der Patienten der Studie nachweisen ließ (vgl. Anhang A5, A6). Vorteil der YMRS ist jedoch, dass ein breiteres Spektrum an Symptomen abgefragt wird (z.B. Wahnvorstellungen und Halluzinationen) und sich die Gewichtung der Items differenzierter gestaltet. Ausgehend von Hautzinger und Meyer (2007), bei denen hervorgeht, dass aus dem Fundus vorliegender Instrumente mehr kontrollierte Studien mit der YMRS als mit der BRMAS durchgeführt wurden, wurde dieses Instrument zur Fremdbeurteilung manischer Symptome gewählt. Durch den Einsatz der YMRS wird die Vergleichbarkeit mit der internationalen Forschung erhöht. Da die ADMS bereits als Repräsentant für Selbstbeurteilungsinstrumente zum Einsatz kam, erübrigte sich ein Einsatz des Self Rating Mania Inventory (SMRI; Shugar, Scherzer, Toner & di Gasbarro, 1992).

Um Aussagen über das psychosoziale Funktionsniveau der Patienten treffen zu können, wurde die Global Assessment Scale of Function (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) zu den Messzeitpunkten t0 und t1 verwendet. Im Hinblick auf eine Erfassung der sozialen Integration der Patienten kam der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (Sommer & Fydrich, 1989) F-SOZU zum Einsatz.

Eine Operationalisierung zur Erfassung des subjektiven Erlebens während der Stunde wurde anhand des Patientenstundenbogens (vgl. 7.3.6) vollzogen. Um ohne Redundanz Hypothese 1 operationalisieren zu können, wurden von den beiden sozioaffektiven Faktoren „Zufriedenheit mit der Therapie“ (Faktor 1) und „Qualität der Therapiebeziehung“ (Faktor 4) nur Faktor 4 verwendet. Einerseits weisen beide Faktoren zu Sitzung 02, 08, 14 und 17 sehr hohe Interkorrelationen auf (vgl. Anhang A7-A10), so dass laut McGraw und Wong (1996) davon auszugehen ist, dass sie entweder dasselbe beziehungsweise ein sehr ähnliches Konstrukt messen. Andererseits bildet Faktor 4 durch seine erfassten Items (vgl. Anhang B4) Fragen zur therapeutischen Allianz adäquater ab.

7.5 Allgemeine Angaben zur Datenvorbereitung und zur statistischen Auswertung

7.5.1 Umgang mit fehlenden Daten

Wenn die mit dem PQS auszuwertenden Sitzungen 02, 08, 14 oder 17 für den jeweiligen Patienten nicht verfügbar waren, wurde die vorhergehende beziehungsweise darauf folgende Sitzung ausgewertet. Bei zwei Patienten mussten zwei darauf folgende Sitzungen (Sitzungen 03 und 04) anstatt Sitzung 02 verwendet werden. Bei drei Patienten mussten drei vorhergehende Sitzungen (Sitzung 06 und zweimal Sitzung 07) und drei darauf folgende Sitzungen (Sitzungen 09 und zweimal Sitzung 10) anstatt Sitzung 08 verwendet werden. Bei zwei Patienten mussten zwei vorhergehende Sitzungen (Sitzung 11 und 13) und eine darauf folgende Sitzung (Sitzungen 15) anstatt Sitzung 14 verwendet werden. Bei sieben Patienten mussten sieben vorhergehende Sitzungen (Sitzung 16) und bei 19 Patienten darauf folgende Sitzungen (sechsmal Sitzung 18; zwölfmal Sitzung 19 und eine Sitzung 20) anstatt Sitzung 17 verwendet werden. Insgesamt waren 37 Sitzungen in der normalen Reihenfolge (Sitzung 02-08-14-17) nicht verfügbar, die durch vorhergehende beziehungsweise nachfolgende Sitzungen substituiert wurden.

Mit Missings bei den wöchentlich auszufüllenden Patientenstundenbögen beziehungsweise bei der erhobenen ADS wurden auf Anraten von HD Dr. Meyer im Sinne einer Intent-to-treat-Analyse wie folgt verfahren. Die fehlenden Werte einer Woche wurden durch entsprechende

Werte der Vorwoche ersetzt und neu berechnet. Fehlte die ADS einer Woche komplett, wurde diese durch die ADS der Vorwoche ersetzt.

Für den Patientenstundenbogen mussten zu Sitzung 02 drei Items, die fehlten, durch drei Items der Vorwoche ersetzt werden. Für Sitzung 14 mussten bei zwei Patienten jeweils ein Item durch das korrespondierende Item der Vorwoche ersetzt werden, während bei Sitzung 17 nur für einen Patienten ein fehlendes Item durch das korrespondierende Item der Vorwoche ersetzt wurde.

Bei den Werten zur ADS fehlte bei einer Patientin die komplette ADS zur Sitzung 02 als auch in der Vorwoche. Bei einer anderen Patientin, bei der ebenso die ADS komplett zur Sitzung 02 fehlte, konnte diese durch die Werte der Vorwoche ersetzt werden. Bei zwei Patienten, bei denen zu Sitzung 02 ein beziehungsweise zwei Items fehlten, wurden diese durch die jeweiligen Items der Vorwoche ersetzt. Zu Sitzung 08 fehlte bei einem Patienten die komplette ADS, die durch die Werte der Vorwoche ersetzt werden konnte, während bei zwei weiteren Patienten auch die Werte der Vorwoche nicht vorhanden waren. Bei drei Patienten fehlte je ein Item, während bei einem Patienten zwei Items fehlten, die jeweils durch die Items der Vorwoche ersetzt wurden. Zu Sitzung 14 wurde die komplett fehlende ADS bei zwei Patienten durch die Vorwoche ersetzt, bei drei weiteren Patienten fehlte sie auch in der Vorwoche. Ein fehlendes Item bei einem Patienten wurde durch das entsprechende Item der Vorwoche ersetzt. Zu Sitzung 17 konnte bei einem Patienten die komplett fehlende ADS durch die ADS der Vorwoche ersetzt werden, während sie bei fünf anderen Patienten auch in der Vorwoche nicht vorhanden war. Bei vier weiteren Patienten, bei denen jeweils ein Item fehlte, konnte dieses durch das entsprechende Item der Vorwoche substituiert werden. Bei den zu den Messzeitpunkten t0 und t1 erhobenen Daten anhand der ADS, ADMS, YMRS, GAF und des F-SOZU gingen immer nur komplett vorhandene Datensätze in die Berechnungen ein, wodurch sich variierende Freiheitsgrade ergaben.

7.5.2 Statistische Vorgehensweise

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for Social Sciences) für Windows, Version 12.0, durchgeführt. Alle zum Einsatz gebrachten Daten, die durch die Outcome-Maße jeweils zum Messzeitpunkt t0 und t1 verwendet wurden, wurden anhand des Kolomogorov-Smirnov-Tests auf Normalverteilung

geprüft. Die Normalverteilung der Daten war zu beiden Messzeitpunkten für die ADS, die GAF und die Gesamtskala des Fragebogens zur sozialen Unterstützung gegeben. Die ADMS und die YMRS waren weder zum Messzeitpunkt t0 noch zu t1 normalverteilt. Die Erwägung, bei diesen beiden Instrumenten non-parametrische statt parametrische Verfahren zu verwenden, wurde jedoch aufgrund zweierlei Überlegungen zurückgewiesen. Brosius (2002) weist darauf hin, dass der Kolomogorov-Smirnov-Test auf eine perfekte Normalverteilung hin getestet und dadurch häufig selbst dann zu einer Ablehnung der Normalverteilungsannahme führt, wenn die Werte annähernd normalverteilt sind. Laut Bortz, Lienert und Boehnke (2000) können bei größeren Stichproben ($N < 30$) geringfügige Abweichungen der Normalverteilung vernachlässigt werden, da sie lediglich zu einer unerheblichen Verzerrung der Ergebnisse parametrischer Tests führen. Zudem erweisen sich laut Rudolf und Müller (2004) die bei der bestehenden Stichprobengröße zum Einsatz gebrachten Verfahren als robust gegenüber der Verletzung der Normalverteilung.

Zuerst wird eine demographische Beschreibung der Stichprobe vorgenommen, in der die Teilstichproben auf statistisch signifikante Unterschiede hin untersucht werden. Zur Überprüfung einer Veränderungshypothese, um explorativ zu erkundigen, ob es eine statistisch signifikante Veränderung der beiden Therapiegruppen vom Messzeitpunkt t0 (vor der Therapie) und t1 (nach der Therapie) gab, wurden die fünf relevanten Outcome-Messinstrumente einer Varianzanalyse mit Messwiederholung unterzogen, um zu überprüfen, ob ein Zeiteffekt, Gruppenunterschied beziehungsweise Interaktionseffekt vorlag. Anschließend wird eine deskriptive Beschreibung der einzelnen durch den PQS ausgewerteten Sitzungen vollbracht, welche durch eine statistische Absicherung anhand von T-Tests abgeschlossen wird. Bei allen Mittelwertsvergleichen wurde ein zweiseitiges 95 %-Konfidenzintervall gewählt.

Um den Verlauf anhand des Q-Sorts untersuchen zu können, wurde zuerst eine Faktorenanalyse gerechnet, anhand derer einzelne Skalen gebildet wurden. Der Verlauf dieser Skalen wurde über die vier erfassten Sitzungen hinweg anhand einer Allgemeinen Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. Ebenso wurde die depressive bzw. manische Symptomatik, drei Faktoren des Stundenbogens und das "painful affect measure" (vgl. 6.1.3.1) anhand einer Varianzanalyse mit Messwiederholung untersucht. Gruppenunterschiede bei einzelnen Messinstrumenten kamen noch in Form von Post-Hoc-Tests für die Teilstichproben anhand von multiplen T-Tests mit Bonferroni-Korrektur zum

Einsatz, ebenso wurden die Intervalle innerhalb der einzelnen Messzeitpunkte auf statistisch signifikante Unterschiede hin überprüft. Effektstärken werden sowohl anhand von Cohens d , als auch als η^2 angegeben. Bei fehlender Sphärizität für messwiederholte Faktoren wurde eine Korrektur der Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser vorgenommen. Bei der Prüfung zweier Zusammenhangshypothesen kommen partielle Korrelationen unter Berücksichtigung des Messzeitpunktes t_0 zum Einsatz.

7.5.3 Effektstärkenberechnung

Da im Design der Studie die Prozesse zweier Treatmentbedingungen miteinander verglichen werden, werden sowohl alle Eta-Quadrate, die sich auf die Gesamtgruppe als auch die Effektstärken nach Cohens d , die sich auf die einzelnen Gruppen beziehen, berichtet. Zur Einschätzung der Größe eines Effekts für die Gesamtgruppe ist es geläufig, den Anteil erklärter Varianz anhand von η^2 (Eta-Quadrat) zu bestimmen. Pospeschill (2006) gibt hierzu an, dass sich Eta-Quadrat aus dem Verhältnis der Treatmentquadratsumme und der totalen Quadratsumme ermittelt und dadurch als deskriptives Maß die Gesamtunterschiedlichkeit der Messwerte angibt, die als Varianzaufklärung bezeichnet werden.

Die sich dabei ableitbaren Effektstärken ε sind folgendermaßen zu interpretieren:

$0 < \varepsilon < 0.20$ = schwacher Effekt ($\eta^2 \approx 1\%$)

$0.20 < \varepsilon < 0.40$ = mittlerer Effekt ($\eta^2 \approx 6\%$)

$\varepsilon > 0.40$ = starker Effekt ($\eta^2 \approx 14\%$)

Da sich jedoch für keines der fünf Outcome-Messinstrumente ein signifikanter Treatmentfaktor ergab (vgl. 8.2), wurden zusätzlich nach Cohen die Effektstärken berechnet. Die Überlegung, die Effektstärke Cohens d einzubeziehen, geht von der Annahme aus, dass die Angabe einer statistischen Signifikanz nicht notwendigerweise eine Angabe darüber liefert, wie groß dieser Effekt ist (vgl. Pospeschill, 2006). Die Effektstärken nach Cohens d werden zusätzlich referiert, um zu sehen, innerhalb welcher Treatmentgruppen größere

Veränderungen vorlagen. Dabei wurde die Effektstärke nach zwei verschiedenen Formeln berechnet:

Bei negativ gepolten Mess-Instrumenten wie der ADS, ADMS und der YMRS, bei denen ein niedrigerer Wert eine Verbesserung bedeutet, wurde in Anlehnung an Maier-Riehle und Zwingmann (2000) und Pospeschill (2006) folgende Formel für das Effektstärkemaß (Cohens d) verwendet:

$$\text{Formel 1: } \varepsilon = \frac{\mu_1 - \mu_2}{\sigma_1}$$

Dabei entspricht μ_1 dem Mittelwert, der anhand des jeweiligen psychometrischen Tests (also ADS, ADMS, YMRS) zum Zeitpunkt t_0 erfasst wurde und μ_2 dem Mittelwert, der zum Zeitpunkt t_1 erfasst wurde. Die Standardabweichung bezieht sich dabei auf die Standardabweichung des jeweiligen Instruments zum Messzeitpunkt t_0 für die jeweilige Treatmentbedingung, für die jeweils die Effektstärke berechnet wird. Positive Effektstärken stellen dabei eine Verbesserung und negative Effektstärken eine Verschlechterung dar. Bei positiv gepolten Instrumenten, wie der Global Assessment Scale und der Gesamtskala zur Wahrgenommenen Sozialen Unterstützung, bei denen höhere Skalenwerte auf eine Verbesserung beziehungsweise bessere Anpassung hindeuten, muss die Formel laut Maier-Riehle und Zwingmann (2000) invertiert werden. Die Inversion ist folgendermaßen vorzunehmen:

$$\text{Formel 2: } \varepsilon = \frac{\mu_2 - \mu_1}{\sigma_1}$$

Weiterhin entspricht μ_1 dem Mittelwert, der anhand des psychometrischen Tests zum Zeitpunkt t_0 erfasst wurde und μ_2 dem Mittelwert, der zum Zeitpunkt t_1 erfasst wurde.

Die sich dabei ergebenden Effektstärken sind laut Cohen (1988) und Pospeschill (2006) analog zu η^2 folgendermaßen zu interpretieren:

| | |
|----------------------------------|--|
| $0 < \text{Cohens } d < 0.20$ | = schwacher Effekt (Mittelwertsdifferenz ist kleiner als 0.2 Standardabweichungen). |
| $0.20 < \text{Cohens } d < 0.80$ | = mittlerer Effekt (Mittelwertsdifferenz ist kleiner als 0.5 Standardabweichungen). |
| $\text{Cohens } d > 0.80$ | = starker Effekt (Mittelwertsdifferenz ist größer als 0.8 Standardabweichungen) |

8 ERGEBNISSE

8.1 Deskriptiver Teil in Bezug auf die Stichproben

Die Gesamtgröße der untersuchten Stichprobe beträgt (N = 52) Teilnehmer, von denen sich je 26 in der KVT- beziehungsweise EST-Bedingung befanden. Beide Teilstichproben wurden hinsichtlich ihrer demographischen und psychometrischen Daten mittels einer einfaktoriellen Varianzanalyse und anhand Chi-Quadrat-Tests auf statistisch signifikante Gruppenunterschiede hin untersucht.

Geschlecht:

In der KVT-Bedingung wurden 14 (53.8 %) Männer und 12 (46.8 %) Frauen behandelt, während sich in der EST-Bedingung je 13 (50 %) Männer und Frauen befanden [$\chi^2_{df=1}=.77$, n.s.].

Alter der Teilnehmer:

Die Teilnehmer der KVT-Bedingung waren zwischen 24 und 40 Jahre alt. Das Durchschnittsalter lag bei 44.69 Jahren ($SD = 10.98$). Die Patienten der EST-Bedingung waren zwischen 19 und 65 Jahre alt. Ihr Durchschnittsalter lag bei 42.46 ($SD = 13.72$) Jahren. Dabei zeigte sich kein Gruppenunterschied [$F(1; 50) = .42$, n.s.].

Familienstand:

Tabelle 5 gibt den Familienstand der Patienten an.

Tabelle 5: Familienstand der Patienten

| Familienstand | KVT | EST |
|---------------|-------------|-------------|
| Ledig | 11 (42.3 %) | 12 (46.2 %) |
| Verheiratet | 10 (38.5 %) | 9 (34.6 %) |
| Geschieden | 5 (19.2 %) | 5 (19.2 %) |
| Gesamt | 26 (100 %) | 26 (100 %) |

Die meisten der Patienten in beiden Bedingungen waren ledig (KVT: 42.3 %; EST: 46.2 %). Als zweithäufigster Familienstand waren Patienten verheiratet (KVT: 38.5 %; EST: 34.6 %). In beiden Gruppen befanden sich je fünf (19.2 %) Patienten, die geschieden waren. Es

bestanden keine Unterschiede zwischen den Teilstichproben bezüglich des Familienstandes [$\chi^2_{df=2}=.96$, n.s.].

Anzahl der Therapiesitzungen:

In der KVT-Bedingung hatten die Patienten im Durchschnitt an 19.42 Sitzungen (SD = 1.14; Range = 16-21) teilgenommen. Patienten der EST-Bedingung hatten im Durchschnitt 19.35 Sitzungen (SD = 1.09; Range = 16-20) erhalten. Beide Gruppen unterschieden sich nicht in Bezug auf die Anzahl wahrgenommener Sitzungen [$F(1; 50) = .06$, n.s.]

Persönlichkeitsstörungen:

Tabelle 6: Persönlichkeitsstörungen der Patienten

| Persönlichkeitsstörungen | KVT | EST |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| keine Persönlichkeitsstörung | 23 (88.5 %) | 21 (80.8 %) |
| zwanghafte Persönlichkeitsstörung | 2 (7.7 %) | 1 (3.8 %) |
| depressive Persönlichkeitsstörung | 1 (3.8 %) | - |
| schizoide Persönlichkeitsstörung | - | 2 (7.7 %) |
| Persönlichkeitsstörung NNB | - | 2 (7.7 %) |
| Gesamt | 26 (100 %) | 26 (100 %) |

Wie aus Tabelle 6 hervorgeht, wiesen die beiden Teilstichproben eine unterschiedliche Verteilung an Persönlichkeitsstörungen auf, welche jedoch nicht signifikant zwischen den Gruppen unterschied [$\chi^2_{df=1}=.59$, n.s.].

T-Wert:

Anhand des Leistungsprüfsystem (MW = 50; SD = 10) wurde für die Patienten der Studie der korrespondierende T-Wert ermittelt. Die Patienten der KVT-Bedingung wiesen einen durchschnittlichen T-Wert von 55.29 (SD = 7.05; Range = 39-65) auf, während die Patienten der EST-Bedingung einen höheren durchschnittlichen Wert von 59.44 (SD= 6.58; Range = 44-70) erlangten, der signifikant zwischen beiden Gruppen unterschied [$F(1; 49) = 4.716$, $p = .035$]. Das sich dabei ergebende Cohens $d = 0.59$ deutet laut Pospeschill (2006) auf eine mittlere Effektstärke hin.

8.2 Deskriptiver Teil in Bezug auf die erfassten Symptome

Zur Überprüfung einer Veränderungshypothese, um explorativ zu erkundigen, ob eine statistisch signifikante Veränderung der beiden Therapiegruppen vom Messzeitpunkt t0 (vor der Therapie) nach t1 (nach der Therapie) vorlag, wurden die fünf relevanten Outcome-Messinstrumente einer Varianzanalyse mit Messwiederholung unterzogen, um vorliegende Zeiteffekte, Gruppenunterschiede beziehungsweise Interaktionseffekte zu eruieren. Da die Varianzanalyse mit Messwiederholung nur Effekte über beide Gruppen hinweg darstellt, die so genannte "overall significance", wurden zusätzlich für die jeweiligen Treatmentgruppen Unterschiede vom Messzeitpunkt t0 nach t1 mit A-posteriori-Vergleichen anhand von zweiseitigen T-Tests überprüft. In Tabelle 7 werden die fünf Outcome-Maße zum Messzeitpunkt t0 und t1 dargestellt.

Tabelle 7: Darstellung der fünf Outcome-Maße zum Messzeitpunkt t0 und t1

| | t0 M (SD) | T1 M (SD) | F | Df | p | Eta-Quadrat | Cohens D |
|---|------------------|------------------|-----------------|---------|--------------|-------------|----------|
| Depressive Symptome: | | | | | | | |
| ADS | | | $F_{TB}=.772$ | (1; 47) | n.s. | .013 | |
| KVT-Bedingung | 17.93 (10.57) | 13.04 (9.70) | $F_{ZE}=12.116$ | (1; 47) | <.001* ** | .205 | .46 |
| EST-Bedingung | 17.44 (12.05) | 9.68 (6.77) | $F_{IN}=.626$ | (1; 47) | n.s. | .016 | .64 |
| Manische Symptome: | | | | | | | |
| ADMS | | | $F_{TB}=.680$ | (1; 47) | n.s. | .014 | |
| KVT-Bedingung | 2.79 (3.87) | 3.04 (4.99) | $F_{ZE}=1.61$ | (1; 47) | n.s. | .033 | -.06 |
| EST-Bedingung | 3.16 (3.92) | 1.20 (2.55) | $F_{IN}=2.69$ | (1; 47) | n.s. | .054 | .5 |
| Manische Symptome II: | | | | | | | |
| YMRS | | | $F_{TB}=1.451$ | (1; 47) | n.s. | .030 | |
| KVT-Bedingung | 2.88 (4.59) | 3.33 (4.72) | $F_{ZE}=.036$ | (1; 47) | n.s. | .001 | -.10 |
| EST-Bedingung | 2.04 (4.94) | 1.92 (3.73) | $F_{IN}=.105$ | (1; 47) | n.s. | .002 | .02 |
| Anpassungsskala: | | | | | | | |
| GAF | | | $F_{TB}=.276$ | (1; 46) | n.s. | .006 | |
| KVT-Bedingung | 67.88 (13.84) | 74.83 (13.64) | $F_{ZE}=5.18$ | (1; 46) | .028* | .101 | .50 |
| EST-Bedingung | 70.83 (12.69) | 75.54 (19.01) | $F_{IN}=.193$ | (1; 46) | n.s. | .004 | .37 |
| Anpassungsskala II: | | | | | | | |
| F-SOZU Gesamtskala Wahrgenommene soziale Unterstützung | | | $F_{TB}=.258$ | (1; 46) | n.s. | .006 | |
| KVT-Bedingung | 3.53 (.61) | 3.61 (.69) | $F_{ZE}=.430$ | (1; 46) | n.s. | .009 | .13 |
| EST-Bedingung | 3.64 (.57) | 3.66 (.53) | $F_{IN}=.094$ | (1; 46) | n.s. | .002 | .04 |

F_{TB} : F-Wert Therapiebedingungsvergleich; F_{ZE} : F-Wert Zeiteffekt; F_{IN} : F-Wert Interaktionseffekt 'Zeit' x 'Therapiebedingung'; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

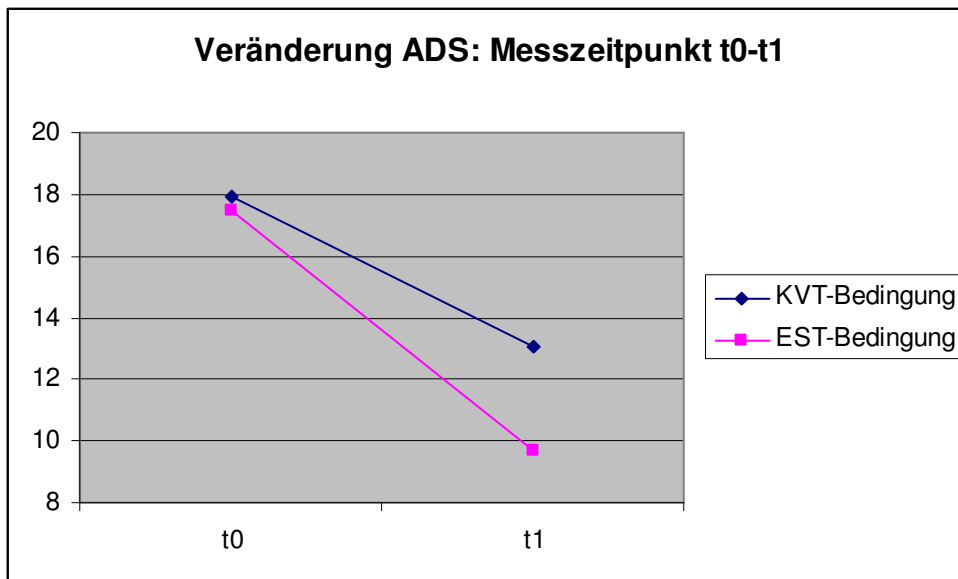


Abbildung 2: Veränderung der depressiven Symptomatik, gemessen anhand der ADS vom Messzeitpunkt t0 nach t1

Sowohl bei den Patienten der KVT-Bedingung, als auch bei den Patienten der EST-Bedingung fand vom Zeitpunkt t0 (KVT-Bedingung Range: 0-42; EST-Bedingung Range: 0-42) zu t1 (KVT-Bedingung Range: 0-33; EST-Bedingung Range: 0-19) eine Reduktion der depressiven Symptomatik statt, die sich als hochsignifikant [$F_{ZE}(1; 47) = 12.116; p = .001$] erwies und mit $\eta^2 = .21$ einen starken Effekt aufweist. Da kein Unterschied in Bezug auf die Treatmentgruppe vorlag, ließ sich auch kein Interaktionseffekt zwischen Gruppe und Zeit nachweisen [$F_{IN}(1; 47) = .626; n.s.$]. Laut ADS (Hautzinger & Bailer, 1993) weist ein Skalenwert von ≥ 23 auf eine mögliche depressive Störung hin. Demzufolge befanden sich Patienten beider therapeutischer Bedingungen zum Messzeitpunkt t0 in einem euthymen Zustand, bei dem sie bis zum Messzeitpunkt t1 ihre depressive Symptomatik weiter verringern konnten. Die Patienten der EST-Bedingung wiesen mit einem Cohens d von .64 eine größere Verbesserung der depressiven Symptomatik als die Patienten der KVT-Bedingung auf (Cohens d = .46), wenngleich es sich bei beiden Gruppen um einen mittleren Effekt handelte.

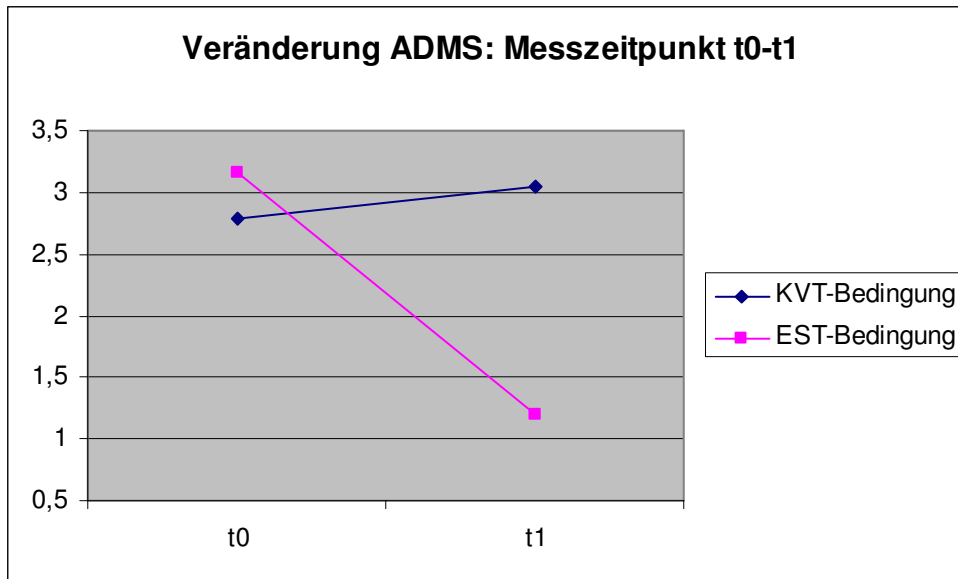


Abbildung 3: Veränderung der manischen Symptomatik, gemessen anhand der ADMS vom Messzeitpunkt t0 nach t1

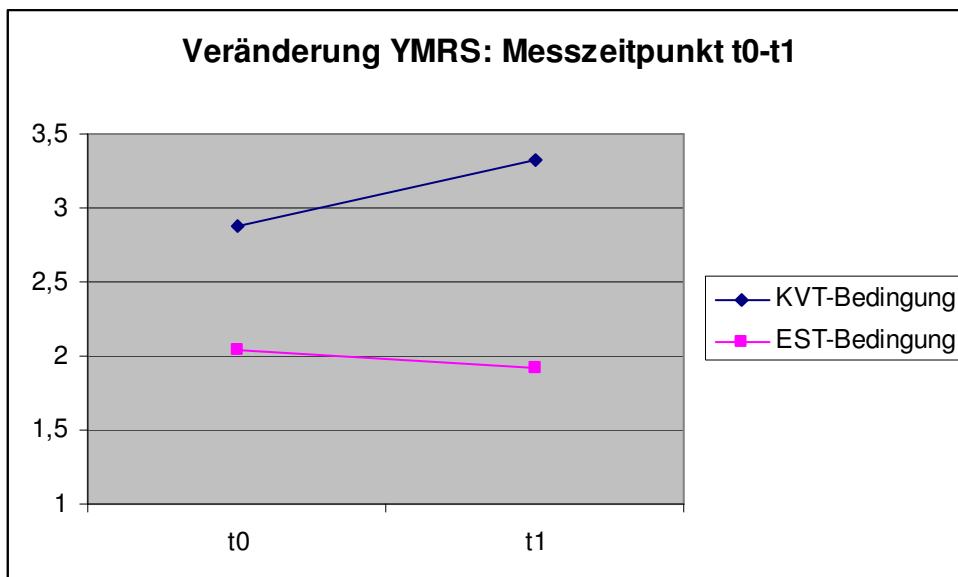


Abbildung 4: Veränderung der manischen Symptomatik, gemessen anhand der YMRS vom Messzeitpunkt t0 nach t1

Bei der manischen Symptomatik der Patienten, die sowohl anhand der ADMS als auch der YMRS erhoben wurde, wiesen die Patienten mit der ADMS von Zeitpunkt t0 (KVT-Range: 0-12; EST-Range: 0-19) nach t1 (KVT-Range: 0-18; EST-Range: 0-12), keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Zeiteffekt [$F_{IN}(1; 47) = 2.69; n.s.$] als auch auf den Interaktionseffekt [$F_{IN}(1; 47) = 2.69; n.s.$] auf. Auch mit der YMRS waren von Zeitpunkt t0 (KVT-Range: 0-20; EST-Range: 0-24) nach t1 (KVT-Range: 0-15; EST-Range: 0-18) keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf den Zeiteffekt [$F_{ZE}(1; 47) = .036; n.s.$] als auch auf den Interaktionseffekt [$F_{IN}(1; 47) = .105; n.s.$] feststellbar. Laut ADMS (Meyer & Hautzinger, 2001; vgl. Maute, 2002) liegt der cut-off-Wert für die Einteilung in Probanden mit aktueller

manischer Symptomatik bei ≥ 11 , während er bei der YMRS (Young et al., 1978) bei einem Wert von mindestens 5 liegt. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Mehrzahl der Patienten der beiden Patientenkollektive zu den beiden Messzeitpunkten t0 und t1 im euthymen Zustand befand (vgl. Tabelle 7). Werden für einen zusätzlichen Informationsgewinn die Effektstärken beider Bedingungen einbezogen, so ist festzustellen, dass die Patienten der KVT-Bedingung eine geringfügige Verschlechterung der manischen Symptomatik sowohl gemessen anhand der ADMS als auch mit der YMRS aufwiesen, welche sich in einem schwachen Effekt der Effektstärke nach Cohens d ausdrückt (ADMS: Cohens d = -.06; YMRS: Cohens d = -.10). Im Gegensatz dazu wiesen die Patienten der EST-Bedingung eine Verbesserung der manischen Symptomatik auf, die sich gemessen anhand der YMRS in einem schwachen Effekt (Cohens d = .02) und in der ADMS in einem mittleren Effekt ausdrückt (Cohens d = .50). Bei einem A-posteriori-Vergleich ergab sich, dass diese Verbesserung für die Patienten der EST-Bedingung statistisch signifikant war [t(24) = 2.212; p=.037; KVT-Bedingung: t(23) = -.245; n.s.].

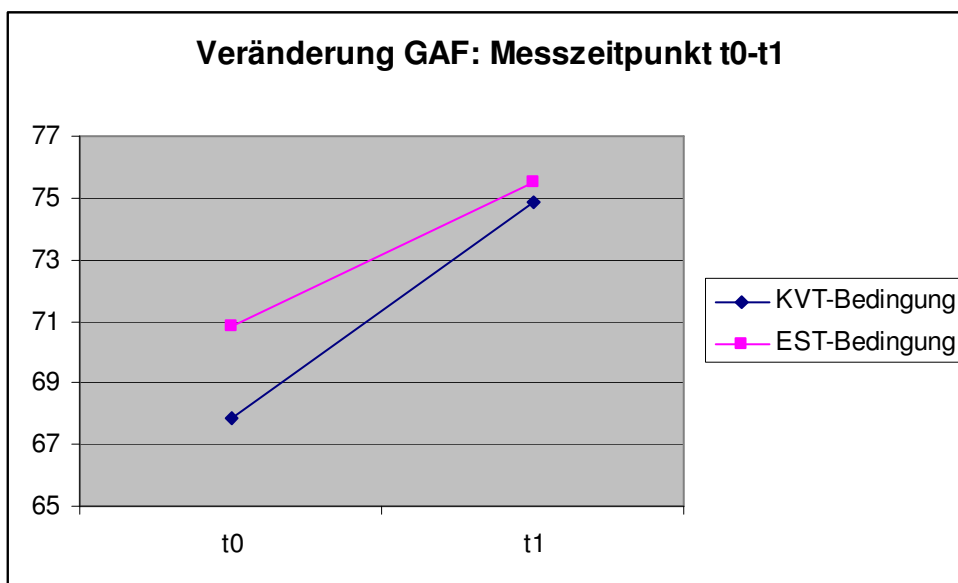


Abbildung 5: Veränderung des allgemeinen Funktionsniveaus, gemessen anhand der GAF vom Messzeitpunkt t0 nach t1

Sowohl Patienten der KVT-Bedingung als auch Patienten der EST-Bedingung wiesen vom Zeitpunkt t0 (KVT-Bedingung Range: 42-93; EST-Bedingung Range: 43-95) zum Zeitpunkt t1 (KVT-Bedingung Range: 51-91; EST-Bedingung Range: 55-95) höhere Werte auf dem allgemeinen Funktionsniveau auf, was sich auch in einem signifikanten Zeiteffekt [$F_{ZE}(1; 46) = 5.18$; $p < .028$] bemerkbar machte. Weder war ein Treatment- [$F_{TB}(1; 46) = .276$; n.s.] noch ein Interaktionseffekt nachweisbar [$F_{IN}(1; 46) = .193$; n.s.]. Durch einen A-posteriori-Vergleich ergab sich jedoch, dass die Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus nur für

Patienten der KVT-Bedingung statistisch signifikant war [$t(26)=-2.483$; $p = .02$; EST-Bedingung: $t(25)=-1.085$; $p = \text{n.s.}$]. Ausgehend von dem in Zehnerklassen aufgeteilten 100-Punkte Kontinuum der GAF (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976; Saß, Wittchen & Zaudig, 1996) hatten sich Patienten der KVT-Bedingung vom Messzeitpunkt t0 vom Kontinuum 60-70 (mäßig ausgeprägte Symptome) zum Kontinuum 70-80 (einige leichte Symptome vorhanden) bewegt (vgl. Anhang B2), während sich Patienten der EST-Bedingung schon zum Messzeitpunkt t0 innerhalb dieses Kontinuums befanden und dieses Niveau zum Messzeitpunkt t1 beibehielten.

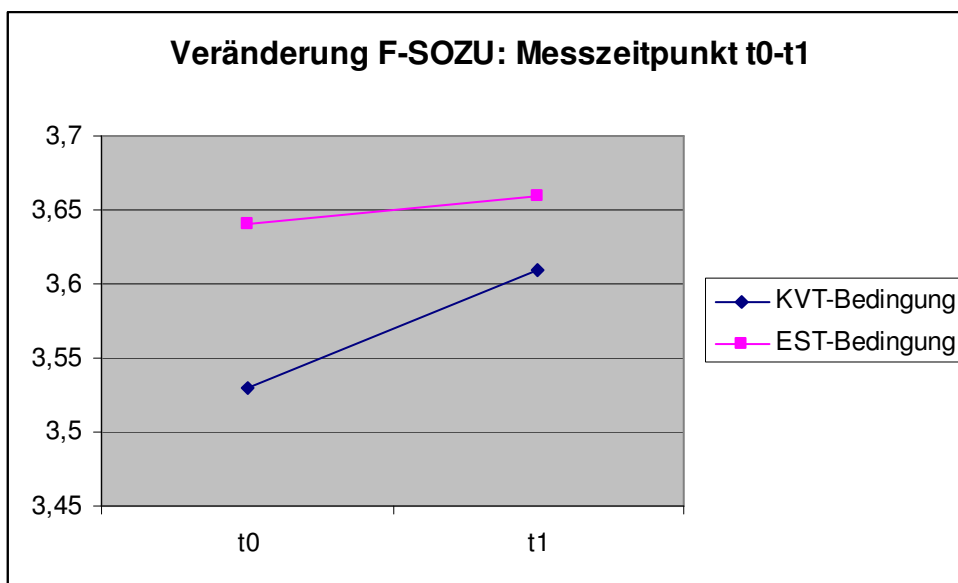


Abbildung 6: Veränderung der Wahrgenommenen Unterstützung, gemessen anhand der F-SOZU vom Messzeitpunkt t0 nach t1

Bei der Gesamtskala für Wahrgenommene Unterstützung wiesen die Patienten beider Bedingungen vom Messzeitpunkt t0 (KVT-Range: 2.41-4.53; EST-Range: 2.80-4.79) zum Messzeitpunkt t1 (KVT-Range: 1.88-4.73; EST-Range: 2.80-4.65) geringe Verbesserungen auf, welche jedoch nicht statistisch signifikant waren [$F_{ZE}(1; 46) = .430$; n.s.].

Da zur F-SOZU keine Normen im engeren Sinn vorliegen, (vgl. Fydrich & Sommer, 1989) ist es nur möglich, die Ergebnisse dieser Studie anhand der Kennwerte „ähnlicher“ Stichproben zu vergleichen. Zu diesem Zweck wurde eine Stichprobe von Psychosomatik-Klienten ($M = 3.19$; $SD = .58$) beziehungsweise Klienten mit der langjährigen Diagnose Schizophrenie ($M = 3.63$; $SD = .66$), die zu Hause lebten, herangezogen. Zum Zeitpunkt t1 wiesen Patienten beider Bedingungen (KVT: $M = 3.61$; $SD = .69$; EST: $M = 3.66$; $SD = .53$) jeweils geringfügig höhere Werte auf als Patienten der beiden vorliegenden Vergleichsstichproben.

8.3 Ergebnisse in Bezug auf das Q-Sort

8.3.1 Teil A: Q-Deskriptoren des therapeutischen Prozesses der einzelnen Sitzungen

Die Analyse der Prozessdaten erfolgte unter Anlehnung an Ablon und Jones (1999); Ablon, Levy und Katzenstein (2006), Jones, Parke und Pulos (1992) und Jones und Pulos (1993) in verschiedenen Phasen. Um die Prozessdeskriptoren zu ermitteln, die jede Behandlungsbedingung am stärksten charakterisieren, wurde für jedes Q-Item zu jedem Messzeitpunkt (Sitzung 02, 08, 14 und 17) der jeweilige Durchschnitt berechnet. Zuerst folgt für jede Sitzung eine Beschreibung der Items, die beide Sitzungen am stärksten charakterisieren, anschließend eine Darstellung der charakteristischsten Items, die in beiden Behandlungsmodalitäten divergent sind. Dieselbe Vorgehensweise wurde für die Beschreibung der uncharakteristischsten Items gewählt.

Die Beschreibung erfolgt in Bezug auf die Bedeutung der Items und nicht in einer statistischen Richtung oder Rank-order-Reihenfolge. Diese Beschreibungsweise wurde gewählt, um eine bessere klinische Darstellung zu erzielen. Die Q-Item-Nummern beziehen sich auf die Items, die in den jeweiligen Tabellen einzusehen sind. Das Wort "reversed" (oder „r“) nach einer Q-Item-Nummer folgt einer Konvention, die von Block (1971) etabliert wurde, um anzudeuten, dass die jeweilige Variable der Überlegung bedurfte, um im Fließtext eingearbeitet zu werden. Items, die mit „r“ markiert sind, sind im Manual invertierte Items, deren Salienz durch einen geringen Wert in der Spannweite von 1 bis 9 zum Ausdruck kommt.

Für die KVT-Bedingung umfassen die Mittelwerte der Q-Items den Bereich von 8.50 bis zu 1.89 (Range: 6.61) auf einer Skala von 1 bis 9, während sie bei der EST-Bedingung einen Bereich von 8.31 bis 1.69 umfassen (Range: 6.62).

Sitzung 02:

Charakteristischste Items:

Tabelle 8: Charakteristischste Items der Sitzung 02

| KVT-Bedingung | | |
|----------------------|--|----------|
| PQS No. | Beschreibung der Items | M |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 8.50 |
| Q17 ^a | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 8.15 |
| Q37 ^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.96 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.92 |
| Q16 ^a | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.73 |
| Q23 | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.69 |
| Q35 ^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.46 |
| Q57 | Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 7.15 |
| Q88 ^a | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.15 |
| Q73 ^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.04 |
| EST-Bedingung | | |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 8.31 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 8.23 |
| Q16 ^a | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 8.12 |
| Q37 ^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.88 |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 7.73 |
| Q41 | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.58 |
| Q73 ^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.54 |
| Q17 ^a | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 7.46 |
| Q88 ^a | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.38 |
| Q35 ^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.31 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

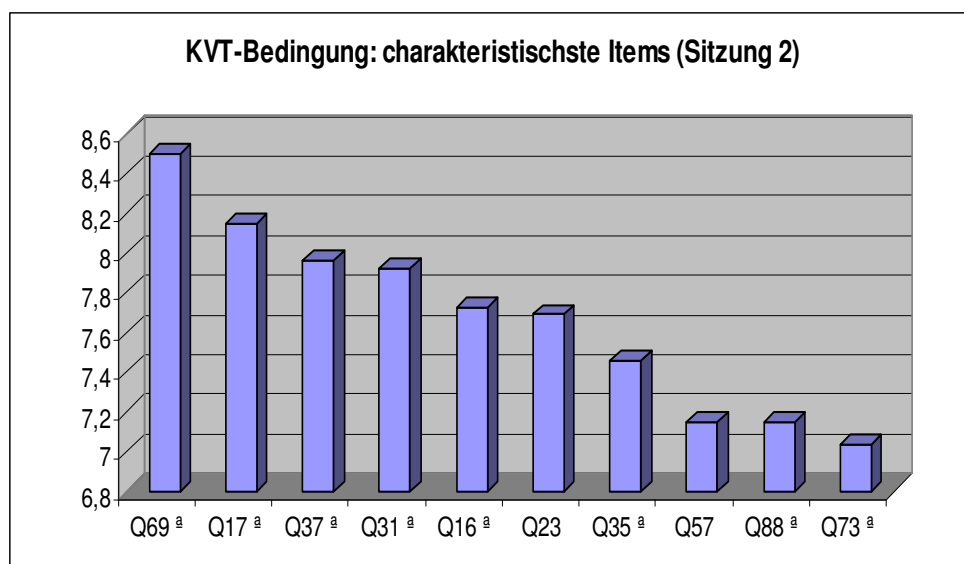


Abbildung 7: Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 02)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

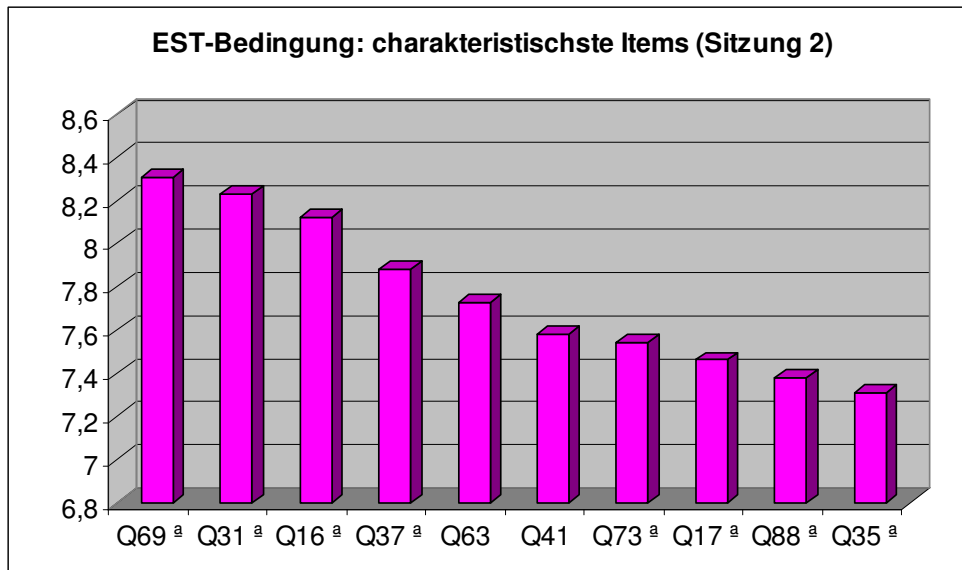


Abbildung 8: Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 02)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

Beschreibung der charakteristischsten Items:

Für beide Bedingungen war charakteristisch, dass ein Schwerpunkt der Sitzung darin bestand, über die aktuelle Situation der Patienten zu sprechen (Q69). Dabei kontrollierten zum einen die Therapeuten die jeweilige Situation (Q17), fragten die Patienten nach mehr Informationen und Schilderungen (Q31), als auch dass sie sich gegenüber den Patienten in einer didaktischen Art und Weise verhielten (Q37). In beiden Situationen fühlten sich die Patienten gegenüber der therapeutischen Situation verpflichtet (Q73), brachten dabei relevante Themen zur Sprache (Q88), bei denen sowohl Körperfunktionen, körperliche Symptome und Gesundheit (Q16) als auch das Selbstbild der Patienten salient war (Q35). Charakteristisch für die KVT-Bedingung war, dass das Gespräch einen spezifischen Fokus hatte (Q23) und die Therapeuten das Rational ihrer Technik oder ihres Ansatzes erläuterten. In der EST-Bedingung waren primär die zwischenmenschlichen Beziehungen (Q63) als auch die Ziele und Vorhaben der Patienten ein Hauptthema (Q41).

Uncharakteristischste Items:

Tabelle 9: Uncharakteristischste Items der Sitzung 02

| KVT-Bedingung | | |
|------------------|---|------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.81 |
| Q44 | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.77 |
| Q20 ^a | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | 2.65 |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.42 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.31 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.31 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.27 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.12 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 2.00 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.96 |
| EST-Bedingung | | |
| Q83 | Der Patient ist fordernd. | 2.81 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.38 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.35 |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.27 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.23 |
| Q20 ^a | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | 2.19 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.04 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 1.85 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.81 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.81 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

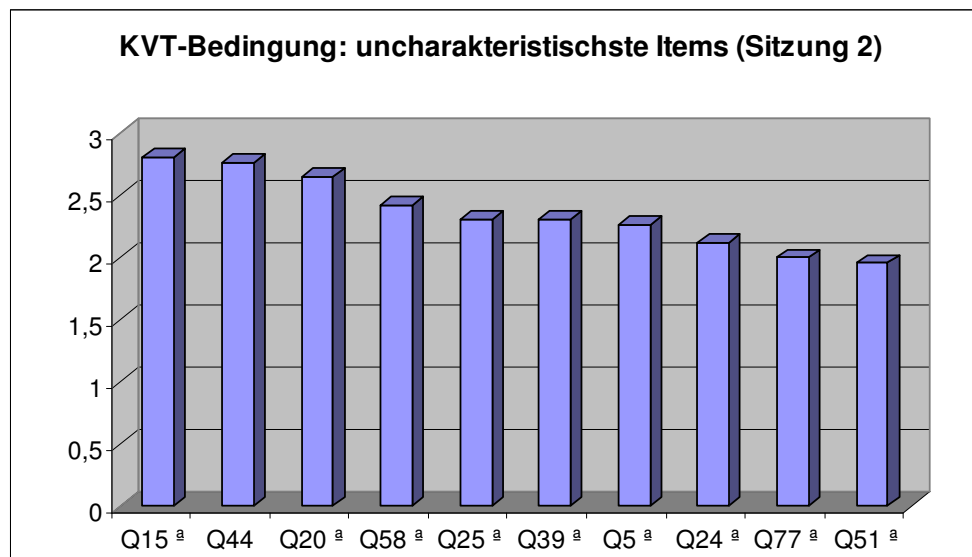


Abbildung 9: Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 02)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

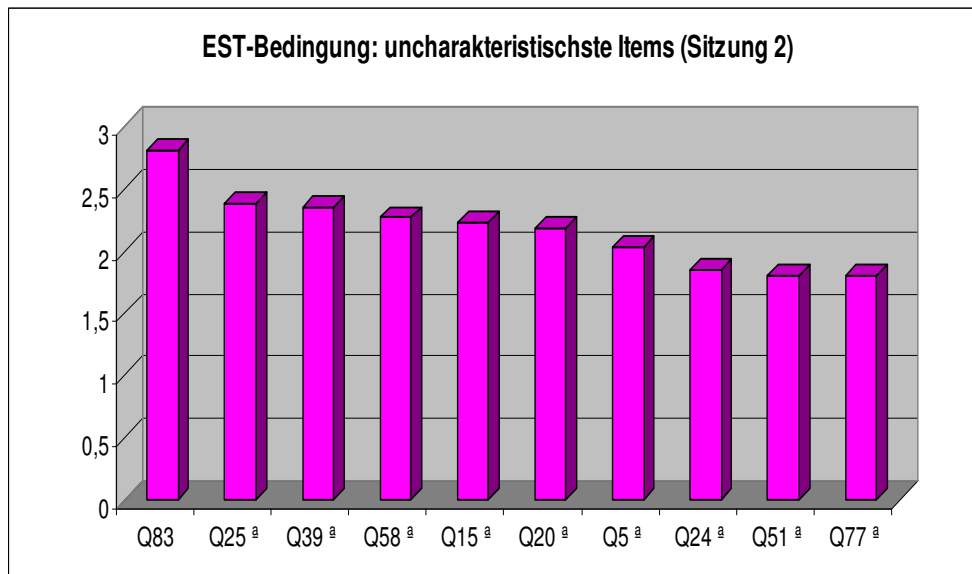


Abbildung 10: Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 02)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

Beschreibung der uncharakteristischsten Items:

Auf der Seite der Therapeuten waren beide Bedingungen dadurch charakterisiert, dass sie sich nicht herablassend gegenüber den Patienten verhielten (Q51, r), ihre Kommentare von Freundlichkeit, Rücksicht, oder Sorgfalt geprägt waren (Q77, r) und die persönlichen emotionalen Reaktionen der Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht belasteten (Q24). In beiden Bedingungen rivalisierten Patienten und Therapeuten nicht miteinander (Q39, r). Auf der Seite der Patienten waren die Bedingungen dadurch charakterisiert, dass die Patienten weder Schwierigkeiten hatten, den Therapeuten zu verstehen (Q5, r), noch die Stunde zu beginnen (Q25, r), aktiv in ihrer Haltung waren (Q15, r) und sich nicht weigerten, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven auseinanderzusetzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r). In beiden Bedingungen waren die Patienten angepasst (Q20, r). Während Patienten der KVT-Bedingung eher vertrauensvoll waren, waren Patienten in der EST-Bedingung nicht fordernd (Q83, r).

Sitzung 08:

Charakteristischste Items:

Tabelle 10: Charakteristischste Items der Sitzung 08

| KVT-Bedingung | | |
|------------------------|---|----------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q17 | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 8.07 |
| Q69^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.93 |
| Q37^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.89 |
| Q23^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.81 |
| Q31^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.78 |
| Q35^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.56 |
| Q57 | Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 7.52 |
| Q92 | Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. | 7.41 |
| Q38 | Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll. | 7.30 |
| Q30 | Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen. | 7.19 |
| EST-Bedingung: | | |
| Q31^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 8.08 |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 7.96 |
| Q69^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.85 |
| Q35^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.46 |
| Q73 | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.46 |
| Q16 | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.27 |
| Q88 | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.27 |
| Q23^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.23 |
| Q41 | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.23 |
| Q37^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.19 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

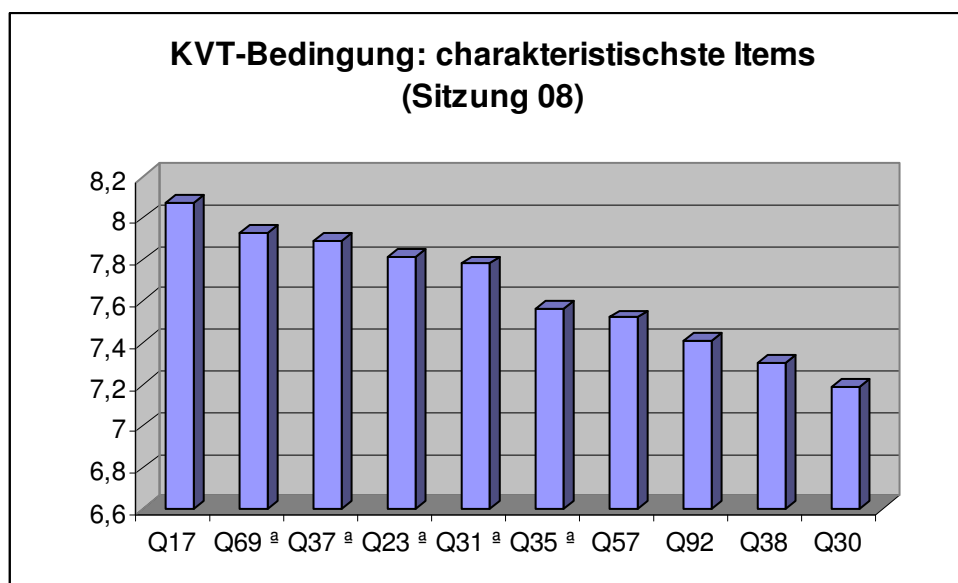


Abbildung 11: Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 08)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

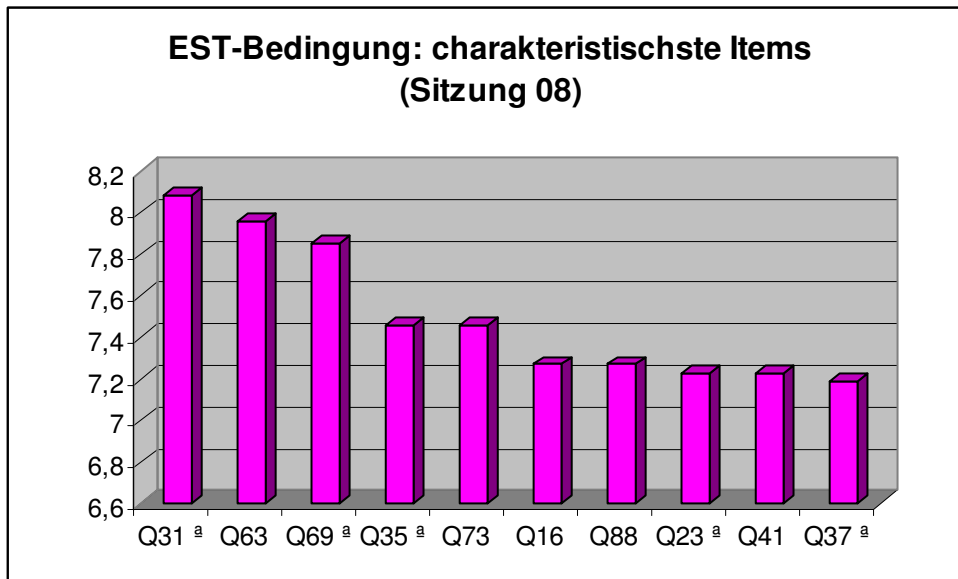


Abbildung 12: Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 08)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

Beschreibung der charakteristischsten Items:

Gemeinsam in beiden Behandlungen ist, dass die therapeutischen Gespräche einen spezifischen Fokus hatten (Q23), in dem über die aktuelle Lebenssituation der Patienten gesprochen wurde (Q69), als auch dass Therapeuten nach mehr Informationen und Schilderungen fragten (Q31). Auch das Selbstbild der Patienten war jeweils Fokus des Gesprächs (Q35). In beiden Situationen nahmen Therapeuten gegenüber den Patienten eine didaktische Haltung ein (Q37). Kennzeichnend für die KVT-Bedingung ist, dass Therapeuten die Interaktion kontrollierten (Q17) und das Rational ihrer Technik oder ihres Ansatzes erläuterten (Q57). Dabei wurden zum einen spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die die Patienten außerhalb der Sitzung in Angriff nehmen sollten, als auch dass das therapeutische Gespräch um kognitive Themen wie Gedanken und Überzeugungen zentriert war (Q30). Überraschenderweise kam auch ein psychodynamisches Element zum Tragen, nämlich dass Gefühle oder Wahrnehmungen der Patienten mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft wurden (Q92). Die Patienten der EST-Bedingung fühlten sich gegenüber der therapeutischen Arbeit verpflichtet (Q73). Sie brachten relevante Themen und Material zur Sprache (Q88), in denen sowohl ihre zwischenmenschlichen Beziehungen als auch ihre körperlichen Symptome und Gesundheit und ihre Ziele und Vorhaben ein Hauptbestandteil des Gesprächs waren.

Uncharakteristischste Items:

Tabelle 11: Uncharakteristischste Items der Sitzung 08

| KVT-Bedingung | | |
|------------------|---|------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.74 |
| Q14 | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | 2.67 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.33 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.30 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.22 |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.07 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.04 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 2.04 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 1.96 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.96 |
| EST-Bedingung | | |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.65 |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.58 |
| Q20 | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | 2.23 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.15 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.08 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.04 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.04 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 1.85 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.81 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.69 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

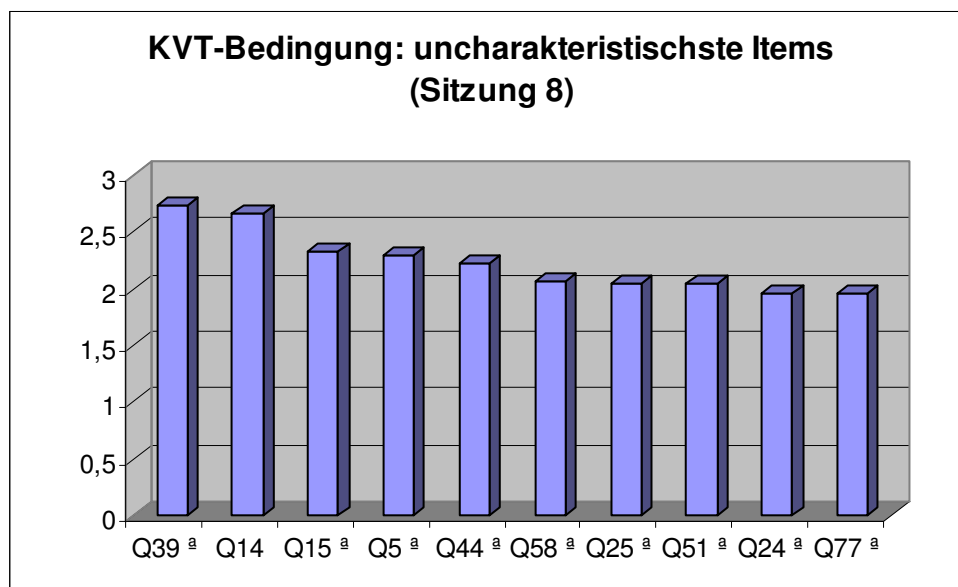


Abbildung 13: Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 08)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

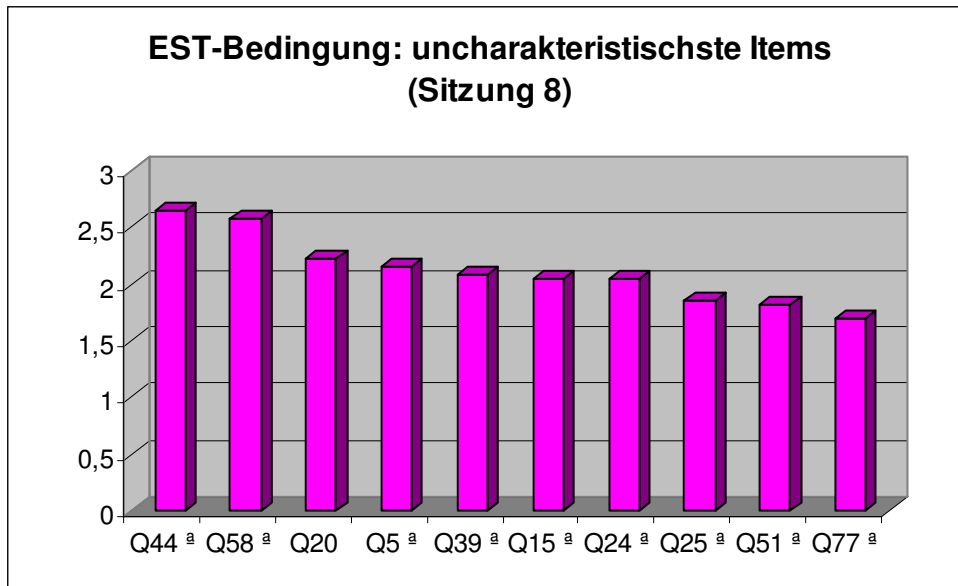


Abbildung 14: Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 08)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

Beschreibung der uncharakteristischsten Items:

Wie in Sitzung 02 war Sitzung 08 von Seiten der Therapeuten in beiden Bedingungen dadurch charakterisiert, dass sich diese nicht herablassend gegenüber den Patienten verhielten (Q51, r), ihre Kommentare von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt waren (Q77, r) und die persönlichen emotionalen Reaktionen der Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht belasteten (Q24). Auch hier rivalisierten Patienten und Therapeuten nicht miteinander (Q39, r). Ebenso waren auf der Seite der Patienten die Bedingungen dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten weder Schwierigkeiten hatten, den Therapeuten zu verstehen (Q5, r) noch die Stunde zu beginnen (Q25, r), aktiv in ihrer Haltung waren (Q15, r) und sich nicht weigerten, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven auseinander zu setzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r). In beiden Bedingungen waren die Patienten gegenüber den Therapeuten vertrauensvoll (Q44, r). In der KVT-Bedingung zeigten Patienten eher, dass sie sich von den Therapeuten verstanden fühlten (Q14, r), während Patienten der EST-Bedingung besonders angepasst (Q20, r) waren.

Sitzung 14:

Charakteristischste Items:

Tabelle 12: Charakteristischste Items der Sitzung 14

| KVT-Bedingung | | |
|----------------------|--|----------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q23 ^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 8.19 |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 8.19 |
| Q17 | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 8.11 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.78 |
| Q37 ^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.41 |
| Q80 | Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an. | 7.22 |
| Q27 | Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird.) | 7.07 |
| Q73 ^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.04 |
| Q4 | Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | 6.96 |
| Q41 ^a | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 6.96 |
| EST-Bedingung | | |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 7.92 |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.69 |
| Q16 | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.65 |
| Q23 ^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.65 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.65 |
| Q41 ^a | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.58 |
| Q37 ^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.54 |
| Q35 | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.35 |
| Q88 | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.23 |
| Q73 ^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.15 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 6 gemeinsame Items.

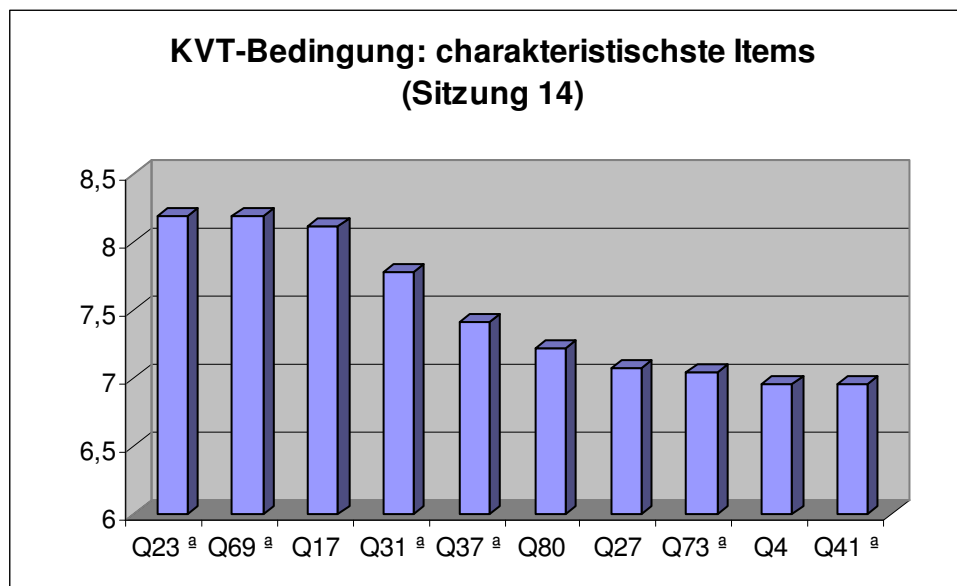


Abbildung 15: Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 14)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 6 gemeinsame Items.

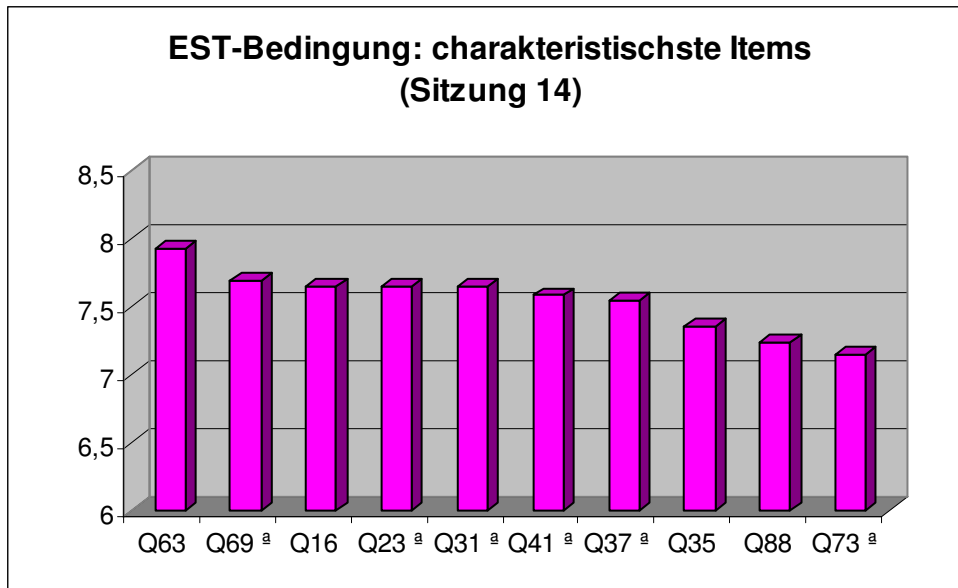


Abbildung 16: Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 14)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 6 gemeinsame Items.

Beschreibung der charakteristischsten Items:

Gemeinsam in beiden Bedingungen war, dass sich die Therapeuten gegenüber den Patienten in einer didaktischen Art und Weise verhielten (Q37) und sich Patienten gegenüber der therapeutischen Situation verpflichtet fühlten (Q73). Die Gespräche hatten einen spezifischen Fokus (Q23), in denen die Therapeuten nach mehr Informationen oder Schilderungen fragten (Q31). Dabei wurde primär die aktuelle Lebenssituation der Patienten besprochen (Q69) als auch Ziele und Vorhaben der Patienten (Q41). Besonders kennzeichnend war hier für die KVT-Bedingung, dass der Therapeut die Interaktion kontrollierte (Q17), Erfahrungen aus einer anderen Perspektive anbot (Q80) und dabei Ratschläge und Anleitungen gab (Q27). Auch die spezifischen Ziele der Therapie waren Hauptbestandteil des Gesprächs (Q4). In der EST-Bedingung hingegen brachten die Patienten relevante Themen und Material zur Sprache (Q35), in denen es hauptsächlich sowohl um ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q63), ihre körperlichen Symptome und Gesundheit (Q16) als auch um ihr Selbstbild (Q35) ging.

Uncharakteristischste Items:

Tabelle 13: Uncharakteristischste Items der Sitzung 14

| KVT-Bedingung | | |
|------------------|---|------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 2.70 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.59 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 2.59 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.44 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.30 |
| Q58 | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.26 |
| Q14 | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | 2.22 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.15 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.15 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.04 |
| EST-Bedingung | | |
| Q12 | In der Stunde wird geschwiegen. | 2.73 |
| Q20 | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | 2.73 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.65 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.58 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.31 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.19 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.00 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.96 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.96 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 1.81 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

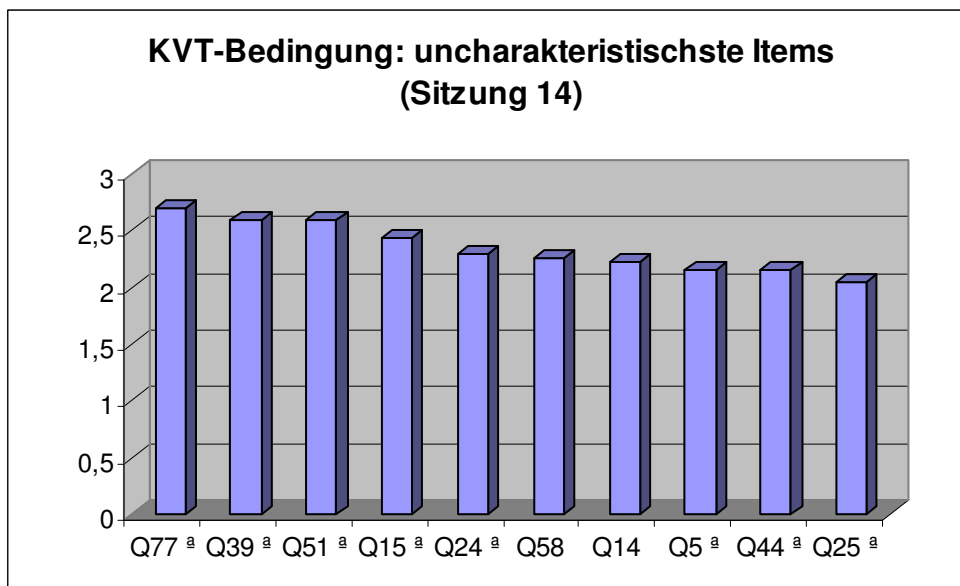


Abbildung 17: Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 14)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

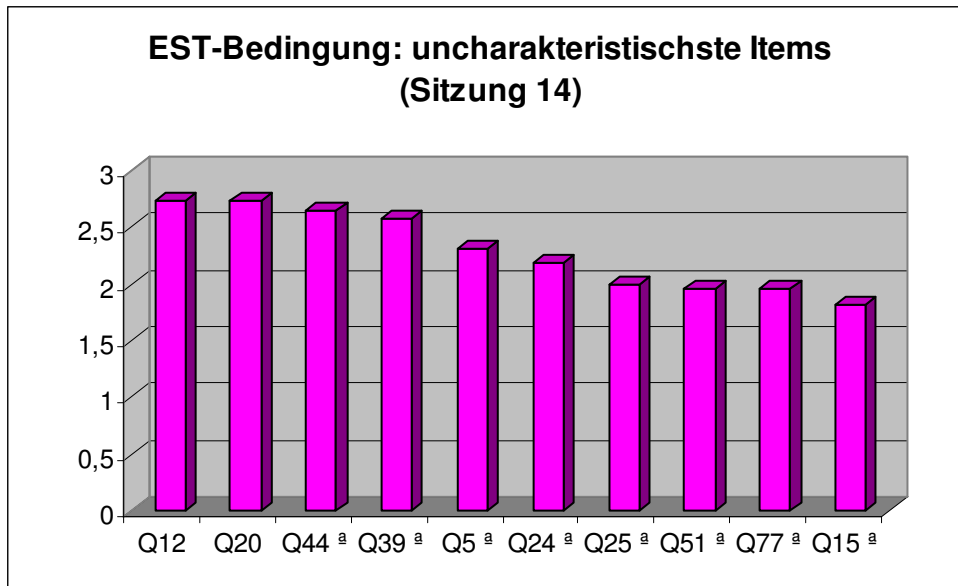


Abbildung 18: Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 14)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 8 gemeinsame Items.

Beschreibung der uncharakteristischsten Items:

Weiterhin, wie in den Sitzungen 02 und 08, war Sitzung 14 auf der Seite der Therapeuten in beiden Bedingungen dadurch charakterisiert, dass diese sich nicht herablassend gegenüber dem Patienten verhielten (Q51, r), ihre Kommentare von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt waren (Q77, r) und die persönlichen emotionalen Reaktionen der Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht belasteten (Q24). Auch hier rivalisierten Patienten und Therapeuten nicht miteinander (Q39, r). Auf der Seite der Patienten waren die Bedingungen dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten weder Schwierigkeiten hatten, den Therapeuten zu verstehen (Q5, r), noch die Stunde zu beginnen (Q25, r) und aktiv in ihrer Haltung waren (Q15, r). Darüber hinaus weigerten sich die Patienten der KVT-Bedingung nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven auseinander zu setzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r) und brachten zum Ausdruck, dass sie sich vom Therapeuten verstanden fühlten (Q14, r). Charakteristisch für die EST-Bedingung war zudem, dass kaum geschwiegen wurde (Q12, r) und dass die Patienten wie in Sitzung 02 und 08 angepasst waren. (Q20, r) Weiterhin waren die Patienten in beiden Bedingungen gegenüber den Therapeuten voller Vertrauen (Q44, r).

Sitzung 17:

Charakteristischste Items:

Tabelle 14: Charakteristischste Items der Sitzung 17

| KVT-Bedingung | | |
|------------------|--|------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q17 | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 8.11 |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.70 |
| Q23 ^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.59 |
| Q37 | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.59 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.22 |
| Q80 | Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an. | 7.15 |
| Q27 | Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird.) | 7.07 |
| Q41 ^a | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.07 |
| Q35 ^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.00 |
| Q97 | Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen. | 7.00 |
| EST-Bedingung | | |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 7.92 |
| Q69 ^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.92 |
| Q31 ^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.50 |
| Q35 ^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.50 |
| Q16 | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.42 |
| Q41 ^a | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.23 |
| Q23 ^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.15 |
| Q88 | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.12 |
| Q92 | Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. | 7.12 |
| Q6 | Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. | 6.85 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

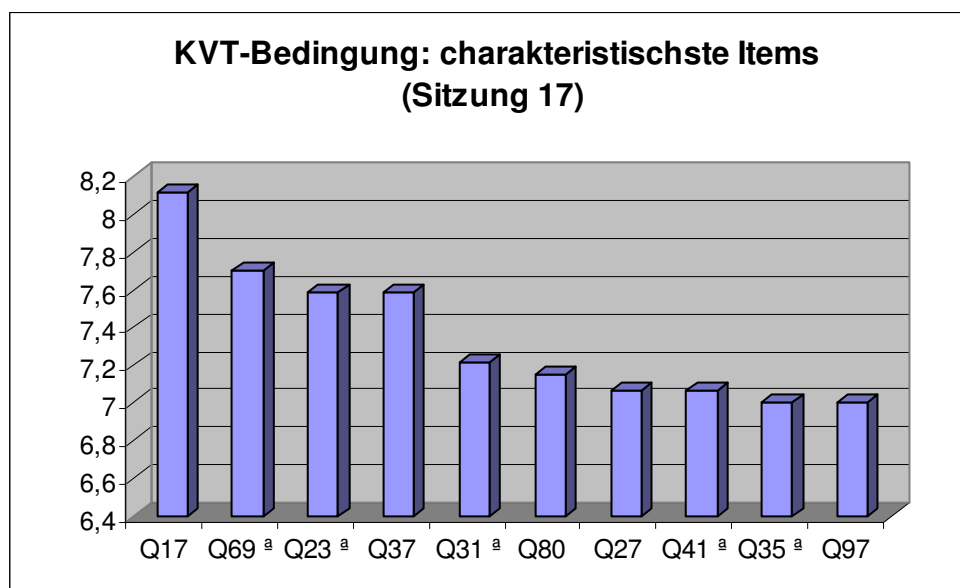


Abbildung 19: Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 17)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

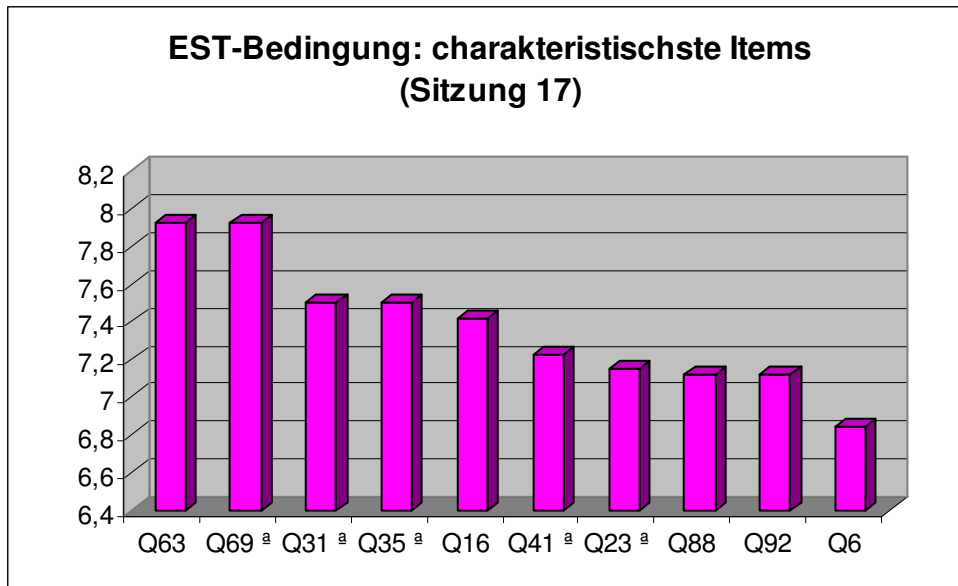


Abbildung 20: Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 17)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 charakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 5 gemeinsame Items.

Beschreibung der charakteristischsten Items:

Wie auch in den Sitzungen 08 und 14, zeichnete sich Sitzung 17 in beiden Bedingungen dadurch aus, dass das therapeutische Gespräch einen spezifischen Fokus hatte (Q23). Dabei zeichneten sich die Hauptbestandteile des Gespräches dadurch aus, dass es um die aktuelle Lebenssituation der Patienten (Q69), ihre Ziele und Vorhaben (Q41) und ihr Selbstbild ging (Q35). Therapeuten fragten dabei nach mehr Informationen und Schilderungen (Q31).

Besonders kennzeichnend für die KVT-Bedingung war, dass die Therapeuten die Interaktion kontrollierten (Q17) und sich dabei auf eine didaktische Art und Weise verhielten (Q37). Damit ging einher, dass sie Erfahrungen oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive anboten ("reframing", Q80) und auch explizit Ratschläge und Anleitungen gaben (Q27). Die Patienten ihrerseits zeigten sich introspektiv und waren bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen (Q97). Die EST-Bedingung zeichnete sich hingegen dadurch aus, dass die Patienten wie in allen vorhergehenden Sitzungen relevante Themen und Material zur Sprache brachten (Q88). Neben körperlichen Symptomen und Gesundheit (Q16) waren die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten ein Hauptthema des Gesprächs (Q63). Dabei wurden Gefühle oder Wahrnehmungen der Patienten mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Q92). Therapeuten waren einfühlsam, empathisch und auf die Patienten eingestellt (Q6).

Uncharakteristischste Items:

Tabelle 15: Uncharakteristischste Items der Sitzung 17

| KVT-Bedingung | | |
|----------------------|---|----------|
| PQS No. | Beschreibung des Items | M |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.41 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.37 |
| Q14 ^a | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | 2.30 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 2.26 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.22 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 2.15 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.04 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.04 |
| Q58 | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 1.96 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 1.89 |
| EST-Bedingung | | |
| Q83 | Der Patient ist fordernd. | 2.77 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.50 |
| Q14 ^a | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | 2.46 |
| Q5 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.35 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.15 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.12 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.92 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 1.88 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.85 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 1.81 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

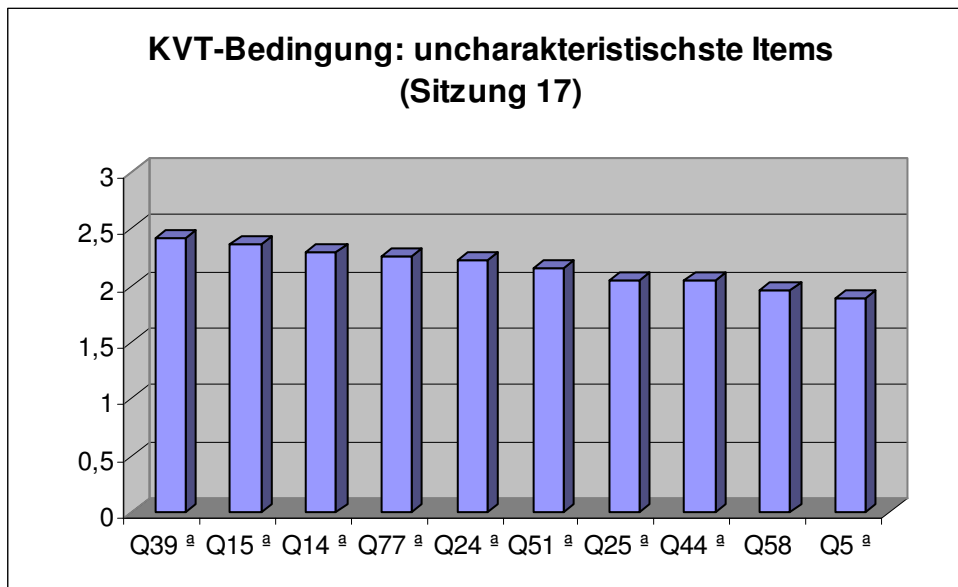


Abbildung 21: Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Sitzung 17)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

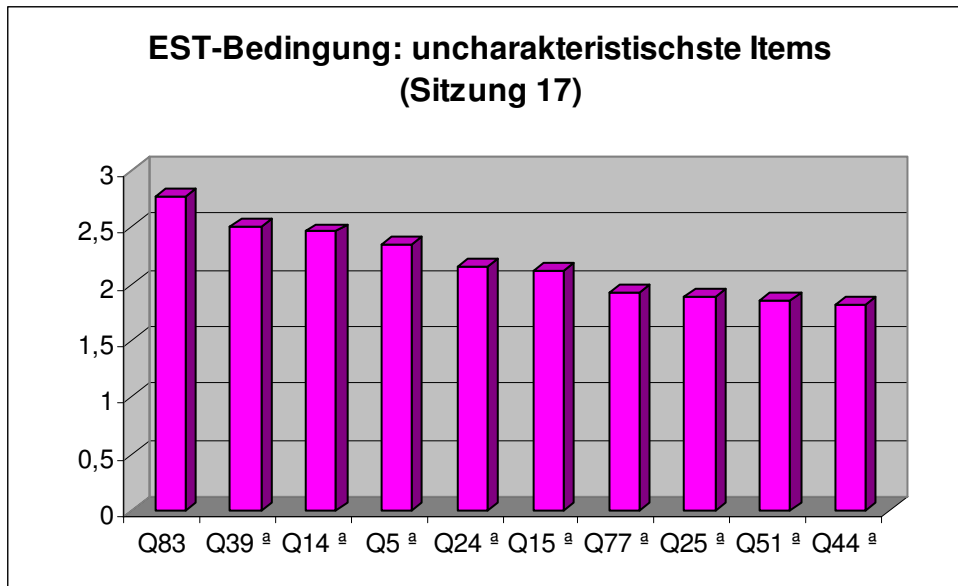


Abbildung 22: Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Sitzung 17)

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

Beschreibung der uncharakteristischsten Items:

Wie auch schon in den Sitzungen 02, 08 und 14 war Sitzung 17 auf der Seite der Therapeuten in beiden Bedingungen dadurch gekennzeichnet, dass diese sich nicht herablassend gegenüber dem Patienten verhielten (Q51, r), ihre Kommentare von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt waren (Q77, r) und die persönlichen emotionalen Reaktionen der Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht belasteten (Q24). Auch hier rivalisierten Patienten und Therapeuten nicht miteinander (Q39, r). Auf der Seite der Patienten waren die Bedingungen, wie auch schon in den vorangegangenen Sitzungen, dadurch charakterisiert, dass die Patienten keine Schwierigkeiten hatten, die Stunde zu beginnen (Q25, r) oder die Therapeuten zu verstehen (Q5, r) und aktiv in ihrer Haltung waren (Q15, r). In beiden Bedingungen hatten die Patienten Vertrauen zu ihren Therapeuten (Q44, r) und fühlten sich von diesen verstanden (Q17). Wie auch schon in den vorhergehenden Sitzungen weigerten sich die Patienten der KVT-Bedingung nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven auseinander zu setzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r). Wie in Sitzung 02 zeigten sich die Patienten der EST-Bedingung nicht fordernd (Q83, r).

8.3.2 Teil B: Q-Deskriptoren des therapeutischen Prozesses (Mittelwerte der Sitzungen)

Analog zur Beschreibung der Q-Deskriptoren der einzelnen Sitzungen wurden für jede Bedingung die charakteristischsten beziehungsweise uncharakteristischsten Q-Items ermittelt. Dazu wurde für jedes der 100 Q-Items sein jeweiliger Durchschnitt über die vier Messzeitpunkte hinweg (Sitzung 02, 08, 14 und 17; KVT-Bedingung: 104 Sitzungen, EST-Bedingung: 104 Sitzungen) berechnet. Für die KVT-Bedingung umfassen die Mittelwerte der Q-Items den Bereich von 8.10 bis zu 2.12 (Range: 5.98) auf einer Skala von 1 bis 9, während sie bei der EST-Bedingung einen Bereich von 7.94 bis 1.84 umfassen (Range: 6.10).

Charakteristischste Items:

Tabelle 16: Charakteristischste Items der Mittelwerte (Sitzung 02, 08, 14,17)

| KVT-Bedingung | | |
|------------------------|--|----------|
| PQS No. | Beschreibung des Items (Mittelwerte Sitzungen 02, 08, 14, 17) | M |
| Q17 | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein) | 8.10 |
| Q69^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 8.08 |
| Q23^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.81 |
| Q37^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.70 |
| Q31^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.65 |
| Q35^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.23 |
| Q57 | Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 7.12 |
| Q16^a | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.04 |
| Q73^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 6.98 |
| Q27 | Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird.) | 6.97 |
| EST-Bedingung | | |
| Q69^a | Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 7.94 |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 7.88 |
| Q31^a | Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 7.86 |
| Q16^a | Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 7.61 |
| Q41 | Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs. | 7.40 |
| Q35^a | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 7.40 |
| Q37^a | Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 7.29 |
| Q23^a | Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7.28 |
| Q88 | Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 7.25 |
| Q73^a | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 7.15 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 7 gemeinsame Items.

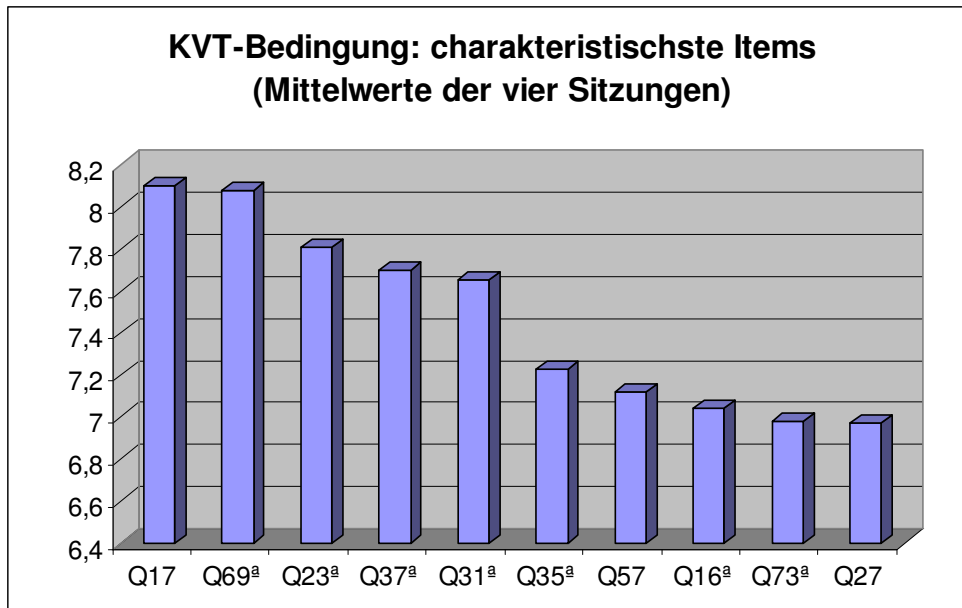


Abbildung 23: Charakteristischste Items der KVT-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) ^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 7 gemeinsame Items.

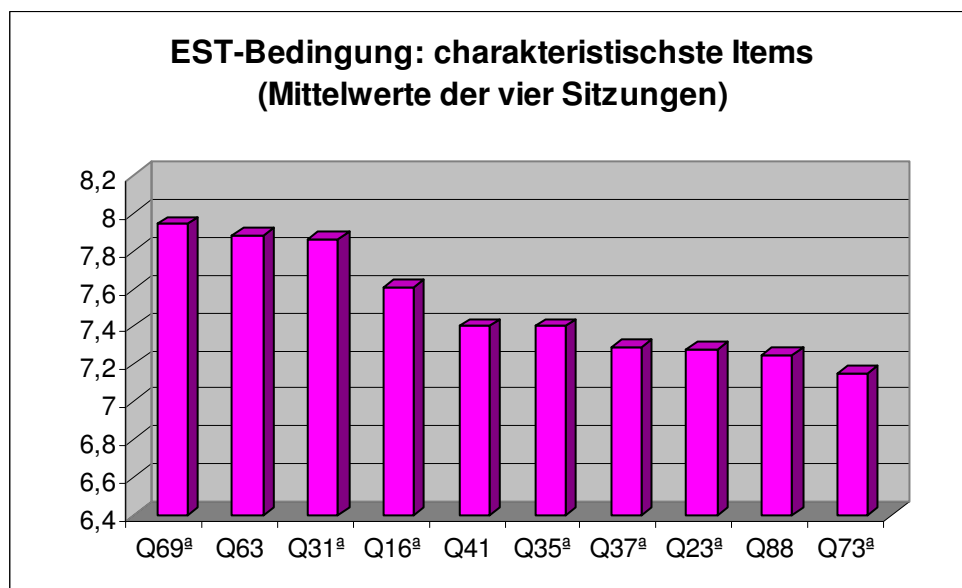


Abbildung 24 Charakteristischste Items der EST-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) ^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 7 gemeinsame Items.

Beschreibung der charakteristischsten Items:

Für die KVT-Bedingung als auch für die EST-Bedingung war charakteristisch, dass jeweils acht beziehungsweise sechs Items den zwanzig charakteristischsten Items eines idealen kognitiv-behavioralen Prototypen zugeordnet werden konnten (vgl. Ablon & Jones, 1998,

2002; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006), wobei fünf Q-Items des kognitiv-behavioralen Prototypen in beiden Bedingungen gemeinsam unter den zehn charakteristischsten waren.

In beiden Bedingungen bestand ein Schwerpunkt der Sitzung darin, über die aktuelle Situation der Patienten zu sprechen (Q69) und dass das Gespräch einen spezifischen Fokus hatte (Q23). Therapeuten verhielten sich gegenüber den Patienten in einer didaktischen Art und Weise (Q37) und fragten dabei nach mehr Informationen und Schilderungen (Q31). Patienten beider Bedingungen fühlten sich gegenüber der therapeutischen Situation verpflichtet (Q73).

Die KVT-Bedingung war zusätzlich dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeuten die jeweilige Situation kontrollierten (Q17), das Rational ihrer Technik oder ihres Behandlungsansatzes erklärten (Q 57) und den Patienten explizit Ratschläge und Anweisungen gaben (Q 27). Die EST-Bedingung zeichnete sich zudem dadurch aus, dass die Patienten relevante Themen zur Sprache (Q88) brachten. In beiden therapeutischen Bedingungen war auch das Selbstbild der Patienten Fokus des Gesprächs (Q35), ein Item das einem idealen psychodynamischen Therapieverlauf zugeordnet worden war (vgl. Ablon & Jones, 1998; vgl. Anhang A14). Ebenso wurde in beiden Bedingungen über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder die Gesundheit der Patienten gesprochen (Q 16), somit ein Item, das einem idealen interpersonalen Therapieverlauf zugeordnet werden kann (vgl. Ablon & Jones, 2002; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; vgl. Anhang A15). Ebenso dem idealen Verlauf einer interpersonalen Therapie zuzuordnen war das, dass die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten ein Hauptthema der Gespräche waren (Q63). Als auch, dass die Ziele und Vorhaben der Patienten Gegenstand des Gesprächs sind (Q41), ein Item das nicht zu den charakteristischsten eines Prototypen gehörte. Beide Items wurden jedoch nur in der emotional-supportiven Bedingung unter den zehn charakteristischsten Items genannt.

Uncharakteristischste Items:

Tabelle 17: Uncharakteristischste Items der Mittelwerte (Sitzung 02, 08, 14, 17)

| KVT-Bedingung | | |
|----------------------|---|----------|
| PQS No. | Beschreibung des Items (Mittelwerte Sitzungen 02, 08, 14, 17) | M |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.53 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.51 |
| Q14 | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | 2.50 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.26 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 2.25 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 2.19 |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.17 |
| Q05 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.16 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.14 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.12 |
| EST-Bedingung | | |
| Q58 ^a | Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen. | 2.65 |
| Q44 ^a | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | 2.50 |
| Q20 | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | 2.48 |
| Q39 ^a | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | 2.37 |
| Q05 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen. | 2.21 |
| Q24 ^a | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | 2.05 |
| Q15 ^a | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | 2.04 |
| Q25 ^a | Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen. | 2.02 |
| Q51 ^a | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | 1.85 |
| Q77 ^a | Der Therapeut ist taktlos. | 1.84 |

^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

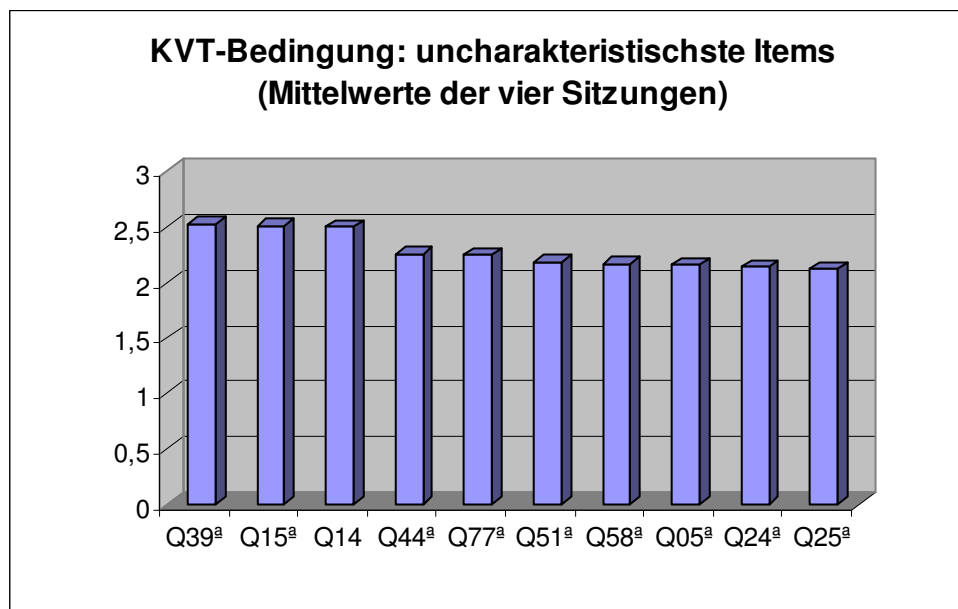


Abbildung 25: Uncharakteristischste Items der KVT-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17) ^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

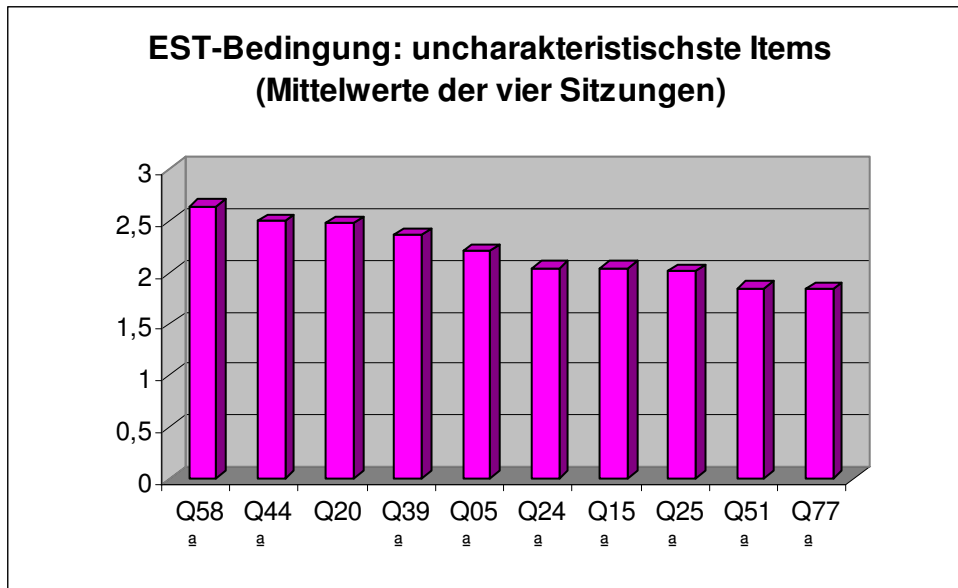


Abbildung 26: Uncharakteristischste Items der EST-Bedingung (Mittelwerte der Sitzung 02 bis 17)^a = Zeigt an, dass sich dieses Item auch unter den jeweils 10 uncharakteristischsten Items der anderen Bedingung befindet. 9 gemeinsame Items.

Beschreibung der uncharakteristischsten Items:

Auf der Seite der Therapeuten waren beide Bedingungen dadurch charakterisiert, dass diese sich nicht herablassend gegenüber den Patienten verhielten (Q51, r), ihre Kommentare von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt waren (Q77, r) und die persönlichen emotionalen Reaktionen der Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht belasteten (Q24). In beiden Bedingungen rivalisierten Patienten und Therapeuten nicht miteinander (Q39, r). Auf der Seite der Patienten waren die Bedingungen dadurch charakterisiert, dass die Patienten keine Schwierigkeiten hatten, die Stunde zu beginnen (Q25, r) oder die Therapeuten zu verstehen (Q5, r), aktiv in ihrer Haltung waren (Q15, r) und sich nicht weigerten, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven auseinanderzusetzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r). In beiden Bedingungen waren die Patienten vertrauensvoll (Q44, r). Während die Patienten der KVT-Bedingung sich von ihren Therapeuten verstanden fühlten (Q14, r), waren die Patienten der EST-Bedingung eher angepasst (Q20, r).

8.3.3 Teil C: Deskriptive Beschreibung der Sitzungen als Ganzes durch eine statistische Absicherung

Um zu untersuchen, welche Q-Items signifikant zwischen beiden Bedingungen unterscheiden, wurden die Mittelwerte der Q-Ratings über die vier Sitzungen hinweg für jede Stichprobe (KVT: $n = 104$; EST: $n = 104$) in Anlehnung an Ablon und Jones (1999) und Jones und Pulos (1993) anhand von gepaarten T-Tests verglichen. Um die Gefahr einer α -Fehler-Kumulierung durch die Durchführung von 100 T-Tests zu vermeiden, wurde das Signifikanzniveau ebenso in Anlehnung an diese beiden Studien auf $p \leq .01$ gesetzt. Ergebnisse der T-Tests sind in Tabelle 18 ersichtlich.

Tabelle 18: *Unterschiede der Mittelwerte der Q-Items (alle Sitzungen) zwischen der KVT - und der EST-Bedingung ermittelt, anhand von T-Tests*

| PQS No. | Beschreibung des Items | T-Test | MW KVT | MW EST |
|-----------------------------------|---|----------------------------------|--------|--------|
| Charakteristischer für KVT | | | | |
| Q4 | Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | [$t(50) = 5.106$; $p=.000$]. | 6.63 | 5.15 |
| Q17 | Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | [$t(50) = 7.410$; $p=.000$]. | 8.11 | 6.85 |
| Q38 | Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll. | [$t(50) = 5.772$; $p=.000$]. | 6.83 | 5.06 |
| Q57 | Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | [$t(50) = 5.090$; $p=.000$]. | 7.12 | 5.90 |
| Q76 | Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren. | [$t(50) = 3.100$; $p=.003$]. | 5.75 | 5.15 |
| Charakteristischer für EST | | | | |
| Q18 | Der Therapeut vermittelt Wertschätzung. | [$t(50) = -2.828$; $p=.007$]. | 6.00 | 6.47 |
| Q63 | Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | [$t(50) = -4.252$; $p=.000$]. | 6.70 | 7.88 |

N.B.: Endpunkte sind 9 (extrem charakteristisch) und 1 (extrem uncharakteristisch). Signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten (MW) wurden anhand eines zweiseitigen T-tests ($dfs = 50$) festgelegt. Anzahl der Therapiesitzungen = 208 (KVT: 104, EST: 104). PQS = Psychotherapy Q-Sort.

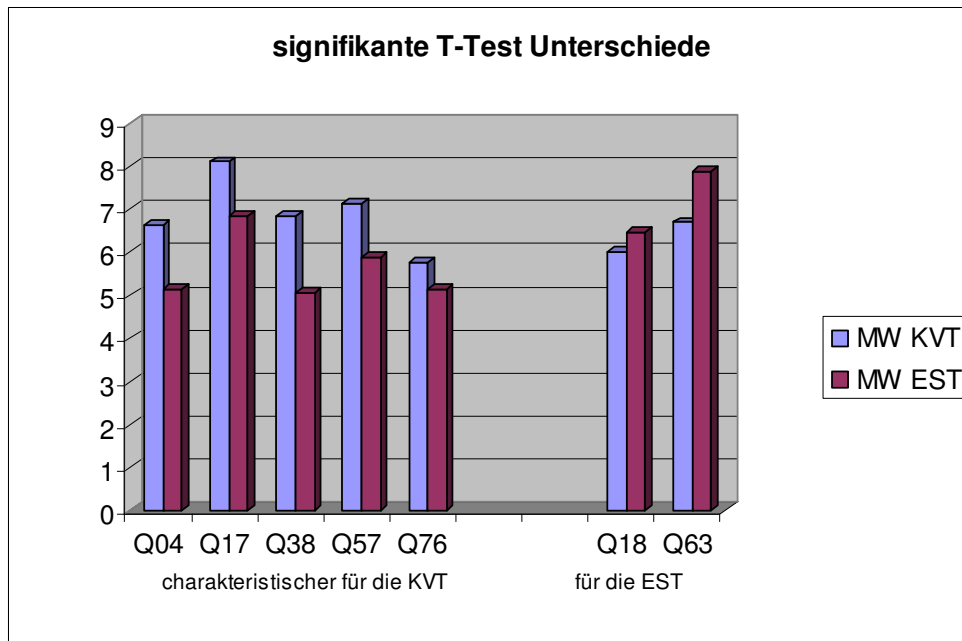


Abbildung 27: Unterschiede der Mittelwerte der Q-Items (alle Sitzungen) zwischen der KVT- und der EST-Bedingung ermittelt anhand von T-Tests; MW = Mittelwert über die vier Sitzungen

Bei der Beschreibung der Q-Items, die signifikant zwischen beiden Bedingungen unterscheiden, ist es wichtig zu berücksichtigen, dass auch wenn ein Item als statistisch signifikant charakteristischer für eine therapeutische Bedingung eruiert wurde, es sich auch bei der anderen therapeutischen Bedingung auf derselben Ausprägung der Charakterisierung befand. Folglich sind diese Unterschiede relativ in ihrer Aussage.

Wie zu erwarten war, unterschieden vier Items, die eindeutig einem idealen kognitiv-behavioralen Prototypen zugeordnet werden können (vgl. Ablon & Jones, 1998), signifikant zwischen der KVT- und der EST-Bedingung. In der KVT-Bedingung kontrollierten die Therapeuten die Interaktion aktiver (Q 17) und erläuterten signifikant öfter das Rational ihrer Technik oder ihres Behandlungsansatzes (Q 57). Ziele der KVT-Therapie waren signifikant stärker dadurch charakterisiert, dass zum einen mehr spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen wurden, die die Patienten außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen sollten (Q 38), als auch dass signifikant mehr über die Therapieziele der Patienten gesprochen wurde (Q 4). Weiter legten Therapeuten der KVT-Bedingung ihren Patienten signifikant öfter nahe, die eigene Verantwortung für ihre Probleme zu akzeptieren (Q 76).

Im Gegensatz dazu unterschied sich die EST-Therapie signifikant von der KVT-Bedingung durch zwei Items, von denen eines einem idealen Verlauf einer interpersonalen Therapie (Q63) (vgl. Ablon & Jones, 2002) und eines einem idealen Verlauf einer psychodynamischen Therapie (Q18) zugeordnet werden kann (vgl. Ablon & Jones, 1998). Die Sitzungen der EST

Bedingung zeichneten sich dadurch aus, dass signifikant öfter die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten ein Hauptthema waren (Q 63) und dass die Therapeuten auch signifikant mehr Wertschätzung vermittelten (Q 18).

8.4 Ergebnisse explorativer Teil: Betrachtung des Verlaufes

8.4.1 Ergebnisse fünf Skalen im Verlauf der Therapie

Ausgehend davon, dass Sitzungen am Anfang der Therapie ein besserer Prädiktor für das Outcome sind und sich die therapeutische Allianz schon innerhalb der ersten Sitzungen konstituiert, wurden alle mit dem Q-Sort ausgewerteten Sitzungen der Sitzung 02 unabhängig von deren therapeutischen Modalität für eine Faktorenanalyse herangezogen, um zu eruieren, welche signifikanten Interaktionsstrukturen zwischen Patient und Therapeut vorlagen. Die Überlegung, eine explorative Faktorenanalyse getrennt pro therapeutischer Bedingung zu berechnen, wurde insofern verworfen, da das vorliegende n jeder Teilstichprobe ($n = 26$) zu klein gewesen wäre. Laut Tabacknick und Fidell (1996) ist das vorliegende $N (= 52)$ der Gesamtstichprobe klein, jedoch im Rahmen einer explorativen Vorgehensweise dennoch tolerierbar. Eine Faktorenanalyse über die vier Sitzungen hinweg würde zwar das Gesamt $N (= 208)$ erhöhen, ist nach Revenstorf (1980) insofern nicht indiziert, da dies aufgrund der seriellen Abhängigkeit der Daten einem Informationsverlust gleichkommen würde.

In einem ersten Schritt wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation und Kaiser-Normalisierung gewählt. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurde dabei nicht beschränkt. Die Rotation konvergierte nach 121 Iterationen, wobei sich 28 Faktoren mit einem Eigenwert > 1 ergaben. Diese Anzahl an Faktoren ist in Einklang mit Jones, Parke und Pulos (1992), die bei einer Faktorenanalyse mit dem Q-Sort von zwanzig bis dreißig Faktoren ausgehen. Anhand des Scree-Tests (vgl. Abbildung 28) wurde entschieden, sich auf die ersten fünf Faktoren zu beschränken, die zusammen 38.73 % der Gesamtvarianz aufklärten. Faktor 1klärte 12.12 %, Faktor 2 9.07 %, Faktor 3 7.10 %, Faktor 4 5.70 % und Faktor 5 4.75 % der Varianz auf. Da manche Items mit unterschiedlicher, aber dennoch hoher Faktorladung auf zwei Faktoren gleichzeitig luden, wurde entschieden, aus den fünf extrahierten Faktoren Skalen zu bilden. Diese Herangehensweise wurde in Anlehnung an Coombs, Coleman und Jones (2002) gewählt, um schließlich jene Items zu Faktorskalen zusammenzufügen, die konzeptuell konsistent zusammenpassten. Zur Skalenbildung wurden nur Items mit einer

Faktorladung ab .40 berücksichtigt. Zur Benennung der Faktorskalen wurden Items mit Faktorladungen $\approx .60$ als Marker-Items herangezogen. Die Benennung der Faktorskalen wurde von einer Doktorandin der Abteilung (Kerstin Velten) gegengeprüft.

Screepplot

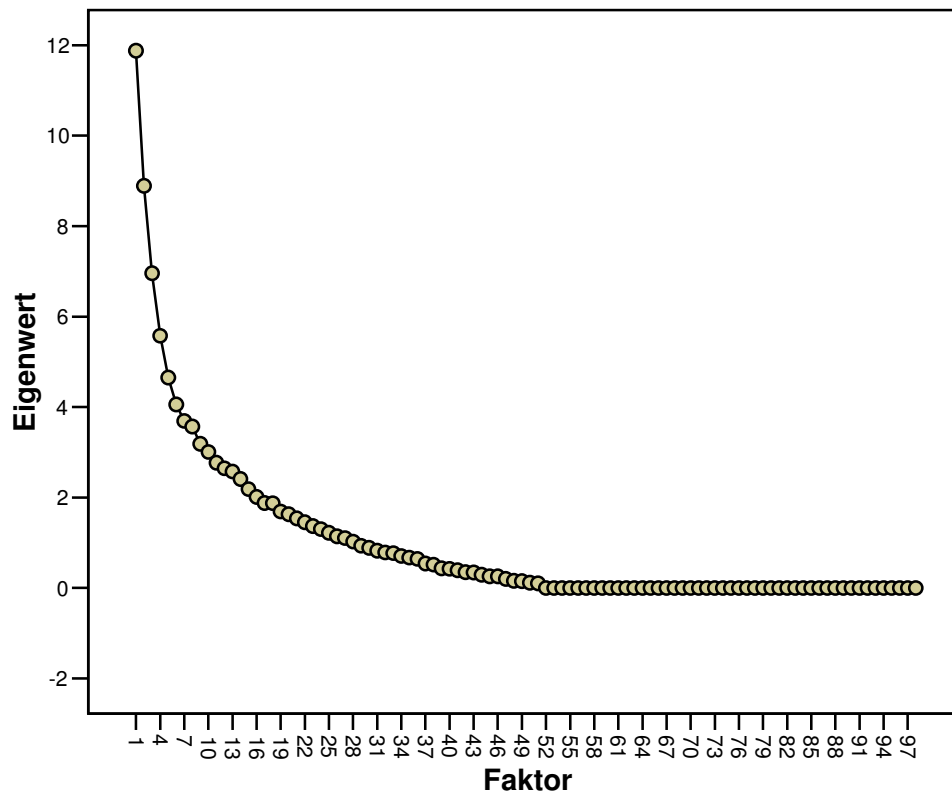


Abbildung 28: Screepplot der Faktorenanalyse

Tabellen 19 bis 23 stellen die einzelnen Faktorskalen mit ihren jeweiligen Items dar. Die Faktorladung der Q-Items wurde aufgeführt, um darzustellen, welche Ergebnisse die Faktorextraktion hervorgebracht hatte. Negative Ladungen der Items sind im Zusammenhang mit der Bipolarität der Skalierung zu verstehen (vgl. 7.3.5.3). Um die Mittelwerte der einzelnen Skalen pro Bedingung zu berechnen, wurden die einzelnen Werte der Items addiert und anschließend durch die Anzahl der Items pro Skala dividiert. Aufgrund der Itemzusammensetzung, die in allen Skalen sowohl aus positiven als auch negativen ("reversed") Items bestand, ergaben sich bei allen Skalen Mittelwerte, die im Bereich der Kategorien von „ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend“ zu „relativ neutral oder unwichtig“ einzuordnen sind (vgl. Anhang A2). Da jedoch die Platzierung der Items beziehungsweise der Skalen in einer uncharakteristischen Richtung nicht bedeutet, dass der

beschriebene Inhalt des Items beziehungsweise der Skala irrelevant für den therapeutischen Prozess wäre (vgl. 7.3.5.3) und da es sich bei den eruierten Skalen weder um positiv gepolte Skalen handelt, bei denen ein höherer Wert eine Verbesserung bedeuten würde und dementsprechend ein niedrigerer Wert auch nicht eine Verschlechterung bedeutet (vgl. 7.5.3), ist der tatsächlich vorliegende Mittelwert der einzelnen Skalen pro therapeutischer Bedingung zu relativieren. Relevant hingegen ist, aus welchen Items sich die Skalen zusammensetzen, wie sich diese im Laufe der vier Sitzungen positionieren und ob die Skalen zwischen den therapeutischen Bedingungen unterscheiden.

Tabelle 19: Items der Skala 1 „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“

| Skala 1: „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“ | | |
|--|---|---------------------|
| Q | Item plus Beschreibung | Faktorladung |
| Q47 | Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern. | .82 |
| Q73 | Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | .75 |
| Q72 | Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird. | .70 |
| Q52 | Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst. | .58 |
| Q95 | Der Patient fühlt sich unterstützt. | .40 |
| Q39 | Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter. | -.68 |
| Q83 | Der Patient ist fordernd. | -.69 |
| Q42 | Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an). | -.80 |
| Q20 | Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. | -.82 |

Skala 1, die „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“ benannt wurde, setzt sich aus neun Items zusammen, von denen fünf eine positive Ladung und vier eine negative Ladung aufwiesen. Items mit einer positiven Ladung beinhalten ein Item, das sich darauf bezieht, wenn sich der Therapeut auf eventuell schwierige Situationen mit dem Patienten einstellt (Q47). Die anderen vier Items betreffen die Arbeitshaltung, die der Patient gegenüber der Therapie aufweist und dass sich dieser vom Therapeuten verstanden und unterstützt fühlt (Q73, Q72, Q52, Q95). Alle vier Items mit einer negativen Ladung beinhalten Interaktionen, die der Patient gegenüber dem Therapeuten aufweist, in denen jedoch seine konstruktive Mitarbeit zum Ausdruck kommt (Q39, r; Q83, r; Q42, r; Q20, r).

Tabelle 20: *Items der Skala 2 „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“*

| Skala 2: „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“ | | |
|--|--|---------------------|
| Q Item plus Beschreibung | | Faktorladung |
| Q2 | Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten. | .59 |
| Q4 | Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | .40 |
| Q91 | Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches. | .39 |
| Q40 | Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. | .36 |
| Q7 | Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt). | -.54 |
| Q44 | Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). | -.63 |
| Q14 | Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden. | -.69 |
| Q77 | Der Therapeut ist taktlos. | -.75 |
| Q24 | Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung. | -.79 |
| Q51 | Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab. | -.79 |

Skala 2, die „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“ benannt wurde, setzt sich aus zehn Items zusammen, von denen vier eine positive Ladung und sechs eine negative Ladung aufwiesen. Items mit einer positiven Ladung beinhalten, dass der Therapeut die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten lenkte (Q2), Therapieziele und Erinnerungen aus der Kindheit Inhalte des Gespräches waren (Q4, Q91) und sich der Therapeut auf konkrete Personen im Leben des Patienten bezog (Q40). Von den sechs Items mit einer negativen Ladung bezogen sich drei auf den Patienten, drei auf den Therapeuten. Die drei Patienten-Items beschreiben, dass sich die Patienten in den Sitzungen ruhig, vertrauensvoll und von den Therapeuten verstanden fühlten (Q7; Q44, r; Q14, r). Die Therapeuten-Items beschrieben, dass sich die Therapeuten weder taktlos (Q77, r) noch herablassend (Q51, r) verhielten und ihre eigenen Konflikte auch nicht die therapeutische Beziehung störten (Q24).

Tabelle 21: *Items der Skala 3 „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“*

| Skala 3: „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ | | |
|--|--|---------------------|
| Q Item plus Beschreibung | | Faktorladung |
| Q13 | Der Patient ist lebhaft. | .74 |
| Q74 | Es geht humorvoll zu. | .57 |
| Q78 | Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten. | .48 |
| Q71 | Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld. | -.43 |
| Q87 | Der Patient kontrolliert. | -.55 |
| Q94 | Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter). | -.57 |
| Q15 | Patient initiiert keine Themen, ist passiv. | -.64 |
| Q25 | Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen. | -.68 |
| Q61 | Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher). | -.69 |
| Q59 | Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen). | -.79 |

Skala 3, die „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ benannt wurde, setzt sich aus zehn Items zusammen, von denen drei eine positive Ladung und sieben eine negative Ladung aufwiesen. Bis auf das Item Q74, das eine humorvolle Stimmung beschrieb, bezogen sich alle Items auf den Patienten. Die beiden anderen positiven Items bezogen sich darauf, dass Patienten lebhaft (Q13) und darum bemüht waren, mit den Therapeuten in Einklang zu sein (Q78). Die vier Items mit negativer Ladung bezogen sich darauf, dass die Patienten sich nicht selbst anklagten (Q71, r) und einen fröhlichen Affekt aufwiesen (Q94). Weder waren sie passiv (Q15, r), noch kontrollierten sie (Q87, r) und hatten auch keine Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen (Q25, r). Sie fühlten sich selbstbewusst (Q61) und effektiv (Q59).

Tabelle 22: Items der Skala 4 „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“

| Skala 4: „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“ | | |
|---|--|--------------|
| Q Item plus Beschreibung | | Faktorladung |
| Q89 | Der Therapeut stärkt die Abwehr. | .83 |
| Q81 | Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben. | .53 |
| Q26 | Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle. | .51 |
| Q84 | Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus. | .40 |
| Q9 | Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert). | -.51 |
| Q36 | Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung. | -.65 |
| Q50 | Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung). | -.78 |

Skala 4, die „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“ benannt wurde, setzt sich aus sieben Items zusammen, von denen vier eine positive Ladung und drei eine negative Ladung aufwiesen. Die vier Items mit positiver Ladung beziehen sich auf Emotionen, die die Patienten während der Sitzung erlebten. Q89 (r) drückt aus, dass die Haltung der Therapeuten dadurch charakterisiert war, die Patienten nicht emotional aus der Fassung zu bringen, wengleich sie die Patienten unterstützten, Gefühle intensiver zu erleben (Q81, r). Patienten empfanden unangenehme Gefühle (Q26) und drückten diese auch aus (Q84). Die drei negativ geladenen Items bringen zum Ausdruck, dass die Therapeuten einerseits affektiv involviert waren (Q9, r) und andererseits weder auf Abwehrmechanismen des Patienten (Q36) noch auf Gefühle abzielten, die für den Patienten inakzeptabel waren (Q50). Dieses scheinbar widersprüchliche Vorhandensein der Items Q84 und Q50 ist dadurch erklärbar, dass Patienten einerseits Ärger oder aggressive Gefühle zum Ausdruck brachten, andererseits dass diese für die Patienten in diesem Moment nicht inakzeptabel waren. Therapeuten hatten eine Atmosphäre geschaffen, in der es möglich war, diese Gefühle ohne Reue zum Ausdruck zu bringen.

Tabelle 23: Items der Skala 5 „Ausmaß von Reframing“

| Skala 5: „Ausmaß von Reframing“ | | |
|---------------------------------|--|--------------|
| Q Item plus Beschreibung | | Faktorladung |
| Q32 | Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht. | .45 |
| Q67 | Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen. | -.53 |
| Q79 | Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an. | -.63 |
| Q82 | Der Therapeut benennt das Verhalten des Pat. in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher n. explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt. | -.74 |
| Q90 | Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen. | -.77 |
| Q100 | Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. | -.79 |

Skala 5, die „Ausmaß von Reframing“ benannt wurde, setzt sich aus sechs Items zusammen, von denen nur eines eine positive Ladung und fünf eine negative Ladung aufweisen.

Das Item mit positiver Ladung ist ein Patienten-Item, in dem zum Ausdruck kommt, dass Patienten ein neues Verständnis gewonnen hatten (Q32). Weiter fokussierten Therapeuten in der Sitzung nur Material, das den Patienten bewusst war (Q67, r), kommentierten weder Veränderungen der Stimmung (Q79) noch des Verhaltens (Q82) innerhalb der Stunde. Träume und Phantasien der Patienten wurden nicht besprochen (Q90). Die Sitzungen kennzeichneten sich weiter dadurch, dass kein Transfer von Zusammenhängen zwischen interpersonellen Aspekten der Therapie und Erfahrungen in anderen Beziehungen durchgeführt wurde (Q100).

In einem zweiten Schritt wurde abermals eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation mit Kaiser-Normalisierung gewählt. Diesmal wurde die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren auf fünf beschränkt. Die Rotation konvergierte nun schon nach acht Iterationen, wobei sich ebenso 28 Faktoren mit einem Eigenwert > 1 ergaben. Ebenso klärten die fünf Faktoren 38,73 % der Gesamtvarianz auf, wobei analog zur ersten Rotation Faktor 1 12.12 %, Faktor 2 9.07 %, Faktor 3 7.10 %, Faktor 4 5.70 % und Faktor 5 4.75 % der Varianz aufklärte. Da sich die ersten fünf Faktoren der beiden Hauptkomponentenanalysen unabhängig vom Rotationsverfahren und der zu extrahierenden Faktoren – fünf oder unbeschränkt – nicht substantiell in der inhaltlichen Konsistenz unterschieden, wurde in Einklang mit dem Zweitbetreuer, Prof. Dr. Hautzinger, entschieden, für die Skalenbildung die Faktoren heranzuziehen, die sich in der ersten Hauptkomponentenanalyse ergeben hatten.

Mit den konstruierten und benannten Skalen wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Da die einfaktorielle Varianzanalyse nur einen unspezifischen Signifikanztest über alle Treatmentstufen angibt, wurden in Anlehnung an Jones, Parke und

Pulos (1992) und Pospeschill (2006) Post-Hoc-Tests berechnet, um zu untersuchen innerhalb welcher Intervalle (Sitzungen 02 zu 08, 08 zu 14, 14 zu 17) signifikante Unterschiede aufzufinden waren. Dazu wurde für die Anpassung der Mehrfachvergleiche eine Bonferroni-Korrektur vorgenommen. Allerdings lagen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Intervallen vor, so dass sich dargestellte Zeiteffekte von Sitzung 02 nach Sitzung 17 beziehen.

8.4.1.1 Skala 1 „Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“

Tabelle 24: Skala 1 im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 1 | S02 M (SD) Range | S08 M (SD) Range | S14 M (SD) Range | S17 M (SD) Range | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---------------|---------|------|-----------------|
| KVT- Bedingung | 4.65 (.31) 4.11-5.22 | 4.80 (.64) 3.56-6.44 | 4.80 (.38) 4.22-5.67 | 4.65 (.50) 3.78-6.00 | $F_{TB}=.009$ | (1; 50) | n.s. | .00 |
| | | | | | $F_{ZE}=1.42$ | (3; 48) | n.s. | .08 |
| EST- Bedingung | 4.73 (.42) 3.89-5.67 | 4.67 (.41) 4.00-5.33 | 4.81 (.59) 4.00-6.00 | 4.66 (.48) 3.89-6.22 | $F_{IN}=.651$ | (3; 48) | n.s. | .04 |

KVT: n=26; EST: n=26 $p \leq .10$ = Tendenz; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

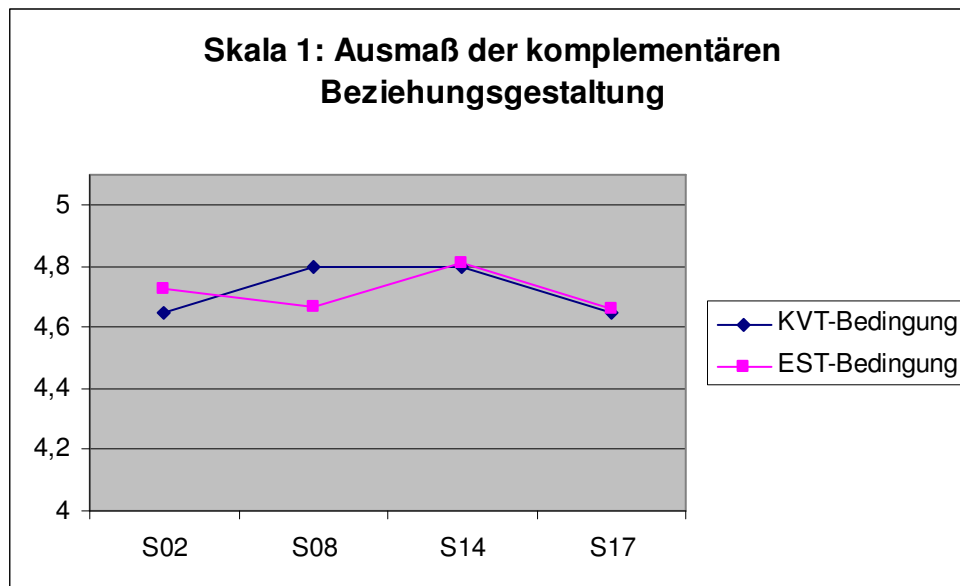


Abbildung 29: Skala 1 („Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung“) im Verlauf der vier Sitzungen

Das Ausmaß der komplementären Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten blieb bei beiden Bedingungen auf einem konstanten Niveau, so dass weder signifikante Zeit-, [$F_{ZE} (3; 48) = 1.42; n.s.$] Treatment- [$F_{TB} (1; 50) = .009; n.s.$] noch Interaktionseffekte vorlagen [$F_{IN} (3; 48) = .651; n.s.$].

8.4.1.2 Skala 2 „Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten“

Tabelle 25: Skala 2 im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 2 | S02 M (SD) Range | S08 M (SD) Range | S14 M (SD) Range | S17 M (SD) Range | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|-------|-----------------|
| KVT- Bedingung | 4.80 (.41) 4.10-5.70 | 4.70 (.35) 3.90-5.30 | 4.55 (.49) 3.10-5.40 | 4.60 (.40) 3.70-5.50 | $F_{TB}=.035$ | (1; 50) | n.s. | .001 |
| | | | | | $F_{ZE}=4.48$ | (3; 48) | .007* | .22 |
| EST- Bedingung | 4.75 (.42) 4.00-5.60 | 4.64 (.40) 4.10-5.40 | 4.68 (.44) 3.80-5.60 | 4.52 (.36) 4.00-5.30 | $F_{IN}=1.369$ | (3; 48) | n.s. | .08 |

KVT: n=26; EST: n=26 $p \leq .10$ = Tendenz; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

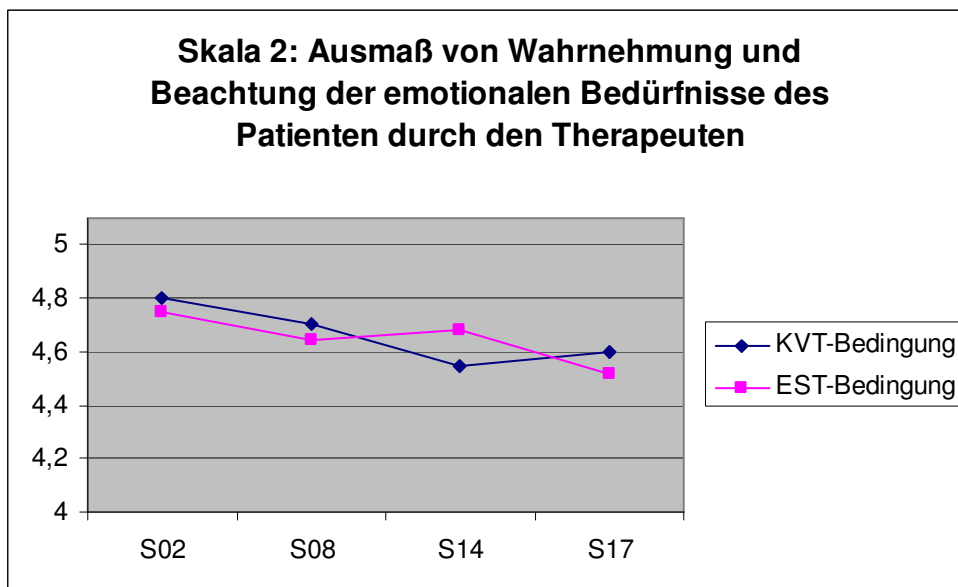


Abbildung 30: Skala 2 („Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten“) im Verlauf der vier Sitzungen

Skala 2 nahm bei beiden Bedingungen mit einem ähnlichen Verlauf von Sitzung 02 zu Sitzung 17 ab, was sich auch in einem sehr signifikanten Zeiteffekt widerspiegelte [$F_{ZE} (3; 48) = 4.48; p=.007$]. Das sich dabei ergebende η^2 von 22 % lässt auf einen starken Effekt schließen. Durch die in beiden Therapiebedingungen stattfindende Abnahme des Ausmaßes von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse der Patienten durch die Therapeuten waren daher weder signifikante Gruppen- [$F_{TB} (1; 50)= .035; n.s.$] noch Interaktionseffekte [$F_{IN} (3; 48) = 1.369; n.s.$] nachweisbar.

8.4.1.3 Skala 3 „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“

Tabelle 26: Skala 3 im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 3 | S02 M (SD) Range | S08 M (SD) Range | S14 M (SD) Range | S17 M (SD) Range | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|------|-----------------|
| KVT- Bedingung | 4.51 (.77) 3.20-6.60 | 4.43 (.72) 3.20-6.00 | 4.39 (.69) 3.30-5.80 | 4.46 (.62) 3.40-5.70 | $F_{TB}=.231$ | (1;50) | n.s. | .005 |
| | | | | | $F_{ZE}=1.317$ | (3; 48) | n.s. | .08 |
| EST- Bedingung | 4.49 (.68) 3.20-5.70 | 4.47 (.57) 3.30-5.40 | 4.21 (.70) 3.40-5.90 | 4.35 (.72) 3.40-6.60 | $F_{IN}=.418$ | (3; 48) | n.s. | .03 |

KVT: n=26; EST: n=26 $p \leq .10$ = Tendenz; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

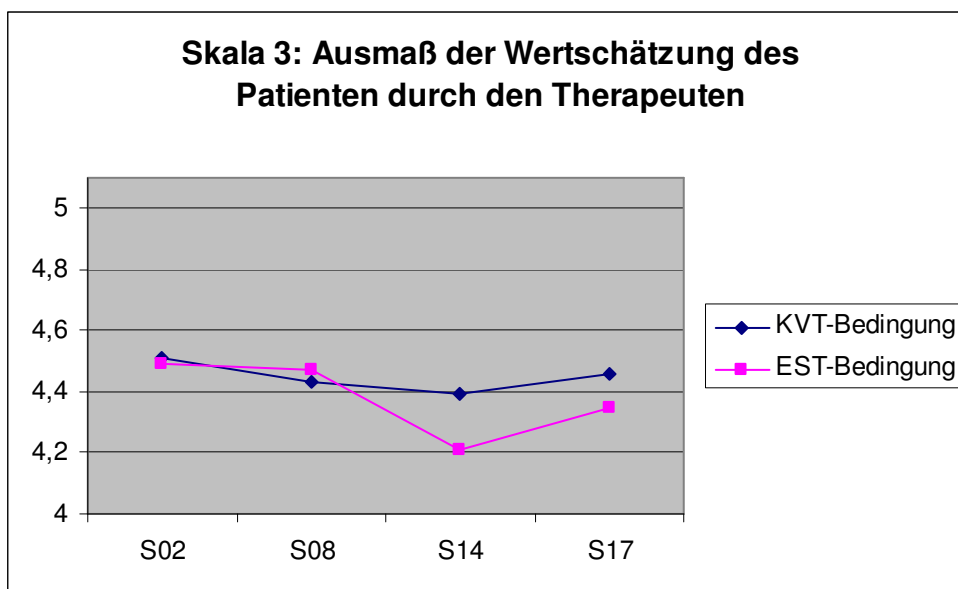


Abbildung 31: Skala 3 („Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“) im Verlauf der vier Sitzungen

Ebenso wie Skala 1 blieb Skala 3 „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ bei beiden Bedingungen auf einem konstanten Niveau, so dass weder signifikante Zeit- [$F_{ZE} (3; 48) = 1.317; n.s.$], Treatment- [$F_{TB} (1; 50) = .231; n.s.$] noch Interaktionseffekte [$F_{IN} (3; 48) = .418, n.s.$] vorlagen.

8.4.1.4 Skala 4 „Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“

Tabelle 27: Skala 4 im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 4 | S02 M (SD) Range | S08 M (SD) Range | S14 M (SD) Range | S17 M (SD) Range | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|------|-----------------|
| KVT- Bedingung | 4.47 (.62) 3.00-5.29 | 4.62 (.68) 3.14-6.29 | 4.54 (.63) 3.14-5.71 | 4.70 (.76) 3.29-6.14 | $F_{TB}=2.870$ | (1;50) | .096 | .054 |
| | | | | | $F_{ZE}=1.832$ | (3; 48) | n.s. | .103 |
| EST- Bedingung | 4.63 (.78) 3.00-6.43 | 4.74 (.64) 3.29-6.00 | 4.88 (.62) 3.43-6.00 | 4.98 (.71) 3.86-6.57 | $F_{IN}=.439$ | (3; 48) | n.s. | .027 |

KVT: n=26; EST: n=26 $p \leq .10$ = Tendenz; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

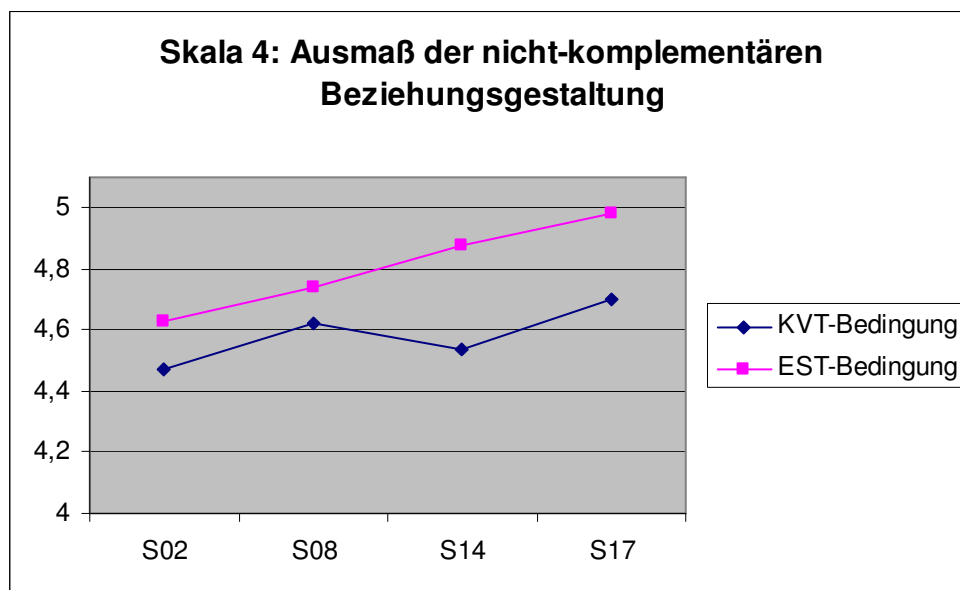


Abbildung 32: Skala 4 („Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung“) im Verlauf der vier Sitzungen

Das Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung war in allen vier Sitzungen in der EST-Bedingung stärker ausgeprägt, was sich auch in einem der Tendenz nach signifikanten Treatmentfaktor nachweisen lässt [$F_{TB}(1; 50) = 2.870$; $p = .096$]. Die sich dabei ergebende Effektstärke η^2 von 5.4 % deutet laut Pospeschill (2006) auf einen schwachen, an der Grenze zu einem mittleren Effekt hin. Während in der EST-Bedingung dieses Ausmaß von Sitzung 02 bis Sitzung 17 kontinuierlich anstieg, zeichnete es sich in der KVT-Bedingung durch eine Auf- und Ab-Bewegung aus. Dennoch war für beide Bedingungen weder ein signifikanter Zeit- [$F_{ZE}(3; 48) = 1.832$, n.s.] noch ein signifikanter Interaktionseffekt [$F_{IN}(3; 48) = .439$; n.s.] nachweisbar.

8.4.1.5 Skala 5 „Ausmaß von Reframing“

Tabelle 28: Skala 5 im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 5 | S02 M (SD) Range | S08 M (SD) Range | S14 M (SD) Range | S17 M (SD) Range | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|-------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------|---------|------|-----------------|
| KVT- Bedingung | 4.54 (.58) 2.33-5.33 | 4.65 (.50) 3.17-5.33 | 4.69 (.35) 3.50-5.33 | 4.77 (.38) 3.67-5.83 | $F_{TB}=2.812$ | (1;50) | .100 | .053 |
| | | | | | $F_{ZE}=2.211$ | (3; 48) | .099 | .121 |
| EST- Bedingung | 4.73 (.33) 3.83-5.67 | 4.90 (.71) 4.17-8.00 | 4.74 (.46) 3.50-5.83 | 4.85 (.41) 4.17-5.50 | $F_{IN}=.400$ | (3; 48) | n.s. | .024 |

KVT: n=26; EST: n=26 $p \leq .10$ = Tendenz; $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

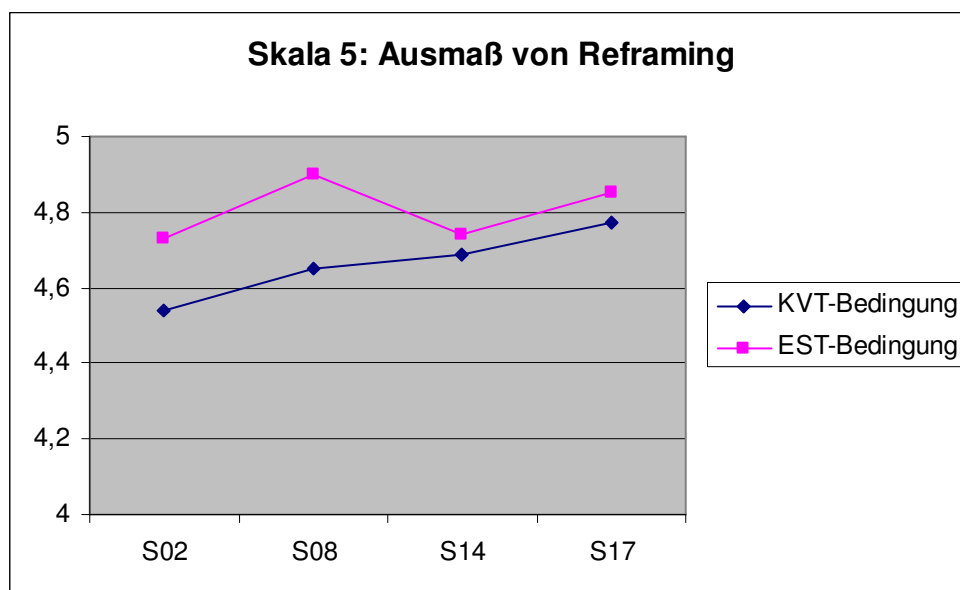


Abbildung 33: Skala 5 („Ausmaß von Reframing“) im Verlauf der vier Sitzungen

Die Skala 5 „Ausmaß von Reframing“ wies bei allen vier Sitzungen für die EST-Bedingung eine stärkere Ausprägung auf, was sich auch in einem der Tendenz nach signifikanten Treatmenteffekt widerspiegelte [$F_{TB} (1; 50) = 2.812$; $p = .100$]. Wie bei Skala 4 deutet die sich hierbei ergebende Effektstärke η^2 von 5.3 % laut Pospeshill (2006) auf einen schwachen, an der Grenze zu einem mittleren Effekt hin. Da in der KVT-Bedingung das Ausmaß an Reframing kontinuierlich von Sitzung 02 zu Sitzung 17 zunahm und in der EST-Bedingung eine Auf-, Ab-, Auf-Bewegung zu verzeichnen ist, bei der Sitzung 17 höhere Werte als Sitzung 02 aufweist, ist auch hier ein der Tendenz nach signifikanter Zeiteffekt nachweisbar [$F_{ZE} (3; 48) = 2.211$; $p = .099$]. Die sich hierbei ergebende Effektstärke η^2 von 12,1 % deutet auf einen mittleren Effekt hin. Dadurch, dass in beiden Bedingungen das Ausmaß an Reframing von Sitzung 02 zu Sitzung 17 zunahm, ergab sich kein signifikanter Interaktionseffekt [$F_{IN} (3; 48) = .400$; n.s.].

8.4.2 Drei Faktoren des Patientenstundenbogens im Verlauf der vier Sitzungen

Wie die fünf Skalen, die anhand des Q-Sorts gebildet worden waren, wurden auch die drei Faktoren des Patientenstundenbogens im Hinblick einer Untersuchung eines Zeit-, Gruppen- beziehungsweise Interaktionseffekts im Verlauf der Therapie einer einfaktoriellem Varianzanalyse mit Messwiederholung unterzogen.

Tabelle 29: Faktor 2, 3 und 4 des Patientenstundenbogens im Verlauf der vier Sitzungen

| Faktor des Patientenstundenbogens | S02 M (SD) | S08 M (SD) | S14 M (SD) | S17 M (SD) | F | Df | p | Eta-Quadrat |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---------|-------|-------------|
| Faktor 2: „Fortschritte innerhalb der Therapie“ | | | | | | | | |
| KVT-Bedingung | 6.30 (4.93) "0.9" | 9.00 (3.97) "1.28" | 9.45 (4.51) "1.35" | 9.55 (5.32) "1.36" | F _{TB=} .986 | (1; 42) | n.s. | .023 |
| | | | | | F _{ZE=} 3.56 | (3; 40) | .022* | .211 |
| EST-Bedingung | 7.08 (3.65) "1.01" | 7.17 (5.12) "1.02" | 7.33 (3.86) "1.04" | 8.58 (5.15) "1.22" | F _{IN=} 1.97 | (3; 40) | n.s. | .13 |
| Faktor 3: „Fortschritte außerhalb der Therapie“ | | | | | | | | |
| KVT-Bedingung | 1.68 (2.72) "0.42" | 2.56 (3.06) "0.64" | 2.92 (4.63) "0.73" | 3.68 (3.69) "0.92" | F _{TB=} .479 | (1; 48) | n.s. | .01 |
| | | | | | F _{ZE=} 4.22 | (3; 46) | .01** | .022 |
| EST-Bedingung | 2.08 (2.48) "0.52" | 3.08 (3.07) "0.77" | 3.68 (2.43) "0.92" | 3.84 (3.44) "0.96" | F _{IN=} .165 | (3; 46) | n.s. | .01 |
| Faktor 4: „Qualität der Therapiebeziehung“ | | | | | | | | |
| KVT-Bedingung | 7.35 (2.81) "1.83" | 8.00 (3.03) "2.00" | 7.05 (3.69) "1.76" | 7.55 (3.58) "1.89" | F _{TB=} .207 | (1;34) | n.s. | .01 |
| | | | | | F _{ZE=} .643 | (3;32) | n.s. | .06 |
| EST-Bedingung | 7.31 (2.85) "1.83" | 6.81 (2.54) "1.70" | 6.94 (2.52) "1.74" | 7.19 (3.19) "1.79" | F _{IN=} 1.40 | (3;32) | n.s. | .12 |

KVT: n=20, EST: n=24; p ≤ .05= signifikant *; p ≤ .01= sehr signifikant **; p ≤ .001= hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte. Ziffern in Anführungszeichen: proportionale Bewertung des Faktors in Relation zur Anzahl seiner Items.

8.4.2.1 Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) und Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“)

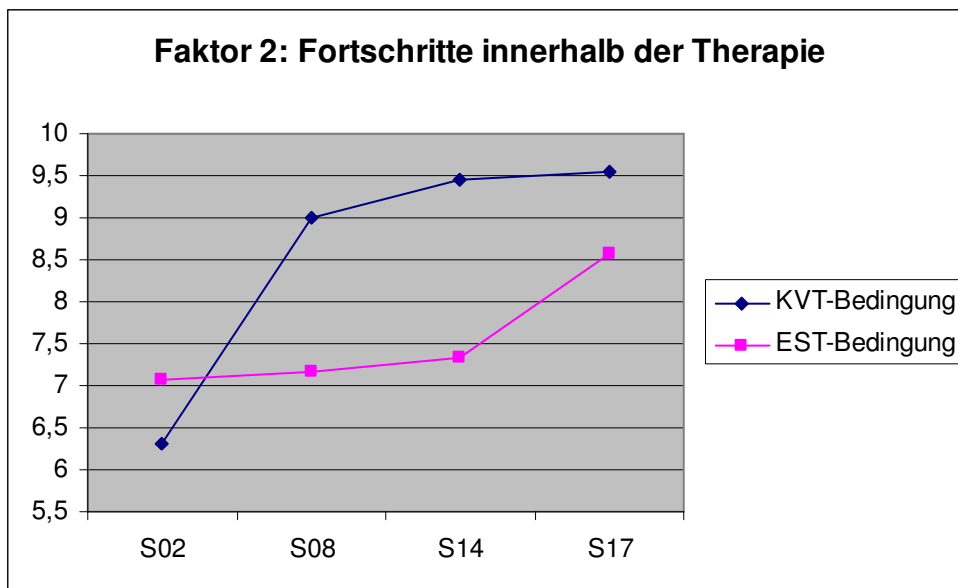


Abbildung 34: Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) im Verlauf der vier Sitzungen

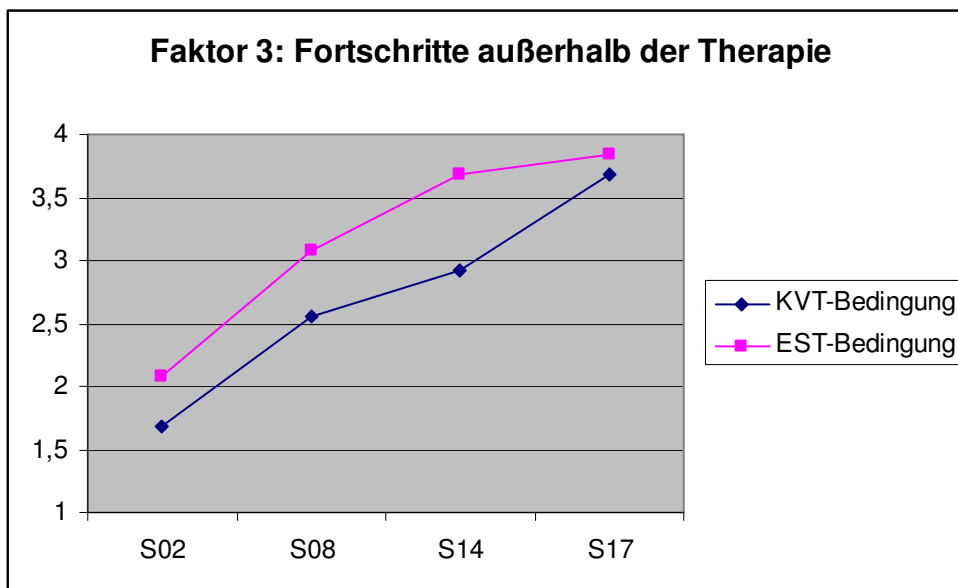


Abbildung 35: Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) im Verlauf der vier Sitzungen

Für die beiden arbeitsbezogenen ("work-related factors") Faktoren, Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) und Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“), ist der gleiche Verlauf innerhalb beider Bedingungen festzustellen. Die Patienten beider Bedingungen hatten von Sitzung zu Sitzung mehr und mehr das Gefühl, mehr Fortschritte sowohl innerhalb als auch außerhalb der Therapie zu erleben, was sich auch für beide Faktoren jeweils an statistisch signifikanten Zeiteffekten festmachen lässt: Faktor 2: $[F_{ZE}(3; 40) = 3.56; p = .022]$; Faktor 3: $F_{ZE}(3; 46) = 4.22; p = .01]$. Obwohl die Patienten der KVT-Bedingung für den

Faktor 2 zu den Sitzungen 08 (KVT-Range: 1 bis 14; EST-Range: -7 bis 15), Sitzung 14 (KVT-Range: 1 bis 15; EST-Range: 0 bis 13) und Sitzung 17 (KVT-Range: 1 bis 17; EST-Range: -2 bis 17; Sitzung 02: KVT-Range: -5 bis 14; EST-Range: 0 bis 14) höhere Werte als die Patienten der EST-Bedingung aufwiesen, waren diese Unterschiede so gering, dass kein Treatmenteffekt nachgewiesen werden konnte [$F_{TB}(1; 42) = .986$, n.s.].

Desgleichen wiesen Patienten der EST-Bedingung im Vergleich zu den Patienten der KVT-Bedingung für den Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) zu den Sitzungen 02 (KVT-Range: -6 bis 8; EST-Range: -4 bis 6), Sitzung 08 (KVT-Range: -4 bis 10; EST-Range: -7 bis 8), Sitzung 14 (KVT-Range: -10 bis 8; EST-Range: -1 bis 7) und Sitzung 17 (KVT-Range: -6 bis 8; EST-Range: -4 bis 12) höhere Werte auf, die jedoch ebenso so gering waren, dass kein Treatmenteffekt nachweisbar war [$F_{TB}(1; 48) = .479$, n.s.]. Demzufolge ergaben sich auch für beide Bedingungen keine Interaktionseffekte (Faktor 2: [$F_{IN}(3; 40) = 1.97$; n.s.]; Faktor 3: [$F_{IN}(3; 46) = .165$; n.s.]).

Da Faktor 2 aus sieben Items und Faktor 3 aus nur vier Items besteht, muss die Zufriedenheit der beiden Faktoren mit den jeweiligen Fortschritten in Relation zu der Anzahl der Items betrachtet werden. So ist festzustellen, dass Patienten der KVT-Bedingung zu den Sitzungen 02, 08 und 14 proportional gesehen eine fast doppelt so hohe Zufriedenheit bei den Fortschritten innerhalb der Therapie empfanden, als bei den Fortschritten außerhalb der Therapie. Bei den Patienten der EST-Bedingung war dies nur zu Sitzung 02 der Fall, während sich zu den Sitzungen 08, 14 und 17 das Verhältnis annäherte. Ein bedeutender Unterschied, der sich jedoch anhand der Effektstärken von η^2 feststellen lässt, ist, dass der Zeiteffekt bei Faktor 2 mit η^2 von 22 % auf einen sehr starken Effekt schließen lässt, während der Zeiteffekt von Faktor 3 mit einem η^2 von 3 % nur auf einen schwachen Effekt hindeutet.

Ebenso wurden wie bei den fünf Skalen, die sich anhand des Q-Sorts ergeben hatten, multiple Vergleichstests (Post-Hoc-Tests) berechnet, um zu detektieren, welche Mittelwertsdifferenzen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten (Sitzungen 02-08-14-17) signifikant voneinander abweichen. Hierzu werden in Tabelle 30 und 31 die Gesamtmittelwerte (KVT- und EST-Bedingung), die Mittelwertsdifferenzen von einem Intervall zum anderen und die jeweiligen Signifikanzniveaus berichtet. Dabei wurde eine α -Fehler-Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni angewandt.

Ergebnisse

Tabelle 30: Multiple Post-Hoc-Tests für die Sitzungen 02, 08, 14 und 17 des Stundenbogenfaktors 2

| Vergleichspaar | Vergleich | Mittelwerte STUBO Faktor 2 | Mittelwerts- Differenz | Signifikanz |
|----------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------|
| 1 | Sitzung 02 Sitzung 08 | 6.73 8.00 | -1.39 | .26 |
| 2 | Sitzung 02 Sitzung 14 | 6.73 8.30 | -1.70 | .09 |
| 3 | Sitzung 02 Sitzung 17 | 6.73 9.02 | -2.38(*) | .03 |
| 4 | Sitzung 08 Sitzung 14 | 8.00 8.30 | -.31 | 1.00 |
| 5 | Sitzung 08 Sitzung 17 | 8.00 9.02 | -.98 | 1.00 |
| 6 | Sitzung 14 Sitzung 17 | 8.30 9.02 | -.68 | 1.00 |

Basiert auf den geschätzten Randmitteln. * Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau .05 signifikant.
Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Wie sich anhand der multiplen Einzelvergleiche feststellen lässt, hatte der Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) des Stundenbogens eine signifikante Zunahme von Sitzung 02 nach Sitzung 17 erfahren ($p \leq .05$), welche auch schon von Sitzung 02 nach Sitzung 14 der Tendenz nach ($p \leq .10$) feststellbar war.

Tabelle 31: Multiple Post-Hoc-Tests für die Sitzungen 02, 08, 14 und 17 des Stundenbogenfaktors 3

| Vergleichspaar | Vergleich | Mittelwerte STUBO Faktor 3 | Mittelwerts- Differenz | Signifikanz |
|----------------|--------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------|
| 1 | Sitzung 02 Sitzung 08 | 1.88 2.82 | -.940 | .25 |
| 2 | Sitzung 02 Sitzung 14 | 1.88 3.30 | -1.420 | .08 |
| 3 | Sitzung 02 Sitzung 17 | 1.88 3.76 | -1.880(*) | .006 |
| 4 | Sitzung 08 Sitzung 14 | 2.82 3.30 | -.480 | 1.00 |
| 5 | Sitzung 08 Sitzung 17 | 2.82 3.76 | -.940 | .58 |
| 6 | Sitzung 14 Sitzung 17 | 3.30 3.76 | -.460 | 1.00 |

Basiert auf den geschätzten Randmitteln. * Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau .05 signifikant.
Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Ebenso hatte der Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) des Stundenbogens eine signifikante Zunahme von Sitzung 02 nach Sitzung 17 ($p \leq .01$) erfahren, welche wie bei Faktor 2 auch schon von Sitzung 02 nach Sitzung 14 der Tendenz nach ($p \leq .10$) feststellbar war.

8.4.2.2 Faktor 4 („Qualität der Therapiebeziehung“)

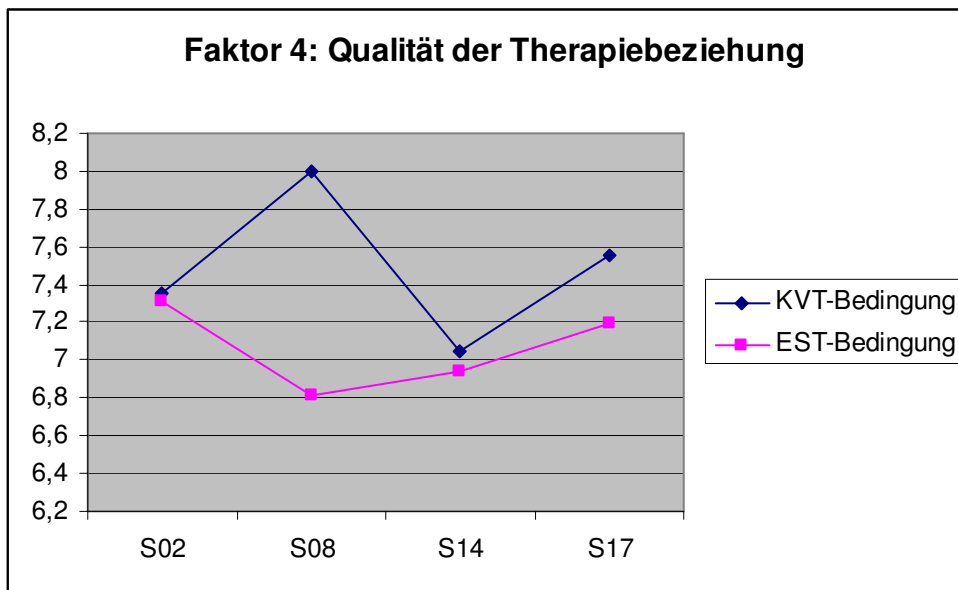


Abbildung 36: Faktor 4 („Qualität der Therapiebeziehung“) im Verlauf der vier Sitzungen

Patienten der KVT-Bedingung weisen im Vergleich zu den Patienten der EST-Bedingung über alle Sitzungen hinweg (Sitzung 02: KVT-Range: 0 bis 12, EST-Range: -1 bis 12; Sitzung 08: KVT-Range: 1 bis 12, EST-Range: 1 bis 12; Sitzung 14: KVT-Range: 1 bis 12, EST-Range: 1 bis 12 und Sitzung 17: KVT-Range: -2 bis 12, EST-Range: 0 bis 12) eine größere Zufriedenheit mit der Qualität der Therapiebeziehung auf. Allerdings sind diese Unterschiede so gering, dass kein statistisch signifikanter Unterschied nachzuweisen ist [$F_{TB}(1; 34) = .207$; n.s.]. Für beide therapeutischen Bedingungen zeichnet sich die Zufriedenheit mit der Qualität der Therapiebeziehung durch Stabilität aus, da weder ein Zeiteffekt [$F_{ZE}(3; 32) = .643$; n.s.] noch ein Interaktionseffekt [$F_{IN}(3; 32) = 1.40$; n.s.] nachzuweisen ist.

Bei einer Betrachtung der Itemzusammensetzung der einzelnen Faktoren fällt Folgendes auf: Wie erwähnt, besteht Faktor 2 aus sieben Items, während Faktor 3 aus nur vier Items besteht. Ebenso setzt sich Faktor 4 auch aus nur vier Items zusammen, die proportional gesehen über fast alle vier Sitzungen hinweg ein doppelt bis vierfach so hohes Ausmaß wie Faktor 3 erlangen und damit bei Summenwerten anlangen, die mit Faktor 2, der aus sieben Items besteht, vergleichbar sind. Wenn man die beiden Faktoren 3 und 4, die aus jeweils vier Items bestehen direkt gegenüberstellt, so lässt sich dabei schlussfolgern, dass der sozio-affektive Faktor 4 („Qualität der Therapiebeziehung“) von den Patienten um ein hohes Ausmaß höher bewertet wurde als der arbeitsbezogene Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“). Dies bedeutet, dass die Patienten beider Bedingungen empfanden, weitaus mehr Nutzen aus der therapeutischen Beziehung ziehen zu können als aus dem arbeitsbezogenen Wirkfaktor

„Fortschritte außerhalb der Therapie“. Abbildungen 37 und 38 stellen die drei Faktoren je Bedingung im Verlauf der vier Sitzungen da.

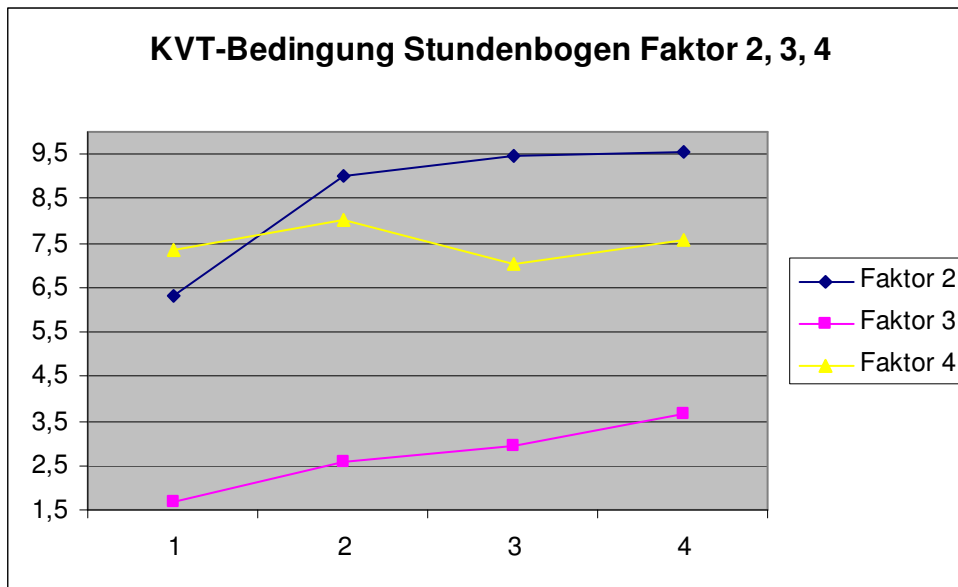


Abbildung 37: Faktor 2, 3 und 4 im Verlauf der vier Sitzungen für Patienten der KVT-Bedingung

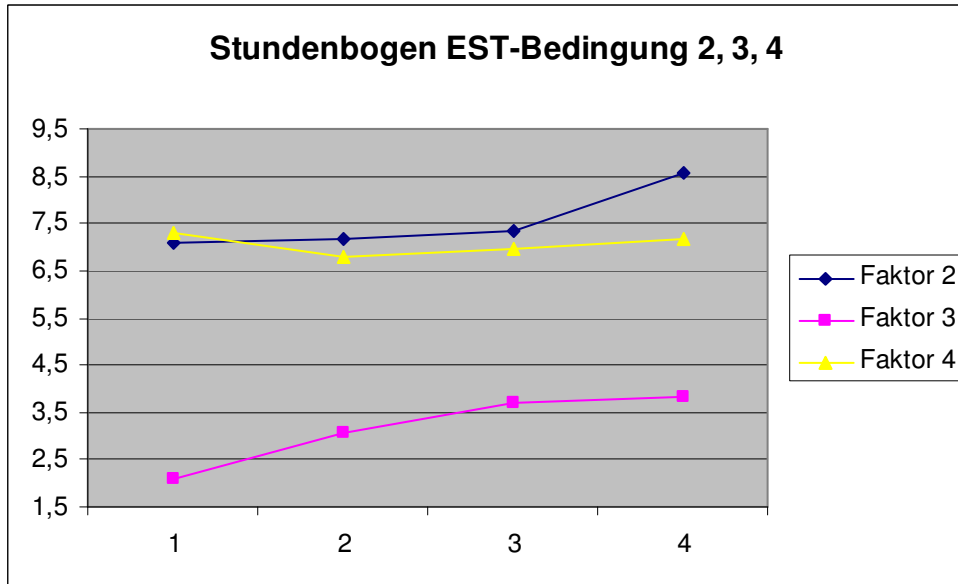


Abbildung 38: Faktor 2, 3 und 4 im Verlauf der vier Sitzungen für Patienten der EST-Bedingung

8.4.3 Depressive beziehungsweise manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen

Auch die depressive und manische Symptomatik der Patienten, wurden einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholung unterzogen, um Zeit-, Gruppen- beziehungsweise Interaktionseffekte im Verlauf der Therapie zu untersuchen.

Tabelle 32: Depressive und manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen

| Depressive und manische Symptomatik im Verlauf | S02 M (SD) | S08 M (SD) | S14 M (SD) | S17 M (SD) | F | Df | p | Eta-Quadrat |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|---------------|---------|-------|-------------|
| ADS | | | | | $F_{TB}=.291$ | (1; 43) | n.s. | .01 |
| KVT-Bedingung | 17.36 (12.86) | 15.16 (11.20) | 11.28 (7.29) | 10.20 (9.09) | $F_{ZE}=4.32$ | (3; 41) | .01** | .24 |
| EST-Bedingung | 15.10 (11.42) | 12.00 (9.93) | 12.60 (11.17) | 9.40 (6.64) | $F_{IN}=.620$ | (3; 41) | n.s. | .04 |
| ADMS | | | | | $F_{TB}=2.65$ | (1; 43) | n.s. | .06 |
| KVT-Bedingung | 1.68 (1.95) | 1.52 (2.65) | 2.00 (2.65) | 2.08 (2.97) | $F_{ZE}=.525$ | (3; 41) | n.s. | .04 |
| EST-Bedingung | 1.65 (2.56) | .90 (1.65) | .90 (1.59) | .65 (.88) | $F_{IN}=1.13$ | (3; 41) | n.s. | .08 |

KVT: n=20; EST: n=24 $p \leq .05$ = signifikant *; $p \leq .01$ = sehr signifikant **; $p \leq .001$ = hoch signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

8.4.3.1 Depressive Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADS

Bei beiden therapeutischen Bedingungen nahm die depressive Symptomatik von Sitzung 02 (KVT-Range: 1-49; EST-Range: 2-40) nach Sitzung 17 (KVT-Range: 0-34; EST-Range: 0-26) hochsignifikant [$F_{ZE}(3; 41) = 4.32$; $p = .01$] ab. Ebenso deutet die Effektstärke η^2 von 24 % auf einen sehr starken Effekt hin. Auch wenn die Patienten der EST-Bedingung in drei von vier Messzeitpunkten eine geringere depressive Symptomatik als die Patienten der KVT-Bedingung aufwiesen, ist weder ein signifikanter Treatment- [$F_{TB}(1; 43) = .291$; n.s.] noch ein Interaktionseffekt nachweisbar [$F_{IN}(3; 41) = .620$; n.s.].

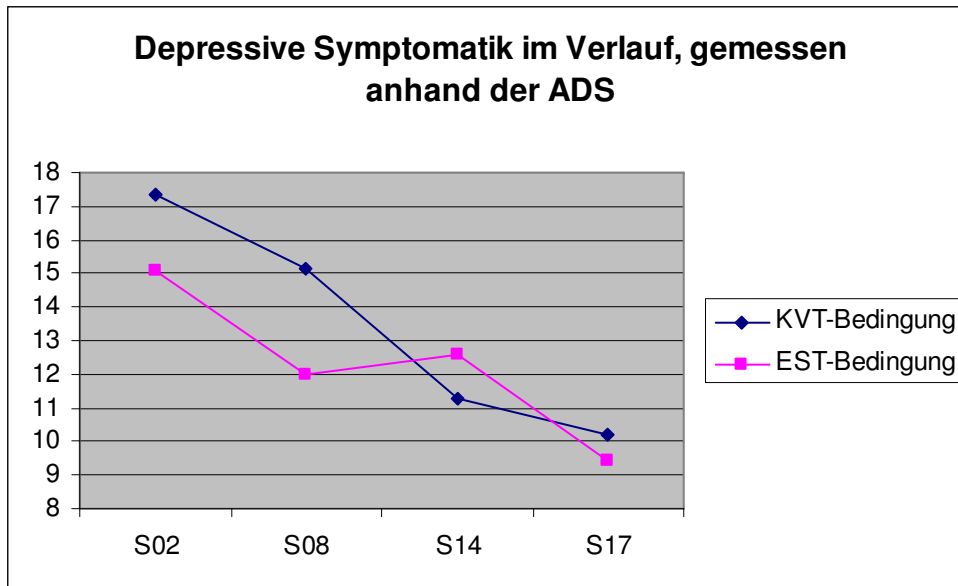


Abbildung 39: Depressive Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADS

Da die Varianzanalyse mit Messwiederholung, die "overall significance" vom Messzeitpunkt t_0 nach t_1 darstellt, wurden zusätzlich multiple Vergleichstests (Post-Hoc-Tests) berechnet, um zu detektieren, welche Mittelwertsdifferenzen zwischen den einzelnen Messzeitpunkten (Sitzungen 02-08-14-17) signifikant voneinander abweichen. Hierzu werden in Tabelle 33 die Gesamtmittelwerte (KVT- plus EST-Bedingung), die Mittelwertsdifferenzen von einem Intervall zum anderen und die jeweiligen Signifikanzniveaus berichtet. Dabei wurde eine α -Fehler-Korrektur des Signifikanzniveaus nach Bonferroni angewandt.

Tabelle 33: Mittelwertdifferenzen zwischen den vier Messzeitpunkten erhoben anhand der ADS

| Vergleichspaar | Vergleich | Mittelwerte ADS | Mittelwerts-Differenz | Signifikanz |
|----------------|--------------------------|-----------------|-----------------------|-------------|
| 1 | Sitzung 02 Sitzung 08 | 16.36 13.76 | 2.65 | .84 |
| 2 | Sitzung 02 Sitzung 14 | 16.36 11.87 | 4.29 | .21 |
| 3 | Sitzung 02 Sitzung 17 | 16.36 9.84 | 6.43(*) | .01 |
| 4 | Sitzung 08 Sitzung 14 | 13.76 11.87 | 1.64 | 1.00 |
| 5 | Sitzung 08 Sitzung 17 | 13.76 9.84 | 3.78(*) | .04 |
| 6 | Sitzung 14 Sitzung 17 | 11.87 9.84 | 2.14 | .53 |

Basiert auf den geschätzten Randmitteln. * Die mittlere Differenz ist auf dem Niveau .05 signifikant. Anpassung für Mehrfachvergleiche: Bonferroni.

Wie sich anhand der multiplen Einzelvergleiche feststellen lässt, war eine signifikante Veränderung der depressiven Symptomatik sowohl von Sitzung 02 zu 17 ($p \leq .01$) als auch von Sitzung 08 zu Sitzung 17 ($p \leq 0.05$) feststellbar.

8.4.3.2 Manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADMS

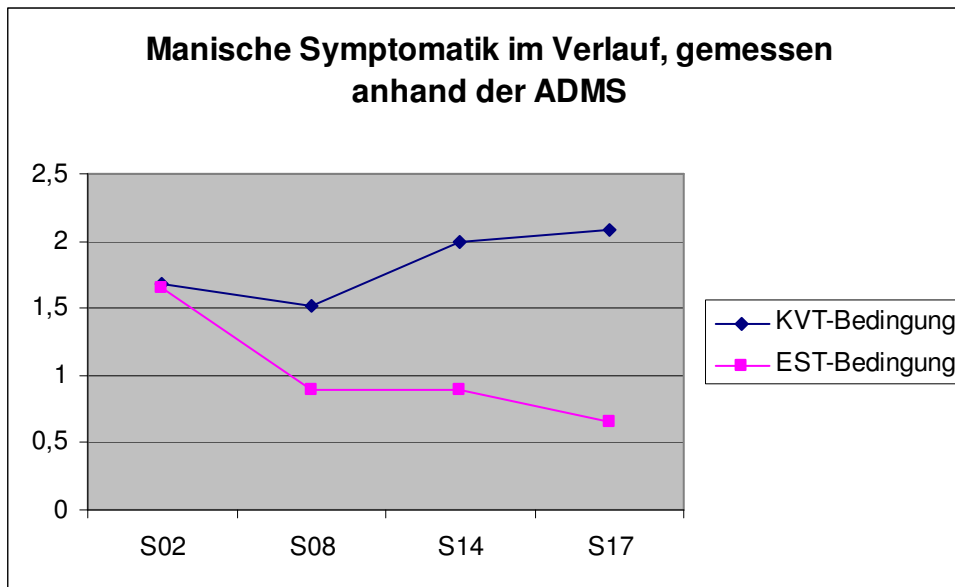


Abbildung 40: Manische Symptomatik im Verlauf der vier Sitzungen, gemessen anhand der ADMS

In Bezug auf die manische Symptomatik wiesen beide Bedingungen einen gegensätzlichen Verlauf auf: Während bei den Patienten der KVT-Bedingung ein geringfügiger Anstieg der manischen Symptomatik von Sitzung 02 (M: 1.68, SD: 1.95, Range: 0-7) nach Sitzung 17 (M: 2.08, SD: 2.97, Range: 0-10) zu verzeichnen ist, ist bei den Patienten der EST-Bedingung eine Abnahme der manischen Symptomatik von Sitzung 02 (M: 1.65, SD: 2.56, Range: 0-9) zu Sitzung 17 (M: .65, SD: .88, Range: 0-5) zu verzeichnen. Dennoch befanden sich alle Patienten der KVT-Bedingung zu allen vier Messzeitpunkten im euthymen Bereich (vgl. 8.2). Trotz dieser gegenläufigen Bewegung der manischen Symptomatik innerhalb beider Gruppen und der unterschiedlichen Ausprägung der manischen Symptomatik war weder ein Zeit- [$F_{ZE}(3; 41) = .525$; n.s.] noch ein Treatment- [$F_{TB}(1; 43) = 2.65$; n.s.] noch ein Interaktionseffekt [$F_{IN}(3; 41) = 1.13$; n.s.] nachweisbar.

8.4.4 Hypothesen prüfender Teil 1

8.4.4.1 Hypothese 1

Anhand von Hypothese 1 sollte eruiert werden, ob Patienten mit einer besseren Allianz unabhängig von deren therapeutischen Modalität einen besseren Outcome aufweisen. Zur Erfassung der Qualität der therapeutischen Allianz wurde Faktor 4 („Zufriedenheit mit

der Therapie“) des Patientenstundenbogens herangezogen. Dabei wurden in Anlehnung an Jones, Cumming und Horowitz (1988), Jones, Parke und Pulos (1992), Jones und Pulos (1993), partielle Korrelationen unter Berücksichtigung des Messzeitpunktes t0 gerechnet, wobei Faktor 4 erhoben zu den Sitzungen 02 und 14 und der Mittelwert über die vier Sitzungen hinweg in die Berechnungen einging. Sitzung 14 wurde im Gegensatz zu Sitzung 17 herangezogen, um über eine Sitzung der Endphase zu verfügen, die noch nicht von Trennungsthemen bestimmt sein würde. Durch die zusätzliche Wahl der Sitzungen 14 und der Mittelwerte über die vier Sitzungen hinweg sollte den Forderungen Horvath und Symonds (1991) und Hentschels (2005b) nachgekommen werden, zu überprüfen, welchen Einfluss die Allianz in verschiedenen Phasen der Therapie auf den Outcome ausübt. Andererseits um zu eruieren, ob Allianzen die in ihrer Gesamtheit besser empfunden wurden, als jene, die schlechter empfunden worden waren, einen besseren Outcome aufweisen, womit ebenso den Forderungen Horvath und Symonds und Hentschels entsprochen wird, zu prüfen, wie Interaktionen der Dyade mit dem finalen Outcome einhergehen.

Tabelle 34: Prozesskorrelationen des Stundenbogenfaktors 4 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus.

| Behandlungsbedingung und Outcome | Faktor 4 (Sitzung 02) | Faktor 4 (Sitzung 14) | Faktor 4 (MW) |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------|
| KVT | | | |
| ADS | -.240 | -.080 | -.257 |
| ADMS | .175 | .188 | .235 |
| YMRS | .109 | .167 | .179 |
| GAS | .254 | .066 | .196 |
| F-SOZU Gesamtskala | .156 | .115 | .185 |
| EST | | | |
| ADS | -.241 | -.184 | -.345* |
| ADMS | -.543*** | -.268 | -.389* |
| YMRS | -.453** | -.121 | -.265 |
| GAS | .151 | .154 | .248 |
| F-SOZU Gesamtskala | .434** | .217 | .515*** |

Faktor 4 (des Stundenbogens: „Qualität der Therapiebeziehung“). MW= Mittelwert alle vier Sitzungen. $p \leq .10$ = signifikante Tendenz*, $p \leq .05$ = signifikant **, $p \leq .01$ = sehr signifikant ***, N.B. In dieser Tabelle werden statistisch signifikante Tendenzen mit einem Stern versehen.

Bei der Berechnung der partiellen Korrelationen mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus ergab sich, dass Faktor 4 des Stundenbogens nur für Patienten der EST-Bedingung signifikante Korrelationen mit dem Outcome aufwies, nicht jedoch für die Patienten der KVT-Bedingung.

Für die Sitzung 02 zum Outcome ergab sich, dass diese für die manische Symptomatik, sowohl gemessen anhand der ADMS als auch anhand der YMRS sehr signifikante beziehungsweise signifikante Korrelationen mit dem Outcome aufwiesen. Die negativen

Vorzeichen sind im Zusammenhang mit der negativen Polierung der Instrumente zu verstehen (vgl. 7.3) und bedeuten in diesem Fall eine positive Assoziation. Für die Gesamtskala der sozialen Unterstützung ergab sich zu Sitzung 02 mit dem Outcome eine sehr signifikante Korrelation. Zur Sitzung 14 ergaben sich anhand keines der Instrumente signifikante Korrelationen.

Bei den Berechnungen über die Mittelwerte der vier Sitzungen hinweg ergab sich wiederum, dass sich für die manische Symptomatik gemessen anhand der ADMS und der depressiven Symptomatik gemessen anhand der ADS der Tendenz nach eine signifikante Korrelation zum Outcome ergab. Die manische Symptomatik, die zur Sitzung 02 noch eine signifikante Korrelation mit dem Outcome aufwies, wies bei den Mittelwerten über die vier Sitzungen hinweg keine signifikante Korrelation mehr auf, während sich die Korrelation der Gesamtskala zur Unterstützung mit dem Outcome einerseits etwas erhöhte und andererseits sich von einer signifikanten Korrelation zu einer sehr signifikanten Korrelation bewegte.

Hypothese 2 konnte demnach nur partiell bestätigt werden. Für keinen der Zeitpunkte konnte mit der Global Assessment Scale, auch nicht der Tendenz nach, eine signifikante Korrelation mit dem Outcome nachgewiesen werden.

8.4.4.2 Hypothese 2

Bei Hypothese 2 war erwartet worden, dass Patienten der EST-Bedingung ein höheres Ausmaß an schmerzhaften Affekten "painful affect measure" aufweisen, als Patienten der KVT-Bedingung. Um Hypothese 2 zu operationalisieren, wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholungen gerechnet.

Tabelle 35: "Painful affect measure" im Verlauf der vier Sitzungen

| Skala 4 | S02 M(SD) | S08 M (SD) | S14 M (SD) | S17 M (SD) | F | Df | p | Eta- Quadrat |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------------|---------|------|-----------------|
| KVT-Bedingung | 4.47 (.95) | 4.69 (.97) | 4.47 (.84) | 4.49 (1.10) | F _{TB} =1.52 | (1; 50) | n.s. | .03 |
| | | | | | F _{ZE} =.405 | (3; 48) | n.s. | .03 |
| EST-Bedingung | 4.78 (1.02) | 4.73 (1.07) | 4.63 (1.02) | 4.87 (1.08) | F _{IN} =.322 | (3; 48) | n.s. | .02 |

KVT: n=20, EST: n=24; p ≤ .05= signifikant *, p ≤ .01= sehr signifikant **, p ≤ .001= hoch signifikant ***, n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte.

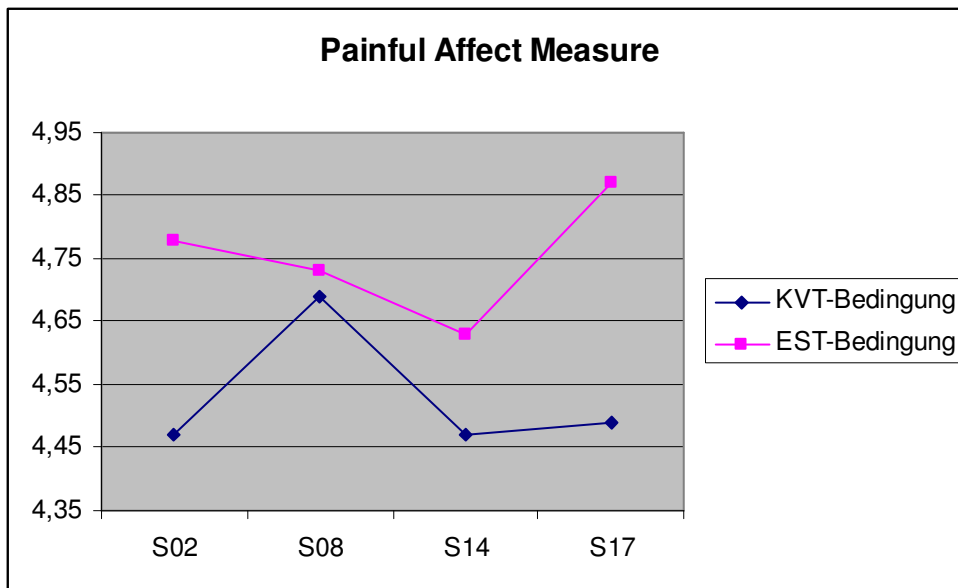


Abbildung 41: "Painful affect measure" im Verlauf der vier Sitzungen

Hypothesenkonform ergab sich, dass die Patienten der EST-Bedingung über alle vier Sitzungen hinweg ein höheres Ausmaß am "painful affect measure" aufwiesen als die Patienten der KVT-Bedingung. Allerdings waren die Unterschiede so gering, dass sich kein statistisch signifikanter Treatmenteffekt nachweisen ließ [$F_{TB} (1; 50) = 1.52; n.s.$]. Die Patienten der KVT-Bedingung wiesen zu den Sitzungen 02, 14 und 17 ein gleich bleibendes Niveau an schmerzhaftem Affekt auf, das nur zu Sitzung 08 etwas erhöht war. Im Gegensatz dazu wiesen die Patienten der EST-Bedingung einen anderen Verlauf auf: Von Sitzung 02 über Sitzung 08 bis Sitzung 14 nahm das Ausmaß an wahrgenommenen "painful affect measure" ab. Zur Sitzung 17 nahm das Niveau am "painful affect measure" zu, was auch mit dem absehbaren Ende der Therapie zusammenhängen könnte. Dennoch waren die Schwankungen für beide therapeutische Bedingungen des "painful affect measure" über die vier Sitzungen hinweg so gering, dass kein signifikanter Zeiteffekt [$F_{ZE} (3; 48) = .405, n.s.$] und kein signifikanter Interaktionseffekt [$F_{IN} (3; 48) = .322 n.s.$] nachweisbar war.

8.4.5 Hypothesen prüfender Teil 2

8.4.5.1 Fragestellung 1

Anhand von Fragestellung 1 sollte untersucht werden, mit welchem therapeutischen Ansatz die Therapien dieser Studie korrelierten, wie hoch die Korrelationen waren und ob sich dabei signifikante Unterschiede in Bezug auf die therapeutischen Bedingungen ergaben.

Um Fragestellung 1 und 2 operationalisieren zu können, wurden mir auf Anfrage hin freundlicherweise die "factor scores" der drei therapeutischen Ansätze (PA, KVT, IPT) vom Originalautor (Ablon per E-mail am 31.05.07) mitgeteilt. In Anlehnung an Ablon und Jones (1998, 2002), Ablon, Levy und Katzenstein (2006) wurden die 208 therapeutischen Sitzungen die mit dem Q-Sort ausgewertet worden waren, mit dem psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonalen Prototypen korreliert. Die erlangten Pearson Korrelationskoeffizienten mit den Q-Prototypen wurden anhand der Fisher r nach z-Transformation in Z-Werte umgewandelt (vgl. Bortz, 2005) und anschließend gemittelt. Die Z-Scores stellen das Ausmaß dar, inwieweit die durchgeführten psychotherapeutischen Sitzungen der beiden therapeutischen Bedingungen (KVT, EST) mit den Q-Prototypen korrelieren. In Tabelle 36 wird die durchschnittliche Korrelation, erfasst anhand des Z-Scores der beiden durchgeführten Therapiebedingungen, mit den drei Prototypen dargestellt. Die durchschnittlichen Korrelationen geben einen Hinweis, wie hoch die Adherence der durchgeführten Therapien zu dem idealtypischen Verlauf der drei Prototypen ist.

Tabelle 36: Durchschnittliche Korrelation der anhand des Q-Sorts ausgewerteten Sitzungen mit den Q-Prototypen des psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonalen Ansatzes

| Adherence zum | PD-Prototypen (Z-Score MW; SD) | KVT-Prototypen (Z-Score MW; SD) | IPT-Prototypen (Z-Score MW; SD) |
|----------------------|---|--|--|
| KVT-Bedingung | (.06; .08) | (.93; .12) | (.31; .06) |
| EST-Bedingung | (.12; .06) | (.85; .13) | (.34; .07) |

MW= Mittelwert, SD= Standardabweichung.

Beide Therapiebedingungen wiesen eine geringe Korrelation mit dem psychodynamischen Prototypen auf (KVT Z-Score Mittelwert = .06, SD = .08; EST Z-Score Mittelwert = .12, SD = .06). Ebenso wiesen beide Therapiebedingungen eine mittlere Korrelation mit dem interpersonalen Ansatz (KVT Z-Score Mittelwert = .31, SD = .06; EST Z-Score Mittelwert = .34, SD = .07) und eine hohe Korrelation (KVT Z-Score Mittelwert = .93, SD = .12; EST Z-Score Mittelwert = .85, SD = .13) mit dem kognitiv-behavioralen Ansatz auf.

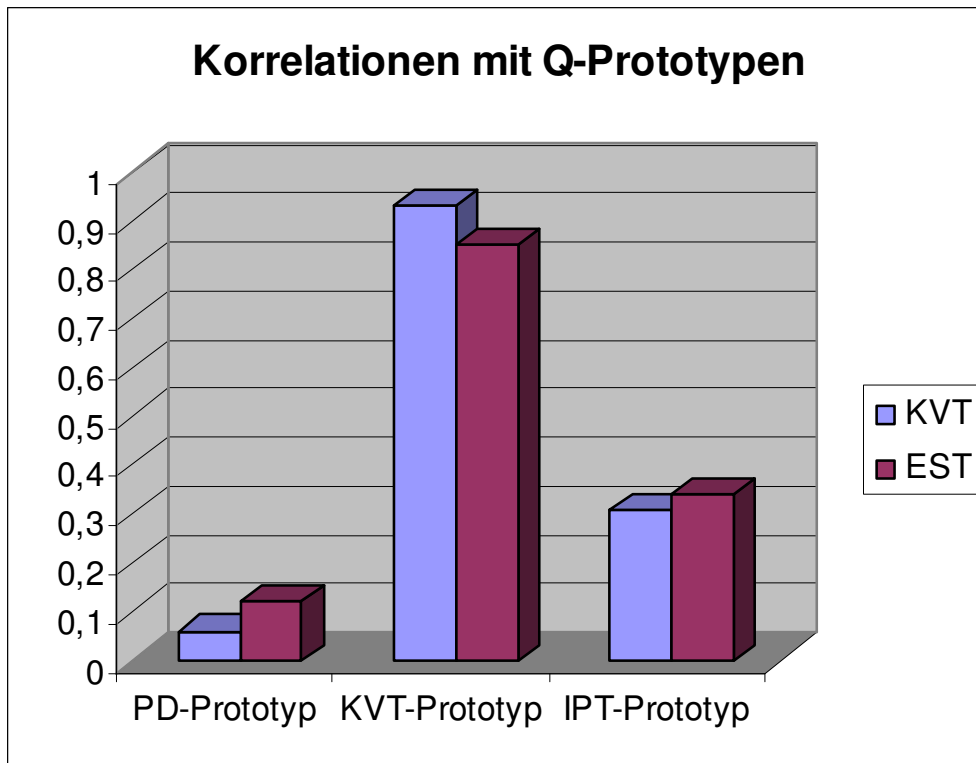


Abbildung 42: Durchschnittliche Korrelation der anhand des Q-Sorts ausgewerteten Sitzungen mit den Q-Prototypen des psychodynamischen, kognitiv-behavioralen und interpersonalen Ansatzes. Pearson Korrelationskoeffizienten mit den Q-Prototypen wurden anhand der Fisher r nach z-Transformation in Z-Werte umgewandelt und anschließend gemittelt.

Wenngleich die Korrelationen mit den jeweiligen Prototypen in beiden therapeutischen Bedingungen ein ähnliches Muster aufwiesen, gab es dennoch statistisch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Bedingungen. In Anlehnung an Ablon und Jones (1998, 2002), Ablon, Levy und Katzenstein (2006) wurden die Z-Scores der KVT- und EST-Bedingung einer ANOVA unterworfen, bei der festgestellt werden konnte, dass die KVT-Bedingung signifikant höher mit dem kognitiv-behavioralen Prototypen korrelierte [$F(1, 50) = 4.698$; $p \leq .035$], während die EST-Bedingung signifikant höher mit dem psychodynamischen Prototypen korrelierte [$F(1, 50) = 10.441$; $p \leq .002$]. In Bezug auf die Korrelation mit dem interpersonalen Prototypen wiesen beide Bedingungen keinen signifikanten Unterschied auf [$F(1, 50) = 1.742$; n.s.].

8.4.5.2 Fragestellung 2

Um Fragestellung 2 zu operationalisieren, wurden die Z-Scores mit dem Outcome korreliert, um festzustellen, ob die postulierten Aspekte des therapeutischen Prozesses tatsächlich einen positiven Outcome bewirkten. Dabei wurden ebenso in Anlehnung an Ablon und Jones (1998;

2002), Ablon, Levy und Katzenstein (2006) partielle Korrelationen der Z-Scores, unter Berücksichtigung der Pre-Treatmentscores mit den Outcome-Maßen durchgeführt. Ergebnisse hierzu werden in Tabelle 37 dargestellt.

Tabelle 37: Korrelationen zwischen Outcome und Adherence der beiden Therapiebedingungen zu den drei Q-Prototypen

| Behandlungs- bedingung und Outcome | Adherence zum psychodynamischen Prototypen | Adherence zum kognitiv- behavioralen Prototypen | Adherence zum inter- personalen Prototypen |
|--|--|--|---|
| KVT | | | |
| ADS | .057 | .049 | .083 |
| ADMS | -.326 | -.014 | .424* |
| YMRS | -.003 | .197 | .322 |
| GAF | -.053 | -.055 | -.093 |
| F-SOZU | .137 | -.039 | -.213 |
| EST | | | |
| ADS | .149 | -.196 | .082 |
| ADMS | .138 | -.250 | -.007 |
| YMRS | .096 | -.103 | -.047 |
| GAF | .306 | .180 | .394* |
| F-SOZU | .237 | .096 | .158 |

N.B: Eine positive Korrelation spricht für eine förderliche Assoziation mit dem Outcome. Alle Pearsonkorrelationskoeffizienten sind partielle Korrelationen unter Berücksichtigung des Niveaus zum Messzeitpunkt t0. ADS = Allgemeine Depressionsskala, ADMS = Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome, YMRS = Young Mania Rating Scale, GAF = Scale of Function, F-SOZU = Gesamtskala Wahrgenommene Unterstützung, $p \leq .05^*$.

Da für beide therapeutische Bedingungen nur eine geringe Adherence zum psychodynamischen Ansatz vorlag, ist es nicht überraschend, dass die Adherence zum psychodynamischen Ansatz bei keinem der fünf Outcome-Maße signifikant mit einem positiven Outcome korreliert war. Da jedoch beide therapeutische Bedingungen eine hohe Adherence zum kognitiv-behavioralen Ansatz aufwiesen, erscheint theoriendiskonform, dass diese bei keinem der Outcome-Maße positiv korreliert war. Beide therapeutischen Bedingungen wiesen nur eine mittlere Adherence zum interpersonalen Ansatz auf, bei der sie sich nicht statistisch voneinander unterschieden. Umso mehr ist es ein überraschendes Ergebnis, dass die Adherence zum interpersonalen Ansatz für die KVT-Bedingung mit der manischen Symptomatik erfasst anhand der ADMS, eine positive Assoziation zum Outcome aufwies. Für die EST-Bedingung wies sich die Adherence zum interpersonalen Ansatz für die GAF als positiv aus.

9 DISKUSSION

Der Fokus dieser Studie bestand in der erstmaligen Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses bei euthymen Bipolar-I-Patienten, was in der aktuellen Forschung bisher noch keinen Eingang gefunden hatte. Da bei bipolaren Patienten die Psychotherapie erst seit kurzem ein Aspekt in der Behandlung ist, ist noch nichts über mögliche Wirkfaktoren in einer solchen Rezidivprophylaxe bekannt. Ziel dieser Arbeit war daher auch, mehr über die Prozesse zu erfahren, die in dieser besonderen Art von Intervention vonstatten gehen. Dabei sollte die Spezifität der Kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu einer in Frequenz und Stundenanzahl angepassten Kontrollbedingung (Emotional Supportive Therapie) verglichen werden. Anhand des PQS wurden die therapeutischen Verläufe sowohl von Sitzung zu Sitzung als auch in ihrer Gesamtheit durch die Mittelung der einzelnen Sitzungen beschrieben. Weiter wurde durch eine statistische Absicherung überprüft, welche Items signifikant zwischen beiden Bedingungen unterscheiden. Ergebnisse dazu werden in Zusammenhang mit dem subjektiven Erleben der Stunde durch die Patienten und der aktuellen Symptomatik der Patienten diskutiert. Im ersten Hypothesen prüfenden Teil der Studie wurde das Konstrukt der Allianz und das damit einhergehende Erleben von Affekten während der therapeutischen Sitzungen untersucht, während im zweiten Teil eine Überprüfung der durchgeführten Therapien anhand von externen idealtypischen Verläufen erfolgte.

9.1 Diskussion deskriptiver Teil

Bei der Untersuchung der Q-Deskriptoren, die die einzelnen Sitzungen am meisten charakterisieren, ist folgendes Muster erkennbar: Manche Items sind für beide Bedingungen über alle vier Sitzungen hinweg feststellbar, andere Elemente sind jeweils nur innerhalb einer Bedingung zu allen vier Sitzungen vorhanden, während weitere Items beide Bedingungen unterscheiden.

Ablon und Jones (2002) legten fünf Erklärungsversuche vor, warum therapeutische Prozesse und Ergebnisse von Randomized Clinical Trials (RCT) nur so geringfügige Unterschiede aufweisen. Um die Ergebnisse der vorliegenden Studie anhand der Erklärungsversuche reflektieren zu können, sollen diese im Folgenden dargestellt werden:

Erklärungsversuch 1: Namen therapeutischer Schulen leiten in die Irre

Ablon und Jones (2002) führen an, dass bei den so genannten Randomized Clinical Trials davon ausgegangen wird, dass innerhalb einzelner therapeutischer Bedingungen Interventionen angewendet werden, die ihrer theoretischen Ausrichtung entsprechen. Wie sich jedoch aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie zeigte, wies die beim TDCRP realisierte IPT-Bedingung eine höhere Adherence zum prototypischen kognitiv-behavioralen- als zum interpersonalen Ansatz auf. Dies bedeutet, dass die therapeutischen Ergebnisse, die innerhalb der IPT-Bedingung erzielt wurden, tatsächlich nicht auf den interpersonalen Ansatz zurückzuführen waren, sondern dem kognitiv-behavioralen Ansatz zu verdanken sind. De facto handelte es sich bei den unter dem Label der IPT laufenden Therapien um KVT-Therapien. Die therapeutischen Gewinne sprechen nicht gegen eine Effektivität des interpersonalen Ansatzes, sondern für eine Effektivität des kognitiv-behavioralen Ansatzes.

Erklärungsversuch 2: Nicht allgemeine unspezifische Wirkfaktoren klären den Outcome auf, sondern spezifische Wirkfaktoren, die in beiden therapeutischen Modalitäten verwendet wurden

Eng verbunden mit Erklärungsversuch 1 ist Erklärungsversuch 2. Wie Ablon und Jones (2002) aufzeigten, hatten Therapeuten der IPT-Bedingung Elemente des kognitiv-behavioralen Ansatzes verwendet, die bei fünf von sechs der untersuchten Outcome-Maße positiv korreliert waren. Demzufolge waren es spezifische Elemente eines anderen therapeutischen Ansatzes, die den Erfolg aufklärten und nicht eventuelle allgemeine Wirkfaktoren beider Bedingungen.

Erklärungsversuch 3: Benennung gleicher therapeutischer Konstrukte durch eine unterschiedliche therapeutische Sprache

Ein anderer Grund, warum therapeutische Prozesse verschiedener therapeutischer Schulen mit unterschiedlichen Interventionen so ähnlich sind, könnte darin liegen, dass Vertreter der jeweiligen Schule unterschiedliche Terminologien zur Beschreibung psychologischer Konstrukte und Prozesse verwenden, die tatsächlich dasselbe beinhalten. Aufgrund der unterschiedlichen Benennung und Konzeptualisierung mögen therapeutische Prozesse auf einer deskriptiven Ebene unterschiedlich erscheinen, sobald man jedoch diese theorie-

spezifische Sprache verlässt und den therapeutischen Prozess näher untersucht, stellt sich heraus, dass die therapeutischen Bedingungen viele Gemeinsamkeiten aufweisen.

Erklärungsversuch 4: Gemeinsame Charakteristika der Patienten

Viele Studien zur Untersuchung des therapeutischen Prozesses konzentrieren sich nur darauf, welche Interventionen Therapeuten angewendet hatten und wie die Adherence zu ihrem jeweiligen therapeutischen Rational war. Wie Jones aufführt (Jones, Parke & Hall, 1991; vgl. Abschnitt 5.2.1) geht man dabei von einer Unidirektionalität des therapeutischen Prozesses aus. Jones postuliert jedoch, dass es sich in der Therapie um einen interaktionalen Prozess handelt, in dem sich Patient und Therapeut gegenseitig beeinflussen und dadurch gemeinsam den Inhalt einer Therapie bestimmen. Selbst in RCTs, die aus homogenen Stichproben zusammengesetzt sind, können Patienten unterschiedliche Charakteristika aufweisen, sich mit den Therapeuten in Beziehung zu setzen und demzufolge einen anderen Beitrag zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung leisten. So gesehen steht Ablon und Jones (2002) Aussage in einer logischen Gegenschlussfolgerung zu Orlinsky, Grawe und Parks (1994), die davon ausgingen, dass wenn man Moderatoren der Patienten als Störvariablen ausschließen könnte, unterschiedliche therapeutische Situationen nur durch die Interventionen der Therapeuten erklärbar sind. Ablon und Jones postulieren hingegen, dass gemeinsame Charakteristika der Patienten beziehungsweise deren Beiträge zur Therapie einen ähnlichen therapeutischen Prozess bewirken. Ähnlichkeiten therapeutischer Prozesse verschiedener therapeutischer Bedingungen könnten also zum einen durch ähnliche Charakteristika der Patienten erklärbar sein, die bewirkten, dass sich Therapeuten ähnlich verhielten und zum anderen wären Unterschiede dadurch erklärbar, dass sich Patienten unterschiedlich verhielten.

Erklärungsversuch 5: Unterscheidung zwischen Inhalt und Prozess

Scheinbare Unterschiede zwischen therapeutischen Bedingungen können auch dadurch ersichtlich werden, wenn der Untersuchungsfokus eher auf dem Inhalt anstatt auf dem Prozess liegt. Auch wenn Therapieformen einen unterschiedlichen Inhalt haben, wie z.B. in der Kognitiven Verhaltenstherapie Gedanken zu verändern und in der Interpersonalen Therapie zwischenmenschliche Beziehungen zu verbessern, ist die Interaktion zwischen Therapeut und Patient ähnlich. Beide therapeutische Interventionen beinhalten etwas Unterschiedliches, weisen jedoch denselben Prozess auf. KVT-Therapeuten unterweisen Patienten, auf andere

Art und Weise zu denken, während IPT-Therapeuten Patienten unterrichten, Beziehungen besser zu gestalten. Innerhalb beider Therapiebedingungen ist die Rolle des Therapeuten so konzipiert, sich didaktisch zu verhalten, den Patienten zu coachen und dazu zu bringen, anders zu denken und neue Sachen auszuprobieren. Da der PQS therapeutische Interaktionen auf einer atheoretischen Ebene beschreibt, bezieht er sich eher auf Prozesse als auf Inhalte, weswegen verschiedene therapeutische Bedingungen aufgrund der ähnlichen Rolle der Therapeuten ähnlich erscheinen mögen.

Betrachtet man die Items, die in beiden Bedingungen zu allen vier Sitzungen vorkommen, so ist festzustellen, dass in allen vier Sitzungen über die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation der Patienten gesprochen wurde (Q69), als auch, dass Therapeuten dabei nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen (Q31) fragten. Während Q69 sich sowohl unter den zwanzig charakteristischsten Items eines kognitiv-behavioralen als auch interpersonalen Ansatzes befindet (vgl. Anhang A13, A15), wird Q31 zu den 20 charakteristischsten Items eines kognitiv-behavioralen Ansatzes zugeordnet (vgl. Anhang A13). Tatsächlich spiegelten beide Items jedoch wider, dass Patienten zu Beginn der jeweiligen therapeutischen Sitzung mit ihren Therapeuten die Stimmungstagebücher besprachen, die Teil des therapeutischen Programms beider Bedingungen waren. Laut Erklärungsversuch 3 bedeutet dies demzufolge, dass therapeutische Elemente und Prozesse, die Teil der Behandlung einer Rezidivprophylaxe manisch-depressiver Patienten waren, ausgehend vom Jargon verschiedener therapeutischer Schulen eine Zuordnung zu einem jeweils anderen Prototypen fanden.

Sieben der uncharakteristischsten Items waren in beiden Bedingungen zu allen vier Sitzungen feststellbar, von denen sich je drei Items auf den Patienten beziehungsweise den Therapeuten bezogen und ein Item die Interaktion zwischen beiden wiedergab. In allen vier Sitzungen hatten die Patienten weder Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen (Q25, r) noch die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Q5, r) und brachten aktiv Themen ins Gespräch ein (Q15, r). Therapeuten ihrerseits zeichneten sich dadurch aus, dass sie sich nicht herablassend (Q51, r), sondern taktvoll (Q77, r) verhielten. Ihre eigenen emotionalen Probleme störten nicht die therapeutische Beziehung (Q24), welche zudem dadurch gekennzeichnet war, dass Patienten und Therapeuten nicht miteinander rivalisierten (Q39, r).

Ausgehend von Erklärungsversuch 4 ist zu folgern, dass sich beide therapeutische Bedingungen ähnelten, da Patienten beider Bedingungen in Bezug auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ähnliche Charakteristika aufwiesen. Die Beschreibung dieser salientesten Q-Items ist zum einen ein Indiz dafür, wie Jones (Jones, Parke & Hall, 1991) angibt, dass der therapeutische Prozess nicht unidirektional, sondern reziprok ist und zum anderen ein weiteres Indiz für die pantheoretische Konzeption der therapeutischen Allianz (vgl. Bordin, 1979, 1980, 1989) ist, in der sowohl Patient als auch Therapeut einen aktiven Beitrag der Allianz leisten, wodurch auch die Passung zwischen beiden Beteiligten betont wird. Demzufolge scheint in beiden therapeutischen Bedingungen die Passung gegeben zu sein, da sich sowohl Patienten als auch Therapeuten konstruktiv auf die Mitarbeit einließen.

Weitere Indizien für Erklärungsversuch 4 und der damit einhergehenden ähnlichen Charakteristika der Patienten lassen sich aus der Beschreibung der Gesamtstichprobe ableiten, die in Anlehnung an Sotsky et al. (1991) und Whisman (1993) zur Überprüfung von Moderator-Variablen durchgeführt worden war (vgl. Ergebnisse 8.1). Wie Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003) angeben, begründet sich diese Untersuchung insofern, da eventuelle unterschiedliche Verläufe therapeutischer Prozesse auf Charakteristika der Patienten zurückzuführen wären. Allerdings waren in dieser Studie bis auf den T-Wert des Leistungsprüfsystems keine differentiellen Unterschiede in Hinblick auf die beiden Stichproben nachweisbar. Bei einer Untersuchung von Moderator-Variablen bei der Kognitiven Therapie zu Depressionen schlussfolgert Whisman (1993), dass eine hohe Intelligenz für die KVT-Bedingung mit einem positiven Outcome assoziiert sein mag, da das Rationale der KVT das Verständnis logischer Argumente und die Auswertung von Glaubenssätzen voraussetzt. Wenngleich Patienten der EST-Bedingung gemessen anhand des LPS signifikant höhere Werte aufwiesen, deren Differenz auf eine mittlere Effektstärke (Cohens $d = 0,59$) zu den KVT-Patienten hinweist, waren Patienten der KVT-Bedingung mit einem mittleren T-Wert von 55.29 nicht unterdurchschnittlich intelligent, da der T-Wert einen Mittelwert von 50 mit einer Standardabweichung von 10 aufweist. Anders gesagt: Patienten der EST-Bedingung waren zwar signifikant intelligenter als jene der KVT-Bedingung, doch weder waren EST-Patienten überdurchschnittlich intelligent (T-Wert < 61) noch KVT-Patienten unterdurchschnittlich intelligent (T Wert > 40). Die differentielle Verteilung der Intelligenz gemessen anhand des T-Werts des Leistungsprüfsystems ist somit als „störende“ Moderatorvariable zu vernachlässigen.

Therapeuten der KVT-Bedingung zeichneten sich dadurch aus, dass sie sich gegenüber den Patienten didaktisch verhielten (Q37), dabei die Interaktion kontrollierten (Q17), wodurch die Gespräche einen spezifischen Fokus erhielten (Q23). Diese drei Items spiegeln deskriptiv eine therapeutische Modalität wieder, in der Therapeuten einem Manual folgten. Inhalte des Manuals, die bei Modul 2 „Selbstbeobachtung und Warnsignale“ und bei Modul 3 „Aktivitätsniveau und Kognitionen in der Depression und der Manie“ beinhalten, lassen sich ebenso anhand der Q-Deskriptoren darauf folgender Sitzungen feststellen. So zeichnete sich z.B. Sitzung 08 dadurch aus, dass einerseits über das Selbstbild der Patienten gesprochen wurde (Q35) als auch, dass ihre Gefühle oder Wahrnehmungen mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft wurden (Q92). Beide Items geben wieder, dass Patienten anhand der auszufüllenden Stimmungstagebücher lernten, zwischen manischen, depressiven als auch „normalen“ Gefühlszuständen zu unterscheiden. Wie bei der Beschreibung der beiden Items Q69 und Q31, die in beiden Bedingungen zu allen vier Sitzungen zu den salientesten zählten, kann auch hier Erklärungsversuch 3 angebracht werden. Die Items Q92 und Q35 waren dem idealen Verlauf eines psychodynamischen therapeutischen Verlaufes zugeordnet worden (vgl. Anhang A14). Letztendlich handelte es sich jedoch beim Besprechen des Selbstbildes der Patienten (Q35) als auch beim Verknüpfen von Gefühlen und Wahrnehmungen mit Situationen oder Verhalten der Vergangenheit (Q92) nicht um psychodynamische Einheiten. Dem Rationale der hier durchgeführten KVT- und EST-Therapie folgend, handelte es sich um therapeutische Bestandteile, in denen die Patienten, wie schon erwähnt, lernten, zwischen manischen, depressiven und „normalen“ Gefühlszuständen zu unterscheiden. Des Weiteren wurden manische Episoden in der Biographie der Patienten aufgearbeitet, um diese mit einem derzeitigen euthymen Zustand in Beziehung zu setzen.

Weitere Charakteristika der Interaktionen des kognitiv-behavioralen Ansatzes ließen sich anhand des Q-Sorts durch das Besprechen spezifischer Aktivitäten oder Aufgaben (Q38), die um kognitive Themen zentriert waren (Q30), wiedergeben, in denen Therapeuten das Rational ihres Behandlungsansatzes erläuterten (Q57). Über alle vier Sitzungen hinweg zeichnete sich die konstruktive Arbeitshaltung der Patienten dadurch aus, dass sie vertrauensvoll waren (Q44, r) und sich nicht weigerten, mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit ihren Problemen in Zusammenhang standen, auseinanderzusetzen (Q58, r). Es scheint, als ob die Patienten der KVT-Bedingung in einer Art "fated response" (vgl. Rogers, 1957) auf das therapeutische Angebot der Therapeuten reagierten.

Unterschiede dazu lassen sich bei Patienten der EST-Bedingung auf einer deskriptiven Ebene innerhalb von zwei Aspekten feststellen. Fünf Items, die über alle vier Sitzungen der EST-Bedingung hinweg vorkommen, lassen erkennen, dass es sich um eine unspezifische Behandlungsmaßnahme handelte, in der die Patienten frei in der Gestaltung der Themen waren. Patienten brachten relevante Themen und Material zur Sprache (Q88), in denen es um ihr Selbstbild (Q35), ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q63), über Körperfunktionen und Gesundheit ging (Q16) und darüber hinaus ihre Ziele und Vorhaben Gegenstand des Gesprächs (Q41) waren. Auch ist bei der EST-Bedingung Erklärungsversuch 3 heranzuziehen. Folgt man der Zuordnung zu den jeweils charakteristischsten Items der drei Ansätze (Ablon & Jones, 1998, 2002; vgl. Anhang A13, A14, A15), so gehört Item Q88 zu den prototypischsten des kognitiv-behavioralen Ansatzes (vgl. Anhang A13), Item Q35 zu den prototypischsten des psychodynamischen Ansatzes (vgl. Anhang A14) und die Items Q63 und Q16 zu den prototypischsten des interpersonalen Ansatzes (vgl. Anhang A15). Auf einer deskriptiven Ebene weist die EST-Bedingung, die der Anweisung ihres Manuals nach frei von theoretisch fundierten Therapieansätzen sein sollte, demnach Charakteristika drei verschiedener therapeutischer Ansätze auf. Tatsächlich jedoch konzeptualisieren diese Q-Deskriptoren die Anweisungen des Manuals, die vorsahen, dass eine Krankheitsbewältigung durch Zulassen der Emotionen von Patienten erreicht werden sollte und dass Patienten selbst die Themen einbringen durften, die für sie bestimmend waren.

Eine Beschreibung der therapeutischen Sitzungen erfolgt nur anhand der Q-Deskriptoren, die anhand des PQS bereitgestellten Rahmen geliefert werden (vgl. Abschnitt 5.2.2). Die Items geben die Umsetzungen des EST-Manuals deskriptiv wieder. Dem zufolge könnte man Erklärungsversuch 1 „Namen therapeutischer Schulen leiten in die Irre“ insofern umkehren, als dass man fragen würde, ob im Zusammenhang der Studie die Zuordnung der Items durch das externe Expertenrating nicht in die Irre leitet, denn diese Items, die als prototypisch für drei verschiedene therapeutische Ansätze gewertet wurden, könnten auch prototypisch für eine emotional-supportive Therapiebedingung bei Bipolar-I-Patienten sein.

Weiterhin kann an dieser Stelle Erklärungsversuch 5 über die Unterscheidung zwischen Inhalt und Prozess angebracht werden. Jene vier Items, die die EST-Bedingung auf einer deskriptiven Ebene von der KVT-Bedingung differenzierten und die zu den prototypischsten der drei Ansätze gehören, geben, wie oben erwähnt, das freie Gespräch wieder, dass das Zulassen von Emotionen im freien Gespräch der Therapie beinhaltet. Wenngleich das Manual

der EST-Bedingung vorschrieb, eine Therapie durchzuführen, die frei von beispielsweise tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen beziehungsweise gesprächstherapeutischen Elementen sein sollte, handelten die Therapeuten konform ihrer therapeutischen Anweisung, die vorsah, dass Patienten über ihren Körper, ihr Selbstbild und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen sprechen sollten.

In Anlehnung an Orlinsky, Ronnestad und Wilutzki (2003) und Rogers (1957) lässt sich folgende Schlussfolgerung ziehen: dadurch, dass Therapeuten der EST-Bedingung weniger strukturierend als jene der KVT-Bedingung waren, blieb auch die "fated response" der Patienten aus, da die Patienten zwar auch konstruktiv mitarbeiteten, jedoch nicht wie Patienten der KVT-Bedingung sich über alle vier Sitzungen hinweg als vertrauensvoll (Q44, r) charakterisierten oder sich nicht weigerten, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit ihren Problemen in Zusammenhang standen, auseinanderzusetzen (Q58, r), sondern unter anderem auch besonders fügsam (Q20, r) und nicht fordernd (Q83, r) waren. Dies bedeutet, Patienten der EST-Bedingung wiesen weniger homogene Verhaltensweisen als jene der KVT-Bedingung auf.

Betrachtet man im Gegensatz zu den einzelnen Sitzungen jene Q-Deskriptoren, die die therapeutische Prozesse in ihrer Gesamtheit am meisten charakterisierten, so ergibt sich bei einer Mittelung der salientesten Items über die vier Messzeitpunkte hinweg eine „Annäherung“ beider therapeutischer Bedingungen. Die KVT- und die EST-Bedingung zeichneten sich jeweils durch sieben charakteristischste beziehungsweise neun uncharakteristischste Items aus, die sie gemeinsam hatten: In beiden therapeutischen Bedingungen hatte das Gespräch einen spezifischen Fokus (Q23), in dem es um die aktuelle Lebenssituation der Patienten (Q69), ihr Selbstbild (Q35) und ihre Gesundheit ging (Q16). Während sich Therapeuten didaktisch verhielten (Q37) und nach mehr Informationen fragten (Q31), fühlten sich Patienten der therapeutischen Arbeit verpflichtet (Q73).

Drei weitere Items, die die KVT-Bedingung charakterisierten, gehören zu den 20 prototypischsten des kognitiv-behavioralen Ansatzes (vgl. Anhang A13): Therapeuten kontrollierten die Interaktion (Q17), erläuterten das Rational ihres Behandlungsansatzes (Q57) und gaben Ratschläge und Anleitungen (Q27). Im Gegensatz dazu zeichnete sich die EST-Bedingung durch je ein Item aus, das zu den prototypischsten des kognitiv-behavioralen beziehungsweise interpersonalen Ansatzes gehörte. Patienten brachten relevante Themen zur

Sprache (Q88; kognitiv-behavioraler Ansatz; (vgl. Anhang A13), in denen es um ihre zwischenmenschlichen Beziehungen ging (Q63; interpersonalen Ansatz; vgl. Anhang A15). Auch waren ihre Ziele und Vorhaben Teil des Gesprächs (Q41), was jedoch nicht zu den zwanzig prototypischsten Items eines Ansatzes zugeordnet wurde.

Bei der globalen Beschreibung des therapeutischen Prozesses wiesen beide Bedingungen neun gemeinsame Items auf, von denen sich drei auf den Therapeuten, fünf auf den Patienten und eines auf die Interaktion zwischen beiden bezog. Wie im Verlauf der vier Sitzungen waren Therapeuten nicht herablassend (Q51, r), sondern taktvoll (Q77, r), ihre eigenen emotionalen Probleme störten nicht die therapeutische Beziehung (Q24), welche darüber hinaus dadurch gekennzeichnet war, dass Patienten und Therapeuten nicht miteinander rivalisierten (Q39, r).

Patienten ihrerseits charakterisierten sich dadurch, dass sie weder Schwierigkeiten hatten, die Stunde zu beginnen (Q25, r), noch die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Q5, r) und relevante Themen einbrachten (Q15, r). Darüber hinaus weigerten sie sich nicht, sich mit Gedanken auseinanderzusetzen, die in Zusammenhang mit ihren Problemen standen (Q58, r) und waren voller Vertrauen (Q44, r). Hierzu kann ebenso Erklärungsversuch 4 über die ähnlichen Charakteristika der Patienten, die einen ähnlichen therapeutischen Prozess bewirkten, herangezogen werden, der sich in einer konstruktiven Mitarbeit von Patient und Therapeut realisiert, die sich bei einer Mittelung der salientesten Items über die vier Sitzungen hinweg bestätigt.

Weitere Evidenzen für Erklärungsversuch 4 sind insofern gegeben, wenn die salientesten Q-Items der beiden Bedingungen dieser Studie mit den salientesten Q-Items therapeutischer Verläufe der IPT- und- KVT-Bedingung des TDCRP des NIMH (Ablon & Jones, 2002) verglichen werden, bei denen ebenso die Q-Ratings verschiedener Sitzungen gemittelt wurden. Sechs der zehn charakteristischsten Items dieser KVT-Bedingung (Q17, Q37, Q69, Q27, Q35, Q31; vgl. Anhang B3) befanden sich auch unter den zehn charakteristischsten Items der KVT-Bedingung beim TDCRP, während bei den uncharakteristischsten Items dieser Bedingung sich nur eines (Q25, r) unter den uncharakteristischsten beim TDCRP befand. Unter den zehn charakteristischsten Items der EST-Bedingung befanden sich sowohl vier bei den zehn charakteristischsten der KVT-Bedingung (Q69, Q35, Q31, Q63) als auch

vier (Q63, Q69, Q31, Q35) bei den zehn charakteristischsten der IPT-Bedingung des TDCRP, welche zudem dieselben Items waren.

Die EST-Bedingung teilte mit den uncharakteristischsten Items der KVT-Bedingung zwei Items (Q20, r; Q25, r) und hatte, so wie die KVT-Bedingung dieser Studie, jeweils fünf der uncharakteristischen Items mit den uncharakteristischsten der IPT-Bedingung gemeinsam (EST: Q15, Q77, Q51, Q20, Q25; KVT: Q15, Q77, Q51, Q14, Q25; vgl. Anhang B3).

Daraus geht hervor, dass Patienten der KVT- und der EST-Bedingung dieser Studie sich bei den uncharakteristischsten Items eher den Patienten der IPT-Bedingung als den Patienten der KVT-Bedingung des TDCRP ähnelten. Während bei dem TDCRP beide Bedingungen sowohl bei den charakteristischsten als auch bei den uncharakteristischsten Items fünf gemeinsame Items aufwiesen, waren sich die beiden therapeutischen Bedingungen dieser Studie auf einer deskriptiven Ebene ähnlicher, da sie sieben gleiche charakteristischste Items und neun gleiche uncharakteristischste Items aufwiesen. Anders gesagt, obwohl es sich in beiden Studien durch die Randomisierung und das „Matchen“ einzelner Charakteristika der Patienten um homogene Stichproben handelte, wiesen Patienten dieser Studie mehr Gemeinsamkeiten in Bezug auf die Gestaltung des therapeutischen Prozesses auf als Patienten des TDCRP.

Unter Vorlage von Ablon und Jones (1999) als auch Jones und Pulos (1993) waren die Q-Deskriptoren der Gesamtverläufe beider therapeutischer Bedingungen anhand von T-Tests verglichen worden, um zu eruieren, welche Items signifikant zwischen beiden Bedingungen unterschieden. Während bei Jones und Pulos eine psychodynamische mit einer kognitiv-behavioralen Therapie verglichen wurde, wurde bei Ablon und Jones, die schon oben erwähnte KVT- und IPT-Bedingung des TDCRP des NIMH verglichen. In der erstgenannten Studie unterschieden 62 Items signifikant zwischen beiden Bedingungen, im Vergleich dazu in der zweitgenannten Studie 48 Items. Da unter den jeweils 20 prototypischsten Items des kognitiv-behavioralen-, interpersonalen - und psychodynamischen Ansatzes der kognitiv-behaviorale Ansatz gemeinsame Items mit dem interpersonalen Ansatz aufwies und keine gemeinsamen Items mit dem psychodynamischen Ansatz vorlagen (vgl. Anhang A16, A17), ist es nicht verwunderlich, dass auf einer deskriptiven Ebene therapeutischer Verläufe mehr Items zwischen einer psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Bedingung als zwischen einer kognitiv-behavioralen und interpersonalen Bedingung differenzieren. Weiter ist zu beachten, dass es sich bei Jones und Pulos (1993) um eine Studie in einem naturalistischen

Setting mit unterschiedlichem heterogenen Klientel handelte, was allein durch die Zusammensetzung der Klienten bewirken könnte, dass sich therapeutische Prozesse unterscheiden (Erklärungsversuch 4). Im Gegensatz dazu handelte es sich beim Vergleich der IPT- zur KVT-Bedingung, wie bereits aufgeführt, um homogene Stichproben, die „gematcht“ und randomisiert wurden, was wiederum auf der Basis des Erklärungsversuches 4 bewirkte, dass sich die therapeutischen Prozesse ähnlicher waren.

Im Vergleich dazu unterschieden in dieser Studie nur sieben Items (Q17, Q38, Q57, Q4, Q63, Q18, Q76) statistisch signifikant zwischen beiden durchgeführten therapeutischen Bedingungen (vgl. Abschnitt 8.3.3). Items Q17, Q38, Q57 und Q4, die zu den prototypischsten Items des kognitiv-behavioralen Ansatzes (Q57 und Q4 auch interpersonalen Ansatz gehören; vgl. Anhang A13, A15), unterschieden sich als signifikant charakteristischer für die KVT-Bedingung, während die beiden Items Q63 und Q18, die signifikant charakteristischer für die EST-Bedingung gewertet worden waren, sowohl zu den salientesten des interpersonalen (Q63) als auch des psychodynamischen Ansatzes (Q18) gezählt werden (vgl. Anhang A14, A15). Item Q76, das signifikant charakteristischer für die KVT-Bedingung war, wurde keinem Ansatz zugeordnet. Wie sich bei der Prototypenüberprüfung der Fragestellung 1 zeigte (vgl. Ergebnisse Abschnitt 8.4.5.1 und Diskussion Abschnitt 9.3) wiesen beide therapeutische Bedingungen eine derart hohe Übereinstimmung zum kognitiv-behavioralen Prototypen auf (KVT-Bedingung: Z- Score Mittelwert = 0.93, SD = 0.12; EST-Bedingung: Z-Score Mittelwert = 0.85, SD = 0.13), so dass es nicht überrascht, dass bei zwei „gleichen“ therapeutischen Bedingungen nur wenige Q-Deskriptoren die Bedingungen unterscheiden, während im Gegensatz dazu in den beiden oben genannten durchgeführten Studien zwei „reine“ Therapien mit unterschiedlichem therapeutischen Rationale (KVT vs. PA, bzw. KVT vs. IPT), die dadurch auch teilweise konträre Inhalte nach sich zogen, durchgeführt wurden und sich dadurch auch anhand mehrerer Q-Deskriptoren differenzierten. Die im Vergleich zu den beiden erwähnten Studien scheinbar geringe Anzahl an signifikant unterscheidenden Items ist daher nicht theoriendiskonform.

Ebenso erscheinen bei einer Betrachtung der symptomatischen Veränderung der Patienten vom Zeitpunkt t0 nach t1 die vorliegenden Ergebnisse in Folge einer „gleichen“ Stichprobensammensetzung und der Ähnlichkeit der therapeutischen Prozesse nicht theoriendiskonform. Hautzinger und Meyer (2007) hatten anhand der Gesamtstichprobe (65 "Completer"-Patienten sowohl Bipolar-I, als auch Bipolar-II) aufzeigen können, dass beide

Therapiebedingungen als ausgesprochen positiv empfunden worden waren, wobei sich keine bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf die Symptomatik nachweisen ließen. Dieses Ergebnis wurde anhand der Patienten dieser Studie bestätigt, die ausschließlich aus Bipolar-I-Patienten bestand. In beiden therapeutischen Bedingungen hatten Patienten statistisch signifikante Veränderungen in Bezug auf die depressive Symptomatik erfahren, die sich auch in etwa gleich großen Effektstärken nach Cohens d ausdrückten. In eine theoriendiskonforme Richtung gehend ist hingegen das Ergebnis, dass sich Patienten der KVT-Bedingung bei beiden manischen Outcome-Maßen geringfügig verschlechterten, wenngleich diese Verschlechterung nicht statistisch signifikant war und daher zu relativieren ist. Im Gegensatz dazu hatten sich Patienten der EST-Bedingung bei beiden Outcome-Maßen verbessert, wobei diese Verbesserung für die EST-Bedingung bei der ADMS statistisch signifikant war und zudem eine mittlere Effektstärke (Cohens $d = 0,5$) aufwies. Aufgrund der unterschiedlichen Inhalte beider Bedingungen wäre zu erwarten gewesen, dass sich diese Verbesserungen auch innerhalb der KVT-Bedingung gezeigt hätte, zumal hier Inhalte der Therapie darin bestanden potentielle Anzeichen und Auslöser für manische Phasen zu identifizieren und auch mit individuellen Kognitionen und Verhaltensweisen umzugehen, die im Rahmen von depressiven und manischen Episoden auftreten. Effekte des therapeutischen Rationales ließen sich jedoch dahingehend feststellen, dass Patienten der KVT-Bedingung sowohl bei der GAF (statistisch signifikant) als auch bei der F-SOZU größere Verbesserungen erfuhren als Patienten der EST-Bedingung. Modul 4 der KVT-Bedingung, das die Bearbeitung alltäglicher Probleme und Konfliktsituationen beinhaltete, hatte hier somit seinen Niederschlag gefunden.

9.2 Diskussion explorativer Teil

Die deskriptive Beschreibung des therapeutischen Prozesses anhand seiner salientesten Items hatte in Bezug auf die beiden therapeutischen Bedingungen kleine Unterschiede ergeben. Um explorativ den therapeutischen Prozess mit seinen darunter liegenden Elementen zu erkunden, war eine Faktorenanalyse durchgeführt worden, bei der die vorliegenden Q-Konstellationen (im Folgenden: Skalen) als signifikante Therapeut-Patient-Interaktionen konzeptualisiert worden waren. Ansetzend bei Sitzung 02 wurden die Skalen über ihren Verlauf hinweg untersucht.

In einer Zusammenschau des Verlaufes der fünf Skalen mit den Patientenstundenbögen, der manischen und depressiven Symptomatik über den therapeutischen Verlauf hinweg und der

Hypothesen, die zur therapeutischen Allianz beziehungsweise zum Ausmaß an negativ besetzten Affekten ("painful affect measure") formuliert wurden, scheint sich der synergetische Effekt von Beziehungsaspekten in Zusammenhang mit technischen Aspekten zu bestätigen, was dadurch Indizien für Bordins (1979, 1980, 1989) Konzeptualisierung des pantheoretischen Konzeptes der Allianz liefert.

In Bezug auf die komplementäre Beziehungsgestaltung (Skala 1) hatte sich weder ein Zeit-, Gruppen- noch Interaktionseffekt ergeben. Hierzu kann, wie bei der deskriptiven Beschreibung der Items dargestellt (vgl. 9.1) Erklärungsversuch 4 herangezogen werden, dass sich die Charakteristika der Patienten in Bezug auf ihre Mitarbeit ähnelten. Durch die von Skala 1 umfassten Q-Deskriptoren kommt sowohl die Arbeitshaltung der Patienten als auch ihre konstruktive Mitarbeit zum Ausdruck. Skala 1 kann als ein weiteres Indiz für das Übereinstimmen von Patient und Therapeut in Bezug auf gemeinsame Ziele und Aufgaben gewertet werden, durch die sich eine gemeinsame Bindung ergab (Bordin, 1979, 1980, 1989). Das Ausmaß von Wahrnehmung und Beachtung der emotionalen Bedürfnisse des Patienten durch den Therapeuten (Skala 2) hatte von Sitzung 02 zu Sitzung 17 statistisch signifikant abgenommen. Auch wenn sich de facto das Therapeutenverhalten auf einer deskriptiven Ebene änderte, änderte dies nichts an der durch den Patienten empfundenen therapeutischen Allianz (erfasst durch Patientenstundenbogenfaktor 4: „Qualität der Therapiebeziehung“), da sich hier wie in Skala 3 „Ausmaß der Wertschätzung des Patienten durch den Therapeuten“ über die vier Sitzungen hinweg kein Zeit-, Gruppen- beziehungsweise Interaktionseffekt nachweisen ließ, was ein Indiz dafür ist, dass die therapeutische Allianz beziehungsweise die Emotionen, die Patienten gegenüber dem Therapeuten oder der Therapie empfanden, konstant blieben. Diese Ergebnisse sind insofern zu deuten, dass am Anfang sowohl Patienten als auch Therapeuten Beziehungsarbeit leisteten und im Anschluss daran die Beziehung immer technischer wurde. Es scheint, als ob die Beziehung den Boden bereitete, anhand derer Therapeuten ihre technischen Interventionen anbringen konnten. Holm-Hadulla (2000) differenziert in diesem Zusammenhang innerhalb des Therapieverlaufes zwischen einer Initialphase, in der je nach Störungstyp des Patienten unterstützende Beziehungsangebote zu leisten sind, die anschließend in einer technischen Phase mündet, in der spezifische Behandlungsstrategien der einzelnen Behandlungsrichtungen dominieren.

Dieser Erklärungsversuch wird in Zusammenhang mit Hypothese 1 bekräftigt, da hier formuliert worden war, dass Patienten mit einer „besseren“ Allianz unabhängig von deren

therapeutischen Modalität, einen „besseren“ Outcome aufweisen würden. Dieses Ergebnis konnte sowohl theorie- als auch hypothesenkonform bestätigt werden. Bei einer Mittelung über die vier Sitzungen hinweg zeigte sich, dass „bessere“ Allianzen mit einem „besseren“ Outcome einhergehen. In Einklang mit Elkin, Yamaguchi, Arnkoff, Glass, Sotsky & Krupnick (1999), Hentschel (2005b), Horvath (2001), Horvath, Gaston & Luborsky (1993), Horvath & Symonds (1991), Luborsky (2000), Klein et al. (2003), Rudolf (1991); Schindler (1991) und Weerasekera, Linder, Greenberg & Watson (2001) ergab sich, dass die Allianz, die zu einem frühen Zeitpunkt innerhalb der Therapie erhoben wird, ein signifikanter Prädiktor für den Outcome ist. Demnach bestätigt sich auch der von Bordin (1989) postulierte und von Horvath, Gaston und Luborsky (1993) aufgenommene "rupture-repair cycle", da in beiden therapeutischen Bedingungen die therapeutische Allianz in Sitzung 14 schlechter als zu Sitzung 02 bewertet wurde und auch in Sitzung 14 kein Prädiktor für den Outcome war. Therapieverläufe unterliegen Schwankungen, was sich auch anhand dieser differentiellen Outcome-Aufklärung zwischen Sitzung 02 und 14 nachweisen lässt. Es ist davon auszugehen, dass die am Anfang geleistete Beziehungsarbeit den Outcome aufklärte. Offen bleibt jedoch die Frage, warum die therapeutische Allianz nur innerhalb der EST-Bedingung sowohl zu Sitzung 02 als auch bei einer Mittelung über die vier Sitzungen hinweg, ein Prädiktor für den Outcome war, wenngleich sie im Vergleich zur KVT-Bedingung über alle vier Sitzungen hinweg schlechter bewertet wurde?

Eine stärkere Akzentuierung der technischen Aspekte innerhalb der KVT-Bedingung als in der EST-Bedingung lässt sich insofern ableiten, da das Ausmaß der nicht-komplementären Beziehungsgestaltung (Skala 4) der Tendenz nach statistisch zwischen den Therapiebedingungen unterschied, wobei die EST-Bedingung kontinuierlich höhere Werte aufwies. Ausgehend von den Q-Deskriptoren dieser Skala wird ersichtlich, dass diese Items Gefühlsinhalte sowohl auf der Seite des Patienten (Q26: „Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle“; Q84: „Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus“) als auch auf der Seite des Therapeuten (Q89(r): „Der Therapeut stärkt die Abwehr“; Q81(r): „Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben“; Q9 (r): „Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert“) beschreiben, was in diesem Falle mit den durch die Patienten frei wählbaren Gesprächsthemen der Patienten zusammenhängt. In diesem Zusammenhang war in Hypothese 2 formuliert worden, dass Patienten der EST-Bedingung ein höheres Ausmaß an emotional negativ besetzten Affekten "painful affect" erleben würden. Hierbei wiesen zwar Patienten der

EST-Bedingung über alle vier Sitzungen hinweg höhere Werte als Patienten der KVT-Bedingung auf, ohne dass diese jedoch statistisch signifikant wurden. Weitere Indize für die „technischer“ werdende therapeutische Beziehung sind insofern gegeben, da sowohl Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) und Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) des Patientenstundenbogens über den Lauf der Zeit hinweg statistisch signifikant zunahm. Ebenso konnte eine Zunahme der technischen Aspekte durch die Q-Konstellationen der Skala 5 („Reframing“) nachgewiesen werden, da diese auch der Tendenz nach im Lauf der vier Sitzungen zunahm.

9.3 Diskussion Hypothesen prüfender Teil

Wie aufgezeigt werden konnte (vgl. Ergebnissen in Punkt 8.4.5.1), wiesen beide therapeutische Bedingungen ein ähnliches Muster in Bezug auf die Adherence zu den jeweiligen Prototypen auf. Während die EST-Bedingung statistisch gesehen „psychodynamischer“ und die KVT-Bedingung statistisch gesehen „kognitiv-behavioraler“ erscheint, unterscheiden sich beide Bedingungen nicht statistisch signifikant in Bezug auf die Adherence zum interpersonalen Prototypen. Aufgrund der hohen Interkorrelationen zum kognitiv-behavioralen Prototypen, die sogar noch höher ist als die Adherence der KVT-Bedingung des TDCRP des NIMH (KVT-Bedingung: Z-Score Mittelwert = 0.93, SD = 0.12; EST-Bedingung: Z-Score Mittelwert = 0.85, SD = 0.13; KVT-Bedingung des TDCRP: Z-Score Mittelwert = 0.64, SD = 0.28), ist jedoch, wie in Punkt 7.4 aufgeführt, die statistisch signifikant höhere Adherence der KVT-Bedingung zum kognitiv-behavioralen Ansatz zu relativieren, da laut McGraw und Wong (1996) davon auszugehen ist, dass Korrelationen ab .80 dasselbe Konstrukt messen. Obwohl explizit im Manual der Emotional Supportiven Therapie gefordert wurde, dass Therapeuten keine verhaltenstherapeutischen, gesprächstherapeutischen, psychoanalytischen oder tiefenpsychologischen Elemente anwenden sollten, scheint demzufolge diese Voraussetzung durch die Adherence zum kognitiv-behavioralen Prototypen verletzt zu sein.

Da eine Beschreibung der therapeutischen Sitzungen jedoch nur innerhalb des Rahmens der Q-Deskriptoren erfolgt (vgl. 5.2.2), könnte auch in Bezug auf die Adherence zu den einzelnen Prototypen Erklärungsversuch 1 zum Tragen kommen. Die Zuordnung der Items in Bezug auf idealtypische Verläufe geht von drei Prototypen aus, ohne dass ein Prototyp eines idealtypischen Verlaufes einer Emotional Supportiven Bedingung vorliegt. Mit anderen

Worten bedeutet dies, dass die EST-Bedingung zwar adherent zu einzelnen Ansätzen war, jedoch gleichzeitig schlüssig mit sich selbst ist und dass einzelne therapeutische Elemente, die während der EST-Bedingung stattfanden, aufgrund des durch den PQS festgelegten Rahmens anderen idealtypischen Verläufen zugeordnet wurden. Ausgehend von diesem Aspekt ist die Adherence der EST-Bedingung zu den jeweiligen Prototypen relativ in ihrer Aussage. Betrachtet man die signifikanten Effekte, die in beiden therapeutischen Bedingungen multidimensional nachgewiesen werden konnten, wäre aufgrund der hohen Adherence zum kognitiv-behavioralen Prototypen zu erwarten gewesen, dass dieser Ansatz innerhalb beider Bedingungen Teile des Outcomes aufklären würde. Bei Ablon und Jones (2002) klärte beispielsweise die Adherence zum kognitiv-behavioralen Prototypen innerhalb der KVT-Bedingung bei sechs von sechs und in der IPT-Bedingung bei fünf von sechs Outcome-Instrumenten den Outcome auf, während die Adherence zum interpersonalen Prototypen in der KVT-Bedingung bei zwei von sechs und in der IPT-Bedingung bei drei von sechs Outcome-Instrumenten den Outcome aufklärte.

Im Gegensatz dazu wird in dieser Studie pro therapeutischer Bedingung der Outcome für nur je eines der Instrumente durch die Adherence zum interpersonalen Prototypen im Gegensatz zum kognitiv-behavioralen Prototypen aufgeklärt. Unter Bezug auf Erklärungsversuch 3, in dem es um die unterschiedliche Benennung gleicher therapeutischer Konstrukte durch eine unterschiedliche Sprache geht, ist dieses Ergebnis insofern erklärbar, da sich beide therapeutische Bedingungen nicht statistisch signifikant in ihrer Adherence zum interpersonalen Prototypen unterscheiden. Überraschend hingegen ist, wie sich die Aufklärung des Outcomes zusammensetzte, die aufgrund eines logischen Rationales theoriendiskonform erscheint. So klärte die Adherence zum interpersonalen Ansatz bei der KVT-Bedingung Teile des Outcomes bei der ADMS auf, obwohl sich hier die Patienten der KVT-Bedingung verschlechtert hatten, wenngleich diese Verschlechterung statistisch nicht signifikant war. Im Gegensatz dazu wurden in der EST-Bedingung, bei der eine Verbesserung stattgefunden hatte, die sogar statistisch signifikant war, keine Teile des Outcomes durch die Adherence zum interpersonalen Ansatz aufgeklärt. Spiegelverkehrt war dieses Muster für Patienten der EST-Bedingung feststellbar. Hier klärte die Adherence zum interpersonalen Ansatz Teile des Outcomes bei der GAF auf, obwohl die Veränderung von Messzeitpunkt t0 nach t1, die die Patienten der EST-Bedingung erzielt hatten, eine geringfügig kleinere Effektstärke als jene der KVT-Patienten aufwies, wenngleich die Verbesserung nur für Patienten der KVT-Bedingung statistisch signifikant war.

Ausgehend von diesen differentiellen Ergebnissen zum Outcome stellt sich die Frage, welche Elemente der Therapie für die KVT-Bedingung in Zusammenhang mit dem Outcome standen, da die Allianz nur für die EST-Bedingung Teile des Outcomes aufklärte und darüber hinaus die beiden anderen Faktoren des Patientenstundenbogens Faktor 2 („Fortschritte innerhalb der Therapie“) und Faktor 3 („Fortschritte außerhalb der Therapie“) für die KVT-Bedingung zu keiner der Sitzungen als auch nicht über die Mittelwerte hinweg mit dem Outcome assoziiert waren (vgl. dazu Anhang A11, A12).

Schlussfolgerung:

Auch wenn auf einen ersten Blick die vergleichbare symptomatische Verbesserung beider therapeutischer Bedingungen vom Messzeitpunkt t0 nach t1 auf ein Äquivalenzparadox hindeuten scheint, trifft dies nicht zu, denn: Effektiv wurden nicht zwei verschiedene therapeutische Bedingungen (KVT, EST) miteinander verglichen, sondern letztendlich zwei KVT-Bedingungen, die unterschiedlich akzentuiert waren. Wie in Punkt 9.3 aufgeführt, wies selbst die EST-Bedingung dieser Studie eine höhere Adherence zum kognitiv-behavioralen Prototypen als die KVT-Bedingung des TDCRP des NIMH auf.

Die EST-Bedingung wies eine statistisch signifikant höhere Adherence zum psychodynamischen Ansatz auf, was sich vermutlich auch dadurch bemerkbar machte, dass die Patienten der EST-Bedingung mehr negativ besetzte Emotionen ("painful affect") erlebten und die therapeutische Allianz, erfasst anhand des Stundenbogenfaktors 4, schlechter als bei den Patienten der KVT-Bedingung bewertet wurde. Zudem waren auf einer deskriptiven Ebene mehr Q-Deskriptoren des interpersonalen Ansatzes bei den therapeutischen Verläufen der EST-Bedingung nachweisbar. Unter Umständen könnte dieses Zusammenspiel an psychodynamischen und interpersonalen Elementen, die zu „mehr“ Emotionen innerhalb der EST-Therapie im Gegensatz zu „technischeren“ Aspekten der KVT-Therapie dazu geführt haben, dass die Allianz in der EST-Bedingung den Outcome vorhersagen konnte, während dies in der KVT-Bedingung nicht der Fall war. Demzufolge erscheint die EST als „verbesserte“ KVT-Bedingung, die durch ihre höhere Adherence zum psychodynamischen Prototypen und durch mehr Elemente des interpersonalen Ansatzes zugleich integrativ als auch eklektisch war. Diese therapeutischen Elemente, die Hinweise für ein „Durchsprechen“ der Emotionen der therapeutischen Beziehung sind und der Allianz eine höhere Gewichtung geben, können als Indizien für die Wirkweise unspezifischer Wirkfaktoren gewertet werden.

Demzufolge ist die Allianz ein wichtiger Prädiktor für den Outcome und Therapien mit manisch-depressiven Patienten sollten über ihre „technisch-pädagogischen“ Anteile, die in verschiedenen Ansätzen der bipolaren Störung nachweisbar sind (FFT, IPSRT), die therapeutische Allianz nicht vernachlässigen. Wie aufgeführt ist die in Relation gesehen weit höhere Bewertung des sozioaffektiven Faktors 4 des Patientenstundenbogens (vgl. Abschnitt 8.4.2.2) ein weiteres Indiz für die Bedeutsamkeit der therapeutischen Allianz. Für das theoriendiskonforme Ergebnis, dass nur Elemente des interpersonalen Ansatzes in beiden Bedingungen partiell den Outcome aufklären konnten, kann Erklärungsversuch 3 herangezogen werden. Letztendlich handelte es sich bei diesen „interpersonalen Elementen“, wie z.B. über Gesundheit und körperliche Symptome (Q16), das Selbstbild (Q35) etc. zu sprechen, um eine KVT-Therapie, die für Bipolare konzipiert wurde, jedoch werden diese im Jargon des PQS als psychodynamische beziehungsweise interpersonale Elemente benannt.

Schwächen der Studie:

Im Folgenden sollen methodische Grenzen der Studie, die die Vorgehensweise betreffen, die jedoch mangels an Möglichkeiten nicht besser umgesetzt werden konnten, näher aufgeführt werden. In den Studien, die als Vorlage für das Design dieser Studie diente, wurden die therapeutischen Sitzungen anhand des PQS von mindestens zwei Ratern ausgewertet (vgl. Ablon & Jones, 1998, 2002; Ablon, Levy & Katzenstein, 2006; Jones & Pulos, 1993). Wenn sich Interraterkorrelationen ergaben, die kleiner als $r = .50$ waren, wurde ein dritter Rater hinzugezogen. Weiter führten die Autoren Ablon und Jones (1998, 2002), Ablon, Levy und Katzenstein (2006) regelmäßige Treffen im Sinne einer "periodic calibration" durch, um dem eventuellen "raterdrift" entgegenzuwirken. Da in dieser Studie sämtliche Sitzungen vom Autor ausgewertet wurden, ist ein "raterdrift", der eventuell über den Zeitraum der Auswertungen hinweg stattgefunden haben könnte (Januar 2006-bis Dezember 2006), nicht auszuschließen. So war es nicht möglich die 208 Sitzungen, die anhand des PQS ausgewertet worden waren, von einer anderen entsprechend geschulten Person zumindest segmentweise „gegenauswerten“ zu lassen. Gründe hierfür mögen einerseits am hohen zeitlichen Volumen liegen, das benötigt wird, um sich in das Instrument einzuarbeiten und andererseits an der hohen Anzahl an Stunden, die ausgewertet werden müsste, um eine angemessene Interrater-Reliabilität zu erreichen. Wie in Punkt 8.5.5.1 aufgeführt, waren dem Autor die "factor scores" zur Durchführung des Hypothesen prüfenden Teil 2 zur Verfügung gestellt worden. Wenngleich der PQS von einem Experten-Team in die deutsche Sprache übertragen wurde

(Albani, Blaser & Jacobs, 2000; vgl. 7.3.5.6), basieren die "factor scores" der Zuordnung zu den kognitiv-behavioralen-, psychodynamischen und interpersonalen Prototypen auf Experten-Ratings, die von angloamerikanischen Experten (vgl. Ablon & Jones, 1998, 2002) durchgeführt wurden. Demzufolge basieren deren Experten-Ratings auf angloamerikanischen Konzeptionen idealtypischer verhaltenstherapeutischer, psychodynamischer beziehungsweise interpersonaler Ansätze. Dabei bleibt die Frage offen, ob sich bei einem deutschsprachigen Experten-Rating der korrespondierenden idealtypischen Ansätze andere "factor scores" ergeben hätten, wodurch wiederum die Adherence zu den einzelnen Prototypen anders ausgefallen wäre.

Offene Fragen und weitere zukünftige Möglichkeiten:

Wenngleich es sich bei beiden Bedingungen de facto um KVT-Therapien handelte, bleibt die Frage offen, warum sich die manische Symptomatik der KVT-Patienten im Laufe der Therapie nicht im vergleichbaren Maße wie jene der EST-Patienten verbesserte, obwohl Inhalte der KVT-Therapie gezielt darin bestanden, potentielle Anzeichen und Auslöser für manische Phasen zu identifizieren und auch mit individuellen Kognitionen und Verhaltensweisen umzugehen, die im Rahmen von depressiven und manischen Episoden auftreten. Darüber hinaus ist dieses Ergebnis nicht durch eine Stichprobenszusammensetzung erklärbar, da hierzu keine differentiellen Unterschiede in Bezug auf die manische Symptomatik vorlagen. Weiter konnten innerhalb der KVT-Bedingung für keinen der drei vorliegenden Faktoren des Patientenstundenbogens Teile des Outcomes aufgeklärt werden (vgl. Anhang A11, A12).

Eines der Ziele der Studie, die Spezifität der KVT im Vergleich zu einer Emotional Supportiven Bedingung zu untersuchen, konnte aufgrund der de facto ähnlichen therapeutischen Bedingungen nicht nachgekommen werden. Um Vergleiche der therapeutischen Elemente und Prozesse zu ziehen, die jeweils sowohl eine KVT- als auch eine EST-Studie ausmachen, müssten unspezifische Behandlungsbedingungen (beispielsweise EST) eventuell konkret spezifiziert werden, um ein Abdriften in beispielsweise KVT-Therapie zu verhindern. Da auch andere therapeutische Ansätze (z.B. FFT, vgl. Miklowitz et al. 2000, 2003; IPSRT, vgl. Frank et al. 1997, 1999, 2000, 2005) Erfolge bei bipolaren Patienten nachweisen konnten, würden weitere Studien therapeutischer Prozesse dieser

„technischen“ Therapien im Vergleich zu anderen unspezifischen stützenden Therapien weitere Aufschlüsse zur Spezifität strukturierter (KVT-) Therapien liefern.

10 LITERATURVERZEICHNIS

- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research* 8 (1), 71-83.
- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Ablon, J.S. und Jones, E.E. (2002). Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- Ablon, J.S. & Jones, E.E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568
- Ablon, J.S., Levy, R. & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 216-231.
- Ahn, H. & 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, 251-257.
- Akiskal, H.S. (1996). The temperamental foundations of affective disorders. In: C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler P (Eds.). *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders (pp.3-30)*. London: Gaskell.
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Die Methode des "Psychotherapie-Prozess Q-Sort". The Psychotherapy Process Q-Sort method. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*. 48(2), 151-171.
- Albani, C., Blaser, G., Jones, E.E., Thomä, H. & Kächele, H. (2001). Amalia X im Lichte des „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 215-223)*. Stuttgart: Kohlhammer.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Angst, J., Felder, W. & Frey, R. (1979). *The course of unipolar and bipolar affective disorders*. New York: Academic Press.
- Angst, J. & Preisig, M. (1995a). Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweizer Archiv für Neurologie and Psychiatrie*, 146, 5-16.

- Angst, J. & Preisig, M. (1995b). Outcome of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 146, 17-23.
- Assion, H.-J.(2006). Diagnostik, Klassifikation und Differentialdiagnostik. In H.-J. Assion & W. Vollmoeller (Hrsg.). *Handbuch Bipolare Störungen. Grundlagen – Diagnostik – Therapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Baas, L.R. (1997). The interpersonal sources of the development of political images: An intensive, longitudinal study. *Operant Subjectivity*, 20, 117-142.
- Baldessarini R.J. (2002). Treatment research in bipolar disorders: issues and recommendations. *CNS Drugs* 16, 721-729.
- Barber, J.P., Conolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L. & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1038.
- Barry, J. & Proops, J. (1999). Seeking sustainability discourses with Q methodology. *Ecological Economics*, 28(3), 337-345.
- Bastine, R. (1988). *Psychotherapeutische Prozesse: Von der Verlegenheit, psychotherapeutische Veränderungen zu erklären*. Vortrag auf dem Kongress für Klinische Psychologie, Berlin.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der psychotherapeutischen Prozessforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18 (1), 3-22.
- Bauer, M. (2005). *Neurobiologie und Therapie bipolarer Erkrankungen*. 1.-Auflage-Bremen: UNI-MED
- Bauer, M.S., Calabrese, J., Dunner, D.L., Post, R., Whybrow, P.C., Gyulai, L., Tay, L.K., Younkin, S.R., Bynum, D. & Lavori, P.(1994). Multisite data reanalysis of the validity of rapid cyclings as a course modifier for bipolar disorder in DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 506-515.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G. (2003). Psychoedukative Informationsentwicklung: Pflicht und Kür. In J. Bäumel & G. Pitschel-Walz (Hrsg.). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (S.101-123)*. Stuttgart: Schattauer.
- Bech, P., Rafaelsen, O.J., Kramp, P. & Bolwig, T.G. (1978). The mania rating scale: Scale construction and inter-observer agreement. *Neuropharmacology*, 17, 430-431.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Benjamin, L. S. (1987). Use of the SASB dimensional model to develop treatment plans for personality disorder: I. Narcissism. *Journal of Personality Disorders*, 1, 43-70.

- Benjamin, L. S. (1994). SASB: A bridge between personality theory and clinical psychology. *Psychological Inquiry*, 5, 273-316.
- Bennun, I. & Schindler, L. (1988). Therapist and patient factors in the behavioural treatment of phobic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (2), 145-150.
- Blatt, S.J. (2005). Commentary on Ablon and Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 569-578.
- Blatt, S.J. & Zuroff, D.C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25 (4), 459-487.
- Block, J. & Haan, N. (1971). *Lives through time*. Berkeley, CA: Bancroft.
- Block, J. (1978). *The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research*. Palo Alto, Cal.: Consulting Psychologist Press.
- Bolland, J.M. (1985). The search for structure: An alternative to the forced Q-sort technique. *Political Methodology*, 11, 91-107.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1980, June). *Of human bonds that bind or free*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pacific Grove, CA.
- Bordin, E.S. (1989, April). *Building therapeutic alliances: The base for integration*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Berkeley, CA.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. 6. Auflage*. Heidelberg: Springer.
- Bortz, J., Lienert, G.A. & Boehnke, K. (2000). *Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik*. Berlin: Springer.
- Bowden, C.L. (2001). Strategies to reduce misdiagnosis of bipolar depression. *Psychiatric Services*, 52, 51-55.
- Brosius, F. (2002). *SPSS 11*. Bonn: mitp.
- Brown, S.R. (1980). *Political subjectivity: Applications of Q methodology in political science*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Brown, S. R. (1986). Q-Technique and method. In W.D. Berry & M.S. Lewin Beck (Hrsg.). *New tools for social scientists (S.57-76)*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Brown, S. R. (1993). A primer in Q Methodology. *Operant Subjectivity*, 16, 91-138. (siehe auch: <http://facstaff.uww.edu/cottlec/QArchive/Primer1.html>).

- Brown, S. R. (1996). Q methodology and qualitative research. *Qualitative Health Research*, 6, 561-567.
- Butzlaff, R.L. & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotions and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Byung, S. L. & Wonhi, S. (2001). Investor response to online stock trading: A study using Q methodology. *Operant Subjectivity*, 24, 109-131.
- Calabrese, J.R., Fatemi, S.H., Kujawa, M. & Woyshtville, M.J. (1996). Predictors of response to mood stabilizers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(1), 24-31.
- Carlson, J.M. & Trichtinger, R. (2001). Perspectives on entertainment television's portrayal of a racial incident: An intensive analysis. *Communication Review*, 4, 253-278.
- Carr, S. C. (1992). A primer on the use of Q-technique factor analysis. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development*, 25(3), 133-138.
- Chen, A. (1996). Student interest in activities in a second physical education curriculum: An analysis in student subjectivity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 424-432.
- Cochran, S.D. (1984). Preventing medical non-compliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for behavioral sciences*. Hillsdale NJ: Erlbaum
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M.J., Sánchez-Moreno, J. & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 7(5), 24-31.
- Coombs, M.M., Coleman, D. & Jones, E.E. (2002). Working with feelings: the importance of emotion in both cognitive-behavioural and interpersonal therapy in the NIMH treatment of depression collaborative research program. *Psychotherapy: Theory/ Research/ Practice/ Training*, 39(3), 233-244.
- Cottle, C.E. & McKeown, B. (1980). The forced-free distinction in Q technique: A note on unused categories in the Q sort continuum. *Operant Subjectivity*, 3, 58-63.
- Depue R.A. & Iacono, W.G. (1989). Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Annual Review of Psychology*, 40, 457-492.
- Depue R.A. & Zald, D.H. (1993). Biological and environmental processes in nonpsychotic psychopathology: A neurobehavioral perspective. In C.G. Costello (Ed.). *Basic issues in psychopathology* (pp.127-237). New York: Guilford Press.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 – Kapitel V (F). Klinisch – Diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.
- Dryzek, J.S. & Braithwaite, V. (2000). On the prospects for democratic deliberation: Values analysis applied to Australian politics. *Political Psychology*, 21, 241-266.

- Dunner, D.L. (1999). Rapid-cycling bipolar affective disorder. In J.F. Goldberg & M. Harrow (Eds.). *Bipolar disorder – clinical course and outcome* (pp.199-218). Washington D.C.: American Psychiatric Press
- Dunner, D.L., Patrick, V. & Fieve, R.R. (1979). Live events at the onset of bipolar affective illness. *American Journal of Psychiatry*, 136, 508-511.
- Ehlers, C.L., Frank, E. & Kupfer, D.J. (1988). Social Zeitgebers and biological rhythms. *Archives of General Psychiatry*, 45, 948-952.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp. 114-139). New York: Wiley.
- Elkin, I., Parloff, M., Hadley, S. & Autry, J. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, I., Shea, T., Watkins, J.T., Imber, D. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F. et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- 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, 437-451.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976): The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D Praxisgebiete. Serie II Klinische Psychologie. Band 1 Grundlagen der Klinischen Psychologie. 1996. 5. Kapitel. Prozessforschung. Ludwig Schindler.
- Febbraro, A.R. (1995). On the epistemology, metatheory, and ideology of Q methodology: A critical analysis. In I. Lubek, R. Van Hezewijk, G. Pheterson & C. W. Tolman (Hrsg.). *Trends and issues in theoretical psychology* (S.144-150). New York: Springer.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J. & Gelfand, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Felber, W. (1996). Affektive Störungen. In M.T. Gastpar, S. Kasper & M. Linden (Hrsg.). *Psychiatrie* (S. 107-133). Berlin, New York: Gruyter.
- Fiedler, P., Leeb, B., Ernst, S., Kohlhoff A. & Mundt, Ch. (1994). „Verdeckte Kritik“ als „Expressed Emotion“ (EE) in der Partnerschaft depressiver Patienten: eine Konstruktvalidierung mittels SASB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 52-60.

- Fiedler, P., Vogt, L., Rogge, K.-E. & Schulte, D. (1994). Die prognostische Relevanz der Autonomie-Entwicklung von Patienten in der verhaltenstherapeutischen Phobienbehandlung: eine Prozessanalyse mittels SASB. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 202-212.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt.
- Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Tu, X.M., Monk, T.H., Mallinger, A.G. & Kupfer, D.J. (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological Psychiatry*, 41, 1165-1173.
- Frank, E., Kupfer, D.J., Thase, M.E., Mallinger, A.G., Swartz, H.A., Fagiolini, A.M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W. & Monk, T. (2005). Two-year outcomes for Interpersonal and Social Rhythm in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Frank, E., Swartz, H.A. & Kupfer, D.J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604.
- Frank, E., Swartz, H.A., Mallinger, A.G., Thase, M.E., Weaver, E.V. & Kupfer, D.J. (1999). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: effects of changing treatment modality. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 579-587.
- Frohburg, I. (1970). Zur psychodiagnostischen Erfassung von Persönlichkeitsveränderungen mit Hilfe der Q-Sortierungstechnik. In H.D. Rösler, H.D. Schmidt & H. Szewczyk (Hrsg.). *Persönlichkeitsdiagnostik (S.133-199)*. Berlin: VEB.
- Gallivan, J. (1994). Subjectivity and the psychology of gender: Q as a feminist methodology. In J. Gallivan, S.D. Crozier & V.M. Lalande (Hrsg.). *Women, girls, and achievement (S.29-36)*. Toronto: Captus University Publications.
- Gaston, L., Marmar, C.R., Gallagher, D. & Thompson, L.W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond intreatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research*, 1, 104-113.
- Giles, D.C. (2002). *Advanced research methods in psychology*. London: Routledge
- Goldstein, M.J., Miklowitz, R. & Miklowitz, D.J. (1996). Family factors related to the course and outcome of bipolar disorder. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler (Eds.). *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders (pp.193-203)*. London: Gaskell.
- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). *Manic Depressive Illness*. Oxford University Press, New York.
- Göttert, R. & Asendorpf, J.(1989). Eine deutsche Version des California-Child-Q-Sort: Kurzform. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 11(1), 70-82.

- Grawe, K. (1987). *Differential correlations between assessment in the therapist and client questionnaires and therapeutic outcome*. Paper presented at the 18th conference of the Society of Psychotherapy Research. Ulm.
- Grawe, K. (1989a). *A comparison of the intercorrelations between input process and outcome variables of the genetic model for different forms of psychotherapy*. Paper presented at the 22th conference of the Society of Psychotherapy Research. Toronto.
- Grawe, K. (1989b). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 23-34.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.). *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. München: Gerhard Röttger.
- Grawe, K. & Braun, U. (1994). Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23, 242-267.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316-337.
- Greenberg, L.S. (1986a). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4-9.
- Greenberg, L.S. (1986b). Research strategies. In L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.). *The therapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process Research: Current Trends and Future Perspectives. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.). *The psychotherapeutic process: a research handbook (pp.3-20)*. New York: The Guilford Press
- Greenberg, L.S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1, 3-16.
- Greenson, R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1986). The Hamilton rating scale for depression. In N. Sartorius & T. A. Ban (Eds.). *Assessment of depression (pp. 143-152)*. Berlin: Springer.
- Hartung, J. (1990). *Psychotherapie phobischer Störungen: Zur Handlungs- und Lageorientierung im Therapieprozess*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Hautzinger, M. (1995). Affektive Störungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Hrsg.). *Klinisch-psychologische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie, Band 2 (S. 156-222)*. (Serie Klinische Psychologie). Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.

- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *Allgemeine Depressionsskala*. Weinheim: Beltz.
- Hautzinger, M. & Meyer, T.D. (2001). Diagnostik affektiver Störungen. In R.D. Stieglitz, U. Baumann & D. Freyberger (Hrsg.). *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie, Psychotherapie* (S. 418-429). Stuttgart: Thieme.
- Hautzinger, M. & Meyer, T. D. (2002). *Diagnostik Affektiver Störungen (Kompendium Psychologische Diagnostik, Band 3)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Meyer, T.D. (2007). Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen. Ein systematischer Überblick kontrollierter Interventionsstudien. *Nervenarzt* (im Druck).
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Lörch, B., Meyer, Th., Szegedi, A., Trautmann, B. und Wetzel, H. (undatiert). *Manual zur supportiven Therapie*. Version 1.1. Psychologisches Institut der Universität Tübingen
- Henry, W. P., Schacht, T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural analysis of social behaviour: Applications to a study of interpersonal process in differential psychotherapeutic outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27-31.
- Henry, W. P. (1996). Structural analysis of social behavior as a common metric for programmatic psychopathology and psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1263-1275.
- Hentschel, U. (2005). Die therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut*, 50, 305-317.
- Hentschel, U. (2005). Die therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. *Psychotherapeut*, 50, 385-393.
- Hildenbrand, G., Junkert-Tress, B., Scheibe, G., Hartkamp, N. (1994). Untersuchungen kurztherapeutischer Prozesse mit der SASB/CMP-Methode. In H. Faller & J. Frommer (Hrsg.). *Qualitative Psychotherapieforschung*. Heidelberg: Asanger.
- Hill, C.E. (1978). Development of a counselor verbal category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.
- Hill, C.E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Holm-Hadulla, R.M. (2000). Die therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 45, 124-136.
- Hornstein, G.A. (1992). The return of the repressed: Psychology's problematic relations with psychoanalysis, 1909-1960. *American Psychologist*, 47(2), 254-263.

- Horvath, A.O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 365-372.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: research and theory. An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.
- Horvath, A.O., Gaston, L. & Luborsky, L. (1993). The therapeutic alliance and its measures. In N. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. Docherty (Eds.). *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice (pp.247-274)*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Imber, S.D., Pilkonis, P.A., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Shea, M.T., Elkin, I., Collins, J.F., Leber, W.R. & Glass, D.R. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 352-359.
- Johnson, S.L. (2005). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25, 1008-1027.
- Johnson, S.L. & Roberts, J.E. (1995). Life events and bipolar disorder: implications from biological theories. *Psychological bulletin*, 117, 434-449.
- Jonas, B.S., Brody, D., Roper, M. & Narrow, W.E. (2003). Prevalence of mood disorders in a national sample of young American adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 618-624.
- Jones, E. & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38 (4), 985-1016.
- Jones, E.E. (1978). Effects of race on psychotherapy process and outcome: an exploratory investigation. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 15(3), 226-236.
- Jones, E.E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-set*. (Unpublished manuscript). Berkeley: University of California.
- Jones, E.E. (1997). Modes of therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 1135-1150.
- Jones, E.E. (2000). *Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic therapy*. Ed. Jason Aronson Inc. Nothvale, New Jersey, London.
- Jones, E.E. (2001a). Therapeutic Action. A new theory. *American Journal of Psychotherapy*, 55(4), 460-474.

- Jones, E.E. (2001b). Interaktion und Veränderung in Langzeittherapien. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 224-227). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jones, E.E., Cumming, J.D. & Horowitz, M.J. (1988). Another look at the non-specific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (1), 48-55.
- Jones, E.E., Cumming, J. & Pulos, S. (1993). Tracing clinical themes across phases of treatment by a Q-set. In: N.E. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J.P. Docherty (Eds.). *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*, (pp. 14-36). New York: Basic Books.
- Jones, E.E., Ghannam, J., Nigg, J.T. & Dyer, J.F.P. (1993). A paradigm for single-case research: the time series study of a long-term psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 381-394.
- Jones, E.E., Hall, S., & Parke, L.A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Group. In L. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. Washington, DC: American Psychologist Association.
- Jones, E.E., Krupnick, J.H. & Kerig, P.K. (1987). Some gender effects in a brief psychotherapy. *Psychotherapy*, 24, 336-352.
- Jones, E.E., Parke, L.A. & Pulos, S.M. (1992). How therapy is conducted in the private consulting room: a multidimensional description of brief psychodynamic treatments. *Psychotherapy Research*, 2(1), 16-30.
- Jones, E.E. & Price, P.B. (1998). Examining the alliance using the psychotherapy process Q-set. *Psychotherapy*, 35 (3), 392-404.
- Jones, E.E., & Pulos, S.M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioural therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 306-316.
- Jones, S. (2004). Psychotherapy of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 80 (2-3), 101-114.
- Kaimer, P., Reinecker, H. & Schindler, L. (1989). Interaktionsmuster von Klient und Therapeut bei zwei unterschiedlich erfolgreich behandelten Fällen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 80-92.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.

- Klein, D.N., Schwartz, J.E., Santiago, N.J., Vivian, D., Vocisano, C. et al. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 997-1006.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Basic Books, New York.
- Kobak, R.R., Cole, H.E., Ferenz-Gillies, R. & Fleming, W.S. (1993). Attachment and Emotion Regulation during Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. *Child Development, 64*, 231-245.
- Kogan, S. M., Walters, L. H. & Daniels, T. (2002). Contextual assessment of couples therapy: the clinical discourse Q-set. *Journal of Marital & Family Therapy, 28*(4), 409-422.
- König, Eckard & Zedler, Peter (Hrsg.) (2002). *Qualitative Forschung*. Weinheim: UTB.
- Krasner, L. (1962). The therapist as a social reinforcement machine. In H. H. Strupp & L. Luborsky (Eds.). *Research in psychotherapy (Vol. II)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kupper, S.(1998). *Partizipationsstrukturen im psychotherapeutischen Prozess*. Frankfurt am Main, Berlin, Bern, New York, Paris, Wien: Europäische Hochschulschriften.
- Laireiter, A.-R. (1994). Dokumentation psychotherapeutischer Fallverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 23*, 236-241.
- Lam, D., Hayward, P., Watkins, E.R., Wright, K. & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry, 162*, 324-329.
- Lam, D., Watkins, E.R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Dacis, G. & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry, 60*, 145-152.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 357-361.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. R. Nitsch (Hrsg.). *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-259)*. Bern: Huber.
- Lecouteur, A. & Delfabbro, P.H. (2001). Repertoires of teaching and learning: A comparison of university teachers and students using Q methodology. *Higher Education, 42*, 205-235.
- Lingam, R. & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 105*, 164-172.

- Llewelyn, S. & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21.
- Luborsky, L. (1990). A review of theory-based process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 281-287.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Psychotherapy Research*, 10, 17-29.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). Understanding transference: *The Core Conflictual Relationship Theme method (2nd ed.)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T.P., Berman, J. S., Levitt, J. T., et al. (2002). The dodo bird verdict is alive and well-mostly. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9, 2-12.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; "Is it true that everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Maier-Riehle, B. & Zwingmann, Ch. (2000). Effekstärkevarianten beim Eingruppen-Prä-Post-Design: Eine kritische Betrachtung. *Die Rehabilitation*, 39, 189-199.
- Malik, M.L., Beutler, L.E., Alimohamed, S. & Gallagher-Thompson, D. (2003). Are all cognitive therapies alike? A comparison of cognitive and non-cognitive therapy process and implications for the application of empirically supported treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 150-158.
- Marneros, A., Rötting, S., Wenzel, A., Blöink, R. & Brieger, P. (2004a). Schizoaffektive mixed states. In A. Marneros & F.K. Goodwin (Hrsg.). *Mixed states, rapid cycling and atypical bipolar disorders*. Cambridge: University Press.
- Marneros, A., Pillmann, F., Rötting, S., Wenzel, A. & Blöink, R. (2004b). Acute and transient psychotic disorders – an atypical bipolar disorder? In A. Marneros & F.K. Goodwin (Hrsg.). *Mixed states, rapid cycling and atypical bipolar disorders*. Cambridge: University 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, 438-450.
- Marziali E. & Alexander, L. (1991). The power of the therapeutic relationship. *American Journal of Orthopsychiatrists* 61 (3), 383-391.
- Maute, S. (2002). Die Eignung der Persönlichkeitsfaktoren „Hypomane Persönlichkeit“ und „Rigidität“ als Prädiktoren für affektive Störungen. Unveröffentlichte Dissertation, Eberhard-Karls-Universität Tübingen.
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.

- McGraw, K. & Wong, S. (1996). Forming inferences about some Intraclass Correlation Coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
- McKeown, B. & Thomas, D. (1988). *Q methodology* (Series: quantitative applications in the social sciences). Newbury Park: Sage.
- Meyer, C., Rumpf, H.J., Hapke, U., Dilling, H. & John, U. (2000). Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*, 71, 535-542.
- Meyer, T.D. (2001). Das Spektrum manisch-depressiver Störungen in den Zeitschriftenpublikationen der letzten 20 Jahre. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30 (1), 42-44.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (1999). *Deutsche Version des Strukturierten Interviews für die Young Mania Rating Scale* (G. Sachs, 1993). Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Tübingen.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2000a). Bipolare affektive Störungen. In M. Hautzinger (Hrsg.). *Kognitive Verhaltenstherapie mit psychischen Störungen*. (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 40-69). Weinheim: Beltz.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2000b). Psychotherapie bei bipolaren affektiven Störungen- Ein Überblick über den Stand der Forschung. *Verhaltenstherapie*, 10, 177-186.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2001). Allgemeine Depressionsskala. Normierung an Minderjährigen und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS). *Diagnostica*, 47(4), 208-215.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2002). Kognitive Verhaltenstherapie als Ergänzung der Pharmakotherapie manisch-depressiver Störungen. Wie sieht die Empirie aus? *Nervenarzt*, 73, 620-628.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2003). Psychotherapie und Psychoedukation. In DGBS (Hrsg.). *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland* (S. 251-306). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2004a). *Manisch-depressive Störungen kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2004b). „Kognitive Verhaltenstherapie in der Rückfallprophylaxe manisch-depressiver Störungen“. Arbeitsbericht zum DFG-Projekt.
- Meyer, T.D. & Hautzinger, M. (2005). *Cognitive Behavior Therapy and Supportive Therapy for bipolar disorders -3-month follow-up from a randomized controlled trial*. Paper presented at the 6th International Conference on Bipolar Disorders, Pittsburgh, PA, USA, June 14-16.

- Miklowitz, D.J., George, E.L., Richards, J.A., Simoneau T.L. & Suddath R. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 909-912.
- Miklowitz, D. J & Goldstein M. J. (1997). *Bipolar disorder: a family – focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Nuechterlein, K.H., Snyder, K.S. & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz, D.J. & Otto, M.W. (2006). New psychosocial interventions for bipolar disorder: A review of literature and introduction of the systematic treatment enhancement program. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly* 20 (2), 215-230.
- Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Wisniewski, S.R., Kogan, J.N., Nierenberg, A.A., Calabrese, J.R., Marangell, L.B., Gyulai, L., Araga, M., Gonzalez, J.M., Shirley, E.R., Thase, M.E. & Sachs, G.S. (2007). Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-year randomized trial from the systematic treatment enhancement program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419-427.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L, Richards, J.A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N. & Suddath, R. (2000). Family-based treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., Sachs-Ericsson, N., Warner, R. & Suddath, R. (1996). Family risk indicators in the course of bipolar affective disorder. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg & P. Fiedler (Eds.). *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp.204-217). London: Gaskell.
- Mitchel, P.B., Wilhelm, K., Parker, G., Austin, M.P., Rutgers, P. & Malhi, G.S. (2001). The Clinical features of bipolar depression: A comparison with matched depression disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(3), 212-216.
- Mowrer, O.H. (1953). Introduction. In O. H. Mowrer (Ed.). *Psychotherapy: Theory and Research*. New York: Ronald Press.
- Müller, F. H. & Kals, E. (2004). Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 5(2), Art. 34. verfügbar über <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-04/2-04muellerkals-d.htm>
- Navarro, A.M., Schindler, L. & Silva, F. (1987a). Evaluación de la conducta del psicoterapeuta: Preferencias del cliente. = Assessment of psychotherapist's behaviour: Client's preferences. *Evaluación Psicológica*, 3(1), 101-123.

- Navarro, A.M., Schindler, L. & Silva, F. (1987b). Estilos comportamentales del psicoterapeuta y preferencias del cliente. = Psychotherapist's behavioral styles and clients' preferences. *Evaluación Psicológica*, 3(3), 409-422.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd ed.) (pp.311-381). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy- noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Ed.). *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4th ed., pp.270-379). New York: Wiley.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H. & Wilutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M.J. Lambert (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp.307-389). New York: John Wiley & Sons
- Parloff, M., Waskow, I. & Wolfe, B. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: An empirical analysis*. New York: Wiley.
- Perris, C. (1996). Bipolar – unipolar distinction. In E. S. Paykel (Ed.). *Handbook of Affective Disorders* (2nd ed.) (pp.57-75). New York: Guilford Press.
- Pole, N. & Jones, E.E. (1998). The talking cure revisited: content analysis of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 171-189.
- Pospeschill, M. (2006). *Statistische Methoden. Strukturen, Grundlagen, Anwendungen in Psychologie und Sozialwissenschaften*. 2006. Spektrum Akademischer Verlag Heidelberg, München.
- Psychotherapie Richtlinien (1998). *Deutsches Ärzteblatt*, 51-52, 25-78.
- Radloff, L.S. (1977). CES-D: A self report system scale to detect depression in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 3, 385-401.
- Raue, P.J., Castonguay, L.G. & Goldfried, M.R. (1993). The working alliance: a comparison of two therapies. *Psychotherapy Research*, 3 (3), 197-207.
- Raue, P.J. & Goldfried, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O., Horvath & L.S., Greenberg, L.S (Eds.) (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. New York, Oxford England: Wiley
- Raue, P.J., Goldfried, M.R. & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 582-587.
- Revenstorf, D. (1980). *Faktorenanalyse*. Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer.
- Richard, R. (2000). A methodological approach to national identity in Europe. *Politique Européenne*, 1, 84-107.

- Rodde, S., Margraf, J., El Falaky, A. & Schneider, S. (1996). Lässt sich quantitativ erfassen, was Therapeuten in Therapiestudien tun? *Verhaltenstherapie*, 6, 135-141.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Roston, D., Lee, K. & Vaillant, G. (1992). A Q-Sort approach to identifying defenses. In: G. Vaillant (Ed.). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers* (pp. 217-233). Washington: American Psychiatric Press.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchung zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*. Berlin: Springer
- Rudolf, M. & Müller, J. (2004). *Multivariate Verfahren. Eine praxisorientierte Einführung mit Anwendungsbeispielen in SPSS*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Sachs, G.S., Thase, M.E., Otto, M.W., Bauer, M., Miklowitz, D., Wisniewski, S.R., et al. (2003). Rationale, design, and methods of the Systematic Treatment Enhancement Program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 53, 1028-1042.
- 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, 803-817.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). *The therapeutic relationship in behavioural psychotherapy*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
- Schindler, L. (1991). *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung: Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie*. Heidelberg: Springer.
- Scott, J. (2006). Psychotherapy for bipolar disorders- efficacy and effectiveness. *Journal of Psychopharmacology*, 20 (2), 46-50.
- Scott, J. & Tacchi, M.J. (2002). A pilot study of concordance therapy for individuals with bipolar disorders who are non-adherent with lithium prophylaxis. *Bipolar Disorders*, 4, 386-392.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R. & Hayhurst, H. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.

- Stroebe. (Hrsg.) *Lehr- und Forschungstexte Psychologie*, Bd. 41., Berlin: Springer.
- Schindler, L., Müller, U., Hohenberger-Sieber, E. & Hahlweg K. (1988). *Manual des Codiersystems zur Interaktion in der Psychotherapie (CIP)*. Max-Planck-Institut für Psychiatrie, Psychologische Abteilung, München.
- Schmitz, J.M., Averill, P., Sayre, S., McCleary, P., Moeller, F.G. & Swann, A. (2002). Cognitive-behavioral treatment of bipolar disorder and substance abuse: A preliminary randomized study. *Addictive Disorders and their Treatment; 1(1)*, 17-24.
- Sell, D.K. & Brown, S.R. (1984). Q methodology as a bridge between qualitative and quantitative research: Application to the analysis of attitude change in foreign study program participants. In J.L. Vacca & H.A. Johnson (Hrsg.). *Qualitative research in education (S.79-87)* (Graduate School of Education Monograph Series). Kent, OH: Kent State University, Bureau of Educational Research and Service.
- Shedler, J. (2002). A new language for psychoanalytic diagnosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 50*, 429-456.
- Shields, A. & Cicchetti, D. (1997). Emotion Regulation Among School Age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-Sort Scale. *Developmental Psychology, 33(6)*, 906-916,
- Shilin, M., Khaimina, O., Kluikov, Y. & Lukyanov, S. (2000). *Coping strategies: The white sea case (Northern Russia)*. Verfügbar über:
http://www.uit.no/MostCCPP/Huhmari/joe_pap/JOE_Michael-S.pdf.
- Shoham-Salomon, V. (1990). Interrelating research processes of research process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58(3)*, 295-303.
- Shugar, G., Scherzer, S., Toner, B.B. & di Gasbarro, J. (1992). Development, use, and factor analysis of a self-report inventory for mania. *Comprehensive Psychiatry, 33*, 325-331.
- Singer, J.B. (1997). Chances and consistencies: Newspaper journalists contemplate an online future. *Newspaper Research Journal, 18*, 2-18.
- Singer, J.B., Craig, D., Allen, C.W., Whitehouse, V., Dimitrova, A. & Sanders, K.P. (1996). Attitudes of professors and students about new media technology. *Journalism and Mass Communication Educator, 51(2)*, 36-45.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung. Diagnostik, Konzepte, Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SOZU)*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. & Oliveri, M.E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry, 148*, 997-1008.
- Spence, D.P., Dahl, H. & Jones, E.E. (1993). Impact of interpretation on associative freedom. *Journal of Consulting and Cinical Psychology, 61(3)*, 395-402.

- Stainton Rogers, R. (1995). Q methodology. In Jonathan A. Smith, Rom Harre & Luk Van Langenhove (Hrsg.), *Rethinking methods in psychology* (S.78-192). London: Sage (siehe auch: <http://www.unibwmuenchen.de/campus/Paed/we4/esf/q/v1n190.txt>).
- Stephenson, W. (1935). Correlation persons instead of tests. *Character and Personality*, 4, 17-24.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Stiles, W.B. (1978). *Manual for a taxonomy of verbal response modes*. Chapel Hill: Institute for Research in Social Science, University of North Carolina at Chapel Hill.
- Stiles, W.B. (1978). Verbal response modes and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 693-703.
- Stiles, W.B., Shapiro, D. & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist*, 41, 165-180.
- Strauss, Anselm (1991). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. München: Fink.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics (Third Edition)*. New York: Harper Collins College Publishers.
- Thomas, D.B. & Baas, L.R. (1996). The postselection campaign: Competing constructions of the Clinton victory in 1992. *The Journal of Politics*, 58, 309-331.
- Tress, W. & Hartkamp, N. (Hrsg.) (2002). *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens: SASB; ein Arbeitsbuch für Forschung, Praxis und Weiterbildung in der Psychotherapie*. München: CIP-Medien.
- Tress, W. (Hrsg.) (1993). *SASB – Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens*. Heidelberg: Asanger.
- Volk, S. A., H.-W. Travers & Neubig, H. (1998). *Depressive Störungen. Diagnostik, Ursachen, Psycho- und Pharmakotherapie*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer
- Walden, J. & Grunze, H. (1998). *Bipolare affektive Störungen*. Stuttgart: Thieme.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L., Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11, 221-233.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Greenfield, S.F., Najavits, L.M., Wyner, D., Soto, J.A. & Hennen, J.A. (2000). Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 361-367.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H.G., Joyce, P.R., Karam, E.G., Lee, C.K., Lellouch, J., Lepine, J.P., Newman, S.C., Rubio-Stipec, M., Wells, J.E., Wickramaratne, P.J., Wittchen, H., & Yeh, E.K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.

- Wiggins, J.S. (1982). Circumplex models of interpersonal behavior in clinical psychology. In P.C. Kendall & J.N. Butcher (Hrsg.). *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp .183-221). New York: Wiley.
- Wiggins, J.S. (1996). An Informal History of the Interpersonal Circumplex Tradition. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 217-233.
- Wittchen, H. U. (2000). Epidemiology of affective disorders. In H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter & N. Sartorius N (Hrsg.). *Schizophrene und affektive Störungen* (S. 357-372). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford/CA: Stanford University Press.
- Young, R.C., Biggs, J.T., Ziegler, V.E. & Meyer, D.A. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 429-435.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

11 ANHANG

Anhang A:

Tabelle A1: Therapeuten- und Klientenkategorien des CIPS

| Therapeutenkategorien | Klientenkategorien |
|---|--|
| 1 Einfühlung: | 1 Emotionale Öffnung: |
| (GA) Gefühlsansprache (RF) Reformulieren (VE) Verständnis | (PG) Beschreibung positiver Gefühle (NG) Beschreibung negativer Gefühle |
| 2 Unterstützung: | 2 Problembeschreibung: |
| (ZP) Zuspruch (PR) positive Rückmeldung (MU) minimale Unterstützung | (SB) sachlicher Bericht (SP) spezifisches Problem |
| 3 Exploration: | 3 Einfache Antworten: |
| (IF) Informationsabfrage (ZF) Zusammenfassung | (KA) Kurzantwort |
| 4 Erklärung: | 4 Änderungsbericht: |
| (SF) sachliche Fragestellung (ST) Strukturierung (EK) Erklärung (SO) Selbstöffnung | (SK) Selbstkontrollversuch (EB) Erfolgsberichte (ES) Einsicht |
| 5 Direktiven: | 5 Mitarbeit/ Initiative: |
| (DF) Direkte Führung (AS) Aufgabenstellung | (WZ) Wunsch-/Zielvorstellung (ZV) Zuversicht (AN) Änderungsvorschläge |
| 6 Klassifikation: | 6 Klärung: |
| (KO) Konfrontation (IP) Interpretation (KR) Kritik | (TB) Ansprechen der therapeutischen Beziehung (IR) Informationsfrage/Ratsuche |
| | 7 Hemmendes Verhalten: |
| | (AV) Ablehnung/ Verweigerung (KP) Kritik/Provokation (RS) Resignation |

Tabelle A2: Anzahl der Items pro Kategorie

| Kategorie | Anzahl der Items | Bezeichnung der Kategorie |
|-----------|------------------|---|
| 9 | 5 | Extrem charakteristisch oder zutreffend |
| 8 | 8 | Ziemlich charakteristisch oder zutreffend |
| 7 | 12 | Einigermaßen charakteristisch oder zutreffend |
| 6 | 16 | Ein wenig charakteristisch oder zutreffend |
| 5 | 18 | Relativ neutral oder unwichtig |
| 4 | 16 | Ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 3 | 12 | Einigermaßen uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 2 | 8 | Ziemlich uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 1 | 5 | Extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend |

Interkorrelationen der Messinstrumente:

Tabelle A3: Interkorrelationen ADS und BDI zum Messzeitpunkt t0

| | | ADS Depression (t0) (= ADS t0_r) | Beck Depressions Inventar (t0) (= BDI t0 r) |
|---|--------------------------|----------------------------------|---|
| ADS Depression (t0) (= ADS t0_r) | Korrelation nach Pearson | 1 | .823(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 52 | 52 |
| Beck Depressions Inventar (t0) (= BDI t0 r) | Korrelation nach Pearson | .823(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 52 | 52 |

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

Tabelle A4: Interkorrelationen ADS und BDI zum Messzeitpunkt t1

| | | ADS Depression (t1) revised | Beck Depressions Inventar (t1) revised |
|--|--------------------------|-----------------------------|--|
| ADS Depression (t1) revised | Korrelation nach Pearson | 1 | .633(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 49 | 49 |
| Beck Depressions Inventar (t1) revised | Korrelation nach Pearson | .633(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 49 | 50 |

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

Tabelle A5: Interkorrelationen BRMAS und YMRS zum Messzeitpunkt t0

| | | YMRS t0 | BRMAS t0 |
|-----------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| YMRS t0 | Korrelation nach Pearson | 1 | .907(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 52 | 52 |
| BRMAS t0 | Korrelation nach Pearson | .907(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 52 | 52 |

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

Tabelle A6: Interkorrelationen BRMAS und YMRS zum Messzeitpunkt t1

| | | YMRS t1 | BRMAS t1 |
|-----------------|--------------------------|--------------------|---------------------|
| YMRS t1 | Korrelation nach Pearson | 1 | .799(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 52 | 52 |
| BRMAS t1 | Korrelation nach Pearson | .799(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 52 | 52 |

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

Tabelle A7: Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 02

| | | Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 2) | Faktor 4 Qualität der Therapie- beziehung (Woche 2) |
|--|--------------------------|--|--|
| Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 2) | Korrelation nach Pearson | 1 | .764(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 48 | 42 |
| Faktor 4 Qualität der Therapiebeziehung (Woche 2) | Korrelation nach Pearson | .764(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 42 | 45 |

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

Tabelle A8: Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 8

| | | Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 8) | Faktor 4 Qualität der Therapie- beziehung (Woche 8) |
|--|--------------------------|--|--|
| Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 8) | Korrelation nach Pearson | 1 | .806(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 51 | 49 |
| Faktor 4 Qualität der Therapiebeziehung (Woche 8) | Korrelation nach Pearson | .806(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 49 | 49 |

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

Tabelle A9: Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 14

| | | Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 14) | Faktor 4 Qualität der Therapie- beziehung (Woche 14) |
|---|--------------------------|---|---|
| Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 14) | Korrelation nach Pearson | 1 | .815(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 48 | 44 |
| Faktor 4 Qualität der Therapiebeziehung (Woche 14) | Korrelation nach Pearson | .815(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 44 | 46 |

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

Tabelle A10: Interkorrelationen Faktor 1 und 4 des Patientenstundenbogens zu Sitzung 17

| | | Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 17) | Faktor 4 Qualität der Therapie- beziehung (Woche 17) |
|---|--------------------------|---|---|
| Faktor 1 Zufriedenheit mit der Therapie (Woche 17) | Korrelation nach Pearson | 1 | .887(**) |
| | Signifikanz (2-seitig) | | .000 |
| | N | 51 | 48 |
| Faktor 4 Qualität der Therapiebeziehung (Woche 17) | Korrelation nach Pearson | .887(**) | 1 |
| | Signifikanz (2-seitig) | .000 | |
| | N | 48 | 48 |

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

Anhang A

Tabelle A11: Prozesskorrelationen des Stundenbogenfaktors 2 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus

| Behandlungsbedingung und Outcome | Faktor 2 (Sitzung 02) | Faktor 2 (Sitzung 14) | Faktor 2 (MW) |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| KVT | | | |
| ADS | .168 | .028 | .133 |
| ADMS | -.215 | .052 | -.041 |
| YMRS | -.285 | .093 | -.092 |
| GAS | .193 | .092 | .166 |
| F-SOZU Gesamtskala | -.333 | -.135 | -.326 |
| EST | | | |
| ADS | -.447** | -.103 | -.393* |
| ADMS | -.251 | .057 | -.023 |
| YMRS | -.216 | .098 | .000 |
| GAS | .170 | .435* * | .424** |
| F-SOZU Gesamtskala | -.088 | .070 | .051 |

Faktor 2 (des Stundenbogens: „Fortschritte innerhalb der Therapie“). MW= Mittelwert alle vier Sitzungen. $p \leq .10$ = Tendenz*, $p \leq .05$ = signifikant **, $p \leq .01$ = sehr signifikant ***. N.B. In dieser Tabelle werden statistisch signifikante Tendenzen mit einem Stern versehen.

Tabelle A12: Prozesskorrelationen des Stundenbogenfaktors 3 mit dem Outcome unter Berücksichtigung des Pretreatment-Niveaus

| Behandlungsbedingung und Outcome | Faktor 3 (Sitzung 02) | Faktor 3 (Sitzung 14) | Faktor 3 (MW) |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|---------------|
| KVT | | | |
| ADS | -.223 | -.092 | -.061 |
| ADMS | -.240 | -.190 | -.216 |
| YMRS | -.317 | .016 | -.159 |
| GAS | .370* | .145 | .297 |
| F-SOZU Gesamtskala | 0.98 | .050 | -.011 |
| EST | | | |
| ADS | -.395* | .054 | -.212 |
| ADMS | -.174 | -.054 | -.193 |
| YMRS | .015 | .106 | -.043 |
| GAS | .099 | .296 | .336 |
| F-SOZU Gesamtskala | .135 | -.096 | .147 |

Faktor 3 (des Stundenbogens: „Fortschritte außerhalb der Therapie“). MW= Mittelwert alle vier Sitzungen. $p \leq .10$ = Tendenz*, $p \leq .05$ = signifikant **, $p \leq .01$ = sehr signifikant ***; n. s. = nicht signifikant. Freiheitsgrade variieren aufgrund fehlender Werte. N.B. In dieser Tabelle werden statistisch signifikante Tendenzen mit einem Stern versehen.

Tabelle A 13: charakteristischste Items des kognitiv-behavioralen Prototypen

| Rank ordering by factor score of the 20 most characteristic psychotherapy process items in an ideal regimen of cognitive behavior therapy | | |
|--|---|---------------------|
| Q | Item plus Beschreibung | Faktorladung |
| 1 | Q38 Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll. | 1.93 |
| 2 | Q30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen. | 1.68 |
| 3 | Q4 Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | 1.51 |
| 4 | Q85 Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren. | 1.49 |
| 5 | Q17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein). | 1.45 |
| 6 | Q45 Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein. | 1.43 |
| 7 | Q23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 1.38 |
| 8 | Q31 Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung. | 1.37 |
| 9 | Q69 Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 1.35 |
| 10 | Q27 Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird.) | 1.32 |
| 11 | Q80 Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an. | 1.28 |
| 12 | Q86 Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. Unsicher oder defensiv). | 1.21 |
| 13 | Q37 Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“. | 1.17 |
| 14 | Q73 Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet. | 1.14 |
| 15 | Q57 Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 1.13 |
| 16 | Q88 Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache. | 1.09 |
| 17 | Q72 Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird. | 1.08 |
| 18 | Q95 Der Patient fühlt sich unterstützt. | 1.06 |
| 19 | Q28 Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr. | 1.05 |
| 20 | Q48 Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken. | 1.02 |

Tabelle A 14: charakteristischste Items des psychodynamischen Prototypen

| Rank Ordering by factor Score of the 20 most characteristic psychotherapy process items in an ideal regimen of psychodynamic therapy | | |
|---|---|---------------------|
| Q | Item plus Beschreibung | Faktorladung |
| 1 | Q90 Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen. | 1.71 |
| 2 | Q93 Der Therapeut ist neutral. | 1.57 |
| 3 | Q36 Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung. | 1.53 |
| 4 | Q100 Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. | 1.47 |
| 5 | Q6 Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. | 1.46 |
| 6 | Q67 Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen. | 1.43 |
| 7 | Q18 Der Therapeut vermittelt Wertschätzung. | 1.38 |
| 8 | Q32 Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht. | 1.32 |
| 9 | Q98 Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. | 1.28 |
| 10 | Q46 Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich. | 1.24 |
| 11 | Q50 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung). | 1.17 |
| 12 | Q11 Sexuelle Gefühle und Erfahrungen besprochen. | 1.12 |
| 13 | Q82 Der Therapeut benennt das Verhalten des Pat. in der Stunde auf eine Art u. Weise, die bisher n. explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt. | 1.12 |
| 14 | Q35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 1.11 |
| 15 | Q91 Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs. | 1.08 |
| 16 | Q92 Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. | 1.05 |
| 17 | Q62 Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Themas. | 0.95 |
| 18 | Q3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern | 0.92 |
| 19 | Q79 Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an | 0.88 |
| 20 | Q22 Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten. | 0.87 |

Tabelle A 15: charakteristischste Items des interpersonalen Prototypen

| Rank ordering by factor score of the 20 most characteristic psychotherapy process items in an ideal regimen of interpersonal therapy | | |
|---|---|---------------------|
| Q | Item plus Beschreibung | Faktorladung |
| 1 | Q63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. | 2.22 |
| 2 | Q81 Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben. | 1.65 |
| 3 | Q33 Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen. | 1.62 |
| 4 | Q64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen. | 1.58 |
| 5 | Q57 Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 1.55 |
| 6 | Q23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 1.39 |
| 7 | Q75 Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert. | 1.32 |
| 8 | Q66 Der Therapeut beruhigt den Patienten. | 1.29 |
| 9 | Q2 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten. | 1.27 |
| 10 | Q40 Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. | 1.25 |
| 11 | Q16 Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen. | 1.20 |
| 12 | Q3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern | 1.19 |
| 13 | Q65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte. | 1.15 |
| 14 | Q79 Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an | 1.13 |
| 15 | Q4 Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | 1.10 |
| 16 | Q69 Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 1.09 |
| 17 | Q45 Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein. | 1.09 |
| 18 | Q26 Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle. | 1.05 |
| 19 | Q96 Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen. | 0.94 |
| 20 | Q28 Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr. | 0.91 |

Tabelle A 16: Überschneidungen der 20 charakteristischsten Items des kognitiv-behavioralen und interpersonalen Prototypen

| Q Item plus Beschreibung | Position | |
|--|----------|-----|
| | KVT- | IPT |
| Q4 Die Therapieziele des Patienten werden besprochen. | 3 | 15 |
| Q45 Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein. | 6 | 17 |
| Q23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. | 7 | 6 |
| Q69 Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen. | 9 | 16 |
| Q57 Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes. | 15 | 5 |
| Q28 Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr. | 19 | 20 |

Tabelle A 17: Überschneidungen der 20 charakteristischsten Items des psychodynamischen und interpersonalen Prototypen

| Q Item plus Beschreibung | Position | |
|---|----------|-----|
| | PA- | IPT |
| Q3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern | 18 | 12 |
| Q79 Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an | 19 | 14 |

Anhang B:

- B1: Allgemeine Depressionsskala (ADS –L; Hautzinger & Bailer, 1993) und Erweiterung zur Erfassung manischer Symptome (ADMS; Meyer & Hautzinger, 2001)
- B2: Global Assessment Scale of Function (GAF; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976)
- B3: 100 Items des Jones Psychotherapy Q-Sort (PQS; Jones, 2000);
abgedruckt mit Genehmigung (Ablon per E-mail am 13.11.07)
- B4: Berner Patientenstundenbogen mit den Skalen, wie sie bei Grawe und Braun (1994) publiziert wurden

Anhang B1: ADS (M)

Im Folgenden geht es um Ihre Stimmung in der letzten Woche. Bitte kreuzen Sie bei allen folgenden Aussagen jeweils die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

| | | | |
|------------|---|-----------------------------|---------------------|
| Antworten: | 0 | selten oder überhaupt nicht | (weniger als 1 Tag) |
| | 1 | manchmal | (1 bis 2 Tage lang) |
| | 2 | öfters | (3 bis 4 Tage lang) |
| | 3 | meistens, die ganze Zeit | (5 bis 7 Tage lang) |

| Während der letzten Woche... | selten 0 | manchmal 1 | öfters 2 | meistens 3 |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ...haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ...hatte ich kaum Appetit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ...konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ...kam ich mir genauso gut vor wie andere | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ...hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ...war ich deprimiert/niedergeschlagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ...war alles anstrengend für mich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ...dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ...dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ...hatte ich Angst | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ...habe ich schlecht geschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ...war ich fröhlich gestimmt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ...habe ich weniger als sonst geredet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ...fühlte ich mich einsam | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ...waren die Leute unfreundlich zu mir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ...habe ich das Leben genossen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ...musste ich weinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ...war ich traurig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ...hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ...konnte ich mich zu nichts aufraffen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ...war ich ungewöhnlich glücklich, erregt oder überdreht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ...rasten meine Gedanken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ...war ich sehr reizbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ...war ich extrem aktiv und mit vielen Dingen beschäftigt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ...war ich sehr leicht ablenkbar und verlor ständig den Faden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ...brauchte ich kaum Schlaf und hatte kein Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. ...redete ich deutlich mehr oder schneller | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. ...glaubte ich, ganz besondere Fähigkeiten/Kräfte zu haben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. ...konnte ich nicht stillsitzen und fühlte mich getrieben | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Anhang B2: Global Assessment Scale of Function

Man bewerte die niedrigste Stufe der psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit des Patienten in der letzten Woche. Dabei wird die niedrigste Bewertungsstufe der Leistungsfähigkeit aus einem hypothetischen Kontinuum des psychischen Krankseins ausgewählt. Wenn z.B. „das Verhalten des Patienten erheblich von Wahnvorstellungen beeinflusst wird“ (Bewertungsstufe 21-30), so bewertet man dies mit einem Wert, der in dieser Bewertungsstufe liegt, und zwar auch dann, wenn „erhebliche Beeinträchtigungen auf verschiedenen Gebieten“ (Bewertungsstufe 31-40) vorhanden sind; wenn nötig so verwende man Zwischenstufen (z.B. 35, 38, 58, 63). Es sollte nur die tatsächliche Leistungsfähigkeit bewertet werden, unabhängig davon, ob der Patient eine bestimmte Medikation oder eine andere Form der Behandlung erhält oder nicht und unabhängig davon, ob von einer bestimmten Medikation oder einer anderen Form der Behandlung eine Besserung zu erwarten wäre oder nicht.

Der Patient hat keinerlei Symptome; er zeigt eine hervorragende Leistungsfähigkeit; die Lebensprobleme scheinen ihm nie aus der Hand zu gleiten; andere Menschen werden von der Wärme und Ausgeglichenheit seiner Persönlichkeit angezogen.

100-----91

Nur vorübergehende Symptome; gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten; interessiert sich vielseitig; entwickelt viele Aktivitäten; gute soziale Anpassung; die Bewältigung der Alltagsorgen bereiten nur gelegentlich Schwierigkeiten

90-----81

Einige leichte Symptome sind vorhanden (z.B. depressive Stimmung, leichte Schlaflosigkeit); oder es gibt Schwierigkeiten in verschiedenen Leistungsbereichen, aber im Allgemeinen ist jedoch die Leistungsfähigkeit recht gut; einige bedeutsame zwischenmenschlichen Beziehungen werden aufrechterhalten, und die meisten Laien würden den Patienten nicht als „krank“ ansehen.

80-----71

Sehr leichte Symptome können vorhanden sein, aber es besteht nur eine geringe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit; die Bewältigung der Alltagsorgen und der Probleme bereitet manchmal Schwierigkeiten.

70-----61

Mäßig ausgeprägte Symptome sind vorhanden, es besteht eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freude, mäßige Gefühlsverarmung, depressive Verstimmung, krankhafte Selbstunsicherheit, euphorische Stimmung, Rededrang, mäßig ausgeprägtes antisoziales Verhalten)

60-----51

Ernsthafte Symptome oder ernsthafte Leistungseinbußen, so dass die meisten Kliniker von der Notwendigkeit einer Behandlung oder Überwachung überzeugt sind (z.B. Suizidgedanken oder Suizidzeichen, schwere Zwangsrituale, häufige Angstanfälle, schweres antisoziales Verhalten, unkontrolliertes Trinken)

50-----41

Schwere Beeinträchtigungen auf verschiedenen Gebieten, so vor allem was die Arbeit, die familiären Beziehungen, das Urteilsvermögen, das Denken oder die Stimmung angeht (z.B. eine depressive Frau meidet die Freunde; vernachlässigt die Familie; ist nicht mehr in der Lage, den Haushalt zu bewältigen); Sprachäußerungen sind manchmal unverständlich, unlogisch oder irrelevant); oder ein ernsthafter Suizidversuch ist vorgekommen.

40-----31

Leistungsunfähigkeit in fast allen Gebieten (z.B. bleibt täglich im Bett) oder das Verhalten ist erheblich beeinflusst durch Wahnvorstellungen und Halluzinationen oder schwere Beeinträchtigungen der Kommunikation (z.B. manchmal im Denken inkohärent oder nicht ansprechbar) oder des Urteilsvermögens (z.B. grob auffällige unangemessene Handlungen).

30-----21

Benötigt irgendeine Art der Überwachung, um nicht sich selbst oder andere zu verletzen oder um eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. wiederholte Suizidversuche sind vorgekommen; wird häufig gewalttätig; eine manische Erregung ist vorhanden; verschmiert die Faeces), oder massive Beeinträchtigungen der Kommunikationsfähigkeit (inkohärent oder mutistisch)

20-----11

Braucht ständig Überwachung für mehrere Tage, um sich oder andere nicht zu verletzen oder macht keine Anstalten, eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. eine intensive Pflege und eine besondere Überwachung durch das therapeutische Personal ist erforderlich).

10-----1

Anhang B3: 100 Items des Jones Psychotherapy Q-Sort

- Item Q1:** Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
- Item Q2:** Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
- Item Q3:** Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern
- Item Q4:** Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
- Item Q5:** Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.
- Item Q6:** Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
- Item Q7:** Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).
- Item Q8:** Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).
- Item Q9:** Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
- Item Q10:** Patient strebt größere Nähe zum Therapeuten an.
- Item Q11:** Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
- Item Q12:** In der Stunde wird geschwiegen.
- Item Q13:** Der Patient ist lebhaft.
- Item Q14:** Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
- Item Q15:** Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
- Item Q16:** Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
- Item Q17:** Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).

- Item Q18:** Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
- Item Q19:** Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
- Item Q20:** Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.
- Item Q21:** Therapeutische Selbstöffnung.
- Item Q22:** Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.
- Item Q23:** Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
- Item Q24:** Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
- Item Q25:** Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.
- Item Q26:** Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.
- Item Q27:** Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird.)
- Item Q28:** Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
- Item Q29:** Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.
- Item Q30:** Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
- Item Q31:** Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.
- Item Q32:** Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
- Item Q33:** Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
- Item Q34:** Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
- Item Q35:** Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
- Item Q36:** Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.

- Item Q37:** Der Therapeut verhält sich „lehrerhaft“.
- Item Q38:** Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
- Item Q39:** Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.
- Item Q40:** Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
- Item Q41:** Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.
- Item Q42:** Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
- Item Q43:** Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.
- Item Q44:** Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
- Item Q45:** Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
- Item Q46:** Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
- Item Q47:** Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
- Item Q48:** Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
- Item Q49:** Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
- Item Q50:** Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).
- Item Q51:** Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
- Item Q52:** Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
- Item Q53:** Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
- Item Q54:** Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
- Item Q55:** Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
- Item Q56:** Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.

- Item Q57:** Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
- Item Q58:** Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.
- Item Q59:** Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).
- Item Q60:** Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
- Item Q61:** Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).
- Item Q62:** Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Themas.
- Item Q63:** Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
- Item Q64:** Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
- Item Q65:** Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.
- Item Q66:** Der Therapeut beruhigt den Patienten.
- Item Q67:** Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
- Item Q68:** Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.
- Item Q69:** Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
- Item Q70:** Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
- Item Q71:** Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.
- Item Q72:** Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
- Item Q73:** Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
- Item Q74:** Es geht humorvoll zu.
- Item Q75:** Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.

- Item Q76:** Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.
- Item Q77:** Der Therapeut ist taktlos.
- Item Q78:** Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
- Item Q79:** Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
- Item Q80:** Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.
- Item Q81:** Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
- Item Q82:** Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.
- Item Q83:** Der Patient ist fordernd.
- Item Q84:** Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.
- Item Q85:** Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
- Item Q86:** Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
- Item Q87:** Der Patient kontrolliert.
- Item Q88:** Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
- Item Q89:** Der Therapeut stärkt die Abwehr.
- Item Q90:** Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.
- Item Q91:** Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
- Item Q92:** Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.
- Item Q93:** Der Therapeut ist neutral.
- Item Q94:** Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).
- Item Q95:** Der Patient fühlt sich unterstützt.

- Item Q96:** Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.
- Item Q97:** Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.
- Item Q98:** Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.
- Item Q99:** Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
- Item Q100:** Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Anhang B4: Berner Patientenstundenbogen:

| Skalen | Berner Patientenstundenbogen |
|--|---|
| | Items |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 02. Heute ist die Therapie etwas an meiner momentanen Situation vorbeigegangen. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 05. Ich finde, der Therapeut müsste meinen Gefühlen mehr Beachtung schenken. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 07. Nach der heutigen Sitzung ist mir ziemlich unklar, worauf die Therapie eigentlich hinzielt. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 12. Während der Sitzung war mir manchmal unklar, warum der Therapeut so vorgeht. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 15. Ich glaube, ein anderes therapeutisches Vorgehen wäre für mich besser geeignet. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 17. Ich hätte mir heute mehr Hilfe und Ratschläge vom Therapeuten gewünscht. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 25. Heute fehlte mir in der Therapiestunde eine klare Linie. |
| 1. Zufriedenheit mit der Therapie | 27. Ich finde der Therapeut ist heute zu sehr von seinen Vorstellungen ausgegangen. |
| | |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 03. Heute sind mir die einzelnen Möglichkeiten zur Lösung meiner Probleme klarer geworden. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 08. Gegenwärtig habe ich das Gefühl, dass ich selber etwas zur Therapie beitragen kann. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 09. Heute war es mir gut möglich, auf Anregungen des Therapeuten einzugehen. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 10. Heute habe ich das Gefühl, dass wir in der Therapie wirklich vorwärts gekommen sind. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 13. Nach der heutigen Sitzung bin ich fest entschlossen, die besprochenen Probleme anzupacken. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 14. Heute ist mir klarer geworden, weshalb ich gegenüber bestimmten Menschen gerade so und nicht anders reagiere. |
| 2. Fortschritte innerhalb der Therapie | 29. Heute sind mir Zusammenhänge klar geworden, die ich bisher nicht gesehen habe. |
| | |
| 3. Fortschritte außerhalb der Therapie | 18. Ich habe das Gefühl, dass ich mich selbst und meine Probleme besser verstehe. |
| 3. Fortschritte außerhalb der Therapie | 21. Ich glaube, dass ich mich jetzt besser so verhalten kann, wie ich gerne sein möchte. |
| 3. Fortschritte außerhalb der Therapie | 24. Ich fühle mich jetzt Situationen gewachsen, denen ich mich bisher nicht gewachsen gefühlt habe. |
| 3. Fortschritte außerhalb der Therapie | 26. Ich glaube, es wird mir immer besser möglich, meine Probleme aus eigener Kraft zu lösen. |
| | |
| 4. Qualität der Therapiebeziehung | 01. Heute habe ich mich in der Beziehung zum Therapeuten wohl gefühlt. |
| 4. Qualität der Therapiebeziehung | 22. Ich finde die Sichtweise, die der Therapeut von meinen Problemen hat, zu einfach. |
| 4. Qualität der Therapiebeziehung | 06. Ich habe manchmal das Gefühl, der Therapeut denkt etwas anderes über mich, als er mir sagt. |
| 4. Qualität der Therapiebeziehung | 23. Heute machte mir der Therapeut einen etwas unsicheren Eindruck. |