

# Behandlungsverlauf bei depressiven Störungen

## Intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und dessen Partner

Marcel Schär<sup>1</sup> und Guy Bodenmann<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

<sup>2</sup>Universität Zürich, Klinische Psychologie

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Derzeit ist unklar, auf welche Faktoren frühe Symptomveränderungen während einer Psychotherapie zurückzuführen sind. **Fragestellung:** Die vorliegende Studie untersucht verschiedene intrapsychische und interpersonelle Prädiktoren des Patienten und seines Partners auf den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung. **Methode:** Die Analysen wurden mittels hierarchisch-linearen Modellen durchgeführt und basieren auf Daten von 60 Paaren, die im Rahmen einer kontrolliert-randomisierten Studie Psychotherapie in Anspruch nahmen. **Resultate:** Die Ergebnisse zeigen, dass bei den intrapsychischen Variablen vor allem Depressionsdauer, individuelles Coping und allgemeine Lebenszufriedenheit und bei den interpersonellen Variablen die soziale Unterstützung und das negative Verhalten im Konfliktgespräch den Symptomverlauf während der Therapie vorhersagen können. Das Hinzufügen von interpersonellen zu den intrapsychischen Variablen erhöht die Varianzaufklärung von 30% auf 50%. **Schlussfolgerung:** Interpersonelle Probleme sollten vermehrt in die Therapieplanung einbezogen werden, da sie einen wichtigen Einfluss auf den Symptomverlauf haben, jedoch bisher oft vernachlässigt wurden.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, Prozessforschung, Depression, Partnerschaft, Messwiederholung, interpersonelle Prädiktoren

Changes in symptoms during treatment of depression. Intrapersonal and interpersonal predictors of the patient and spouse

**Abstract. Theoretical background:** At present, little is known about variables that influence early changes in symptoms during psychotherapy. **Objective:** This study investigates whether various intrapersonal and interpersonal factors of depressed patients and their spouses are predictive of the course of depressive symptoms during psychotherapy. **Method:** Results are based on hierarchical linear modeling and included, in a randomized clinical trial, data from 60 couples, treated with cognitive-behavioral, an interpersonal, or a couple-based intervention. **Results:** Results show that intrapersonal variables such as duration of depression, life satisfaction, and individual coping and interpersonal variables such as social support and negative communication behavior in conflict discussions influence the course of depression during therapy. When interpersonal variables were added to intrapersonal variables, the explained variance increased from 30% to 50%. **Conclusion:** Interpersonal aspects should be considered further in the treatment of patients suffering from depression, because they have a significant impact on the course of depression symptoms during psychotherapy but are often neglected.

Key words: psychotherapy, depression, interpersonal variables, shapes of early change, repeated measurement

Die Wirksamkeit von Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen ist sehr gut belegt (Cuijpers, van Straten, Andersson & van Oppen, 2008). Dabei wurde meistens der Symptomverlauf *nach* der Therapie untersucht, der Symptomverlauf *während* der Therapie dagegen wurde eher vernachlässigt (Rosner, Frick, Beutler & Daldrup, 1999). Neben der mittel- und langfristigen Wirksamkeit ist es jedoch auch wichtig zu wissen, wie schnell eine Intervention wirkt. Eine rasche Wirkung ist in Anbetracht des großen Leidensdrucks und des erhöhten Suizidrisikos gerade bei depressiven Patienten relevant. Allerdings reagieren nicht alle Patienten auf die gleichen Interventionen gleich schnell (siehe auch „the patient uniformity myth“ in Kiesler, 1966). Zurzeit ist noch relativ unklar auf welche Faktoren diese Unterschiede zurückzuführen sind. Theoretische Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung

von Depressionen legen nahe, dass sowohl intrapsychische als auch interpersonelle Variablen einen wichtigen Einfluss auf den Symptomverlauf haben könnten. Das „Multiple-Entry Modell of Depression“ von Gotlib und Hooley (1988) beispielsweise versucht intrapsychische und interpersonelle Variablen als unterschiedliche Erklärungsansätze gleichwertig einzubeziehen. Dabei können intrapsychische Merkmale (wie Persönlichkeitsmerkmale, Copingfertigkeiten) in Zusammenhang mit einem kritischen Ereignis zu einer Depression führen, wobei interpersonelle Probleme eine moderierende oder medierende Funktion einnehmen. Andererseits können aber auch interpersonelle Probleme zu depressiven Symptomen führen, die schließlich von intrapsychischen Variablen noch verstärkt werden. Die Debatte darüber, welche Variablen wie großen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechter-

haltung der Symptomatik haben, ist trotz umfangreicher Forschung immer noch im Gange (Coyne & Gotlib, 1986; Lau, Gemar & Segal, 2000). Im Hinblick auf den Einfluss dieser Faktoren auf den Symptomverlauf ist der Wissensstand noch unklarer.

In den wenigen bis jetzt vorliegenden empirischen Studien zum Einfluss von *intrapsychischen Variablen* auf den Symptomverlauf wurden bisher vor allem stressbezogene Faktoren untersucht, da die Art und Weise, wie Personen stressende Alltagssituationen bewerten und bewältigen können, eine fundamentale Komponente der kognitiven Depressionstherapie ist. Dabei zeigte sich, dass ein höheres Belastungsniveau, negative Kognitionen, die Anzahl vorheriger Episoden und Defizite im individuellen Coping vor Behandlungsbeginn mit einer geringeren Abnahme der Depressionssymptomatik während der Therapie assoziiert waren (Beevers, Wells & Miller, 2007; Cohen et al., 2008). Ergebnisse aus der Grundlagen- und Wirksamkeitsforschung lassen zudem darauf schließen, dass auch Variablen des allgemeinen Funktionsniveaus (z. B. Symptombelastung, allgemeine Lebenszufriedenheit, allgemeines Befinden) zu Beginn der Depression einen relevanten Einfluss auf den Verlauf haben könnten (Hamilton & Dobson, 2002; Kahan, Mitchell, Kemp & Adkins, 2006; Teri & Lewinsohn, 1986).

Der Einfluss *interpersoneller Faktoren* auf den Therapieverlauf wurde bisher sehr selten untersucht (Comminos & Grenyer, 2007). In empirischen Studien zum Einfluss der interpersonellen Variablen auf den unbehandelten Verlauf oder den Therapieerfolg spielten wiederholt drei Konstrukte eine wichtige Rolle: Verhalten in Konflikten, soziale Unterstützung und Expressed Emotion.

Häufige Konflikte mit dem Partner hängen mit der Stärke der Depression zusammen und führten zu mehr Rückfällen (Beach, Dreifuss, Franklin, Kamen & Gabriel, 2008; Crits-Christoph et al., 2001; Milan et al., 2005; Whisman, Weinstock & Uebelacker, 2002). Konflikte und Probleme mit Freunden dagegen scheinen einen kleineren Einfluss zu haben (Renshaw, 2007).

Neben Konflikten ist die soziale Unterstützung eine der bestuntersuchten psychosozialen Faktoren in Zusammenhang mit Depression (Cappeliez et al., 2007). Dabei scheinen insbesondere die subjektiven Aspekte der sozialen Unterstützung wichtig zu sein. Depressive, die wenig soziale Unterstützung wahrnehmen oder mit der Unterstützung unzufrieden sind, zeigten eine geringere Reduktion der Symptomatik nach einer Intervention und ein erhöhtes Risiko für einen Rückfall (Ezquiaga, Garcia, Pallares & Bravo, 1999; Nasser & Overholser, 2005; Oxman & Hull, 2001).

Expressed Emotion (EE) ist ein weiteres wichtiges interpersonelles Konstrukt (Hooley & Parker, 2006). In einem Interview werden dabei die Einstellung und die Gefühle gegenüber dem Patienten erfasst, wobei die Äußerung von kritischen Kommentaren besonders zentral ist (Hinrichsen, Adelstein & McMeniman, 2004) und ein wichtiger Prädiktor für den Therapieoutcome und das

Rückfallrisiko bei Depression und anderen psychischen Störungen darstellt (siehe zur Übersicht Butzlaff & Hooley, 1998).

## Aktuelle Studie

Bisherige Studien konnten somit einzelne Prädiktoren für den Verlauf der Depression während der Therapie identifizieren. Allerdings ist uns keine Studie bekannt, die eine größere Anzahl an Variablen von verschiedenen Prädiktorengruppen (z. B. intrapsychische und interpersonelle Variablen) gleichzeitig untersuchte. Zudem beruhen viele Studien zu interpersonellen Faktoren oftmals auf Selbstauskünften. Dies ist jedoch nicht ganz unproblematisch, da die negative Sicht über das Verhalten des Interaktionspartners stark mit der Depression konfundiert sein kann. Deshalb wäre der Einbezug von objektiveren Maßen wie Verhaltensbeobachtungsdaten sinnvoll. Außerdem könnten die interpersonellen Variablen des Partners, aufgrund der täglichen Interaktion zwischen dem Patienten und seines Partners, für den Verlauf der Depression ebenso einflussreich sein wie die eigenen interpersonellen Faktoren. Schließlich wurde in vielen der obengenannten Untersuchungen die abhängige Variable (z. B. Ausmaß der depressiven Symptome) nicht wöchentlich, resp. zu jeder Sitzung, sondern in größeren Abständen gemessen. Dadurch kann allerdings der Symptomverlauf nicht präzise abgebildet werden.

So versucht die vorliegende Studie einige dieser Lücken zu schließen, indem auf der Basis von Selbst- und Fremdberichtsdaten untersucht wird, welche Variablen den Therapieverlauf beeinflussen. Als Prädiktoren wurden drei Gruppen von Variablen untersucht: (a) demografische Variablen als Kontrollvariablen (Lutz, Martinovich & Howard, 1999; McLeod, Kessler & Landis, 1992), (b) intrapsychische Variablen und (c) interpersonelle Variablen. Es wurden sowohl die intrapsychischen als auch die interpersonellen Variablen vom Patienten und dessen Partner in die Analysen mit einbezogen. Zudem wurden die interpersonellen Variablen nicht nur mittels Selbstauskunft, sondern auch mittels Verhaltensbeobachtung und Interviewverfahren erhoben.

Wir gehen davon aus, dass die intrapsychischen Variablen des Patienten und die interpersonellen Variablen beider Partner sowohl den Ausgangswert als auch den Symptomverlauf vorhersagen. Da sowohl für die intrapsychischen als auch die interpersonellen Variablen theoretische und empirische Evidenz besteht, vermuten wir, dass beide Variablengruppen einen ähnlich großen Teil der vorhandenen Varianz aufklären können. Da die intrapsychischen Variablen des Partners wahrscheinlich nur eine indirekte Wirkung auf den Symptomverlauf haben, erwarten wir hier keine Zusammenhänge. Innerhalb der intrapsychischen Variablen des Patienten könnten eine geringere Dauer der Depression, höhere Werte im individuellen Coping und in der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu einer schnelleren Symptomreduktion führen. Bezüglich der interpersonellen Variablen vermuten wir, dass vor allem das negative Verhalten der Paare (Kritik in EE und negatives

Verhalten im Konfliktgespräch) sowie die Stärke der sozialen Unterstützung relevant sind.

## Methode

Die Daten der vorliegenden Untersuchung basieren auf einer Multicenterstudie, welche die langfristige Wirksamkeit von drei unterschiedlichen Interventionen zur Behandlung von depressiven Patienten überprüfte (Bodenmann et al., 2008): Die kognitiv-behaviorale Therapie (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; KVT), der interpersonelle Ansatz nach Weissmann et al. (2000; IPT) und die bewältigungsorientierte Intervention für Paare von Bodenmann (2009; BOI). Da die Untersuchung anderweitig bereits ausführlich beschrieben worden ist (Bodenmann et al., 2008), folgt hier nur eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Informationen.

In der vorliegenden Studie konzentrieren wir uns auf Prädiktoren, die den Symptomverlauf während der Therapie vorhersagen, *unabhängig* von der Interventionsart. Dies aus folgenden Gründen: Erstens konnten bis 1.5 Jahre nach der Therapie keine Unterschiede in Bezug auf die depressiven Symptome zwischen den Interventionen festgestellt werden (Bodenmann et al., 2008). Zweitens wird eine möglichst große Stichprobe benötigt, um genügend Power zu haben, um den Symptomverlauf adäquat modellieren zu können (Snyder, Castellani & Whisman, 2006).

## Stichprobe

Von den insgesamt 496 Interessenten erfüllten nach einem SKID-Interview 60 Personen sämtliche Einschlusskriterien. Alle Patienten mussten die DSM-IV Kriterien für Major Depression oder Dysthyme Störung erfüllen, im BDI (Beck, Steer & Garbin, 1988) einen Wert von 18 Punkten oder mehr aufweisen, und in einer festen und stabilen Partnerschaft leben, die länger als ein Jahr andauerte. Ausschlusskriterien waren bipolare Störungen, psychotische, resp. manische Symptome oder erhöhte Suizidalität. Die Patienten wurden anschließend randomisiert den drei Interventionsgruppen zugeteilt. Drei Patienten brachen die Therapie ab (zwei in der IPT-Gruppe aufgrund Einweisung in eine psychiatrische Klinik, einer in der BOI-Gruppe aufgrund Trennung vom Partner). Diese Patienten wurden für die hier vorliegenden Analysen ausgeschlossen. Knapp mehr als die Hälfte der Patienten waren weiblich (58%) und waren im Mittel 45.7 Jahre ( $SD = 10.9$ ) alt. Die durchschnittliche Partnerschaftsdauer betrug 16.7 Jahre ( $SD = 10.7$ ). Die Depressionswerte (gemessen mit dem Beck Depression Inventory; Beck et al., 1988) lagen bei den Patienten bei 23.4 ( $SD = 7.7$ ) und bei ihren Partnern bei 5.8 ( $SD = 4.9$ ).

## Design

Insgesamt umfasste jede Therapie 20 Stunden, verteilt über einen Zeitraum von 20 Wochen. Patienten in den

Gruppen KVT und IPT besuchten jede Woche eine einstündige Therapiesitzung, während im paartherapeutischen Ansatz (BOI) die Sitzungen zwei Stunden dauerten, jedoch einen zeitlichen Abstand von zwei Wochen aufwiesen. Die Patienten wurden in privaten psychotherapeutischen Praxen in fünf Schweizer Städten (Basel, Bern, Fribourg, Luzern und Zürich) behandelt. Rekrutiert wurden sie über Flyer, öffentliche Vorträge in Kliniken und persönliche Informationen durch behandelnde Psychotherapeuten. Zwei Wochen vor der ersten Therapiesitzung wurden die Ausgangsdaten (Fragebogen, Interview, Verhaltensbeobachtung) beim Patienten und dessen Partner erhoben.

## Messinstrumente

### Abhängige Variable: Depressive Symptomatik

Als abhängige Variable wurde zur Erfassung der aktuellen depressiven Symptomatik vor jeder Therapiesitzung die Subskala „Depression“ aus dem Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) abgegeben. Mit 6 Items (4-stufige Likertskala von „überhaupt nicht“ bis „stark“) wurden die Beschwerden während der letzten sieben Tage erfragt (Motivation- und Energielosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und andere somatische und kognitive Korrelate der Depression). Die interne Konsistenz schwankte zwischen den einzelnen Messzeitpunkten zwischen  $\alpha = .79$  und  $.89$ . Frühere Studien konnten die Validität der Subskala Depression in verschiedenen klinischen Stichproben nachweisen (Abu Ruz et al., 2010; Derogatis & Melisaratos, 1983; Petkus et al., 2010).

### Prädiktoren: Demografische Variablen

Folgende demografische Variablen wurden als Kontrollvariablen in die Analysen einbezogen: Alter, Geschlecht, Ausbildung, Einkommen, Partnerschaftsdauer und bisherige Psychotherapieerfahrung.

### Prädiktoren: Intrapsychische Variablen

*Skala zur Erfassung von Stress in verschiedenen Bereichen (ASN; Bodenmann, 2000).* Dieser Fragebogen erfasst mit 17 Items (5-stufige Likert-Skala) den aktuellen Stress innerhalb der letzten Wochen in verschiedenen Bereichen wie allgemeine Lebenssituation, Partnerschaft, Beruf, soziale Kontakte und Haushalt. Cronbach's Alpha der Gesamtskala betrug  $\alpha = .83$ .

*Fragebogen zur Allgemeinen Lebenszufriedenheit (ALZ; Bodenmann, 1998).* Dieser Fragebogen erhebt mit 5 Items (5-stufige Likert-Skala), wie zufrieden Personen subjektiv mit ihrem Leben und ihrer Lebenssituation sind. Die interne Konsistenz betrug  $\alpha = .75$ .

*Psychisches und körperliches Befinden (PKB; Bodenmann-Kehl, 1999).* Diese Kurzska von Bodenmann-



Kehl (1999) erfasst mit jeweils drei Items das körperliche und psychische Wohlbefinden. Die beiden Skalen wiesen interne Konsistenzen von  $\alpha = .82$  (körperliches Wohlbefinden) und  $\alpha = .86$  (psychisches Wohlbefinden) auf.

*Fragebogen zur Erfassung des individuellen Copings (INCOPE; Bodenmann, 1998).* Dieser Fragebogen wurde in Anlehnung an den Stressverarbeitungsfragebogen (SVF) von Janke, Erdmann und Kallus (1985) und die Copingformen, wie sie bei Perrez und Reicherts (1995) differenziert werden, konzipiert. Erfragt werden mittels 22 Items (5-stufige Likert-Skala) sechs verschiedene Copingstrategien (Rumination, pos. Selbstverbalisation, Problemlösefertigkeiten, negativer Gefühlsausdruck, negative Palliation sowie Rückzug). Cronbach's Alpha der Gesamtskala betrug  $\alpha = .76$ .

*Dauer der Depression.* Mit einem Item wurden die Patienten nach der Dauer ihrer Depression gefragt („Wie lange leiden sie bereits an einer Depression“ [in Monaten]).

### Prädiktoren: Interpersonelle Variablen

*Partnerschaftsfragebogen (PFB; Hahlweg, 1996).* Der PFB von Hahlweg (1996) erfasst mittels 31 Items die Qualität der Partnerschaft und die Zufriedenheit mit der Partnerschaft auf einer 4-stufigen Likert-Skala (0 = nie/sehr selten; 1 = selten; 2 = oft; 3 = sehr oft). Die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .88$ ). Die Kriteriums- und Konstruktvalidität des Fragebogens konnte in mehreren Untersuchungen nachgewiesen werden (Hahlweg, 1996).

*Dyadisches Coping Inventar (DCI; Bodenmann, 2008).* Bei diesem Fragebogen wird mit 37 Items (5-stufige Likert-Skala) der Umgang von Paaren mit Belastungssituationen erfasst. Die Konstruktvalidität, die kriterienbezogene Validität und die Retest-Reliabilität des Instruments sind befriedigend bis gut (Bodenmann, 2008), die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .92$ ).

*Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (SOZU; Sommer & Fydrich, 1991).* Der SOZU ist ein Verfahren zur Selbstbeurteilung, welches mittels 22 Items (5-stufige Likert-Skala) die Unterstützung durch das soziale Netzwerk erhebt. Die Konstruktvalidität konnte bestätigt werden (Sommer & Fydrich, 1991). In unserer Studie wurde die Subskala „Emotionale Unterstützung“ durch andere Personen (Freunde, Verwandte, Bekannte: 8 Items) unter Ausschluss des Partners erfasst, da dessen Unterstützung bereits mit dem DCI erhoben wurde. Die interne Konsistenz war gut ( $\alpha = .91$ ).

*Fünf-Minuten Sprechstichprobe (Magana et al., 1986).* Dieses Verfahren der Verhaltensbeobachtung dient zur Messung der „Expressed Emotion (EE)“ in engen Beziehungen. Dabei wird ein Partner gebeten, für fünf Minuten ohne Unterbrechung über seine Gefühle und Gedanken in Bezug auf den anderen Partner zu sprechen. Die Äußerungen werden auf Video aufgezeichnet und anschließend ausgewertet. In der vorliegenden Studie dient

als Index für EE die Kategorie „offene Kritik“. Zudem wurde die Kategorie „Qualität der Beziehung (positive und negative Äußerungen)“ erhoben. Das Übereinstimmungskappa der trainierten Rater schwankte zwischen .82 – .89.

*Konfliktverhalten während eines Konfliktgesprächs:* Ein 15-minütiges Gespräch über ein aktuelles Konfliktthema wurden bei den Paaren zuhause auf Video aufgezeichnet. Die mikroanalytischen Videoauswertungen erfolgten mittels eines computergestützten Analysesystems (Computer Aided Observation System CAOS; Bourquard, Bodenmann & Perrez, 1992). Bei der Kodierung kamen das Kategoriensystem für Partnerschaftliche Interaktion (KPI; Hahlweg & Jacobson, 1984) und das Specific Affect Coding System (SPAFF; Gottman, 1994) zur Anwendung. Die einzelnen Kategorien wurden in die Subskalen „negativ verbal“, „negativ nonverbal“, „positiv verbal“ und „positiv nonverbal“ zusammengefasst. Die Interrater-Reliabilitäten (Kappa-Koeffizienten) der vier trainierten studentischen Hilfskräfte lagen für die verbalen Kategorien über .80 und für die nonverbalen Kategorien über .66.

### Statistische Auswertung

Die Daten der vorliegenden Studie wurden mit HLM 6.0 (Hierarchical Linear Modeling; Raudenbush, Bryk, Cheong, Congdon & du Toit, 2004) ausgewertet. HLM hat gegenüber traditionellen Verfahren einige Vorteile. Erstens kann HLM mit abhängigen Daten aufgrund der Messwiederholung umgehen (10 oder 20 Sitzungen je nach Interventionsart, siehe 2.1 Design), zweitens können die Abstände zwischen den einzelnen Sitzungen variabel sein und drittens benötigen HLM-Modelle keine vollständigen Datensätze auf der Ebene der Messwiederholung (Level 1). Für die Analyse der vorliegenden Daten wurde ein 2-Level-Modell gewählt. Level 1 beinhaltet eine abhängige Variable, die vor jeder Therapiesitzung gemessene depressive Symptomatik (siehe Gleichung A). Diese messwiederholten Werte wurden als Wachstumskurve moduliert (Raudenbush & Bryk, 2002). Eine Wachstumskurve besteht auf Level 1 aus zwei Merkmalen: Der Achsenabstand ( $\pi_{0i}$ ) gibt den Wert zu Beginn der Therapie an, der Steigungskoeffizient ( $\pi_{1i}$ ) widerspiegelt die Symptomveränderung während der Therapie. Aufgrund früherer Studien (Lutz et al., 1999; Stulz, Lutz, Leach, Lucock & Barkham, 2007) wurde angenommen, dass die Verbesserungen zu Therapiebeginn am größten sind und mit der Therapiedauer abnehmen. Um diesem sogenannten Aufwand-Wirkungsmodell Rechnung zu tragen, wurde der Steigungskoeffizient als eine negativ beschleunigte log-lineare Kurve moduliert. Dies bedeutet, je negativer der Wert des Steigungskoeffizienten ist, desto größer ist die Symptomreduktion zu Beginn der Therapie. Andere Verlaufsparmeter (linear, quadratisch) konnten die Veränderung über die Zeit in unseren Daten weniger gut abbilden. Mit einer loglinearen Modellierung wurde 30% der Gesamtvarianz der Symptomveränderung während der Therapie aufgeklärt.

$$(A) \text{ Level 1: } \text{BSI}_{\text{Depression;it}} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{ Log (Sitzungen) } + e_{it}$$

Tabelle 1. Mittelwerte, Standardabweichungen und die Korrelationsmatrix der signifikanten Prädiktoren in den Zwischenmodellen

	Depr. PatientIn				Partnern				
	Intrapsychisch				Interpersonell		Interpersonell		
	DD <sub>Depr</sub>	KB <sub>Depr</sub>	INC <sub>Depr</sub>	ALZ <sub>Depr</sub>	SOZU <sub>Depr</sub>	EEPO <sub>Depr</sub>	KOVN <sub>Depr</sub>	EEPO <sub>Part</sub>	KOVN <sub>Part</sub>
1. DD <sub>Depr</sub>	1.00	0.05	-0.14	0.00	-0.22	0.08	0.09	0.00	-0.01
2. KB <sub>Depr</sub>		1.00	0.16	0.25°	0.03	0.19	0.13	0.09	-0.03
3. INC <sub>Depr</sub>			1.00	0.21	0.17	0.24°	-0.09	0.21	-0.15
4. ALZ <sub>Depr</sub>				1.00	0.34*	0.26°	0.11	0.23°	0.03
5. SOZU <sub>Depr</sub>					1.00	0.36*	-0.14	0.11	-0.10
6. EEPO <sub>Depr</sub>						1.00	-0.05	0.53***	-0.07
7. KOVN <sub>Depr</sub>							1.00	-0.20	0.72***
8. EEPO <sub>Part</sub>								1.00	-0.19
9. KOVN <sub>Part</sub>									1.00
Mittelwert	148.07	3.54	2.68	2.53	25.73	1.81	0.07	1.80	0.06
SD	128.68	1.15	0.41	0.78	7.92	1.84	0.05	1.78	0.05

Anmerkungen: °  $p < 0.10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ; DD = Dauer der Depression; KB = Körperliches Befinden; INC = Individuelles Coping; ALZ = Allgemeine Lebenszufriedenheit; SOZU = Soziale Unterstützung; EEPO = Expressed Emotion, positive Äußerungen in Bezug auf den Partner; KOVN = Konfliktgespräch verbal negative Äußerungen. <sub>Depr</sub> = Variablen des depressiven Patienten; <sub>part</sub> = Variablen des Partners des depressiven Patienten.

Für die folgenden Analysen wurde untersucht, welche zusätzlichen, vor Therapiebeginn gemessenen Faktoren Einfluss auf den Therapieverlauf haben. Dazu wurden auf der zweiten Ebene (Level 2, siehe Formel B) Prädiktoren eingefügt, welche die individuellen Unterschiede in den beiden Gleichungsparametern (Achsenabstand siehe Formel B<sub>0</sub>; Steigungskoeffizienten siehe Formel B<sub>1</sub>) erklären sollen. Dadurch werden die Prädiktoren auf Level 1 (Achsenabstand und Steigungskoeffizient) zu abhängigen Variablen der Level 2-Prädiktoren. Bei sämtlichen Modellen wurden die Fehler auf Level 2 frei geschätzt, resp. als „zufällig“ (random effect) moduliert (Nezlek, Schroder-Abe & Schutz, 2006).

$$(B_0) \text{ Level 2: } \pi_0 = \gamma_{00} + \gamma_{01} (\text{Prädiktor 1}) + \gamma_{02} (\text{Prädiktor 2}) + \dots + \mu_0$$

$$(B_1) \quad \pi_1 = \gamma_{10} + \gamma_{11} (\text{Prädiktor 1}) + \gamma_{12} (\text{Prädiktor 2}) + \dots + \mu_1$$

Um zu einem möglichst sparsamen Gesamtmodell zu gelangen, erfolgten die statistischen Analysen in drei Schritten: In einer Voranalyse wurde überprüft, welche Variablen einen signifikanten Beitrag liefern. Diese Analysen wurden getrennt für die einzelnen Gruppen von Prädiktoren durchgeführt. Insgesamt wurden somit fünf Modelle gerechnet (demografische, intrapsychische und interpersonelle Variablen des Patienten und intrapsychische und interpersonelle Variablen des Partners). Falls innerhalb einer Variablengruppe mehrere Variablen hoch miteinander korrelierten ( $> .50$ ), wurden die Variablen vom Modell ausgeschlossen, die nach dem BIC-Kriterium (BIC; Raftery, 1995) <sup>1</sup> zu einem geringeren Modellfit führ-

ten. Dadurch konnte eine erste Reduktion der Prädiktoren vorgenommen werden. In einem nächsten Schritt wurde mit den signifikanten Prädiktoren je ein Zwischenmodell für jede Variablengruppe gerechnet (siehe Tabelle 2; Modelle 1a-e). Mit diesen fünf Zwischenmodellen wurde die aufgeklärte Varianz für jede Gruppe von Prädiktoren und getrennt für die beiden Gleichungsparameter (Achsenabschnitt und Steigungskoeffizienten) geschätzt<sup>2</sup>. Im letzten Schritt wurden die signifikanten Prädiktoren der Zwischenmodelle in ein finales Modell integriert (siehe Tabelle 2; Modell 2).

## Ergebnisse

### HLM Basis Analysen: Das unkonditionierte Wachstumsmodell

Als Grundlagenmodell wurde ein vollständig unkonditioniertes Modell<sup>3</sup> gebildet (siehe Tabelle 2, Modell 0a), wel-

<sup>1</sup> Die BIC-Formel lautet  $-2 \cdot (\log \text{likelihood of the model}) + \log (N) \cdot \text{Anzahl Prädiktoren}$ .

<sup>2</sup> In HLM kann nur eine eingeschränkte aufgeklärte Varianz (= Pseudo R<sup>2</sup>) geschätzt werden. Dabei wird die aufgeklärte Varianz eines Modelles in Bezug auf ein weniger spezifiziertes Modell berechnet. Um den Zuwachs an aufgeklärter Varianz eines spezifizierten Modells mit Level 2-Prädiktoren zu klären, dient folgende Formel zur Berechnung des Pseudo-R<sup>2</sup>:  $\text{Pseudo } R^2 = [\sigma^2 (\text{unkonditioniertes Wachstumsmodell}) - \sigma^2 (\text{spezifiziertes Modell})] / \sigma^2 (\text{unkonditioniertes Wachstumsmodell})$  (Singer & Willett, 2003).

<sup>3</sup> Level 1:  $AV_{it} = \pi_{0i} + e_{it}$ ; Level 2:  $\pi_0 = \gamma_{00} + \mu_0$ .

Tabelle 2. Hierarchisch linear-modulierte Resultate für die reduzierten Zwischenmodelle und das finale Modell

		<i>B</i>	<i>SD</i>	<i>T</i>	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>	<i>BIC</i>
<i>Modell 0a: Unkonditioniertes Modell</i>							1196.10
Intercept		2.113	0.068	30.893	***		
<i>Modell 0b: Unkonditioniertes Wachstumsmodell (mit Zeit als log-Funktion)</i>							1033.79
Intercept	B00	2.566	0.077	33.265	***	0.312	
Slope	B10	-0.517	0.091	-5.690	***		
<i>Modell 1a: Demografische Variablen des Patienten/der Patientin</i>							
Keine signifikanten Parameter							
<i>Modell 1b: Intrapsychische Variablen des Patienten/der Patientin</i>							995.61
Intercept	B00	2.569	0.065	39.419	***	0.477	
KB <sub>Depr</sub>	B01	-0.112	0.037	-2.991	**		
INC <sub>Depr</sub>	B02	-0.490	0.137	-3.589	***		
Slope	B10	-0.501	0.083	-6.060	***	0.293	
DD <sub>Depr</sub>	B11	0.001	0.000	2.809	*		
INC <sub>Depr</sub>	B12	0.539	0.251	2.141	*		
ALZ <sub>Depr</sub>	B13	-0.297	0.067	-4.390	***		
<i>Modell 1c: Intrapsychische Variablen des Partners/der Partnerin</i>							
Keine signifikanten Parameter							
<i>Modell 1d: Interpersonelle Variablen des Patienten/der Patientin</i>							988.83
Intercept	B00	2.570	0.074	34.605	***	0.223	
EEPO <sub>Depr</sub>	B01	-0.083	0.037	-2.262	*		
Slope	B10	-0.500	0.085	-5.893	***	0.256	
SOZU <sub>Depr</sub>	B11	-0.019	0.009	-2.299	*		
KOVN <sub>Depr</sub>	B12	2.815	1.421	1.986	*		
<i>Modell 1e: Interpersonelle Variablen des Partners/der Partnerin</i>							984.25
Intercept	B00	2.571	0.076	34.017	***	0.167	
EEPO <sub>Part</sub>	B01	-0.076	0.030	-2.553	*		
Slope	B10	-0.502	0.090	-5.552	***	0.122	
KOVN <sub>Part</sub>	B11	2.199	1.310	1.679	°		
<i>Modell 2: Finalmodell mit Prädiktoren des Patienten und des Partners</i>							1003.32
Intercept	B00	2.567	0.063	40.369	***	0.518	
KB <sub>Depr</sub>	B01	-0.115	0.036	-3.172	**		
INC <sub>Depr</sub>	B02	-0.439	0.130	-3.392	**		
EEPO <sub>Depr</sub>	B03	-0.057	0.033	-1.546			
Slope	B10	-0.501	0.073	-6.841	***	0.492	
DD <sub>Depr</sub>	B11	0.001	0.000	3.000	**		
INC <sub>Depr</sub>	B12	0.588	0.216	2.723	**		
ALZ <sub>Depr</sub>	B13	-0.267	0.075	-3.554	***		
SOZU <sub>Depr</sub>	B14	-0.007	0.008	-0.834			
KOVN <sub>Depr</sub>	B15	3.804	1.195	3.185	**		

Anmerkungen: *B* = Regressionskoeffizient; *SD* = Standardabweichung; *T* = T-Wert; *p* = Signifikanzniveau: °  $p < 0.10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < 0.001$ ;  $R^2$  = Aufgeklärte Varianz; *BIC* = Bayesian Information Criteria; KB = Körperliches Befinden; INC = Individuelles Coping; DD = Davor der Depr.; ALZ = Allgemeine Lebenszufriedenheit; SOZU = Soziale Unterstützung; EEPO = Expressed Emotion, positive Äußerungen in Bezug auf den Partner; KOVN = Konfliktgespräch verbal negative Äußerungen; <sub>Depr</sub> = Variablen des depressiven Patienten; <sub>Part</sub> = Variablen des Partners des depressiven Patienten; Intercept = Achsenabschnitt; Slope = Steigungskoeffizient.

ches keine Prädiktoren enthält (Bryk & Raudenbush, 1992). Das darauf aufbauende unkonditionierte Wachstumsmodell (siehe Tabelle 2, Modell 0b) beinhaltet einen Achsenabschnitt und einen log-linearen Steigungskoeffizienten, jedoch keine Level 2-Prädiktoren. Dieses Basismodell bildet den Therapieverlauf über alle Patienten ab und schätzt einen Ausgangspunkt von  $\pi_0 = 2.56$  ( $t = 33.265, p = 0.000$ ). Der log-lineare Zeitverlauf ist negativ ( $\pi_0 = -0.517; t = -5.690; p < 0.000$ ).

## Gruppen von Prädiktoren: Demografische, intrapsychische und interpersonale Variablen

Als nächstes wurde überprüft, welche Prädiktorengruppen wie viel Varianz bezüglich Achsenabstand und Steigungskoeffizient aufklären und welche Prädiktoren innerhalb dieser Gruppen besonders relevant sind. Für die HLM-Analyse wurden sämtliche Prädiktoren zentriert. Tabelle 1 präsentiert die deskriptiven Werte und eine Korrelationsmatrix der signifikanten Prädiktoren der Zwischenmodelle. Tabelle 2 stellt die Ergebnisse der HLM-Analysen und die aufgeklärte Varianz für die einzelnen Zwischenmodelle pro Block (siehe Tabelle 2; Modelle 1a–e) und für das finale Modell dar (Modell 2).

### Demografische Variablen

In der Voranalyse zeigte sich, dass keine der eingefügten demografischen Prädiktoren den Ausgangswert und den Verlauf signifikant vorhersagen konnten (siehe Tabelle 2; Modell 1a).

### Intrapsychische Prädiktoren

Bei den intrapsychischen Prädiktoren der depressiven Patienten wurden in der Voranalyse zwei Prädiktoren für das Ausgangsniveau und drei für den Veränderungsparameter signifikant (siehe Tabelle 2; Modell 1b) und in das Zwischenmodell aufgenommen: Hohe Werte in den individuellen Copingfertigkeiten und dem körperlichen Befinden vor Beginn der Therapie sagten einen tieferen Ausgangswert der Symptomatik vorher. Bezüglich dem Therapieverlauf sagte die allgemeine Lebenszufriedenheit eine größere, resp. die Dauer der Depression eine geringere Reduktion der depressiven Symptomatik vorher. Erstaunlicherweise führten aber auch hohe Werte in den individuellen Copingfertigkeiten zu einer verlangsamten Reduktion. Vom Ausgangswert konnten durch diese Prädiktoren 48 % und vom Verlauf 29 % der Varianz aufgeklärt werden.

Die intrapsychischen Prädiktoren der Partner wurden nicht signifikant (Tabelle 2; Modell 1c).

### Interpersonelle Prädiktoren

Innerhalb der interpersonellen Prädiktoren korrelierten Partnerschaftszufriedenheit und dyadisches Coping bei

den Patienten und den Partnern mit  $r = .75$ , das nonverbale und verbale negative Verhalten im Konfliktgespräch mit  $r = .52$  bis  $.70$ . Deswegen wurden die DCI-Werte und das nonverbale negative Verhalten während des Konfliktgesprächs nicht in die nachfolgenden Modelle aufgenommen. Der Vergleich verschiedener Modelle zeigte, dass dies die beste Lösung im Sinne des Modellfit nach dem BIC-Kriterium ist. Von den acht interpersonellen Prädiktoren der Patienten wurden drei signifikant und in das Zwischenmodell übertragen (siehe Tabelle 2; Modell 1d). Je positiver die Patienten im EE-Interview über ihre Partner sprachen, desto tiefere Ausgangswerte hatten sie zu Beginn der Therapie. Dadurch wurde 22 % der Varianz aufgeklärt. Je mehr soziale Unterstützung die Patienten angaben und je weniger negatives verbales Verhalten diese während des Konfliktes zeigten, desto größer war die Symptomreduktion im Therapieverlauf. Zusammen konnten sie 25 % Varianz im Verlauf aufklären.

Die interpersonellen Variablen der Partner konnten ebenfalls einen relevanten Beitrag zur Varianzaufklärung liefern, wobei die Prädiktoren sehr ähnlich wie bei den Patienten ist (siehe Tabelle 2; Modell 1e): Je positiver sich die Partner im EE-Interview gegenüber den Patienten äußerten, desto geringer waren die Symptomausgangswerte der Patienten, und je negativer sich die Partner im Konflikt verhielten, desto geringer war die Symptomreduktion während der Therapie. Sie konnten immerhin noch 17 % der Varianz vom Ausgangspunkt und 12 % der Varianz im Verlauf erklären.

### Das finale Modell

Im letzten Schritt wurde mit den signifikanten Prädiktoren der Zwischenmodelle ein multivariates finales Modell gebildet (siehe Tabelle 2; Modell 2). Da sowohl die positiven Äußerungen im EE-Interview als auch das Verhalten im Konflikt zwischen den Patienten und deren Partner sehr hoch miteinander ( $r = .53$ – $.73$ ) korrelierten, wurden sie nicht in das finale Modell aufgenommen, obschon sie in den Zwischenmodellen signifikant wurden. Ein Modellvergleich zeigte, dass dies zu einem besseren Modellfit führt. Hohe Werte im körperlichen Befinden und im individuellen Coping sagten eine geringere Symptombelastung zu Beginn der Therapie voraus. Eine lange Depressionsvorgeschichte, eine tiefe allgemeine Lebenszufriedenheit, hohe individuelle Copingkompetenzen und viel verbale Negativität im Konfliktgespräch führten zu einer Verlangsamung des Symptomrückgangs während der Therapie. Mit diesem konnten jeweils ca. 50 % der Varianz des Ausgangspunktes und des Veränderungsparameters aufgeklärt werden.

## Diskussion

In der vorliegenden Studie wurde untersucht, welche patientenspezifischen Prädiktoren den Symptomverlauf während einer Depressionsbehandlung vorhersagen. Die Auswahl der Prädiktoren für den Symptomverlauf erfolgte



in unserer Studie schrittweise, wobei die 22 Prädiktoren auf 3 Prädiktoren für den Ausgangswert und 5 Prädiktoren für den Symptomverlauf reduziert werden konnten. Es zeigte sich, dass mit diesen ausgewählten Prädiktoren 50 % der Varianz vom Ausgangswert und vom Symptomverlauf auf intrapsychische und interpersonelle Variablen zurückzuführen sind.

Im Hinblick auf das finale Modell sind grundsätzlich zwei Ergebnisse auffallend. Erstens ist der große Anteil an Varianzaufklärung in Bezug auf den Therapieverlauf im Vergleich mit früheren Studien ungewöhnlich. Beevers et al. (2007) konnten beispielsweise beim Therapieverlauf von Depressiven mit intrapsychischen (negative Kognitionen) und interpersonellen Variablen („Family Functioning“) 22.5 % der Varianz erklären. In Bezug auf einen unbehandelten Depressionsverlauf konnten Milan et al. (2005) mit soziodemografischen und interpersonellen Variablen lediglich 5 % der Varianz vorhersagen. Eine mögliche Erklärung für die große Varianzaufklärung in unserer Studie ist sicherlich darin zu finden, dass in die Analysen nicht nur multivariate, sondern auch multimodale Konstrukte einbezogen wurden. Zweitens ist es erstaunlich, dass im finalen Modell die aufgeklärte Varianz im Ausgangswert fast ausschließlich auf die intrapsychischen Variablen zurückgeführt werden kann, während für den Therapieverlauf die interpersonellen Variablen des Patienten die Varianzaufklärung von 30 % auf 50 % erhöhen. Die interpersonellen Variablen scheinen also besonders für den Verlauf während der Therapie wichtig zu sein. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass, wie bereits Connolly Gibbons et al. (2003) in ihrer Studie zeigen konnten, interpersonelle Probleme des Patienten zu einer schlechteren Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten führen. Diese Arbeitsbeziehung ihrerseits ist nachweislich ein wichtiger Prädiktor für den Verlauf und den Erfolg einer Therapie (Martin, Garske & Davis, 2000).

Die *intrapsychischen* Variablen des Patienten konnten insgesamt am meisten Varianz aufklären und die Richtung der Zusammenhänge entsprachen der Erwartung, mit einer Ausnahme: Neben der Depressionsdauer und der Lebenszufriedenheit führten auch hohe Werte im individuellen Coping zu einer Verzögerung des Symptomrückgangs. Dieses letzte Ergebnis ist unerwartet und inkonsistent mit bisheriger Forschung (Cohen et al., 2008). Gunther et al. (2005) konnten beispielsweise aufzeigen, dass Patienten mit mangelnden Copingfertigkeiten weniger schnell auf die Intervention reagieren. Das Ergebnis unserer Studie könnte auf einen Bodeneffekt zurückzuführen sein: Da Patienten mit funktionalen individuellen Copingstrategien einen geringeren Ausgangswert in der depressiven Symptomatik aufweisen, ist es auch schwieriger, bei ihnen eine große Symptomreduktion herbeizuführen. Unterstützt wird diese Vermutung dadurch, dass in sämtlichen Modellen Achsenabschnitte und Verlauf negativ miteinander korrelieren ( $r = -.45$  bis  $-.51$ ).

Da die Dauer der Depression und das allgemeine Befinden neben einem verlangsamten Symptomrückgang während der Therapie auch zu einem ungünstigen Ein-

fluss auf den Outcome (Blom et al., 2007; Van, Schoevers & Dekker, 2008) führen, sollten therapeutische Hilfestellungen so früh als möglich dargeboten werden. Wichtig wäre dabei vor allem die Entwicklung von niederschweligen Präventionsangeboten (siehe z.B. Allart-van Dam, Hosman, Hoogduin & Schaap, 2003).

Bezüglich der *interpersonellen Variablen* zeigte sich als stärkster Prädiktor das Verhalten des Patienten im Konfliktgespräch mit seinem Partner: Je negativer das Verhalten, desto ungünstiger ist der Symptomverlauf während der Therapie. Studien zu unbehandelten Therapieverläufen berichten ähnliche Zusammenhänge zwischen partnerschaftlichen Konflikten und Symptomverlauf (z.B. Milan et al. 2005). Interessanterweise korrelieren das negative Verhalten von Patient und Partner relativ hoch miteinander. Während einige Studien und theoretische Modelle eher den negativen Einfluss der Umwelt auf den Patienten betonen (zur Übersicht siehe Hooley & Parker, 2006), ist dies ein Hinweis auf die Reziprozität des negativen Verhaltens (Coyne, 1976). Interessanterweise konnte lediglich die Verhaltensbeobachtung während eines Paarconfliktes den Verlauf signifikant vorhersagen, partnerschaftliche Fragebögen und Variablen des EE-Interviews jedoch nicht. Dies ist überraschend, kann aber ein Hinweis darauf sein, dass vor allem das konkrete beobachtete Verhalten und weniger die subjektive Bewertung für den Therapieverlauf zentral ist. Der Zusammenhang zwischen den Interaktionskompetenzen des Patienten und dem Symptomverlauf während der Therapie wird vermutlich über die therapeutische Beziehung mediiert. Für die adaptive Indikation würde dies bedeuten, dass insbesondere bei Patienten mit partnerschaftlichen Interaktionsschwierigkeiten noch mehr Wert auf die Beziehungsgestaltung zu Beginn der Therapie gelegt werden sollte, so wie dies bereits in neueren Verfahren zur Behandlung von chronischen Depressionen gemacht wird (McCullough Jr, 2002). Da Patienten mit hohen Ausprägungen in entsprechenden Variablen (z. B. lange Dauer der Depression, Konflikte zu Hause) mehr Zeit brauchen, um eine Reduktion der Symptomatik aufzuweisen, sollten Therapeuten sich selber aber auch die Patienten auf diesen längeren Prozess vorbereiten.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie und anderen Untersuchungen zum unbehandelten Depressionsverlauf und zur Rückfallwahrscheinlichkeit (z.B. Beach, Arias & O'Leary, 1986) könnte man fordern, paartherapeutische Interventionen standardmäßig in die Depressionstherapie zu integrieren. Da allerdings in randomisierten Studien Therapien mit Einbezug von partnerschaftlichen Themen nicht eindeutig bessere Ergebnisse aufwiesen als klassische individualsbezogene Verfahren (Bodenmann et al., 2008), sollten paarbezogene Interventionen möglicherweise eher im Sinne einer selektiven als einer allgemeinen Indikation eingesetzt werden. Ob diese Form der modularen Therapie (Chorpita, Daleiden & Weisz, 2005) auch zu einem verbesserten Outcome führt, muss noch untersucht werden.

Obwohl die EE-Variablen lediglich in den Zwischenmodellen (d. h. innerhalb der intrapsychischen Variablen)



signifikante Ergebnisse lieferten, zeigten sich hier einige interessante Befunde. In Kontrast zu anderen Studien, die vor allem auf die negativen Äußerungen (insbesondere Kritik) fokussierten (Manne et al., 2003; Milan et al., 2005), zeigte sich in unserer Studie, dass lediglich die positiven Beziehungsäußerungen einen relevanten Einfluss auf den Ausgangswert der Symptomatik haben. Diese werden jedoch eher selten untersucht, da sie im Camberwell Family Interview (CFI; Vaughn & Leff, 1976; „gold-standard“-Verfahren zur Messung der EE) nicht vorgesehen waren, sondern von Magana et al. (1986) im kürzeren Five Minute Speech Sample-Verfahren hinzugefügt worden sind. Unser Ergebnis könnte ein Hinweis darauf sein, dass zur Ergänzung des negativen auch das positive Interaktionsverhalten zwischen Partnern vermehrt in Untersuchungen einbezogen werden sollte.

An dieser Stelle soll noch auf einige Einschränkungen der Studie hingewiesen werden: Erstens konzentrierten wir uns auf intrapsychische und interpersonelle Variablen, während andere wichtige Variablen (z. B. Therapeutenvariablen, Interventionsart) nicht mit einbezogen wurden. Die Interaktion der untersuchten Variablen mit der Interventionsart beispielsweise wäre eine wichtige Fragestellung. Dafür bräuhete man unter der Annahme, dass die zu erwartenden Effekte gering sind, über 390 Versuchspersonen, um mit einer angemessenen Wahrscheinlichkeit signifikante Effekte zu finden (gemäß Snyder et al., 2006). Zweitens könnte die Messwiederholung im BSI zu einer Antwortverzerrung über die Zeit führen. Dieser Einwand kann jedoch insofern entkräftet werden, da sich die prozentuale Reduktion der Depression vor und nach der Therapie zwischen BDI (2 × gemessen; Reduktion = 39 %) und BSI (22 × gemessen; Reduktion = 37 %) nicht signifikant unterscheidet ( $t = -.510, p = 0.612$ ). Drittens kann angemerkt werden, dass innerhalb der untersuchten Variablengruppen einige wichtige Konstrukte nicht erfasst und einbezogen wurden (z. B. Motivation, Hoffnung, Selbstwirksamkeit, Persönlichkeitsmerkmale). Schließlich wurde im finalen Modell die Prädiktoren in einem explorativ-interaktiven Verfahren ausgewählt. Dies kann einerseits zu einer künstlich erhöhten Varianzaufklärung führen und andererseits ist dadurch die Auswahl der Prädiktoren für das finale Modell möglicherweise stark stichprobenabhängig. Aus diesen Gründen wären eine Kreuzvalidierung des finalen Modells in einer unabhängigen Stichprobe und der Einbezug von zusätzlichen Variablen notwendig, bevor eindeutig Schlüsse gezogen werden.

Neben diesen Einschränkungen weist die Studie jedoch auch eine Reihe von Stärken auf: Erstens wurden nicht nur einzelne, sondern Gruppen von Prädiktoren untersucht und zwar sowohl von den Patienten als auch von deren Partner. Zweitens wurden in Bezug auf die interpersonellen Prädiktoren nicht nur Fragebögen, sondern auch Verhaltensbeobachtungsmaße eingesetzt und drittens wurde die abhängige Variable im Gegensatz zu anderen Studien, vor jeder einzelnen Therapiestunde gemessen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen auf, dass ein relativ großer Teil der Symptomveränderungen

während der Therapie auf intrapsychische und interpersonelle Variablen des Patienten zurückzuführen ist. Allerdings sind in diesem komplexen Feld noch viele Fragen offen. Dies zeigt sich auch darin, dass heutige Depressionsbehandlungen im besten Fall für 2/3 der Personen wirksam sind (Hollon, Thase & Markowitz, 2002; Westen & Morrison, 2001). Aus diesen Gründen wäre die empirische Überprüfung eines ganzheitlicheren Modells über den Einfluss verschiedener Variablen und deren Interaktionen (Therapeut, Intervention, Patient und deren Interaktion) auf den Symptombelauf während der Therapie interessant und notwendig (siehe z. B. Orlinsky, Roonstad & Willutzki, 2004). Solches Wissen könnte im Sinne einer adaptiven Indikation helfen, die Wirkung von Psychotherapie bei depressiven Patienten weiter zu optimieren und zu verbessern.

## Literatur

- Abu Ruz, M. E., Lennie, T. A., Riegel, B., McKinley, S., Doering, L. V. & Moser, D. K. (2010). Quickly and reliably in patients hospitalized for acute myocardial infarction. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 25, 117–123.
- Allart-van Dam, E., Hosman, C. M. H., Hoogduin, C. A. L. & Schaap, C. (2003). The Coping with Depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behavior Therapy*, 34 (3), 381–396.
- Beach, S. R., Arias, I. & O’Leary, K. (1986). The relationship of marital satisfaction and social support to depressive symptomatology. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 8 (4), 305–316.
- Beach, S. R., Dreifuss, J. A., Franklin, K. J., Kamen, C. & Gabriel, B. (2008). Couple therapy and the treatment of depression. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 545–566). New York, NY: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8 (1), 77–100.
- Beevers, C. G., Wells, T. T. & Miller, I. W. (2007). Predicting response to depression treatment: The role of negative cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (3), 422–431.
- Blom, M. B. J., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P. M. J. et al. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104 (1–3), 119–126.
- Bodenmann-Kehl, C. (1999). *Eine Analyse spezifischer Ansatzpunkte zur Förderung der familiären Kompetenz*. Fribourg: University Press.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2008). *Dyadisches Coping Inventar*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2009). *Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N. et al. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 944–954.

- Bourquard, E., Bodenmann, G. & Perrez, M. (1992). *CAOS. Computer Aided Observation System*. Fribourg: University of Fribourg.
- Bryk, A. S. & Raudenbush, S. W. (1992). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Butzlaff, R. L. & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55 (6), 547–552.
- Cappeliez, P., Robitaille, A., McCusker, J., Cole, M., Yaffe, M. J., Sewitch, M. et al. (2007). Recovery from depression in older depressed patients in primary care: Relation with depression severity and social support. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 31 (2), 17–32.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L. & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied & Preventive Psychology*, 11 (3), 141–156.
- Cohen, L. H., Gunthert, K. C., Butler, A. C., Parrish, B. P., Wenzel, S. J. & Beck, J. S. (2008). Negative affective spillover from daily events predicts early response to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 955–965.
- Conninos, A. & Grenyer, B. F. (2007). The influence of interpersonal factors on the speed of recovery from major depression. *Psychotherapy Research*, 17 (2), 230–239.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L. & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13 (1), 59–76.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 39 (1), 28–40.
- Coyne, J. C. & Gotlib, I. H. (1986). Studying the Role of Cognition in Depression: Well-Trodden Paths and Cul-de-Sacs. *Cognitive Therapy and Research*, 10 (6), 695–705.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., Gladis, M. et al. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10 (3), 145–154.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G. & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 909–922.
- Derogatis, L. R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychological Medicine*, 13 (3), 595–605.
- Ezquiaga, E., Garcia, A., Pallares, T. & Bravo, M. (1999). Psychosocial predictors of outcome in major depression: A prospective 12-month study. *Journal of Affective Disorders*, 52 (1–3), 209–216.
- Gotlib, I. H. & Hooley, J. M. (1988). Depression and marital functioning. In S. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (pp. 543–570). Chichester, England: Wiley.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? The relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Gunthert, K. C., Cohen, L. H., Butler, A. C. & Beck, J. S. (2005). Predictive role of daily coping and affective reactivity in cognitive therapy outcome: Application of a daily process design to psychotherapy research. *Behavior Therapy*, 36 (1), 77–88.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K. & Jacobson, N. S. (1984). *Marital interaction: Analysis and modification*. New York: Guilford.
- Hamilton, K. E. & Dobson, K. S. (2002). Cognitive therapy of depression: Pretreatment patient predictors of outcome. *Clinical Psychology Review*, 22 (6), 875–894.
- Hinrichsen, G. A., Adelstein, L. & McMeniman, M. (2004). Expressed emotion in family members of depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 8 (4), 355–363.
- Hollon, S. D., Thase, M. E. & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3 (2), 39–77.
- Hooley, J. M. & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 386–396.
- Janke, W., Erdmann, G. & Kallus, W. (1985). *Stressverarbeitungsfragebogen (SVF)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Kahan, J. S., Mitchell, J. M., Kemp, B. J. & Adkins, R. H. (2006). The results of a 6-month treatment for depression on symptoms, life satisfaction, and community activities among individuals aging with a disability. *Rehabilitation Psychology*, 51 (1), 13–22.
- Kiesler, D. J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65 (2), 110–136.
- Lau, M., Gema, M. C. & Segal, Z. V. (2000). Clarifying the role of interpersonal factors in depression chronicity from a cognitive perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7 (2), 228–232.
- Lutz, W., Martinovich, Z. & Howard, K. I. (1999). Patient profiling: An application of random coefficient regression models to depicting the response of a patient to outpatient psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 571–577.
- Magana, A. B., Goldstein, M. J., Karno, M., Miklowitz, D. J., Jenkins, J. & Fallon, I. R. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17 (3), 203–212.
- Manne, S., DuHamel, K., Winkel, G., Ostroff, J., Parsons, S., Martini, R. et al. (2003). Perceived partner critical and avoidant behaviors as predictors of anxious and depressive symptoms among mothers of children undergoing hemopoietic stem cell transplantation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6), 1076–1083.
- 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.
- McCullough Jr, J. P. (2002). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: Treatment for Chronic Depression. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 281–298). London: Oxford University Press.
- McLeod, J. D., Kessler, R. C. & Landis, K. R. (1992). Speed of recovery from major depressive episodes in a community sample of married men and women. *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (2), 277–286.
- Milan, S., Ickovics, J., Vlahov, D., Boland, R., Schoenbaum, E., Schuman, P. et al. (2005). Interpersonal predictors of depression trajectories in women with HIV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 678–688.
- Nasser, E. & Overholser, J. C. (2005). Recovery from major depression: The role of support from family, friends, and spiritual beliefs. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111 (2), 125–132.
- Nezlek, J. B., Schroder-Abe, M. & Schutz, A. (2006). Mehrebenenanalysen in der psychologischen Forschung: Vorteile und Möglichkeiten der Mehrebenenmodellierung mit Zufallskoeffizienten. *Psychologische Rundschau*, 57 (4), 213–223.
- Orlinsky, D. E., Roonestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and*

- Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 307–389). New York: John Wiley.
- Oxman, T. E. & Hull, J. G. (2001). Social support and treatment response in older depressed primary care patients. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B (1), P35–P45.
- Perrez, M. & Reicherts, M. (1995). *Stress, coping, and health: A situation-behavior approach: Theory, methods, applications*. Ashland, OH: Hogrefe & Huber Publishers.
- Petkus, A. J., Gum, A. M., Small, B., Malcarne, V. L., Stein, M. B. & Wetherell, J. L. (2010). Evaluation of the factor structure and psychometric properties of the brief symptom inventory-18 with homebound older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25 (6), 578–587.
- Raftery, A. (1995). Bayesian model selection in social research (with discussion). In P. Marsden (Ed.), *Sociological methodology 1995* (pp. 111–195). Cambridge, MA: Blackwell Publishers.
- Raudenbush, S. W. & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical Linear Models: Applications and Data Analysis Methods* (second ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Raudenbush, S. W., Bryk, A. S., Cheong, Y. F., Congdon, R. T. & du Toit, M. (2004). *HLM 6: Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling* Lincolnwood, IL: SSI Scientific Software International.
- Renshaw, K. D. (2007). Perceived criticism only matters when it comes from those you live with. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (12), 1171–1179.
- Rosner, R., Frick, U., Beutler, L. E. & Daldrup, R. (1999). Depressionsverläufe in unterschiedlichen Psychotherapieformen – Modellierung durch Hierarchische Lineare Modelle (HLM). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28 (2), 112–120.
- Singer, J. D. & Willett, J., B. (2003). *Applied Longitudinal Data Analysis: Modeling Change and Event Occurrence*. New York: Oxford University Press.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M. & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions in couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317–344.
- Sommer, G. & Fydrich, T. (1991). Development and validation of a questionnaire on social support. *Diagnostica*, 37 (2), 160–178.
- Stulz, N., Lutz, W., Leach, C., Lucock, M. & Barkham, M. (2007). Shapes of early change in psychotherapy under routine outpatient conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 864–874.
- Teri, L. & Lewinsohn, P. M. (1986). Individual and group treatment of unipolar depression: Comparison of treatment outcome and identification of predictors of successful treatment outcome. *Behavior Therapy*, 17, 215–228.
- Van, H. L., Schoevers, R. A. & Dekker, J. (2008). Predicting the outcome of antidepressants and psychotherapy for depression: A qualitative, systematic review. [Review]. *Harvard Review of Psychiatry*, 16 (4), 225–234.
- Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15 (2), 157–165.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C. & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York, NY: Basic Books.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M. & Uebelacker, L. A. (2002). Mood reactivity to marital conflict: The influence of marital dissatisfaction and depression. *Behavior Therapy*, 33 (2), 299–314.

Manuskript eingereicht: 07. 12. 2009  
 Manuskript angenommen: 07. 12. 2010

Dr. Marcel Schär

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
 Institut für Angewandte Psychologie  
 Beustweg 14  
 8032 Zürich  
 Schweiz  
 E-Mail: marcel.schaer@zhaw.ch

Prof. Dr. Guy Bodenmann

Universität Zürich  
 Klinische Psychologie  
 Schwerpunkt Kinder/Jugendliche und Paare/Familien  
 Binzmühlestrasse 14/23  
 8055 Zürich  
 Schweiz  
 E-Mail: guy.bodenmann@psychologie.uzh.ch