

Universität Ulm
Medizinische Fakultät

Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
Prof. Dr. Horst Kächele

Fokussierung in der

Interpersonellen Psychotherapie (IPT)

*Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Humanbiologie, Dr.biol.hum der Medizinischen Fakultät der
Universität Ulm*

Dipl. Psych. Monica Fritzsche, geb. in Leon, Mexico

April 2000

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Peter Gierschik

1. Berichterstatter: Prof.Dr. Horst Kächele

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald C. Traue

Tag der Promotion: 5.10.2000

**In Erinnerung an
Dietmar Czogalik**

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung

1. Einführung in die Problemlage	8
2. Kurzzeittherapie	10
2.1 Die Bedeutung der Kurzzeittherapie	10
2.2 Allgemeine Prinzipien der Kurzzeittherapie	12
3. Psychotherapie der Depression	15
3.1 Die Kognitive Psychotherapie der Depression nach A.T. Beck	15
3.2 Verhaltenstherapie der Depression	18
3.3 Kognitive Verhaltenstherapie der Depression	20
3.4 Psychoanalytische Therapie der Depression	23
4. Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT)	30
4.1 Voraussetzungen, Inhalte, Ziele	30
4.2 Empirische Studien zur Wirksamkeit von IPT	46
5 Psychotherapeutische Prozeßforschung	50
5.1 Fragestellungen und Ziele der Psychotherapieprozeß-Forschung	50
5.2 Ergebnisse der Prozeß-Outcome-Forschung	52
5.3 Modelle des psychotherapeutischen Prozesses	55
5.4 Aufgaben der künftigen Psychotherapieforschung	61
5.5 Einzelfallforschung	65
6. Begriffsklärung: Fokus und Fokussieren	67
6.1 Fokus und Fokussieren in der Linguistik und in der Psychoanalyse	67
6.2 Fokus und Fokussieren in der Interpersonellen Psychotherapie	70
7. Hypothesen und Fragestellungen	73
7.1 Hypothesen zum Interaktionsverhalten in der IPT	75
7.2 Hypothesen zum Erleben des Therapieprozesses der IPT	76

II. Material und Methoden

8. Ausgangslage: Die analysierten Therapien	81
8.1 Zur Auswahl der Therapien	81
8.2 Inhaltliche Beschreibung der Therapieverläufe - Fallvignetten	82
9. Die Untersuchungsinstrumente und Analysemethoden	93
9.1 Untersuchungsinstrumente	93
9.2 Operationalisierung der Variablen	96
9.3 Meßwertbildung der Merkmale des Interaktionsverhaltens	111
9.4 Meßwertbildung der Merkmale des Kommunikationserlebens	116

10. Datenbeschreibung	117
10.1 Datenlage	117
10.2 Beschreibung der Merkmale des Interaktionsverhaltens im Therapie- verlauf	120
10.3 Beschreibung der Daten des Kommunikationserlebens	149

III. Ergebnisse

11. Die statistische Analyse der Daten	172
11.1 Datenanalyse des Interaktionsgeschehens	172
11.2 Analyse des Zusammenhanges zwischen den Daten des Interaktions- geschehens und des Kommunikationserlebens	185
11.3 Ergebnisse der statistischen Auswertungen	188
12. Analyse des Interventionsverhaltens und des Kommunikation- serlebens in den Extrembereichen	190
12.1 Analyse des Interventionsverhaltens	191
12.2 Statistische Analyse des Zusammenhanges zwischen dem Fokussie- rungsverhalten der TherapeutIn und den übrigen Interventionsmerkma- len	200
12.3 Statistische Analyse des Zusammenhanges zwischen den Merkmalen des Interventionsverhaltens und den Merkmalen des Kommunikation- serlebens in den Extrembereichen	206

IV. Diskussion

13. Diskussion und Ausblick	214
------------------------------------	------------

V. Zusammenfassung	231
---------------------------	------------

Literaturverzeichnis	234
-----------------------------	------------

Anhang

Anhang A	
Anhang B	248
Anhang C	253
Anhang D	256
	275

Dank

Abkürzungsverzeichnis

Merkmale des Interaktionsverhaltens

der TherapeutIn:

Fok	Gelungene Fokussierung
Int	Aktives Interventionsverhalten
Zuw	Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten
PercF	Mittelwert des Prozentanteiles der TherapeutInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Gelungene Fokussierung' pro Therapiestunde
PercI	Mittelwert des Prozentanteiles der TherapeutInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' pro Therapiestunde
PercZ	Mittelwert des Prozentanteiles der TherapeutInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' pro Therapiestunde

der PatientIn:

Part	Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn
PercP	Mittelwert des Prozentanteiles der PatientInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Aktives Partizipationsverhalten' pro Therapiestunde

Merkmale des Kommunikationserlebens

der TherapeutIn:

BE	Erleben der Beziehung,
EP	Erleben von Produktivität,
GA	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre

der PatientIn:

TU	Erleben von Unterstützung
TA	Erleben von Produktivität
SB	Selbstwahrnehmung
SR	Fähigkeit zur Selbstreflexion,

I. Einleitung

1 Einführung in die Problemlage

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf empirische Daten, die im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 258 erhoben worden sind.

1992 wurde auf einer offenen Station der psychiatrischen Klinik im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit unter der Leitung von Prof. Aldenhoff begonnen, mit der interpersonellen Psychotherapie zu arbeiten. Mit der Einführung der neuen Diagnostikinstrumente DSM III und der darauf basierenden ICD 10 war die ätiologische Einteilung der Depression in endogen, reaktiv und neurotisch der deskriptiven Klassifizierung in unterschiedliche Schweregrade einer depressiven Episode gewichen. In der Psychiatrie ergab sich daraus als wichtigste Konsequenz, daß die strikte Verbindung zwischen Diagnose und Therapieangebot gelockert wurde. Bisher hatte die Diagnose einer reaktiven oder neurotischen Depression häufig ein Psychotherapieangebot zur Folge, während die Diagnose einer endogenen Depression ausschließlich medikamentöse Behandlung erforderte.

In den USA waren 1989 die Ergebnisse einer Therapievergleichsstudie des NIMH¹ zur Behandlung der Depression nach DSM III veröffentlicht worden. Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT), eine Kurzzeittherapie, die speziell zur Behandlung von Depressionen konzeptionalisiert wurde, hatte sich bei schweren Episoden einer Depression als ebenso hilfreich erwiesen wie die Gabe von Amitriptylin (Elkin et al. 1989).

Im Rahmen des zum Sonderforschungsbereiches 258 gehörenden Projektes A3 'Neuronale Imbalanz der Depression' wurden PatientInnen mit einer mittelgradigen bis schweren Major Depression mit IPT ohne zusätzliche Medikation behandelt. Die Therapien wurden zu Super- und Interventionszwecken auf Video aufgezeichnet.

¹ National Institute for Mental Health

Diese Videobänder waren die Grundlage für eine Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in Stuttgart. Hier war mit dem 'Stuttgarter Kategorieninventar' (SKI/3) ein Instrument zur Analyse von Interaktionsverhalten entwickelt worden, das Videoaufzeichnungen zur Grundlage hatte.

In der Psychotherapieforschung, so z.B. bei dem jährlichen internationalem Meeting der 'Society for Psychotherapy Research' 1994 in York, England war man erstaunt über den Erfolg der Interpersonellen Psychotherapie. Gleichzeitig war über die Wirkfaktoren in der IPT wenig bekannt.

1991 hatte Frank den Einfluß von Fokussierung auf den Interpersonellen Problembereich auf die Dauer der depressionsfreien Zeit zwischen zwei Episoden einer rezidivierenden Major Depression nachgewiesen. Dieses Ergebnis war u.a. deshalb erstaunlich, da ein spezifisches Interventionsverhalten der TherapeutIn, das durch gezielte Trainingsmaßnahmen vermittelt werden konnte, für den Erfolg der Therapie verantwortlich gemacht wurde.

Die vorliegende Arbeit hat sich zur Aufgabe gemacht, die Wirkfaktoren der Interpersonellen Psychotherapie genauer zu beschreiben. Das Hauptinteresse liegt dabei auf der Bedeutung der therapeutischen Intervention des Fokussierens in der IPT. Hierbei sollte ein mehrbenenanalytisches Vorgehen verwirklicht werden. Das heißt einmal, das Interaktionsverhalten wird über mehrere Ebenen erfaßt (gesprächsthematisch, nonverbal, gesamteindrücklich etc.), wozu das SKI/3 diente. Außerdem wird die Wirkung des Fokussierens sowohl auf das äußerliche, beobachtbare Interaktionsverhalten von TherapeutIn und PatientIn im Therapieprozeß untersucht, als auch auf die innere Wahrnehmung der Kommunikation in der Therapie.

Ziel der Arbeit ist, die durch die Fokussierung der TherapeutIn aktivierten interaktionellen und psychotherapeutischen Prozesse zu erfassen und dadurch Anregungen für die klinisch-therapeutische Praxis zu geben.

2 Kurzzeittherapie

2.1 Die Bedeutung der Kurzzeittherapie

Die Unterscheidung von Kurz- und Langzeittherapien ergab sich aus der Verlängerung der psychoanalytischen Therapien durch die Bearbeitung der Übertragungsgefühle und der damit verbundenen Abwendung von einer Fokussierung auf Symptomerleichterung als Therapieziel. Ferenczi (1920/1960), Alexander und French (1946) waren die ersten, die entgegen diesem Trend in den traditionellen Psychoanalysen Kurzzeitkonzepte entwickelten. Ein weiterer Impuls kam von der Entwicklung kognitiv-behavioraler Programme zur Modifizierung von Verhaltensweisen. Interventionsmethoden der Kognitiven Verhaltenstherapie wie auch das Arbeiten an einem konkreten Problembereich sind inzwischen Bestandteile in verschiedenen Kurztherapien. Das Bestreben, die Effektivität der angewandten Therapieform durch empirische Methoden zu belegen, wurde ebenfalls von der Verhaltenstherapie übernommen.

In Zeiten, in denen viele Menschen psychische Krisen oder Traumatisierungen erlebten und sich ein gesellschaftlicher Wandel mit einer Umorientierung der traditionellen Werte vollzog, wie während des zweiten Weltkrieges und der 60er Jahre, boten Kurzzeittherapien den Vorteil, schnelle, symptomorientierte und theorieunabhängige Hilfe zu bieten.

Inzwischen werden Kurzpsychotherapien als Therapieform der Wahl für die meisten PatientInnen diskutiert., da sie verschiedene Vorteile aufweisen:

- Nach Garfield (1978) wünschen die meisten PatientInnen Hilfe bei der Bewältigung aktueller Probleme in einigen Sitzungen und keine Persönlichkeitsänderung.
- Häufig zeigt sich der Erfolg einer Psychotherapie schon in den ersten sechs Monaten (Lambert, Shapiro, Bergin 1986). In einer Meta-Analyse von Daten über 2400 PatientInnen (Howard et al. 1986), waren bei 50% der PatientInnen nach sechs Sitzungen, bei 75% nach 26 Sitzungen symptomatische Verbesserungen meßbar.

- Kurztherapien sind effektiv für ein weites Spektrum von Störungen und Problemen, und verringern die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen (Sharfstein, Muszynski, Myers 1984)
- Kurztherapien sind außerdem kostengünstig, da sie innerhalb eines gegebenen Zeitrahmens die Behandlung einer großen Zahl von PatientInnen ermöglichen.

Zum Vergleich mit Langzeittherapien gibt es unterschiedliche Ergebnisse: Koss und Shiang (1994, S.665) berichten als Zusammenfassung der Ergebnisse, daß Kurz- und Langzeittherapien vergleichbare Erfolgsraten aufweisen, wobei nicht jeder gleichermaßen von einer Kurztherapie profitiert und die Ergebnisse nicht immer stabil bleiben. Sie zitieren aber auch die Metastudie von Johnson und Gelso (1980), in die alle Untersuchungen über Therapiedauer eingingen, und die die Aussage von Luborsky (1971) stützt: "The more the treatment the greater the improvement". Sie ziehen den Schluß, daß die Ergebnisse von Outcome-Studien abhängig sind von den verwendeten Instrumenten und den Kriterien für 'Erfolg'.

In der Befragung der Verbraucherorganisation Consumers Union in den USA unter der fachlichen Anleitung von Seligman zeigten sich 33% der Befragten mit dem Therapieergebnis zufrieden, wenn die Therapie weniger als 6 Monate dauerte, gegenüber 50% bei einer Therapiedauer über 6 Monaten. Therapien über zwei Jahre führten zu einer noch größeren Zufriedenheit mit den Ergebnissen. Die Länge der Behandlung ist nach dieser Studie für den Therapieerfolg bedeutender als die Therapiemethode (Seligman 1995).

Auch in der Auswertung von Studien der Psychotherapieforschung bis 1994 von Orlinsky et al. (1994) zeigte sich, daß das Ergebnis der Therapie um so besser war, je länger die Therapie dauerte.

Die Euphorie über die Möglichkeiten von Kurzzeittherapien der 70er und 80er Jahre relativiert sich inzwischen. Dennoch haben Kurzzeittherapien ihre Bedeutung für PatientInnen, die sich auf eine längere Behandlungsdauer und eine intensivere therapeutische Arbeit nicht einstellen wollen oder können. Die Sitzungsdauer sollte dann allerdings nicht nach Programmen oder Methoden festgelegt werden, sondern sich nach den individuellen Erfordernissen richten.

2.2 Allgemeine Prinzipien der Kurztherapie

Grundlage der Kurztherapie ist die Auffassung, daß Menschen Veränderungen ihres Lebens innerhalb einer begrenzten Zeit mit Hilfe eines Arbeitsbündnis zwischen TherapeutIn und PatientIn erreichen können. Kurztherapien müssen einem klaren Konzept folgen (feste Zeitgrenzen, Training in Methoden und Techniken), da sie ansonsten wenig erfolgversprechend sind: "Therapy will be either unplanned and brief (because so many patients drop out or unilaterally terminate) or, for a smaller number of patients, continuous and openended" (Budman und Gurman 1983, S.282)

Die aus unterschiedlichen theoretischen Konzepten entstandenen Kurztherapieformen können nach Koss und Shiang (1994) durch folgende gemeinsame Züge charakterisiert werden:

- Möglichst sofortiger Beginn der Therapie während der akuten Krise oder des Einsetzens der Symptomatik, um eine Chronifizierung der Probleme oder Störung zu verhindern (Wolkon 1972).
- Unabhängig vom Schweregrad der Beeinträchtigung haben PatientInnen mit der Fähigkeit, Beziehungen aufbauen und erhalten zu können, die beste Prognose (Piper, Azim, McCallum und Joyce, 1990).
- Die zeitlichen Grenzen werden, ebenso wie die Erwartung, daß die Therapieziele in dieser begrenzten Zeit erreicht werden können, von der TherapeutIn ausgesprochen und haben einen großen Einfluß auf den Therapieverlauf (Reid 1990, Strupp und Binder 1984, Mann 1973).
- Therapieziele werden auf ein in der begrenzten Zeit erreichbares Maß eingeschränkt: Besserung der Symptomatik, Wiedererreichen der sozialen Fertigkeiten wie vor Beginn der Störung, Verständnis der gegenwärtigen Probleme und Entwicklung von Copingstrategien.
- Die Therapieinhalte sind fokussiert auf konkrete Probleme im Hier und Jetzt: Als wichtigster technischer Aspekt der Kurztherapie wird die Einhaltung eines Fokus, unabhängig von seiner inhaltlichen Bestimmung, gesehen (Small 1971,

Budman und Gurman, 1983). Die Aufgabe der Fokussierung und Strukturierung erfordert einen aktiven Kommunikationsstil. Die therapeutische Haltung schwankt zwischen den Polen 'zugewandt - verständnisvoll' (relating - understanding) und 'direktiv - konfrontierend' (directive - confronting).

- Die meisten Therapierichtungen erwarten eine erfahrene TherapeutIn, die in den ersten Sitzungen relevante Informationen sammeln und eine Arbeitshypothese entwickeln kann, um dann im Verlauf der Therapie auf das Therapieziel zu fokussieren.
- Schulenunabhängige Flexibilität der TherapeutIn, um Interventionen an die Bedürfnisse der einzelnen Personen anzupassen, ist eine grundlegende Forderung und verbreitete Praxis der Kurztherapie (Alexander 1946, Beutler und Clarkin 1990, Budman und Gurman 1988 Horowitz, Marmar, Krupnick, et al. 1984).
- Die zeitliche Begrenzung der Therapie kann negative Auswirkungen zeigen, wenn die therapeutische Situation unter dem Zeitdruck nicht besprochen wird, v.a. da das aktive und direkte Vorgehen der TherapeutIn auch die größere Möglichkeit birgt zu verletzen und die Forderung nach 'prompter' Intervention auch zu voreiligen und falschen Interventionen führen kann. Die Kürze der Therapie verhindert manchmal, die Folgen der Interventionen im längeren Verlauf zu beobachten und eventuell korrigierend Einfluß zu nehmen. (Koss und Shiang, S.689)
- Auch die Verwendung von Therapiemanualen kann die individuellen Unterschiede der Arbeitsweise der TherapeutInnen nicht ausgleichen und gibt keine Garantie für einen gleichbleibenden Therapieerfolg (Luborsky et al. 1985).

Der Vorteil der Kurztherapie gegenüber Langzeitbehandlungen liegt darin, daß sie für Menschen ein psychotherapeutisch wirkungsvolles Angebot bereitstellt, die sich auf eine längere Behandlungszeit nicht einlassen können oder wollen.

Das aktive Verhalten der PsychotherapeutInnen in Kurztherapien und die klare Struktur der Therapie kommt Menschen zugute, die eine schwächere Ich-Struktur gebildet haben, die sich in einer akuten Krankheitsepisode befinden, oder die im Umgang mit psychotherapeutischem und medizinischem Personal unsicher und ungeübt sind.

3 Psychotherapie der Depression

3.1 Die Kognitive Psychotherapie der Depression nach A.T. Beck

3.1.1 Theoretische Grundlagen

Die Kognitive Therapie basiert auf folgenden theoretischen Grundannahmen über die Rolle der Kognitionen:

- Verhalten und Erleben sind bestimmt durch Kognitionen. Kognitionen werden von Rush (1984) definiert, als das, "was eine Person *in* einer Situation denkt", im Unterschied dazu, was eine Person *über* eine Situation denkt (Kursiv von MF).
- Kognitionen können wahrgenommen und kommuniziert werden. Veränderungen der Kognitionen führen zu Veränderungen im Verhalten und Erleben sowie den Gefühlen.

Der Inhalt der Kognitionen in bestimmten Situationen wird gesteuert von Schemata, die durch Erfahrungen in der Kindheit und durch genetische Bedingungen gebildet und das ganze Leben über beibehalten werden. Schemata stellen einen "Modus der Informationsverarbeitung" (Wahl 1994) dar, sie steuern die Wahrnehmung und Interpretation der Umweltreize.

Das depressive Schema besteht aus einer negativen, pessimistischen Sichtweise der eigenen Person, der Umwelt und der Zukunft. Die Symptome der Depression resultieren aus dieser "kognitiven Triade" der Depression (Beck 1967). Das negative Schema wird aktiviert durch traumatische Ereignisse, Lebensbelastungen oder durch neurobiochemische Vorgänge. Ist es einmal aktiviert, werden Informationen aus der Umwelt so verarbeitet oder selektiert, daß die pessimistische Sichtweise aufrechterhalten bleiben kann. Für das Denken von Depressiven typische "kognitive Fehler" führen durch eine Verzerrung der Realität zu einer weiteren Stützung des negativen Schemas und somit zur Aufrechterhaltung der depressiven Einstellungen und Symptomatik. Beck (1992) beschreibt sechs Arten von kognitiven Fehlern: Willkürliche Schlußfolgerung, selektive Verallgemeinerung, Übergeneralisation,

Maximierung bzw. Minimierung, Personalisierung, verabsolutiertes und dichotomes Denken.

Kognitive Psychotherapie wird angewendet bei nicht-psychotischen PatientInnen ohne ernste kognitive oder mnestiche Beeinträchtigung. Am besten evaluiert war sie schon vor 10 Jahren als Behandlung der akuten, nicht psychotischen leichten und mittleren Depression (Ursano, 1986).

3.1.2 Inhalte und Ziele

In der ersten Phase werden automatische negative Kognitionen identifiziert, die Beziehung zwischen diesen Gedanken, negativen Gefühlen und disfunktionalem Verhalten wird herausgearbeitet. Nach der Identifikation von kognitiven Fehlern werden die negativen Kognitionen durch angemessenere, rationalere Alternativen ersetzt. In der darauf folgenden Phase werden die kognitiven Schemata, die gemeinsam die kognitive Triade der Depression bilden, analysiert und verändert. Die automatischen Gedanken der meisten Menschen konzentrieren sich um einige Grundthemen, die von "stillen " (weil nicht bewußten) Grundüberzeugungen oder Schemata herrühren. Diese Grundüberzeugungen bilden die Basis der Kognitionen und müssen im Verlauf der Therapie auf dieselbe Art und Weise wie die Kognitionen modifiziert werden, damit die PatientInnen anschließend selbständig realitätskonformere Gedanken und Verhaltensweisen entwickeln können.

Die Kognitive Therapie der Depression zielt auf die Veränderung der depressiogenen Kognitionen und Schemata. Das Vorgehen ist in einzelne Stufen gegliedert und zeitlich auf 10-25 Sitzungen à 50 Minuten begrenzt. Die PatientIn wird zu der Übernahme einer aktiven Rolle in der Therapie aufgefordert, dabei spielen Hausaufgaben zwischen den Therapiestunden eine wichtige Rolle.

3.1.3 Studien zur Wirksamkeit der Kognitiven Therapie bei Depressionen

Seit der ersten Studie zur Evaluierung der Kognitiven Therapie hat sich die Wirksamkeit dieser Therapieform in mehreren Effektivitätsüberprüfungen gezeigt. Ko-

gnitive Therapie ist in ihrer Wirksamkeit mit medikamentöser Therapie vergleichbar, "eher sogar überlegen" (Hautzinger 1993). Bei 75% der depressiven psychiatrischen PatientInnen werden mit Kognitiver Therapie (oder Interpersoneller Psychotherapie) klinisch relevante Besserungen erreicht (Hautzinger 1993). Grawe et al. (1994) bezeichnen die "Wirkungsbilanz" der kognitiven Psychotherapie als "makellos" (S.459): "Buchstäblich jedesmal, wenn in einem Veränderungsbereich überhaupt Messungen erhoben wurden, wurde auch eine signifikante Verbesserung festgestellt. Eine Besserung der Hauptsymptomatik (fast immer Depression) wurde in jeder Behandlungsgruppe erreicht."

In der ersten großangelegten Studie zur Evaluierung der Kognitiven Therapie von Rush et al. (1977) wurden 41 unipolar depressive nicht-psychotische ambulante PatientInnen 12 Wochen mit kognitiv-therapeutischen Einzelgesprächen oder Imipramin (Die Anfangsdosis von 150 mg wurde nach 11-12 Wochen reduziert) behandelt. Die symptomatische Verbesserung zeigte sich bei der Gruppe der Psychotherapie-PatientInnen am deutlichsten, die Drop-out-Rate war in der medikamentös behandelten Gruppe deutlich höher (8 von 22, gegenüber 1 von 19). In der Ein-Jahres-Katamnese zeigten sich die Psychotherapie-PatientInnen zufriedener mit ihrem Befinden, in der klinischen Einschätzung der Symptomatik gab es keine Unterschiede mehr zwischen den beiden Gruppen. Kritisiert wurde (Becker & Schuckitt 1978), daß Imipramin und die Reduktion der Dosis nicht die beste medikamentöse Behandlung bei wiederkehrender Depression sei. Auch wenn die Überlegenheit der Kognitiven Therapie gegenüber Psychopharmaka in dieser Studie nicht eindeutig ist, so ist damit die Wirksamkeit von kognitiver Psychotherapie nicht in Frage gestellt. Bei der Evaluation von Therapiemethoden sollte es nicht in erster Linie um den Beweis von Überlegenheit bei konkurrierenden Verfahren gehen, sondern um die Untersuchung der Wirksamkeit von alternativen oder sich eventuell ergänzenden Methoden, damit sich für PatientInnen die Möglichkeit vergrößert, unter bewährten Therapieverfahren das ihnen akzeptabelste wählen zu können.

Vorteile der Kognitiven Therapie gegenüber einer medikamentösen Therapie liegen in der besseren Quote bei der Rückfallprophylaxe, der niedrigeren Drop-out-Rate und den geringeren Nebenwirkungen (vgl. die Übersicht über Vergleichsstu-

dien von kognitiver Psychotherapie mit Pharmakotherapie bei Depressionen von Hautzinger, 1993).

3.2 Verhaltenstherapie der Depression

3.2.1 Theoretische Grundlagen

Unter dem Begriff "Verhaltenstherapie" werden therapeutische Methoden und Programme zusammengefaßt, die auf den lerntheoretischen Grundlagen des klassischen (Pawlow 1927) und operanten Konditionierens (Skinner 1935) und der Theorie des sozialen Lernens von Bandura (1969) entwickelt wurden. Unerwünschtes Verhalten wird nicht als Symptom einer zugrundeliegenden Störung, sondern als Ergebnis von Lernprozessen gesehen, die bei angepaßtem und unangepaßtem Verhalten nach denselben Prinzipien funktionieren. Mit Hilfe von verhaltenstherapeutischen Methoden soll dieses disfunktionale oder unangenehme Verhalten verlernt und / oder neues, angepaßtes Verhalten gelernt werden.

Depression entsteht nach behavioralen Konzepten durch den Verlust oder Mangel von positiver Verstärkung und der darauf folgenden Reduktion von Aktivitäten, die zu positiven Lernerfahrungen führen könnten (Ferster 1973).

Gründe für den Mangel an positiver Verstärkung können sein:

- Mangelnde Verfügbarkeit von positiven Verstärkern oder das Überwiegen von aversiven Faktoren in der unmittelbaren Umgebung.
- Mangelnde soziale Fähigkeiten, um positive Erfahrungen zu erlangen oder mit aversiven Ereignissen umzugehen.

Dieser Mangel an positiver Verstärkung kann chronisch bestehen oder durch aktuelle Verlusterlebnisse, z. B. durch Trennungen entstehen. Soziale Fertigkeiten, die sonst zu angenehmen Erfahrungen führen, können durch akute Ängste blockiert sein (Lewinsohn et al. 1974,1976). Das depressive Verhalten selbst führt zu einer weiteren Einschränkung der Möglichkeit von angenehmen Erfahrungen, da Situationen, die zu positiven Verstärkungen führen könnten , weniger aufgesucht werden.

3.2.2 Inhalte und Ziele

Verhaltenstherapie der Depression versucht, den Teufelskreis von Verstärkermangel und Aktivitätsreduktion zu durchbrechen, und beinhaltet daher im Wesentlichen:

- Schritte zur Förderung von Aktivitäten, die entweder zur Erringung von Verstärkung durch andere oder auch von Selbstverstärkung führen
- Schritte zur Behebung von Defiziten sozialer Kompetenz

Für beide Vorgehen gibt es standardisierte Programme, die meist in Gruppen durchgeführt werden (Anneken et al. 1978, Bellack et al. 1981, De Jong 1980, Ullrich de Muynck 1976, Pfingsten und Hinsch, 1991), sie können aber auch individuell, auf das Problem der PatientIn zugeschnitten, durchgeführt werden.

Lewinsohn hat ein Konzept entwickelt, das im Einzel-(1974) oder Gruppensetting (1984) angewendet werden kann. Systematische Verstärkungspläne sollen die PatientInnen dazu führen, Aktivitäten wieder aufzunehmen oder neu zu erproben, die potentiell belohnenden Charakter haben oder die Wahrscheinlichkeit positiver Konsequenzen bieten. Die VerhaltenstherapeutIn hat eine aktive Rolle. Durch Betonung des professionellen Expertentums sollen die PatientInnen Vertrauen entwickeln, um sich der Anleitung der TherapeutIn zu überlassen.

In den 17 Studien zur Depressionstherapie nach Lewinsohn, die in die Übersicht Grawes (1994) eingegangen sind, betrug die Therapiedauer überwiegend weniger als zehn Sitzungen. In der einzigen Therapiestudie, die unter stationären Bedingungen durchgeführt wurde, wurden dagegen 70 Sitzungen in 14 Wochen durchgeführt (De Jong 1981)

3.2.3 Wirksamkeit der Verhaltenstherapie

16 der 17 vorliegenden Studien zur Depressionstherapie von Lewinsohn im Gruppen- und Einzelsetting zeigten eine signifikante Reduktion der depressiven Symptomatik. In den 11 durchgeführten Katamnesen erwiesen sich die Therapieerfolge als dauerhaft, allerdings betrug der Katamnesezeitraum nur in zwei Studien länger

als sechs Monate. Medikamentöse Behandlung und die Verhaltenstherapie nach Lewinsohn zeigten eine additive Wirkung (Grawe et al.1994).

3.3 Kognitive Verhaltenstherapie der Depression

3.3.1 Theoretische Grundlagen

Ende der 60er Jahre wurde die behavioristische Position um kognitive und soziale Konzepte erweitert, die zu veränderten Persönlichkeitsvorstellungen führten: "...der Mensch ist weder ein internal angetriebenes System noch ein passiv auf externale Stimulation reagierendes Wesen." (Bandura 1969). Die Kognitive Verhaltenstherapie bezieht kognitive Prozesse, wie schlußfolgerndes Denken, Aufmerksamkeit, Erwartungen und Motivation mit ein.

In Deutschland ist der Begriff der 'Kognitiven Verhaltenstherapie' mit dem Therapieprogramm verbunden, daß von Hautzinger und DeJong-Meyer(1996) entwickelt wurde. In diesem Therapieprogramm, das in einer multizentrischen Studie evaluiert wurde, sind Elemente der kognitiven und der Verhaltenstherapie kombiniert. Disfunktionale kognitive Verarbeitungsmuster, ein zu geringes Aktivitätsniveau, Defizite im Sozialverhalten, Problemlöse- und Bewältigungsfähigkeiten sollen in der Therapie verändert werden. "Das Vorgehen dieser Therapie ist strukturiert, pragmatisch, konkret, experimentierend, verändernd und aufbauend" (Hautzinger und DeJong-meyer1996, S.86)

3.3.2 Inhalte und Ziele

Die Kognitive Verhaltenstherapie (Hautzinger et al.1989) ist untergliedert in zwei Phasen:

Die erste Phase dient dem Aufbau der therapeutischen Beziehung; Kurzfristige Problemlösungen oder mögliche Entlastung, Unterstützung und Anleitung stehen im

Vordergrund. Es wird ein Therapievertrag geschlossen, in dem die Therapiestruktur und die Therapiedauer festgelegt sind.

In der zweiten Phase wird die „mittelfristige“ Veränderung der Komponenten der depressiven Störung zum Ziel genommen:

- Planung positiver Aktivitäten und Einsatz von Verstärkern beim „Aufbau positiver Aktivitäten“.
- Identifikation und Kontrolle automatischer Gedanken und Schemata bei der „Veränderung von Kognitionen“.
- "Verbesserung sozialer Fertigkeiten", z.B. durch Training von sozialer Kompetenz und Wahrnehmung, Problemlösefähigkeiten, Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten.
- Die "Beibehaltung des Therapieerfolges" wird angestrebt durch Information über vorbeugende und rechtzeitige antidepressive Maßnahmen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Die Therapie wurde unter stationären und ambulanten Bedingungen durchgeführt. Sie ist auf 20-30 Einzelsitzungen zu 50-60 Minuten in einem Zeitraum von 12-20 Wochen begrenzt, die stationäre Therapie in der Studie wurde 8 Wochen lang mit 3 Stunden pro Woche durchgeführt.

3.3.3 Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie

In der in Deutschland bisher größten Studie zur Effektivität der Behandlung von Depressionen (Hautzinger und DeJong-Meyer 1996) wurde bei 191 PatientInnen mit einer unipolaren, nicht melancholischen Major Depression die Wirksamkeit der Kognitiven Verhaltenstherapie, einer pharmakologischen Therapie mit 150 mg/die Amitriptylin und deren Kombination überprüft. 155 endogen depressive PatientInnen wurden entweder mit der Kombination von Kognitiver Verhaltenstherapie und Amitriptylin oder mit Amitriptylin und stützenden Gesprächen behandelt. Alle Therapiestrategien wurden im stationären oder ambulanten Setting durchgeführt. Die Therapiezeit betrug 8 Wochen.

Bei den depressiven PatientInnen ohne melancholische Anteile führte jede Therapiebedingung zu einer signifikanten und richtungsgleichen Verbesserung der somatischen, kognitiven und affektiven Symptome. Spezifische Effekte der Therapieformen fanden sich nicht, auch der Behandlungsverlauf war bei allen Therapieformen gleich. Stationäre PatientInnen waren zu Beginn der Therapie schwerer depressiv und wiesen nach Therapieende eine höhere Restsymptomatik auf als ambulante PatientInnen, dennoch waren die Therapieeffekte positiv. Hierbei gab es keine Unterschiede zwischen den angewendeten Therapieformen. Prädiktoren für einen Therapieerfolg konnten für keine Behandlungsform gefunden werden. PatientInnen, die nach Therapieende oder bei der Katamnese symptomatisch gebessert waren, hatten schon nach zwei Wochen Therapie eine deutliche Symptomreduktion gezeigt.

Unterschiede in der Effektivität der Therapieformen zeigten sich bei dem Kriterium einer "weitgehenden Symptommfreiheit" (Hautzinger, 1995): Hamilton-¹ und BDI²-Werte unter 10 Punkten erreichten unter der Kombinationsbehandlung 48% der PatientInnen bei Therapieende, und 51% zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung. 41% der PatientInnen, die ausschließlich mit Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt worden waren, waren bei Therapieende weitgehend symptomfrei, 49% zum Katamnesezeitpunkt nach einem Jahr. Von den PatientInnen, die nur mit Antidepressiva behandelt worden waren, erreichten 34% zum Therapieende BDI-oder Hamiltonwerte unter 10 und 33% zum Katamnesezeitpunkt. Die Anzahl der Therapieabbrüche war in der Antidepressiva-Gruppe höher.

Im Katamnesezeitraum traten nach der pharmakologischen Behandlung signifikant mehr Rückfälle und Symptomverschlechterungen auf, während die Erfolge der Psychotherapie mit oder ohne Medikamenten beibehalten werden konnten.

Die Ergebnisse dieser Studie sind für die Kognitive Verhaltenstherapie erfreulich, aber doch auch kritisch zu sehen, da die erreichten Werte nach Therapieende von 10 Hamilton- oder BDI-Punkten klinisch nicht ausreichend sind. Hautzinger (1995)

¹ Hamilton Depressions-Skala (Hamilton M. 1960).

² Becks Depressionsinventar (Beck et al. 1961)

empfiehlt daher eine längere Therapiedauer bei mittelschwer und schwer depressiven PatientInnen und zitiert zur Unterstützung die Ergebnisse von Shapiro et al. (1994), die zeigen konnten, daß längere und intensivere Interventionen in kognitiver Verhaltenstherapie (16 Einzelsitzungen in 16 Wochen im Vergleich mit 8 Einzelsitzungen in 8 Wochen) bei mittelschwer bis schwer depressiven Patienten (BDI>20) zu deutlich besseren Therapieergebnissen führten: 7,8 BDI-Punkte nach 16 Wochen gegenüber 15,1 BDI-Punkten nach 8 Wochen Therapie

Von den 155 endogen depressiven PatientInnen wurde eine Gruppe mit Amitriptylin + Kognitiver Verhaltenstherapie behandelt und die andere mit Amitriptylin + stützenden Gesprächen. Die beiden Therapiekombinationen wurden sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt, wobei die PatientInnen vergleichbar depressiv waren. Insgesamt wurden zum Therapieende keine Unterschiede in der Effektivität der Therapieformen deutlich, erst zum Katamnesezeitpunkt nach einem Jahr ist die Kombination mit Kognitiver Verhaltenstherapie überlegen, da in dieser Gruppe weniger Rückfälle und weniger Symptomatik aufgetreten waren. Differenziert man die erfolgte Symptomreduktion nach dem Setting zeigt sich: Nur 11,8% der ambulanten PatientInnen, die kein psychotherapeutisches Angebot erhalten hatten, erlebten eine vollständige Remission (≤ 6 HAMD), dagegen 46,7% der ambulanten PatientInnen mit kognitiver Psychotherapie, 41,9% der stationären PatientInnen mit Psychotherapie und 49,0% der stationären PatientInnen ohne Psychotherapie. Schwere bis mittelschwere endogene Depressionen sollten nach diesen Ergebnissen nur dann ambulant therapiert werden, wenn "zusätzlich zu Antidepressiva eine intensivere spezifische psychologische Behandlung wie die kognitive Verhaltenstherapie angeboten werden kann." (DeJong-Meyer 1996).

3.4 Psychoanalytische Therapie der Depression

3.4.1 Theoretische Grundlagen

Die Psychoanalyse arbeitet traditionell nicht im Hinblick auf eine eingegrenzte Symptomatik, sondern versucht jeden einzelnen Menschen in seiner Individualität

und Ganzheit zu begreifen. Erst in der neueren Entwicklung der Psychoanalyse werden die Vorstellungen zum spezifischen Umgang mit depressiven PatientInnen und zu einer depressionsspezifischen Psychodynamik systematisiert.(z.B. Lang 1990, Mentzos 1995, Wolfersdorf 1995), wobei schon seit Freud (1916) Vorstellungen zur Psychodynamik der Depression oder Melancholie entwickelt wurden. Will et al. (1998) haben jetzt ein Lehrbuch zur psychoanalytischen Behandlung Depressiver veröffentlicht, da ihrer Ansicht nach durch die interaktionellen Aspekte der Therapie, v.a. die Einbeziehung von Übertragung und Gegenübertragung, „die Krankheitsform...erhebliche Auswirkungen auf die Gestaltung der psychoanalytischen Arbeit bekommt“(S.11).

Das Depressionsverständnis in der Psychoanalyse gründet sich nach Hoffmann (1993) auf zwei theoretische Ansätze. Das erste Konzept basiert auf Freuds Arbeit "Trauer und Melancholie" (1916): Depression wird verstanden als Reaktion auf den Verlust einer ambivalent erlebten Bezugsperson. Dieser Verlust kann real, subjektiv empfunden oder antizipiert sein. Die uneingestanden ambivalente Haltung gegenüber dem anderen läßt Reaktionen der Enttäuschung, Kränkung oder Wut nicht bewußt werden, sondern führt dazu, daß aggressive Phantasien gegen das eigene Selbst gerichtet werden: Selbstvorwürfe, Suizidalität, aber auch Nahrungsverweigerung und Selbstverstümmelung können Ausdruck der Selbstdestruktivität sein. Der Verlust des anderen kann nicht durch Trauerarbeit, bewältigt werden, in deren Verlauf positive und negative Erlebnisse als Erinnerungen bewahrt werden, vielmehr bewirkt die Wahrnehmung von negativen Gefühlen gegenüber dem anderen Schuldgefühle, die sich auch in der depressiven Einschränkung der Lebensmöglichkeiten ausdrücken. Diese Ich- Hemmung, wozu die Antriebsarmut, Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten sowie körperliche Erschöpfungszustände gehören, führen zum Verlust der Selbstachtung. Diese Störung des Selbstwertgefühls ist nach Freud das charakteristische Merkmal der Depression im Unterschied zur Trauer.

Das zweite Konzept zum Verständnis der Depression, basierend auf Bibring (1952), sieht diese Krise des Selbstwertgefühls, die heute auch als narzißtische Kränkung verstanden wird, als Kern der Depression. Wenn ein Versagen gegenüber den eigenen Ansprüchen, geliebt zu werden und selber stark und gut –also

nicht aggressiv– zu sein, empfunden wird, kommt es nach Bibring zu einem Zustand der Hilflosigkeit und bei Menschen, die zur Depression neigen, zu einer depressiven Verstimmung.

Das Fehlen von fördernder, emotionaler Zuwendung in der Kindheit – "Emotionale Mangelsituationen" (Wolfersdorf 95), z. B. durch eine „tote Mutter“ (Green 1993), die aufgrund einer Depression emotional nicht erreichbar ist, – verhindern die Entwicklung eines autonomen Selbstwertgefühls. Stattdessen bildet sich eine "narzißtische Wunde" (Wisdom 1967), die durch Anerkennung von Außen gelindert werden muß. So gehen diese Menschen häufig symbiotische Beziehungen zu oftmals idealisierten Anderen ein, oder versuchen durch eine erhöhten Leistungs- und Normorientiertheit Anerkennung zu erlangen. Stellt der wirkliche oder drohende Verlust von symbiotisch notwendigen Bezugspersonen oder eine Beeinträchtigung der Erfüllung der Leistungsnormen durch körperliche, z.B. auch altersbedingte, Einschränkungen das mühsam aufrechterhaltende Selbstgefühl in Frage, droht die Dekompensation und damit die Depression. Lang (1990) weist darauf hin, daß dieser idealisierte Andere auch eine Firma, Institution oder sogar der Status quo sein kann. Die Auslösesituation wird oft nicht bewußt als Trauma erlebt, da die Depression dieselbe Funktion wie die Verdrängung erfüllen kann: Erinnerungen versinken.

Depression kann auch als Folge einer chronischen Belastung durch lebenslange Mikrotraumen entstehen. Die Ausblendung von Gefühlen wie Trauer, Angst oder Wut, deren Wahrnehmung das Selbstkonzept erschüttern würden, verhinderten die Bewältigung der aktuell belastenden Ereignisse (Benedetti 1988, Lang 1990).

3.4.2 Inhalte und Ziele

In der analytischen Therapie wird bei der Behandlung Depressiver die Förderung einer unterstützenden, belastbaren therapeutischen Beziehung als besonders erforderlich erachtet. Lang (1990), Klauber (1966) und Banck (1998) beschreiben drei Phasen der analytischen Psychotherapie Depressiver:

- Therapeutische Beziehungsaufnahme

Die therapeutische Haltung, v.a. solange die depressive Symptomatik besteht, wird gekennzeichnet als "verstehendes Aushaltenkönnen". Die TherapeutIn soll durch das Zuweisen der Krankenrolle von Schuldgefühlen entlasten, „empathische Präsenz“ zeigen, einen Ausgleich für den Verlust des Selbstobjektes und damit einen Schutz gegen Suizid bieten. Die Idealisierung der TherapeutIn bestimmt diese Phase, aggressive Gefühle werden abgewehrt.

- Die mittlere Phase

Die Auseinandersetzung mit der Auslösesituation wird begonnen, wenn die Symptomatik remittiert ist. Erinnerung an belastende Ereignisse zwingt auch zur emotionalen Konfrontation. Der Verlust, der den "Kern der Auslösesituation" darstellt, soll betrauert werden, die pathogene Situation „saniert“ werden (Lang 1990). Abhängigkeits- und Ambivalenzkonflikte werden in der Übertragungsbeziehung zwischen PatientIn und TherapeutIn durchlebt. Es ist wichtig, daß die AnalytikerIn die Hilflosigkeit und Wut der PatientIn spürt und innerlich überlebt (Banck 1998).

- Endphase

Durch die Bearbeitung der Verlustthematik wird die Abhängigkeit von dem idealisierten Anderen gelockert, abgespaltene Gefühlsebenen werden integriert. Die Hoffnung auf einen idealen Anderen und damit die implizite Hoffnung, selbst ideal zu werden, muß aufgegeben werden. Zu einer realistischeren Sicht von sich selbst und von Beziehungen dient auch die Besprechung der therapeutischen Beziehung. Es geht um die Aufgabe des idealisierten Bildes der AnalytikerIn, sie soll als Mensch mit Schwächen und begrenzten Fähigkeiten gesehen werden und sich zu erkennen geben (Banck 1998). Abhängigkeitswünsche sollen bewußt gemacht werden; Erfahrungen, daß Aggressionen in Beziehungen auch zu dominierenden Menschen ausgehalten werden können, ohne Schuldgefühle oder Abbruch der Beziehung, sollen in der Therapie möglich sein.

Auch Jacobson (1971) sieht in der Übertragungsbeziehung Stadien von Idealisierung, Desillusionierung, Abhängigkeits- und Ambivalenzkonflikten sowie eine Endphase, in der Durcharbeiten und Übertragungsdeutungen verstärkt vorkommen.

Ziel der psychoanalytischen Therapie ist neben der Symptomreduzierung der aktuellen depressiven Episode und der Ermöglichung der Bewältigung von Belastungssituationen, letztendlich die Veränderung der pathogenen Persönlichkeitsstruktur.

Die psychoanalytische Kurztherapie der Depression

Auch in der Kurztherapie spielt die Herstellung einer unterstützenden, tragfähigen therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle. Themen der psychoanalytischen Kurztherapie sind im ersten Schritt die Wahrnehmung der Enttäuschung nach eingetretenen oder drohenden inneren oder äußeren Objektverlusten, im zweiten Schritt die Akzeptanz der dazugehörigen aggressiven Gefühle der PatientInnen, sowie schließlich die Bearbeitung der Schuldgefühle (Beck 1974). Durch ein Erinnern von Enttäuschungserlebnissen in der Kindheit kann die Wahrnehmung und Akzeptanz der blockierten Gefühle erleichtert und durch das Verständnis der Lebensgeschichte eine Entlastung von Schuldgefühlen erreicht werden.

Die psychoanalytische Kurztherapie nach Beck (1974) umfaßt 10-30 Sitzungen mit einer Sitzung pro Woche. Sie arbeitet fokussiert an einem Hauptkonflikt. Therapieziel ist neben der Besserung der Symptomatik die Lösung eines neurotischen Grundkonfliktes. Durch das Verständnis für die eigene Lebenssituation soll auch die Selbstachtung der PatientInnen steigen.

3.4.3 Therapieergebnisse

Wie schon erwähnt, werden psychoanalytische Therapien selten nach Symptombildern spezifiziert. Beck (1974) gibt ohne weitere Hinweise an, daß sich nach einem Überblick über unterschiedlichste Literatur zur psychoanalytischen Kurztherapie eine "Heilungs- und Besserungsquote" von "zwei Drittel Heilungen und Besserungen und einem Drittel Mißerfolgen" findet. Seine eigenen Untersuchungen bei 30 Patienten ergaben nach einer individuellen, fokusbezogenen Katamnese nach drei Jahren "50% resp. 66% Heilungen und Besserungen" (Beck 74, S. 91).

In einer Metaanalyse (Svartberg und Stiles, 1991) von 19 klinisch relevanten Outcome-Studien zur Wirksamkeit der psychodynamischen Psychotherapie bei unterschiedlichen Störungsbildern, die von 1978-1988 veröffentlicht wurden, erwiesen sich psychodynamische Kurzzeittherapien zur Behandlung der Major Depression den kognitiven Psychotherapien unterlegen. Bei Behandlungen, die länger als zwölf Sitzungen dauerten, nahm die Effektivität der psychodynamischen Therapien mit der Dauer der Behandlung zu. Ein Problem dieser Metaanalyse ist, daß sehr unterschiedliche psychodynamische Ansätze zusammengefaßt wurden.

In der Vergleichsstudie von Shapiro et al. (1994) beendeten 117 depressive Patienten eine Behandlung von 8 oder 16 Sitzungen einer manualisierten kognitiven Verhaltenstherapie oder einer psychodynamisch-interpersonellen Psychotherapie. Die Therapiebedingungen zeigten sich vergleichbar wirkungsvoll, unabhängig von der Dauer der Behandlung oder der Schwere der Symptomatik, allerdings verbesserten sich Patienten mit einer schweren Depression nach 16 Sitzungen stärker als nach 8 Sitzungen. In der 1-Jahres Katamnese (Shapiro et al. 1995) waren nur 29% aller Patienten an allen Testzeitpunkten (Behandlungsende, 3 Monate und 1 Jahr später) symptomfrei, aber auch nur 11% der Patienten, die zum Behandlungsende symptomfrei gewesen waren, erlebten eine neue depressive Episode. Die Wirkung der Therapiebedingungen zeigte nun Unterschiede: Die achtstündige Psychodynamische Therapie war weniger effektiv als die anderen drei Settings, bei der Kognitiven Verhaltenstherapie zeigten sich dagegen keine Unterscheidungen zwischen dem 8- oder 16 - Stunden-Design.

PsychoanalytikerInnen kritisieren Effektivitätsstudien und fordern eine individuellere und praxisnähere Therapieforschung mit Meßinstrumenten, die den theoretischen Konzeptionen der Verfahren gerecht werden (Rudolf 1996), eine "Effizienz-Prüfung (Überprüfung von Methoden im klinischen Feld)" statt einer "Überprüfung von Effektivität (kontrollierte Wirkungen im experimentellen Bereich)" (Tschuschke et al. 1994, S.289). Es wird inzwischen auch von PsychoanalytikerInnen in deutlichen Worten empirische Forschung zum besseren Verständnis therapeutischer Wirkmechanismen und zur Darstellung der Behandlungsergebnisse gefordert: "Dennoch: die Kritik an der mangelhaften empirischen Untermauerung psychoanalytischer Behandlungskonzepte bleibt voll bestehen. Dieses Manko muß sich die Psychoanaly-

se selber ans Revers heften. Es darf nicht sein, daß eine solch klinisch etablierte Methode so wenig über ihre wahren Wirkmechanismen und Effekte bei speziellen Krankheitsbildern dokumentieren kann. Das Argument ist schlicht nicht haltbar, daß die Effekte und Prozesse psychoanalytischer Therapie nicht meßbar seien , dazu sind viel zu viele der im Setting auftretenden Variablen beobachtbar und damit einschätzbar. Die Mystifizierung psychoanalytischer Prozesse als unbeobachtbar und bei oder durch Beforschung zerstörbar dient u.E. eher Abwehrgründen und läßt sich vor einem weltweit akzeptierten Wissenschaftsverständnis nicht länger tabuisieren. Psychoanalyse geriete so ins gesellschaftliche Abseits" (Tschuschke et al. 1994, S.292).

4 Die Interpersonelle Psychotherapie (IPT):

4.1 Voraussetzungen, Inhalte und Ziele

Die Interpersonelle Psychotherapie wurde 1968 von Klerman, Weissman, Chevron und Rounsaville als ambulante Kurzzeitpsychotherapie in einem Forschungsprogramm für ambulante depressive PatientInnen entwickelt.

Bei Klerman und seiner Arbeitsgruppe gab es keine Zweifel mehr an der Effektivität der damals neu entwickelten Trizyklika zur Behandlung der akuten depressiven Symptomatik. Als Problem stellte sich allerdings die hohe Rückfall- und Rezidivrate dar. Forschungsziel war daher die Verbesserung der Rezidivprophylaxe. Hierbei sollte auch der Nutzen von Psychotherapie untersucht werden (Klerman 1974).

Mit der Interpersonellen Psychotherapie ist ein systematischer, explizit interpersoneller Ansatz zur spezifischen Behandlung der Major Depression entstanden. Klerman und seine Mitarbeiter hatten nicht den Anspruch, eine neue Psychotherapieschule zu entwickeln, sondern sahen sich in der Tradition der analytischen Kurzzeittherapien (Malan 1963, Sifneos 1979, Mann 1973, Strupp 1982, Davenloo 1982, Luborsky 1975) und faßten zusammen, was sie für "gängige" und "vernünftige" Praxis (Klerman 1993, S.4, Übersetzung MF) in stützenden ambulanten Kurzzeitpsychotherapien hielten, um TherapeutInnenverhalten zur Durchführung empirischer Studien operationalisierbar zu machen. Das Manual wurde 1984 als Buch veröffentlicht (Klerman et al. 1984).

4.1.1 Theoretische Grundlagen der IPT

Die IPT-spezifischen Therapiestrategien wurden gebildet auf den Grundlagen der interpersonalen Schule (Meyer 1957, Sullivan 1953) und der Bindungstheorie Bowlby's (1969). Bei allen dreien steht das Individuum und seine Interaktion mit der Umwelt im Mittelpunkt der Theorie. Meyer kommt der Verdienst zu, soziale und kulturelle Kräfte als Einflußfaktoren psychischer Krankheit in die amerikanische Psychiatrie einzuführen. Ausgehend von seinen Theorien entwickelte sich die so-

ziale Epidemiologie in den USA (Rennie 1956, Leighton 1963). "He enlarged the scope of psychiatry's concern to include social and cultural forces" (Klerman et al. 1984, S.45).

Meyer verwendete den Begriff 'Psychobiologie', um seine Theorien zu beschreiben. Er erweiterte die Darwinsche Lehre der biologischen Anpassung an Umweltfaktoren um die Vorstellung, daß Menschen sich während ihres Lebens an eine psychosoziale Umwelt anpassen müssen. Psychosoziale Umweltbedingungen, die er nicht genauer spezifizierte, sind nach Meyer verantwortlich für das Entstehen psychischer Krankheiten, wobei Kindheitserfahrungen und die gegenwärtigen Erfahrungen in den unterschiedlichen sozialen Gruppenzusammenhängen den Umgang mit Umweltveränderungen beeinflussen können.

Sullivan und Bowlby sind beide Psychoanalytiker, die allerdings auf Freuds Triebtheorie und die Vorstellungen einer psychischen Energie verzichteten.

Sullivan ging wie Meyer davon aus, daß der Mensch sich in der Interaktion von biologischer Natur und Anforderungen der sozialen Umwelt entwickelt. Die zwischenmenschlichen Beziehungen, in denen ein Mensch lebt, formen die Persönlichkeit und damit auch psychische Krankheiten. Psychiatrie definierte Sullivan dementsprechend als interpersonale Theorie. " ..so versucht die Psychiatrie - und ähnlich die Sozialpsychologie-, die biologisch und kulturell bedingten, aber sui generis interpersonalen Prozesse zu erforschen, die in interpersonalen Situationen auftreten, in denen der beobachtende Psychiater seine Arbeit verrichtet." (Sullivan 1980, S. 42)

Bowlby (1969) stellte in seiner Bindungstheorie das Bedürfnis nach emotionalen Beziehungen als instinktives Verhalten neben Nahrungsverhalten und Sexualverhalten. Ziel des Bindungsverhaltens ist, die Nähe oder Kommunikation zu einer bestimmten Person zu erreichen oder aufrechtzuerhalten. Das Leben wird gefärbt durch Bindungserfahrungen, intensive Gefühle werden ausgelöst durch die wechselnden Beziehungsschicksale. "Die Anknüpfung einer Bindung wird als Sich-Verlieben beschrieben, die Aufrechterhaltung einer Bindung als Lieben und der Verlust eines Partners als Um-jemanden-Trauern. Auf ähnliche Weise erregt die

Drohung eines Verlusts Angst und der tatsächliche Verlust Leid, während beide Situationen mit großer Wahrscheinlichkeit Zorn erregen. Die unangefochtene Aufrechterhaltung einer Bindung wird als eine Quelle von Sicherheit erlebt und die Erneuerung einer Bindung als eine Quelle von Freud." (S.59)

Psychiatrische Krankheiten entstehen als Ergebnis der Unfähigkeit, Bindungen aufzubauen und zu erhalten. Anhand von empirischen Untersuchungen kam Bowlby zu dem Schluß, daß klinischen Depressionen meistens Verlusterlebnisse vorangehen und daß der Verlust von Bindungsfiguren in der Kindheit für depressive Störungen verwundbar machen kann.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß von der interpersonalen Schule Psychische Krankheiten als Reaktionen auf Veränderungen der sozialen Umwelt verstanden werden. Depression wird verstanden als Reaktion auf Verlusterlebnisse oder drohenden Verlust, wie er sich in Konflikten in wichtigen Beziehungen ankündigt.

4.1.2 Empirische Grundlagen der IPT

Die IPT stützt sich außerdem auf eine breite empirische Basis zum Kontext von zwischenmenschlichen Beziehungen und Depression. Dies sind Studien der Life-Event-Forschung, der Social-Support-Forschung, epidemiologische Studien, Studien zur Entwicklungspsychologie, speziell zur Bindungstheorie Bowlby's¹. In diesen Studien wird ein Zusammenhang gefunden zwischen Streß, sozialen Problemen, belastenden Lebensereignissen, Konflikten in bedeutenden Beziehungen - v.a. der Ehe (Pearlin, Lieberman 1979, Weissman 1987) -, Verlust oder Mangel von sozialen Bindungen (Bowlby 1969, Henderson et al. 1978) und dem Auftreten oder Verlauf einer depressiven Episode. Es konnte aber auch gezeigt werden, daß befriedigende und unterstützende Beziehungen bei belastenden Lebensereignissen vor Depressionen schützen (Brown und Harris, 1978).

¹ siehe die Übersicht von Schramm und Berger (1994).

Diese Forschungsergebnisse werden auch von neueren Studien bestätigt (Kendler et al. 1995, Xing-jia Cui und Vaillant 1996).

4.1.3 Ziele von IPT

Depression wird, wie oben ausgeführt, verstanden als Reaktion auf Verlusterlebnisse oder Konflikte im psychosozialen Umfeld. Die Depression führt aber auch zu Unsicherheiten und Aggressionen der Bezugspersonen, was die Angst vor Verlust und den Konflikt des depressiven Menschen verstärkt. Ein Circulus vitiosus der Interaktion entsteht. IPT geht auf der Grundlage dieser Vorstellungen davon aus, daß auf den zwischenmenschlichen Kontext gerichtete psychotherapeutische Interventionen die Genesung aus der akuten depressiven Phase erleichtern und einen Rückfall in die Depression verhindern helfen.

Das interpersonelle Verständnis der Depression unterscheidet drei komplementäre Ebenen:

- Die depressive Symptomatik, die durch psychobiologische und / oder psychodynamische Vorgänge entsteht.
- Soziale und interpersonelle Beziehungen, die durch die Depression beeinflusst werden und / oder Auslöser der Depression sein können. Die Fähigkeit zu beziehungsbildenden oder -erhaltenden Interaktionen wird geprägt durch Erfahrungen in der Kindheit, soziale Bestätigung und soziale Kompetenz.
- Persönlichkeits- und Charakterstrukturen, die den Umgang mit interpersonellen Beziehungen und Erfahrungen bestimmen und somit zur Depression prädisponieren.

IPT setzt bei der Behandlung der akuten Episode einer Depression an den ersten beiden Ebenen an (Klerman et al. 1984, S.6ff).

In Erwägung der kurzen Dauer der Therapie wird eine Veränderung der Persönlichkeitsmuster nicht angestrebt. Interventionen, die auf eine Veränderung der Charakterstruktur hinzielen, sollen aktiv vermieden werden, da sie den Behandlungsfortgang behindern. " An essential feature of IPT for depression is the intentional avoi-

dance during the treatment of the acute symptomatic episode, of issues related to personality functioning and character pathology. Our clinical experience suggests that more than minimum attention to issues of personality and character will result in delay of recovery and prolongation of the depressive episode." (Klerman 1993,S.7ff)

Ziele der Therapie sind dementsprechend der Rückgang der depressiven Symptomatik und eine Verbesserung des sozialen Verhaltens.

4.1.4 Der Therapieverlauf

Die relativ enge Zeitbegrenzung (12-20 Sitzungen à 50 Minuten)² wird durch Fokussierung des Therapieinhaltes erreicht. Die individuellen Problemsituationen werden in der ersten Therapiephase einem von vier interpersonellen Problembereichen zugeordnet, die mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in Verbindung gebracht werden:

- Trauer und Verlust.
- Rollenwechsel.
- Interpersonelle Konflikte.
- Interpersonelle Defizite.

Das Typische der IPT sind die Strategien, mit denen die Aufgaben der Therapie in den einzelnen Phasen und Problembereichen angegangen werden. Interventionstechniken und therapeutische Haltung in der IPT werden formuliert, sind aber ver-

² Diese Zeitbegrenzung war notwendig, da IPT für ein Forschungssetting entwickelt wurde und wird in den unterschiedlichen Studien unterschiedlich festgelegt. In den USA dauert eine IPT meistens 16 Therapiestunden, in Deutschland hat sich eine Therapiedauer von 20 Stunden als realistisch herausgestellt.

gleichbar mit anderen Psychotherapieformen. Das Therapieziel ist die Verringerung der akuten Symptomatik und eine befriedigendere Bewältigung interpersoneller Probleme. Lernen in IPT ist emotionales Lernen, das bedeutet, daß Wahrnehmung, Akzeptanz und Äußerung von Gefühlen als wesentlich zur Ermöglichung von intrapsychischer und interpersoneller Veränderung erachtet und durch die Therapie gefördert werden.

Der Verlauf der Therapie ist eingeteilt in drei Phasen mit spezifischen Zielen und Strategien: die Einführungsphase, die Bearbeitungsphase und die Beendigungsphase.

Die Einführungsphase

Inhalt der Einführungsphase sind die depressive Symptomatik, die Identifizierung des Hauptproblembereichs und die Bildung eines therapeutischen Bündnisses.

Von den TherapeutInnen müssen folgende vier Aufgaben erfüllt werden:

Auseinandersetzung mit der Depression

Die PatientInnen werden aufgefordert, die Beschwerden, die sie eine Behandlung aufsuchen lassen, und den bisherigen Verlauf der Symptomatik zu schildern. Es müssen Suizidabsichten erfragt und die Notwendigkeit oder der Wunsch nach einer medikamentösen Behandlung geklärt werden. Frühere Phasen mit ähnlichen Symptomen, die Bewältigung und Konsequenzen dieser Phasen, v.a. auf die sozialen Beziehungen, werden exploriert. Die Depression wird innerhalb des medizinischen Modells der DSM III diagnostiziert. Diese Zusammenfassung der unterschiedlichen, auf verschiedenen Ebenen greifenden Beschwerden unter ein einheitliches Krankheitsbild, für das Kenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten vorliegen, wird von vielen PatientInnen als entlastend erlebt. Den PatientInnen und ev. den Angehörigen sollen Informationen zu Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten der Depression gegeben werden.

Die "Krankenrolle" (Parsons 1951) wird explizit zugewiesen. Die Krankenrolle beinhaltet nach Parsons die Entbindung von sozialen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, fördert also eine gewisse Regression. Da aber Krankheit in gesellschaftlicher Übereinkunft als unangenehm und wenig begehrenswert definiert ist, ist mit

dieser Rolle auch die Erwartung verbunden, daß alle Möglichkeiten, diesen Zustand so bald wie möglich zu beenden, wahrgenommen werden. Die Krankenrolle anzunehmen, bedeutet daher auch, Hilfe zur Bewältigung der Krankheit anzunehmen und mit Helfern zu kooperieren, um den Heilungsprozeß zu fördern. Der häufig frustrierenden Aufforderung aus dem sozialen Umfeld, sich zusammenzunehmen, um die Depression zu bezwingen, wird somit die Aufforderung entgegengestellt, die eigenen Bedürfnisse und Bewältigungsmöglichkeiten wahrzunehmen.

Es wird ein Krankheitskonzept vermittelt, welches die Anerkennung der Unkontrollierbarkeit und Qual des depressiven Zustandes verbindet mit der Aussicht, durch aktive Kooperation in der Therapie ohne schwerwiegende Residuen geheilt werden zu können.

Herausarbeiten des Bezuges zwischen Depression und dem interpersonellen Kontext

Aktuelle und vergangene Beziehungen, die in Zusammenhang mit dem Auftreten oder Verlauf der depressiven Erkrankung stehen, werden exploriert. Dabei wird jede Beziehung auf mehreren Ebenen analysiert: die Art der Interaktion, die Häufigkeit des Kontaktes, geteilte Aktivitäten, die Erwartungen und Enttäuschungen in der Beziehung, mögliche oder gewünschte Veränderungen. Der hierfür im Rahmen der IPT geprägte Terminus 'Interpersonelles Inventar' drückt aus, daß eine Bestandsaufnahme der wichtigen Beziehungen der PatientInnen erzielt werden soll. Die TherapeutIn soll sich ein Bild von dem sozialen Netzwerk und den Interaktionsstrukturen der PatientIn machen, um den Zusammenhang zwischen der Symptomatik und Problemen in den zwischenmenschlichen Beziehungen zu erkennen. Bei der PatientIn werden außer der Klärung der Entstehungsbedingungen ihrer Depression durch die Fragen der TherapeutIn häufig wichtige Reflexionsprozesse (Bsp.: TH.: Was mögen Sie an Ihrer Frau? -P.: Darüber habe ich noch nie nachgedacht!) und ein bewußterer Umgang mit den Beziehungen initiiert. Eine biographische Anamnese kann in dieser Phase der Therapie durch die Exploration der Beziehungen zu den Eltern erstellt werden, sie dient zum Verständnis des Umgangs mit aktuellen Beziehungen und Problemen.

Identifikation des Hauptproblembereiches

Ziel der Vergegenwärtigung des bisherigen Verlaufs der depressiven Symptomatik und der Erstellung des Interpersonellen Inventars ist die Bestimmung des Hauptproblembereiches, der durch die vier interpersonellen Problemfelder allgemein definiert ist. Diese Problembereiche wurden mit der Intention formuliert, der TherapeutIn bei der Klärung des Fokus und der Auswahl der Therapiestrategien als Leitfaden zu dienen. Klerman et al. betonen, daß diese Einteilung nicht die "Dynamik der Depression" erklären soll (Klerman 84, S.88).

Um die auslösenden oder aufrechterhaltenden Bedingungen zu eruieren, wird die Geschichte und Veränderung auf den Ebenen der Symptome, der Lebensbedingungen und der interpersonellen Beziehungen in der Zeit vor oder während der Depression exploriert. Die Personen, mit denen Schwierigkeiten bestehen, werden identifiziert, die Art der Schwierigkeiten beschrieben und die Möglichkeiten zur Gestaltung befriedigenderer Beziehungen exploriert. Durch Fokussierung auf zentrale Beziehungen und Fragen, die den Zusammenhang zwischen Symptomen und dem interpersonellen Bezug verdeutlichen, sollen die aktuellen Probleme herausgearbeitet werden. Die TherapeutIn soll in die Lage kommen, den Problembereich explizit zu formulieren und ihn anhand von Äußerungen, die die PatientIn während der Exploration verwendet hat, zusammenfassend darzustellen. Es sollte eine Einigung über den Problembereich zwischen TherapeutIn und PatientIn erfolgen, dabei soll auch besprochen werden, welche Beziehung im Fokus der Therapie stehen soll und an welchen Veränderungen in den kommenden Sitzungen gearbeitet werden soll.

Falls dies nicht möglich ist, kann durch eine allgemeinere Formulierung des Fokus, ein einstweiliges Eingehen auf die von der PatientIn angebotenen Probleme oder einen Zeitaufschub der Festlegung der Therapieziele, der PatientIn die Möglichkeit gegeben werden, nach der Entwicklung einer tragenden therapeutischen Beziehung ihre bisher abgewehrten Probleme wahrnehmen und bearbeiten zu können. Verleugnen PatientInnen aber generell den Zusammenhang zwischen ihrer psychosozialen Lebenssituation und der Depression, ist keine IPT möglich. Im Manual wird empfohlen, sich nicht auf eine Auseinandersetzung mit den PatientInnen einzulassen, um ihre Überzeugung zu ändern, sondern Verständnis und die eigene Einschätzung der Problembereiche zu vermitteln. "When patients continue to deny cur-

rent problems, always leave the door open for the next visit..."(Klerman 1984, S. 90).

Erläuterung des IPT- Konzepts und Schließen des Therapievertrags

Bei der bisherigen Exploration und Bestimmung der Problembereiche wurde der Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und den aktuellen zwischenmenschlichen Beziehungen verdeutlicht. Zur Erläuterung des IPT- Konzepts soll noch einmal herausgestrichen werden, daß das Ziel der therapeutischen Arbeit sein wird, die sozialen Beziehungen zu reflektieren, um zu verstehen, was die PatientIn von den anderen erwartet und zu überlegen, wie sie ihre Wünsche in den Beziehungen erfüllen kann.

Gemeinsam werden die Therapieziele bestimmt, die möglichst konkret beschrieben und innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit auch verwirklicht sein sollen. Als Therapievertrag wird noch einmal der zu bearbeitende Problembereich mit den Therapiezielen formuliert, außerdem der Ablauf und die Gestaltung der Therapiesitzungen besprochen. Wichtig ist hierbei die Aufforderung an die PatientIn zur aktiven Problembearbeitung und zur Äußerung von Kritik an der TherapeutIn.

Die Bearbeitungsphase

In der mittleren Therapiephase (4.-18. Sitzung) wird an einem der vier interpersonellen Problembereiche: (1) Trauer und Verlust, (2) interpersonelle Konflikte, (3) Rollenwechsel und (4) soziale Defizite gearbeitet. Die Interventionen fokussieren interpersonelle Beziehungen im 'Hier und Jetzt'. Nach einer Bestandsaufnahme des Problems, der Erwartungen und Wahrnehmungen der PatientIn werden mögliche Alternativen zum Umgang mit der Situation analysiert und neue Verhaltensweisen erprobt.

Die angewandten Therapiestrategien unterscheiden sich je nach gewähltem Problembereich:

Trauer und Verlust

Freuds (1916) Vorstellung von der notwendigen Trauerarbeit nach dem Verlust eines wichtigen Menschen ist grundlegend für das Verständnis dieses Problemereichs. Stören unerträgliche Gefühle, z.B. ambivalente Wut-Schuld-Verschrankungen den Trauerprozeß, kann es zur Depression kommen. Die Therapieziele bei der Arbeit an diesem Problembereich sind die Ermöglichung der gestörten Trauerarbeit und Hilfe beim Wiederaufbau von Interessen und Beziehungen – "Fill the empty space" (Klerman 1984, S.100).

Therapiestrategien sind hierbei: Ermutigung, an den Verlust zu denken, Ereignisse vor, während und nach dem Tod zu diskutieren, dabei auftauchende Gefühle wahrzunehmen und zu erforschen. Durch die Rekonstruktion der Beziehung zu dem gestorbenen Menschen kann die reale Bedeutung und Tragweite des Verlustes verstanden werden.

Es geht aber auch darum, die Schmerzhaftigkeit und Langwierigkeit des Trauerprozesses zu akzeptieren. Notwendig dafür ist die Versicherung, daß die aufkommenden Gefühle von Trauer, Wut, Angst und Scham ausgehalten und bewältigt werden können. Eine Differenzierung zwischen depressiver Symptomatik und Trauergefühlen wird immer wieder Gegenstand der Gespräche. Am Ende der Therapie sollen neue soziale Aktivitäten angeleitet werden, das Leben kann neu eingerichtet werden.

Interpersonelle Rollenkonflikte:

Unausgetragene oder ungelöste Konflikte in wichtigen Beziehungen werden ebenfalls mit Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen in Verbindung gesetzt. Langwährende konflikthafte Beziehungskonstellationen, in denen es keine Aussicht auf Änderung zu geben scheint, nähren Gefühle von Hoffnungslosigkeit, Verlust von Selbstvertrauen und Selbstbewußtsein. Angst vor unkontrollierbaren Gefühlen und Trennung führen zur Vermeidung einer offenen Auseinandersetzung, oft sogar zur Vermeidung der bewußten Wahrnehmung des Konfliktes.

Die Therapiestrategien beinhalten die Identifizierung des Konfliktes, Planung und Verwirklichung von konkreten Schritten zur Konfliktlösung, Veränderung von de-

struktiven Kommunikationsmustern und eventuell die Bewältigung einer Trennung. Die therapeutischen Interventionen zielen darauf, die Kommunikation zwischen den KonfliktpartnerInnen zu verändern und zu versachlichen. Die PatientIn soll ihre Gefühle erkennen, mit ihnen umzugehen lernen und sie in die Interaktion einbringen. Ziel ist die Beziehungsfähigkeit und nicht das unkontrollierbare Ausleben von Gefühlen. Für die Dauer von zwei bis drei Sitzungen ist die Einbeziehung des Partners möglich.

Rollenwechsel

Veränderungen der Lebenssituation, die einen Rollenwechsel implizieren, können depressiv verarbeitet werden, wenn die Veränderungen einen Verlust im sozialen Beziehungsgeflecht oder im Selbstentwurf nach sich ziehen. Der Verlust kann offensichtlich sein, z.B. wenn im Alter die im stolzen Pflichtbewußtsein erfüllte Rolle des leistungsfähigen Erwachsenen aufgrund körperlicher Schwächen nicht mehr voll ausgefüllt werden kann. Er kann verborgener sein, wenn z.B. eine Beförderung am Arbeitsplatz den Verlust von Freiheiten oder vertrauter Arbeitskollegen bedeutet.

In der IPT wird zunächst die Bedeutung der alten Rolle untersucht: Worin liegt der Verlust? Welche Gefühle sind mit ihm verbunden? Es gilt, sich von der alten Rolle zu verabschieden, Trauergefühle wahrzunehmen und auszudrücken.

Für die Anforderungen der neuen Rolle wird Hilfestellung zur Entwicklung ev. notwendiger sozialer Fertigkeiten gegeben. Es wird versucht, die Gefühle und Überzeugungen zu entdecken, die die PatientIn daran hindern, vorhandene Fähigkeiten auszunutzen. Durch Hinterfragen irrationaler Vorstellungen über die neue Rolle und Exploration der Befürchtungen wird eine realistische Sicht der Anforderungen und Fähigkeiten erarbeitet.

Eine neue Rolle zu übernehmen, bedeutet häufig auch, neue Beziehungen aufzunehmen. Ein Ziel der Therapie ist, Unterstützung in sozialen Beziehungen außerhalb der Therapie für die Bewältigung der neuen Rolle zu erhalten. Hilfreich kann dabei eine Rückbesinnung auf die früheren Fähigkeiten zur Kontaktaufnahme sein.

Soziale Defizite

Interpersonelle Defizite werden als Problembereich gewählt, wenn die depressive Person sozial isoliert lebt, die Vereinsamung zur Depression geführt hat oder sie aufrecht erhält. Therapieziele liegen in der Reduktion der sozialen Isolation, d.h. dem Aufbau interpersoneller Beziehungen und der Fähigkeiten, Nähe und Vertrauen im zwischenmenschlichen Kontakt zuzulassen. Wichtig ist in diesem Problembereich die Differenzialdiagnose zur Borderline-Persönlichkeit, da von einer Kurzzeittherapie wie der IPT keine Persönlichkeitsänderungen erwartet werden sollten.

In der Therapie werden frühere bedeutsame Beziehungen (z.B. zu Eltern oder Verwandten) exploriert unter Verdeutlichung der positiven und negativen Aspekte. Die Analyse wiederholter oder paralleler Probleme in vergangenen Beziehungen läßt Problemsituationen in neuen Beziehungen antizipieren und ermöglicht den Versuch, solche Situationen zu vermeiden oder Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten.

Bei der Arbeit in diesem Problembereich wird, was sonst in der IPT nicht üblich ist, die therapeutische Beziehung zum Modell für zwischenmenschliche Beziehungen. Das Beziehungsverhalten des Patienten kann bewußt gemacht und besprochen werden. Die Diskussion der Gefühle des Patienten gegenüber der TherapeutIn ermöglicht eine realistischere Einschätzung von Beziehungen.

Die Beendigungsphase

Diese Phase ist kein Typikum der IPT, sondern es wird in vielen Handbüchern über Psychotherapie, und speziell über Kurzzeittherapien, empfohlen, das Ende der Therapie ausdrücklich anzusprechen und zu bearbeiten (Weinberg 1984, Strupp 1984, Garfield 1989). In dem IPT-Manual werden Strategien zur Bearbeitung des Endes vorgestellt.

Die zeitliche Begrenztheit sollte bei TherapeutIn und PatientIn von Beginn der Therapie an im Bewußtsein gehalten werden, um die eigenständigen Problemlösefähigkeiten und Beziehungen außerhalb der Therapie zu fördern und zu große Abhängigkeit von der TherapeutIn zu vermeiden.

Die letzten 2-4 Stunden der Therapie dienen hauptsächlich der Aufgabe der PatientIn, ihr Leben und ihre Probleme wieder in eigener Kompetenz zu übernehmen und sich von der Beziehung zu der TherapeutIn zu lösen.

Um diese Aufgabe zu bewältigen, sollen in diesen letzten Stunden die Abschiedsgefühle angesprochen und exploriert werden. Die Beendigungsphase kann als eine Zeit der Trauer – mit Gefühlen von Traurigkeit, Ärger, Hoffnungslosigkeit oder Unsicherheit – und eventuellem Wiederauftauchen von depressiver Symptomatik erlebt werden. Die Wahrnehmung und Besprechung der Abschiedsgefühle bieten ein Modell für den zukünftigen Umgang mit unangenehmen Gefühlen. Die Anerkennung der Trauer bewahrt davor, diese Gefühle mit einer eventuellen symptomatischen Verschlechterung als Rückkehr der Depression zu interpretieren und darüber hoffnungslos und ängstlich zu werden.

Zur Verdeutlichung des Therapiefortschrittes sollen die einzelnen Stationen der Therapie noch einmal in Erinnerung gerufen werden. Dabei werden die bewältigten Probleme, neu erworbene Kompetenzen und unterstützende Beziehungen außerhalb der Therapie reflektiert. Die eigenständigen Lösungsversuche der PatientIn werden betont, um Vertrauen in die eigene Kompetenz zu festigen.

Eventuelle Problemsituationen, mögliche Bewältigungsstrategien und Unterstützung durch das soziale Netz werden antizipiert.

Erste Warnzeichen von Streß und / oder Depression sollen identifiziert werden, Möglichkeiten des Umgangs und Unterstützungsmöglichkeiten besprochen werden. Anzeichen für die Notwendigkeit medizinischer oder therapeutischer Hilfe werden besprochen.

Aufgabe der TherapeutIn in dieser Phase ist, zu ermutigen, positive Entwicklungen und Kompetenzen der PatientIn zu betonen, mögliche Unterstützung durch die Beziehungen außerhalb der Therapie in Erinnerung zu rufen.

Die planmäßige Beendigung der Therapie sollte außer bei noch depressiven PatientInnen nicht von dem Befinden abhängig gemacht werden. Auf den Wunsch von nicht mehr depressiven PatientInnen nach Fortsetzung der Therapie, sollte eine

Wartezeit von vier bis acht Wochen vereinbart werden, um die Notwendigkeit zu überprüfen. Bei PatientInnen, die noch schwer symptomatisch sind oder wenig von der IPT gewonnen haben, kann eine zusätzliche Medikation oder eine alternative Therapieform erwogen werden. Eine Langzeittherapie wird geraten bei PatientInnen mit lang andauernden Persönlichkeitsproblemen oder wenn keine unterstützende Beziehung zu anderen aufgebaut oder aufrechterhalten werden kann. Bei häufig wiederkehrenden depressiven Episoden wird eine IPT-Erhaltungstherapie mit niedrig frequenter Stundenzahl empfohlen.

4.1.5 Therapeutische Haltung und Techniken

Die Ermöglichung eigenständiger interpersoneller Problembewältigung und das Erlernen befriedigender Kommunikationsstrukturen stehen im Zentrum der Therapie. Der Schwerpunkt der Gesprächsführung wird daher auf nicht-direktive Strategien gelegt. Die PatientIn wird als eigenverantwortliche und auch in der Depression autonome Persönlichkeit mit der Fähigkeit zu Entscheidungen und Selbständigkeit angesehen. Die IPT-TherapeutIn wird als "Advokat " (Klerman 1984, S. 214) der PatientIn bezeichnet.

Die therapeutische Haltung entspricht der Vorgehensweise von Carl Rogers: Kongruenz der TherapeutIn, die positive Wertschätzung der PatientIn und einführendes Verstehen (Rogers 1983) werden erwartet. Die TherapeutIn soll durch eine optimistische und unterstützende Haltung vermitteln, daß die interpersonellen Probleme zu lösen sind. Direkte Unterstützung wird v.a. in der ersten Phase der Therapie, bei noch voll ausgebildeter Symptomatik gegeben, z.B. bei der Bewältigung von Problemen, die sich aus der Wahrnehmung der Krankenrolle ergeben (ev. Gespräche mit Familienangehörigen, Ratschläge zur Entlastung von sozialen Anforderungen, Krankschreibung etc.). Im Verlauf der Therapie soll immer stärker von relativ direkter Hilfe zu indirekter Unterstützung übergegangen werden.

Unterstützung und Verständnis sollen in der Beziehung von der TherapeutIn der Patientin vermittelt werden, es soll ein gutes Bündnis angeboten werden.

Eine gute Arbeitsbeziehung wird in Kurzzeittherapien (Sifneos 1979, Mann und Goldmann 1982, Malan 1963) und speziell in der Therapie der Depression (Wolkersdorf 1995, Mentzos 1995) generell gefordert. Luborsky (1988) sieht eine Beziehung, die die PatientIn als „..hilfreich für das Erreichen seiner Zielvorstellungen erlebt“ (S.5), als wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg. In den psychodynamischen Kurztherapien wird die therapeutische Beziehung als Feld der Reinszenierung von psychischen Konflikten der PatientInnen gedeutet und ist "Hauptgegenstand der Interpretationsarbeit " (Strupp 1991). In der IPT wird zwischen Übertragung und Arbeitsbündnis nicht unterschieden. Positive Gefühle der PatientIn gegenüber der TherapeutIn werden in der IPT als Reaktion auf das unterstützende Angebot der TherapeutIn gesehen und somit auch nicht gedeutet.

"Since the therapist offers alliance, the patient's expectations of assistance and understanding are seen as realistic, and the relationship between patient and therapist is also realistic" (Klerman et al.1984, S. 214). Negative Gefühle in der Therapiebeziehung sollen angesprochen werden, wenn der Therapiefortschritt gehemmt oder der Therapiefortgang gefährdet werden könnte. Sie können auch als Antwort auf provozierendes Verhalten der PatientIn geäußert werden, um zu verdeutlichen, welche Reaktionen die PatientIn in anderen Menschen auslöst. Das Ziel wäre dann die Veränderung dieses provozierenden Verhaltens der PatientIn in Beziehungen.

Auch Wolkersdorf (1995) empfiehlt, bei der Psychotherapie depressiver Menschen Übertragungsphänomene positiver Art zu nutzen, Hemmungen und Entwertungen der TherapeutIn durch die PatientIn dagegen ev. mit Hilfe von Supervision auszuhalten.

Klerman und Weissman gehen davon aus, daß eine Regression in die therapeutische Beziehung durch die aktive, nicht neutrale Rolle der TherapeutIn verhindert wird (Klerman 1984, S. 214).

Die Interventionen der TherapeutIn zielen auf die Analyse und Veränderung der interpersonellen Beziehungen außerhalb der Therapie. Es wird versucht, ein Verständnis für den Zusammenhang zwischen der depressiven Symptomatik und dem Beziehungsgeschehen zu entwickeln. Klerman et al. betonen immer wieder, daß

eine andauernde Verbesserung der depressiven Symptomatik durch eine Veränderung des interpersonellen Verhaltens des Patienten außerhalb des therapeutischen Rahmens, in seinem alltäglichen Lebensumfeld, bewirkt wird, und daher Ziel und Gesprächsinhalt in der IPT ist.

Die TherapeutIn spielt eine aktive Rolle in der Therapie, indem sie die Sitzungen strukturiert und auf den Problembereich fokussiert, ohne dabei die Eigenständigkeit der PatientIn in Frage zu stellen. "...takes a moderate position between the extremes of being highly active and merely reactive to the patient's productions" (Klerman et al. 1984, S.215).

Interventionsmethoden, die der aktiven, nicht-direktiven Haltung der TherapeutIn und dem Fokus der interpersonellen Beziehungen entsprechen, sind:

- Nicht-direktive explorative Techniken, wie das Stellen offener Fragen, Äußern von unterstützender Zustimmung (durch Nicken, 'mmh', etc.), Ausweitung des Gesprächsthemas, und aufmerksamen Zuhören. Ziel ist, die PatientIn zum Sprechen zu ermutigen, Informationen zu sammeln, die Reflexion über Ereignisse und Beziehungen zu fördern.
- Ermutigung zur Wahrnehmung und Äußerung von Gefühlen: Die TherapeutIn soll auf Äußerungen achten, die emotionale Beteiligung erkennenlassen, diese Emotionen ansprechen und die Wahrnehmung und Akzeptanz v.a. schmerzlicher und bisher unterdrückter Gefühle unterstützen. Das Ziel ist, die gefühlsmäßigen Erfahrungen dazu zu nutzen, um in den interpersonellen Beziehungen gewünschte Veränderungen herbeizuführen und durch den bewußten Umgang mit den Gefühlen persönliches Wachstum und Veränderung -"growth and change" (Klerman et.al. 1984, S. 144) - zu fördern.
- Klärung dient der Verdeutlichung von logischen Folgerungen, impliziten Vermutungen, Widersprüchen oder irrationalen Überzeugungen, die in dem Material der PatientIn zum Ausdruck kommen.

- Die Kommunikationsanalyse wird eingesetzt, um Kommunikationsfehler zu identifizieren und zu untersuchen, und dadurch der PatientIn eine befriedigendere Kommunikationsweise zu ermöglichen.
- Aufklärung und Information über Depression, interpersonelle Beziehungen und Problemlösemöglichkeiten sind wichtige Bestandteile der IPT und werden einem direkten Ratschlag vorgezogen, da die Fähigkeiten der PatientIn zum Treffen von eigenständigen Entscheidungen durch Aufklärung stärker gefördert werden.
- Die Entscheidungsanalyse ist die Technik, die zur Problemlösung hauptsächlich eingesetzt werden soll. Alternative Möglichkeiten und deren Konsequenzen werden besprochen und analysiert. Klerman et al. denken, daß gerade depressive PatientInnen in ihrem Leben viele ungünstige Entscheidungen treffen, da sie nicht alle möglichen Lösungen und deren Konsequenzen bedenken, und daher diese Technik lernen sollten, um außerhalb der Therapie ihre Probleme lösen zu können (Klerman et al. 1984, S. 152).

Diese Interventionsmethoden werden IPT-spezifisch genannt, obwohl sie auch in anderen Therapieformen verwendet werden. Direktivere Techniken wie Rollenspiel, Rat geben, Selbstöffnung der TherapeutIn, werden in dem Manual wohl besprochen und die Möglichkeiten ihrer Verwendung vorgestellt, allerdings wird nahegelegt, sie in der IPT selten zu verwenden, da sie zu den Zielen der IPT wenig beitragen.

Das Ziel der Interventionen in der IPT besteht darin, den PatientInnen Verständnis zu vermitteln, Gefühle zu klären, die Verständigung mit anderen zu verbessern und eine Überprüfung von Realität und Wahrnehmungen vorzunehmen (Cornes 1990).

4.2 Empirische Studien zur Wirksamkeit von IPT

Es liegen vier kontrollierte US-amerikanische Studien vor, in denen IPT als Behandlung einer unipolaren, nicht psychotischen Major Depression evaluiert wurde. In einer Studie von Weissman u.a. von 1979 und der NIMH- Studie (Elkin

1985,1989,1994) wurde die Wirkung von IPT während der akuten Phase einer Major Depression belegt.

Die erste Studie wurde 1967 von Klerman und Mitarbeitern begonnen. Damals gab es noch keine operationalisierten Diagnosekriterien und kein standardisiertes IPT-Manual. 150 depressive Frauen, die zuvor auf eine 4-6 Wochen lange Amitriptylin-Therapie angesprochen hatten, wurden unter sechs unterschiedlichen Therapiebedingungen behandelt: IPT, Amitriptylin + IPT, Placebo + IPT, Amitriptylin, Placebo, keine Behandlung. Amitriptylin zeigte die höchste Wahrscheinlichkeit, einen Rückfall zu verhindern, während IPT zu einem befriedigenderen sozialen Leben führte. Es wurde die Kombination von Amitriptylin und IPT empfohlen, da sich die Wirkungen anscheinend ergänzen (Klerman et al. 1974).

Die Effektivität von IPT als Therapie für akute depressive Episoden wurde in einer Studie von Weissman et al.(1979) zum ersten Mal untersucht und belegt. IPT, Amitriptylin, IPT + Amitriptylin oder psychiatrisch-unterstützende Gespräche auf Anforderung waren die Therapiemöglichkeiten. 81 PatientInnen beendeten die Therapie. Sowohl IPT als auch Amitriptylin zeigten sich der Kontrollbedingung überlegen. Es gab zwischen beiden Behandlungen keine signifikanten Unterschiede. IPT + Amitriptylin erwies sich als erfolgreichste Behandlung. Es zeigte sich, daß Amitriptylin eher auf somatische Symptome wirkt und die Effekte ein bis zwei Wochen früher statistisch auffällig werden, IPT dagegen das Sozialverhalten verbessert. Die Ergebnisse blieben im Ein-Jahres-Follow-up stabil (Weissman et al. 1981).

Die Multizenterstudie des National Institute of Mental Health war bisher die aufwendigste Studie mit der größten Ausgangsstichprobe von 250 depressiven ambulanten PatientInnen. Von den untersuchten Therapiebedingungen ergaben sich für IPT eine Erfolgsrate von 55%, für Kognitive Verhaltenstherapie nach Beck eine Rate von 51%, für Imipramin mit psychiatrischen Beratungsgesprächen 57% und für Placebo mit psychiatrischen Beratungsgespräch 29%. Interessant war hier die Sekundäranalyse, in der die Ergebnisse für leichtere (HAMD-Score <20) und schwerere Depression (HAMD-Score >20) getrennt ausgewertet wurden. Es zeigte sich, daß bei leichteren Depressionen keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzel-

nen Therapieansätzen (inkl. der Placebogruppe) bestanden, während bei schweren Depressionen nur IPT und Imipramin eine signifikante Wirksamkeit zeigten (Elkin et al. 1989).

Insgesamt beendeten über zwei Drittel der PatientInnen die Behandlung symptomfrei. In dem 18-Monats-Follow-up (Shea et al. 1992) wurde das hoffnungsvolle Bild über die guten Therapiemöglichkeiten der Major Depression korrigiert. Nur 39% der PatientInnen, die an der Behandlung teilnahmen, erreichten die Erfolgskriterien dieser Studie (8 Wochen lang nach dem Ende der Behandlung minimale oder keine Symptome) und nur 24% erlitten keine neue Episode einer Major Depression. Zwischen den Therapiebedingungen zeigten sich keine signifikanten Unterschiede. Es wurden von den AutorInnen dieser Studie langfristige Therapien der Depression gefordert.

In der Studie von Kupfer, Frank et al. (1990, 1991, 1992) wurde die Effektivität einer dreijährigen Erhaltungstherapie bei 128 PatientInnen mit häufig wiederkehrenden Depressionen untersucht. IPT wurde für diese Studie modifiziert als Erhaltungsbehandlung (IPT-M): In den monatlichen Sitzungen werden interpersonelle Problembe-
reiche, die schon länger bestehen oder aus der Remission der Depression resultieren, bearbeitet.

Für die Untersuchung der Erhaltungsbehandlung wurden die PatientInnen in fünf Therapiegruppen randomisiert : IPT-M, IPT-M + Imipramin, IPT-M + Placebo, Imipramin, Placebo ohne Psychotherapie.

Erwähnenswert ist, daß in dieser Studie die bisher höchste Medikamentendosis (mittlere Dosis 200 mg/d) und die niedrigste IPT -Dosis (monatlich) verwendet wurde.

Es ergab sich kein statistisch signifikanter Vorteil einer Kombinationsbehandlung von IPT und Imipramin gegenüber der Behandlung mit Imipramin ohne IPT, aber es konnte gezeigt werden, daß monatliche IPT-Sitzungen ohne die zusätzliche Gabe von Medikamenten im Vergleich zu der Gruppe mit Placebo und psychiatrischer Beratung den episodfreien Zeitraum um ein Jahr verlängern. Frank et al. (1991) haben in einer Sekundäranalyse der Therapiegruppe, die nur mit IPT oder mit IPT

und Placebo behandelt wurde, nachgewiesen, daß die Survivalzeit abhängig ist, von der Fähigkeit, in den therapeutischen Sitzungen auf aktuelle zwischenmenschliche Beziehungen zu fokussieren. Bei guter Fokussierung war in dieser Gruppe eine depressionsfreie Zeit von durchschnittlich 101.7 Wochen zu erreichen, bei schlechter Fokussierung nur 18.1 Wochen. In der Gruppe der PatientInnen, die nur mit Imipramin behandelt wurde, dauerte die depressionsfreie Zeit 124 +/- 13 Wochen, bei einer Behandlung mit Imipramin + IPT 131 +/- 10 Wochen.

Zur Effektivitätskontrolle unterschiedlicher IPT-Modifikationen zur Behandlung spezieller Patientengruppen oder weiterer psychiatrischer Krankheitsbilder liegen kleinere Studien vor mit Stichproben von 16-30 Patienten.

Wirksam war IPT bei älteren Patienten (Sloane 1985, Reynolds 1992), für Jugendliche (Moreau 1991,1993), bei HIV-Erkrankung (Markowitz 1992), bei bipolarer Erkrankung (Frank 1990), als Paartherapie (Foley 1989), bei Dysthimie (Markowitz 1993), bei Bulimie (Fairburn 1991, 1993), als Beratung bei psychiatrisch nicht auffälligen, somatisierenden Patienten (Klerman 1987), Wenig erfolgreich ist IPT bei Drogenmißbrauch (Rounsaville 1983, Carroll 1992).

5 Psychotherapeutische Prozeßforschung

5.1 Fragestellungen und Ziele der Psychotherapie-Prozeßforschung

1973 erschien die erste Monographie zur Prozeßforschung. Kiesler, der Autor, hat darin die Methoden und Erfahrungen von damals 20 Jahren Arbeit in diesem Wissenschaftsgebiet zusammengestellt. 'Psychotherapeutische Prozeßforschung' definierte er folgendermaßen:

„Jede wissenschaftliche Forschung, die gänzlich oder teilweise, als Daten direkte oder indirekte Messungen des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten oder der Dyade (Patient-Therapeut-Interaktion) im therapeutischen Gespräch enthält." (Kiesler 1973, S.2, Übersetzung von MF¹). Hiermit wurde die Prozeßforschung, als Erforschung des Verhaltens *in* der Therapie, abgegrenzt von der Outcome-Forschung, die das Verhalten *nach* der Therapie zum Inhalt hat.

In der Entwicklung der Therapieforschung seit Kiesler wurde die strikte Trennung von Prozeß- und Outcome-Forschung aufgehoben. Das Interesse richtete sich verstärkt auf die Frage, wie Veränderung während der Therapie möglich wird. Bei diesem Ansatz mußte der Therapieprozeß und das Ergebnis des Prozesses miteinbezogen werden: "Die Untersuchung der Veränderung integriert die wesentlichen Stärken der Traditionen von Prozeß- und Outcomeforschung. Sie fokussiert die Forscher sowohl auf den Beginn als auch auf das Ende der Behandlung (oder der Behandlungsepisode) und versucht außerdem die Natur des Prozesses zu identifizieren, der zu der Veränderung zwischen den Punkten führt. So wird Prozeßforschung schließlich zur Untersuchung von Veränderungsmechanismen." (Greenberg & Pinsof, 1986, S.5; Übersetzung von MF). Ergebnisse der Prozeßforschung sind demnach erst relevant, wenn gezeigt werden kann, daß unterschiedliches Verhalten in den Therapien auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führt.

¹ Um die Lesefreundlichkeit in diesem theoretischen Kapitel zu erhöhen, habe ich die englischsprachigen Zitate übersetzt.

Heute wird dieser Trend zur Integration auch im Begriff deutlich. Im 'Handbook of Psychotherapy and Behavior Change' (Bergin & Garfield 1994), das auch als "the field's bible" (Shapiro 1995, S.1) bezeichnet wird und inzwischen in vierter Auflage den aktuellen Stand der Therapieforschung dokumentiert, spricht man von 'Prozeß-Outcome-Forschung' (Orlinsky et.al.1994, S.270): Wenn Prozeßforschung untersucht, was in der Psychotherapie geschieht und Outcome-Forschung, was durch Psychotherapie bewirkt wird, so ist das Ziel der Prozeß-Outcome-Forschung, die Bestandteile der Psychotherapie zu identifizieren, die für die Wirkung der Therapie verantwortlich sind: „Die Leitfrage der Prozeß-Outcome-Forschung lautet: Was ist wirklich therapeutisch an der Psychotherapie?“ (aoG, S.270, Übersetzung nach Bastine et al.1989, S. 4). Dies ist die Frage nach generellen und spezifischen Wirkfaktoren. Das Ziel ist, herauszufinden, wie Psychotherapien den Menschen helfen, sich zu verändern (Shapiro 1995).

Neben der Prozeß-Outcome-Forschung gibt es die Forschungsrichtung der differentiellen Psychotherapieforschung. Ihr Forschungsprogramm läßt sich am besten mit einer Frage, die schon von Kiesler gestellt wurde, charakterisieren: "Welche Behandlung, von wem durchgeführt, ist für diese Person mit diesem spezifischen Problem und unter welchen Bedingungen am effektivsten?" (Paul 1967, S.111, zit. nach Bastine et al. 1989, S.7). Empirische Daten sollen die Indikationsstellung psychotherapeutischer Behandlungen erleichtern. Hierzu werden Erfolgsstudien unterschiedlicher Therapieansätze einer statistischen Meta-Analyse unterzogen. Allerdings sind die Ergebnisse dieser Meta-Analysen von den verwendeten Beurteilungskriterien und Auswertungsmethoden abhängig und liefern somit auch keine unstrittigen Erkenntnisse. Kächele (1986) kritisiert, daß durch diese „Strategie von Mittelwertsvergleichen von Therapie- und Kontrollgruppen“ (S.309) keine differenzierten und praxisrelevanten Aussagen getroffen werden konnten. Die im deutschsprachigen Raum aktuellste und spektakulärste Meta-Analyse zur Wirksamkeit von Psychotherapie wurde von Grawe erstellt (Grawe et al 1994), einem frühen Kritiker dieses Forschungsansatzes, der dann selber auch der Kritik der Voreingenommenheit und Ungenauigkeit nicht entgehen konnte (s.dazu Kächele 1995, Tschuschke et al. 1994).

5.2 Ergebnisse der Prozeß-Outcome-Forschung

In die Analyse von Orlinsky et al. (1994), die den Stand der Prozeß-Outcome-Forschung dokumentieren soll, sind 2300 Ergebnisse zum Prozeß-Outcome-Verhältnis eingegangen, die von 1950-1992 erstellt wurden. Mehr als die Hälfte der Studien wurden in den Jahren von 1985-1992 durchgeführt. Als Determinanten des Therapieerfolges konnten darin Merkmale der therapeutischen Beziehung, der PatientInnen, der TherapeutInnen, des Therapievertrags und bestimmte therapeutische Interventionen bestimmt werden.

Merkmale der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung oder die "Wir-Bildung" (Thomä & Kächele 1985) als Grundlage des therapeutischen Prozesses wird schon früh in der psychoanalytischen Theoriebildung (Bibring 1937, Sterba 1934) genannt. Der Einfluß der therapeutischen Beziehung auf den Erfolg unterschiedlicher Therapieformen ist das am häufigsten untersuchte und zudem stabilste Ergebnis der Psychotherapieforschung.

Bei den allgemeinen Faktoren der therapeutischen Beziehung ist v.a. die Wahrnehmung der PatientIn ausschlaggebend: Das Gefühl gegenseitiger Akzeptanz und Bestätigung sowie das Gefühl auf derselben Ebene zu kommunizieren sind mit Therapieerfolg verbunden.

Von den Faktoren, die die Gestaltung der therapeutischen Beziehung betreffen, ist die Beteiligung der PatientIn an dem Therapieprozeß die aussagekräftigste Dimension: Kooperation vs. Widerstand, interaktive Zusammenarbeit vs. Abhängigkeit oder Kontrolle, Ausdruckskraft in der Kommunikation, Offenheit des Patienten vs. Abwehr sind die wichtigsten Determinanten des Therapieerfolges.

Merkmale der PatientIn

Hinsichtlich der Merkmale der PatientIn zeigt sich, daß PatientInnen, die sich für die angewendete Therapieform eignen, eher einen Therapieerfolg erleben. Allerdings geben Orlinsky et al. in ihrem Bericht von 1986 bei dieser Variable zu bedenken,

daß die Passung zwischen Therapie und PatientIn meist von der TherapeutIn eingeschätzt wird und daher die Frage gestellt werden muß, inwiefern sie ein unabhängiger Prädiktor für Therapieerfolg oder nicht vielmehr ein Einflußfaktor für das therapeutische Verhalten und die therapeutische Beziehung ist. (Orlinsky et al. 1986, S.336)

Merkmale der TherapeutIn

Die kompetente Anwendung der jeweiligen therapeutischen Techniken von der TherapeutIn ist wichtig für den Verlauf der Therapie und damit auch letztendlich für den Therapieerfolg.

Therapeutische Interventionen

Therapeutische Interventionen wie Interpretation, Konfrontation durch Erfahrung (z.B. in speziellen Übungen der Gestalt-Therapie) und paradoxe Intervention zeigen signifikante Zusammenhänge mit Therapieerfolg, wenn die Patienten kooperieren und emotional darauf reagieren. Diese Ergebnisse stammen aus simulierten Therapieexperimenten und sind daher nicht ohne Einschränkung auf die reale Therapiesituation zu übertragen.

Direkte Unterstützung und direkte Ratschläge sowie Selbstöffnung der TherapeutIn zeigen dagegen einen geringen Zusammenhang mit positiven Therapieergebnissen. 1986 führen Orlinsky & Howard außerdem die Fokussierung von TherapeutIn und PatientIn auf die Gefühle der PatientIn an, 1994 wurden 18 Studien zur Fokussierung der TherapeutIn auf die Gefühle der PatientIn gefunden. In der Hälfte der Studien korrelierte die Fokussierung auf Gefühle der PatientIn mit dem Erfolg der Therapie. In zwei Studien gab es allerdings eine Korrelation zwischen der Fokussierung und negativen Therapieausgang, was darauf hindeuten kann, daß unter bestimmten Umständen die Fokussierung auf Gefühle kontraindiziert sein kann. Die Frage, wie diese Umstände aussehen, konnte allerdings von dieser quantitativ empirischen Therapieforschung nicht beantwortet werden.

Merkmale des Therapievertrags

Es liegt der Trend vor, daß PatientInnen mehr von der Therapie profitieren, je länger sie dauert. Dieses Ergebnis wurde auch (wie schon in Kapitel 1 erwähnt) in der Consumers-Union-Studie 1996 bestätigt: Besonders zufrieden mit dem Resultat der Therapie waren PatientInnen, die länger als zwei Jahre in Therapie waren.

Zusammenfassung

Als Ergebnis für die praktische Arbeit der TherapeutIn fassen Orlinsky et al. zusammen: "Der Beitrag der TherapeutIn zu einem günstigen Therapieausgang der PatientIn besteht hauptsächlich in einer empathischen, bestätigenden, kooperativen und echten Bezugnahme zur PatientIn und der kompetenten Anwendung von wirkungsvollen Interventionen wie Konfrontation durch Erfahrung, Interpretation, und paradoxe Intervention." (Orlinsky et al. 1994, S.361 Übersetzung MF)

Hiermit bestätigt sich die 'alte Weisheit' von der Bedeutung einer unterstützenden und aufrichtigen therapeutischen Beziehung. Wenig hilfreich erscheint jedoch das Hervorheben von speziellen, in eingegrenzten Therapierichtungen angewendeten, Interventionen, die im Fall der paradoxen Intervention auch nur in quasi-experimentellen Anordnungen überprüft wurden. Notwendig zum besseren Verständnis der Wirkungsweise von Psychotherapie ist die genauere Analyse des psychotherapeutischen Prozesses. Es muß eine Verbindung zwischen dem Interventionsverhalten und dem Erleben der Interaktion bei TherapeutIn und PatientIn geschaffen werden: Leitfragen könnten sein: Welche Interaktion wird letztendlich als unterstützend und hilfreich erlebt? In welchem Interaktionskontext stehen die hilfreichen Interventionen? Wie beeinflußt der Interaktionskontext das Erleben der spezifischen Interventionen? Eine Grundvoraussetzung zur Beantwortung dieser Fragen ist das Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses.

5.3 Modelle des psychotherapeutischen Prozesses

Prozeßmodelle bieten eine Struktur zur Organisation der empirischen Befunde der Psychotherapieforschung, wobei der phasische Verlauf der Therapie, die Interaktion von PatientIn und TherapeutIn und die Veränderung der PatientIn in einen systematischen Zusammenhang gebracht werden. Thomä und Kächele (1985) betonen auch die praktische Relevanz von Prozeßmodellen:

"Wir möchten lediglich festhalten, daß kein Therapeut Behandlungen durchführen oder beurteilen kann, wenn er nicht über modellhafte Vorstellungen von Therapieverläufen verfügt, die ihm Handlungsanweisungen und Bewertungskriterien liefern. Prozeßvorstellungen des Analytikers übernehmen wichtige Steuerungsfunktion bei der Umsetzung seiner Zielvorstellungen in Interventionen. Insofern sind Prozeßkonzeptionen keine theoretisch-abstrakte Angelegenheit. Sie sind vielmehr in mehr oder weniger elaborierter Form Bestandteil der täglichen Praxis jedes Therapeuten." (S.343) Die Funktion von Prozeßmodellen liegt demnach darin, die Möglichkeit zu eröffnen, effektive therapeutische Handlungsstrategien ableiten zu können.

Das älteste Prozeßmodell stammt von Rogers (1958). Es beschreibt die Entwicklung der PatientIn in der Therapie anhand definierter Dimensionen, während die Aufgaben der TherapeutIn über den Verlauf der Therapie konstant in der Wahrung der gesprächstherapeutischen Variablen besteht.

Verhaltenstherapeutische Prozeßmodelle bieten v.a. Vorgaben für die Interventionen der TherapeutIn. Kanfer und Grimm (1980) unterteilen den Therapieprozeß in sieben Stufen: (1) die Strukturierung der Behandlung und der Rollen, (2) die Motivierung der PatientIn, (3) eine Verhaltensanalyse, (4) Therapieabsprachen, (5) die eigentliche Behandlung und schließlich (6) die Evaluation der Behandlung und (7) eine Übertragung des Gelernten. Für jede Stufe werden konkrete zu realisierende Operationen beschrieben. Ähnlich ist das Prozeßmodell von Mahoney (1980): Auch hier werden phasenspezifische Interaktionen der TherapeutIn erwartet, die aber nicht konkret ausformuliert werden. Die Phasen des Prozesses sind: Orientierung, Problemdefinition, Problemanalyse, Lösungsversuche, persönliches Experimentieren, Evaluierung und zum Ende der Therapie das schrittweise Zurücknehmen der TherapeutIn.

Ford (1978) hat in seiner Untersuchung die Wünsche der PatientIn an das TherapeutInnenverhalten in unterschiedlichen Therapiephasen beschrieben: Zu Beginn der Therapie werden verbale und nonverbale Ermutigung sowie Zeichen des Interesses und Respekts, in der mittleren Phase eher ein problemzentriertes Intervenieren, und in der Endphase eine reduzierte TherapeutInnenaktivität, persönliches Feed-back sowie das Ansprechen von Erwartungen und Ängsten positiv wahrgenommen.

Psychoanalytische Prozeßmodelle sehen den therapeutischen Prozeß weniger als eine Reihe von zu bewältigender Aufgaben als vielmehr als Entwicklung, die sich entweder 'naturgemäß', d.h. ohne bewußte Einflußnahme von TherapeutIn oder PatientIn, vollzieht oder in der Interaktion von PatientIn und TherapeutIn konstituiert.

Als Beispiel für eine 'naturgesetzliche' Entwicklung dient das Modell von Fürstenau (1977). In jeder der 7 Stufen wird ein "überkommenes Beziehungsmuster" aufgearbeitet und ein neues Beziehungsmuster aufgebaut. Im Verlauf der sieben Stufen wird die Entwicklung von der frühen Mutterbeziehung bis zur ödipalen Situation in der Beziehung mit der AnalytikerIn aufgearbeitet. Die AnalytikerIn fördert den weiteren Verlauf des Prozesses durch supportive Interventionen zur Ich-Stärkung und durch Bearbeiten der Übertragungs- und Widerstandsmuster. Die thematischen Schwerpunkte der einzelnen Phasen, sind nach Fürstenberg nicht beeinflussbar. Nach Thomä und Kächele bietet diese Modellvorstellung die Gefahr des selektiven Umgangs mit Beobachtungen: Was sich nicht in den 'naturgesetzlichen' Prozeß einfügt, wird entweder nicht wahrgenommen oder als Manifestation von Widerstand interpretiert (Thomä und Kächele 1985, S.345).

Sie entwickelten das Ulmer Prozeßmodell, das die dyadenspezifische Interaktion als Agens des Prozesses sieht. Psychoanalytische Therapie begreifen sie als "fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit wechselnden Fokus" (aoG, S.359). Der Fokus der Therapie wird in der Interaktion zwischen PsychoanalytikerIn und PatientIn als heuristischer Prozeß gebildet und durchgearbeitet. Themen der PatientIn werden zum Fokus, wenn die AnalytikerIn sinnvolle Hypothesen über unbewußte Motive entwickeln kann und sich die PatientIn in diese Themen emotional und intellektuell involvieren läßt, so daß sich der formulierte Fokus in vielfältigen

Alltagsituationen und Erlebensformen bearbeiten läßt. Das Durcharbeiten des gebildeten Fokus resultiert in einem veränderten Umgang mit dem Thema und läßt neue Themen entstehen, die als Resultat der bisherigen Arbeit zu neuen Fokusbildungen führen. Handlungsleitend für die AnalytikerIn ist der Fortschritt der therapeutischen Arbeit, sie läßt ihre Hypothesen durch die Reaktionen der PatientIn bestätigen oder verwerfen. Die AnalytikerIn hat durch ihre Verstehensleistung bei der Formulierung des Fokus und durch die Fokussierung des Materials im Verlauf der Therapie, eine aktive Rolle bei der Gestaltung des dyadenspezifischen Therapieprozesses. Besonderen Wert legen Thomä & Kächele darauf, daß ein Prozeßmodell keine unhinterfragbare Realität konstituiert, sondern Anregung gibt für einen "permanent notwendigen Prozeß der Überprüfung" der Therapie (S.364).

Die psychoanalytisch orientierte Psychotherapieforschung in Deutschland ist eng verbunden mit den Namen Thomä und Kächele. Sie initiierten in den 60er Jahren Verlaufsuntersuchungen von Psychoanalysen anhand von Tonbandaufzeichnungen und seit den 70er Jahren den Einsatz computergestützter Textanalysen. Mit der Ulmer Textbank ist inzwischen das weltweit größte Computerarchiv transskribierter Psychotherapien entstanden (Mergenthaler 1985, Kächele 1988).

Das Modell zum Prozeß der psychotherapeutischen Interaktion von Czogalik (1989) und das Generic Model von Orlinsky und Howard (1986,1987,1994) sind mit dem Ziel formuliert worden, empirische Ergebnisse zum Zusammenhang von Prozeßmerkmalen und Therapieergebnissen zu kategorisieren und somit ein wissenschaftlich begründetes Psychotherapiemodell als Bezugsrahmen für alle Psychotherapieformen zu bilden. Es werden wirksame Elemente von Psychotherapie beschrieben und ein Rahmen zum Vergleich der Psychotherapieformen gebildet.

Das Generic Model bezieht den Kontext, in dem Psychotherapie stattfindet, bestehend aus gesellschaftlichen, personenbedingten und institutionellen Charakteristika, mit ein. Die Variablen werden auf drei Ebenen geordnet:

1. Als Input der Therapie werden die Voraussetzungen von Psychotherapie erfaßt, das sind die PatientInnen- und TherapeutInnenmerkmale, sowie das Zuweisungssystem. Außerdem werden der gesellschaftliche Rahmen, in dem die The-

rapie stattfindet, und die Merkmale des therapeutischen Settings als Inputvariablen berücksichtigt.

2. Die Prozeßmerkmale werden in sechs Kategorien strukturiert, wobei das Ziel ist, jede Therapieform anhand dieser Komponenten adäquat beschreiben zu können.

- Der therapeutische Vertrag, womit die formalen Aspekte der Therapie, die Institutionalisation des Kontaktes, das Setting und die Festlegung auf PatientInnen- und TherapeutInnenrolle angesprochen sind.
- Die therapeutischen Maßnahmen, die sowohl die Anwendung des Fachwissens der TherapeutIn als auch die Beteiligung der PatientIn subsumieren.
- Die therapeutische Beziehung: Die Allianz zwischen PatientIn und TherapeutIn, die Atmosphäre, die Intensität der Zusammenarbeit, des gegenseitigen Kontaktes und der wechselseitigen Gefühlsbeteiligung.
- Die innere Selbstbezogenheit von PatientIn und TherapeutIn umfaßt die Selbstkontrolle, das Selbstbewußtsein, die Selbstachtung und manifestiert sich in einem unterschiedlichen Ausmaß an Öffnung oder Abwehr.
- Die unmittelbare Auswirkung der Therapiesitzung, v.a. Effekte der therapeutischen Interaktion bei der PatientIn, wie Einsicht, Kompetenzzuwachs, Selbstverständnis, Katharsis und bei der TherapeutIn das Erleben von Selbstwirksamkeit oder emotionaler Nähe.
- Der sequentiell verlaufende Prozeß der durch Interaktionsabfolgen in einem begrenzten Zeitraum (Ablauf einer Sitzung, eine Therapieepisode) oder während des gesamten Verlaufes charakterisiert wird.

3. Als Output werden die Auswirkungen der Therapie auf das Leben der TherapeutIn und der PatientIn, sowie auf das soziale Umfeld und den gesellschaftlichen Rahmen kategorisiert.

Nun ist das Ziel, nicht nur ein Kategoriensystem für empirische Befunde zu erstellen, sondern mit Hilfe des Modells auch die Wechselwirkungen der einzelnen Faktoren erfassen und reflektieren zu können. Ein Ergebnis dieser Einordnung des Thera-

pieprozesses in den funktionellen Kontext ist eine vorsichtige Beschränkung auf das, was Psychotherapie vermag:

„Das Vermögen der TherapeutIn, die alltäglichen Lebensereignisse zu beeinflussen, ist v.a. im ambulanten Setting sehr gering, und das Vermögen, die wichtigsten Determinanten der Lebensmöglichkeiten zu beeinflussen, ist null. Hier werden wir schließlich von dem Generic Model in unsere Grenzen gewiesen, um den beherrschenden Einfluß von sozialen und kulturellen Faktoren auf das Ergebnis, ebenso wie auf den Prozeß eines so individuellen und persönlichen Unternehmens wie Psychotherapie zur Kenntnis zu nehmen.“ (Orlinsky & Howard 1987, S.26, Übersetzung von MF)

Inzwischen gibt es Ansätze v.a. von Ambühl (1993) einzelne Ebenen und Wechselwirkungen von Kategorien der Prozeßebene empirisch zu überprüfen. Allerdings ist wohl der Anspruch von Orlinsky & Howard an ein empirisch überprüftes, generelles Therapiemodell mit allen Einflußfaktoren und Wechselwirkungen, das auch Aussagen zuläßt über die sozialen, gesellschaftlichen, institutionellen und persönlichen Einflußfaktoren auf den Therapieprozeß, in der Realität nicht einzulösen.

Czagaliks (1989) Modell basiert auf sozialpsychologischen Psychotherapiekonzeptionen. Demnach wird als verändernde Kraft im Psychotherapieprozeß die wechselseitige Einflußnahme von TherapeutIn und PatientIn gesehen. "Psychotherapie ist Beziehung" (S.78), in der es um "soziale Phänomene wie Kooperation und Konkurrenz, Verhandlung, Konfliktregelung, Kontrolle und Gegenkontrolle" (S.82) geht. Nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung formuliert Czogalik vier Therapiekomponenten:

- TherapeutIn-PatientIn -Beziehung
- Partizipation der PatientIn
- Involvierung der PatientIn
- therapeutische Interventionen

Die Funktion dieser Strukturen wandelt sich im Lauf des Therapieprozesses und führt zu den Veränderungsvorgängen der PatientIn. Die Beziehung zwischen TherapeutIn und PatientIn bildet die Grundlage des Prozesses. Sie soll hilfreich und un-

terstützend sein und wird nach den Regeln des Alltags: Respekt, gegenseitige Wertschätzung, Achtung und Sympathie gebildet. Die Beziehung bleibt konstante Grundlage der Therapie.

In der Anfangsphase, der Phase der "Erkundung" dienen im Modellfall die Interaktionen von PatientIn und TherapeutIn dazu, die Voraussetzung für die Partizipation der PatientIn zu schaffen. Die Interventionen der TherapeutIn sind informations-sammelnd, einführend, Übereinstimmung signalisierend, das Ziel ist die "Stabilisierung" des psychischen Status der PatientIn, damit ihr die Übernahme der expliziten und impliziten Rollenanforderungen erleichtert werden. Die PatientIn ist meist vorsichtig, formell, zeigt das "öffentliche Selbst". Durch eine Phase der "adaptiven Veränderung" mit wechselseitigen Kontrollversuchen oder gegenseitiger Akzeptanz der Rollen wird die therapeutische Beziehung institutionalisiert. Es ist eine Phase der gegenseitigen Anpassung. Die Rollenübernahme bietet die Möglichkeit von neuer Erfahrung, da jegliche therapeutische Interaktion von der Alltagsinteraktion unterschieden ist: z.B. in der Zurücknahme der Person der TherapeutIn, der Fokussierung auf die Probleme der PatientIn etc.. In jeder Therapierichtung verfügt die TherapeutIn über Strategien zur Wiedereingliederung oder Verhandlung, falls die PatientIn diese Rollenübernahme ablehnt.

Wenn die PatientIn an der Therapie partizipiert, beginnen Phasen des Neulernens oder der Veränderung. Therapeutische Interventionen, wie z.B. fokussieren (meist auf problematische Beziehungskonstellationen), konfrontieren und interpretieren, fördern Selbstwahrnehmung und Selbsterleben der PatientIn. Das bisherige Selbstbild wird in Frage gestellt, die PatientIn ist emotional involviert, häufig vulnerabel und schwach. Die therapeutische Beziehung hilft, diesen Prozeß der "Labilisierung" zu durchleben. Die PatientIn berichtet über aktuelles Erleben, versucht, Einsicht zu gewinnen. Die Interaktionen der Dyade können sich je nach behandeltem Thema, der damit verbundenen emotionalen und persönlichen Betroffenheit und der Aufgabenverteilung ändern. Czogalik nennt dies "fokusdependente Veränderungen" der Interaktionsmuster. Ein anderes Veränderungsmuster sind "bewertungsdependente Veränderungen", die sich ergeben können, wenn sich Hintergrund-Konstellationen verändern: Geänderte Ziele und Pläne, neue oder verminderte Ressourcen, eine Änderung der Bewertungen von Situationen oder Personen.

Diese Änderungen werden in Gang gesetzt durch neue Erfahrungsmöglichkeiten oder äußere Ereignisse. Es sind Veränderungen der Interaktionsmuster, die mit einer strukturellen Veränderung der Person verbunden sind.

In der Abschlußphase geschieht durch Vermitteln von Orientierung von seiten der TherapeutIn die "Reorganisation" des psychischen Status. Die Interventionen sind supportiv, sichern das Erreichte ab, die Beziehung wird symetrischer.

Dieser Prozeß der Labilisierung und Reorganisation kann sich an neuen Konfliktthemen wiederholen und vertiefen. Das Prozeßmodell von Czogalik könnte damit als inhaltliche Ausgestaltung v.a. in Bezug auf die Interaktionsformen, des Fokalkonzepts von Thomä und Kächele interpretiert werden.

5.4 Aufgaben der künftigen Psychotherapieforschung

Eine Herausforderung für die Psychotherapieforschung ist, den Zusammenhang zwischen dem Geschehen in den Therapiestunden und der Veränderung der PatientIn zu verstehen und zu verdeutlichen. Die Erwartung von Klinikern und Forschern ist, daß unterschiedliches Verhalten in den Therapiestunden auch zu unterschiedlichen Ergebnissen der Therapie führt. Diese Hypothese wird auch durch Analysen des TherapeutInnenverhaltens gestützt, die erwiesen, daß sich das therapeutische Vorgehen in den einzelnen Behandlungsformen deutlich voneinander unterscheidet (Bastine 1989). Allerdings besteht laut Shapiro (1995) in der Psychotherapieforschung ein 'Äquivalent-Paradoxon': Obwohl die TherapeutIn-PatientIn-Interaktion in den Therapieformen sich unterscheidet, erscheint die Therapieeffektivität vergleichbar. Die stabilsten Ergebnisse der Prozeß-Outcome Forschung, die einen Einfluß von generellen Faktoren, wie die therapeutische Beziehung, die Beteiligung der PatientInnen, die Dauer der Therapie auf das Therapieergebnis belegen, lassen dagegen an dem Einfluß von spezifischen Interaktionsformen oder -elementen zweifeln.

Zukünftige Studien sollten also differenziertere Beschreibungen der Komponenten in den unterschiedlichen Therapieformen liefern. Das am besten gesicherte Ergeb-

nis der Therapieforschung besagt, daß die therapeutische Beziehung das Therapieergebnis beeinflusst. Dieses Konzept der therapeutischen Beziehung muß also geklärt werden. Wie sieht eine gute therapeutische Beziehung in welcher Therapieform aus? Wie drückt sie sich in der Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn aus?

Greenberg und Pinsof (1986) denken, daß in dem Konzept der therapeutischen Beziehung spezifische Variablen, die sich aus der unterschiedlichen Technik ergeben, und generelle Variablen, die dem Beziehungsverhalten zugrundeliegen, miteinander verbunden sind: "Die spezifischen Variablen formen die generellen Variablen und sind auch schon an der Entstehung der generellen Variablen beteiligt, die wiederum die spezifischen, mehr technischen Variablen formt. So ist die Allianz nicht ein eigener Faktor, der unabhängig von technischen Faktoren existiert, sondern wird eher zum Teil auch dadurch gebildet, daß in der Therapie die spezifischen Dinge getan werden, die den Unterschied zu machen scheine." (S.12, Übersetzung von MF). Die unterschiedlichen Qualitäten der Therapiebeziehung in unterschiedlichen Therapierichtungen sollten so beschrieben werden, daß deutlich wird, was z.B. in einer Therapiebeziehung, in der PatientIn und TherapeutIn gemeinsam Expositionsübungen durchführen, positiv wirkt und was in einer Therapiebeziehung, in der die TherapeutIn sich v.a. nicht-direktiv und interpretierend verhält, hilfreich erlebt wird.

Ein Schritt zum besseren Verständnis des Geschehens in der therapeutischen Beziehung ist die begriffliche Trennung zwischen therapeutischer Beziehung und therapeutischer Allianz (Frieswyk et al.1986). Die therapeutische Allianz "kann als Barometer der therapeutischen Veränderung gesehen werden, in deren Variationen sich der Einfluß spezifischer Behandlungsinterventionen widerspiegeln und zwar sowohl in ihrem unmittelbaren Effekt als auch in ihrer kumulierten Auswirkung auf den Therapieprozess und sein Ergebnis" (Frieswyk 1986). Die Allianz verändert sich unter dem Einfluß von Interventionen und beeinflusst das Therapieergebnis. Sie kann beobachtet werden als Ausmaß und Art der Zusammenarbeit der PatientIn an den Aufgaben der Therapie und sollte getrennt werden von der von der PatientIn empfundenen Unterstützung von Seiten der TherapeutIn. Die Aktivität der TherapeutIn sollte als Einflußfaktor der Allianz betrachtet werden und nicht als Kompo-

nente der Allianz. Die therapeutische Allianz ist demnach eine PatientInnen- und Prozeßvariable, die den Einfluß von Kurzzeit- und Langzeitwirkungen der therapeutischen Interventionen widerspiegelt. In neueren Arbeiten ergab sich übereinstimmend, daß die therapeutische Allianz ein guter Prädiktor für den Therapieerfolg ist (z. B. Kächele & Fiedler 1985, Hentschel 1990). Die Zusammenarbeit der PatientInnen wird gefördert durch die persönliche Beziehung zur TherapeutInnen und die Technik der TherapeutInnen, wobei die Beziehung verstanden wird als Übertragungsbeziehung, die auf Erfahrungen früher liebevoller und unterstützender Beziehungen basiert.

Diese Forderung nach einer differenzierten Beschreibung der Komponenten in der Psychotherapie gilt also auch für die Partizipation der PatientInnen: die unterschiedlichen Arten von Partizipation, die in unterschiedlichen Therapien und bei unterschiedlichen Aufgaben positiv wirken, sollten eruiert werden.

Das Ergebnis dieser differenzierten Betrachtung kann ein Prozeßmodell sein, das übergreifend über die Therapierichtungen die generelle Wirkungsweise von Psychotherapie und ihre Entstehung durch einzelne, spezifische Veränderungsschritte und Wechselwirkungen erfaßt. Diese Prozeßforschung muß eine Mehrebenen-Prozeßforschung sein. Mehrebenen -Prozeßforschung ist nach der Definition von Czogalik (1986):

".. ein Vorgehen, bei dem Variablen oder Meßwerte aus mehreren Beurteilungs-, Verhaltens- und/oder Erlebens-Ebenen (z.B. Selbstbeurteilung, Fremdbeurteilung, klinisches Urteil, objektives Sprechgeschehen u.a.) in ihrer wechselseitigen Verschränkung analysiert werde." (S.13)

Die drei hierarchisch geordneten Ebenen der Psychotherapie – einzelne Interaktionen ausgedrückt in Sprache oder Aktionen, die unterschiedlichen Episoden der Therapie und die therapeutische Beziehung – müssen in ihrem wechselseitigen Einfluß aufeinander untersucht werden: "..die Beziehung beeinflusst z.T. den Effekt spezieller Techniken (Sprache/Aktion), die teilweise das Resultat einzelner Episoden bestimmen, das teilweise die Beziehung beeinflusst" (Greenberg & Pinsof 1986. Übersetzung von MF). So können spezifische und generelle Faktoren jeder Behandlung besser differenziert werden.

Eine weitere Forderung ist die nach der Einbeziehung der unterschiedlichen Kommunikationsebenen in die Analyse von Psychotherapie. Körpersprache, Gesichtsausdruck und Stimmodulation sind neben dem Verbalverhalten wichtige menschliche Ausdrucksformen, die aber bisher kaum einbezogen wurden.

Die Einbettung des Psychotherapieprozesses in ein gesellschaftliches und kulturelles Umfeld wird inzwischen bei der Definition von Prozeßforschung und Erstellung von Prozeßmodellen berücksichtigt. So definieren Greenberg & Pinsof Prozeßforschung 1986 als :

„Prozeßforschung ist die Untersuchung der Interaktion zwischen den Systemen PatientIn und TherapeutIn. Das Ziel von Prozeßforschung ist, die Veränderungsprozesse in der Interaktion zwischen diesen beiden Systemen zu identifizieren. Prozeßforschung umfaßt alle Verhaltensweisen und Erfahrungen dieser Systeme, innerhalb und außerhalb der Therapiesitzungen, die zu dem Veränderungsprozeß gehören“ (S.18, Übersetzung von MF).

Nach Czogalik (1984) sollte ein Prozeßmodell verlaufsorientiert, konkret genug formuliert, um empirisch überprüfbar zu sein und psychologisch-inhaltlich aussagefähig sein. Diese Forderungen werfen folgende von Czogalik (1989) formulierte Probleme der Prozessforschung auf:

- Das Erfassungsproblem stellt die Frage, inwieweit theoretische Konstrukte durch einen Meßvorgang abgebildet werden. Wie kann z.B. affektiv-kognitive Involvement des Patienten gemessen werden? Untergeordnet ist hier das Einheiten-Problem: welche Erfassungseinheit der gewählten Variablen ist adäquat: Stundenebene, zwischen zwei Sprecherwechseln, eine thematisch abgeschlossene Episode?
- Das Veränderungsproblem fragt, wann eine Veränderung eine psychologisch relevante Veränderung ist. Veränderung drückt sich nicht nur quantitativ, sondern auch durch Qualitätsveränderungen aus, Veränderungen geschehen nicht immer zeitlichlinear, sondern in phasischen Verläufen, Trendänderungen oder Veränderungen in der Variabilität.

- Das Bedeutsamkeitsproblem schließlich hinterfragt noch einmal den Zusammenhang zwischen der psychologischen Bedeutung und der quantitativen Ausprägung. Empirisch quantifizierende Ansätze gehen davon aus, daß die psychologische Bedeutung von Ereignissen mit der Häufigkeit ihres Auftretens zusammenhängt. Nun kann sich aber die psychologische Bedeutung ab einem bestimmten Ausprägungsgrad ändern: z. B. kurze Pausen in den Sitzungen können eine kognitive Beteiligung des Patienten signalisieren, während lange Pausen auf Widerstand hindeuten. Außerdem gibt es Ereignisse, die selten auftreten, aber (vielleicht gerade deshalb?) eine beträchtliche Wirkung haben: z.B. Lachen, eine treffende Interpretation, ein lang nachwirkende Aussage.

5.5 Einzelfallforschung

Die Verbindung zwischen den Ereignissen in der Therapiestunde und den Veränderungen der PatientIn konnte bisher durch gruppenstatistische Untersuchungen nicht identifiziert werden (Garfield 1990). 1988 stellt Grawe skeptisch in Frage, daß 4000 oder mehr kontrollierte Psychotherapiestudien besser als Freuds Fallgeschichten Aufschluß über die Wirkungsweise von Psychotherapie geben. Unter dem programmatischen Titel "Zurück zur Einzelfallforschung!" fordert er ein "besseres (grundlagenwissenschaftliches) Verständnis von Psychotherapie". Um zu verstehen, was in Psychotherapien geschieht, sollte erst einmal eine oder wenige Psychotherapien genau analysiert werden – wenn möglich mit unterschiedlichen Methoden, wie es das Ziel der "Psychotherapeutischen Einzelfall-Prozeßforschung (PEP)" ist – und diese Ergebnisse können die Grundlage zur Analyse anderer Therapien und Therapieformen bilden.

Einzelfallstudien untersuchen die spezifischen Charakteristika einzelner Elemente. Der Bedeutungskontext der einzelnen Merkmale bleibt erhalten und der Einfluß zwischen einzelnen Merkmalen und dem Kontext kann bestimmt werden. Die einzelnen Ereignisse, aus denen sich der Therapieprozeß zusammensetzt, können so durch identifiziert und beschrieben werden, die Verbindungen zwischen den einzelnen Elementen können bestimmt werden. Nach Westmeyer (1979,S.31) können Ein-

zellfallstudien in einer exploratorischen Funktion im Entstehungszusammenhang wissenschaftlicher Theorien stehen, in konfirmatorischer Funktion im Begründungszusammenhang oder in der Funktion der Überprüfung des Verwertungszusammenhangs wissenschaftlicher Theorien, Gesetze und Hypothesen. Einzelfall- und Gruppenstudien stehen demnach also nicht in einem "konkurrierend-disjunktem Verhältnis", sondern in einem "Verhältnis von Sichtung zu Ordnung" (Czogalik 1986).

6 Begriffsklärung: Fokus und Fokussieren

6.1 Fokus und Fokussieren in der Linguistik und in der Psychoanalyse

Der Begriff des Fokus hat in der Linguistik und in der Psychoanalyse festgelegte Bedeutungen.

Von GesprächsanalytikerInnen wird der Fokus definiert als "gemeinsame Orientierung von Gesprächsteilnehmern auf eine bestimmte Aktivität oder einen komplexen Interaktionsvorgang (wie eine Geschichte erzählen)" (Definition von Kallmeyer, zit. nach Streeck 1989, S.138). Die einzelnen Äußerungen stehen in einem bestimmten Zusammenhang, der wechselseitig ausgehandelt wurde. Der Fokus beschreibt also das Ergebnis einer "gemeinsamen Einigung auf eine bestimmte Aufmerksamkeitsausrichtung" (Streeck 1989, S.139). Der Fokus kann sich unterscheiden vom Topic oder Thema des Gesprächs. Mit Topic wird bezeichnet "What is being talked about" (Schenkein 1972, zit. nach Streeck 1989, S.137). Topics oder Themen können sich unabhängig vom Fokus verändern, Topic und Fokus können aber auch zusammenfallen, was nach Schenkein große "interaktionelle Kraft" freisetzt und "starke interaktionelle Konsequenzen" nach sich zieht (zit. nach Streeck 1989, S.137).

In der psychoanalytischen Begriffsbestimmung des Fokus hat inzwischen ebenfalls eine Entwicklung stattgefunden, die das interaktionelle Geschehen betont. Balint (1973) beschrieb den Fokus noch als unbewußten Konflikt der PatientIn, der von der TherapeutIn in Form einer Deutung als Leitlinie der therapeutischen Arbeit verbalisiert wird. U. Streeck (1991) weitet diesen Fokusbegriff, der für neurotische Störungen galt, aus auf strukturelle Störungen. In dem Fokus wird ein "zentraler Aspekt" der "charakteristischen Störungen des Selbst und der Objektbeziehungen" festgehalten (S.7). Der von den TherapeutInnen formulierte Fokus hat die Funktion, die verschiedenen therapeutischen Aktivitäten z.B. im stationären Behandlungssetting zu integrieren und zu steuern (aoG, S.7). Die "gleiche Fokalpathologie" kehrt in einer "Vielzahl thematischer Ausgestaltungen wieder" (aoG, S.8). In der Behandlung der PatientInnen sollen "bestimmte Themen im Vordergrund stehen, die einen

gemeinsamen Fokus widerspiegeln" (aoG, S.9). Die therapeutische Arbeit setzt also an Themen an, die von der PatientIn präsentiert werden, und Teile des Fokus repräsentieren.

Thomä und Kächele (1985) betonen bei der Fokusbildung das interaktionelle Geschehen zwischen TherapeutIn und PatientIn: Die von der PatientIn angebotenen Themen können zum Fokus werden, „wenn

1. der Analytiker ihm sinnvoll erscheinende Hypothesen über unbewußte Motive generieren kann,
2. es ihm gelingt, den Patienten mittels geeigneter Interventionen zu diesem Thema hinzuführen,
3. der Patient emotionales und kognitives Engagement für dieses Thema entwickeln kann." (S.359)

Der Fokus bildet den "interaktionell hergestellten thematischen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit, der sich aus dem Angebot des Patienten und der Versteheleistung des Analytikers ergibt,." (S.362). "Als Indiz für eine stimmige Fokusformulierung ist es zu werten, wenn ein übergreifendes fokales Thema, z.B. unbewußte Trennungsangst, in vielfältigen Facetten thematisiert wird." (S.359) Die Zustimmung der PatientIn ist notwendig, damit der Fokus als Leitlinie der Therapie formuliert werden kann. Diese Zustimmung äußert sich in der weiteren emotionalen und intellektuellen Auseinandersetzung der PatientIn mit Themen, die in Verbindung mit dem Fokus stehen.

S. Streeck (1989)¹ läßt sich in ihrer konversationsanalytischen Untersuchung des Erfolgs therapeutischer Fokussierungen von diesem interaktiven Fokusbegriff von Thomä und Kächele leiten (S.315) und nimmt außerdem Elemente des konfliktzentrierten Fokusbegriffs nach Balint auf. Fokussierung definiert sie nach sprachanalytischen Untersuchungen von Therapiesequenzen als "Verdichtungen des Gesprächs" und "Ausdruck der besonderen Problemsituation des jeweiligen Klienten" (aoG, S.150):

¹ Im folgenden beziehe ich mich mit der Autorenangabe 'Streeck' nur noch auf S. Streeck.

" Durch die Fokussierungsaktivität zeigt der Therapeut,

1. daß er weiß, worüber gesprochen wird; er zeigt
2. die Art seines Verständnisses einer bestimmten Gesprächsphase bzw. des Gespräches 'bis dahin';
3. er zeigt ferner, daß das bislang Gesagte in einer Zusammenfassung in geordneter Form darstellbar ist;
4. indem er ferner einen Aspekt als besonders relevant selektiert, zeigt er seine Einschätzung des Problems; er zeigt auch
5. eine Richtung des Gespräches an, die der Vertiefung, Präzisierung dienen könnte, er zeigt
6. potentiell andere Perspektiven für den Klienten auf sowie
7. andere Interpretationsformen als die vom Klienten benutzten: Fokussierungen enthalten Interpretationen/Deutungen bzw. sind vorbereitende Schritte zu einer Interpretation/Deutung" (S.149).

Im Therapieverlauf identifiziert sie Fokussierungen anhand sprachlicher Eigenschaften der TherapeutInnenaussagen: "Fokussierungen enthalten 'Formulierungen', die fast immer kataphorische oder anaphorische Elemente aufweisen" (Abschluß oder / und Zusammenfassung des bisherigen Gesprächs, Vororientierung und / oder Ankündigung für das fortlaufende Gespräch, S.146):

- "Fokussierung sind problemzentriert, sie sind auf Klärungen bezogen"
- "Fokussierungen weisen oftmals Zusammenfassungen auf, die angekündigt werden"
- "In Fokussierungen wird die 'persönliche Einstellung ' des Therapeuten kenntlich gemacht."
- "Fokussierungen sind oft kontrastiv (indem sie entweder einen inhaltlichen Gegenpol zur Patientendarstellung entwerfen oder zwei verschiedene, sich ausschließende Aspekte zum Thema machen)" (S.167-168)

Das Ergebnis ihrer Untersuchung bestätigt die interaktive Vorstellung der Fokusbildung von Thomä & Kächele: In den analysierten Therapien war die möglichst früh-

zeitige Aufnahme des Fokus durch den Patienten eine Voraussetzung für das Gelingen der Therapie.

6.2 Fokus und Fokussieren in der Interpersonellen Psychotherapie

" FOKUSSIERT, NICHT UNBEGRENZT

Wie andere Kurzzeittherapien ist IPT auf ein oder zwei Problembereiche des gegenwärtigen interpersonellen Verhaltens gerichtet, auf die sich Patient und Therapeut nach einigen Evaluationssitzungen geeinigt haben.

GEGENWÄRTIGE; NICHT VERGANGENE INTERPERSONELLE BEZIEHUNGEN

Der IPT Therapeut fokussiert die Sitzungen auf den unmittelbaren sozialen Kontext der PatientIn, wie er vor oder seit dem Beginn der aktuellen depressiven Episode war....."

(Klerman et al. 1984, S.15, Übersetzung von MF)

Dieses Zitat aus dem einleitenden "Überblick über IPT"(Klerman et al. 1984, S.3-22) macht die zweifache Verwendung des Fokusbegriffs in der IPT deutlich: Die TherapeutIn fokussiert auf den Problembereich und auf interpersonelle Beziehungen.

Diese doppelte Verwendung geschieht auch in der Forschung zur IPT. Aus dem Forschungszentrum in Pittsburg stammen zum Fokus in der IPT zwei Untersuchungen:

1. Die Studie von Frank et al.(1991), in der mit einer Rating-Skala eingeschätzt wurde "das Ausmaß, in dem die TherapeutIn fähig war, den Fokus der PatientIn auf interpersonelle Belange zu halten, wenn dieser Fokus vorhanden war, oder den Fokus auf interpersonelle Belange zu richten, falls nicht vorhanden"(Frank 1991, Übersetzung MF, S.1054). Mit dieser Rating-Skala wurde evaluiert, inwieweit TherapeutIn und PatientIn unabhängig vom Problembereich über interpersonelle Beziehungen sprechen.

2. In der Studie von Wolfson et al.(1997) mit dem Titel:"Foci of interpersonal Psychotherapy (IPT) in depressed Elders:Clinical and Outcome Correlates in a combined IPT / Nortriptyline Protocol", wird der Fokus der Therapie mit dem Problembereich gleichgestellt.

Die interaktive, themenzentrierte Vorstellung zur Fokusbildung von Thomä & Kächele läßt sich zur Bestimmung des Problembereichs in der IPT übernehmen, wobei es in der IPT nicht um "Hypothesen über unbewußte Motive" (Thomä & Kächele, S.358), sondern um das "Verständnis der Probleme in sozialen Beziehungen" (Klerman et al., S.91) geht. Zur Bestimmung des Problembereichs soll "die IPT-TherapeutIn der PatientIn ihr Verständnis der aktuellen interpersonellen Probleme mitteilen.... Die Techniken der IPT sollen beschrieben werden, v.a. der Hier-und-Jetzt-Bezug soll deutlich werden.... Die Rolle der PatientIn in diesem Prozeß ist, mit der TherapeutIn den Fokus der Behandlung zu bestimmen und neues Material einzubringen, das die Arbeit vorantreibt. PatientInnen sollten wissen, daß sie größtenteils für die Auswahl der Topics, die zu besprechen sind, verantwortlich sind" (aoG S.91).

Gemeinsamkeiten der Fokusbildung nach Thomä & Kächele und des IPT-Konzeptes liegen in der interaktiven Bestimmung des Fokus, der Bestätigung für eine gelungene Fokusbildung durch die vielfältige Thematisierung durch die PatientIn und in der Generierung von Hypothesen über den Zusammenhang der von den PatientInnen dargebotenen Themen. In der IPT dienen diese Hypothesen der Einordnung der individuellen Probleme in den sozialen Beziehungen unter einen der vier IPT-spezifischen Problembereiche. Das Ziel der IPT ist die Verbesserung der interpersonellen Beziehungen (aoG S.77, S.91), die Einordnung unter die Problembereiche dient der Strukturierung der Arbeit in der Therapie, „so daß PatientIn und TherapeutIn auf (die Probleme) fokussieren können, die die PatientIn am meisten betreffen" (aoG S.7). Der Fokus der IPT wird also durch den Problembereich bestimmt und durch berichtete Ereignisse in den aktuellen interpersonellen Beziehungen thematisiert.

Die Fokussierung auf den Problembereich und interpersonelle Beziehungen ist die spezifische Intervention, die IPT von anderen Therapien unterscheidet (DeRubeis et

al. 1982) und sie ist, wie in einer Studie von Frank (1991)² gezeigt wurde, außerdem mit einem positiven Therapieergebnis verbunden.

Frank verwendete eine Therapie-Rating-Skala, die entwickelt worden war, um IPT von kognitiver Psychotherapie, psychodynamischer Therapie und Arztgesprächen zu unterscheiden. In den IPT-spezifischen Items wird eingeschätzt, wie häufig Beziehungen zu anderen Menschen in der Therapiestunde thematisiert werden.

Typische Items sind:

- In welchem Umfang explorierte die TherapeutIn die Möglichkeit der PatientIn Beziehungen und Aktivitäten zu beginnen oder wieder aufzunehmen?
- In welchem Ausmaß fragte die TherapeutIn nach dem Umfang und der Angemessenheit des sozialen Netzwerkes der PatientIn?
- In welchem Ausmaß forderte die TherapeutIn die PatientIn auf, wichtige Ereignisse aus vergangenen Beziehungen zu erinnern?

IPT- PatientInnen, in deren Therapie die Thematisierung von Beziehungen oberhalb des Medians lag, hatten eine mittlere episodenffreie Zeit von 2 Jahren, während bei Therapien unterhalb des Medians die episodenffreie Zeit weniger als 5 Monate betrug. Das Ausmaß der Fokussierung auf zwischenmenschliche Beziehungen in den Therapien, war kein konsistentes Therapeutenmerkmal, sondern ein Dyadenspezifikum. Frank fordert daher eine Maximierung der Wirksamkeit von Psychotherapie durch eine gründlichere Ausbildung der TherapeutInnen für die Anwendung spezifischer Interventionen sowie die Erforschung von Möglichkeiten, günstige Patient-Therapeut-Passungen herzustellen (Frank 1991, S.1058).

Die Abhängigkeit der Fokussierung von der therapeutischen Dyade, läßt darauf schließen, daß die therapeutische Beziehung eine vermittelnde Variable zwischen Fokussierung und Therapieerfolg darstellt. Zur Erforschung der Passung von PatientIn und TherapeutIn sollte also die Fokussierung im Zusammenhang mit der Qualität der therapeutischen Beziehung untersucht werden.

² siehe auch Kap.4 dieser Arbeit

7 Hypothesen und Fragestellungen

Es lassen sich, wie in Kapitel 4 ausgeführt, nach den Ergebnissen der Psychotherapieforschung vier wesentliche Komponenten des Therapieprozesses unterscheiden, die im Zusammenhang mit möglichen Veränderungen in der Therapie stehen (s. auch Czogalik 1989):

- Therapeutische Interventionen,
- die Partizipation der PatientIn,
- die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung und
- die Involvierung der PatientIn in das Therapiegeschehen.

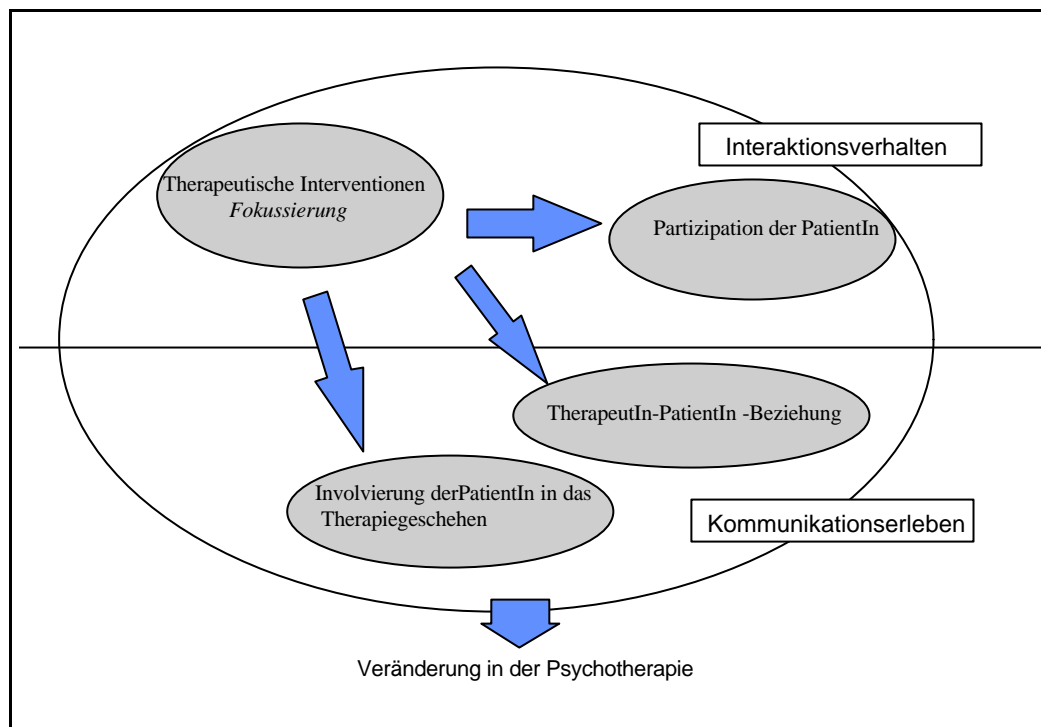
Die therapeutische Intervention, die spezifisch für IPT ist (DeRubeis et al. 1982) und nach Frank (1991) Auswirkung auf den Therapieausgang hat, ist die Fokussierung auf den Problembereich und interpersonelle Beziehungen¹.

In dieser Arbeit wird der Einfluß dieser IPT-spezifischen Intervention 'Fokussierung' auf die übrigen drei Hauptkomponenten des Therapieprozesses untersucht. Alle vier Komponenten lassen sich auf zwei Ebenen des Therapieprozesses ansiedeln: dem Interaktionsverhalten und dem Kommunikationserleben. 'Therapeutische Interventionen' und die 'Partizipation der PatientIn' sind Elemente des Interaktionsverhaltens, während die 'TherapeutIn-PatientIn-Beziehung' und die 'Involvierung der PatientIn in das Therapiegeschehen' Aspekte des Kommunikationserlebens darstellen. Das Geschehen in der Psychotherapie wird somit auf der Verhaltens- und der Erlebensebene gefaßt.

In der vorliegenden Arbeit wird also die Wirkung der Fokussierung auf die therapeutische Beziehung aus der Sicht der PatientIn und der TherapeutIn, auf die Partizipation der PatientIn und auf ihre Involvierung in die Therapie untersucht.

¹ s. auch Kapitel 4

Abbildung 1: Die vier Komponenten des Therapieprozesses in ihrer Zuordnung zum Interaktionsverhalten und Kommunikationserleben



Bei der Konzentration auf das Fokussierungsgeschehen ist zu berücksichtigen, daß einzelne Variablen der Interaktion in einen Kontext eingebunden sind und dieser Kontext Einfluß auf die Wirkung der einzelnen Interaktionsmerkmale hat (Czogalik 1989, S.37). So ist auch die Fokussierung in der IPT eingebunden in ein generelles unterstützendes und aktives Interventionsverhalten der TherapeutIn. Dieser Kontext der Fokussierungstätigkeit muß mitberücksichtigt werden.

Die Leithypothese dieser Arbeit lautet also:

Fokussierendes Interventionsverhalten der TherapeutIn führt zur aktiven Beteiligung der PatientIn in der Therapiesitzung und wird als unterstützend und hilfreich erlebt, wenn es mit einem aktiven und unterstützenden Interventionsstil der TherapeutIn verbunden ist.

Diese Leithypothese wird anhand einzelner Hypothesen, die den Ebenen des Interaktionsverhaltens und des Kommunikationserlebens zugeordnet sind, überprüft, wobei das Hauptinteresse dieser Arbeit an der Überprüfung der Wirkung des Fo-

kussierungsverhaltens der TherapeutIn auf die Partizipation der PatientIn liegt, da die Teilnahme der PatientIn an der Therapie nach den Ergebnissen der Therapiefor-
schung eine der wichtigsten Determinanten für den Therapieerfolg ist.

7.1 Hypothesen zum Interaktionsverhalten in der IPT

7.1.1 Therapeutische Interventionen: Fokussierung im Kontext einer aktiven und unterstützenden therapeutischen Haltung

Die IPT-TherapeutIn soll nicht nur auf interpersonelle Beziehungen fokussieren, sondern auch eine aktive und unterstützende Haltung einnehmen²:

- „Die TherapeutIn ist aktiv, nicht passiv“ (Klerman 1984; S.215).
- „...die IPT-TherapeutIn ... vermittelt Wärme und bedingungslose positive Wertschätzung. Im Wesentlichen ist die TherapeutIn eine freundliche und hilfreiche Verbündete.“ (AoG, S. 214),.

so daß zur Untersuchung der Wirkung der Fokussierung dieser Kontext der Interventionsformen mitberücksichtigt werden muß.

1. Hypothese:

Fokussierungsverhalten in der IPT tritt gemeinsam mit einem allgemeinen aktiven Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.

2. Hypothese:

Fokussierung in der IPT tritt gemeinsam mit einem unterstützenden, zuwendung-vermittelnden Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.

7.1.2 Interaktionsverhalten der PatientIn: Partizipation an der Therapie

Die aktive Teilnahme der PatientIn an der Therapie ist nach den bisherigen Ergebnissen der Therapieforschung ein Ausdruck einer gelungenen therapeutischen Allianz und eine der wichtigsten Determinanten des Therapieerfolges (s. Kap.4). Als Prozeßvariable wird sie beeinflusst von den Kurzzeit- und Langzeitwirkungen der therapeutischen Interventionen (Frieswyk et al. 1986). In der IPT müßte also die Fokussierung der TherapeutIn Einfluß haben auf die Partizipation der PatientIn.

3. Hypothese:

Fokussierung der TherapeutIn fördert die Partizipation der PatientIn an dem Therapieverlauf.

7.2 Hypothesen zum Erleben des Therapieprozesses der IPT**7.2.1 Das Erleben des Therapieprozesses durch die PatientIn*****Die Wahrnehmung der TherapeutIn-PatientIn Beziehung***

Der Zusammenhang zwischen einer von der PatientIn positiv wahrgenommenen therapeutischen Beziehung und einem befriedigenden Therapieergebnis ist das am

²s. auch Kap.4.1.5

besten gesicherte Ergebnis der Psychotherapieforschung (s.Kap.4). Zu einer positiv erlebten therapeutischen Beziehung gehört die Wahrnehmung von Unterstützung sowohl wie die Wahrnehmung der „working alliance“, die sich in einem Gefühl von befriedigender Produktivität ausdrückt (Frieswyk 1986).

4. Hypothese:

Fokussierung in der IPT führt bei der PatientIn zu einem Erleben von Unterstützung.

5. Hypothese:

Fokussierung in der IPT führt bei der PatientIn zu einem Erleben von Produktivität.

Involvierung der PatientIn in den Therapieprozeß

Nach Czogalik (1989) führen therapeutische Interventionen zu einer verstärkten Involvierung der PatientIn in den Therapieprozeß, was sich in einer veränderten Selbstwahrnehmung und Selbsterleben der PatientIn (s. Kap.4) ausdrückt.

6. Hypothese:

Fokussierung fördert das Erleben von Selbstreflexion der PatientIn in den Therapiestunden.

7. Hypothese:

Fokussierung fördert das Erleben von Selbstwahrnehmung der PatientIn in den Therapiestunden

7.2.2 Das Erleben des Therapieprozesses durch die TherapeutIn:

Die TherapeutIn-PatientIn Beziehung

Unter dem Begriff 'TherapeutIn-PatientIn-Beziehung' oder auch 'Therapeutische Beziehung' werden mehrere Komponenten zusammengefaßt. Nach dem Generic Model von Orlinsky und Howard (1986,1987, Orlinsky 1994) sind dies die Allianz zwischen PatientIn und TherapeutIn, die Intensität der Zusammenarbeit, des gegenseitigen Kontaktes und der wechselseitigen Gefühlsbeteiligung sowie die Gesprächsatmosphäre. Die Wahrnehmung der TherapeutIn kann somit durch drei Dimensionen erfaßt werden:

- Das Erleben der therapeutischen Beziehung,
- das Erleben von Produktivität und
- die Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre.

Die Auswirkung von Fokussierung auf die therapeutische Beziehung in der Wahrnehmung der TherapeutIn wird anhand dieser drei Dimensionen untersucht.

8. Hypothese:

Fokussierung führt zu einem positiven Erleben der therapeutischen Beziehung bei der TherapeutIn.

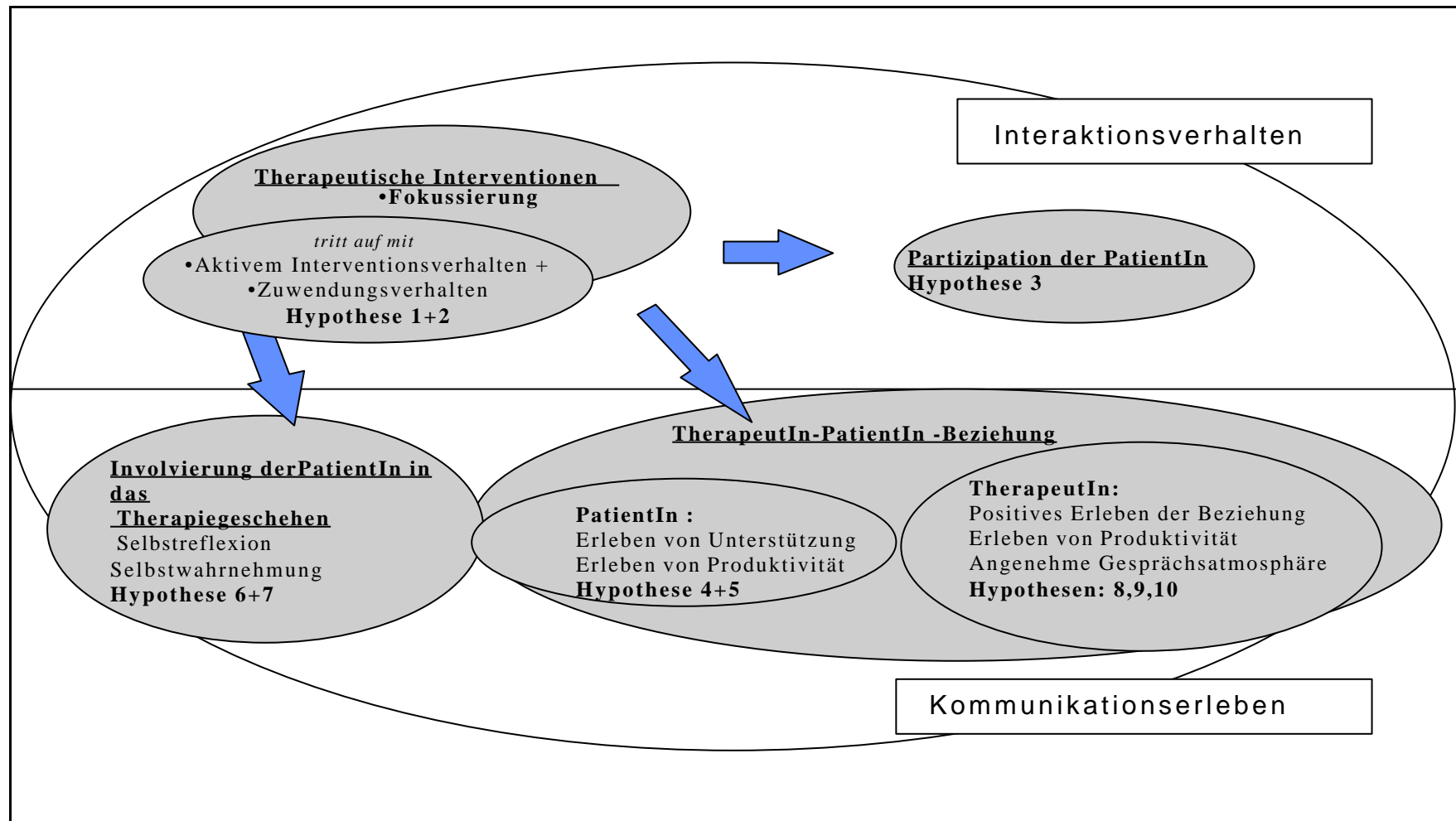
9.Hypothese:

Fokussierung führt zu einem Erleben von Produktivität bei der TherapeutIn.

10.Hypothese:

Fokussierung führt zu einer angenehmen Gesprächsatmosphäre.

Abbildung 2: Die Hypothesen in Bezug zu den Therapiekomponenten



II. Material und Methoden

8 Ausgangslage: Die analysierten Therapien

8.1 Zur Auswahl der Therapien

Die Interpersonelle Psychotherapie wurde auf einer offenen Station der psychiatrischen Klinik des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit in Mannheim durchgeführt. PatientInnen mit der Diagnose einer depressiven Störung nach ICD 10 und einem Wert von mindestens 18 Punkten in der Depressivitätsskala von Hamilton (Hamilton 1960) konnten zwischen der Behandlung mit Tricyklika oder Interpersoneller Psychotherapie wählen. Voraussetzung für die Durchführung der Interpersonellen Psychotherapie ohne weitere antidepressive Medikation war die Vorstellung der PatientInnen, daß Gespräche ihnen helfen können, die depressive Symptomatik zu bewältigen. Alle Therapiesitzungen wurden zu Supervisionszwecken auf Video aufgezeichnet. Aus den vorliegenden videografierten IPT-Therapien wurden jeweils drei Therapien einer Therapeutin und eines Therapeuten ausgewählt. Es sollte ein Vergleich zwischen TherapeutInnen unterschiedlichen Geschlechts möglich sein. Ein weiteres Kriterium für die Auswahl der Therapien war das möglichst vollständig durchgeführte Rating der Videobänder, so daß eine ausreichende Datenmenge zur Analyse vorlag.

Beide TherapeutInnen hatten zum Zeitpunkt der ausgewählten Therapien die IPT-Ausbildung abgeschlossen. Die Therapien waren unter Supervision durchgeführt worden, somit war eine manualgerechte Durchführung der Therapien gewährleistet.

Therapeut A war 32 Jahre alt mit 2 Jahren Therapieerfahrung. Er war damals in der Ausbildung als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Therapeutin B ist Diplom-Psychologin, zum Zeitpunkt der Therapien war sie 37 Jahre alt und hatte 4 Jahre Erfahrung mit psychoanalytisch orientierten Therapien.

8.2 Inhaltliche Beschreibung der Therapieverläufe - Fallvignetten

8.2.1 Therapie A1

Die 38jährige¹ Patientin wurde nach einem Suizidversuch mit Tranquilizern aus dem Klinikum in die stationäre Behandlung des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit übernommen.

Dem Suizidversuch vorausgegangen war eine Phase mit Überlastungs- und Insuffizienzgefühlen, depressiven Verstimmungen und Interesseverlust. Direkter Auslöser war eine Auseinandersetzung mit dem Ehemann. Es war ihr dritter Suizidversuch.

Sie hatte eine Lehre abgeschlossen, war aber seit Beginn der zweiten Ehe nicht mehr berufstätig. Sie hatte drei Töchter (10-14 Jahre alt) aus erster Ehe, alle bezeichnete sie als „ungeplant und ungewollt“. Vor vier Jahren hatte sie ihren jetzigen Ehemann kennengelernt und lebte nun mit ihm in einem gemeinsamen Haus. Der Mann, verwitwet, brachte einen zum Zeitpunkt der Therapie 15jährigen Sohn und eine 18jährige Tochter mit in die Ehe.

Ihre Kindheit bezeichnete sie als normal. Ihr Vater, „ein Patriarch“, war als Frührentner überwiegend zu Hause. Die Mutter verdiente als Putzfrau zusätzlich zur Rente und hatte wenig Zeit für die Kinder. Die Patientin war das mittlere von drei Kindern.

In der Therapie gab sie an, darunter zu leiden, daß die Familie auf ihre Bedürfnisse nicht genügend Rücksicht nähme und v.a. der Ehemann in Konflikten mit den Kindern nicht zu ihr halte. Sie forderte, daß seine Tochter nach ihrem 18. Geburtstag aus dem gemeinsamen Haushalt ausziehen sollte, während der Mann ihr noch ein Jahr Zeit lassen wollte. Eine Auseinandersetzung um diesen Auszug und der anschließende Suizidversuch fanden am 18. Geburtstag der Tochter statt.

Die Patientin hatte keine psychiatrischen oder psychotherapeutischen Vorerfahrungen. Ihre Kinder hatten Kontakte zu Erziehungsberatungsstellen. Im ZISG bekam sie

¹ Altersangaben und Jahreszahlen wurden zur Wahrung der Anonymität geändert.

die Diagnose: Zustand nach depressiver Entwicklung (ICD 9: 309.1), bei Verdacht auf emotional instabiler Persönlichkeit (ICD 9: 301.8).

Der stationäre Aufenthalt dauerte 10 Wochen, die Interpersonelle Psychotherapie, die in der ersten Woche nach der Aufnahme begonnen wurde, dauerte 25 Sitzungen innerhalb von 22 Wochen. Der Hamilton - Wert betrug 21 Punkte zu Beginn der Therapie und 19 Punkte am Ende der Therapie, während der Therapie kam es zu ausgeprägten Schwankungen der depressiven Symptomatik. Die Patientin hatte in der Beendigungsphase Kontakt zu einer niedergelassenen Psychotherapeutin aufgenommen zur Durchführung einer längerfristigen Therapie. Vier Tage nach Beendigung der IPT unternahm sie einen erneuten Suizidversuch und wurde wieder im ZISG² aufgenommen.

Der bearbeitete Problembereich lag im Themengebiet 'Rollenkonflikt': Die Patientin wollte klären, ob sie in dem Konflikt mit dem Ehemann, v.a. um den Aufenthalt der Tochter, eine befriedigende Lösung erarbeiten kann, oder eine Trennung von dem Ehemann vorzieht.

Die Therapie verlief unstrukturiert, es ist keine deutliche Einteilung in die drei Therapiephasen der IPT erkennbar. Oft erschien es so, als mache die Patientin ihre Therapie alleine. Auf den Videobändern wirkt der Therapeut distanziert, er griff wenig in den Verlauf der Therapie ein. Die Patientin schilderte sich zu Beginn der Therapie als Opfer der Familie. Sie war vorwurfsvoll gegenüber „denen zu Hause“, die sie für ihren Klinikaufenthalt verantwortlich machte. Sie beschrieb sich als leicht verletztlich und nachtragend. Jahrelang habe sie ihre Gefühle der Überforderung verdrängt und nur als Aggressivität und Reizbarkeit gespürt. Im Laufe der Therapie konnte sie ihre Gefühle deutlicher wahrnehmen. Es kam zu klärenden Gesprächen mit dem Ehemann, aber es war wenig Bereitschaft der Patientin, zur Änderung ihres Verhaltens im Umgang mit anderen zu erkennen. Nach einer Suiziddrohung ihrer Tochter kehrte sie in das gemeinsame Haus zurück. Ihr Vorhaben alleine zu wohnen, scheiterte auch daran, daß sie in den nächsten Jahren keine Aussicht auf

² Zentralinstitut für Seelische Gesundheit

die Zuteilung einer Ein-Zimmer-Wohnung sah. In der Beziehung zu ihrem Mann kam sie zu der Erkenntnis: „Ich kann nicht mit ihm, aber ich kann auch nicht ohne ihn!“ Sie erwogen eine Paar-therapie. Die älteste Tochter des Mannes war vorübergehend ausgezogen, sollte aber wieder zurückkommen.

Die Patientin betonte im Laufe der Therapie immer wieder, wie unterstützend und verständnisvoll sie den Therapeuten erlebte. Die Beendigung fiel ihr schwer, sie wirkte in den letzten Stunden depressiv und dem Therapeuten gegenüber aggressiv.

8.2.2 Therapie A2

Die 51jährige, jünger wirkende Patientin, arbeitete in einer Einrichtung, in der sie selber ihre Ausbildung gemacht hatte. Sie lebte alleine, aber hatte seit mehreren Jahren eine feste Beziehung zu einem Mann, den sie v.a. an Wochenenden traf, den sexuellen Kontakt zu ihm hatte sie abgebrochen. Seit ihrem 40. Lebensjahr litt sie unter depressiven Verstimmungen, die immer im Herbst begannen. Ein Jahr vor der Aufnahme im ZISG traten diese Verstimmungen erstmals auch im Frühjahr auf. Seitdem war sie in nervenärztlicher Behandlung, ohne jedoch eine Besserung zu verspüren. Sechs Wochen vor der stationären Aufnahme hatte sich ihre Stimmung weiter verschlechtert, sie war krankgeschrieben worden und zog sich von Freunden und Bekannten zurück. Sie litt unter einem starken Gefühl von Hoffnungslosigkeit sowie Antrieb- und Interesselosigkeit. Außerdem klagte sie über Angstgefühle, Leere im Kopf, Merkfähigkeitsstörungen, massive Schlafstörungen und Appetitverlust. Seit ca. sechs Wochen trank sie täglich eine bis zwei Flaschen Sekt. Sie hatte Sehnsucht nach dem Tod und gleichzeitig große Angst vor dem Sterben.

Als auslösende oder depressionsverstärkende Situation gab sie zwei unterschiedliche Ereignisse an:

In der Einrichtung, für die sie sich immer sehr engagiert hatte, waren seit zwei Jahren Veränderungen eingetreten: die Institution hatte sich vergrößert und es kam ein neuer Leiter. Sie fühlte sich dort nicht mehr so anerkannt und aufgehoben wie frü-

her. Dazu kamen Kompetenzstreitigkeiten mit einer älteren Kollegin und seit Frühjahr letzten Jahres Probleme am Arbeitsplatz.

Das zweite Ereignis betraf ihre Beziehung zu ihrer Schwester. Sie fühlte sich verantwortlich für die psychisch kranke Schwester und überfordert durch die Sorge um sie. Im Herbst letzten Jahres hatte sie die Einweisung der Schwester in eine psychiatrische Klinik veranlaßt und litt anschließend unter Schuldgefühlen darüber.

Die Schwester und eine alte Tante waren die einzigen noch lebenden Verwandten. Auf den Tod des Vaters vor drei Jahren hatte sie mit Herzschmerzen reagiert. Sie hatte früher immer wieder um die Anerkennung ihres Vater geworben, sie aber nie erreicht. Die Ehe der Eltern war problematisch gewesen und wurde geschieden, als sie erwachsen war.

Die Patientin bekam die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome mit körperlichen Symptomen (ICD 10: F32.11) und Alkoholmißbrauch.

Der stationäre Aufenthalt dauerte 9 Wochen. Die Interpersonelle Psychotherapie wurde in 20 Sitzungen während insgesamt 17 Wochen durchgeführt. Der Hamiltonwert zu Beginn der Therapie betrug 21 Punkte, am Ende 3 Punkte.

Von den aktuellen Problemen - unbewältigte Konflikte am Arbeitsplatz, ambivalente Beziehung zur Schwester, Angst vor dem Älterwerden, unbefriedigende Beziehung zu ihrem Freund - wurde der Problembereich 'Rollenkonflikte' ausgewählt. Der Schwerpunkt wurde auf die Situation am Arbeitsplatz und aktuelle Auseinandersetzungen mit der Schwester gelegt. Therapieziel war, in Konfliktsituationen eigene Bedürfnisse wahrnehmen und durchsetzen zu lernen.

Die Therapie verlief fokussiert, der Therapeut führte die Patientin mehrmals zurück zu den vereinbarten Themen. Konflikte mit der Schwester wurden besprochen, wenn sich aktuelle Anlässe, z.B. Anrufe der Tante mit der Aufforderung, sich um die Schwester zu kümmern, boten. Im Lauf der Therapie betrauerte die Patientin, daß sie der kranken Schwester nicht wirklich helfen konnte. Danach gelang es ihr, sich von überfordernden Ansprüchen zu distanzieren und sie machte die Erfahrung, daß

die Schwester auch ohne sie zurecht kam. Bei der Reflektion ihrer Schwierigkeiten an der Arbeitsstelle wurde die Veränderung des Stellenwertes ihrer Arbeit in ihrem Leben deutlich: Bis vor zwei Jahren war die Einrichtung, in der sie arbeitete, ihr Lebensinhalt gewesen. Ihr Freundeskreis war dort. Von dem früheren Chef hatte sie sich gefördert gefühlt. Mit der Vergrößerung der Einrichtung hatte sich die Atmosphäre verändert. Ihr Gefühl, dort wichtig zu sein, wurde immer zweifelhafter. Von dem neuen Chef fühlte sie sich nicht akzeptiert. Der Zusammenhalt unter den KollegInnen hatte sich gelockert. Diese Veränderungen erschütterten ihr Selbstwertgefühl, so daß sie bei Konfliktfällen verstärkt unter Selbstzweifeln litt. Außerdem führten sie zu einer Leere in ihrem Leben: An die Stelle der freundschaftlichen Beziehungen mit den KollegInnen war nichts Gleichwertiges getreten. Die Patientin realisierte in der Therapie, wie allein sie sich fühlte. Im Lauf der Therapie gelang es ihr, Gefühle besser wahrzunehmen und einzuordnen. Sie versuchte einige Schritte zur Änderung ihrer Lebenssituation: so nahm sie z.B. Kontakte zu eine Freundin wieder auf. Gegen Ende der Therapie, während sie halbtags ihre Arbeit wieder aufgenommen hatte, zeigte sich eine verbesserte Konfliktfähigkeit v.a. zu der Kollegin, außerdem wurde sie unabhängiger von der Anerkennung ihres Chefs. In den letzten Stunden wurde die Unzufriedenheit über ihre Beziehung zu dem Freund deutlich. Konflikte in dieser Beziehung führten zu Stimmungsverschlechterungen. Aber dieser Problembereich wurde in dieser Therapie nicht mehr bearbeitet.

Die Patientin plante eine langfristige psychotherapeutische ambulante Weiterbehandlung, wurde aber zwei Monate nach Beendigung der IPT nach einem Konflikt mit ihrem Freund mit starken Angstgefühlen und erneuter depressiver Symptomatik wieder stationär aufgenommen. Die IPT wurde fortgesetzt, diesmal wurde der Problembereich 'Rollenkonflikt' in der Beziehung zu dem Freund bearbeitet, zusätzlich forderte die Patientin eine antidepressive Medikation.

8.2.3 Therapie A3

Der Patient war 40 Jahre alt, Handwerker und seit einem Jahr arbeitslos. Aus einer früheren dreijährigen Ehe hatte er einen 13jährigen Sohn. Seit der Scheidung litt er

unter psychischen Problemen. Auslöser für die aktuelle depressive Episode war die Beendigung einer 10jährigen konflikthafter Beziehung, die er seit der Ehe geführt hatte. Er litt unter Appetit- und Gewichtsverlust, unter Gefühlen von Hoffnungslosigkeit, Antriebsminderung, depressiver Stimmung, sozialem Rückzug mit Grübelneigung und Alkoholmißbrauch.

Der Patient bezeichnete seine Kindheit als „katastrophal“. Sein Vater war Alkoholiker und hatte im Rausch Frau und Kinder verprügelt. Als der Patient älter war, hatte er zurückgeschlagen. Die Zeit vom 3.-10. Lebensjahr hatte er in der Familie seiner Tante verbracht. Das Leben in dieser Familie erschien ihm immer noch als das Ideal eines harmonischen Zusammenlebens.

Er bekam die Diagnose einer mittelschweren Episode einer rezidivierenden Depression mit Alkoholmißbrauch. Der stationäre Aufenthalt dauerte sechseinhalb Wochen, die Interpersonelle Psychotherapie 12 Wochen mit 16 Sitzungen. Zu Beginn der Therapie betrug der Hamilton-Wert 20, am Ende 2 Punkte.

Das Thema der Therapie lag im Problembereich 'Rollenkonflikte': Die Beziehung mit der Freundin und v.a. die Art und Weise des Streitens wurde reflektiert. Das Therapieziel war, neue Möglichkeiten der Konfliktaustragung zu erarbeiten.

Während der Therapiesprache wurde deutlich, daß der Patient in seinem Bestreben nach Harmonie versucht hatte, Unstimmigkeiten in der Beziehung zu seiner Freundin so lange und so oft wie möglich zu übergehen. Er hatte sich aber oft von der Freundin unter Druck gesetzt gefühlt, so daß der Streit eskalierte: Die Freundin wurde ihm gegenüber häufig gewalttätig. Er hatte dann zurückgeschlagen, wobei er ihr schon mehrmals schwere Verletzungen zugefügt hatte. Es hatte in der Beziehung keine Möglichkeiten gegeben, Konflikte zu bewältigen. Der Patient berichtete, daß er immer wieder sehr unter der Diskrepanz zwischen seinem Beziehungsideal und der Realität gelitten hatte und sich bei Auseinandersetzungen oft zurückgezogen und in Grübeleien verloren hatte. In den Gesprächen zeigte er aber wenig Reflektionsbereitschaft über sein Verhalten. Die Verantwortung für die Eskalationen sah er bei der Freundin. Er nahm sich allerdings vor, in Zukunft Problemen nicht zu lange auszuweichen.

In den ambulanten Therapiestunden nach der Entlassung wurde über seine soziale Situation gesprochen: Der Patient lebte nach der Trennung sehr isoliert, da er alte Bekannte, die ihn aus der Zeit mit seiner Freundin kannten, mied. Es wurden Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme besprochen. Der Patient plante eine anschließende längerfristige Therapie und ein Kompetenztraining.

8.2.4 Therapie B1

Die Patientin war 60 Jahre alt, verheiratet und hatte zwei Kinder. Der inzwischen verstorbene Sohn wurde Ende der 50er Jahre geboren, die Tochter Ende der 60er Jahre. Bis vor fünf Jahren hatte die Patientin als Verkäuferin gearbeitet. Der Ehemann war ebenfalls berentet, aber führte einen Teilzeitjob aus. Sie war eine sehr einfache, ein wenig kindlich wirkende Frau. Sie klagte v.a. über somatische Symptome, wie Druckgefühl im Brustbereich, Schwindel, Schwächegefühle, Schlaflosigkeit. Außerdem war sie antriebslos, interesselos, ängstlich und voller innerer Unruhe. Sie hatte einen stark erhöhten Blutdruck. Es war ihre dritte depressive Episode: Die erste hatte sie 1961 erlitten, nachdem ihr zweites Kind kurz nach der Geburt gestorben war, die zweite 1986 in den Wechseljahren. Ein konkreter Auslöser dieser zweiten Episode war nicht mehr eruierbar.

Auslöser der dritten, aktuellen Episode war der Tod ihres Sohnes. Diesem Tod waren mehrere Verlusterlebnisse vorausgegangen: So war im Sommer des Vorjahres der Ehemann schwer erkrankt, die Tochter war aus der elterlichen Wohnung ausgezogen und einige Monate vor dem Tod des Sohnes war die Mutter der Patientin gestorben.

Der Sohn hatte an einer chronischen Krankheit gelitten und hatte berentet im Haushalt der Eltern gelebt. Für die Patientin war er die wichtigste Bezugsperson gewesen.

Sie bekam die Diagnose einer mittelschweren Episode mit somatischen Symptomen einer rezidivierenden Depression. Der stationäre Aufenthalt dauerte 10 Wochen, die Interpersonelle Psychotherapie 14 Wochen mit 18 Sitzungen.

Gearbeitet wurde im Problembereich der verzögerten Trauerreaktion. Die Trauerarbeit wurde durch die Erinnerung an die Umstände des Todes des Sohnes und durch die Rekonstruktion der Beziehung zu ihm initiiert. Die Patientin hatte zuvor lange versucht, Gefühle der Trauer zu unterdrücken, da sie Angst vor der Intensität der Gefühle hatte. Sie wollte auch dem Gebot des Sohnes folgen, der ihr nach dem Tod ihrer Mutter das Traurigsein verboten hatte. Aufklärung über die Notwendigkeit von Trauer und die Differenzierung zwischen Symptomen der Depression und Trauergefühlen waren immer wieder Thema der Therapie. Der Gedanke, daß dem Sohn durch seinen plötzlichen Tod das von einem Arzt angekündigte Leben im Rollstuhl erspart geblieben war, half der Patientin den Tod besser zu akzeptieren. Der zweite Schwerpunkt der Therapie galt der Intensivierung der Beziehung zu dem Ehemann und der Suche nach neuen Lebensinhalten. Die Patientin war sehr motiviert in der Therapie. Zu Beginn ängstigten sie die Gefühle, die durch die Gespräche geweckt wurden. Im weiteren Verlauf konnte sie die Erleichterung durch die zugelassene Trauer wahrnehmen. Die Patientin beendete die Therapie ohne depressive Symptomatik und blickte zuversichtlich in die Zukunft. Sie wollte die Erfahrung, die sie in der Therapie durch das Sprechen über ihre Gefühle machen konnte, anderen mitteilen, indem sie z.B. mit ihrer Schwester, die inzwischen schwer erkrankt war, über deren Ängste reden wollte.

8.2.5 Therapie B2

Die Patientin kam nach der Trennung von ihrer Freundin zur stationären Behandlung. Sie litt unter Suizidideen, innerer Unruhe, Verzweiflungs- und Insuffizienzgefühlen, sowie ausgeprägter Schlafstörung. Appetitlosigkeit und Fressattacken wechselten sich ab.

Sie war jahrelang von ihrem Vater sexuell mißbraucht worden, ihren alkoholabhängigen Ehemann verließ sie nach 13jähriger Ehe, nachdem er sie vergewaltigt hatte. Sie hatte aus dieser Ehe einen jetzt 27jährigen Sohn und eine 25jährige Tochter. Die Patientin fühlte sich schon früh von Frauen angezogen und nach ihrer Ehe lebte sie in lesbischen Beziehungen.

Es war ihre dritte depressive Episode. Die erste erlebte sie vor zehn Jahren nach dem Ende ihrer ersten Beziehung zu einer Frau. Diese Beziehung hatte das Beziehungsschema von Alkoholmißbrauch und Gewalttätigkeit der Partnerin sowie Unterwürfigkeit der Patientin wiederholt, das sie schon in der Beziehung zu ihrem Vater erlebt hatte. Die zweite depressive Episode folgte der Kündigung ihres Arbeitsplatzes vor einem Jahr nach heftigen Konflikten und dem Vorwurf, sie belästige andere Frauen während der Arbeit.

Die Patientin erhielt die Diagnose einer mittelschweren Episode einer rezidivierenden Depression bei dem Verdacht einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der stationäre Aufenthalt dauerte 11 Wochen, die IPT dauerte 13 Wochen mit 16 Sitzungen. Der Hamilton-Wert zu Beginn der Therapie betrug 19, am Ende 13 Punkte.

Der gewählte Problembereich betraf 'Interpersonelle Rollenkonflikte'. Es sollten Erwartungen, Enttäuschungen und Konflikte in der letzten Beziehung und das Erleben der Trennung reflektiert werden. Das Therapieziel war, Eigenständigkeit zurückzugewinnen. Nach einer Phase voller Selbstvorwürfe wurde ihre Aggression gegenüber der Freundin spürbar. Die Freundin erschien als sadistische, ihre Dominanz ausspielende Frau. Nachdem die Freundin während der Therapie die Beziehung zu der Patientin wieder aufgenommen hatte, veränderte sich das Therapieziel: Die Patientin wollte für sich mehr Eigenständigkeit und Selbstbewußtsein innerhalb der Beziehung gewinnen. Sie durchlebte einige schwierige Wochen, in denen sie immer wieder Angst hatte, Forderungen der Freundin nicht erfüllt zu haben. Im Verlauf der Therapie gelang es aber, daß beide offener über ihre Erwartungen und Ängste miteinander sprechen konnten. Es fanden drei Paargespräche statt (Sitzung 13 -15), in denen die Kommunikationsstrukturen der beiden analysiert wurden und das Bestreben der Patientin nach Abgrenzung unterstützt wurde. Nach der Entlassung machte sie die Erfahrung, daß es ihr in Zeiten, in denen sie nicht mit der Freundin zusammen war, oft besser ging, als wenn sie unter dem Druck der Freundin stand. Dies verringerte ihr Abhängigkeitsgefühl und gab ihr Unterstützung in den Auseinandersetzungen mit der Freundin.

Da die bis zur Selbstschädigung reichende Abhängigkeitsstruktur der Patientin nicht in einer Kurzzeittherapie verändert werden konnte, wurde ihr eine langfristige Therapie empfohlen. Zum Ende der IPT wurde sie wieder depressiver: Sich aus der Therapiebeziehung zu lösen, fiel ihr schwer.

8.2.6 Therapie B3

Die Patientin war 1960 in Osteuropa geboren. Zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme wirkte sie ratlos, hoffnungslos und ängstlich, war innerlich unruhig und voller Schuldgefühle. Sie hatte Suizidgedanken. Außerdem litt sie unter Ein- und Durchschlafstörungen bei anhaltender Müdigkeit. Ihr Denken war verlangsamt, die Konzentrationsfähigkeit gering. Gegen Nachmittag verbesserte sich ihre Symptomatik auffällig.

Zur Vorgeschichte berichtete sie, daß sie drei Jahre zuvor nach Deutschland übersiedelt war. Ihr Ehemann war schon ein Jahr vorher in Deutschland angekommen, hatte inzwischen eine Wohnung besorgt und hatte gehofft, daß er von ihrem zukünftigen Verdienst als Akademikerin profitieren könnte. Er hatte inzwischen ein Verhältnis zu einer anderen Frau aufgenommen, die von ihm schwanger war. Die Patientin ließ sich ein Jahr später von ihm scheiden und ging eine neue Beziehung ein. Dies sei die letzte Zeit gewesen, in der sie sich wohl gefühlt hatte. Sie wechselte in den folgenden Monaten mehrmals den Arbeitsbereich wegen Überforderung. Der stationären Aufnahme ging ein Gespräch mit einer Vorgesetzten voraus, die ihr mit Kündigung gedroht hatte.

Die Patientin erschien noch sehr gebunden an ihr Elternhaus. Bis zur Umsiedelung nach Deutschland hatte sie bei den Eltern gewohnt. Inzwischen lebten die Eltern in einer Kleinstadt im Odenwald. Sie beklagte die mangelnde Wärme im Elternhaus während der Kindheit. Der Vater hatte als Lastwagenfahrer viel Geld verdient, aber sie waren immer arm gewesen, da die Geschwister so viel Ausgaben verursachten. In ihrer Heimat war sie als Deutschstämmige verachtet worden. Der Großvater war unter Stalin ermordet worden, der Vater war während des Krieges sechs Jahre im

Gefängnis gewesen. Die Patientin konnte wegen herausragender Leistungen studieren. Ihre Arbeit war ihr Lebensinhalt gewesen.

Sie blieb 11 Wochen stationär, die IPT der akuten Depression benötigte 27 Sitzungen in 14 Wochen, die Erhaltungsphase dauerte insgesamt 10 Monate. Der Hamilton-Wert zu Beginn der Therapie betrug 33 Punkte, zum Therapieende 9 Punkte.

Gearbeitet wurde im Problembereich Rollenwechsel, wobei die Gefühle, Wünsche, Erwartungen und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Übersiedelung nach Deutschland besprochen wurden. Als Therapieziel wünschte sich die Patientin größere Klarheit über die Gestaltung ihres Lebens und eine Stärkung ihres Selbstbewußtseins. Themen der Therapie waren die Aufarbeitung der bisherigen Erfahrungen in Deutschland sowie eine Entidealisierung des Lebens in ihrem Herkunftsland. Die Patientin fühlte sich von dem Leben in Deutschland enttäuscht; unverstanden und nicht akzeptiert von Deutschen, die sie als ihr weit überlegen wahrnahm. Sie erlebte sich als gescheitert, da mehrere Beziehungen zu Männern in Deutschland inzwischen wieder auseinandergegangen waren, sie sich von Freunden oft ausgenutzt fühlte. In der Therapie wurde sie darin unterstützt, ihre Gefühle der Enttäuschung, Wut, Trauer und Ärger wahrzunehmen und auszusprechen, und zwar sowohl innerhalb der Therapie als auch im Zusammensein mit Freunden und Bekannten. Es ging auch um eine Veränderung ihres Rollenverständnisses als Frau: So nahm sie sich vor, besser für sich selbst zu sorgen, einen befriedigenderen Arbeitsplatz zu finden und Freizeitbetätigungen zu erproben, statt auf einen Ehemann zu warten, der ihr Leben regeln würde. Am Ende der Therapie konnte sich die Patientin auch in Kontakten mit anderen selbstsicherer verhalten, konnte das Alleinsein für sich gestalten und bewarb sich bei mehreren Arbeitsstellen. In monatlichen Treffen im Anschluß an die Therapie wurden aktuelle Konflikte mit Arbeitskolleginnen besprochen, um ihr die Eingewöhnung am neuen Arbeitsplatz zu erleichtern.

9 Die Untersuchungsinstrumente und Analysemethoden

9.1 Untersuchungsinstrumente

9.1.1 Die Evaluation der psychotherapeutischen Interaktion

Die Videoaufzeichnungen der Therapiesitzungen bilden die Datenbasis der Psychotherapieanalysen. Das darin dokumentierte sichtbare Verhalten von TherapeutIn und PatientIn wird mit der 3. Version des Stuttgarter Kategorieninventars zur Interaktionsanalyse (SKI/3) von unabhängigen Beurteilern aus einer Außenperspektive beschrieben. Das SKI/3 wurde von Czogalik und Vanger entwickelt (1993). Es wird hiermit das Interaktionsverhalten in psychotherapeutischen Dialogen "multikanal", d.h. gleichzeitig nach mehreren Gesichtspunkten beurteilt, und somit der Tatsache Rechnung getragen, daß in sozialen Interaktionen simultan Botschaften auf mehreren Ebenen vermittelt werden. So macht es zum Beispiel einen Unterschied, ob therapeutische Konfrontation in einer mittleren Phase der Therapie, verbunden mit Respekt und Engagement in einer Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens appliziert wird, oder ob sie in der initialen Therapiephase, verbunden mit Dominanz und Kritik eingesetzt wird. Mit dem SKI wird das Interaktionsverhalten über gesprächsthematische, sprachformale, nonverbale und gesamteindruckliche Kategorien erfaßt.

35 bipolar formulierte Items beschreiben aus verschiedenen Perspektiven das Interaktionsverhalten von TherapeutIn und PatientIn¹:

- *Bezugnahme und Involvierung des Sprechers*: 12 bipolare Items wie
freundlich – unfreundlich, dominant – submissiv, engagiert – distanziert, beteiligt – unbeteiligt, zugewandt – abgewandt
- *Bezugnahme und Involvierung des Hörers*: 2 bipolare Items
rückmeldend – unresonant, Gestik: manipulierend – ruhig
- *Gesprächsatmosphäre*: 2 bipolare Items
locker – verkrampft, vertraut – fremd

¹ Der Ratingbogen ist im Anhang A beigelegt.

- *Interventionsmodus des Sprechers*: 7 bipolare Items wie
informationsarm – informationsreich, selbstöffnend – selbstverbergend, konfrontieren – stützen
- *Gesprächsthema*: 5 bipolare Items wie
Beziehungen - beziehungsfreie Sachverhalte, Sprecher – andere/s, negative Inhalte – positive Inhalte
- *Themensteuerung*: 4 bipolare Items wie
bejahen - verneinen, fragen - antworten
- *Stimme und Sprechfluß*: 3 bipolare Items wie
laut – leise, traurig – fröhlich

Als Beurteilungseinheit gilt der Sprechbeitrag zwischen zwei SprecherInnen- wechseln, wobei es sich um einen vollständigen Satz handeln muß. Diese Äußerungen sind daher unterschiedlich lang. Eine Therapie besteht aus ca. 100 TherapeutInnen- und PatientInnenäußerungen. Jede Beurteilungseinheit wird von den RaterInnen nach allen 35 Items eingeschätzt, aufeinanderfolgende Äußerungen werden von unterschiedlichen RaterInnen bearbeitet.

Für die Therapien, die in dieser Arbeit analysiert werden, wurden bis zu 11 RaterInnen eingeplant, so daß jede RaterIn jeden 11. Sprechbeitrag einschätzen mußte, und zwar sowohl TherapeutInnen- als auch in gleicher Anzahl PatientInnenäußerungen. Dieses Verfahren wurde gewählt, um mögliche Beurteilereffekte durch Randomisierung zu vermeiden und die zeitlich aufwendigere Methode des Zweitratings zu vermeiden.

Nach Czogalik (1994b) liegen Befunde zur Inter- und Intraraterreliabilität von 113 therapeutischen Sitzungen aus 8 Therapien vor, mit mehr als jeweils 10 000 TherapeutInnen- und PatientInnenäußerungen. Danach ergibt sich auf der Itemebene eine durchschnittliche Interrater-Übereinstimmung von 0.49 und eine Intraraterübereinstimmung von 0.78. Eine Interrater-Übereinstimmung zwischen .40 und .75 wird als befriedigend anerkannt (Fleiss 1981).

9.1.2 Evaluation des Kommunikationserlebens

Am Ende jeder Sitzung füllten TherapeutIn und PatientIn einen Fragebogen zum Selbst- und Kommunikationserleben in der jeweils beendeten Sitzung aus (Stuttgarter Fragebogen zum Kommunikationserleben, SKOM). Dieser Bogen liefert eine summarische Binnenperspektive auf das subjektive Erleben der abgelaufenen Sitzung (Czogalik, 1993) in den Dimensionen 'Selbsterleben', 'Erleben des Therapiepartners', 'Beziehungserleben' und 'Therapieerleben'.

Er umfaßt 32 TherapeutInnen- bzw. 33 PatientInnen- Feststellungen (z.B. "Heute hatte ich Schwierigkeiten, meine Gefühle und Stimmungen auszudrücken", "Mein Vorgehen war deutlich durch mein klinisches Konzept geprägt"), die auf einer fünfstufigen Skala von „überhaupt nicht“ bis „ja, ganz genau“ eingeschätzt werden sollen. Die Aussagen lassen sich keiner spezifischen therapeutischen Richtung zuordnen und bieten somit die Möglichkeit, die Wahrnehmung unterschiedlicher therapeutischer Ansätze zu evaluieren.²

Für IPT -Sitzungen hat Weidenbach (1995) an einer Stichprobe von jeweils 256 TherapeutInnen- und PatientInnenbogen eine Faktorenstruktur mit der P-Technik (Cattell 1951,1977) ermittelt. Es ließen sich vier Faktoren für die TherapeutInnen und fünf Faktoren für die PatientInnen ermitteln. Die Faktoren erklären 55,8% und 51,8% der Gesamtvarianz.

Demnach bildet der SKOM für die IPT -TherapeutInnen die folgenden vier Dimensionen ab:

1. *PatientInnen- und Beziehungserleben*: konstruktiv vs. destruktiv – 34,8% der Gesamtvarianz,
2. *Gesprächsatmosphäre*: entspannt vs. angespannt – 9,1% der Gesamtvarianz,
3. *Therapeutische Involvierung und Lenkung*: aktiv vs. passiv – 7,3% der Gesamtvarianz,
4. *Therapeutisches Vorgehen*: sicher, dynamisch vs. unsicher, stagnierend – 4,7% der Gesamtvarianz.

² Die Fragebögen sind im Anhang A beigelegt.

Für die PatientInnen ergeben sich fünf Faktoren:

1. *TherapeutInnen und Beziehungswahrnehmung*: unsicher vs. sicher – 26,8% der Gesamtvarianz,
2. *Therapiebewertung*: produktiv vs. unproduktiv – 9,6% der Gesamtvarianz,
3. *Selbstwahrnehmungen*: enttäuscht, ratlos vs. zufrieden, hoffnungsvoll – 6,1% der Gesamtvarianz,
4. *Mitteilungsfähigkeit und Beeinflussung*: gehemmt, fremdbestimmt vs. befreit, selbstbestimmt – 5,3% der Gesamtvarianz
5. *Spezifisches TherapeutInnenenerleben*: mütterlich, väterlich, freundschaftlich vs. nicht mütterlich, nicht väterlich, nicht freundschaftlich – 4,0% der Gesamtvarianz.

9.2 Operationalisierung der Variablen

In dieser Arbeit werden die vier Komponenten des Therapieprozesses (Czogalik 1989)³ in der IPT evaluiert. Das Interaktionsgeschehen in der Therapie, das durch das Stuttgarter Kategorieninventar zur Interaktionsanalyse (SKI) beschrieben wird, wird in Beziehung gesetzt zu dem Erleben der Kommunikation, wie es durch den Stuttgarter Fragebogen zum Kommunikationserleben (SKOM) erhoben wurde.

Die Komponenten des Therapieprozesses: 'Therapeutische Interventionen', 'Partizipation der PatientIn', 'TherapeutIn-PatientIn-Beziehung' und 'Involvierung der PatientIn in das Therapiesgeschehen' wurden für die vorliegenden IPT-Therapien spezifiziert, indem Merkmale konstruiert wurden, anhand derer die aufgestellten Hypothesen überprüft werden können. Die Definition der Merkmale geschah theoriegeleitet, das bedeutet, für die untersuchten Komponenten des Therapieprozesses wurden Kriterien erstellt, die aus den Anweisungen im IPT -Manual (Klerman et al. 1985), nach bereits durchgeführten Vorarbeiten oder nach den Rateranweisungen

³ Siehe Kapitel 5.

für die Evaluation des Interaktionsverhaltens abgeleitet worden waren. Die Konstruktion dieser Merkmale wird in diesem Kapitel beschrieben.

Es wurden 6 TherapeutInnenmerkmale gebildet:

- Fokussierung
- Aktives Interventionsverhalten
- Zuwendungsverhalten
- Erleben der Beziehung
- Erleben von Produktivität
- Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre

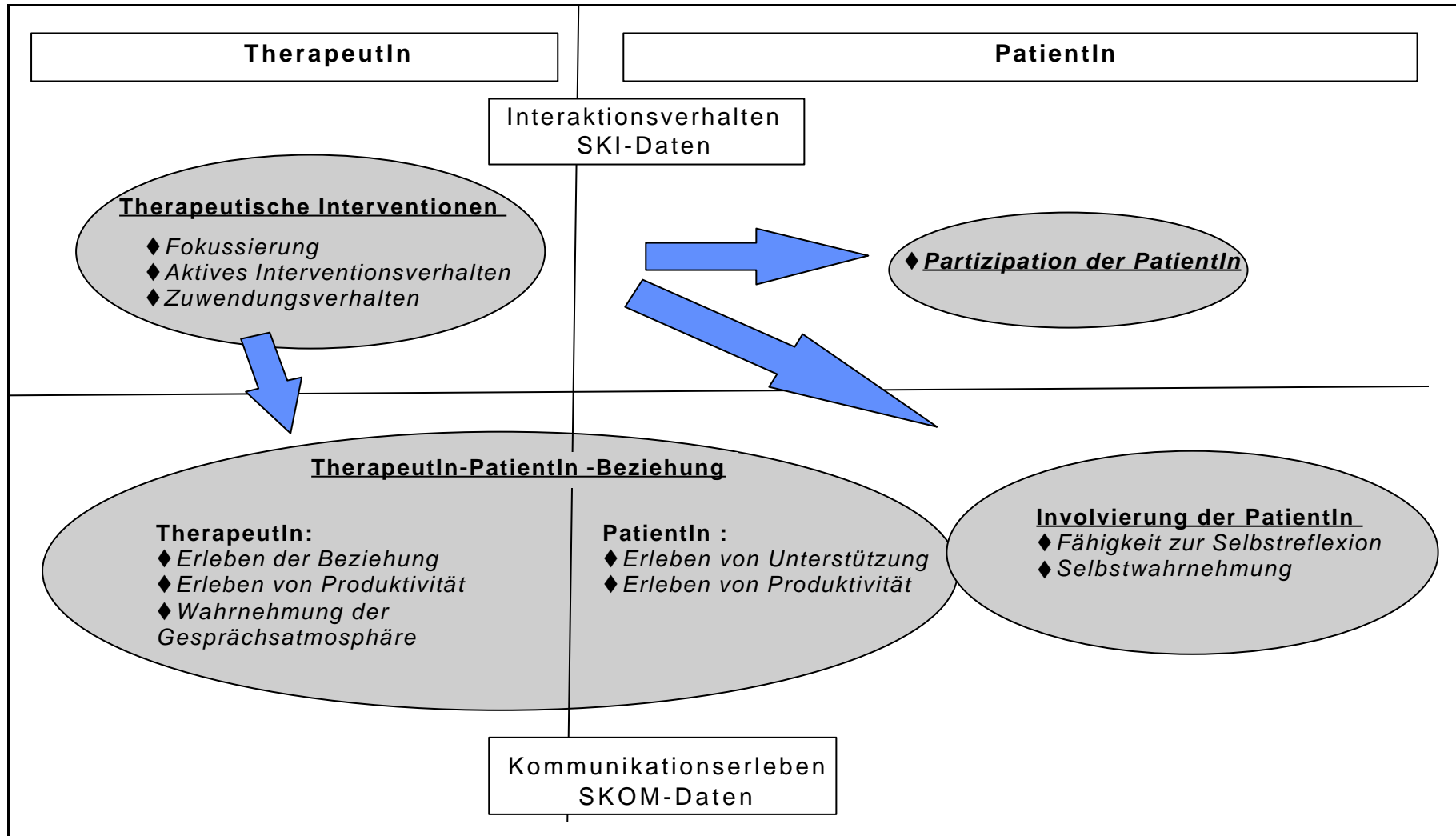
Dazu kommen 5 PatientInnenmerkmale:

- Partizipation
- Erleben von Unterstützung
- Erleben von Produktivität
- Fähigkeit zur Selbstreflexion
- Selbstwahrnehmung

Diese Merkmale wurden in der folgenden Abbildung in die Grafik der Therapiekomponenten⁴ eingefügt, wobei die Grafik modifiziert wurde. Die Merkmale werden durch Voranstellen von ‘◆’ gekennzeichnet. Sie wurden den Erhebungsinstrumenten, den Akteuren und den Therapiekomponenten zugeordnet. Die Wirkungsweise der Merkmale aufeinander und ihre Zusammenhänge miteinander werden in dieser Arbeit anhand der vorgestellten Hypothesen untersucht.

⁴ Siehe Kapitel 7.

Abbildung 3: Die Merkmale des Therapieprozesses



9.2.1 Operationalisierung der Variablen des Interaktionsverhaltens

Die Datenbasis der Merkmale des Interaktionsverhaltens wird von den SKI -Werten der TherapeutIn und PatientIn gebildet.

Operationalisierung des Interaktionsverhaltens der TherapeutIn:

Fokussierung

Zur Bildung des Merkmals des Fokussierungsverhaltens wurden neben den an dem Manual von Klerman et al. (1985) orientierten Überlegungen des vorangegangenen Kapitels zur Fokussierung in der IPT, auch die Ergebnisse von Streeck (1989) hinzugezogen⁵, soweit sie sich mit den IPT_Vorstellungen vereinbaren ließen.

Fokussierung in der IPT bedeutet, wie im fünften Kapitel ausgeführt, Thematisierung der interpersonellen Beziehungen der PatientInnen. Operationalisierbar wird die Thematisierung in der Itemgruppe 5 des SKI: 'Gesprächsthema', die eine "Unterscheidung zwischen intrapersonellen, interpersonellen und externalen Themenbereichen" (Rateranweisung zum SKI/3) erlaubt.

Folgende Einzelitems werden zur Bildung des Merkmals verwendet:

Item 24: Primärsystem, Therapie vs. Tertiärsystem; Wert 3

Nach den Rateranleitungen wird mit Wert 3 geratet, wenn sich „das Thema um zentrale Lebenssituationen (Familie, Partnerschaft usw.) des Sprechers oder Hörers rankt". Diese zentralen Lebenssituationen bilden auch den Inhalt von Fokussierungen in der IPT.

Item 25: Beziehungen vs beziehungsfreie Situationen; Wert 1 -3

geratet werden muß hier ein Wert von 1 -3, wenn Beziehungen im Vordergrund der Aussage stehen

⁵ siehe Kapitel 6

Item 26: Sprecher vs. andere/deres, Wert 3 -5

thematisiert werden die Beziehungen der PatientIn, also sollte die Äußerung der TherapeutIn vorrangig den anderen betreffen, Rating 3 -5,

Item 27: Probleme u. Konflikte vs. Sachverhalte, Wert 1 -3

Laut Rateranweisung sind Sachverhalte externale, nicht personengebundene Gesprächsinhalte, für IPT -Fokussierungen also Rating 1 -3, mit '1' wird geratet, wenn schwerpunktmäßig Probleme und Konflikte angesprochen werden, mit '3', wenn sie "im Hintergrund und Referenzpunkt der besprochenen Situation oder Schilderung sind" (Rateranweisung zum SKI/3).

Im Folgenden werden die sprachanalytisch eruierten Merkmale von Fokussierungen nach S. Streeck (1985, S.167 -168)⁶ vorgestellt, die ich für diese Arbeit verwendet wurden:

- *"Fokussierungen sind problemzentriert, sie sind auf Klärungen bezogen"*⁷

Die Zentrierung auf Probleme wird abgebildet mit dem SKI/3

Item 27: Probleme und Konflikte vs. Sachverhalte, Wert 1 -3

Dieses Item wurde schon bei dem Rating des Gesprächsthemas berücksichtigt. Geratet wird ein Wert von 1 -3.

Klärungen werden als Interventionsmodus des Sprechers operationalisiert:

Item 20: suchen, erkennen, interpretieren vs. konstatieren, Wert 1 -3

"Als extrem suchend und erkennend (=1) werden Textstücke beurteilt, in denen in statu nascendi Informationen verarbeitet oder neue Zusammenhänge, Klarifikationen usw. ermöglicht werden" (Rateranweisung zum SKI/3).

ebenso ist zu erwarten, daß Klärungen mit dem

Item 30: auffordern, fragen, behaupten vs. antworten, Wert 1 -3

⁶ siehe Kapitel 6

⁷ Die Aussagen zur Fokussierung von Streeck aus dem angegebenen Text werden im folgenden kursiv wiedergegeben.

geratet werden. Mit '1' werden "Textstücke beurteilt, in denen explizite Fragen oder Direktiven zum Ausdruck kommen". "Der Wert 3 in dieser Skala wird dann gegeben, wenn die Aussage an die vorangegangene Aussage anschließt und sie weiterführt, ohne daß ein imperativer oder beantwortender Charakter deutlich wird." (Rateranweisung zum SKI/3)

- *"Fokussierungen sind oft kontrastiv (indem sie entweder einen inhaltlichen Gegenpol zur Patientendarstellung entwerfen oder zwei verschiedene, sich ausschließende Aspekte zum Thema machen)"*

Item 21: konfrontieren, gegenüberstellen vs. stützen mit Wert 1 -3

bildet dieses Merkmal ab. Mit diesem Item wird beurteilt, ob "der Sprecher den Gesprächspartner mit eigenen Gegenmeinungen oder mit Widersprüchen in der Darstellung des Gesprächspartners konfrontiert, oder ob er die Darstellung des Gesprächspartners stützt und bestätigt" (Rateranweisung zum SKI/3)

Zusammenfassend läßt sich also festhalten: Für das Merkmal 'Fokussierung' in der IPT werden folgende Items und Werte des SKI/3 zur Operationalisierung verwendet:

Fokussierung
Item 20: suchen, erkennen, interpretieren vs. konstatieren, Wert 1 - 3
Item 21: konfrontieren, gegenüberstellen vs. stützen, Wert 1 - 3
Item 24: Primärsystem, Therapie vs. Tertiärsystem, Wert 3
Item 25: Beziehungen vs. beziehungsfreie Situationen, Wert 1 - 3
Item 26: Sprecher vs. andere / deres, Wert 3 - 5
Item 27: Probleme u. Konflikte vs. Sachverhalte, Wert 1 - 3
Item 30: auffordern, fragen, behaupten vs. antworten, Wert 1 - 3

Aktives Interventionsverhalten

Zur Bestimmung dieses Merkmals kann die Itemklasse „Interventionsmodus des Sprechers“ verwendet werden. "Diese Itemklasse erfaßt Sprechakte, die für die Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse relevant sind. Sie erlauben eine Abbildung der interaktionell vermittelten Informationsmenge und -qualität, Selbstinvolviertheit, Bearbeitungstiefe und Direktivität" (Rateranweisung des SKI). Item 21 dieser Itemklasse: „konfrontieren, gegenüberstellen vs. stützen“ hat sich als ein wichtiges Charakteristikum des Fokussierens erwiesen und wird daher bei der Definition des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten' nicht mehr verwendet.

Aktives Interventionsverhalten
Item 17: affektiv -kognitiver Modus vs deskriptiver Modus, Wert 1 - 3
Item 18: informationsarm vs. informationsreich, Wert 3 - 5
Item 19: selbstöffnen vs. selbstverbergen, Wert 3 - 5
Item 20: suchen, erkennen vs. konstatieren, Wert 1 - 3
Item 22: anleiten, ratschlagen vs. verfolgen; Wert 3
Item 23: common sense vs. überschreiten, transzendieren, Wert 3 ⁸ .

Zuwendungsverhalten

Die Item -Klasse „Bezugnahme und Involvierung des Sprechers“ des SKI erfaßt das Interaktionsverhalten der TherapeutIn in seinen nichtverbalen Äußerungen, d.h. der Körperhaltung (HALT), Gestik (GEST) und Mimik (MIM) und als Gesamteindruck (EIN). Hierbei werden die Dimensionen Zuwendung - Abwendung und Dominanz - Submissivität ebenso wie die emotionale Beteiligung des Sprechers abgebildet. Zur Bestimmung des Merkmals 'Zuwendung' wird ein freundlich - positiv gefärbtes, selbstsicher -offenes Therapeutenverhalten erwartet.

⁸ Der Wert 3 bildet die Normalform in therapeutischen Gesprächen.

Zuwendungsverhalten
Item1: (EIN) freundlich, warm vs. unfreundlich, kalt 1 - 3
Item 2: (EIN) einflußnehmend vs. gewährleistend 3
Item 3: (EIN) innerlich beteiligt, engagiert vs. innerlich unbeteiligt. 1 - 3
Item 4: (EIN) äußerlich beteiligt vs. äußerlich unbeteiligt: 1 - 3
Item 5: (EIN) spontan vs. kontrolliert: 1 - 3
Item 6: (EIN) sicher vs unsicher, hilflos 1 - 3
Item 7: (EIN) eindeutig, authentisch vs. vieldeutig, unecht 1 - 3
Item 8: (HALT) offen vs. geschlossen 1 - 3
Item 9: (HALT) zugewandt vs. abgewandt 1 - 3
Item 10: (MIM) positiv vs. negativ 1 - 3
Item 11: (MIM) starr, unbeweglich vs. lebendig, beweglich 3 - 5
Item 12: (GEST) raumgreifend vs. eingeengt 1 - 3

Operationalisierung des Interaktionsverhaltens der PatientIn

Partizipation der PatientIn

Dieses Merkmal umfaßt die aktive Beteiligung der PatientIn an der Therapie und wird ebenso wie das Merkmal zum aktiven Interaktionsstil der TherapeutIn aus der Itemklasse 'Interventionsmodus' gebildet, nur bilden diesmal die Äußerungen der PatientIn die Datenbasis. Als Ausdruck von Partizipation wird ein aktives, die Bemühung um Einsicht erkennenlassendes Verhalten der PatientIn, das auf die Interventionen der TherapeutIn eingeht, gewertet.

Partizipation der PatientIn
Item 17: affektiv -kognitiver Modus vs deskriptiver Modus, Wert 1 - 3
Item 18: informationsarm vs. informationsreich, Wert 3 - 5
Item 19: selbstöffnen vs. selbstverbergen, Wert 1 - 3
Item 20: suchen, erkennen vs. konstatieren, Wert 1 - 3
Item 21: Konfrontieren gegenüberstellen, vs. stützen, Wert 3 - 5
Item 22: anleiten, ratschlagen vs. verfolgen; Wert 3 - 5
Item 23: common sense vs. überschreiten, transzendieren, Wert 3 ⁹

9.2.2 Operationalisierung der Variablen des Kommunikationserlebens

Für die Merkmale des Erlebens der Kommunikation bilden die SKOM-Werte von TherapeutIn und PatientIn die Datenbasis.

Operationalisierung der Merkmale des Kommunikationserlebens durch die PatientIn

Die Datenbasis wird von den SKOM -Werten der PatientIn gebildet. Der Konstruktion der Merkmale liegt die Faktorenanalyse von Weidenbach (1995) zugrunde. Die Therapiekomponente TherapeutIn-PatientIn-Beziehung wird durch zwei Merkmale erfaßt: das 'Erleben von Unterstützung' und das 'Erleben von Produktivität'. Die Involvierung der PatientIn in die Therapie wird durch die beiden Merkmale : 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' und 'Selbstwahrnehmung' ausgedrückt.

⁹ Normalform in psychotherapeutischen Gesprächen.

Erleben von Unterstützung

Die Wahrnehmung der PatientInnen von therapeutischer Unterstützung in der Beziehung wird in der IPT - Stichprobe (Weidenbach, 1995)¹⁰ durch den ersten Patientenfaktor des SKOM abgebildet. In diesem Faktor sind das „Erleben des Therapiepartners“ und das „Beziehungserleben“, die bei der Fragebogenkonstruktion (Czogalik 1993) theoretische Dimensionen bildeten, vereint. Weidenbach sieht als mögliche Erklärung hierfür, daß in der IPT, in der sich die TherapeutIn aktiv um eine gleichberechtigte Beziehung bemüht, das Erleben des Therapiepartners von dem Erleben der Beziehung nicht mehr unterschieden wird. Es könnte auch ein Spezifikum depressiver PatientInnen sein, die nicht zwischen der TherapeutIn als Individuum und der gegenseitigen Beziehung trennen. Der Faktor "Therapeuten - und Beziehungswahrnehmung" beschreibt bei hohen Werten der einzelnen Items eine ungeduldige, unsichere und distanzierte TherapeutIn, von der sich die PatientIn verstanden und mit den Problemen alleingelassen fühlt. Sie wird von der TherapeutIn, die sie wie eine LehrerIn wahrnimmt, häufig unterbrochen und ärgert sich über sie. Mit niedrigen Werten wird eine unterstützende, sicher wirkende und, geduldige TherapeutIn beschrieben, die sich beteiligt zeigt an den Problemen der PatientIn und keinen Anlaß zum Ärger bietet.

Folgende acht Items des SKOM - Bogens für PatientInnen bilden diesen Faktor und werden als Beschreibung des Merkmals übernommen.

Erleben von Unterstützung
Item 04: Der Therapeut wirkte auf mich wie ein Lehrer, Wert 1-3
Item 13: Ich wurde vom Therapeuten oft unterbrochen, Wert 1-3
Item 16: Der Therapeut schien heute ungeduldig zu sein, Wert 1-3
Item 18: Heute habe ich mich über den Therapeuten geärgert, Wert 1-3
Item 21: Während des Gesprächs wirkte der Therapeut unsicher, Wert 1-3

¹⁰ Siehe 8.1.1

Item 22: Heute fühlte ich mich vom Therapeuten unverstanden, Wert 1-3

Item 24: Ich fühlte mich heute vom Therapeuten mit meinen Problemen
Schwierigkeiten alleingelassen, Wert 1-3

Item 28: Der Therapeut wirkte auf mich wie ein Unbeteiligter, Wert 1-3

Erleben von Produktivität

Als Merkmal der Wahrnehmung einer produktiven Partizipation an der Therapie durch die PatientIn dient der zweite Patientenfaktor "Therapiebewertung: produktiv, beteiligt, befriedigt vs. unproduktiv, unbeteiligt, unbefriedigt", den Weidenbach auch als "Produktivitätsfaktor" bezeichnet hat (Weidenbach 1995, S.50). In Sitzungen, die von der PatientIn als produktiv wahrgenommen werden, konnte ein guter Kontakt hergestellt werden. Die PatientIn erlebt ihre innere Beteiligung und hat durch Einsicht in bisher unerkannte Zusammenhänge Fortschritte erzielt. Zwischen der beurteilten Therapiestunde und der Therapiestunde davor gab es Ereignisse, die förderlich waren. Insgesamt ist die PatientIn zufrieden über die vergangene Therapiestunde und optimistisch über den weiteren Therapieverlauf.

Erleben von Produktivität

Item 03: Ich habe den Eindruck, daß wir in der heutigen Therapiesitzung weitergekommen sind, Wert 5 -7

Item 05: Mit dem Verlauf des heutigen Gesprächs bin ich unzufrieden, Wert 1 -3

Item 06: Bei dem heutigen Gespräch bin ich innerlich sehr mitgegangen, Wert 5 -7

Item 07: Nach dieser Sitzung bin ich zuversichtlicher als vor dieser Sitzung, Wert 5 -7

Item 08: In dieser Sitzung hatte ich einen guten Kontakt zum Therapeuten, Wert 5 -7

Item 19: Nach dem heutigen Gespräch bin ich optimistisch im Hinblick auf den weiteren Therapieverlauf, Wert 5-7

Item 25: In der heutigen Therapiesitzung sind mir Zusammenhänge klarge-

worden, die ich bisher nicht erkannt habe, Wert 5-7

Item 26: Zwischen der heutigen und der letzten Therapiesitzung gab es Ereignisse, die mir weiterhalfen, Wert 5-7

Selbstwahrnehmung

Hier werden Aussagen über die Wahrnehmungen und Empfindungen der PatientIn, während und nach der Therapiestunde zusammengefaßt. Die PatientIn fühlt sich entweder deprimiert, enttäuscht und angespannt oder zufrieden, hoffnungsvoll und entspannt. Der Faktor wird von fünf Items gebildet:

Selbstwahrnehmung
Item 11: In der Sitzung fühlte ich mich entspannt und gelöst, Wert 5 -7
Item 17: Nach diesem Gespräch fühle ich mich niedergeschlagen, Wert 1 -3
Item 27: Heute ist das Gespräch so verlaufen, wie ich es mir vorgestellt habe, Wert 5 -7
Item 30: Die heutige Sitzung hat mir Spaß gemacht , Wert 5 -7
Item 31: Nach dem heutigen Gespräch bin ich ziemlich ratlos, Wert 1 -3

Fähigkeit zur Selbstreflexion

Der vierte Faktor "Mitteilungsfähigkeit und Beeinflussung: gehemmt, fremdbestimmt, vs. befreit, selbstbestimmt" beschreibt das Erleben der Fähigkeiten zur eigenständigen Selbstexploration und Selbstreflexion in der Therapiesitzung. Er beschreibt, inwieweit die PatientIn das Gefühl hatte, sich in der Stunde ausdrücken und darstellen zu können, ob es ihr gelang, das Gespräch zu lenken und zu beeinflussen. Der Faktor wird von sieben Items gebildet.

Fähigkeit zur Selbstreflexion
Item 01: Heute hatte ich Schwierigkeiten, meine Gefühle und Gedanken in Worten auszudrücken, Wert 1-3
Item 02: Ich hatte Hemmungen, dem Therapeuten offen alles zu mitzuteilen, was mich bewegt, Wert 1-3
Item 09: Der Therapeut wirkte auf mich wie eine Autoritätsperson, Wert 1-3
Item 10: Der Therapeut versuchte den Gesprächsverlauf zu lenken, Wert 1-3
Item 14: Ich fühlte mich heute durch den Therapeuten überfordert, Wert 1-3
Item 20: Den Inhalt unseres heutigen Gesprächs habe weitgehend ich bestimmt, Wert 5-7
Item 33: Heute wußte ich nicht recht, über was ich sprechen sollte, Wert 1-3

Operationalisierung der Variablen des Kommunikationserlebens durch die TherapeutIn

Der TherapeutInnenfaktor „Beziehungs- und Patientenerleben“ aus der Arbeit von Weidenbach (1995) ist mit 34,8% der Gesamtvarianz der umfassendste Faktor. Für die vorliegende Untersuchung dient er zur Bildung von zwei Merkmalen: dem ‘Erleben der therapeutischen Beziehung’ und davon abgegrenzt und spezifiziert dem ‘Erleben der Produktivität’. Als drittes Merkmal kommt die ‘Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre’ hinzu, das auch nach der Faktorenanalyse von Weidenbach definiert wurde.

Erleben der Beziehung

Dieses Merkmal wurde aus 8 Items des SKOM-Fragebogens für TherapeutInnen gebildet, die das Erleben der Beziehung und der PatientIn zum Inhalt haben. Die PatientIn wird von der TherapeutIn als offen und zugänglich erlebt, die Kontaktauf-

nahme bereitet der TherapeutIn keine Schwierigkeiten und die TherapeutIn hat das Gefühl, die PatientIn läßt sich in die Beziehung ein.

Erleben der Beziehung
Item 03: In diesem Gespräch habe ich den Patienten als rivalisierend empfunden, Wert 1-3
Item 04: Ich spürte, daß ich dem Patienten eine große Stütze bin, Wert 5-7
Item 08: Ich hatte das Gefühl, daß der Patient nicht ganz offen war, Wert 1-3
Item 19: Die Beziehungsaufnahme zu dem Patienten war heute schwierig, Wert 1-3
Item 21: Der Patient stand der Therapie heute ablehnend gegenüber, Wert 1-3
Item 26: Ich hatte in dieser Therapie Sitzung den Eindruck, daß der Kontakt zu mir für den Patienten sehr bedeutsam ist, Wert 5-7
Item 28: Ich war heute über den Patienten verärgert, Wert 1-3
Item 31: Der Patient vermittelte heute, daß er ein großes Vertrauen in die Therapie setzt, Wert 5-7

Erleben von Produktivität

Dieses Merkmal wurde in Analogie zu dem Produktivitätsmerkmal der PatientIn gebildet, es sind 4 Items des SKOM, die sich ausdrücklich auf das Erleben der aktiven Teilnahme der PatientIn an der Therapie beziehen. Die TherapeutIn nimmt eine PatientIn wahr, die konstruktiv und beteiligt mitarbeitet, Gefühle äußert und Veränderungen anstrebt.

Erleben von Produktivität
Item 13: Mir kam es heute so vor, als ob sich der Patient gegen Veränderungen sperrt, Wert 1-3
Item 16: Der Patient konnte heute seine Gefühle deutlich ausdrücken, Wert 5-7

- Item 22: Im heutigen Gespräch sah ich die Probleme anders als der Patient, Wert 1-3
- Item 24: Der Patient war heute innerlich sehr beteiligt, Wert 5-7

Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre

Für dieses Merkmal wird der zweite TherapeutInnenfaktor von Weidenbach übernommen. Es wird aus 6 Items gebildet: Die TherapeutIn beschreibt eine entspannte und selbständige PatientIn, mit der die Sitzung Spaß macht und mit der sie sich gut verständigen konnte. Die TherapeutIn ist optimistisch hinsichtlich des Therapieerfolges.

Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre
Item 02: Ich habe das Gefühl, daß der Patient mich gut verstanden hat, Wert 5-7
Item 05: Das heutige Gespräch strengte mich sehr an, Wert 1-3
Item 07: Nach dieser Stunde bin ich in Bezug auf den Therapieerfolg optimistisch, Wert 5-7
Item 09: Der Patient verhielt sich in der heutigen Sitzung sehr selbständig, Wert 5-7
Item 10: Die heutige Sitzung hat mir Spaß gemacht, Wert 5-7
Item 30: Der Patient wirkt auf mich entspannt, Wert 5-7

9.3 Meßwertbildung der Merkmale des Interaktionsverhaltens

Nach der inhaltlichen Bestimmung der Merkmale des Interaktionsgeschehens d.h. ihrer Zusammensetzung aus den Items des SKI / 3, müssen sie nun so operationalisiert werden, daß sie das Interaktionsverhalten innerhalb der einzelnen Therapiestunden differenzieren können.

Die Überlegungen und Vorgehensweise zur empirischen Operationalisierung sollen im folgenden am Beispiel des Merkmals 'Fokussierung' vorgestellt werden.

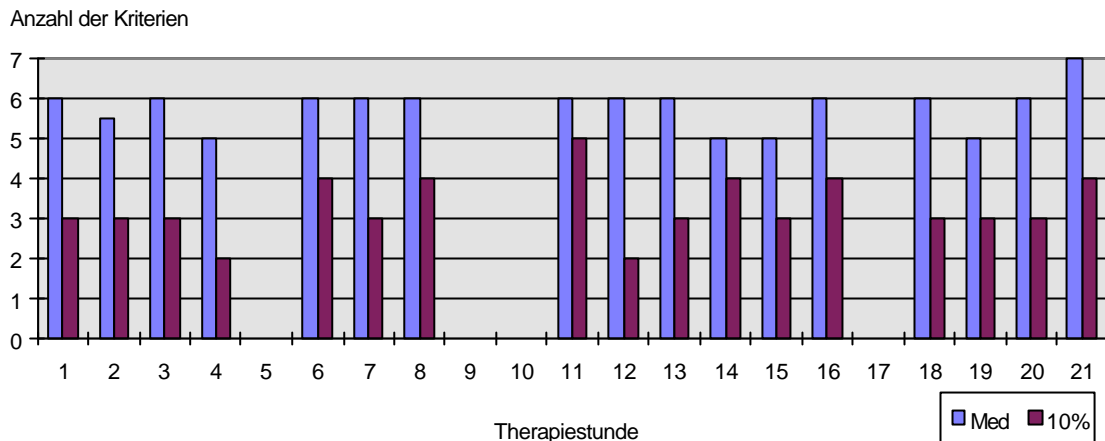
Dieses Merkmal wird aus den sieben Items des SKI, die Eigenschaften fokussierender Interventionen der TherapeutInnen erfassen, gebildet. Wenn alle sieben Fokussierungsitems in der vorgegebenen Wertigkeit¹¹, die die Kriterien für das Merkmal bilden, in einer TherapeutInnenäußerung erfüllt wurden, liegt das Merkmal in seiner maximalen Ausprägung vor. Wenn eine TherapeutInnenäußerung in keinem der sieben Items mit den vorgegebenen Werten geratet wurde, wird das Merkmal nicht erfüllt.

9.3.1 Exkurs: 10%Quantil und Median des Merkmals 'Fokussierung'

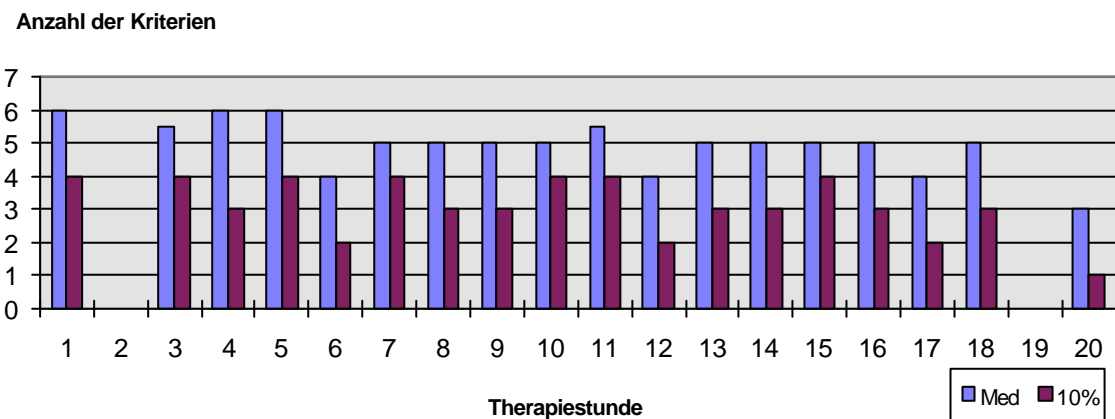
Als erster Zugang wurde die Meßwertbildung über das 10%Quantil und das 50%Quantil (Median) versucht. Dieses Vorgehen war nicht erfolgreich, soll aber im folgenden dokumentiert werden, um die Vorgehensweise zur endgültigen Meßwertbildung zu veranschaulichen und die Ausprägung der einzelnen Merkmale zu verdeutlichen.

In jeder Therapiestunde der einzelnen Therapien wurde das 10% Quantil und der Median für das Fokussierungsmerkmal gebildet, d.h. es wurde ermittelt, wieviele der sieben Kriterien des Fokussierungsmerkmals in mindestens 10% aller TherapeutInnenäußerungen der einzelnen Therapiestunden und in mindestens 50% aller TherapeutInnenäußerungen erfüllt werden.

¹¹ s. dazu Abschnitt 8.3.1.1.

Therapie A1

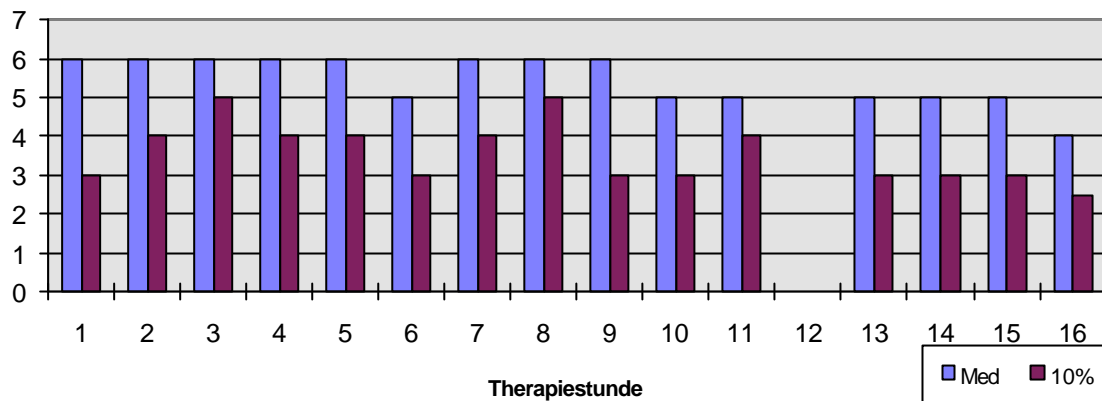
In der Therapie A1 liegt der Median des Fokussierungsmerkmals bei 5-7 erfüllten Kriterien. In mindestens 10% aller Äußerungen in den Therapiestunden werden 2-5 Kriterien des Fokussierungsmerkmals erfüllt.

Therapie A2

In der Therapie A2 werden in 10% aller TherapeutInnenäußerungen mindestens 1-4 Kriterien erfüllt, der Durchschnittsquantil für diese Therapie beträgt 3 Kriterien. Der Median für die gesamte Therapie beträgt 5 erfüllte Kriterien, mit einer Spannweite von 3-6 erfüllten Kriterien.

Therapie A3

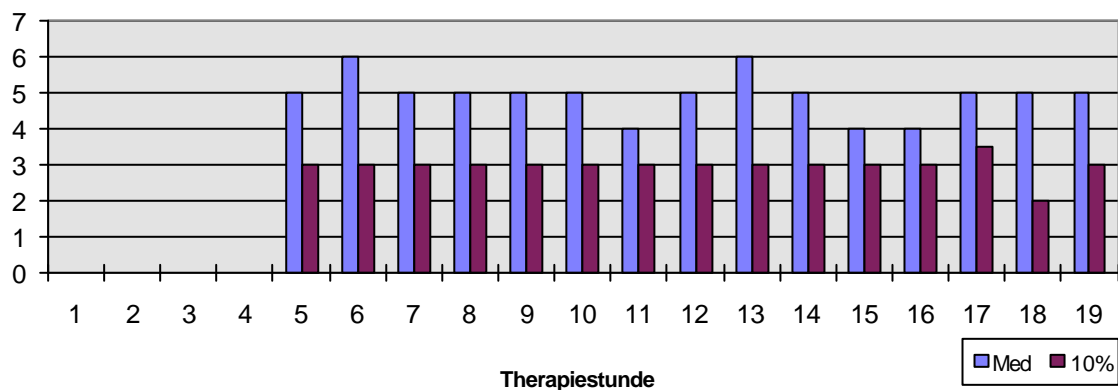
Anzahl der Kriterien



In der Therapie A3 werden in mindestens der Hälfte der TherapeutInnenäußerungen 4-6 Kriterien der Fokussierungsmerkmals erfüllt, in mindestens 10% der Äußerungen 2,5-5. In der gesamten Therapie sind in 50% der Therapeutenäußerungen 6 Kriterien des Fokussierungsmerkmals erfüllt und in 10% der Äußerungen drei Kriterien.

Therapie B1

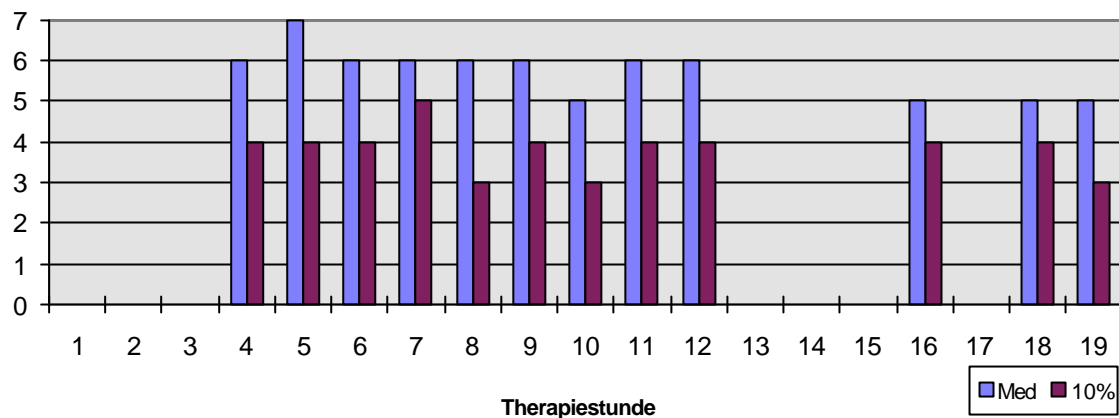
Anzahl der Kriterien



In dieser Therapie ist die Verteilung sehr gleichmäßig: In 13 der 15 aufgezeichneten Stunden liegt der 10% Quantil bei 3 erfüllten Kriterien, in 10 Stunden liegt der Median bei 5 erfüllten Kriterien. Die Spannweite für den 10% Quartil beträgt 2-3,5 Kriterien, für den Median 4-6.

Therapie B2

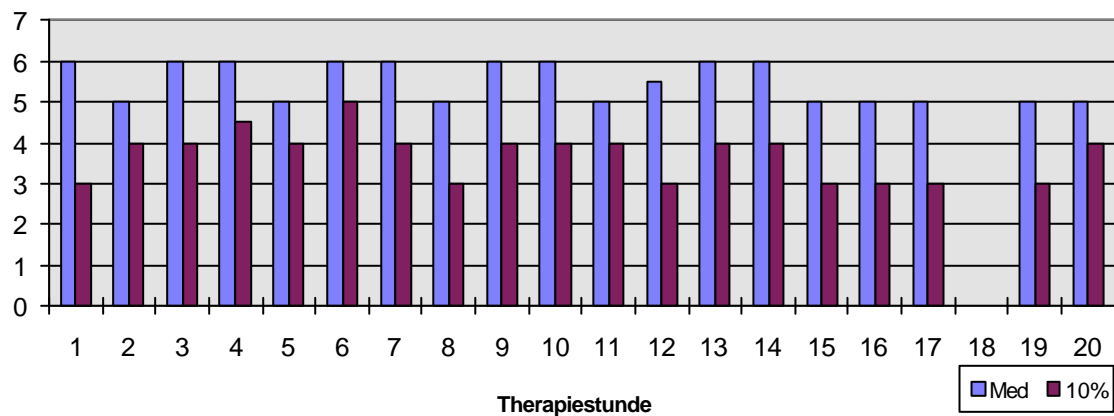
Anzahl der Kriterien



Die Spannweite des 10% Quantils beträgt 3-5 erfüllte Kriterien, die Spannweite des Medians 4-7 erfüllte Kriterien. Im Durchschnitt beinhalten 90% der Therapeutenäußerungen mindestens vier Items des Fokussierungsmerkmals und 50% der Äußerungen beinhalten sogar mindestens sechs Items.

Therapie B3

Anzahl der Kriterien



Der Median der gesamten Therapie liegt bei 5 erfüllten Kriterien, mit einer geringen Spannweite von 5-6. Das 10% Quantil liegt bei 4 erfüllten Kriterien, mit einer Spannweite von 3-5 erfüllten Kriterien.

9.3.2 Meßwertbildung durch Maximalausprägung der Merkmale

Wie ersichtlich wird, bieten Mediane und 10%Quantile kein gutes Maß zur Unterscheidung der Ausprägung des Merkmals 'Fokussierung' in den einzelnen Stunden einer Therapie. Ebenso können durch diese Maße die einzelnen Therapien nicht charakterisiert werden. Auch bei den anderen Merkmalen des Interaktionsverhaltens: 'Aktives Interventionsverhalten', 'Zuwendungsverhalten' und 'Partizipation der PatientIn' dienen Median und 10% Quantil nicht der Differenzierung zwischen Therapiestunden und Therapien¹².

Als Parameter der Interaktion wurde daher die gelungene Ausführung der Merkmale gewählt. Als gelungen wurde eine Ausführung dann betrachtet, wenn das Maximum oder die zweithöchste Anzahl an Kriterien zur Beschreibung der Merkmale erfüllt wurden. Für die einzelnen nun differenzierter definierten Merkmale wurde die Bezeichnung erweitert, die empirisch operationalisierten Merkmale des Interaktionsverhaltens lauten jetzt:

- 'Gelungene Fokussierung' mit 6 oder 7 erfüllten Kriterien,
- 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' mit 11 oder 12 Kriterien,
- 'Aktives Interventionsverhalten' mit 5 oder 6 erfüllten Kriterien,
- 'Intensives Partizipationsverhalten' der PatientIn mit 6 oder 7 Kriterien.

Im weiteren wird, wenn von den Merkmalen der Interaktion gesprochen wird, auf diese maximale Ausprägung der Merkmale Bezug genommen.

¹² Die Tabellen mit den Werten des 10%Quantils und des Medians der übrigen drei Merkmale: 'Zuwendungsverhalten', 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Partizipation' befinden sich in Anhang B.

9.4 Meßwertbildung der Merkmale des Kommunikationserlebens

Zur Datenerhebung wird der 'Stuttgarter Fragebogen zum Kommunikationserleben' (SKOM) am Ende der Therapiestunde vorgegeben. Die Merkmale des Kommunikationserlebens¹³ beziehen sich also auf das Erleben der gesamten Therapiestunde: Jeder Therapiestunde wird für jedes Merkmal ein Wert zugeordnet, der sich aus der Anzahl der erfüllten Kriterien ergibt.

Die Merkmale des Kommunikationserlebens der PatientIn:

- Erleben von Unterstützung, Maximalausprägung: 8 Items
- Erleben von Produktivität, Maximalausprägung: 8 Items
- Selbstwahrnehmung, Maximalausprägung: 5 Items
- Fähigkeit zur Selbstreflexion, Maximalausprägung: 7 Items

Die Merkmale des Kommunikationserlebens der TherapeutIn

- Erleben der Beziehung, Maximalausprägung: 8 Items
- Erleben von Produktivität, Maximalausprägung: 4 Items
- Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre, Maximalausprägung: 6 Items

Um die Werte der einzelnen Merkmale einer Therapiestunde miteinander vergleichen zu können, mußten sie standardisiert werden: Das Maximum des Merkmals dividiert durch die tatsächlich erfüllte Ausprägung ergibt den standardisierten SKOM - Wert, mit dem in der Datenbeschreibung (Kapitel 10.3) gearbeitet wird.

¹³ Siehe Kapitel 9.2.2

10 Datenbeschreibung

10.1 Datenlage

10.1.1 Die Daten zum Interaktionsverhalten - SKI/3

Insgesamt wurden in den sechs Therapien, die in dieser Arbeit analysiert werden, 117 Therapiestunden durchgeführt. 84% dieser Therapiestunden wurden aufgezeichnet und mit dem Kategorieninventar bearbeitet. Die folgende Tabelle bietet eine Übersicht über die ausgewerteten Stunden der einzelnen Therapien:

Tabelle 1: Therapiestunden, die mit dem SKI/3 geratet wurden

Th= Therapeut , P=Patient

Th	P	Sitzung																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
A	1	x	x	x	x		x	x	x			x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
A	2	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	
A	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x					
B	1					x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
B	2				x	x	x	x	x	x	x	x	x				x		x	x		
B	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	

Von Therapie A1 liegen Daten von 17 Therapiestunden vor, von Therapie A2 von 18 Therapiestunden. A3 konnte mit 15 Therapiestunden analysiert werden. Von TherapeutIn B können in den drei Therapien die Daten von 15, 12 und 19 Stunden verwendet werden. Neunzehn der insgesamt 117 durchgeführten Therapiestunden wurden nicht aufgezeichnet. Dafür waren entweder technische oder organisatorische Gründe verantwortlich, oder daß die PatientInnen zu Beginn der Therapie noch nicht mit der Aufzeichnung einverstanden waren. Die 13.-15. Stunde der Therapie B2 beinhalteten Paargespräche, die mit dem SKI nicht geratet werden konnten.

In den einzelnen Stunden konnte nicht jede Äußerung geratet werden, sei es, daß die SprecherIn unverständlich war, also einzelne Äußerungen unberücksichtigt bleiben mußten, oder einzelne Raterpositionen nicht besetzt werden konnten und somit regelmäßig wiederkehrende Äußerungen ungeratet blieben. In der folgenden Tabelle sind die Missings der einzelnen Stunden in Prozentanteilen aufgeführt.

Tabelle 2: Anteil der nicht gerateten Äußerungen in den einzelnen Therapiestunden (Angabe in Prozent)

Therapie	Therapiestunde																				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
A 1	19	16	19	90		27	27	28			18	19	23	18	22	20		28	28	26	27
A 2	11		18	9	60	10	21	17	24	36	27	38	28	27	28	36	30	29		32	
A 3	36	26	36	45	28	24	22	26	24	21	23		45	46	46	44					
B 1					8	9	45	27	53	28	45	27	28	27	37	45	36	45	46		
B 2				28	46	38	45	30	37	38	27	37				47		46	44		
B 3	18	16	16	21	11	25	25	19	20	36	26	28	30	35	28	33	13		9	37	

Der Anteil der nicht gerateten Äußerungen pro Therapiestunde schwankt zwischen 9 und 60%, wobei im Durchschnitt ein Drittel der TherapeutInnen - und PatientInnenäußerungen nicht geratet wurde.

Für die gesamten Therapien ergeben sich folgende Ausfallquoten in Prozent:

Tabelle 3: Anteil der nicht gerateten Äußerungen pro Therapie (Angaben in Prozent)

Therapie	A1	A2	A3	B1	B2	B3
Missings	28	27	32	33	39	23

Im Durchschnitt wurde also etwa ein Drittel der Äußerungen nicht berücksichtigt. Die Anzahl der nicht gerateten Äußerungen pro Therapie ist durch die hohen organisatorischen Anforderungen zu erklären. Zur Auswertung wurde mit dem Stuttgarter Kategorieninventar zur Kommunikationsanalyse ein aufwendiges Instrumentarium herangezogen. Jede Äußerung wird, wie schon erwähnt, nach 35 Kriterien eingeschätzt und um die Objektivität des Ratings zu erhöhen, sollten pro Therapie bis zu 11 Rater beschäftigt werden.

Der Vorteil des SKI liegt darin, daß nicht von Beginn an nach komplexen Dimensionen geurteilt wird, sondern sich Dimensionen aus einzelnen unabhängigen auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen Kategorien bilden, die sich je nach Therapiedyade unterscheiden können. Somit wird das Interaktionsverhalten eher beschrieben als klassifiziert, was für die qualitative Erforschung des Geschehens in der the-

rapeutischen Beziehung, für die Untersuchung zwischen Zusammenhängen von Interaktionsstilen einen Kenntniskern verspricht, während bei Klassifikationen oft als bekannt Vorausgesetztes neu geordnet wird.¹

10.1.2 Die Daten zum Kommunikationserleben - SKOM

Insgesamt liegen von den sechs PatientInnen dieser Untersuchung 96 ausgefüllte Fragebögen vor, das bedeutet, daß von 82% der durchgeführten Therapiestunden auch eine Einschätzung der PatientInnen vorliegt.

Tabelle 4: Die von den PatientInnen beurteilten Therapiestunden

		Sitzung																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
A	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
A	2	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x		
B	1				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
B	2				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
B	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Von den beiden Therapeutinnen gibt es 99 ausgefüllte Fragebögen, das sind 84% der durchgeführten Therapiestunden.

Tabelle 5: Die von den TherapeutInnen beurteilten Therapiestunden

		Sitzung																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
A	1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A	2	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
A	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
B	1				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
B	2				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			x	x
B	3	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

¹ Im Unterschied zum SKI/3 verwendet die in der Psychotherapieforschung häufig eingesetzte Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (Benjamin 1974) komplexere und mehr psychologische Vorkennntnis voraussetzende Kategorien. Grawe hat zur Erforschung der Wirkfaktoren in der Psychotherapie ein hochkomplexes Ratingverfahren entwickelt, das vielleicht zeitökonomischer in der Anwendung ist, aber nicht deskriptiv, sondern klassifizierend vorgeht (Grawe 1996).

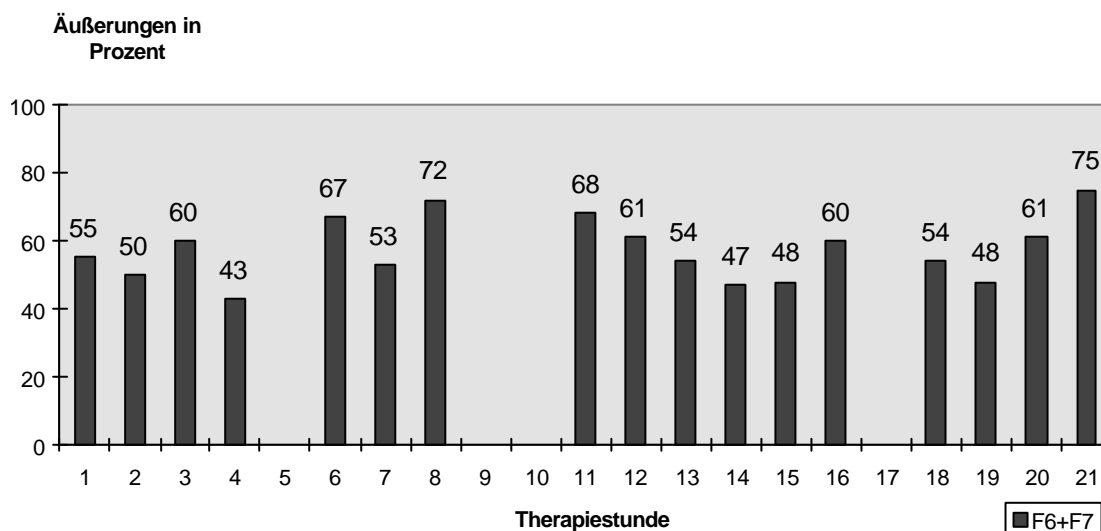
10.2 Beschreibung der Merkmale des Interaktionsverhaltens im Therapie- verlauf

Im folgenden wird die Verteilung der vier Merkmale des Interaktionsverhaltens in der Maximalausprägung² während der Therapie dargestellt. In den Diagrammen wird der Prozentanteil an TherapeutInnen- oder PatientInnen-Äußerungen, in denen das Merkmal auftritt, von jeder Therapiestunde dargestellt.

10.2.1 ‘Gelungene Fokussierung’ der TherapeutIn

Das Merkmal ‘Gelungene Fokussierung’ wird mit ‘F6+F7’³ bezeichnet, da entweder 6 oder 7 Kriterien des definierten Merkmals erfüllt sein müssen.

Therapie A 1



Hochpunkt	75%	72%	68%	Variationsweite	32
<i>Stunde</i>	21	8	11	Median	55
Tiefpunkt	43%	47%	50%	Mittelwert	57,41
<i>Stunde</i>	4	14	2	Standardabw.	8,95

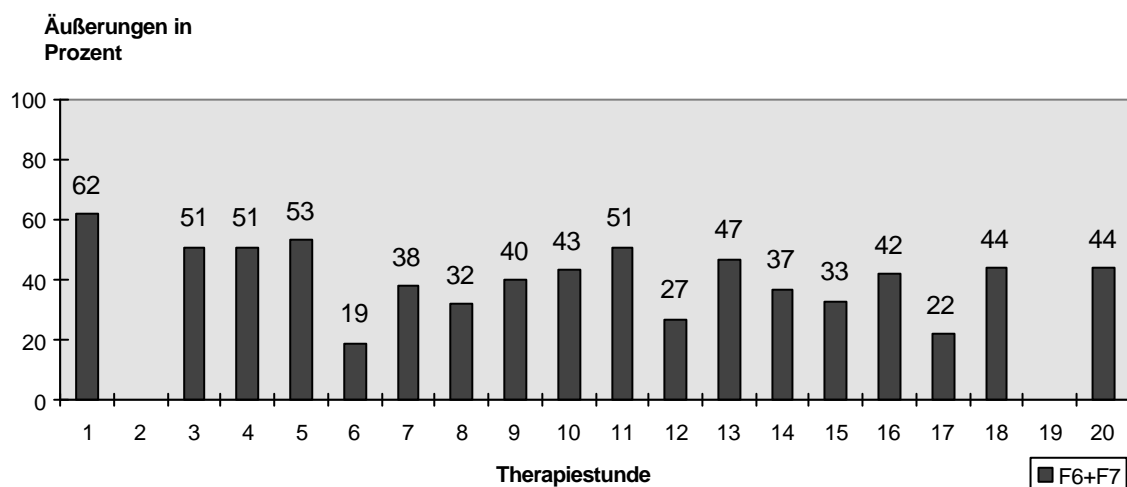
² Siehe Kapitel 9.3.2

³ Die Bezeichnungen der Merkmale ergaben sich während des Arbeitsprozesses und wurden beibehalten, da sie mit den Bezeichnungen im SAS-Programm übereinstimmen.

Es liegt keine gleichmäßige Verteilung des Fokussierungsverhaltens vor. Der Anteil der Äußerungen mit gelungener Fokussierung ist in den einzelnen Stunden unterschiedlich. Leider gibt es von der 9. und 10. Stunde keine Aufzeichnungen, so daß nicht erkennbar wird, ob die langsame Abnahme der fokussierenden Interventionen von der 11. zur 14. Stunde schon seit der 8. Stunde kontinuierlich besteht, und somit eine Entwicklungslinie beschreibt.

Mit dem Median von 55, dem Hochpunkt von 75 und dem Tiefpunkt von 43 Prozentanteilen bewegt sich das Fokussierungsverhalten in dieser Therapie mit einer vergleichsweise geringen Variationsweite im oberen Mittelbereich.

Therapie A 2



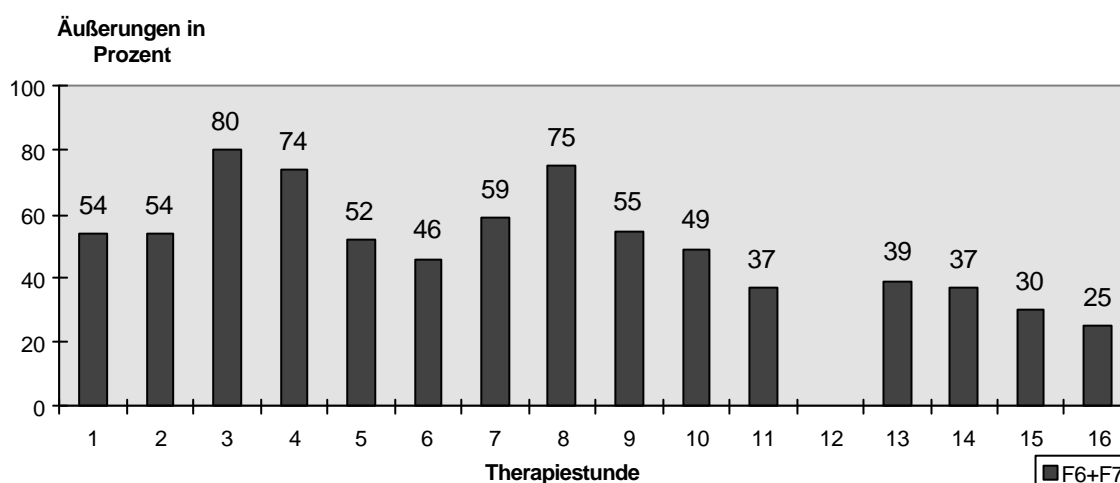
Hochpunkt	62%	53%	51%	Variationsweite	43
<i>Stunde</i>	1	5	3,4,11	Median	42,5
Tiefpunkt	19%	22%	27%	Mittelwert	40,9
<i>Stunde</i>	6	17	12	Standardabw.	10,94

Auch in dieser Therapie gibt es keinen eindeutigen Trend im Fokussierungsverhalten der TherapeutIn. Es gibt bis auf die erste Stunde mit 62% der TherapeutIn-

nenäußerungen mit gelungener Fokussierung keine herausragenden Gipfel, sondern drei plötzliche Einbrüche (6., 12., 17. Stunde), d.h. Stunden in denen im Vergleich zu den folgenden und vorausgegangenen wesentlich seltener gelungenes Fokussierungsverhalten ausgeübt wurde.

Mit dem Hochpunkt von 62, dem Median von 42 und dem Tiefpunkt von 19 bewegt sich das Fokussierungsverhalten in dieser Therapie im unteren Mittelbereich.

Therapie A 3



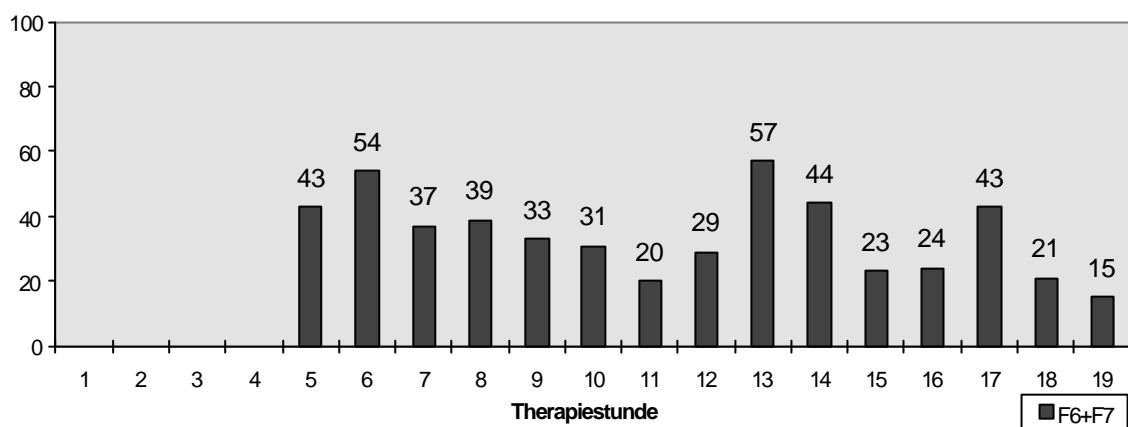
Hochpunkt	80%	75%	74%	Variationsweite	55
<i>Stunde</i>	3	8	4	Median	52
Tiefpunkt	25%	30%	37%	Mittelwert	51,1
<i>Stunde</i>	16	15	11	Standardabw.	15,76

In dieser Therapie gibt es zwei deutliche Gipfel: die dritte Stunde, in der in 80% der TherapeutInnenäußerungen stark fokussiert wird, und die 8. Stunde, in der in 75% der TherapeutInnenäußerungen eindeutiges Fokussierungsverhalten vorliegt. Dazwischen bildet die 6. Stunde mit 46 % an gelungenen Fokussierungsinterventionen einen Tiefpunkt. Von der achten Stunde an verringert sich das Fokussierungsverhalten langsam bis zur 16. Stunde, in der mit 25% am wenigsten fokussierende Interventionen der Therapie vorliegen.

Die Variationsweite der Therapie und die Standardabweichung sind hoch. Obwohl die Gipfel der Datenverteilung hohe Werte erreichen, liegt der Median nur bei 52%. Das Fokussierungsverhalten insgesamt verläuft im unteren und oberen Mittelbereich.

Therapie B 1

Äußerungen in Prozent

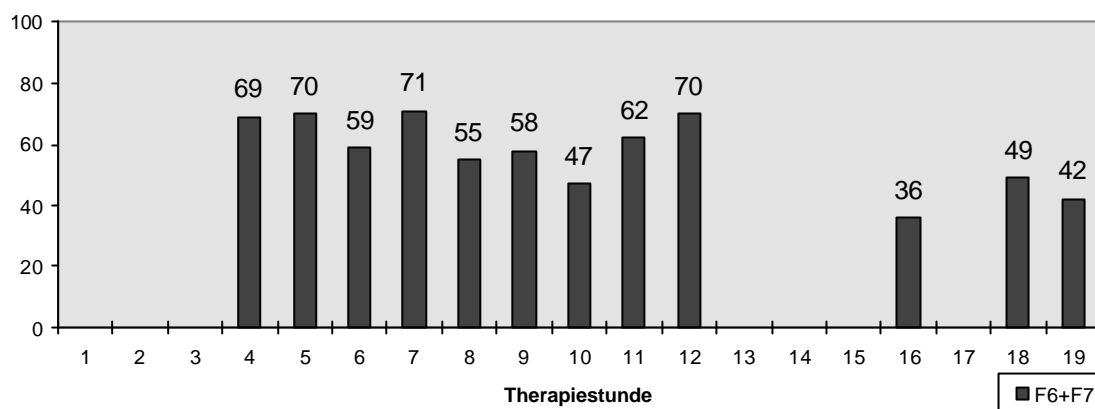


Hochpunkt	57%	54%	44%	Variationsweite	42
<i>Stunde</i>	13	6	14	Median	33
Tiefpunkt	15%	20%	21%	Mittelwert	34,2
<i>Stunde</i>	19	11	18	Standardabw.	12,13

Die Aufzeichnungen der Therapiestunden beginnen erst in der fünften Stunde. Die drei Hochpunkte ragen mit einer Differenz von mindestens 14 Prozentanteilen aus dem Umfeld der benachbarten Stunden heraus. Wenn man diese Extreme herausnimmt, reduziert sich die Variationsweite von 42 Prozentanteilen auf 29, in der das Fokussierungsverhalten der übrigen Therapiestunden liegt. Mit einem Median von 33 verläuft das Fokussierungsverhalten dieser Therapie im unteren Bereich.

Therapie B 2

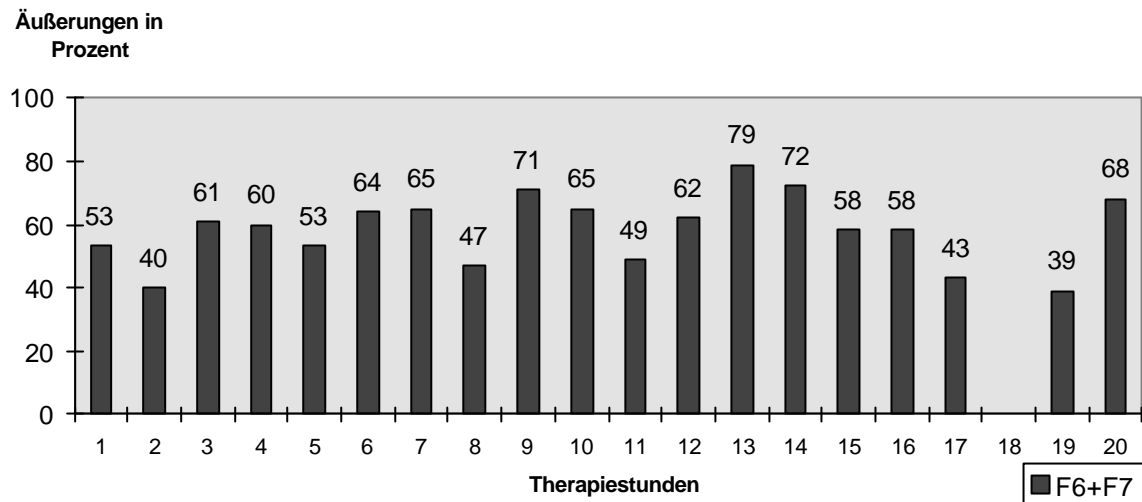
Äußerungen in Prozent



Hochpunkt	71%	70%	69%	Variationsweite	35
<i>Stunde</i>	7	5,12	4	Median	58,5
Tiefpunkt	36%	42%	47%	Mittelwert	57,3
<i>Stunde</i>	16	19	10	Standardabw.	11,3

Auch von dieser Therapie liegen vom Einführungsteil keine aufgezeichneten Stunden vor, außerdem sind die 13., 14., 15. und die 17. Stunde nicht geratet worden, so daß vom mittleren Teil nur die ersten neun Stunden und drei Sitzungen am Therapieende dokumentiert wurden. Diese Teile sind unter dem Aspekt des Fokussierungsverhalten zu unterscheiden: In den neun Stunden des mittleren Teils ist mit einer Variationsweite zwischen 71 und 47% der Anteil an stark fokussierenden Äußerungen relativ hoch. In den Endsitzungen liegt nur ein im Vergleich zu den anderen Stunden mäßiges Fokussierungsverhalten vor.

Insgesamt kann man sagen, daß das Fokussierungsverhalten dieser Therapie sich im oberen Mittelbereich befindet.

Therapie B 3

Hochpunkt	79%	71%	68%	Variationsweite	40
<i>Stunde</i>	13	9	20	Median	60
Tiefpunkt	39%	40%	43%	Mittelwert	58,3
<i>Stunde</i>	19	2	17	Standardabw.	10,83

Dies ist die Therapie mit den meisten dokumentierten Stunden. Die Therapie ist geprägt von einem Auf- und Ab des Fokussierungsverhaltens. Es gibt deutlich ausgeprägte Tiefpunkte der fokussierenden Anteile in der 2. (40%), der 8. (47%), der 11. (49%) und der 19. (39%) Stunde. Der Abstand dieser Stunden zu benachbarten Stunden beträgt mindestens 13% Anteile.

Die Therapie hat mit 40 Prozentanteilen eine hohe Variationsweite des fokussierenden Verhaltens, aber der Median von 60 steht für ein ausgeprägtes Fokussierungsverhalten v.a. im oberen Mittelbereich.

Zusammenfassung

Bei diesen sechs vorliegenden IPT-Therapien lässt sich keine gemeinsame Entwicklungslinie des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' erkennen. In 15-80% aller Äußerungen der TherapeutInnen wird stark fokussiert. Das Fokussierungsverhalten variiert in jeder Therapie mit mehreren Hoch- und Tiefpunkten über eine durchschnittliche Variationsweite von 41 Prozentanteilen.

Es lassen sich die IPT-typischen Therapiephasen: Eingangssitzungen, Mittlerer Problembearbeitungsteil und die Beendigungssitzungen, nicht anhand des Fokussierungsverhaltens unterscheiden. So kommen in den beiden Therapien A2 und A3 in den Eingangssitzungen Stunden mit dem höchsten Anteil von Äußerungen mit stark ausgeprägter Fokussierung vor, während in A1 und B3 im Vergleich zu den anderen Stunden der Therapie eher wenig fokussiert wird. Ebenso unterschiedlich ist der Verlauf des Fokussierungsverhaltens in den Beendigungssitzungen: In A1 und B3 gibt es in der letzten Therapiestunde einen deutlichen Anstieg an fokussierenden Äußerungen, in A3, B1 und B2 kommt es zu einem Abfall an Fokussierungsverhalten, und in der Therapie A2 bleibt das Fokussierungsverhalten auf dem Niveau der vorangegangenen Sitzungen. In den mittleren Sitzungen zeigt sich bei allen Therapien ein wechselhafter Verlauf mit Hoch- und Tiefpunkten der fokussierenden Interventionen.

Es lässt sich außerdem kein charakteristisches Fokussierungsmuster für die einzelnen TherapeutInnen erkennen. Beide TherapeutInnen haben sowohl Therapien, in denen in einem hohen Prozentanteil der Äußerungen fokussierende Interventionen vorkommen, wie auch Therapien mit einem geringen Prozentanteil an gelungenen Fokussierungen. Von beiden TherapeutInnen gibt es Therapien mit einem Anstieg von Fokussierungsverhalten am Ende der Therapie, ebenso wie es Therapien mit einem Abfall von Fokussierungsverhalten gibt. Über die Anfangsphase lässt sich leider kein Vergleich ziehen, da von Therapeutin B nur die Aufzeichnungen der Anfangssitzungen von einer Therapie vorliegen.

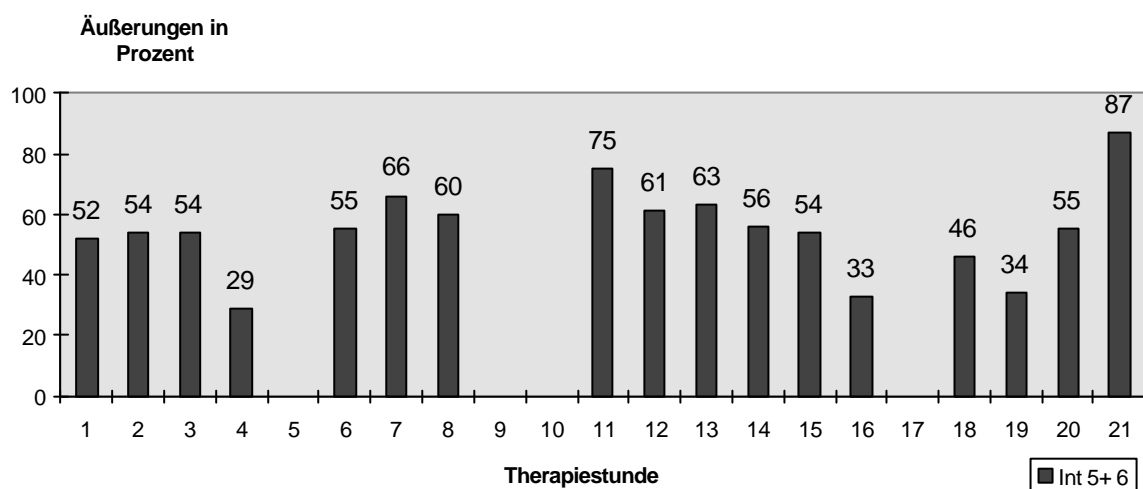
Ein Unterschied zwischen den TherapeutInnen besteht in der Schwankungsbreite des Fokussierungsverhaltens zwischen Hoch- und Tiefpunkten der einzelnen Thera-

pien: Bei Therapeut A variiert das Fokussierungsverhalten in den einzelnen Therapien im unterschiedlichen Maß: In der ersten Therapie um 32 %, in der zweiten um 43% und in der dritten Therapie um 55%. Therapeutin B zeigt über die Therapien hinweg ein eher konstantes Fokussierungsverhalten: In der ersten Therapie gibt es eine Spanne von 42% zwischen Hoch- und Tiefpunkten, in der zweiten Therapie beträgt die Spanne 35% und in der dritten Therapie 40%.

10.2.2 ‘Aktives Interventionsverhalten’ der TherapeutIn

Das TherapeutInnenmerkmal ‘Aktives Interventionsverhalten’ wird in den Diagrammen mit ‘Int 5+6’ bezeichnet, da es in voller Ausprägung vorliegt, wenn fünf oder sechs Kriterien des definierten Merkmals erfüllt sind.

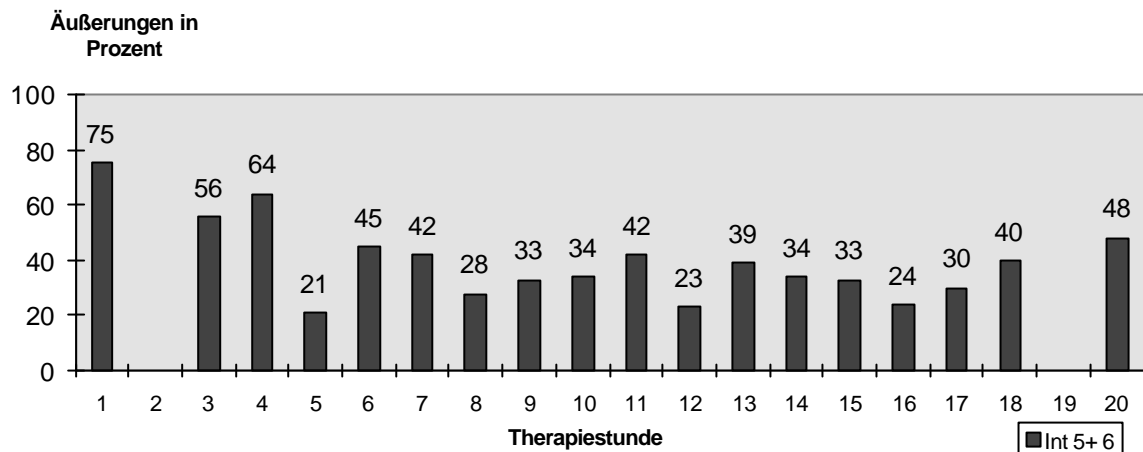
Therapie A 1



Hochpunkt	87%	75%	66%	Variationsweite	58
Stunde	21	11	7	Median	55
Tiefpunkt	29%	33%	34%	Mittelwert	52,41
Stunde	4	16	19	Standardabw.	18,6

Die Variationsweite des aktiven Interventionsverhaltens reicht über 58 Prozentanteile bis zu dem oberen Extrembereich von 87% und verzeichnet Einbrüche in den unteren Mittelbereich.

Der Anteil des aktiven Interventionsverhaltens der meisten Stunden (12 der 17 aufgezeichneten Stunden) liegt mit Prozentsätzen von 46-66 im mittleren Bereich. Der Median ist 55.

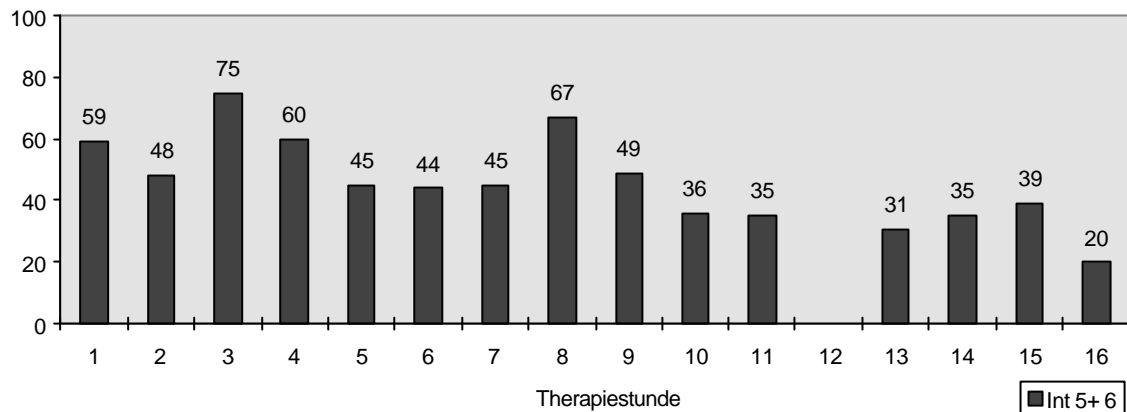
Therapie A 2

Hochpunkt	75%	64%	56%	Variationsweite	54
Stunde	1	4	3	Median	36,5
Tiefpunkt	21%	23%	24%	Mittelwert	39,5
Stunde	5	12	16	Standardabw.	13,89

In dieser Therapie lässt sich der Einführungsteil durch einen hohen Anteil von aktivem Interventionsverhalten (56-75 Prozentanteile) vom übrigen Teil der Therapie mit deutlich geringerem Interventionsverhalten unterscheiden. In diesen 15 Therapiestunden liegt das aktive Interventionsverhalten im unteren Mittelbereich zwischen 21 und 48 Prozentanteilen. Der Median der gesamten Therapie beträgt 36,5 und weist, auch im Vergleich mit den anderen Therapien, auf ein wenig aktives Interventionsverhalten hin.

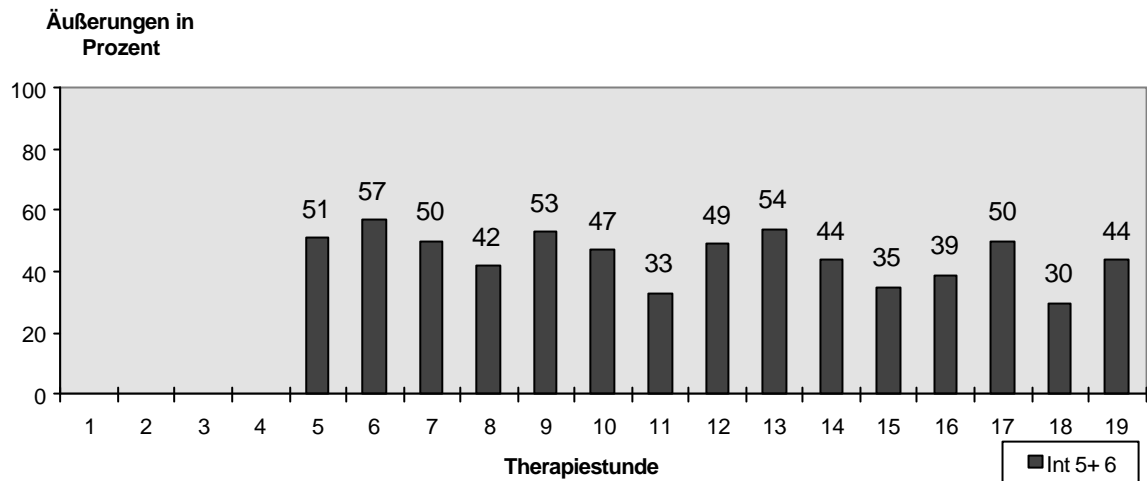
Therapie A 3

Äußerungen in Prozent



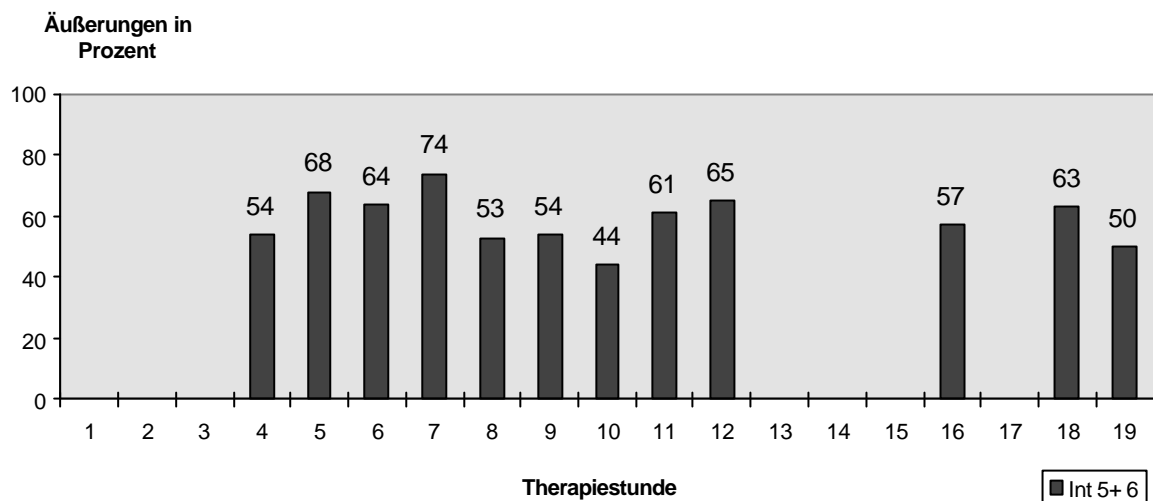
Hochpunkt	75%	67%	60%	Variationsweite	55
Stunde	3	8	4	Median	45
Tiefpunkt	20%	31%	35%	Mittelwert	45,9
Stunde	16	13	11,14	Standardabw.	14

Das Interventionsverhalten schwankt mit einer Variationsweite von 55 mit deutlichen Abweichungen nach oben (75% in der 3. Stunde) und unten (20% in der 16. Stunde). In 10 der 15 aufgezeichneten Stunden verläuft das Interventionsverhalten gleichmäßiger im unteren Mittelbereich zwischen 31 und 49 Prozentanteilen. Insgesamt verweist der Median von 45 auf ein mittleres Ausmaß an aktivem Interventionsverhalten.

Therapie B 1

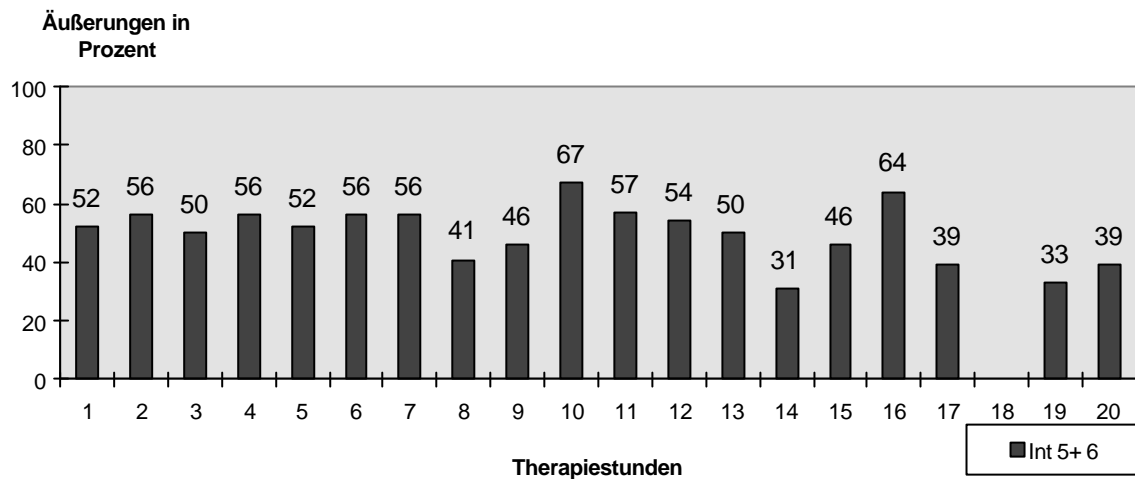
Hochpunkt	57%	54%	53%	Variationsweite	27
Stunde	6	13	9	Median	47
Tiefpunkt	30%	33%	35%	Mittelwert	45,2
Stunde	18	11	15	Standardabw.	7,8

Diese Therapie ist von einem wellenförmigen Verlauf des Interventionsverhaltens im Mittelbereich um einen Median von 47 mit einer vergleichsweise geringen Spannweite von 27 Prozentanteilen geprägt

Therapie B 2

Hochpunkt	74%	68%	65%	Variationsweite	30
Stunde	7	5	12	Median	59
Tiefpunkt	44%	50%	53%	Mittelwert	58,9
Stunde	10	19	8	Standardabw.	8,1

Bis auf den Tiefpunkt mit 44% in der 10. Stunde schwankt der Anteil der Äußerungen mit aktivem Interventionsverhalten dieser Therapie im oberen Mittelbereich zwischen 50 und 74 Prozentanteilen. Die Variationsweite und Standardabweichung sind gering.

Therapie B 3

Hochpunkt	67%	64%	57%	Variationsweite	36
Stunde	10	16	11	Median	52
Tiefpunkt	31%	33%	39%	Mittelwert	49,7
Stunde	14	19	17,20	Standardabw.	9,5

In den ersten sieben Stunden dieser Therapie verläuft das Interventionsverhalten mit Prozentanteilen zwischen 50 und 56 relativ stabil auf einem Niveau. Danach kommt es zu ausgeprägten Auf- und Abbewegungen, die Variationsweite insgesamt beträgt aber nur 36 Prozentanteile im mittleren Bereich um einen Median von 52.

Zusammenfassung

Auch bei dem Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' läßt sich kein für alle vorliegenden Therapien charakteristisches Verlaufsmuster beschreiben. Es variiert in den einzelnen Therapien von einer Spannweite von 27 Prozentanteilen in Therapie B1 bis zu 58 Prozentanteilen in Therapie A1. 20-87% aller Äußerungen der sechs Therapien weisen aktives Interventionsverhalten auf.

Es lassen sich keine gemeinsamen Muster für die einzelnen Therapiephasen beschreiben.

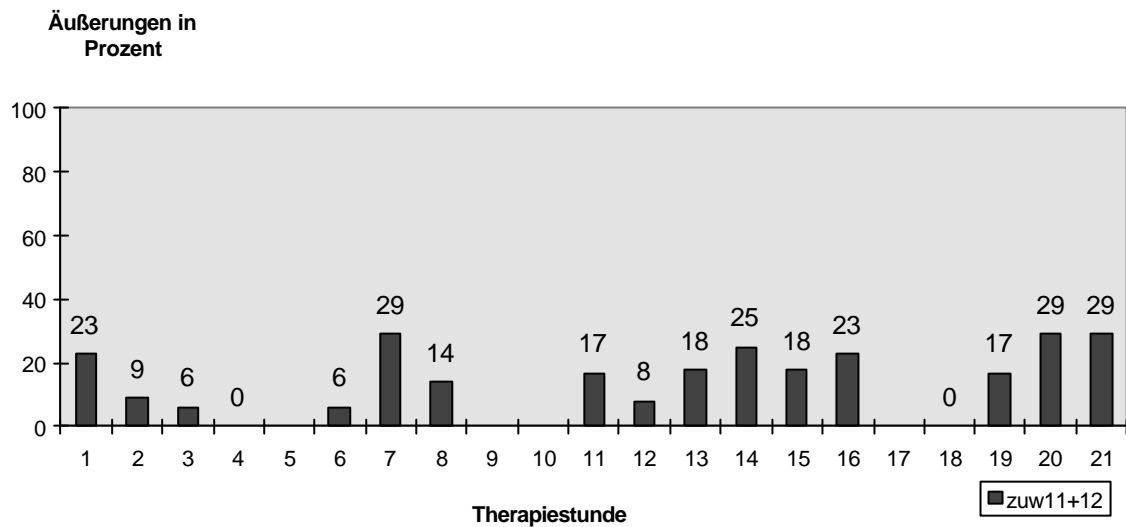
Das aktive Interventionsverhalten der beiden TherapeutInnen kann aber unterschieden werden: Therapeut A zeigt eine größere Spannbreite seines Interventionsverhalten, von ihm ist die Therapiestunde mit den mit 20 Prozentanteilen am wenigsten intervenierenden Äußerungen und die Therapiestunde mit den mit 87 Prozentanteilen am meisten intervenierenden Äußerungen. Das aktive Interventionsverhalten schwankt in den Therapien A1, A2, A3 in einem Bereich von 58, 54 und 55 Prozentanteilen. Therapeutin B zeigt ein gleichmäßigeres Interventionsverhalten: Die Spannbreite des Interventionsverhaltens beträgt in den Therapien B1, B2 und B3 27, 30 und 36 Prozentanteile. Ein Anteil von 30% der Äußerungen mit gelungener Ausführung des Merkmals ist das Minimum und ein Prozentanteil von 74 ist das Maximum bei Therapeutin B.

Da von den Therapien nicht alle Sitzungen vorliegen, ist ein Vergleich der Therapien miteinander schwierig: So zeigt Therapie B2 in den aufgezeichneten Stunden, beginnend mit der 5. Stunde, das durchgängig geringste Interventionsverhalten mit einem Anteil von 30 - 57 % der TherapeutInnenäußerungen. In der Therapie A2 kommt es aber nach der 5. Stunde bis zu dem Ende der Therapie nur noch in 21-48% der Äußerungen zu gelungenem Interventionsverhalten, was deutlich unter dem Anteil der Therapie B1 liegt, so daß dies als Therapiephase mit dem geringsten Interventionsverhalten bezeichnet werden kann. Therapie B2 ist mit einem Median von 59 und einem aktiven Interventionsverhalten in dem Bereich von 44-74 % der Äußerungen die Therapie mit dem ausgeprägtesten Interventionsverhalten.

10.2.3 ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ der TherapeutIn

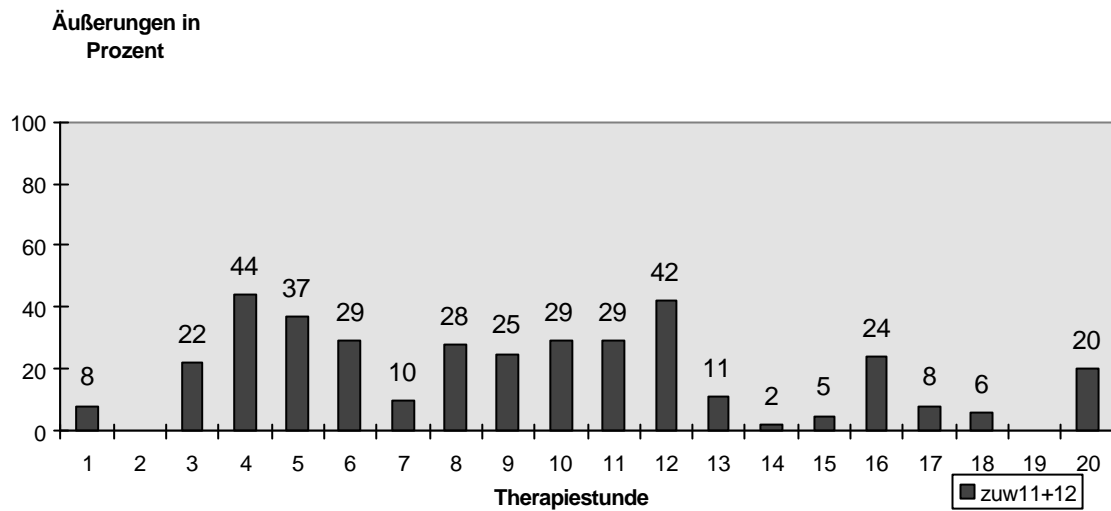
Die volle Ausprägung des Merkmals liegt vor, wenn 11 oder 12 Kriterien erfüllt sind, daher wird es in den Diagrammen mit ‘ZUW 11+12’ gekennzeichnet.

Therapie A 1



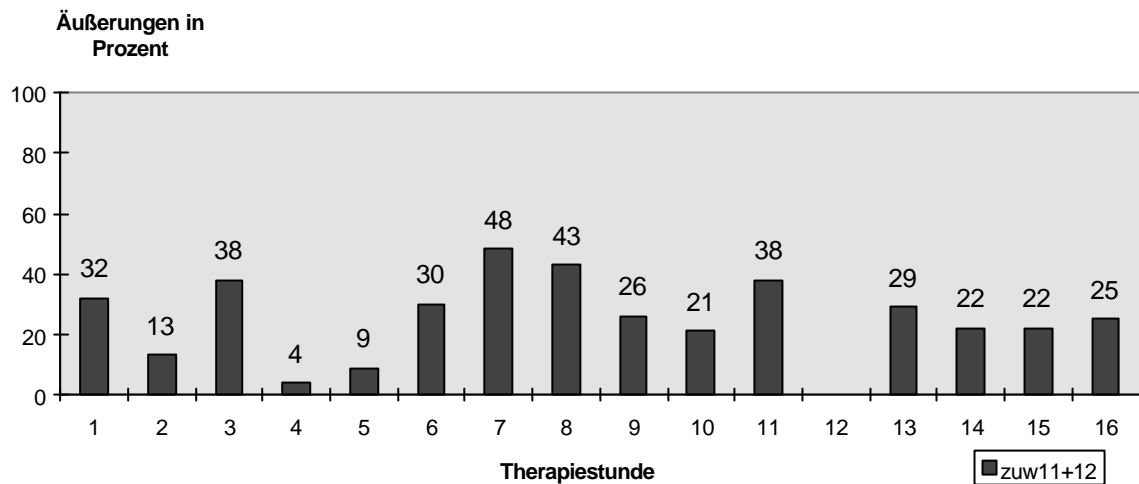
Hochpunkt	29%	29%	29%	Variationsweite	29
Stunde	7	20	21	Median	17
Tiefpunkt	0%		6%	Mittelwert	15,9
Stunde	4,18		3, 6	Standardabw.	9,5

Das Zuwendungsverhalten ist in dieser Therapie gering ausgeprägt. Im unteren Bereich zwischen 0 und 29 % liegt die Variationsbreite an zuwendungvermittelnden Äußerungen. Der Verlauf ist unregelmäßig.

Therapie A 2

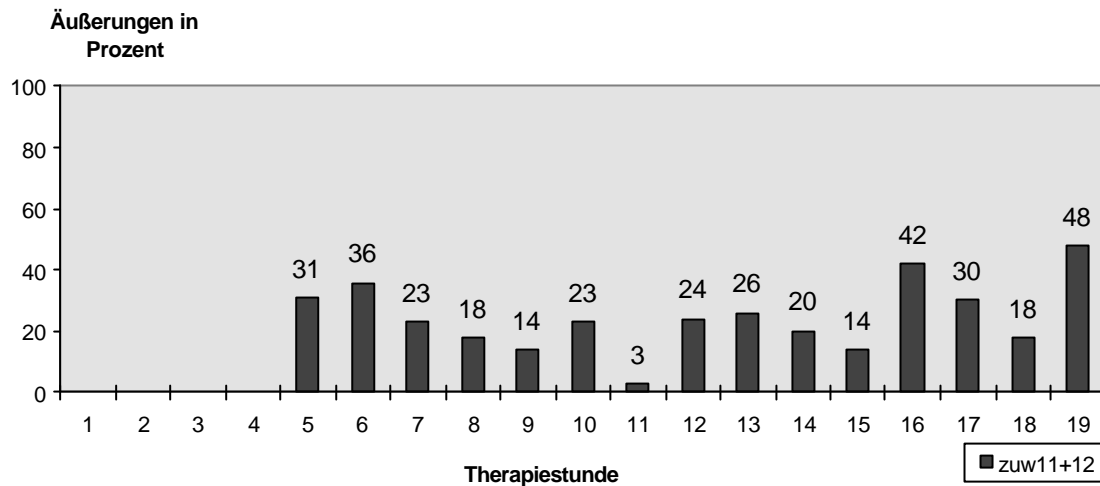
Hochpunkt	44%	42%	375	Variationsweite	42
Stunde	4	12	5	Median	23
Tiefpunkt	2%	5%	6%	Mittelwert	21,1
Stunde	14	15	18	Standardabw.	12,7

Der Anteil an Äußerungen mit ausgeprägtem Zuwendungsverhalten liegt in dieser Therapie zwischen 2% und 44% um einen Median von 23. Es zeigt sich ein eher wellenförmiger Verlauf, der aber abrupte An- und Abstiege des Zuwendungsverhaltens aufweist. Die Standardabweichung ist mit 12,7 relativ hoch.

Therapie A 3

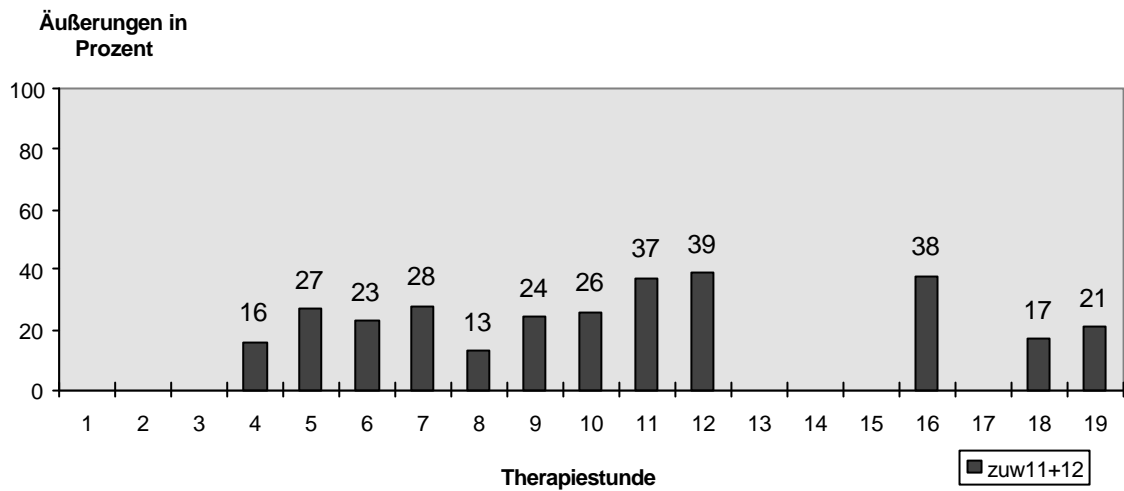
Hochpunkt	48%	43%	38%	Variationsweite	44
Stunde	7	8	3,11	Median	26
Tiefpunkt	4%	9%	13%	Mittelwert	26,7
Stunde	4	5	2	Standardabw.	11,9

Mit einer Variationsweite von 44 und einem Median von 26 liegt der Anteil der Äußerungen mit Zuwendungsverhalten in dem Bereich zwischen 4 und 48 Prozentanteilen. Es zeigen sich starke Differenzen zwischen einzelnen Stunden.

Therapie B 1

Hochpunkt	48%	42%	36%	Variationsweite	45
Stunde	19	16	6	Median	23
Tiefpunkt	3%	14%	18%	Mittelwert	24,7
Stunde	11	15,9	8,18	Standardabw.	11,1

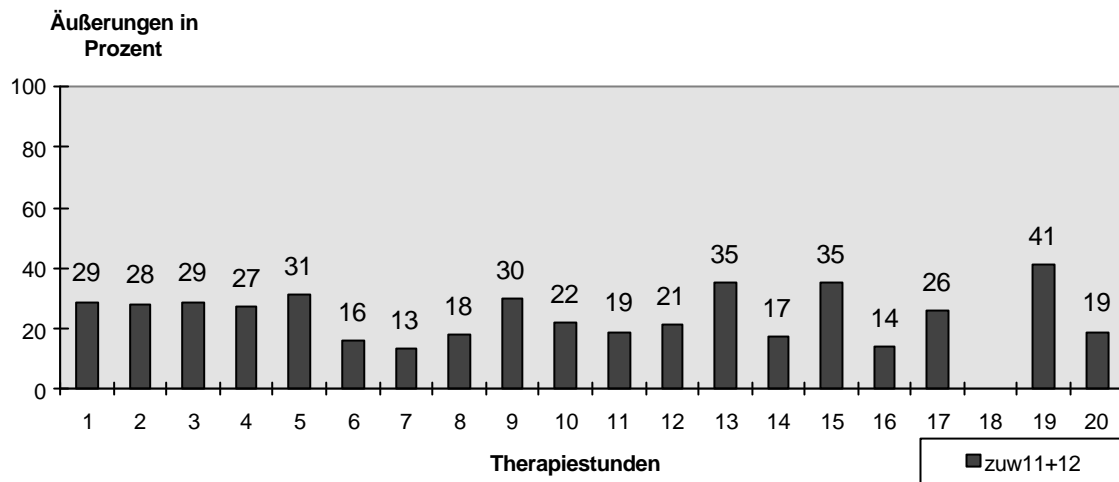
In dieser Therapie ist der Verlauf des Zuwendungsverhaltens in weiten Teilen relativ stabil: In zwölf von den 15 aufgezeichneten Stunden liegt der Bereich zwischen 14 und 36%. Insgesamt beträgt die Spanne der zuwendungsvermittelnden Äußerungen 45 Prozentpunkte um den Median von 23.

Therapie B 2

Hochpunkt	39%	38%	37%	Variationsweite	26
Stunde	12	16	11	Median	25
Tiefpunkt	13%	16%	17%	Mittelwert	25,8
Stunde	8	4	18	Standardabw.	8,3

In dieser Therapie verläuft das Zuwendungsverhalten bei einer Variationsweite mit 26 Prozentpunkten und einer Standardabweichung von 8,3 ziemlich stabil im unteren Mittelbereich zwischen 13 und 39 Prozentanteilen.

Therapie B 3



Hochpunkt	41%	35%	31%	Variationsweite	28
Stunde	19	13,15	5	Median	26
Tiefpunkt	13%	14%	16%	Mittelwert	24,7
Stunde	7	16	6	Standardabw.	7,7

Auch in dieser Therapie verläuft das 'ausgeprägte Zuwendungsverhalten' mit einer geringen Variationsweite von 28 Prozentanteilen im unteren Mittelbereich. In den ersten fünf Stunden verläuft es sehr gleichmäßig mit 27 bis 31 Prozentanteilen der TherapeutInnenäußerungen. In der 13.-20. Stunde dagegen variiert das Zuwendungsverhalten stark zwischen Hoch- und Tiefpunkten

Zusammenfassung

Zwischen 0 und 48% aller Äußerungen der beiden TherapeutInnen vermitteln ein ausgeprägtes Zuwendungsverhalten.

Das Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' wird von doppelt so vielen Items gebildet wie die anderen Merkmale dieser Untersuchung, aber auch bei diesem Merkmal differenziert v.a. die gelungene Ausprägung des Merkmals mit 11 oder 12 gerateten Items zwischen den einzelnen Stunden: Im Durchschnitt werden bei 90% aller Äußerungen der TherapeutInnen 7 Items des Merkmals Zuwendungsverhalten verwirklicht.¹ In drei Therapien werden in mehr als 50% aller Äußerungen 10 Items des Merkmals geratet, in den anderen drei Therapien 9 Items. So kann davon ausgegangen werden, daß die Ursache der im Vergleich mit den Merkmalen Fokussierung und Intervention geringen Ausprägung des Zuwendungsverhaltens in den vorliegenden Therapien nicht in der Merkmalsbestimmung, sondern in dem Interaktionsverhalten der TherapeutInnen liegt.

Es ergibt sich kein charakteristisches Muster der Merkmalsausprägung für die Therapien und die Therapien lassen sich auch anhand des Zuwendungsverhaltens nicht in einzelne Segmente unterteilen.

Ebenso läßt sich kein Unterschied zwischen den TherapeutInnen in ihrem Zuwendungsstil erkennen.

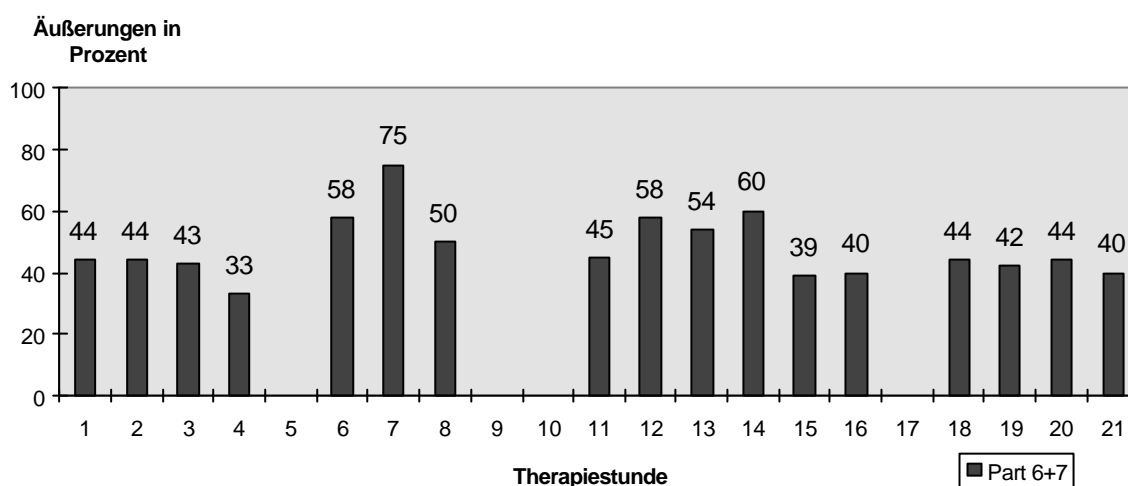
Die Therapie A1 ist die Therapie mit dem geringsten Anteil an zuwendungsvermittelnden Äußerungen (0-29%). Die Therapien B2 und B3 haben mit 26 und 28 Prozentanteilen eine ebenso geringe Schwankungsbreite wie A1, aber in diesen Therapien wird mehr Zuwendungsverhalten geäußert: In B2 in 13-39% der Äußerungen und in B3 in 13-41 %. Die Therapien A2, A3 und B1 schwanken von einem Minimum an Zuwendungsverhalten von 2, 3 oder 4% zu einem Maximum über 40%.

¹ siehe die Tabelle zum Zuwendungsverhalten in Anhang B.

10.2.4 ‘Intensives Partizipationsverhalten’ der PatientIn

Dieses Merkmal wird in den Diagrammen mit ‘Part 6+7’ bezeichnet, da es aus 6 oder 7 Items des SKI / 3 mit den definierten Wertigkeiten gebildet wird.

Therapie A 1

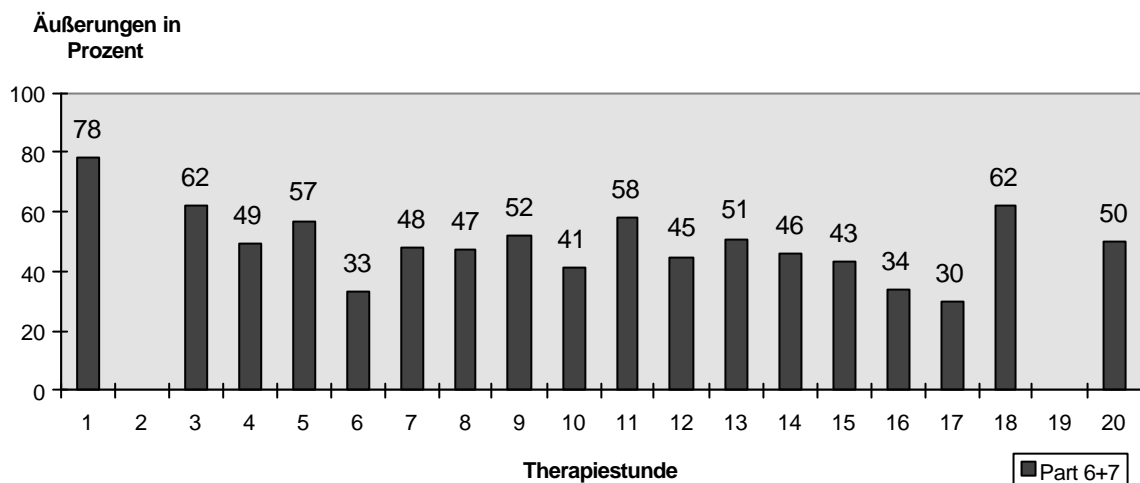


Hochpunkt	75%	60%	58%	Variationsweite	42
Stunde	7	14	6,12	Median	44
Tiefpunkt	33%	39%	40%	Mittelwert	47,8
Stunde	4	15	16,21	Standardabw.	9,9

Es lassen sich in dieser Therapie drei Phasen anhand des Merkmals ‘Intensives Partizipationsverhalten’ unterscheiden: Die Stunden 1-4 und 15-21 mit einem gleichmäßigen Partizipationsverhalten zwischen 33 und 44% im unteren Mittelbereich und der mittlere Teil mit drastischen Auf- und Abstiegen zwischen 33-75%. Bis auf den unteren und oberen Extremwert ist die Variationsweite mit 21 Prozentanteilen zwischen 39 und 60% relativ gering.

Das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' verläuft in der gesamten Therapie mit einer Variationsweite von 42 im unteren und oberen Mittelbereich um einen Median von 44.

Therapie A 2



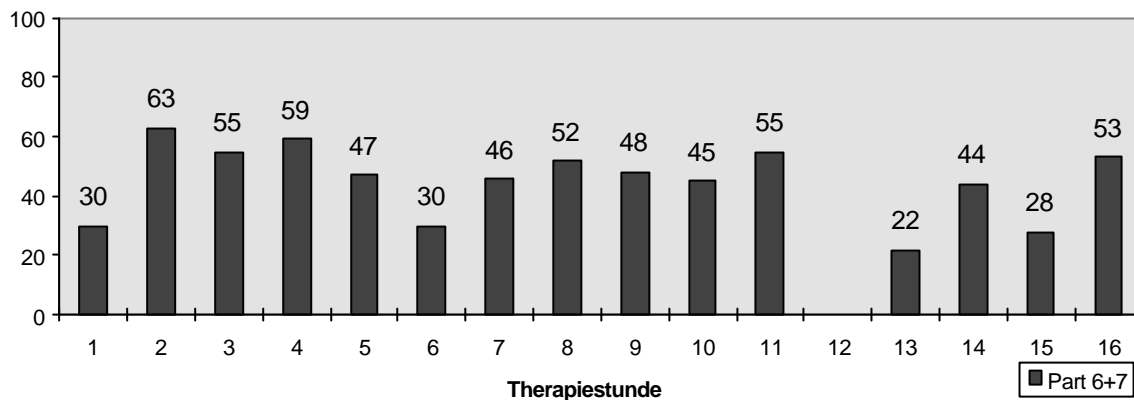
Hochpunkt	78%	62%	58%	Variationsweite	48
Stunde	1	3,18	11	Median	48,5
Tiefpunkt	30%	33%	34%	Mittelwert	49,2
Stunde	17	6	16	Standardabw.	11,3

In dieser Therapie zeigt sich keine mit den Therapiephasen korrespondierende Phaseneinteilung. Sie beginnt mit einem überragend hohen Prozentsatz an partizipierenden Äußerungen: 78% in der ersten Stunde. Das Partizipationsverhalten verläuft unregelmäßig mit zwei weiteren im Vergleich mit den umgebenden Stunden auffallenden Hochpunkten in der 5. und in der 11. Stunde.

Insgesamt liegt das intensive Partizipationsverhalten im unteren und oberen Mittelbereich zwischen 30 und 78%, mit einem Median von 48,5.

Therapie A 3

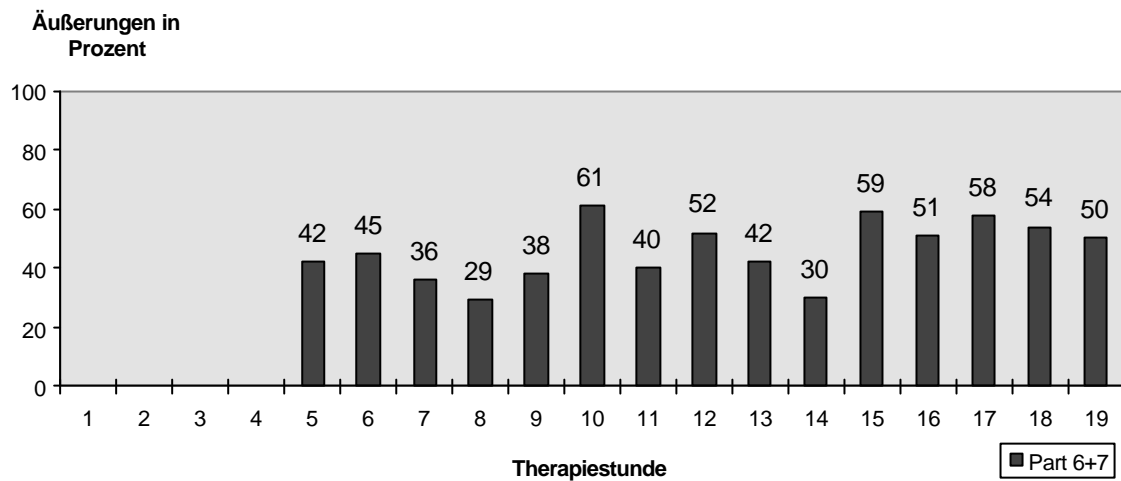
Äußerungen in
Prozent



Hochpunkt	63%	59%	55%	Variationsweite	41
Stunde	2	4	3,11	Median	47
Tiefpunkt	22%	26%	30%	Mittelwert	45,1
Stunde	13	15	1,6	Standardabw.	11,9

Auch in dieser Therapie verläuft das Partizipationsverhalten unregelmäßig. Es gibt vier deutliche Tiefpunkte, die übrigen elf Stunden zeigen intensives Partizipationsverhalten in einem Bereich zwischen 44 und 63 Prozent der PatientInnenäußerungen, Abweichungen nach oben sind nicht so auffallend.

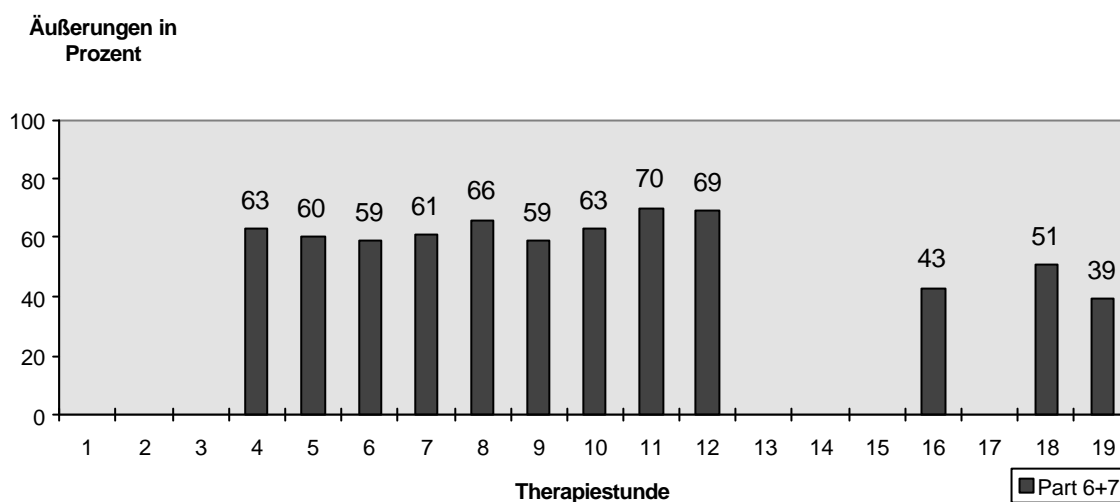
Insgesamt liegt das Partizipationsverhalten mit einer Variationsweite von 41 im unteren und oberen Mittelbereich.

Therapie B 1

Hochpunkt	61%	59%	58%	Variationsweite	32
Stunde	10	15	17	Median	45
Tiefpunkt	29%	30%	36%	Mittelwert	45,8
Stunde	8	14	7	Standardabw.	9,9

Zwischen 29 und 61% der Äußerungen lassen intensives Partizipationsverhalten der PatientIn erkennen. Nach Auf- und Abbewegungen bleibt das Partizipationsverhalten nach der 15. Stunde bis zum Ende der Therapie auf einem für diese Therapie hohen Niveau zwischen 50 und 59% der Patientenäußerungen.

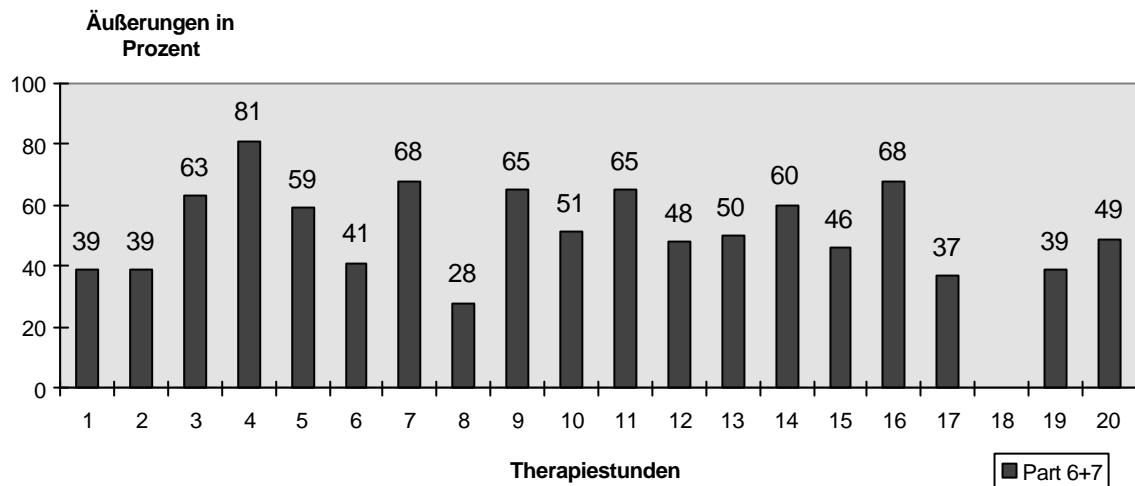
Therapie B 2



Hochpunkt	70%	69%	66%	Variationsweite	31
Stunde	11	12	8	Median	60,5
Tiefpunkt	39%	43%	51%	Mittelwert	58,6
Stunde	19	16	18	Standardabw.	9,2

In der vierten bis zur zwölften Stunde zeigt die PatientIn mit Prozentanteilen zwischen 59-70 kontinuierliche intensive Partizipation an der Therapie. In den drei aufgezeichneten Stunden vom Ende der Therapie ist das Partizipationsverhalten mit Prozentanteilen zwischen 39 und 51 deutlich geringer. 10 der 12 aufgezeichneten Stunden zeigen Partizipationsverhalten im oberen Mittelbereich

Die Variationsweite der gesamten Therapie beträgt 31 Prozentanteile. Auch der Median von 60,5 weist auf eine hohe Merkmalsausprägung 'Intensive Partizipation' in dieser Therapie.

Therapie B 3

Hochpunkt	81%	68%	65%	Variationsweite	53
Stunde	4	7,16	9,11	Median	50
Tiefpunkt	28%	37%	39%	Mittelwert	52,4
Stunde	8	17	19, 2, 1	Standardabw.	13,4

Der Verlauf des Partizipationsverhaltens ist äußerst unregelmäßig mit starken Differenzen zwischen einzelnen Stunden. Die Spannbreite beträgt 53 Prozentanteile, die Standardabweichung 13,4. Mit einem Gipfel von 81% reicht das Partizipationsverhalten in den extremen Oberbereich, die restlichen Stunden weisen aber ein Partizipationsverhalten im unteren und oberen Mittelbereich auf. Der Median beträgt 50.

Zusammenfassung

Zwischen 22 und 81% der Äußerungen in den vorliegenden sechs Therapien weisen intensives Partizipationsverhalten der PatientIn auf.

Der Verlauf dieses Interaktionsverhaltens ist in jeder Therapie unterschiedlich: In Therapie A1 gibt es eine deutliche Einteilung in Anfangs-,Mittel-und Endphase. In Therapie B2 verläuft der Großteil der Stunden bezüglich des Partizipationsverhaltens auf einem Niveau mit geringen Schwankungen zwischen 59 und 70% der Äußerungen. In den anderen Therapien variiert das Partizipationsverhalten unregelmäßig mit mehreren Hoch- und Tiefpunkten.

Es läßt sich kein typisches therapieübergreifendes Muster der Partizipation erkennen, etwa in dem Sinne, daß zu Beginn oder Ende der Therapie eher intensives oder schwaches Partizipationsverhalten vorliegt. Die Therapie B3 weist die höchste Spanne des intensiven Partizipationsverhaltens auf: In 28-81% der Äußerungen wurden die Items des Merkmals geratet.

Es läßt sich für die beiden TherapeutInnen kein Charakteristikum im Partizipationsverhalten ihrer Patienten feststellen.

10.3 Beschreibung der Daten des Kommunikationserlebens

Die Datenbasis der Merkmale des Kommunikationserlebens¹ wird durch die gesamte Therapiestunde gebildet.

Im folgenden wird zunächst für jede Therapie ein Diagramm erstellt, in dem die Ausprägung der vier Merkmale des Kommunikationserlebens der PatientIn für jede Stunde abgebildet ist, anschließend wird für jede Therapie die Ausprägung der drei Merkmale der TherapeutInnen dargestellt und kurz beschrieben. Damit die Merkmale gemeinsam abbildbar und vergleichbar sind, wurden die standardisierten SKOM-Merkmale verwendet.²

10.3.1 Die Wahrnehmung des Therapieprozesses durch die PatientIn

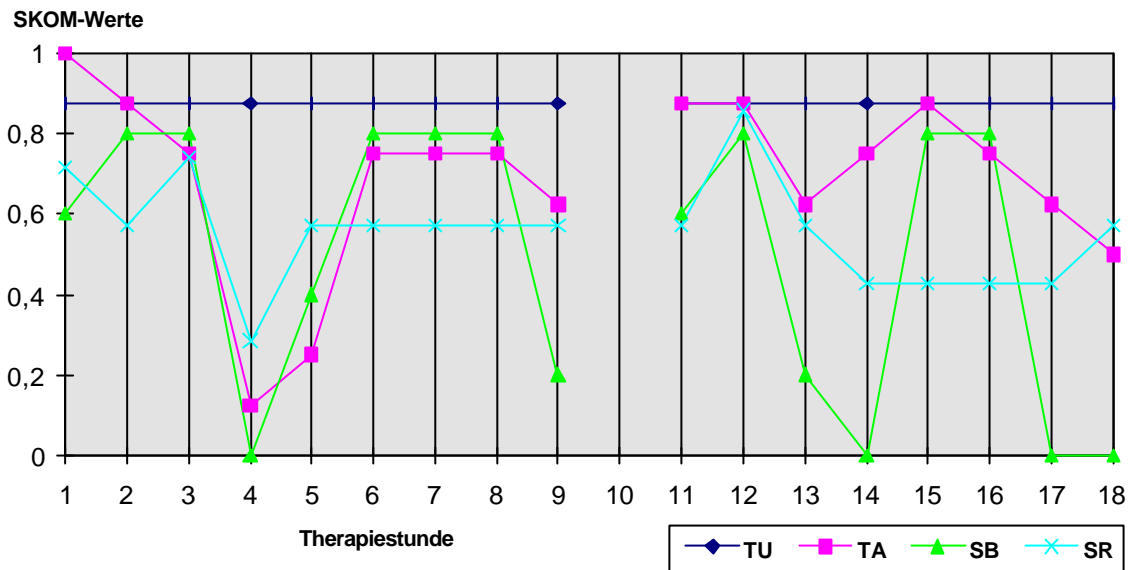
Das Erleben der PatientIn wird durch vier Merkmale, die die TherapeutIn- PatientIn-Beziehung und die Involvierung der PatientIn zum Inhalt haben, erfaßt

(Die Abkürzungen ergaben sich im Arbeitsprozeß und wurden beibehalten, da sie auch im erstellten SAS-Programm verwendet wurden.)

- Erleben von Unterstützung (TU), gebildet aus 8 Items
- Erleben von Produktivität (TA), gebildet aus 8 Items
- Selbstwahrnehmung (SB), gebildet aus 5 Items
- Fähigkeit zur Selbstreflexion (SR), gebildet aus 7 Items

¹ Siehe Kapitel 9.2 und 9.4

² Die maximale Ausprägung des einzelnen Merkmals wird durch die tatsächlich erfüllte Ausprägung dividiert., siehe Kapitel 9.4

Therapie A1

	Erleben von Unterstützung TU	Erleben von Produktivität TA	Selbstwahrnehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt	keine	1	0,8	0,86
<i>Stunde</i>		1	2, 3, 6, 7, 8, 12, 15, 16	12
Tiefpunkt	keine	0,13	0	0,29
<i>Stunde</i>		4	4, 14, 17, 18	4
Variationsweite	0	0,87	0,8	0,57
Median	0,88	0,75	0,6	0,57
Mittelwert	0,88	0,69	0,49	0,56
Standardabw.	0	0,219	0,34	0,13

Die Patientin erlebt den Therapeuten durchgängig als sehr unterstützend, in jeder Stunde werden 7 von 8 Items des Merkmals 'Erleben von Unterstützung' positiv beantwortet.

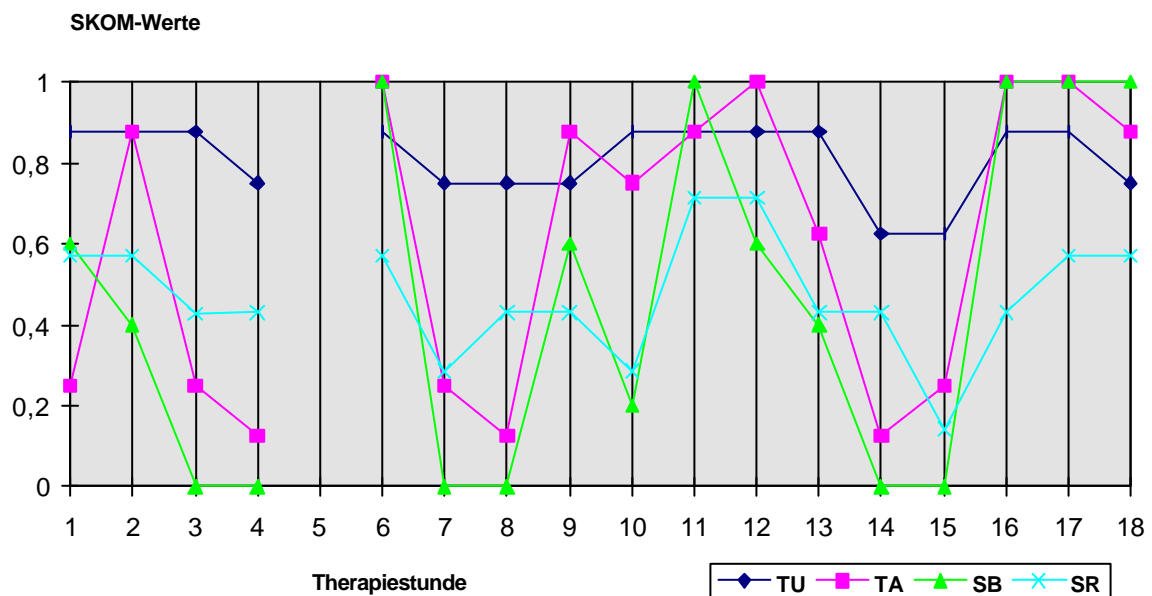
Auch die Produktivität wird positiv wahrgenommen: In der Hälfte der Stunden werden mindestens 6 von 8 Kriterien des Merkmals 'Erleben von Produktivität' erfüllt. Die geringste Ausprägung erfährt das Merkmal in der 4. und 5. Stunde: Es werden nur 1 bzw. 2 Kriterien erfüllt.

Das Merkmal 'Selbstwahrnehmung' zeigt den ungleichmäßigsten Verlauf dieser Therapie um einen Median von 0,6; d.h. in der Hälfte der Stunden wurden mindestens 3 von 5 möglichen Items positiv gewertet. In 4 Stunden gab es dagegen keine positive Wahrnehmung der Selbstbefindlichkeit.

Das Merkmal 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' variiert im mittleren Bereich ohne extreme Werte.

Von der gesamten Therapie wird die 4. Stunde insgesamt am schlechtesten beurteilt, sie fällt als Tiefpunkt der Merkmale 'Erleben von Unterstützung', 'Selbstwahrnehmung' und 'Fähigkeit zur Selbstreflexion'. Die 12. Stunde wird in allen Merkmalen am positivsten erlebt.

Therapie A2



	Erleben von Unterstützung TU	Erleben von Produktivität TA	Selbstwahrnehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt Stunde	0,88 1, 2, 3, 6, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17	1 6, 12, 16, 17	1 6, 11, 16, 17, 18	0,71 11, 12
Tiefpunkt Stunde	0,63. 14, 15	0,13 4, 8, 14	0 3, 4, 7, 8, 14, 15	0,14 15
Variationsweite	0,25	0,87	1	0,57
Median	0,88	0,75	0,40	0,43
Mittelwert	0,81	0,60	0,46	0,47
Standardabw.	0,087	0,35	0,41	0,145

In dieser Therapie werden die einzelnen Stunden in den vier erfragten Dimensionen sehr unterschiedlich erlebt.

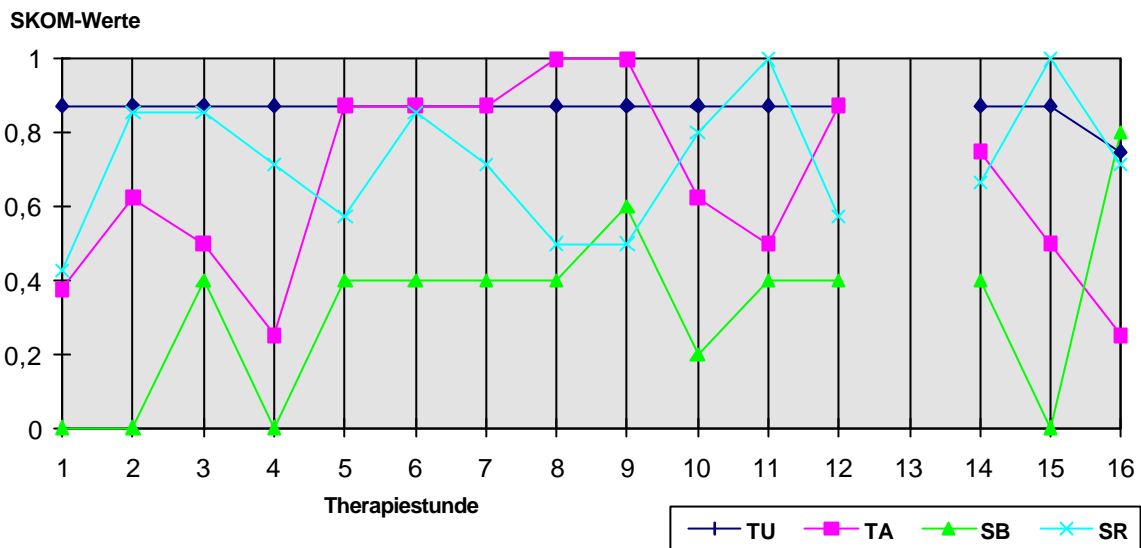
Die therapeutische Unterstützung wird in allen Stunden positiv wahrgenommen. Mit einer Differenz von 0,25 weist dieses Merkmal 'Erleben von Unterstützung' auch die geringste Variationsweite auf.

Das Merkmal 'Erleben von Produktivität' ist mit einem Median von 0,75 überwiegend im oberen Bereich, aber die Variationsweite ist mit 0,87 beträchtlich. So werden in 7 Therapiestunden nur ein bzw. 2 Kriterien des Merkmals erfüllt.

Auch das Merkmal 'Selbstwahrnehmung' zeigt große Schwankungen: In 6 Stunden kommt es überhaupt nicht vor, in 5 Stunden erreicht es den Wert 1. In der Hälfte der Stunden wurden nur zwei Kriterien erfüllt, aber der Mittelwert liegt bei 0,46, was insgesamt für eine mittlere Wahrnehmungsfähigkeit der Selbstbefindlichkeit spricht.

Das Merkmal 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' weist keine Extremwerte auf und verläuft im mittleren Bereich um einen Median von 0,43 mit einer Variationsweite von 0,57.

In allen Merkmalen positiv beschrieben werden die sechste, elfte und zwölfte Stunde, die vierzehnte und fünfzehnte Stunde werden negativ wahrgenommen.

Therapie A3

	Erleben von Unter- stützung TU	Erleben von Pro- duktivität TA	Selbstwahr- nehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt	0,88	1	0,8	1
Stunde	alle außer 16	8, 9	16	11, 15
Tiefpunkt	0,75	0,25	0	0,43
Stunde	16	4, 16	1, 2, 4, 15	1
Variationsweite	0,13	0,75	0,8	0,57
Median	0,88	0,63	0,40	0,71
Mittelwert	0,87	0,66	0,32	0,72
Standardabw.	0,031	0,248	0,23	0,173

Der Therapeut wird gleichmäßig sehr unterstützend erlebt, nur in der letzten Stunde sinkt die Ausprägung des Merkmals 'Erleben von Unterstützung' geringfügig.

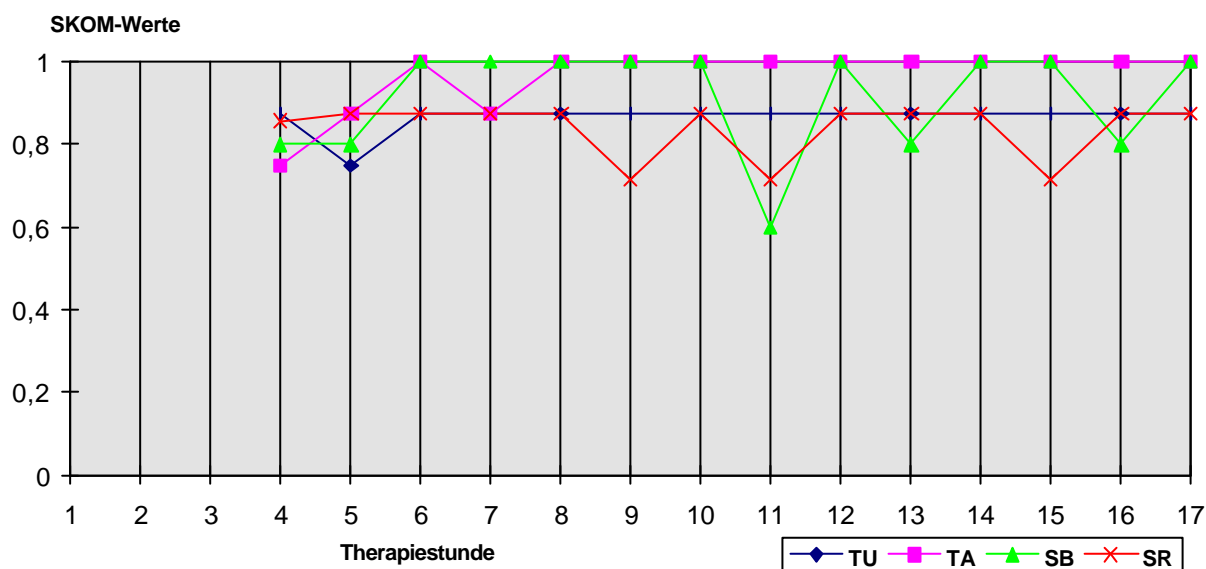
Die anderen Merkmale nehmen einen unregelmäßigeren Verlauf, oft auch in gegenläufiger Tendenz, so daß es keine eindeutigen Hoch- und Tiefpunkte gibt. In der Hälfte der Stunden werden mindestens fünf von acht Items des Merkmals 'Erleben von Produktivität' positiv gewertet. Es gibt bei einer Schwankungsbreite von 0,75 keine extremen Tiefpunkte dieses Merkmals.

Das Merkmal 'Selbstwahrnehmung' ist gering ausgeprägt: In vier Stunden gibt es keine positiv gewerteten Items; der Median liegt bei 0,4, was bedeutet, daß in der

Hälfte der Stunden höchstens zwei Kriterien erfüllt wurden und auch der Mittelwert spricht mit 0,32 für eine geringe Ausprägung der Selbstbefindlichkeit in dieser Therapie. In der letzten Therapiestunde steigt die Selbstwahrnehmung von 0 auf 0,8, den höchsten Wert der Therapie, wobei jetzt die Ausprägung der anderen drei Merkmale abfallen. Das Merkmal 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' ist mit einer Schwankungsbreite von 0,43 - 1 durchgängig im oberen Bereich.

Von dieser Therapie wird die neunte Stunde am positivsten wahrgenommen, die erste und die vierte am negativsten.

Therapie B1



	Erleben von Unterstützung TU	Erleben von Produktivität TA	Selbstwahrnehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt Stunde	0,88 alle außer 5	1 6, 8-17	1 6-10, 12, 14, 15, 17	0,88 4-8, 10, 12, 13, 14, 16, 17
Tiefpunkt Stunde	0,75 5	0,75 4	0,6 11	0,71 9, 11, 15
Variationsweite	0,13	0,25	0,4	0,17
Median	0,88	1	1	0,88
Mittelwert	0,87	0,96	0,91	0,84
Standardabw.	0,032	0,074	0,12	0,066

Diese Therapie wird in allen Merkmalen mit Werten zwischen 1 und 0,6 äußerst positiv beschrieben. Es gibt eine geringe Variationsweite der Merkmale. Median und Hochpunkte sind bei allen Merkmalen identisch.

‘Erleben von Unterstützung’ erreicht in allen Stunden bis auf die fünfte einen Wert von 0,88.

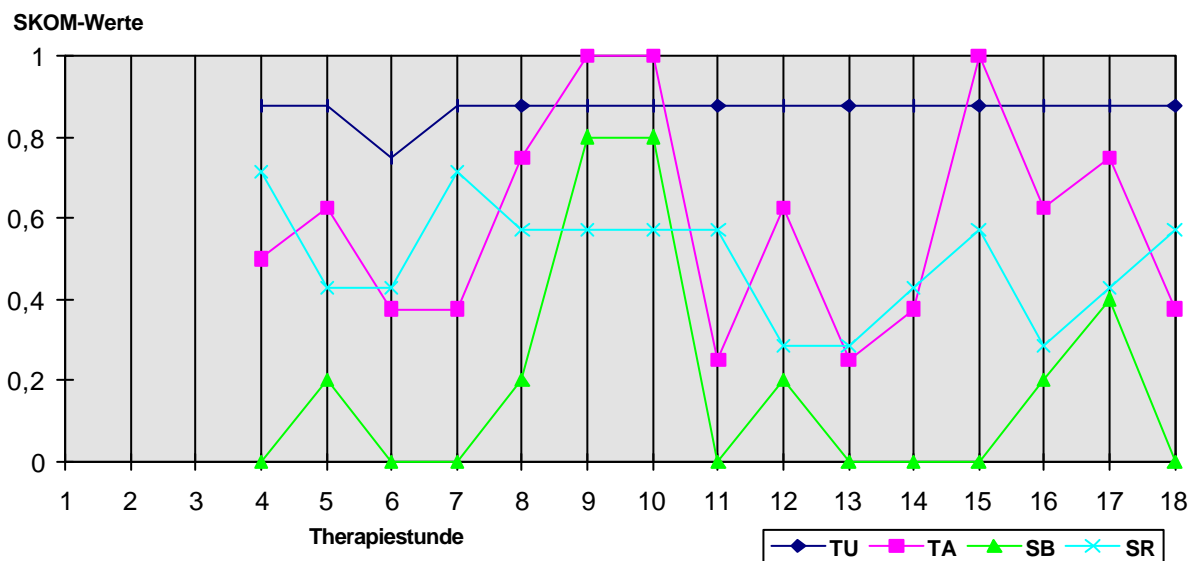
Die Produktivität Allianz wird in 11 Stunden mit dem Höchstwert eingeschätzt.

Das Merkmal ‘Selbstwahrnehmung’ erreicht in 9 Stunden das Maximum. Dieses Merkmal zeigt bei einem Tiefwert von 0,6 in der 11. Stunde mit 0,4 noch die größte Variationsweite.

‘Fähigkeit zur Selbstreflexion’ ist das in dieser Therapie am wenigsten positiv ausgeprägte Merkmal: Es schwankt zwischen den Werten 0,71 und 0,88.

Einen ausgeprägten Hochpunkt der Therapie gibt es nicht. Ein Tiefpunkt ist in der elften (und in der fünften) Stunde.

Therapie B2



	Erleben von Unterstützung TU	Erleben von Produktivität TA	Selbstwahrnehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt Stunde	0,88 alle außer 6	1 9, 10, 15	0,8 9, 10	0,71 4, 7,
Tiefpunkt Stunde	0,75 6	0,25 11, 13	0 4, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 18	0,29 12, 13, 16
Variationsweite	0,13	0,75	0,8	0,42
Median	0,88	0,63	0	0,57
Mittelwert	0,87	0,59	0,19	0,5
Standardabw.	0,031	0,256	0,268	0,137

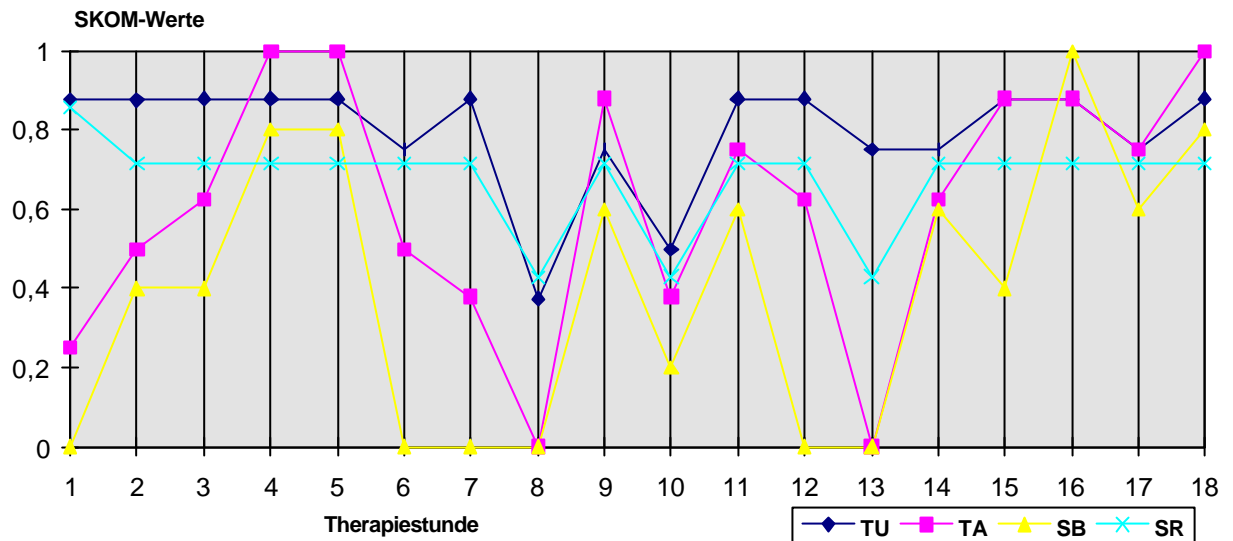
Das Merkmal 'Erleben von Unterstützung' hat einen gleichmäßigen Verlauf mit dem Wert 0,88, der nur in der sechsten Stunde eine Stufe auf 0,75 sinkt.

Die Produktivität wird in den Stunden sehr unterschiedlich erlebt, zwischen 1 und 0,25 liegen hier die Einschätzungen.

Von der 4. - 14. Stunde verläuft die Kurve des Merkmals 'Selbstwahrnehmung' fast parallel nach unten versetzt, zwischen den Werten 0,8 und 0. Bis auf die Spitzen in der neunten und zehnten Stunde ist die Selbstwahrnehmung gering ausgeprägt, der Median liegt bei 0.

Das Merkmal 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' verläuft im mittleren Bereich um einen Median von 0,57 und einer Variationsbreite von 0,42.

Die neunte und die zehnte Stunde wurden in dieser Therapie insgesamt am positivsten wahrgenommen, Tiefpunkte der Therapie sind in der sechsten, elften und dreizehnten Stunde.

Therapie B3

	Erleben von Unterstützung TU	Erleben von Produktivität TA	Selbstwahrnehmung SB	Fähigkeit zur Selbstreflexion SR
Hochpunkt	0,88	1	1	0,86
<i>Stunde</i>	1-5, 7, 9, 11, 12, 15, 16, 18	4, 5, 18	16	1
Tiefpunkt	0,38	0	0	0,43
<i>Stunde</i>	8	8, 13	1, 6, 7, 8, 12, 13	8, 10, 13
Variationsweite	0,5	1	1	0,43
Median	0,88	0,63	0,4	0,71
Mittelwert	0,79	0,61	0,4	0,67
Standardabw.	0,14	0,309	0,333	0,115

In dieser Therapie sind alle Merkmale in den einzelnen Therapiestunden unterschiedlich ausgeprägt.

‘Erleben von Unterstützung’ wird mit einem Median, der mit dem Hochpunkt zusammenfällt, von 0,88 und einem Tiefpunkt von 0,38 insgesamt noch positiv bewertet.

‘Erleben von Produktivität’ schwankt zwischen 0 und 1. Der Median beträgt 0,63, also werden in der Hälfte der Stunden mindestens 5 von 8 Items positiv bewertet, in 3 Stunden alle 8 Items, in 2 Stunden aber keins.

‘Selbstwahrnehmung’ variiert auch zwischen 0 und 1, der Median liegt hier bei 0,4, was ein deutlich negativeres Gesamtbild der Merkmalsausprägung ergibt.

Das Merkmal ‘Fähigkeit zur Selbstreflexion’ befindet sich im mittleren, eher positiven Bereich zwischen 0,86 und 0,43.

Hochpunkte der Therapie sind die vierte, fünfte und sechzehnte Stunde, Tiefpunkte die achte und dreizehnte Stunde.

10.3.2 Zusammenfassung

Das ‘Erleben von Unterstützung’ war in allen Therapien gleichbleibend positiv. Therapiephasenspezifische Variationen des Merkmals ergeben sich nicht. In 81 von 96 Therapiestunden (84%) wurden 7 von 8 möglichen Items dieses Merkmals erfüllt. Der Extremwert mit allen 8 Items wurde in keiner Stunde erreicht. In den Therapien A1, A3, B1 und B2 wurde die therapeutische Unterstützung gleichmäßig und hoch bewertet: In jeder der Therapien wurden mit Ausnahme von einer Stunde 7 Kriterien erfüllt, in der Ausnahmestunde 6 Kriterien. In der Therapie A2 ist der Verlauf etwas variationsreicher: In 10 Stunden wurden 7 Items erfüllt, in 5 Stunden 6 und in 2 Stunden 5. In der Therapie B3 ist die Variationsweite mit einer Spanne zwischen 7 und 3 Items am höchsten. In 12 von 18 Stunden wurde aber auch hier die therapeutische Unterstützung mit 7 Items sehr positiv gewertet.

Das Merkmal ‘Erleben von Produktivität’ hat in allen Therapien eine große Variationsweite, von 0 - 8 erfüllten Items und wurde insgesamt sehr positiv eingeschätzt. In 14 Therapiestunden (15%) wurde die vollständige Ausprägung des Merkmals mit allen 8 Items erreicht, in 2 Therapiestunden (2%) wurde kein einziges Item als erfüllt angesehen. In der Hälfte aller Therapiestunden liegt das Merkmal mit mindestens 6 Items (standardisierter Wert: 0,75) vor. In der Therapie B1, die in allen Merkmalen positiv und mit geringer Variationsbreite eingeschätzt wurde, wurde in 11 von 14 Therapiestunden das volle Merkmal erfüllt. In den Therapien A1 und A2 wurden in der Hälfte der Therapiestunden mindestens 6 Items erfüllt, in den Therapien A3, B2 und B3 wurden im Mittel mindestens 5 Items erfüllt. Es lässt sich bei diesem Merk-

mal in keiner Therapie ein phasenspezifischer Verlauf feststellen oder ein spezifisches Muster erkennen. Die Kurven der Therapien zeigen ein ständiges und oft extremes Auf- und Ab der Merkmalsausprägung.

Das Merkmal „Erleben von Selbstwahrnehmung“ hat über alle Therapien hinweg eine Variationsweite von 0 bis zu 5 Items, der höchsten Ausprägung dieses Merkmals. Es wird in den einzelnen Therapien unterschiedlich und insgesamt nicht so positiv bewertet: In 15 Therapiestunden (16%) wurde die volle Ausprägung des Merkmals erreicht, in 24 Therapiestunden (25%) wurde kein Kriterium des Merkmals als erfüllt angesehen. Der Median aller Therapien liegt bei 2 Items (standardisierter Wert: 0,4). In der Ausnahmetherapie B1 wird das Erleben der Selbstbefindlichkeit durchgehend positiv erlebt, in 9 von 14 Stunden wird der Höchstwert erreicht, es gibt nur einen Tiefpunkt mit der Erfüllung von 3 Items. In den anderen Therapien ist der Verlauf des Merkmals sehr unterschiedlich mit einem häufigen Auftreten der oberen und unteren Extremwerte. Die Therapie A1 wird positiv beurteilt, obwohl der Extremwert von 5 erfüllten Items nicht vorkommt, aber in 8 Stunden werden 4 Items erreicht und in der Hälfte der Stunden mindestens 3. In den Therapien A2, A3 und B3 werden in der Hälfte der Stunden mindestens 2 Items erfüllt. In der Therapie A2 schwankt die Einschätzung der Wahrnehmung der Selbstbefindlichkeit zwischen 0 in 6 Stunden und dem Höchstwert von 5 Items in 5 Stunden. Die Therapie A3 zeigt einen relativ gleichmäßigen Merkmalsverlauf zwischen 0 in 4 Stunden und dem Höchstwert von 4 Items in einer Stunde. In der Therapie B3 ist der Verlauf wieder ungleichmäßiger, wobei hier die Extremwerte von 0 nur zweimal und von 5 Items nur einmal erreicht werden. Am negativsten eingeschätzt wird die Selbstwahrnehmung in der Therapie B2, es wird in der Hälfte der Stunden kein Kriterium des Merkmals erfüllt.

Das Merkmal „Fähigkeit zur Selbstreflexion“ variiert im mittleren Bereich. Der obere Extremwert mit 7 erfüllten Items wird nur in 2 Stunden (2%) erreicht, der untere Extremwert liegt hier bei einem erfüllten Item und kommt in einer Stunde (1%) vor. In der Hälfte aller Stunden wurden mindestens 4 Items erreicht (standardisierter Wert 0,57). Das Wahrnehmung der Selbstreflexion kann also als positiv bezeichnet werden. Die Therapie B1 wird mit 6 Items in 11 Stunden und 5 Items in den übrigen 3 Therapiestunden am positivsten bewertet. In den Therapien A3 verläuft die Merk-

malsverteilung zwischen 7 und 3 erfüllten Kriterien und in B3 zwischen 6 und 3 Kriterien um einen Median von mindestens 5 erfüllten Items. In den Therapien A1 und B2 wurden in der Hälfte der Stunden die 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' durch mindestens 4 Items beschrieben, in der Therapie A2 ist die Selbstreflexion mit einem Median von 3 erreichten Items am geringsten ausgeprägt.

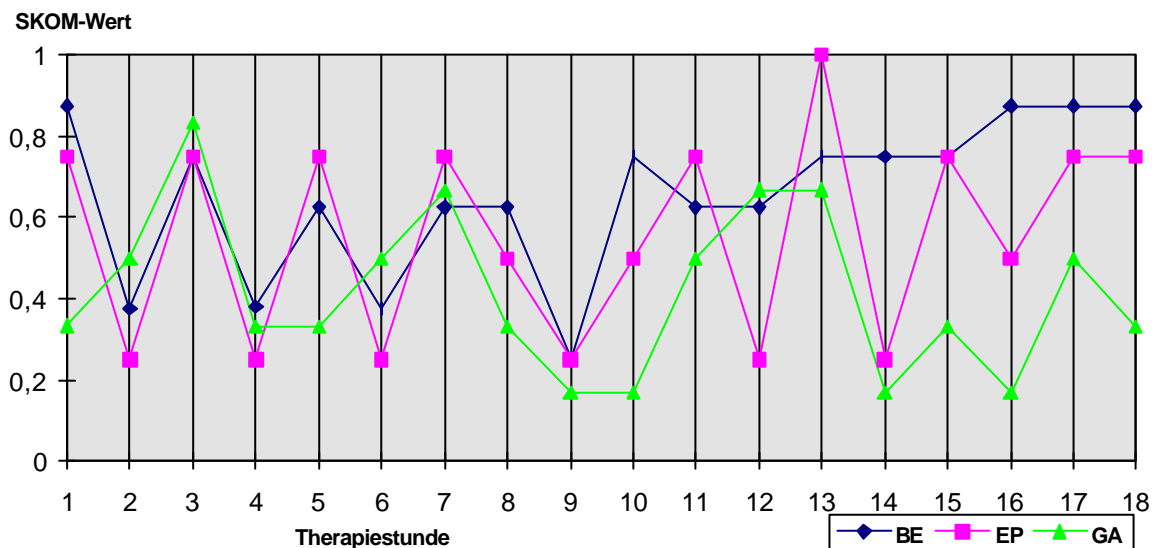
Fazit: Bei keinem Merkmal lassen sich therapiephasenspezifische Variationen über den Therapieverlauf hinweg feststellen. Es läßt sich auch keine Entwicklungstendenz wahrnehmen, bei der man z. B. davon ausgehen würde, daß zu Beginn der Therapie ein Merkmal nur gering ausgeprägt ist und erst im Verlauf der Therapie ein langsamer Anstieg der erfüllten Items zu sehen ist, so daß ein stabiles Niveau erreicht werden kann. Es kommt im Gegensatz zu dieser Vorstellung eines kontinuierlichen und langsamen Aufbaus einer therapeutischen Beziehung in den hier analysierten Therapien auch schon zu Beginn zu einer hohen Merkmalsausprägung und im Verlauf der Therapien immer wieder und in jeder Therapiephase zu plötzlichen An- oder Abstiegen in der Merkmalsausprägung.

10.3.2 Die Wahrnehmung des Therapieprozesses durch die TherapeutIn

Das Erleben der TherapeutIn wird durch drei Merkmale erfaßt, die die TherapeutIn-PatientIn-Beziehung zum Inhalt haben.

- Erleben der Beziehung (BE), gebildet aus 8 Items
- Erleben von Produktivität (EP), 4 Items
- Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre (GA), 6 Items

Therapie A1



	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	0,88	1	0,83
Stunde	1, 16, 17, 18	13	3
Tiefpunkt	0,25	0,25	0,17
Stunde	9	2, 4, 6, 9, 12, 14	9, 19, 14, 16
Variationsweite	0,63	0,75	0,66
Median	0,69	0,63	0,33
Mittelwert	0,65	0,56	0,42
Standardabw.	0,189	0,244	0,194

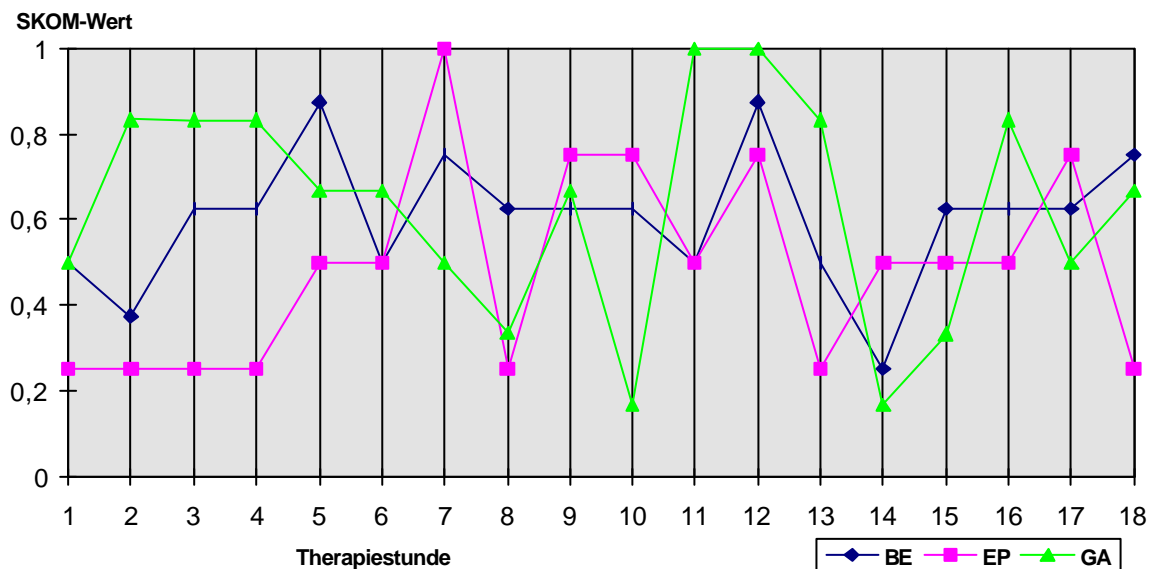
In weiten Bereichen der Therapie folgt auf eine positiv wahrgenommene Stunde eine negativ empfundene Stunde, die Kurven der Merkmale verlaufen im Zick-Zack-Muster. In diesem stetigen Auf- und Ab fallen keine einzelnen Stunden auf, so daß es keine Hoch-oder Tiefpunkte aller Merkmale in dieser Therapie gibt.

Bei dem Merkmal 'Erleben der Produktivität' (EP) der PatientIn zeigt sich dies Auf und Ab während der gesamten Therapie. Dieses Merkmal weist den einzigen Extremwert in der Therapie auf: In der 13. Stunde wird es vollkommen erfüllt.

Das Merkmal 'Erleben der Beziehung' verläuft zwischen den Werten 0,88 und 0,25 um einen Median von 0,69. Nach den Zick-zack-Bewegungen in der ersten Hälfte der Therapie konsolidiert sich ab der 11. Stunde in der Wahrnehmung des Therapeuten die Beziehung und verbessert sich langsam und stetig bis zu den Werten 0,88 in den letzten drei Stunden.

Die Gesprächsatmosphäre wird mit einem Median von 0,33 und Auf- und Abbewegungen zwischen 0,83 und 0,17 eher negativ eingeschätzt.

Therapie A2



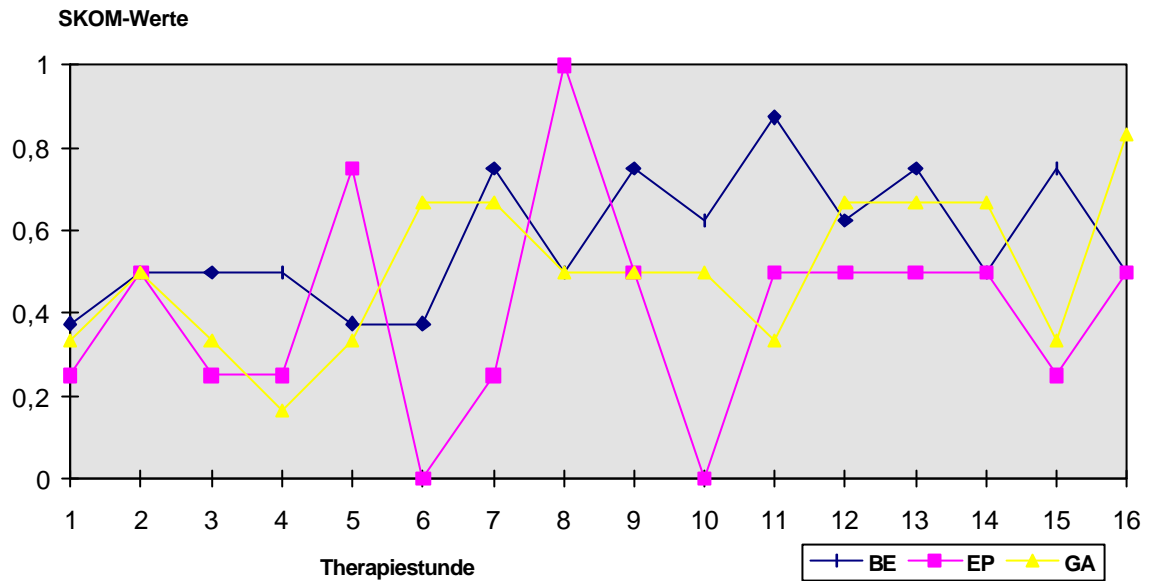
	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	0,88	1	1
Stunde	5, 12	7,	11, 12
Tiefpunkt	0,25	0,25	0,17
Stunde	14	1, 2, 3, 4, 8, 13, 18	14
Variationsweite	0,63	0,75	0,83
Median	0,63	0,5	0,67
Mittelwert	0,6	0,49	0,63
Standardabw.	0,152	0,228	0,252

Die Ausprägung der Merkmale lässt keine Tendenz oder Entwicklung erkennen. Als Hochpunkt der Therapie wird die 12. Stunde erlebt, als Tiefpunkt die 14.

Das 'Erleben der Beziehung' ist bei einer Variationsweite von 0,63 mit einem Median von 0,6 noch relativ positiv und gleichmäßig ausgeprägt.

Das Merkmal 'Erleben von Produktivität' wird sehr unterschiedlich eingeschätzt, auf eine Stunde mit hoher Produktivität folgt immer eine Stunde mit geringer Produktivität. Eine Ausnahme bilden die 9. und 10. Stunde. Der Median liegt bei 0,5.

Das Merkmal 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' weist die größte Variationsweite auf: 0,83. Der Median liegt bei 0,67, was auf eine eher positive Atmosphäre in der Therapie schließen lässt.

Therapie A3

	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	0,88	1	0,83
Stunde	11	8	16
Tiefpunkt	0,34	0	0,17
Stunde	1, 5, 6,	6, 10,	4
Variationsweite	0,54	1	0,66
Median	0,5	0,5	0,5
Mittelwert	0,58	0,4	0,5
Standardabw.	0,152	0,248	0,177

In dieser Therapie läßt sich in der zweiten Hälfte ein gleichmäßigerer Verlauf der Merkmale feststellen.

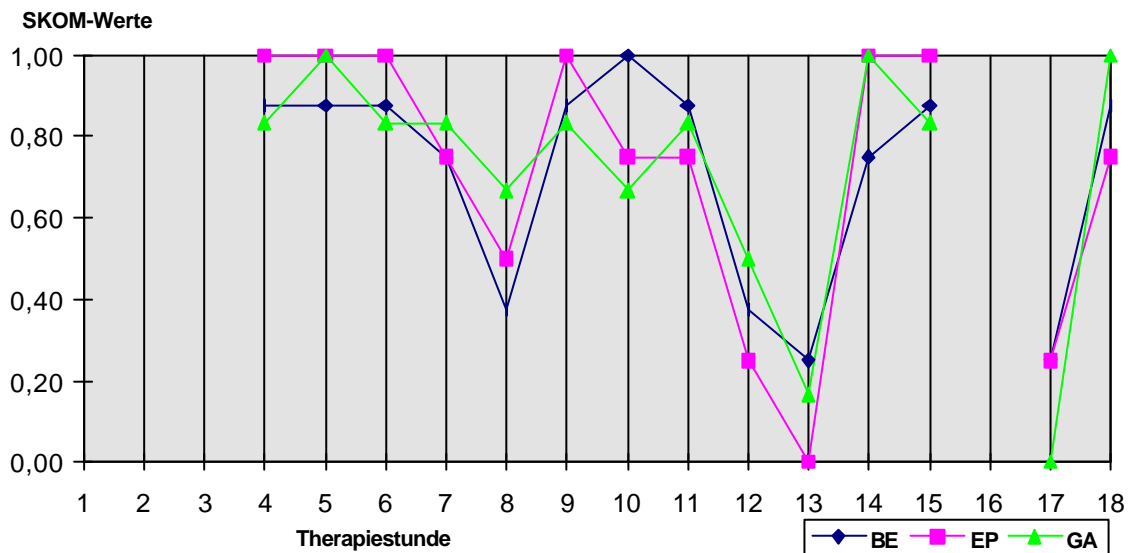
Das Merkmal 'Erleben der Beziehung' hat insgesamt nur eine Variationsweite von 0,54 und ab der 7. Stunde schwankt es nur noch um 0,38 im positiven Bereich, das heißt, daß dann 4-7 Items von 8 möglichen positiv beantwortet wurden.

Das 'Erleben der Produktivität' ist bis zur 11. Stunde sehr wechselhaft mit Werten zwischen 0 und 1 ausgeprägt, bleibt dann bis auf ein Absinken in der 15. Stunde auf dem mittleren Niveau von 0,5, das auch den Median bildet.

Bei dem Merkmal 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' werden nach der 6. Stunde nur noch geringe Schwankungen deutlich, insgesamt verläuft die Kurve des Merkmals im mittleren Bereich ohne Extremwerte.

Eine eindeutig positive Stunde lässt sich nicht ausmachen. Die 11. und 16. Stunde kann noch am ehesten als Hochpunkt der Therapie bestimmt werden, da dort die Hochpunkte jeweils eines Merkmals liegen, und ein weiteres Merkmal einen deutlichen Anstieg verzeichnet. Tiefpunkt der Therapie ist die 6. Stunde.

Therapie B1

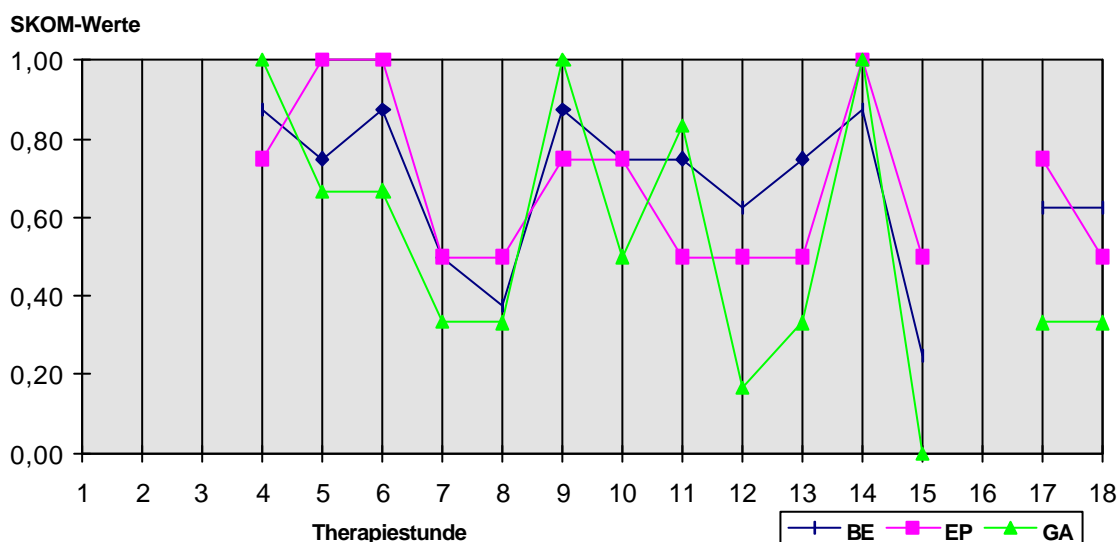


	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	1	1	1
Stunde	10	4, 5, 6, 9, 14, 15,	5, 14, 18
Tiefpunkt	0,25	0	0
Stunde	13, 17	13	17
Variationsweite	0,75	1	1
Median	0,88	0,75	0,83
Mittelwert	0,71	0,71	0,71
Standardabw.	0,257	0,33	0,292

Die Merkmale bilden fast deckungsgleiche Kurven, die auf hohem Niveau verlaufen (zwischen 0,67 und 1), aber drei rapide Abfälle und ebenso deutliche Aufstiege von einer Stunde zur anderen aufweisen. So ergibt sich eine große Variationsweite: 1 bei den Merkmalen 'Erleben der Produktivität' und 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre'; 0,75 bei dem Merkmal 'Erleben der Beziehung'. Bei Mittelwerten von 0,71 aller drei Merkmale und Medianen zwischen 0,88 und 0,83 wird aber die insgesamt positive Einschätzung der Therapie deutlich.

Hochpunkt der Therapie ist in der 5. und 14. Stunde, Tiefpunkt in der 13. Und 17.Stunde.

Therapie B2



	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	0,88	1	1
Stunde	4, 6, 9, 14,	5, 6, 14	4, 9, 14
Tiefpunkt	0,25	0,5	0
Stunde	15	7, 8, 11, 12, 13,	15
Variationsweite	0,63	0,5	1
Median	0,75	0,63	0,42
Mittelwert	0,68	0,68	0,54
Standardabw.	0,187	0,2	0,316

In dieser Therapie ist kein eindeutiger Trend wahrzunehmen, es gibt während des gesamten Verlaufs starke Unterschiede zwischen den einzelnen Stunden, aber insgesamt verlaufen die Kurven eher im Bereich über 0,5: Die Therapie wird positiv erlebt.

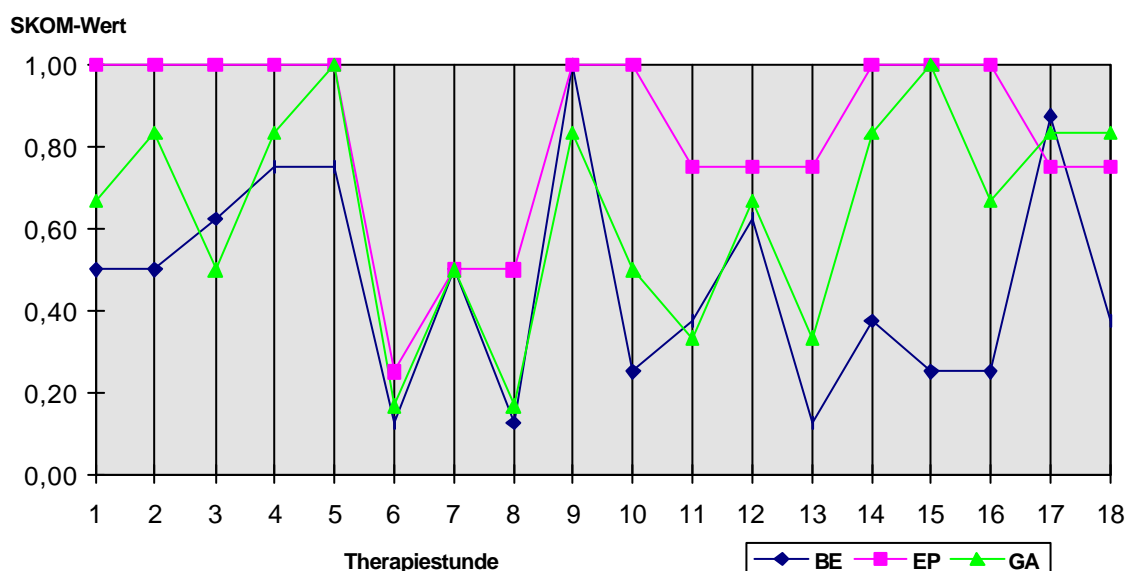
Die Wahrnehmung der einzelnen Kommunikationsmerkmale verläuft parallel. Das Merkmal 'Erleben der Beziehung' wird viermal mit sieben von 8 Items positiv eingeschätzt, die niedrigste Wertung sind in der 15. Stunde 2 von 8 Items. Der Median ist bei 6 von 8 Items.

Das Merkmal 'Erleben der Produktivität' weist die geringste Variationsweite auf: 0,5. Es gibt hier keine Extremwerte, der Median liegt bei 0,63, also in mindestens 50% der Therapiestunden werden 2,5 Items von 4 positiv bewertet.

Die 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' zeigt die stärkste Variationsbreite: 1 in drei Stunden und 0 in einer Stunde. Bei einem Median von 0,42 (entspricht 2,5 positiv beantwortete Items von 6) zeigt sich auch, daß in der Hälfte der Stunden die Gesprächsatmosphäre negativ wahrgenommen wurde.

In allen Merkmalen am positivsten beschrieben wurde die 14. Stunde, gefolgt von der 15. Stunde, die am negativsten erlebt wurde.

Therapie B3



	Erleben der Beziehung BE	Erleben von Produktivität EP	Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre GA
Hochpunkt	1	1	1
Stunde	9	1-5, 9, 10, 14, 15, 16	5, 15
Tiefpunkt	0,13	0,25	0, 17
Stunde	6, 8, 13	6	6, 8
Variationsweite	0,87	0,75	0,83
Median	0,44	1	0,67
Mittelwert	0,47	0,83	0,64
Standardabw.	0,256	0,22	0,256

Von der 4.-16. Stunde weisen die Merkmalsverläufe eine gewisse Parallelität auf. Alle Merkmale haben eine hohe Variationsweite von einem positiv gewerteten Item bis zum Maximum der Merkmalsausprägung.

Das 'Erleben der Beziehung' ist bei einem Median von 0,44 eher gering ausgeprägt, das 'Erleben der Produktivität' mit dem Median von 1 sehr hoch. Die 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' wechselt stark zwischen positiver und negativer Einschätzung.

Positiv erlebt werden die 5. und 9. Stunde, negativ erlebt die 6. und 8. Stunde.

10.3.3 Zusammenfassung

Das 'Erleben der Beziehung' ist positiv. In mindestens der Hälfte aller Stunden werden 5 Items (standardisierter Wert: 0,63) erfüllt. Es gibt wenig Extremwerte: Der obere Extremwert mit allen acht Kriterien des Merkmals kommt nur zweimal vor, die untere Grenze wird durch die Erfüllung von einem Item gebildet und kommt in drei Stunden der Therapie B3 vor. In 11 der 99 Stunden, von denen SKOM-Daten der TherapeutInnen vorliegen, werden 7 Items des Merkmals erfüllt. In der Therapie B1 wird die therapeutische Beziehung mit einem Median von 7 Items am positivsten eingeschätzt. In der Therapie B2 werden in der Hälfte der Stunde mindestens 6 Items erfüllt, in der Therapie A1 fünfeinhalb, in der Therapie A2 fünf und in der Therapie A3 vier. Das 'Erleben der Beziehung' der Therapie B3 ist bei einem Median

von 3,5 Items am geringsten ausgeprägt. In den Therapien A1 und A3 erreicht das Merkmal nach mehreren An- und Abstiegen in der Mitte der Therapie ein stabiles Niveau im positiven Bereich, in den anderen Therapien schwankt es über die gesamte Therapie hinweg.

Das Merkmal „Erleben von Produktivität“ zeigt die deutlichsten Schwankungen mit extremen An- und Abstiegen. In keiner Therapie kommt es zu einer Konsolidierungsphase.¹ In 22 der 99 Therapiestunden liegt das Merkmal in voller Ausprägung vor, in 3 Stunden liegt es überhaupt nicht vor. Auch die Qualität des Merkmals wird in jeder Therapie unterschiedlich wahrgenommen: Am positivsten wird die Produktivität in der Therapie B3 erlebt: In 10 der 18 Therapiestunden kommt der Höchstwert von 4 erfüllten Items vor, in der Therapie B1 kommt der Höchstwert in 6 von 14 Therapiestunden vor, der Median liegt hier bei drei Items. In den Therapien A1 und B2 werden in der Hälfte der Stunden mindestens 2 oder 3 Items erfüllt, in den Therapien A2 und A3 nur zwei Items. Der Median aller Therapiestunden liegt ebenfalls bei zwei Items (standardisierter Wert 0,5), was dafür spricht, daß die Produktivität insgesamt weder besonders gut, noch besonders negativ erlebt wurde.

Die ‘Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre’ ist insgesamt leicht positiv ausgeprägt: Der Median ist 3,5 (standardisierter Wert: 0,58). Extremwerte kommen selten vor: Die volle Ausprägung des Merkmals mit 6 Items in 10 Stunden, das untere Extrem mit 0 Items in 2 Stunden. Die einzelnen Therapien unterscheiden sich in der ‘Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre’. In der Therapie B1 werden in der Hälfte der Stunden mindestens 5 Kriterien erfüllt, in den Therapien A2 und B3 vier Kriterien, in der Therapie A3 drei, in der Therapie B2 zweieinhalb und in der Therapie A1 nur zwei. Die Ausprägung dieses Merkmals wechselt stark innerhalb der Therapien, mit Ausnahme der Therapie A3, in der die Merkmalskurve relativ gleichmäßig im mittleren Bereich verläuft.

Fazit: Die Merkmale der Wahrnehmung des Therapieprozesses durch die TherapeutIn verlaufen innerhalb der Stunden häufig parallel. Der Verlauf ist unregelmäßig, so daß sich keine Entwicklungstendenz erkennen läßt, auf eine positiv wahrgenommene Stunde kann eine äußerst negativ wahrgenommene Stunde folgen und um-

¹ Dies wird z.T. auch durch die Konstruktion des Merkmals, das nur durch vier Items gebildet wird, mitverantwortet.

gekehrt. Eine Einteilung in Therapiephasen lässt sich nicht erkennen. Es lässt sich auch kein spezifisches Wahrnehmungsmuster für die einzelnen TherapeutInnen erkennen.

Ergebnisse

11 Die statistische Analyse der Daten

11.1 Datenanalyse des Interaktionsgeschehens (SKI- Daten):

Grenzt man die Leithypothese dieser Arbeit¹ auf das Interaktionsgeschehen ein, so lautet sie:

Fokussierendes Interventionsverhalten der TherapeutIn führt zur aktiven Beteiligung der PatientIn in der Therapiesitzung, wenn es mit einem aktiven und unterstützenden Interventionsstil der TherapeutIn verbunden ist.

Sie wird in folgende drei Hypothesen² untergliedert:

1. Fokussierungsverhalten in der IPT tritt gemeinsam mit einem allgemeinen aktiven Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.
2. Fokussierung in der IPT tritt gemeinsam mit einem unterstützenden, zuwendungsvermittelnden Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.
3. Fokussierung der TherapeutIn fördert die Partizipation der PatientIn an dem Therapieverlauf.

Hierzu wurden mehrere statistische Verfahren angewandt. Im ersten Ansatz wurde als Untersuchungseinheit die einzelne Therapiestunde gewählt, um in einem anschließenden Schritt einen Bezug zu den Daten des Kommunikationserlebens in der Therapie, die für die Therapiestunden vorliegen, herstellen zu können. Ein Ziel dieser Arbeit ist ja, das Interaktionsgeschehen, das von dem Stuttgarter Kommunikationsinventar (SKI) abgebildet wird, und die Wahrnehmung der Therapie, die nach jeder Stunde mit dem Stuttgarter Fragebogen zur Kommunikation (SKOM), erfaßt wird, miteinander in Beziehung zu setzen.

Da sich auf der Stundenebene durch die statistischen Verfahren allerdings keine aussagekräftigen Befunde erlangen ließen, wurden im weiteren Vorgehen die SKI-Daten zusammengefaßt, um Aussagen über die gesamte Therapie treffen zu können.

¹ siehe Kapitel 7

² siehe Kapitel 7

11.1.1 Untersuchungseinheit: Therapiestunde

Korrelationsanalyse

Zur Prüfung der Hypothesen 1-3 wurden zunächst Korrelationsanalysen der Merkmale 'Gelungene Fokussierung', 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten' durchgeführt, die jedoch keine signifikanten Ergebnisse brachten.

Fokussierung im Zeitfenster: Vierfeldertafel

Sodann wurde das TherapeutInnen-Merkmal 'Gelungene Fokussierung' im Zeitfenster betrachtet, um die 3.Hypothese zu prüfen. Dem Vorgehen liegt die Annahme zugrunde, daß die gelungene Fokussierung der TherapeutIn sich nicht immer sogleich auf die folgende Äußerung der PatientIn auswirken muß und zu einer aktiven Partizipation der PatientIn führt, sondern einen längeren Zeitraum zur Entfaltung ihrer Wirksamkeit benötigen kann. In den Zeitfenstern wurde der Einfluß des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn auf die jeweils folgenden drei PatientInnenäußerungen analysiert.

Für jede Therapiestunde wurden drei Vierfeldertafeln aufgestellt:

Fok	Part 1	
	0	1
0		
1		

Fok	Part 2	
	0	1
0		
1		

Fok	Part 3	
	0	1
0		
1		

'Fok' steht für das Merkmal 'Gelungene Fokussierung'. Wenn in einer TherapeutInnenäußerung 0-5 Kriterien erfüllt wurden, gilt Fok = 0, wenn 6 oder 7 Kriterien zutrafen, das Merkmal also voll ausgeprägt ist, gilt Fok = 1. Analoges gilt für das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten': 0 für die nicht genügend aktive Partizipation bei höchstens 5 zutreffenden Kriterien, 1 für die volle Ausprägung des PatientInnenmerkmals bei 6 und 7 Kriterien³.

³ Zur Merkmalsbildung siehe Kapitel 9

‘Part 1’ ist das Partizipationsverhalten der PatientIn in der auf den Fokussierungsversuch der TherapeutIn direkt folgenden Äußerung, Part 2 betrifft die darauf folgende Äußerung der PatientIn und Part 3 die dritte PatientInnenäußerung. Die Zeitfenster werden also folgendermaßen gebildet:

Tabelle 1: Bildung der Zeitfenster

TherapeutInnen - Äußerung 1	Fok			
PatientInnen - Äußerung 1	Part 1			
TherapeutInnen - Äußerung 2	——	Fok		
PatientInnen - Äußerung 2	Part 2	Part 1		
TherapeutInnen - Äußerung 3	——	——	Fok	
PatientInnen - Äußerung 3	Part 3	Part 2	Part 1	
TherapeutInnen - Äußerung 4		——	——	Fok
PatientInnen - Äußerung 4		Part 3	Part 2	Part 1
TherapeutInnen - Äußerung 5			——	——
PatientInnen - Äußerung 5			Part 3	Part 2
usw.				usw.

Zur Ermittlung des Maßes für die Tendenz zu einer aktiven Teilnahme der PatientIn in den folgenden 3 Äußerungen nach gelungenen Fokussierungen der TherapeutIn wurden für jede Stunde Odds ratio-Werte der drei Vierfeldertafeln ermittelt.

Maß für die Tendenz zur aktiven Teilnahme:

Fok	Part 1	
	0	1
0	a	b
1	c	d

$$\begin{aligned} \text{Odds (0)} &= b:a \\ \text{Odds (1)} &= d:c \\ \text{OR} &= (d:c):(b:a) \end{aligned}$$

Da nicht jede TherapeutInnen- oder PatientInnenäußerung geratet worden war, kam es in den einzelnen Stunden zu einem unterschiedlichen Ausfall von Daten. Als Kriterium für die Verwertbarkeit der Stunden wurde definiert, daß mindestens 20 Äu-

ßerungen oder über 50% der Äußerungen einer Therapiestunde vorhanden sein müssen.

Ein Odds-ratio-Wert über 1 zeigt die Tendenz zu einem erhöhten Auftreten des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten'.

Es ergaben sich folgende Ergebnisse⁴:

Tabelle 2: Fokussierung im Zeitfenster - Ergebnisse der Odds ratio - Berechnungen

Therapie	vorliegende Stunden	auswertbare Stunden	Stunden mit erhöhter Partizipation innerhalb des Zeitfensters	\hat{a}
A 1	16	15	1, 2, 3, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 21	11
A 2	18	9	1, 2, 6, 7, 8, 9, 14, 15	8
A 3	15	8	1, 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11	8
B 1	15	8	5, 6, 10, 12, 13, 14, 15	7
B 2	12	9	4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 16	8
B 3	19	18	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20	17

In 88% der ausgewerteten Stunden kam es also in den drei folgenden PatientInnenäußerungen nach dem Auftreten des TherapeutInnen-Merkmals 'Gelungene Fokussierung' zu einem erhöhten Auftreten des Merkmals 'Aktives Partizipationsverhalten'.

Bei diesen Berechnungen war unerheblich, ob die Tendenz zu einem erhöhten Auftreten des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten' der PatientIn sich in der ersten, zweiten oder dritten Äußerung nach der Fokussierung der TherapeutIn zeigte.

Zur weiteren Differenzierung folgt eine Aufstellung darüber, an welcher Position (Part 1, Part 2, oder Part 3) oder in welcher Kombination (Part 1+2, Part 1+2+3, Part 1+3, Part 2+3) sich die Tendenz zur aktiven Partizipation, also zum Auftreten des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten' zeigt:

Tabelle 3: Suche nach einem stabilem Partizipationsmuster

⁴Die einzelnen Werte sind in Anhang C.I aufgeführt.

	Therapie						
	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3	Σ
P1	3	0	0	0	0	1	4
P1+P2	2	2	2	2	3	5	16
P1+P2+P3	1	0	3	3	1	5	13
P1 + P3	1	0	0	0	1	2	4
P2	1	2	0	1	0	3	7
P2+P3	1	3	2	0	3	0	7
.....P3	2	1	1	1	0	1	6

In der Zeile P1 ist die Zahl der Therapiestunden, – unterteilt nach den einzelnen Therapien - aufgezählt, in denen eine Tendenz zu erhöhter Partizipation nur in der ersten Äußerung nach der Fokussierung auftritt. In der Zeile P1+P2 tritt die Tendenz zu erhöhter Partizipation in der ersten und der zweiten Äußerung der PatientIn auf, usf.

Es läßt sich leider kein typisches Partizipationsmuster für einzelne Therapien oder für die Gesamtheit der Therapien erkennen, aber deutlich wird, daß sich eine Tendenz zu erhöhter Partizipation am deutlichsten zeigt, wenn man die erste und die zweite Äußerung (P1+P2) zusammennimmt oder, wenn man das gesamte Zeitfenster (P1+P2+P3) betrachtet. Selten findet sich ein erhöhtes Partizipationsverhalten nur in der ersten Äußerung nach dem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn. Allerdings sind die Unterschiede nicht ausgeprägt genug, um signifikante Ergebnisse erwarten zu können.

Die Rolle der Merkmale ‘Aktives Interventionsverhalten’ und ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ im Zeitfenster: Vierfeldertafel unter kontrollierten Bedingungen

Weiterhin wurde das Auftreten des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’ der TherapeutInnen im Zusammenhang mit den Merkmalen ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ und ‘Aktives Interventionsverhalten’ untersucht. Die Frage war, welchen Einfluß die Fokussierung auf die folgenden drei Äußerungen der PatientIn hat, wenn in der gleichen Äußerung der TherapeutIn ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ oder ‘Aktives Interventionsverhalten’ vermittelt wird (Hypothesen 1-3).

Zu diesem Zweck wurden bei den Therapiestunden, bei denen in den vorigen Berechnungen ein Einfluß der Fokussierung auf das ‘Intensive Partizipationsverhalten’

der PatientIn gefunden werden konnte, die Odds ratio-Werte der Vierfeldertafeln des Zeitfensters unter den folgenden Bedingungen berechnet:

Für das Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten':

- Das Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' lag mit 11 oder 12 erfüllten Kriterien vor: (Zuw = 1)
- Es wurden weniger als 11 Kriterien des Merkmals erfüllt: (Zuw = 0)

Für das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten':

- Das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' lag in voller Ausprägung vor, d.h., es wurden 5 oder 6 Kriterien erfüllt: (Int = 1)
- Es wurden weniger als 5 Kriterien des Merkmals erfüllt: (Int = 0)

Die Vierfeldertafeln wurden nach folgenden Muster erstellt:

wenn Zuw = 1

Fok	Part 1	
	0	1
0		
1		

Fok	Part 2	
	0	1
0		
1		

Fok	Part 3	
	0	1
0		
1		

Die gleichen Vierfeldertafeln wurden berechnet für die Bedingungen:

wenn Zuw = 0, wenn Int = 1 und wenn Int = 0

Bei diesen Berechnungen ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse, die in einem sinnvollen Zusammenhang stehen.⁵ Möglicherweise war die Datenmenge nicht ausreichend, um zu aussagekräftigen Befunden zu gelangen.

⁵ siehe Anhang C.II.

Ergebnisse der statistischen Berechnungen auf der Ebene der Therapiestunden

In 88% der ausgewerteten Therapiestunden zeigte sich ein Zusammenhang zwischen dem Fokussierungs- und dem Partizipationsverhalten: In den drei folgenden PatientInnenäußerungen nach gelungenen Fokussierungen der TherapeutIn kam es zu einem erhöhten Partizipationsverhalten. Wenn man davon ausgeht, daß sich die Wirkung einer Intervention in der Interaktion nicht sofort entfalten muß, sondern häufig erst verzögert auftritt, kann man also sagen, Fokussierung der TherapeutIn führt zu einem erhöhten Partizipationsverhalten der PatientIn, womit die 3.Hypothese bestätigt wurde.

Bei der weiteren Analyse des Interventionsverhaltens in den Zeitfenstern konnte ein Einfluß des 'Aktiven Interventionsverhalten' und des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten' auf die Wirkung des Fokussierungsverhaltens nicht gefunden werden. Die Leithypothese für das Interaktionsverhalten konnte also bei diesen Berechnungen nicht bestätigt werden.

11.1.2 Untersuchungseinheit: Therapie

Um auf eine ausreichende Datenmenge zurückgreifen zu können, wurden für die folgenden Untersuchungen nicht mehr die einzelnen Therapiestunden, sondern die gesamten Therapien als Datenpool verwendet. Da sich bei den Berechnungen auf Stundenebene kein stabiles Partizipationsmuster innerhalb des Zeitfensters ergeben hat, wurde nun auf das Zeitfenster verzichtet.

Das therapeutische Interventionsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn : Analyse von Vierfeldertafeln

Unter Berücksichtigung der Tatsache, daß therapeutische Interventionen in einem interaktiven Kontext von vorhergehenden und nachfolgenden Äußerungen eingebettet sind, wurde die Wirkung des therapeutischen Verhaltens unter dem Einfluß des vorausgegangenen Partizipationsverhalten der PatientIn betrachtet. Zur Berechnung der Vierfeldertafeln wurden wieder Odds ratio-Werte erstellt.

Analysiert wurde:

Tabelle 4: Das therapeutische Interventionsverhalten im interaktiven Kontext

◆ Der Einfluß von Fokussierung auf die folgende Partizipation unter Beachtung der vorausgegangenen Partizipation:	<div>Part 1 ⇨ Fok ⇨ Part</div> <div>Fok → Part, wenn Part 1=0⁶ oder Part 1=1⁷</div>
◆ Der Einfluß von 'Aktivem Interventionsverhalten' auf die folgende Partizipation unter Beachtung der vorausgegangenen Partizipation:	<div>Part 1 ⇨ Int ⇨ Part</div> <div>Int → Part, wenn Part 1=0 oder Part 1=1</div>
◆ Der Einfluß von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' auf die folgende Partizipation unter Beachtung der vorausgegangenen Partizipation:..	<div>Part 1 ⇨ Zuw ⇨ Part</div> <div>Zuw → Part, wenn Part 1=0 oder Part 1=1</div>

An die Stelle des '→' wurde eine Vierfeldertafel mit den Variablen, die rechts und links des Pfeiles stehen, erstellt.

Es gibt bei den erstellten Odds ratios nur geringfügige Abweichungen von 1, so daß man nicht von signifikanten, aussagekräftigen Ergebnissen sprechen kann.⁸

⁶ Part=0, wenn das Merkmal nicht voll ausgeprägt vorhanden ist, d.h., wenn von den 7 Items des Merkmals weniger als 6 Items erfüllt werden.

⁷ Part=1, wenn das Merkmal mit 6 oder 7 items in voller Ausprägung vorhanden ist.

⁸ siehe Anhang C.III.

Das Fokussierungsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn und unter dem Einfluß der Merkmale ‘Aktives Interventionsverhalten’ und ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’: Analyse von Vierfeldertafeln

Zur Überprüfung der Hypothesen 1-3 dieser Arbeit, wurde außerdem die Auswirkung des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’ auf die Auftretenswahrscheinlichkeit des Merkmals ‘Intensives Partizipationsverhalten’ unter dem Einfluß des gleichzeitigen Auftretens der Merkmale ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ oder ‘Aktives Interaktionsverhalten’ und unter der Beachtung der vorangegangenen Partizipationsverhaltens analysiert.

Folgende Berechnungen wurden angestellt:

Part 1 = 0	Zuw = 0	Fok → Part ⁹
Part 1 = 0	Zuw = 1	Fok → Part
Part 1 = 1	Zuw = 0	Fok → Part
Part 1 = 1	Zuw = 1	Fok → Part

Dasselbe Schema gilt auch für das Merkmal ‘Aktives Interventionsverhalten’ (Int), das an die Stelle des Merkmals ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’ (Zuw) gesetzt wird.

Es kommt nur vereinzelt zu Abweichungen des Odds ratio Wertes von 1, so daß auch hier führten die Berechnungen der Odds ratio-Werte nicht zu signifikanten und aussagekräftigen Ergebnissen führten¹⁰.

Das Fokussierungsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn und unter dem Einfluß der Merkmale ‘Aktives Interventionsverhalten’ und ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’: Varianzanalysen

Die Fragestellung nach der Auswirkung von Fokussierung auf die Partizipation der PatientIn unter der Kontrolle der vorausgegangenen Partizipation und dem gleichzeiti-

⁹ Dieses Zeichen ‘→’ bedeutet auch bei den folgenden Darstellungen, daß eine Vierfeldertafel erstellt wurde.

¹⁰ siehe Anhang C.IV.

gen Zuwendungs- und Interventionsverhaltens, wurde nun mit Varianzanalysen untersucht. Zur Analyse wurde das 'catmod'-Unterprogramm von SAS verwendet. Ein Vorteil dieses Programm ist, daß die abhängige Variable nicht, wie bei den traditionellen Varianzanalysen, stetig verteilt sein muß. 'Catmod' bietet ein lineares Modell für Kontingenzdaten. Als signifikant gilt ein Wert, der höchstens 0,05 beträgt.

Die Analyse erfolgte in drei Schritten:

1. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens.¹¹

Part 1 = 1	Fok → Part
Part 1 = 0	Fok → Part

2. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens und des gleichzeitigen Zuwendungsverhalten¹².

Part 1 = 0	Zuw = 0	Fok → Part
Part 1 = 0	Zuw = 1	Fok → Part
Part 1 = 1	Zuw = 0	Fok → Part
Part 1 = 1	Zuw = 1	Fok → Part

3. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens und des gleichzeitigen Interventionsverhaltens¹³.

¹¹ Ergebnisse siehe Anhang C.V.1.

¹² Ergebnisse siehe Anhang C.V.2.

¹³ Ergebnisse siehe Anhang C.V.3.

Part 1 = 0	Int = 0	Fok → Part
Part 1 = 0	Int = 1	Fok → Part
Part 1 = 1	Int = 0	Fok → Part
Part 1 = 1	Int = 1	Fok → Part

In den Therapien B1 und B3 zeigt sich ein signifikanter Einfluß der Fokussierung der Therapeutin auf die folgende Partizipation der PatientIn, während kein Einfluß zwischen der vorangegangenen Partizipation der PatientIn und dem Fokussierungsverhalten der Therapeutin besteht. Dieser Einfluß bleibt auch signifikant, wenn die Merkmale 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' oder 'Aktives Interventionsverhalten' berücksichtigt werden. Bei den übrigen Therapien, bei denen keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Merkmale 'Gelungene Fokussierung' und 'Intensives Partizipationsverhalten' bestehen, ändert auch der Einfluß der Merkmale 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' nichts an dem Verhältnis zwischen dem Fokussierungs- und dem Partizipationsverhalten.

Betrachtet man die Daten der beiden Therapien im einzelnen, zeigt sich, daß in Therapie B1 die gelungene Fokussierung gerade nicht zu einem intensivem Partizipationsverhalten führt, während in Therapie B3 die gelungene Fokussierung ein intensives Partizipationsverhalten bewirkt¹⁴.

Korrelationsanalysen

Die Daten des Interaktionsgeschehens waren durch den Prozentanteil der Äußerungen in den einzelnen Stunden, in denen die TherapeutInnenmerkmale 'Gelungene Fokussierung', 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und das PatientInnenmerkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' auftraten, gebildet worden. Für jede Therapiestunde lag für jedes Merkmal ein Wert in Prozentanteilen vor. Nun wurde von diesen Prozentanteilen der Mittelwert für jedes

¹⁴ siehe Anhang CV Tabelle 4.

Merkmal für die gesamte Therapie berechnet. Diese neu berechneten Daten werden folgendermaßen bezeichnet:

- *PercF* für das Merkmal 'Gelungene Fokussierung'
- *PercI* für das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten',
- *PercZ* für das Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und
- *PercP* für das Merkmal 'Aktives Partizipationsverhalten'.

Es wurde nun also zur Überprüfung der Hypothesen (1-3) die Korrelationen der Daten des Interaktionsgeschehens errechnet. Zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen den Daten wurde der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ermittelt. Als Maß eines signifikanten Zusammenhanges gilt ein p-Wert < 0.05 .

Es ergaben sich folgende signifikante Korrelationen¹⁵:

	PercF	PercI
PercI	A3: 0.896 B1: 0.717 B2: 0.781 B3: 0.717	
PercP	A2: 0.793	A1: 0.828

Es korrelieren also in den Therapien A 3, B1, B2 und B3 die Prozentanteile der Äußerungen, in denen das Merkmal 'Gelungene Fokussierung' erfüllt wird, mit den Prozentanteilen der Äußerungen, in denen das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' gezeigt wird. In der Therapie A2 wird ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen 'Gelungene Fokussierung' und 'Intensives Partizipationsverhalten' gefunden und in der Therapie A1 ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten'. Kein Zusammenhang ergibt sich zwischen dem Auftreten von Äußerungen, in denen das Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' auftritt, mit der Ausprägung der anderen Merkmale.

Ergebnisse der statistischen Berechnungen auf der Ebene der Therapien

Bei der Untersuchung der Wirkung des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn im Kontext des vorangegangenen Partizipationsverhaltens der PatientIn und unter Beachtung des gleichzeitigen aktiven Interventions- und Zuwendungsverhaltens zeigte sich in zwei Therapien ein signifikanter Zusammenhang: Das Fokussierungsverhalten hatte Einfluß auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn, ohne Einwirkung der übrigen Variabeln. Allerdings führte das Fokussierungsverhalten in einer Therapie zu einem erhöhten Partizipationsverhalten und in der anderen Therapie zu einem verringerten Partizipationsverhalten. Somit wurde die 3.Hypothese dieser Arbeit durch die signifikanten Befunde einmal bestätigt und einmal widerlegt.

Die Korrelationsanalysen ergaben in vier Therapien (A3, B1, B2, B3) einen signifikanten Zusammenhang in zwischen den Merkmalen 'Aktives interventionsverhalten' und 'Gelungenes Fokussierungsverhalten', wobei diese Korrelationen ev. durch die Merkmalsbildung beeinflusst wurden: Einige Items des SKI wurden zur Definition beider Merkmale verwendet¹⁶.

¹⁵ Die Ergebnisse sind in Anhang C.VI aufgeführt.

¹⁶ Zur Merkmalsbildung siehe Kapitel 9.2.1

11.2 Analyse des Zusammenhanges zwischen den Daten des Interaktionsgeschehens (SKI) und des Kommunikationserlebens (SKOM)

In der Leithypothese dieser Arbeit wird der erwartete Zusammenhang zwischen dem Interaktionsgeschehen und dem Kommunikationserleben folgendermaßen beschrieben¹⁷:

Fokussierendes Interventionsverhalten der TherapeutIn führt zur aktiven Beteiligung der PatientIn in der Therapiesitzung und wird als unterstützend und hilfreich erlebt, wenn es mit einem aktiven und unterstützenden Interventionsstil der TherapeutIn verbunden ist.

Zur Bearbeitung wurde die Leithypothese in folgende Einzelhypothesen untergliedert¹⁸:

- Zum Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und dem Erleben der PatientIn:
 - 4. Fokussierung in der IPT führt bei der PatientIn zu einem Erleben von Unterstützung.
 - 5. Fokussierung in der IPT führt bei der PatientIn zu einem Erleben von Produktivität
 - 6. Fokussierung fördert das Erleben von Selbstreflexion der PatientIn in den Therapiestunden
 - 7. Fokussierung fördert das Erleben von Selbstwahrnehmung der PatientIn in den Therapiestunden.
- Zum Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und dem Erleben der TherapeutIn:
 - 8. Fokussierung führt zu einem positiven Erleben der therapeutischen Beziehung bei der TherapeutIn.
 - 9. Fokussierung führt zu einem Erleben von Produktivität bei der TherapeutIn

¹⁷ siehe Kapitel 7

¹⁸ Siehe Kapitel 7

Fokussierung führt zu einer angenehmen Gesprächsatmosphäre

Korrelationsanalysen

Zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen dem Interaktionsgeschehen und dem Kommunikationserleben wurden Korrelationsanalysen durchgeführt.

Die Daten des Kommunikationserlebens wurden durch die vier Merkmale für die PatientInnen:

- TU: 'Erleben von Unterstützung',
- TA: 'Erleben von Produktivität',
- SB: 'Selbstwahrnehmung',
- SR: 'Fähigkeit zur Selbstreflexion',

und die drei Merkmale für die TherapeutInnen:

- BE: 'Erleben der Beziehung',
- EP: 'Erleben von Produktivität' und
- GA: 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' gebildet.

Es wurde von den einzelnen Werten der Merkmale, die für jede Therapiestunde vorlagen, der Mittelwert für die gesamte Therapie berechnet.

Diese Werte wurden korreliert mit den Mittelwerten der Therapien für die Merkmale des Interaktionsgeschehens: PercF, PercI, PercZ und PercP¹⁹.

Wie bei den Korrelationsanalysen der Merkmale des Interaktionsgeschehens wurde zur Überprüfung des Zusammenhanges zwischen den Daten der Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman ermittelt. Als Maß eines signifikanten Zusammenhanges galt wieder ein p-Wert < 0.05.

¹⁹ siehe Kapitel 11.1.2

Ergebnisse der Korrelation der Daten des Interaktionsgeschehens (SKI) mit den Daten des Kommunikationserlebens (SKOM)²⁰, angegeben sind die signifikanten Korrelationskoeffizienten :

	SKOM	SKI			
		PercF	PercI	PercZ	PercP
PatientIn	TU		A3: 0.586		
	TA		B2: -0.594		
	SB			A1: -0.583	
	SR	A1: 0.496 B1: 0.674		B1: 0.760	A3:0.570
Therapeu- tIn	BE			A1: 0.552	
	EP				
	GA		A1: 0.581 A3: -0.543	A2: 0.508	

Ein schlüssiges Bild ergibt sich leider nicht. Signifikante Korrelationen werden zwar für Merkmale einzelner Therapien gefunden, es gibt aber keine Häufungen.

Zwischen den Merkmalen 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn und 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' der PatientIn wird in zwei Therapien, A1 und B1 ein Zusammenhang festgestellt. Das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' korreliert mit den PatientInnenmerkmalen 'Erleben von Unterstützung' und 'Erleben von Produktivität', sowie dem TherapeutInnenmerkmal 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre'. Wobei die Korrelation zwischen dem 'Aktiven Interventionsverhalten' und der 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' in der Therapie A1 positiv und in der Therapie A3 negativ ist. Zwischen den Interaktionsmerkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und dem PatientInnenmerkmal 'Selbstwahrnehmung' gibt es in der Therapie A1 einen negativen Zusammenhang. Positive Korrelationen bestehen zwischen den Merkmalen 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' der TherapeutIn und 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' der PatientIn, sowie den beiden Merkmalen des Kommunikationserlebens der TherapeutIn 'Erleben der Beziehung' und 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre'. Das Interaktionsmerkmal der PatientIn 'Intensi-

²⁰ Alle Ergebnisse der Korrelationsanalyse sind in Anhang C.VII. aufgeführt.

ves Partizipationsverhalten' korreliert in der Therapie A3 mit dem Merkmal zum Kommunikationserleben der PatientIn 'Fähigkeit zur Selbstreflexion'.

Den Hypothesen (4-10) dieser Arbeit gemäß, sollte ein Zusammenhang zwischen den Merkmalen 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn und den Merkmalen zum Kommunikationserleben der PatientIn bestehen. Dies konnte leider nicht bestätigt werden.

11.3 Ergebnisse der statistischen Auswertungen

Die Arbeitshypothesen konnten mit Hilfe der statistischen Verfahren nicht bestätigt werden. Da aber keine plausiblen oder logisch interpretierbaren Zusammenhänge durch die statistischen Berechnungen ersichtlich wurden, kann auch nicht von einer Falsifizierung der Hypothesen ausgegangen werden.

Es wurden Hinweise gefunden, die eine Aufrechterhaltung der Hypothesen rechtfertigen:

Um die Annahme zu berücksichtigen, daß der Effekt einer therapeutischen Intervention nicht immer sofort deutlich werden muß, sondern auch mit Verzögerung auftreten kann, wurden zur Analyse der Wirkung des Fokussierungsverhaltens 'Zeitfenster' erstellt. Es wurde die Wirkung des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn auf die folgenden drei PatientInnenäußerungen untersucht, und es zeigte sich, daß in 88% der Therapiestunden das Fokussierungsverhalten der TherapeutIn zu einem erhöhten Partizipationsverhalten der PatientIn führte.

Ansonsten konnten mittels der empirischen Verfahren die Vorgänge in den vorliegenden Therapien nicht erfaßt werden. Zu vermuten ist, daß die mangelhafte Datenlage, die aufgrund des aufwendigen Rating-Systems entstanden ist, dazu beigetragen hat. Bei vielen Berechnungen konnte nur auf die Hälfte oder sogar noch weniger der benötigten Daten zugegriffen werden. Eine hohe Reliabilität des Stuttgarter Kommunikationsinventars (SKI) durch eine hohe Zahl von Ratern zu erhalten, führte zu Ausfällen und damit zur problematischen Verwendbarkeit der Daten.

Die Instrumente der Untersuchung versuchen, sehr differenziert das Psychotherapiegeschehen wiederzugeben und dabei die Mehrdimensionalität der Interaktion zu beachten. Es kann also davon ausgegangen werden, daß die Merkmale des Interaktionsverhaltens und des Kommunikationserlebens die Gesamtheit des Geschehens in der Therapie abbilden. Es ist aber zu vermuten, daß die Zusammenhänge zwischen den Merkmalen, die sich im therapeutischen Prozeß ausdrücken und auch wahrnehmbar sind, sich so vermitteln, daß sie in der kleinteiligen Aufspaltung der empirischen Berechnungen nicht zu erfassen sind und ein ganzheitlicheres Vorgehen erfordern.

12 Analyse des Interventionsverhaltens und des Kommunikationserlebens in den Extrembereichen

Das Vorgehen in diesem Kapitel wird von der Annahme geleitet, daß die Zusammenhänge zwischen den Merkmalen des Interaktionsverhaltens und des Kommunikationserlebens deutlicher sichtbar werden – und somit auch einer statistischen Überprüfung standhalten –, wenn sie in den Extrembereichen der Therapien untersucht werden. Der Schwerpunkt dieses Vorgehens liegt bei der Analyse des Interaktionsverhaltens, da die Haupthypothese dieser Arbeit eine positive Wirkung des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn auf das Partizipationsverhalten der PatientIn postuliert.

Zur Analyse des Interaktionsverhaltens dienten also die drei Stunden pro Therapie, in denen der höchste Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' vorlag, und die drei Stunden mit dem geringsten Anteil an Äußerungen mit 'Gelungenem Fokussierungsverhalten'.

- In einem ersten Schritt wurde in einer deskriptiv-qualitativen Analyse anhand der Aufstellung von Tabellen untersucht, ob in den Extremstunden des Fokussierungsverhaltens der Äußerungsanteil mit den übrigen drei Interaktionsmerkmalen in einem hohen oder geringen Maße auftritt
- Im zweiten Schritt wurde die empirische Überprüfung des Zusammenhanges zwischen den Interaktionsmerkmalen durch die Berechnung von Odds ratio-Werten vorgenommen. Durch die Odds ratio Werte wird die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten der Merkmale 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten' in Abhängigkeit von dem Auftreten des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' ausgedrückt.

Zur Analyse der Auswirkungen des Interaktionsverhaltens auf das Kommunikationserleben wurden außer der Konzentration auf die Extrembereiche des Auftretens der vier Interaktionsmerkmale, auch die Daten des Kommunikationserlebens verdichtet: Es wurden die Metamerkmale 'Positives Erleben' und 'Negatives Erleben'

der Therapie gebildet und anhand von Odds ratio-Werten die Tendenz für positives Erleben der oberen Extreimbereiche der Interaktionsmerkmale und die Tendenz für negatives Erleben in den unteren Extreimbereichen der Interaktionsmerkmale ermittelt.

12.1 Analyse des Interventionsverhaltens

Die drei Hypothesen zum Interaktionsverhalten aus dem 6. Kapitel:

1. Fokussierungsverhalten in der IPT tritt gemeinsam mit einem allgemeinen aktiven Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.
2. Fokussierung in der IPT tritt gemeinsam mit einem unterstützenden, zuwendungsvermittelnden Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.
3. Fokussierung der TherapeutIn fördert die Partizipation der PatientIn an dem Therapieverlauf.

wurden jetzt spezifiziert.

Hypothesen zur Untersuchung des oberen Extreimbereichs
<p>In den drei Stunden mit dem höchsten Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der gesamten Therapie findet sich</p> <p>1a. Ein hoher Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten' der TherapeutIn,</p> <p>2a. ein hoher Anteil mit der Ausprägung des Merkmals 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' der TherapeutIn und</p> <p>3a. ein hoher Anteil mit der Ausprägung des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn'.</p>

Als 'hoher Anteil' gilt, wenn der Anteil der Äußerungen, der das Merkmal aufweist, pro Stunde auf oder oberhalb des Medians dieses Merkmals für die jeweilige Therapie liegt.

Hypothesen zur Untersuchung des unteren Extreimbereichs:

In den drei Stunden mit dem niedrigsten Anteil an fokussierenden Äußerungen des Therapeuten, kommt es dementsprechend auch

- 1b. nur zu einem geringen Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten' der TherapeutIn,
- 2b. zu einem geringen Auftreten des Merkmals 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' der TherapeutIn und
- 3b. zu einem geringen Anteil von Äußerungen der PatientIn mit dem Merkmal „Intensives Partizipationsverhalten“.

Als 'geringer Anteil' gilt, wenn der Äußerungsanteil mit der Ausprägung des untersuchten Merkmals unterhalb des Medians liegt.

12.1.1 Deskriptiv-qualitative Analyse

Oberer Extreimbereich des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten'

In der folgenden Tabelle werden die drei Stunden jeder Therapie, die den höchsten Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' aufweisen, aufgeführt. Es ergeben sich insgesamt 21 Therapiestunden, da in zwei Therapien der maximale Anteil an Äußerungen mit fokussierendem Verhalten in mehreren Stunden vorkommt.

Tabelle 5: Oberer Bereich des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten'

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PART
A 1	55	55	17	44
21	75	87	29	40
8	72	60	14	50
11	68	75	17	45
A 2	42,5	36,5	23	48,5
1	62	75	8	78
5	53	21	37	57
3	51	56	22	62
4		64	44	49
11		42	29	58
A 3	52	45	26	47
3	80	75	38	55
8	75	67	43	52
4	74	60	4	59
B 1	33	47	23	45
13	57	54	26	42
6	54	57	36	45
14	44	44	20	30
B 2	58,5	59	25	60,5
7	71	74	28	61
5	70	68	27	60
12		65	39	69
4	69	54	16	63
B 3	60	52	26	50
13	79	50	35	50
9	71	46	30	65
14	72	31	17	60

INT = Aktives Interventionsverhalten

ZUW = Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten

PART = Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn

Von der einzelnen Therapiestunde wird der Prozentanteil der Äußerungen angegeben, in denen das Interaktionsmerkmal in voller Ausprägung auftritt.

Die Werte in der grau unterlegten Zeile geben den Median des jeweiligen Merkmals in der gesamten Therapie an.

Liegt eine Ausprägung des Merkmals in der Therapiestunde oberhalb oder auf dem Medians, so ist dieser Wert fettgedruckt.

In 15 der 21 untersuchten Therapiestunden gibt es einen hohen Anteil an Äußerungen mit der Merkmalsausprägung 'Aktives Interventionsverhalten'. Das Therapeutenmerkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' tritt in 14 Stunden in einem hohen Anteil der Äußerungen auf. In 17 der 21 Therapiestunden, mit dem maxima-

dem Anteil an Äußerungen mit 'Gelungener Fokussierung', kommt es auch zu einem hohen Anteil an Äußerungen der PatientIn, die 'Intensives Partizipationsverhalten' zeigen.

Insgesamt treten in acht Stunden mit extrem hohem Fokussierungsverhalten auch die übrigen Merkmale des Interaktionsverhaltens zu einem hohen Anteil auf: A1/11, A2/4, A2/11, A3/3, A3/8, B1/6, B2/7, B2/12.

In den übrigen 13 Therapiestunden finden sich fünf unterschiedliche Kombinationen des Interventionsverhaltens:

- In 3 Therapiestunden (A2/5, B3/9, B3/13) gibt es einen hohen Äußerungsanteil der Merkmale 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten', und nur der Äußerungsanteil mit dem Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' bleibt unterhalb des Medians.
- In 4 Stunden bleibt nur der Anteil der Äußerungen mit 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' unterhalb des Medians (A1/8, A2/1, A2/3, A3/4) und
- in 3 Stunden (A1/21, B1/13, B1/14) liegt nur der Äußerungsanteil mit 'Intensivem Partizipationsverhalten' der PatientIn unterhalb des Medians.
- In den beiden Stunden B2/4 und B3/14 ist nur das Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und das Partizipationsverhalten der PatientIn im hohen Maße ausgeprägt.
- Nur in einer Stunde (B1/14) mit extremem Fokussierungsverhalten liegen die übrigen Interaktionsmerkmale in einem Äußerungsanteil vor, der den Median nicht erreicht.

Unterer Extrembereich des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten'

In dieser Tabelle werden die drei Stunden jeder Therapie aufgeführt, in denen die geringsten Anteile der Äußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten der TherapeutIn' vorkommen. 18 Therapiestunden fallen in diesen unteren Extrembereich.

Tabelle 6: Unterer Bereich des Merkmals 'Gelungenes Fokussierungsverhalten'

Thera-	FOK	INT	ZUW	PAR
A 1	55	55	17	44
4	43	29	0	33
14	47	56	25	60
2	50	54	9	44
A 2	42,5	36,5	23	48,5
6	19	45	29	33
17	22	30	8	30
12	27	23	42	45
A 3	52	45	26	47
16	25	20	25	53
15	30	39	22	28
11	37	35	38	55
B 1	33	47	23	45
19	15	44	48	50
11	20	33	3	40
18	21	30	18	54
B 2	58,5	59	25	60,5
16	36	57	38	43
19	42	50	21	39
10	47	44	26	63
B 3	60	52	26	50
19	39	33	41	39
2	40	56	28	39
17	43	39	26	37

INT = Aktives Interventionsverhalten

ZUW = Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten

PART = Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn

Von der einzelnen Therapiestunde wird der Prozentanteil der Äußerungen angegeben, in denen das Interaktionsmerkmal in voller Ausprägung auftritt.

Die Werte in der grau unterlegten Zeile geben den Median des jeweiligen Merkmals in der gesamten Therapie an.

Liegt eine Ausprägung des Merkmals in der Therapiestunde oberhalb oder auf dem Medians, so ist dieser Wert fettgedruckt.

In 11 der 18 untersuchten Therapiestunden des unteren Extreimbereichs des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn liegt der Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' unterhalb des Medians. In 15 Therapiestunden gibt es einen geringen Anteil an Äußerungen mit 'Aktivem Interventionsverhalten' und in 10 Therapiestunden gibt es wenig Äußerungen mit 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten'.

In fünf Therapiestunden (A1/4, A2/17, A3/15, B1/11, B2/19), liegt der Anteil der Äußerungen aller Merkmale des Interaktionsverhaltens unterhalb des Medians.

In den übrigen 13 Therapiestunden kommt es zu fünf unterschiedlichen Kombinationen des Interventionsverhaltens:

- In den Stunden A2/12, B2/16 und B3/19 gibt es einen hohen Anteil der Äußerungen mit 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten', während die Merkmale 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten' zu einem geringen Anteil auftreten.
- In zwei Stunden (A2/6 und B3/2), treten das 'Ausgeprägte Zuwendungsverhalten' und das 'Aktive Interventionsverhalten' in einem hohen Äußerungsanteil auf.
- In drei Stunden kommt es bei einer geringen Ausprägung aller Interaktionsmerkmale der TherapeutIn zu einem hohen Anteil an 'Intensivem Partizipationsverhalten der PatientIn': A3/16, B1/18 und B2/10.
- Bei einem geringen Fokussierungsverhalten und wenig aktivem Interventionsverhalten kommt es bei einem Anteil von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' in zwei Stunden auch zu einem hohen Anteil an 'Intensivem Partizipationsverhalten' der PatientIn: A3/11 und B1/19.
- Nur in einer Therapiestunde (A1/14), kommt es bei dem extrem geringen Fokussierungsverhalten zu einem hohen Äußerungsanteil der anderen Interaktionsmerkmale.

12.1.2 Ergebnisse der deskriptiv-qualitativen Analyse

In der deskriptiven Analyse ergaben sich fundierte Hinweise, daß die Hypothesen 1a und 1b zutreffen:

- 1a. In den drei Stunden mit dem höchsten Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der gesamten Therapie fand sich ein hoher Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten'.

1b. In den drei Stunden mit dem niedrigsten Anteil an fokussierenden Äußerungen der TherapeutIn, kam es auch nur zu einem geringen Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten',

In 71% der Stunden mit dem maximalen Anteil an fokussierenden Äußerungen gab es auch einen hohen Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten' und in 83% der Stunden mit einem minimalen Anteil an fokussierenden TherapeutInnenäußerungen kam es auch nur zu einem geringen Anteil an Äußerungen mit 'Aktivem Interventionsverhalten' der TherapeutIn.

Ebenso ergaben sich starke Anhaltspunkte für das Zutreffen der Hypothesen 2a und 2b:

2a. In den drei Stunden mit dem höchsten Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der gesamten Therapie fand sich ein hoher Anteil mit der Ausprägung des Merkmals 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten'.

2b. In den drei Stunden mit dem geringsten Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' kam es auch nur zu einem geringen Anteil an TherapeutInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten'.

In 67% der Stunden des oberen Extreimbereichs des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' fand sich ein hoher Anteil an Äußerungen mit 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten', während sich in 55% des unteren Extreimbereichs des 'Gelungenen Fokussierungsverhaltens' auch nur ein geringer Äußerungsanteil mit dem Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' zeigte..

Auch die Hypothesen 3a und 3b fanden in der deskriptiven Analyse Unterstützung:

3a. In den drei Stunden mit dem höchsten Anteil an Äußerungen mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der gesamten Therapie fand sich ein ho-

her Anteil an PatientInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten'.

3b. In den drei Stunden mit dem niedrigsten Anteil an fokussierenden Äußerungen der TherapeutIn, kam es auch nur zu einem geringen Anteil an PatientInnenäußerungen mit der Ausprägung des Merkmals 'Intensives Partizipationsverhalten'.

In 81% der Therapiestunden mit einem extrem häufigen Auftreten des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn trat das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' der PatientIn in einem hohen Ausmaß auf. Ebenso kam es in 61% der Stunden, in denen im Vergleich zu den übrigen Therapiestunden nur minimales Fokussierungsverhalten auftritt, auch nicht zu einem intensivem Partizipationsverhalten der PatientIn.

In der deskriptiv-qualitativen Analyse des Interventionsverhaltens zeigte sich also v.a. ein deutlicher Zusammenhang zwischen einem ausgeprägtem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und dem intensivem Partizipationsverhalten der PatientIn.

Die Hypothese, daß 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' gemeinsam mit einem 'Aktivem Interventionsverhalten' und einem 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten' vermittelt wird, kann nach der deskriptiven Analyse aufrechterhalten werden. In den meisten Stunden mit extrem ausgeprägtem Fokussierungsverhalten fand sich auch ein hoher Anteil von 'Aktivem Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten'; in den Stunden mit extrem geringem Fokussierungsverhalten fanden sich auch nur wenig aktiv intervenierende oder zuwendungsvermittelnde Äußerungen. Hierbei ist auffallend, daß das Zuwendungsverhalten der TherapeutIn unabhängiger von dem Fokussierungsverhalten ist: In nur 67% der oberen Extremstunden des Fokussierungsverhaltens trat auch 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' auf, in nur 55% der Stunden des unteren Extrembereichs fand sich auch nur ein geringer Anteil an zuwendungsvermittelnden Äußerungen. Das Zuwendungsverhalten erscheint also eher als ein allgemeines Basisinterventionsverhalten.

Als weiterer Beleg für den Zusammenhang zwischen den Merkmalen des Interaktionsverhaltens ergab sich, daß als häufigstes Kombinationsmuster in den oberen Extremstunden des Fokussierungsverhaltens ein hoher Anteil an Äußerungen mit

allen übrigen drei Interaktionsmerkmale INT, ZUW und PART auftritt und in den unteren Extremstunden ein geringer Anteil der drei Interaktionsmerkmale. Andere Interaktionsmuster traten in unterschiedlichen Kombinationen und alle nur in einer weit geringeren Stundenzahl auf.

12.2 Statistische Analyse des Zusammenhanges zwischen dem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und den übrigen Interventionsmerkmalen

Die Ergebnisse der deskriptiv-qualitativen Analyse wurden nun durch eine empirisch-statistische Vorgehensweise überprüft. Zur Ermittlung des empirischen Zusammenhanges zwischen dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der TherapeutIn und den drei Merkmalen 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und 'Intensives Partizipationsverhalten' wurden für jedes dieser drei Merkmale Sechsfeldertafeln erstellt, in denen das Auftreten dieser Merkmale in Beziehung gesetzt wird zu dem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn in den oberen und unteren Extremstunden, sowie den mittleren Stunden zwischen den Extrembereichen. Als Maßzahl wurden Odds ratios aus den Werten des oberen und unteren Extrembereiches des Fokussierungsverhaltens errechnet.

Bezeichnungen der Sechsfeldertafeln:

FOK + : Die 3 Extremstunden jeder Therapie, in denen das Merkmal 'Gelungene Fokussierung der TherapeutIn' in dem höchsten Äußerungsanteil vorliegt: insgesamt 21 Stunden.

FOK m : Die Stunden, in denen der Äußerungsanteil mit dem Merkmal 'Gelungene Fokussierung' im mittleren Bereich liegt.: insgesamt 57 Stunden

FOK - : Die Therapiestunden im unteren Extrembereich des Äußerungsanteils mit dem Merkmal 'Gelungene Fokussierung der TherapeutIn': insgesamt 18 Stunden

INT, ZUW oder PART + gibt die Anzahl der Stunden an, in denen das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' oder 'Intensives Partizipationsverhalten' in einem hohen Äußerungsanteil, also in 50% oder mehr aller Äußerungen, vorkommt.

INT, ZUW oder PART - gibt die Anzahl der Stunden an, in denen das Merkmal 'Aktives Interventionsverhalten', 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' oder 'Intensives Partizipationsverhalten' in weniger als 50% der Äußerungen auftritt.

Chance ist der Quotient der Stunden mit einem hohen Anteil an den Merkmalen des Interaktionsverhaltens durch die Stunden mit einem niedrigen Anteil und gibt die Wahrscheinlichkeit an, für ein hohes Auftreten des Interventionsmerkmals bei einem hohen, mittleren oder niedrigem Anteil von Fokussierungsverhalten in den Therapiestunden.

12.2.1 ‘Aktives Interventionsverhalten’ der TherapeutIn in den oberen Extremstunden des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’

	<i>INT</i>		
FOK	+	-	Chance
+	15	6	2,5
m	32	25	1,28
-	3	15	0,2

OR (FOK+/-): 12,5

Die Chance, daß bei einem extrem hohen Anteil von Fokussierungsverhalten auch ein hoher Anteil von Äußerungen mit ‘Aktivem Interventionsverhalten’ auftritt, liegt bei 2,5:1. Bei einem extrem geringen Anteil von Fokussierungsverhalten beträgt die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einen hohen Anteils von aktivem Interventionsverhalten dagegen nur 0,2:1. Die Stunden, in denen ein mittlerer Anteil an Äußerungen mit ‘Gelungener Fokussierung’ (FOK m) auftritt, weisen bei der Chance von 1,28:1 eine fast gleichmäßige Verteilung von hohen und niedrigen Anteilen an aktivem Interventionsverhalten auf.

Insgesamt wird die Auftretenswahrscheinlichkeit für einen hohen Äußerungsanteil des Merkmals ‘Aktives Interventionsverhalten’ bei dem Vorliegen eines hohen Anteils von Fokussierungsverhalten durch den Odds ratio beschrieben, der gebildet wird aus dem Quotienten der Chance des oberen Extreimbereichs des Fokussierungsverhalten: Fok + und der Chance des unteren Extreimbereichs des Fokussierungsverhaltens: FOK -. Er beträgt hier 12,5. Wenn der Wert des Odds ratio von 1 abweicht, gilt der Zusammenhang als gegeben, hier wird er also eindeutig bestätigt.

12.2.2 Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten der TherapeutIn in den oberen Extremstunden des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’

	ZUW		
FOK	+	-	Chance
+	14	7	2
m	28	29	0,97
-	10	8	1,25

OR (ZUW +/-): 2,5

Die Chance, daß ein extrem hoher Anteil an ‘Gelungener Fokussierung’ mit einem ausgeprägten Zuwendungsverhalten verbunden ist, beträgt 2:1. Wenn das Fokussierungsverhalten nur in einem mittleren oder in einem geringen Anteil von Äußerungen vorkommt, liegt die Chance für einen hohen Anteil mit ausgeprägtem Zuwendungsverhalten immer noch um den Wert von 1:1. Insgesamt errechnet sich daraus ein Odds ratio von 2,5, der die Tendenz zu einem ausgeprägten Zuwendungsverhalten bei dem Vorliegen eines intensiven Fokussierungsverhalten bestätigt.

12.2.3 Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn in den oberen Extremstunden des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’

	PART		
FOK	+	-	Chance
+	17	4	4,25
m	28	29	0,97
-	7	11	0,64

OR (ZUW +/-): 6,64

In den Extremstunden des therapeutischen Fokussierungsverhaltens kommt es in 17 Stunden zu einem hohen Anteil von ‘Intensivem Partizipationsverhalten’ der PatientIn, und nur viermal zu einem geringen Anteil von partizipierenden Äußerungen der PatientIn, das Verhältnis ist 4,25 :1. In den mittleren Stunden ist die Chance für

ein intensives partizipierendes Verhalten der PatientIn 1:1, während es bei einem extrem geringen Anteil von fokussierenden Äußerungen der TherapeutIn auch eher zu einem geringen Anteil von partizipierenden Äußerungen kommt: 0,64:1 lautet das Verhältnis bei den vorliegenden Therapiestunden. Somit ist die Tendenz eindeutig für ein intensiv partizipierendes Verhalten der PatientIn, wenn die TherapeutIn in der Stunde aktiv fokussiert. Der Odds Ratio belegt dies mit einem Wert von 6,64.

12.2.4 Ergebnisse der statistischen Analyse

Zur Überprüfung der Signifikanz der errechneten Odds ratios wurden die zugehörigen Konfidenzintervalle berechnet: Wenn das Konfidenzintervall den Wert 1 nicht enthält, ist die Abweichung des Odds ratio von 1 kein Zufallsbefund. Die Konfidenzintervalle betragen für den Zusammenhang zwischen:

- 'Gelungener Fokussierung' und 'Aktivem Interventionsverhalten':
2,61 bis 60,34
- 'Gelungener Fokussierung' und 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten':
0,69 bis 9,15
- 'Gelungener Fokussierung' und 'Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn':
1,55 bis 28,21.

Somit ist der Zusammenhang zwischen einem gelungenen Fokussierungsverhalten und dem Auftreten von aktivem Interventionsverhalten der TherapeutIn, der sich mit einem Odds ratio von 12,5 als sehr hoch erwiesen hat, auch signifikant. Die Tendenz zu intensiver Partizipation der PatientIn bei einer gelungenen Fokussierung der TherapeutIn ist mit dem Odds ratio von 6,64 deutlich geworden. Auch dies ist ein signifikantes Ergebnis. Ebenso ist bei einem Odds ratio von 2,5 von einem Zusammenhang zwischen einem ausgeprägten Zuwendungsverhalten der TherapeutIn und ihrem gelungenen Fokussierungsverhalten auszugehen, allerdings ist dieser Wert nicht signifikant.

Somit konnte die empirische Analyse die Ergebnisse der deskriptiv-qualitativen Analyse erhärten.

- Die Hypothesen 1a und 2a, die postulieren, daß im Interventionsverhalten der TherapeutIn ein extrem hoher Anteil von gelungenem Fokussierungsverhalten gemeinsam mit einem hohen Anteil von 'Aktivem Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' auftritt, wurden bestätigt.
- Ebenso wurde auch der Analogschluß (Hypothesen 1b und 2b), daß ein extrem geringer Anteil von fokussierenden Interventionen auch nur von einem geringen Anteil von aktiv intervenierenden und Zuwendungvermittelnden Äußerungen begleitet wird, bestätigt.
- Die Hypothesen 3a und b, die Haupthypothesen dieser Arbeit, daß ein Zusammenhang besteht zwischen dem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und dem Partizipationsverhalten der PatientIn, konnten eindeutig bestätigt werden. Es ist ein signifikantes Ergebnis, daß bei einem starken Fokussierungsverhalten eine hohe Wahrscheinlichkeit für ein intensives Partizipationsverhalten der PatientIn besteht. Ebenso kommt es bei geringem Fokussierungsverhalten auch zu einem geringen Partizipationsverhalten. Die Beobachtung der deskriptiven Analyse, daß geringe Fokussierung nicht unbedingt zu einem geringen Partizipationsverhalten führt, wurde durch die Berechnung der Wahrscheinlichkeit nicht untermauert: Die Wahrscheinlichkeit für intensives Partizipationsverhalten bei geringer Fokussierungstätigkeit beträgt nur 0,64: 1, wohingegen die Auftretenswahrscheinlichkeit für intensives Partizipationsverhalten bei starker Fokussierungstätigkeit der TherapeutIn 4,25:1 beträgt.

Die Beobachtung der deskriptiv-qualitativen Analyse, daß das Äußern von Zuwendung in den Therapiestunden nicht so stark von dem Auftreten des 'Gelungenen Fokussierungsverhalten' abhängig ist und eher als ein allgemeine Basisintervention betrachtet werden kann, kam auch in der empirischen Analyse zum Ausdruck: Es zeigte sich eine Tendenz zu einem verstärkten Auftreten von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' in den Extremstunden des Fokussierungsverhalten, aber kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

12.3 Statistische Analyse des Zusammenhanges zwischen den Merkmalen des Interventionsverhaltens und den Merkmalen des Kommunikationserlebens in den Extrembereichen

Zur Analyse des Zusammenhanges zwischen dem Interaktionsverhalten und dem Kommunikationserleben in den einzelnen Therapiestunden wurden für jedes Interaktionsmerkmal zwei Sechsfeldertafeln erstellt:

- Eine Sechsfeldertafel, in der den jeweils drei Stunden des oberen und unteren Extrembereiches und den verbleibenden mittleren Stunden zwischen diesen beiden Extrembereichen das Erleben der PatientIn zugeordnet wurde.
- Eine Sechsfeldertafel, in der dem Interaktionsverhalten das Kommunikationserleben der TherapeutIn zugeordnet wurde.

Um eine Verdichtung der Daten, und damit größere Chancen zur Erzielung statistisch signifikanter Ergebnisse zu erreichen, wurden die Merkmale des Kommunikationserlebens zu den Meta-Merkmalen 'Positives Erleben' und 'Negatives Erleben' zusammengefaßt.¹ Als Maß für 'Positives Erleben' gilt, wenn zwei Merkmale des Kommunikationserleben für PatientIn oder TherapeutIn auf oder oberhalb des Medians für die gesamte Therapie liegen, als Maß für negatives Erleben gilt, wenn weniger als zwei Merkmale auf oder oberhalb des Medians liegen.²

Die Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Interaktionsverhalten und Kommunikationserleben wurden dementsprechend umformuliert.

¹ Bei dem Kommunikationserleben der PatientIn wurde das Merkmal 'Erleben von Unterstützung' nicht als Kriterium herangezogen, da dieses Merkmal in allen Therapiestunden bis auf wenige Ausnahmen nur in zwei unterschiedlichen Ausprägungen auftritt. Siehe dazu Kapitel 10.3.1.

² Die Tabellen, in denen für die jeweiligen Extremstunden die Interaktionsmerkmale und die zugehörigen Merkmale des Kommunikationserlebens aufgeführt sind, befinden sich in Anhang DI. Außerdem sind in Anhang D II Tabellen, in denen für jede Therapie die Ausprägung der Merkmale des Interaktions- und Kommunikationserlebens in den Therapiestunden aufgeführt.

Hypothesen zum Zusammenhang zwischen Interaktionsverhalten und Kommunikationserleben	
4.	Therapiestunden mit einem extrem häufigen Auftreten von 'Gelungener Fokussierung' der TherapeutIn werden von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt.
5.	Therapiestunden mit einem extrem häufigem Auftreten von 'Aktivem Interventionsverhalten', werden von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt.
6.	Therapiestunden mit einem extrem häufigem Auftreten von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten', werden von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt.
7.	Das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn' tritt extrem häufig in Stunden auf, die von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt werden.

12.3.1 Das Erleben der 'Gelungenen Fokussierung'

	PatientInnen-Erleben		
FOK	+	-	Chance
+	15	4	3.75
m	42	21	2
-	10	4	2,5

	TherapeutInnen-Erleben		
FOK	+	-	Chance
+	12	8	1,5
m	39	25	1,6
-	10	4	2,5

OR (FOK+/-): 1,5

OR (FOK+/-): 0,6

Die Chance für ein positives Erleben der PatientIn in den Therapiestunden, in denen die höchsten Äußerungsanteile mit dem Merkmal 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' der TherapeutIn vorkommen, steht 3,75:1, aber die Wahrscheinlichkeit für ein positives Erleben der PatientIn in den Stunden mit einem extrem niedrigen Anteil an 'Gelungener Fokussierung' der TherapeutIn beträgt immer noch 2,5:1. Der Odds ratio von 1,5 bedeutet, daß ein Zusammenhang zwischen positivem Erleben der PatientIn und 'Gelungener Fokussierung' der TherapeutIn besteht, aber nicht sehr ausgeprägt ist.

Die TherapeutIn erlebt die Stunden, in denen sie extrem häufig 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' zeigt, im Verhältnis 1,5:1 positiv. Stunden, in denen sie extrem wenig an Fokussierungsverhalten zeigt, erlebt sie dagegen mit einer Chance von 2,5:1 positiv. Der Odds ratio von 0,6 zeigt, daß die Tendenz für ein positives Erleben der TherapeutIn eher in den Stunden mit einem geringen Anteil an fokussierenden Äußerungen gegeben ist.

12.3.2 Das Erleben des 'Aktiven Interventionsverhalten'

	PatientInnen-Erleben		
INT	+	-	Chance
+	13	4	3,25
m	43	23	1,87
-	11	2	5,5

	TherapeutInnen-Erleben		
INT	+	-	Chance
+	9	8	1,13
m	39	26	1,5
-	12	3	4

OR (INT+/-): 0,59

OR (INT+/-): 0,28

Die Chance für ein positives Erleben der oberen Extremstunden des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten', für ein positives Erleben der PatientIn beträgt 3,25:1. Allerdings ist die Chance für ein positives Erleben der PatientIn höher, wenn nur extrem wenig aktiv intervenierende Äußerungen vorkommen: Sie beträgt dann 5,5 :1. Am geringsten, aber mit einem Verhältnis von 1,87 :1 immer noch hoch, ist die Wahrscheinlichkeit für ein positives Erleben, wenn 'Aktives Interventionsverhalten' in einem mittleren Anteil der Äußerungen vorkommt. Der Odds ratio von 0,59 verdeutlicht die Tendenz für ein positives Erleben der PatientIn vor allem in den Stunden, in denen kein aktives Interventionsverhalten ausgeführt wird.

Die Wahrscheinlichkeit für ein positives Erleben der Therapeutin, in den Stunden, in denen sie extrem häufig 'Aktives Interventionsverhalten' zeigt, beträgt 1:1,1 sie steigt leicht an auf 1:1,5 , wenn sie nur noch in einem mittleren Anteil der Äußerungen aktiv interveniert und ist mit dem Verhältnis von 4:1 deutlich höher, wenn sie nur

zu einem geringen Anteil aktiv interveniert. Der Odds ratio von 0,28 macht diese Tendenz, des positiven TherapeutInnenerlebens der Stunden, in denen nur zu einem geringen Anteil 'Aktives Interventionsverhalten' vorkommt, deutlich.

12.3.3 Das Erleben des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten'

	PatientInnen-Erleben		
ZUW	+	-	Chance
+	13	2	6,5
m	43	18	2,4
-	12	8	1,5

	TherapeutInnen-Erleben		
ZUW	+	-	Chance
+	11	4	2,75
m	39	26	1,5
-	11	10	1,1

OR (ZUW+/-): 4,3

OR (ZUW+/-): 2,5

Im Verhältnis 6,5:1 werden die oberen Extremstunden des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten' der TherapeutIn, von der PatientIn positiv erlebt, während die Stunden, in denen das Zuwendungsverhalten minimal ist, nur noch in einem Verhältnis 1,5:1 positiv erlebt werden. Der Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben der PatientIn und dem 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten' ist eindeutig: Der Odds ratio beträgt 4,3.

Die Wahrscheinlichkeit für positives Erleben der TherapeutIn beträgt in den Stunden mit dem maximalen Anteil an 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' 2,75:1. In den Stunden mit dem minimalen Anteil 1,1:1. Auch für die TherapeutIn ergibt sich also eindeutig die Tendenz, daß Stunden, in denen sie 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' in einem extrem hohen Anteil zeigt, von ihr positiv erlebt werden: Der Odds ratio beträgt 2,5.

12.3.4 Das Erleben des 'Intensiven Partizipationsverhalten' der PatientIn

	PatientInnen-Erleben		
PART	+	-	Chance
+	19	4	4,75
m	35	20	1,8
-	13	5	2,6

OR (PART+/-): 1,83

	TherapeutInnen-Erleben		
PART	+	-	Chance
+	12	11	1,09
m	33	18	1,8
-	10	8	1,25

OR (PART+/-): 0,87

Die Chance für ein positives Erleben der PatientIn beträgt in Stunden mit einem extrem hohen Anteil von partizipierenden PatientInnenäußerungen 4,75:1. In Stunden mit einem minimalen Anteil von partizipierenden Äußerungen beträgt sie 2,6:1. Am geringsten ist die Wahrscheinlichkeit mit einem Verhältnis von 1,8:1 in den Stunden mit einem mittleren Anteil von Partizipationsverhalten. Der Odds ratio von 1,83 spricht aber für einen Zusammenhang zwischen positivem Erleben der PatientIn und dem Auftreten von partizipierenden Äußerungen.

Die TherapeutIn erlebt v.a. die Stunden positiv, in denen ein mittlerer Anteil der PatientInnenäußerungen 'Intensives Partizipationsverhalten' aufweist, das Verhältnis ist 1,8:1. In den Stunden mit einem hohen Anteil von partizipierenden Äußerungen ist die Chance für positives Erleben 1,1:1, in den Stunden mit dem niedrigsten Anteil ist die Chance 1,25:1. Der Odds ratio von 0,87 zeigt die Tendenz für ein positives Erleben der TherapeutIn der Stunden mit gering ausgeprägtem Partizipationsverhalten.

12.3.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Berechnung der Konfidenzintervalle ergibt keine Sicherheit, daß die Odds ratios außerhalb der Zufallswahrscheinlichkeit liegen. Nichtsdestotrotz sind die Ergebnisse aber nachvollziehbar und anregend zur Reflexion des therapeutischen Inter-

aktionsverhaltens und werden daher aufgeführt und im weiteren zur Diskussion gestellt.

Der Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben der PatientIn und dem Interaktionsverhalten ist mit einem Odds ratio von 4,3 bei dem Merkmal „Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten“ am stärksten. Die gelungenen Fokussierungsbemühungen der TherapeutIn werden von der PatientIn auch positiv erlebt, mit dem Odds ratio von 1,5 ist diese Tendenz aber nicht so ausgeprägt. Das 'Aktive Interventionsverhalten' der TherapeutIn dagegen führt bei der PatientIn zu einem negativen Erleben, der Odds ratio beträgt 0,59. Der Zusammenhang zwischen Partizipationsverhalten und positivem Erleben des Patienten wird mit einem Odds ratio von 1,83 bestätigt.

Für die TherapeutIn gibt es mit einem Odds ratio von 2,5 einen positiven Zusammenhang nur zwischen dem Merkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und dem positiven Erleben. Die Stunden, in denen die TherapeutIn aktiv intervenieren muß, erlebt sie negativ. Die Tendenz für ein positives TherapeutInnenerleben bei 'Aktivem Interventionsverhalten' beträgt 0,28. Das Fokussierungsverhalten wird von der TherapeutIn in geringerem Maß negativ erlebt. Der Odds ratio ist 0,6. Auch der Zusammenhang zwischen dem Partizipationsverhalten der PatientIn und dem positiven Erleben der TherapeutIn erscheint bei einem Odds ratio von 0,87 schwach negativ.

Die Hypothesen zum Zusammenhang von Interaktionsverhalten und Kommunikationserleben konnten nicht alle bestätigt werden:

Die 4. Hypothese, die einen Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben von TherapeutIn und PatientIn und dem häufigem Auftreten von 'Gelungener Fokussierung' postuliert, wurde teilweise bestätigt: 'Gelungene Fokussierung' wird von der PatientIn positiv erlebt, von der TherapeutIn aber negativ.

Die 5. Hypothese, in der ein Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben von TherapeutIn und PatientIn und dem 'Aktiven Interventionsverhalten' erwartet wird, wird widerlegt: Stunden mit einem ausgeprägt 'aktivem interventionsverhalten' werden von TherapeutIn und PatientIn negativ erlebt.

Die 6.Hypothese, die den Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben von TherapeutIn und PatientIn und dem 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten' erwartet, wird bestätigt: TherapeutIn und PatientIn erleben Stunden mit 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' eindeutig positiv.

In der 7. Hypothese wird erwartet, daß Therapiestunden, in denen 'Intensives Partizipationsverhalten' der PatientIn häufig auftritt, von TherapeutIn und PatientIn positiv erlebt wird. Diese Hypothese konnte nur teilweise bestätigt werden: Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn wird von der PatientIn positiv erlebt, von der TherapeutIn eher negativ.

IV. Diskussion

13 Diskussion und Ausblick

Diese Arbeit versteht sich als Beitrag zur Psychotherapie-Prozeßforschung (z.B. Dahl, Kächele & Thomä 1988, Greenberg & Pinsof 1986, Greenberg 1991, Orlinsky & Howard 1986), die versucht Veränderungsmechanismen innerhalb des therapeutischen Prozesses zu identifizieren, zu beschreiben und zu analysieren. Mit dem Begriff der Interaktions-Prozeßforschung wird das Verständnis der psychotherapeutischen Begegnung als einer sozialen Beziehung, in der gegenseitiger Austausch und wechselseitige Einflußnahme geschieht (Czogalik 1989), noch stärker betont. Wie in jeder Interaktion geht es auch in der Psychotherapie um Vorgänge der Kooperation, Konkurrenz, Verhandlung, Kontrolle und Konfliktregelung. Am Beispiel der Interpersonellen Psychotherapie (IPT) sollten diese Strukturen der Einflußnahme von TherapeutIn und PatientIn untersucht werden. Die IPT ist eine Kurzzeit-Therapie für depressive PatientInnen, die sich in empirischen Studien insoweit als erfolgreich erwiesen hat, als sie hilft, aus der akuten Phase der Depression zu gelangen und die Phasen zwischen depressiven Episoden zu verlängern. Für das therapeutische Vorgehen in der IPT gibt es Anweisungen im Therapiemanual (Klerman et al. 1984): Es soll aktiv sein, fokussierend auf Beziehungen außerhalb des therapeutischen Settings und unterstützend. Die übergeordnete Frage dieser Arbeit könnte lauten: Welche Einflußfaktoren können zu einem erfolgreichen Ausgang der IPT führen? Die Veränderungsmechanismen, die innerhalb des psychotherapeutischen Prozesses der IPT wirken (Greenberg & Pinsof 1986, Shapiro 1995), sollten deutlicher werden.

Untersucht wurde diese Fragestellung anhand von Einzelfallstudien. Die Interaktion und ihre Entwicklung innerhalb der Therapie sollte möglichst differenziert und in ihren komplexen Zusammenhängen dargestellt und analysiert werden können (Grawe 1988). Um dem schulenübergreifenden Charakter der IPT gerecht zu werden, wurden zur Untersuchung jeweils drei Therapien eines Therapeuten mit verhaltenstherapeutischen Vorkenntnissen und einer Therapeutin mit psychoanalytischen Vorkenntnissen ausgewählt. Inhalt dieser Arbeit ist also die Analyse des Interaktionsprozesses von sechs IPT-Therapien.

Die vier Komponenten des Therapieprozesses (Czogalik 1989): Therapeutische Intervention, Partizipation der PatientIn und Involvierung der PatientIn, sowie die Therapeutische Beziehung, bildeten den Hintergrund zur Konstruktion der Merkmale, deren Wirkungsweise und Einflußnahme aufeinander in dieser Arbeit untersucht wurden. Diese Merkmale des Interaktionsverhaltens und des Kommunikationserlebens wurden theoriegeleitet konstruiert und damit wurde ein mehrbenen-analytisches Vorgehen verwirklicht, in dem das Interaktionsverhalten von TherapeutIn und PatientIn aus der Sicht von externen Beurteilern in Beziehung gesetzt wurde zu dem inneren Erleben des Therapieprozesses von der TherapeutIn und PatientIn.

Die therapeutische Intervention, die für IPT spezifisch ist (De Rubeis et al.) und für den Therapieerfolg der IPT verantwortlich gesehen wird (Frank 1991), ist die Fokussierung der TherapeutIn auf interpersonelle Beziehungen und den interpersonellen Problembereich der Therapie. Zur Untersuchung der Wirkung von spezifischen Interventionsstrategien muß außerdem der Kontext des generellen Interaktionsverhalten mitberücksichtigt werden (Czogalik 1989). Das Fokussierungsverhalten der TherapeutIn wurde also gemäß der Anweisungen im IPT-Manual im Zusammenhang mit dem aktiven Interaktionsverhalten und dem Zuwendungsverhalten der TherapeutIn gesehen.

Die Beteiligung der PatientIn an der Therapie ist nach den Ergebnissen der Therapieforschung eine der wichtigsten Determinanten des Therapieerfolges (Orlinsky et al. 1994). Sie wird von den Kurzzeit- und Langzeitwirkungen der therapeutischen Interventionen beeinflusst (Frieswyk et al. 1986). In dieser Arbeit wurde die Wirkung des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn, das in ein generelles Interventionsverhalten eingebunden sein muß, auf die Partizipation als Merkmal des Interaktionsverhaltens der PatientIn untersucht.

Die Datenbasis für diese vier Merkmale des Interaktionsverhaltens: Fokussierung, aktives Interventionsverhalten und Zuwendungsverhalten der TherapeutIn sowie das Partizipationsverhalten der PatientIn, bildeten Videoaufzeichnungen aller Therapiestunden. Das darin sichtbare Verhalten von TherapeutIn und PatientIn wurde mit dem 'Stuttgarter Kategorieninventar zur Interaktionsanalyse' (SKI/3) von unabhängigen Beurteilern aus einer Außenperspektive eingeschätzt. Mit dem SKI/3 wird das Inter-

aktionsverhalten in psychotherapeutischen Dialogen 'multikanal', d.h. gleichzeitig nach mehreren Gesichtspunkten beurteilt und somit wird in der Analyse berücksichtigt, daß in sozialen Interaktionen Botschaften gleichzeitig auf mehreren Ebenen vermittelt werden. Therapeutische Konfrontation kann z.B. in der mittleren Therapiephase verbunden mit Respekt und Engagement in einer Atmosphäre gegenseitigen Vertrauens erfolgen, oder sie kann zu Beginn der Therapie verbunden mit Dominanz und Kritik eingesetzt werden. Das SKI/3 beinhaltet insgesamt 35 Kategorien. Damit wird das Interaktionsverhalten über gesprächsthematische, sprachformale, nonverbale und gesamteindrückliche Kategorien erfaßt. Jede Beurteilungseinheit (=gesamter Sprechbeitrag zwischen zwei SprecherInnenwechseln) wird bezüglich aller Kategorien eingeschätzt.

Das SKI/3 ist folgendermaßen aufgebaut:

- *Bezugnahme und Involvierung der SprecherIn*: 12 bipolare Items wie freundlich – unfreundlich, dominant – submissiv
- *Bezugnahme und Involvierung der HörerIn*: 2 bipolare Items wie rückmeldend – unressonant, Gestik: manipulierend – ruhig
- *Gesprächsatmosphäre*: 2 bipolare Items wie locker – verkrampft, vertraut – fremd
- *Interventionsmodus der SprecherIn*: 7 bipolare Items wie informationsarm – informationsreich, selbstöffnend – selbstverbergend,
- *Gesprächsthema*: 5 bipolare Items wie Beziehungen - beziehungsfreie Sachverhalte, negative Inhalte – positive Inhalte
- *Themensteuerung*: 4 bipolare Items wie bejahen - verneinen, fragen - antworten
- *Stimme und Sprechfluß*: 3 bipolare Items wie laut – leise, traurig – fröhlich

Mit dem SKI/3 wird die Sichtweise der therapeutischen Situation als sozialer Begegnung zwischen zwei InteraktionspartnerInnen, die sich gegenseitig beeinflussen, in die konkrete Datenerhebung umgesetzt. In der Arbeitsgruppe von Czogalik und Vanger waren mit dem SKI/3 zwei Untersuchungen zur Bestimmung des Einflusses von Faktoren der TherapeutIn-PatientIn-Beziehung und der Interaktion sowie sprachlich-instrumenteller Faktoren auf den Therapieerfolg in der IPT durchgeführt worden,

bei denen sich relativ hohe Zusammenhänge zwischen den beiden Meßwertebenen zeigten (Eppler 1995, Weidenbach 1995).

Jedes Merkmal des Interaktionsverhaltens wurde nach einer vorher erstellten Definition aus den Items des SKI/3 gebildet. Als Parameter des Interaktionsverhaltens wurde die maximale Ausprägung der Merkmale gewählt, d.h. es mußten die höchste oder zweithöchste Anzahl an Kriterien zur Beschreibung der Merkmale erfüllt sein.

Das TherapeutInnenmerkmal 'Gelungene Fokussierung' beschreibt ein Interventionsverhalten, mit dem die TherapeutIn explorierend und auch konfrontierend die Beziehungen der PatientIn thematisiert. Es werden Konflikte und Probleme angesprochen, die Aussage hat auffordernden oder fragenden Charakter.

Mit dem TherapeutInnenmerkmal 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' wird v.a. der Eindruck, den die TherapeutIn vermittelt, die Gestik, Mimik und Haltung eingeschätzt. Es wird eine freundliche und engagierte Bezugnahme auf die PatientIn erwartet. Die TherapeutIn wirkt in ihrem Verhalten selbstsicher, authentisch und lebendig.

Das TherapeutInnenmerkmal 'Aktives Interventionsverhalten' erfaßt einen Interventionsstil, in dem Gefühle oder Kognitionen angesprochen werden, neue Informationen vermittelt oder erfragt werden und die TherapeutIn die Aussagen der PatientIn weiterentwickelt.

'Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn' zeigt sich darin, daß die PatientIn ihre persönlichen Gefühle und Wahrnehmungen äußert, neue Informationen vermittelt oder versucht, neue Erkenntnisse zu gewinnen. Sie geht auf die Äußerungen der TherapeutIn ein und entwickelt sie weiter

Die beiden übrigen Komponenten des Therapieprozesses nach dem Modell von Czogalik (1989) 'Involvierung der PatientIn' und 'Therapeutische Beziehung' werden durch Merkmale des Beziehungs- und Interaktionserlebens gebildet. Die Involvierung der PatientIn in die Therapie wurde in dieser Arbeit durch die Merkmale 'Selbstwahrnehmung' und 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' erfaßt. Zur Fassung der Therapiekomponente 'Therapeutische Beziehung' wurde die in der Therapieforschung getroffene Unterscheidung in den emotionalen und den aufgabenorientier-

ten Aspekt der Arbeitsbeziehung (Thomä & Kächele 1985) ernstgenommen, indem sowohl für das Erleben der PatientIn als auch für das Erleben der TherapeutIn zwei Merkmale definiert wurden: Für die PatientIn die Merkmale 'Erleben von Unterstützung' und 'Erleben von Produktivität', für die TherapeutIn 'Erleben der Beziehung' und 'Erleben von Produktivität'. Außerdem wurde ein noch das TherapeutInnenmerkmal 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' gebildet.

Das Kommunikationserleben wurde durch den 'Stuttgarter Fragebogen zum Kommunikationserleben' (SKOM) am Ende jeder Therapiesitzung evaluiert. Sowohl von der TherapeutIn als auch der PatientIn wurde am Ende jeder Therapiestunde ein Fragebogen ausgefüllt. Dieser Bogen liefert die Binnenperspektive des Selbsterlebens, des Erlebens der abgelaufenen Therapiestunde und der Wahrnehmung der GesprächspartnerIn. Der Bogen umfaßt 32 Feststellungen der TherapeutIn (z. B.: „Mein Vorgehen war deutlich durch mein klinisches Konzept geprägt.“) bzw. 33 Feststellungen der PatientIn (z.B.: „Heute hatte ich Schwierigkeiten meine Gefühle und Stimmungen auszudrücken.“). Diese Aussagen werden auf einer 5-stufigen Skala gewichtet. In der Arbeitsgruppe von Czogalik und Vanger wurde im Rahmen einer Diplomarbeit (Weidenbach 1995) eine Faktorenanalyse an einer Stichprobe von jeweils 256 TherapeutInnen - und PatientInnenbogen nach IPT-Sitzungen erstellt. Der Konstruktion der Merkmale des Kommunikationserlebens in dieser Arbeit lag die Faktorenanalyse von Weidenbach zugrunde.

Das PatientInnenmerkmal 'Erleben von Unterstützung' wird in der IPT - Stichprobe durch den ersten PatientInnenfaktor des SKOM mit 8 Items abgebildet. Es wird eine unterstützende, sicher wirkende und geduldige TherapeutIn geschildert, die sich beteiligt zeigt an den Problemen der PatientIn und die für die PatientIn keinen Anlaß zum Ärger bietet.

Das Merkmal 'Erleben von Produktivität' wird durch den zweiten PatientInnenfaktor mit 8 Items definiert: In der beurteilten Stunde konnte ein guter Kontakt hergestellt werden. Die PatientIn erlebt sich innerlich beteiligt und hat durch Einsicht in bisher unerkannte Zusammenhänge Fortschritte erzielt. Zwischen der beurteilten Therapiestunde und der Therapiestunde davor gab es Ereignisse, die förderlich waren.

Insgesamt ist die PatientIn zufrieden über die vergangene Therapiestunde und optimistisch über den weiteren Therapieverlauf.

Mit dem PatientInnenmerkmal 'Selbstwahrnehmung' werden Aussagen über die Wahrnehmungen und Empfindungen der PatientIn, während und nach der Therapiestunde zusammengefaßt. Es wird erwartet, daß die PatientIn sich zufrieden, hoffnungsvoll und entspannt fühlt. Das Merkmal wird von fünf Items gebildet.

Das Merkmal 'Fähigkeit zur Selbstreflexion' wird durch den vierten Faktor gebildet. Er beschreibt, inwieweit die PatientIn das Gefühl hatte, sich in der Stunde ausdrücken und darstellen zu können, ob es ihr gelang, das Gespräch zu lenken und zu beeinflussen. Der Faktor wird von sieben Items gebildet.

Auch die Merkmale des Kommuniaktionserlebens durch die TherapeutIn basieren auf der Faktorenanalyse von Weidenbach.

Das Merkmal 'Erleben der Beziehung' wird aus 8 Items des SKOM-Fragebogens für TherapeutInnen gebildet, die das Erleben der Beziehung und der PatientIn zum Inhalt haben. Die PatientIn wird von der TherapeutIn als offen und zugänglich erlebt, die Kontaktaufnahme bereitet der TherapeutIn keine Schwierigkeiten und die TherapeutIn hat das Gefühl, die PatientIn läßt sich in die Beziehung ein.

Das TherapeutInnenmerkmal 'Erleben von Produktivität' beschreibt die Wahrnehmung der TherapeutIn von einer PatientIn, die aktiv an den Inhalten der Therapie mitarbeitet, Gefühle äußert und Veränderungen anstrebt (4 Items des SKOM).

Zur Definition des Merkmals 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre' wird der zweite TherapeutInnenfaktor von Weidenbach übernommen. Es wird aus 6 Items gebildet: Die TherapeutIn beschreibt eine entspannte und selbständige PatientIn, mit der die Sitzung Spaß macht und mit der sie sich gut verständigen konnte. Die TherapeutIn ist optimistisch hinsichtlich des Therapieerfolges.

Bei der univariaten Verteilung der erhobenen Merkmale des Interaktionsverhaltens in den einzelnen Therapiestunden ergab sich ein auf den ersten Blick überraschender Befund: Für kein Merkmal ließ sich ein typisches therapieübergreifendes Muster erkennen. Jede Therapie zeigte ihren spezifischen Verlauf. Nun ist die IPT eine

manualisierte Psychotherapie mit einem vorgegebenen Fokus auf interpersonelle Beziehungen und für PatientInnen mit einem eingegrenzten Störungsbild. Für den Ablauf der IPT in den drei Phasen des Eingangs-, Bearbeitungs- und Beendigungssteils wurden in dem Manual Therapiestrategien und Ziele formuliert. Es wäre also zu erwarten, daß einzelne IPT-Therapien sich in ihrem Verlauf ähneln und daß die drei Therapiephasen deutlich voneinander zu unterscheiden sind. Anhand der Merkmale zum Interaktionsverhalten der TherapeutIn und der PatientIn in den sechs untersuchten Therapien lassen sich aber keine IPT-typischen Phasen unterscheiden. Diese Beobachtung deckt sich mit den Argumenten für Einzelfallstudien als Forschungsstrategie, da nach der klinischen Erfahrung mit PatientInnen, „keiner die gleiche Geschichte, die gleiche Symptomatik und den gleichen Veränderungswunsch hat,“ (Leuzinger-Bohleber 1995), also jede Therapie ein einzigartiges Geschehen ist und somit zu den Bemühungen von Wissenschaft, generalisierende Aussagen zu treffen, in einem Spannungsverhältnis steht.

Auch in der Arbeit von Eppler (1995) zu Interaktionsstilen der TherapeutInnen in der IPT, auf der Basis von SKI/3 - Daten, ergab sich kein spezifisches Muster der Beziehungsangebote in den drei Therapiephasen. Auch bei ihm zeigte sich die Abhängigkeit der Beziehungsmuster von den jeweiligen Therapien. Bei der Untersuchung von fünf Therapien eines Therapeuten konnte kein eindeutiges Beziehungsmuster in den beiden erfolgreichsten Therapien gefunden werden: Die eine Therapie war gekennzeichnet durch empathisches, wenig kontrollierendes Verhalten, wobei aktive und passive Interaktionsmuster gleich stark gezeigt wurden. Die zweite Therapie dagegen fiel durch einen ausgeprägt passiven Interaktionsstil auf, mit eher kontrollierendem und wenig empathischem Verhalten.

Damit kann die klinisch relevante Erkenntnis festgehalten werden, daß auch in einer manualisierten Psychotherapie wie der IPT die Interaktionsmuster der einzelnen Therapiedyaden nicht nach den Anweisungen des Manuals und den Vorgaben der TherapeutIn entstehen, sondern durch das Wechselspiel der Interaktion der jeweiligen Beziehungspartner. Die Beschreibung des Geschehens der Interpersonellen Psychotherapie in den sechs Fallvignetten macht anschaulich, wie unterschiedlich jede einzelne IPT-Therapie von jedem TherapeutInnen- und PatientInnenpaar ausgestaltet wird.

Auch bei den Merkmalen des Kommunikationserlebens fällt eine Verlaufsinvarianz auf. Es lässt sich keine Entwicklung erkennen, die mit den Begriffen von Czogalik (1989) als die Funktionsabfolge von 'Stabilisierung' – 'Labilisierung' und 'Reorganisation', also der Vorstellung eines langsamen Aufbaus der therapeutischen Beziehung, beschrieben werden könnte. Im Gegensatz dazu kommt es auch schon zu Beginn der Therapien zu einer hohen Merkmalsausprägung und im Verlauf der Therapien in jeder Phase zu plötzlichen deutlichen Anstiegen oder Abstiegen der Merkmalsausprägung.

Eine Ausnahme bietet das PatientInnenmerkmal 'Erleben von Unterstützung'. Es wird in allen Therapien äußerst positiv und ohne Varianzen eingeschätzt. IPT scheint also unabhängig von der TherapeutIn und der Interaktion in der Dyade als sehr unterstützend wahrgenommen zu werden.

Auch das PatientInnenmerkmal 'Erleben von Produktivität' ist hoch ausgeprägt und verläuft eher gleichmäßig. Dies spricht für eine von der PatientIn positiv wahrgenommene Allianz. Von einigen Therapieforschern wird die therapeutische Allianz als PatientInnenfaktor als guter Prädiktor für Therapieerfolg gesehen (Kächele & Fiedler 1985, Hentschel 1990). In der Datenbeschreibung ergaben sich also Hinweise, auf Wirkfaktoren der IPT: IPT wirkt unterstützend und vermittelt der PatientIn ein Gefühl von Produktivität in der Therapie.

Auch die Studie von Krupnick et al. (1996) über den Zusammenhang zwischen der therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg in der NIMH-Studie zur Depression, in der IPT eine Therapieform war (Elkin et al. 1989, 1994) unterstützt diese Hinweise. Auch bei den IPT-Therapien der NIMH-Studie war das durchschnittliche Niveau der therapeutischen Allianz bei geringen Standardabweichungen ziemlich hoch. Krupnick wertet die gleichmäßigen und im Durchschnitt hohen Werte der Allianz als Zeichen für die sorgfältige Auswahl und das gute Training der TherapeutInnen in der NIMH, d.h. für die qualifizierte Arbeit der TherapeutInnen.

Zur Prüfung der Hypothesen dieser Arbeit wurden unterschiedliche Vorgehensweisen und mehrere statistische Verfahren gewählt. In einem ersten Ansatz wurde als Untersuchungseinheit die Therapiestunde gewählt. Im zweiten Ansatz wurde die

gesamte Therapie als Untersuchungseinheit bestimmt. Als dritter Weg der Analyse diente der Extremgruppenvergleich: Die drei Stunden mit dem höchsten oder niedrigsten Anteil an Äußerungen mit der gelungenen Ausprägung der Interaktionsmerkmale bildeten die Grundlage der Analysen.

Da in der Therapieforschung die Teilnahme der PatientIn an der Therapie als eine der wichtigsten Determinanten für den Therapieerfolg erkannt wurde, liegt das Hauptinteresse dieser Arbeit und somit der Schwerpunkt der Analyse bei dem Interaktionsverhalten und hierbei besonders auf der Überprüfung der Wirkung des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn auf die Partizipation der PatientIn.

1. Hypothese: Fokussierungsverhalten in der IPT tritt gemeinsam mit einem allgemeinen aktiven Interventionsverhalten der TherapeutIn auf..

Es konnte nachgewiesen werden, daß das 'Gelungene Fokussierungsverhalten' gemeinsam mit 'Aktivem Interventionsverhalten' auftritt. Im Extremgruppenvergleich lag der Zusammenhang zwischen den beiden Merkmalen außerhalb der Zufallswahrscheinlichkeit. Auch in der Korrelationsanalyse der Daten des Interaktionsgeschehens aus dem Gesamtverlauf der Therapien ergab sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Fokussierungsverhalten und dem aktiven Interaktionsstil. Diese Hypothese wurde also eindeutig bestätigt.

2. Hypothese: Fokussierung in der IPT tritt gemeinsam mit einem unterstützenden, zuwendungsvermittelnden Interventionsverhalten der TherapeutIn auf.

Für ein gemeinsames Auftreten von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' und 'Gelungener Fokussierung' der TherapeutIn gibt es, wenn auch nicht signifikant, Hinweise in dem Extremgruppenvergleich. Trotzdem scheint das Zuwendungsverhalten der TherapeutIn eher ein von der Fokussierungstätigkeit unabhängiges psychotherapeutisches Basisverhalten zu sein. So trat es zwar in den Stunden mit extremem Fokussierungsverhalten auch häufig auf, war aber auch in den Stunden mit extrem geringen Fokussierungsanteil deutlich ausgeprägt.

3. Hypothese: Fokussierungen der TherapeutIn fördern die Partizipation der PatientIn an dem Therapieverlauf

Diese Hypothese wurde in zwei unterschiedlichen Analysen bestätigt:.

In den Stunden mit dem höchsten Anteil an fokussierenden Äußerungen kommt es auch zu einem erhöhten Auftreten von aktivem Partizipationsverhalten der PatientIn und in den Stunden mit minimalen Fokussierungsbemühungen zeigt die PatientIn wenig Partizipation am Verlauf der Therapie. Dieser Zusammenhang erwies sich auch als statistisch signifikant.

Weiterhin sollte der klinischen Erfahrung, daß Interventionen nicht unbedingt sofort wirken, sondern erst im Verlauf der Interaktion eine erkennbare Reaktion hervorrufen, nachgegangen werden. Als eine Sequenz wurden die drei auf den Beitrag der TherapeutIn folgenden Sprechakte der PatientIn berücksichtigt, ohne die dazwischenliegenden beiden Beiträge der TherapeutIn zu beachten. In 88% der ausgewerteten Stunden trat in diesem Zeitfenster ein erhöhtes Partizipationsverhalten auf. Der Zusammenhang zwischen Fokussierungsinterventionen der TherapeutIn und dem Partizipieren der PatientIn an der Therapie konnte also auf unterschiedliche Arten bewiesen werden.

Für die Merkmale des Kommunikationserlebens waren in den statistischen Vorgehensweisen keinerlei signifikante oder plausible Zusammenhänge gefunden worden. Um die Varianz zu verringern und aussagekräftigere Kriterien zu erhalten, wurden daher für die Extremgruppenvergleiche 'Meta-Merkmale' gebildet: 'Positives Erleben' und 'Negatives Erleben' der PatientIn und der TherapeutIn. Die zu Beginn der Arbeit aufgestellten Hypothesen mußten dementsprechend umformuliert werden.

4. Hypothese: Gelungene Fokussierung der TherapeutIn in den Therapiestunden wird sowohl von der PatientIn als auch der TherapeutIn positiv erlebt.

Die PatientIn erlebt die Stunden im verstärktem Maß positiv, wenn die 'Gelungene Fokussierung' der TherapeutIn stark ausgeprägt ist. Aber es werden auch, wenn auch in viel geringerem Maße, die Stunden mit einem extrem niedrigen Anteil an 'Gelungener Fokussierung' der TherapeutIn noch positiv erlebt.

Positives Erleben der TherapeutIn ist eher mit den Stunden mit einem geringen Anteil an fokussierenden Äußerungen verbunden. Die TherapeutIn erlebt die Stunden, in denen sie extrem häufig 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' zeigt, zwar positiv,

aber in einem geringeren Verhältnis, als die Stunden, in denen sie extrem wenig an Fokussierungsverhalten zeigt.

Gelungene Fokussierung wird also von der PatientIn eher positiv, von der TherapeutIn negativ erlebt.

5. Hypothese: Therapiestunden, in denen ein aktives Interventionsverhalten vorliegt, werden von der PatientIn und der TherapeutIn positiv erlebt.

Von der PatientIn werden sowohl die Stunden mit vielen aktiv intervenierenden Äußerungen als auch die Stunden mit einem geringen Anteil an aktiv intervenierendem Interaktionsverhalten positiv erlebt. Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit für ein positives Erleben der PatientIn, wenn nur extrem wenig aktiv intervenierende Äußerungen vorkommen. Erstaunlich ist, daß PatientInnen die Stunden, in denen in einem mittleren Ausmaß aktives Interventionsverhalten der TherapeutIn gezeigt wird, deutlich weniger positiv erleben, als die beiden Extrembereiche.

Die TherapeutIn erlebt die Therapiestunden in denen sie wenig 'Aktives Interventionsverhalten' zeigt, deutlich positiver, als wenn sie häufig aktiv interveniert.

Man kann also sagen: PatientIn und TherapeutIn haben von Stunden, in denen weniger aktiv interveniert wird, einen stärkeren positiven Eindruck, als von Stunden, in denen extrem häufig aktiv interveniert wird.

Für die TherapeutIn wurde die Hypothese eindeutig widerlegt, für die PatientIn trifft sie teilweise zu, da, wenn auch in geringerem Maße, Aktives Interventionsverhalten positiv erlebt wird.

6. Hypothese: Ein ausgeprägtes Zuwendungsverhalten wird von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt.

Es gibt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem positiven Erleben der PatientIn und dem Auftreten von 'Ausgeprägtem Zuwendungsverhalten' der TherapeutIn. Die Stunden mit minimalem Äußern von Zuwendungsverhalten der TherapeutIn werden in wesentlich geringerem Maße positiv erlebt, als die Stunden, in denen häufig Zuwendungsverhalten gezeigt wird.

Auch für die TherapeutIn zeigte sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen ihrem positiven Erleben und dem häufigen Äußern Zuwendungsverhalten.

Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten wird also von beiden positiv erlebt.

7. Hypothese: Erhöhte Partizipation der PatientIn tritt in Stunden auf, die von PatientIn und TherapeutIn positiv erlebt werden.

Die Chance für ein positives Erleben der PatientIn ist in den Stunden mit einem extrem hohen Anteil von partizipierenden PatientInnenäußerungen am höchsten, obwohl auch die Stunden mit einem minimalen Anteil von partizipierenden Äußerungen noch positiv erlebt werden. Insgesamt aber gibt es einen deutlichen Zusammenhang zwischen positivem Erleben der PatientIn und dem Auftreten von partizipierenden Äußerungen.

Die TherapeutIn erlebt eher die Stunden positiv, in denen das Partizipationsverhalten der PatientIn gering ausgeprägt ist.

Intensives Partizipationsverhalten der PatientIn wird also von der PatientIn positiv erlebt, von der TherapeutIn eher negativ.

Die beiden TherapeutInnen der Studie erleben v.a. die Stunden positiv, in denen sie ausgeprägtes Zuwendungsverhalten zeigen, ein aktiv-intervenierender, fokussierender Stil und auch ein aktiver Partizipationsstil der PatientIn werden eher negativ erlebt. Für die PatientInnen gibt es in Analogie dazu eine starke Beziehung zwischen dem Zuwendungsverhalten der TherapeutIn und positivem Erleben, aber auch therapeutisches Fokussierungsverhalten und das Partizipationsverhalten der PatientIn werden positiv erlebt. Der aktive Interventionsstil der TherapeutIn ist dagegen mit negativem Erleben verbunden.

Das positive Erleben, das die Einschätzung am Ende der Therapiestunde wiedergibt, kann als Ausdruck des Erlebens einer „guten Stunde“ (Kris 1956, Strupp et al. 1966, Orlinsky & Howard 1967, Auerbach & Luborsky 1968) verstanden werden.

In den Konzepten zur „guten Stunde“ wird die therapeutische Beziehung – das Gefühl verstanden und akzeptiert zu werden, eine offene Gesprächsatmosphäre und das Empfinden positiver Gefühle beider Interaktionspartner – sowie die therapeutische Arbeit – das Besprechen intimer persönlicher Beziehungen, die Problemorientiertheit, und das Bemühen um die Gewinnung neuer Einsichten –, subsumiert. Das Merkmal 'Positives Erleben' in dieser Arbeit bezieht sich bei der PatientIn ebenso auf die Wahrnehmung der therapeutischen Unterstützung, das Erleben von Produktivität, die Fähigkeit zur Selbstreflexion und die Wahrnehmung der eigenen

Gefühle. Bei der TherapeutIn sind das Erleben der therapeutischen Beziehung, der Produktivität und der Gesprächsatmosphäre zu dem Merkmal 'Positives Erleben' zusammengefaßt.

Thomä und Kächele (1988) trennen bei ihrem Konzept der „guten Stunde“, die sie auch „Durchbruchsstunde“ nennen, das Erleben von positiven Interaktionsverhältnissen, in denen sich die PatientIn verstanden fühlt, von der „kurativen Veränderung des Patienten“, wobei auch 'mißlingende' Interaktionen mit der TherapeutIn diese günstigen Veränderungen verursacht haben können. Dieser zweite Aspekt kann von der PatientIn vermutlich erst nach einem längeren Zeitraum im Rückblick wahrgenommen werden und wird somit bei der Erfassung des Erlebens im direkten Anschluß an die Stunde wenig Aufmerksamkeit erlangen. Dies zeigen auch die Ergebnisse dieser Arbeit: In Übereinstimmung mit der Studie von Orlinsky & Howard (1967) ist bei der PatientIn das Zuwendungsverhalten der TherapeutIn am stärksten mit positivem Erleben verbunden. Weidenbach hat das Erleben von Produktivität mit dem Konzept der 'guten Stunde' in Verbindung gebracht (1995). In ihrer Untersuchung steht die durch die PatientIn wahrgenommene Produktivität der IPT-Stunden in Verbindung mit der Qualität der therapeutischen Beziehung, aber nicht mit der Qualität der therapeutischen Arbeit. Diese Verbindung zur gemeinsamen Arbeit an den Therapiezielen kann in der vorliegenden Studie im Gegensatz zu Weidenbach darin gesehen werden, daß die PatientInnen die Stunden mit dem Fokussierungsverhalten der TherapeutIn und dem eigenem Partizipationsverhalten positiv erleben.

Stunden, in denen wenig aktives Interventionsverhalten der TherapeutIn geäußert wird, werden von der PatientIn positiver erlebt, als die Stunden, in denen extrem häufig aktiv interveniert wird. Und zwar bei der PatientIn und der TherapeutIn. Dies könnte als Ausdruck eines 'depressiogenen Zirkels' wie ihn Coyne (1991, S.329) beschreibt, interpretiert werden: In Stunden, in denen negatives Erleben der PatientIn vorherrscht, fühlt sich die TherapeutIn zu aktivem Interventionsverhalten aufgefordert, das aber von der PatientIn als Zurückweisung oder Tadel und somit negativ wahrgenommen wird. Die TherapeutIn spürt das Mißlingen der Interaktion und interpretiert daher die Stunde negativ. Das TherapeutInnenmerkmal „Aktives Interventionsverhalten“ ist im Gegensatz zu dem Fokussierungsverhalten nicht aufga-

ben- und problemorientiert und im Gegensatz zum Zuwendungsverhalten direktiv und mit starkem Aufforderungscharakter, was zu dem negativen Erleben des Depressiven führen kann. Dies verdeutlicht noch einmal die Wichtigkeit, das Interventionsverhalten der TherapeutInnen im Kontext und nicht in einzelnen Komponenten zergliedert, zu untersuchen.

Kommunikation mit Depressiven wird als belastend erlebt (Vanger et al. 1991). Die Ergebnisse zum Erleben der TherapeutInnen bestätigen diese generelle Aussage auch für IPT-TherapeutInnen. Nur die Stunden mit ausgeprägtem Zuwendungsverhalten sind mit positivem Erleben der TherapeutInnen verbunden. Hier könnte sich ein Gegenstück zu dem depressiogenen Zirkel des aktiven Interventionsverhaltens abgespielt haben: Die depressive PatientIn weckt bei der TherapeutIn besondere Zuwendung, auf die sie positiv reagiert, was bei der TherapeutIn zu einer positiven Beurteilung der Stunde führt. Die Frage bleibt offen, ob solch eine 'gute Stunde' zu einer 'kurativen Veränderung' führt und welchen Stellenwert sie in dem gesamten Therapieprozeß hat.

Die Leithypothese dieser Arbeit:

Fokussierendes Interventionsverhalten der TherapeutIn führt zur aktiven Beteiligung der PatientIn in der Therapiesitzung und wird als unterstützend und hilfreich erlebt, wenn es mit einem aktiven und unterstützenden Interventionsstil der TherapeutIn verbunden ist.

kann also insgesamt bestätigt werden: Fokussierungen auf den interpersonellen Problembereich führen zu einem intensiven Partizipationsverhalten der PatientIn und treten gemeinsam mit Zuwendungsverhalten und aktivem Interventionsverhalten auf. Fokussierungen der TherapeutIn werden von der PatientIn positiv erlebt.

Zuwendungsverhalten führt zu positiven Einschätzungen bei PatientIn und TherapeutIn. Es scheint ein genereller Wirkfaktor, eine Art therapeutisches Basisverhalten zu sein, das unabhängig von dem übrigen Interventionsverhalten auftritt und auf jeden Fall positiv erlebt wird: Die PatientIn erlebt das Zuwendungverhalten der TherapeutIn positiv und auch die TherapeutIn hat nach Stunden, in denen sie ausge-

prägendes Zuwendungsverhalten zeigte, ein gutes Gefühl. Dies deutet auf einen positiven Interaktionszirkel: Die TherapeutIn äußert Zuwendung, die PatientIn fühlt sich akzeptiert und bestätigt, und reagiert positiv, was die TherapeutIn in ihrem Verhalten bestärkt. Die Wahrnehmung der PatientIn von Akzeptanz und Bestätigung, das Gefühl auf einer gemeinsamen Ebene zu kommunizieren, sind einer der wichtigsten Prädiktoren für Therapieerfolg (Orlinsky et al. 1994).

Extrem häufiges aktives Interventionsverhalten kann dagegen zu dem Entstehen eines depressiogenen Zirkels der Interaktion führen: Das nicht aufgabenorientierte, auffordernde und oft auch konfrontierende Verhalten kann von der PatientIn als Tadel oder Zurückweisung empfunden werden, was dann auch von der TherapeutIn negativ erlebt wird.

Eine Verbindung der unterschiedlichen Interventionsmerkmale der TherapeutIn zu einem fokussierendem, zuwendungsvermittelnden und aktivem Interventionsstil erscheint wünschenswert: Fokussierungen werden von der PatientIn positiv erlebt und führen zu einer aktiven Teilnahme an der Therapie. Das zugewandte Verhalten der TherapeutIn unterstützt den positiven Effekt. Aktives Interventionsverhalten wird, wenn auch mal mehr und mal weniger, positiv erlebt. Es tritt gemeinsam mit Fokussierungsverhalten auf. Daher bleibt zu erwarten, daß es auch das Partizipationsverhalten der PatientIn verstärkt.

Aufgrund der Ergebnisse können folgende Schlußfolgerungen gezogen werden: Der Erfolg der IPT wird vermittelt durch das fokussierende Vorgehen der TherapeutIn. Es führt bei der PatientIn zu partizipierendem Verhalten, einem Gefühl von therapeutischer Unterstützung und Produktivität in den Therapiestunden, sowie einem positiven Selbstgefühl.

Hiermit stimmen die Prozesse innerhalb der IPT mit der Formulierung des Ulmer Prozeßmodells von Thomä und Kächele (1985) überein. Thomä und Kächele sehen in der gemeinsamen Ausarbeitung und Einigung auf den Fokus die beste interaktive Voraussetzung für den weiteren Therapieverlauf. Bedeutsam hierbei ist, daß die PatientIn sich in den Fokus emotional und intellektuell involvieren läßt und die Fokusbildung durch ihre Reaktionen bestätigt oder verwirft.

Die Ergebnisse dieser Arbeit können Hinweise geben zur Wirkung der Fokussierung: Wenn die IPT-TherapeutIn auf den Problembereich und interpersonelle Beziehungen fokussiert, fühlt sich die PatientIn verstanden und erlebt somit therapeutische Unterstützung. Diese positiven Gefühle werden durch das Vermitteln von Zuwendung durch die TherapeutIn verstärkt. Die PatientIn wird zur Partizipation an der Therapie angeregt, fühlt sich in die Therapie involviert, ist also emotional und verbal am Therapieprozeß beteiligt, was zu einem positivem Selbstgefühl gerade bei Depressiven, die sich in ihrer Krankheit passiv und gefühllos erleben, führen kann.

Die These, daß der Erfolg der IPT durch Fokussierung vermittelt wird, findet auch durch die Arbeit von Streeck Unterstützung. Streeck (1989) fand eine Übereinstimmung der Bewertung des 'Therapieerfolges' durch KlinikerInnen mit ihrer Einschätzung des 'Gelingens von Fokussierungen', wobei das Gelingen von Fokussierung an den zustimmenden Folgehandlungen eingeschätzt wurde. Partizipation der PatientIn an dem Fortgang der Therapie kann nach Streeck als solch eine zustimmende Folgehandlung gesehen werden. Durch den Nachweis, daß die Fokussierungen in den vorliegenden IPT-Therapien zu einem verstärkten Partizipationsverhalten der PatientIn führte, wurde somit die Fokussierung als 'gelingen' bestätigt, was von Streeck mit Therapieerfolg in Zusammenhang gebracht wurde.

Für weitere Untersuchungen zum Prozeßgeschehen sollte das Verhältnis zwischen Komplexität und Spezifität der Variablen sorgfältig bestimmt werden. So wurde in dieser Arbeit versucht, das Interaktionsverhalten und das Kommunikationserleben möglichst spezifisch zu fassen. Bei den Merkmalen des Interaktionsverhaltens führte dies auch zu wichtigen Ergebnissen, bei den Merkmalen des Kommunikationserleben aber führte die Aufsplittung in viele Einzelmerkmale dazu, daß keine Zusammenhänge mehr erkannt werden konnten. Erst nach der Zusammenfassung zu größeren Einheiten ergaben sich sinnvolle Ergebnisse.

Künftige Untersuchungen könnten den Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und Fokussierungsverhalten verdeutlichen, indem bei einer größeren Stichprobe die Variable 'Erfolg der Therapie' kontrolliert wird und sich somit zwei Gruppen gegenüberstehen: erfolgreiche IPT-Therapien und nicht geglückte IPT-Therapien. Weiterhin wäre von Interesse, inwieweit die Befunde zum Interaktionsverhalten und

Kommunikationserleben spezifisch für die IPT sind oder inwieweit sie generelle Therapieprozesse betreffen. Es sollten also Kontrollgruppen unterschiedlicher Therapierichtungen gebildet werden.

Zur Untersuchung des Prozeßgeschehens wäre anhand einer größeren Stichprobe zu untersuchen, ob die Beobachtung dieser Arbeit des dyadenspezifischen Verlaufes, der keine therapieübergreifenden Phaseneinteilungen durch den Verlauf des Interaktionsverhaltens oder des Kommunikationserlebens in der IPT erkennen läßt, bestätigt wird.

V. Zusammenfassung

Diese Arbeit liefert einen Beitrag zur Untersuchung der Veränderungsmechanismen innerhalb der Interpersonellen Psychotherapie (IPT). Es wurde der Einfluß des Fokussierungsverhaltens der TherapeutIn auf die Partizipation der PatientIn an den Zielen der Therapie, auf das Erleben der Therapie von PatientIn und TherapeutIn und auf das Selbstgefühls der PatientIn untersucht.

Die IPT ist eine Kurzzeit-Therapie für depressive PatientInnen, die fokussiert an einem oder zwei interpersonellen Problembereichen arbeitet. Sie hat sich in mehreren empirischen Studien als erfolgreich zur Behandlung der akuten Depression und zur Verlängerung der depressionsfreien Zeiten erwiesen. Für den Erfolg der IPT wird das fokussierende Arbeiten am Problembereich verantwortlich gemacht

Anhand von 6 Therapien soll in dieser Arbeit die Interaktion und das Kommunikationserleben analysiert werden, um die Wirkfaktoren der IPT beschreiben zu können. Die vier Dimensionen des Therapieprozesses nach Czogalik (1989): Therapeutische Intervention, Partizipation der PatientIn und Involvierung der PatientIn, sowie die Therapeutische Beziehung, bildeten den Hintergrund zur Konstruktion der Merkmale, deren Wirkungsweise und Einflußnahme aufeinander in dieser Arbeit untersucht wurden. Diese Merkmale des Interaktionsverhaltens und Kommunikationserlebens wurden theoriegeleitet konstruiert. Es wurde ein mehrbenen-analytisches Vorgehen gewählt. Merkmale zur Erfassung des Interventionsverhaltens der TherapeutIn sind: 'Gelungenes Fokussierungsverhalten', 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten', für die PatientIn: 'Intensives Partizipationsverhalten'. Als Instrument zur Erhebung der Daten des Interaktionsverhaltens wurde das Stuttgarter Kategorieninventar zur Interaktionsanalyse (SKI/3, Czogalik & Vanger 1993) verwendet. Der Stuttgarter Fragebogen zum Kommunikationserleben (SKOM, Czogalik 1993) evaluiert das Selbst-und Kommunikationserleben in den Therapiestunden. Merkmale für die TherapeutIn sind: 'Erleben der Beziehung', 'Erleben von Produktivität', 'Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre'; für die PatientIn: 'Erleben von Unterstützung', 'Erleben von Produktivität', 'Selbstwahrnehmung', 'Fähigkeit zur Selbstreflexion'. Diese Merkmale wur-

den im Lauf der Arbeit zu Meta-Merkmalen des positiven und negativen Erlebens zusammengefaßt.

Die Interpersonelle Psychotherapie ist in drei Phasen gegliedert: Die Einführungs-, Problembearbeitungs- und Beendigungsphase. Diese Phaseneinteilung ließ sich in dem Verlauf der Merkmalsausprägung nicht erkennen, ebenso wenig konnten therapeutInnenentypische Merkmalsverläufe des Interaktionsverhaltens gefunden werden. Als klinisch relevante Beobachtung kann also festgehalten werden, daß auch in einer manualisierten Psychotherapie wie der IPT die Interaktionsmuster der einzelnen Therapiedyaden durch das Wechselspiel der Interaktion der jeweiligen BeziehungspartnerInnen individuell gestaltet werden. Die beiden Merkmale, die das Erlebens der Beziehung durch die PatientInnen erfassen, sind in allen Therapien stark ausgeprägt und zeigen einen gleichmäßigen Verlauf. IPT scheint also unabhängig vom Therapeuten und der Interaktion in der Dyade sehr unterstützend und produktiv wahrgenommen zu werden. Hierin kann auch ein Wirkfaktor der IPT liegen: Therapeutische Allianz ist ein Prädiktor für Therapieerfolg.

Die Leithypothese dieser Arbeit: *‘Fokussierendes Interventionsverhalten der TherapeutInnen führt zur aktiven Beteiligung der PatientInnen in der Therapiesitzung und wird als unterstützend und hilfreich erfahren, wenn es in einen aktiven und unterstützenden Interventionsstil der TherapeutInnen eingebettet ist.’* konnte bestätigt werden. Fokussierungen auf den interpersonellen Problembereich führen zu einem intensiven Partizipationsverhalten der PatientInnen, einem Gefühl von therapeutischer Unterstützung und Produktivität in den Therapiestunden, sowie einem positiven Selbstgefühl. Es tritt gemeinsam mit Zuwendungsverhalten und aktivem Interventionsverhalten auf. Das Äußern von Zuwendung durch die TherapeutInnen führt dagegen zu positiven Einschätzungen bei PatientInnen und TherapeutInnen, so daß eine Verbindung der Merkmale zu einem fokussierendem, zuwendungsvermittelnden und aktivem Interventionsstil für eine erfolgreiche Psychotherapie notwendig erscheint.

Es kann also davon ausgegangen werden, daß das fokussierende Vorgehen der TherapeutInnen in der IPT einer der Wirkfaktoren für den Erfolg der IPT ist.

Literaturverzeichnis

- Ambühl H, (1993) Was ist therapeutisch an Psychotherapie? Eine empirische Überprüfung der Annahmen im 'Generic Model of Psychotherapy'. Z Klin Psychol Psychopathol Psychother 41: 285-303
- Anneken G, Echelmeyer L, Kessler E (1978) SUK-Selbstsicherheits- und Kontakttraining in Gruppen, Tübingen: dgvt-Verlag
- Banck G (1998) Übertragung und Behandlungsverlauf in: Will H, Grabenstedt Y, Völkl G, Banck G, Depression - Psychodynamik und Therapie, Stuttgart, Kohlhammer
- Bandura A.A. (1969) Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Wilson
- 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 XVIII (1), S.3-22
- Beck A.T, Ward C.H., Medelson M., Mock F., Erbaugh F. (1961). An Inventory for Measuring Depression, Archives of General Psychiatry 4:561-571
- Beck AT, (1967) Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row
- Beck AT, Rush A.J., Shaw B. F., Emery G. (1992) Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: PVU
- Beck D (1974). Die Kurzpsychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber
- Becker J, Schuckitt M. (1978). The comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressions. Cognit Ther Res 2: 193-198
- Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch JM (1981). Social skills training for depression: a treatment manual. JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology 10:92
- Benjamin L.S. (1974). Structural analysis of social behavior. Psychological Review, 81: 392-425
- Bergin AE, Garfield SL (1994). Handbook of psychotherapy and behavioral change, 4th edition, New York: Wiley
- Bibring E (1937) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. Int Z Psychoanl 23:18-42
- Bowlby J. (1969) Attachment and Loss, Vol I: Attachment. London: Hogarth Press
- Bowlby J. (1977) The making and breaking of affectional bonds: II. Some principles of psychotherapy. Brit.J.Psychiatry 130:421-431

Cattell, R.B.(1951) P-technique: A new method for analysing the structure of personal motivation. New York: Academy of sciences, Ser.II, 14: 29-34

Cattell, R.B.(1977) Die Erfassung von Veränderungen mit der P-Technik und der inkrementiellen R-Technik. In F. Petermann (Hrsg.), Methodische Grundlagen Klinischer Psychologie. Weinheim: Beltz-Verlag

Carroll K.M., Rounsaville B. J. Gawin F.H.(1991) A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine users: relapse prevention and interpersonal psychotherapy. Am J Drug Alcohol Abuse 48: 463-469

Cornes C.(1990), Interpersonal Psychotherapy of Depression (IPT), in: Wells R.& Gianetti V.(eds.) Handbook of the Brief Therapies, New York: Plenum Press

Cui X.,Vaillant G.E.(1996) Antecedents and Consequences of Negative Life Events in Adulthood: A Longitudinal Study. Am J Psychiatry 153: 21-26

Czogalik D. (1989): Psychotherapie als Prozeß: Mehrebenenanalytische Untersuchungen zu Struktur und Verlauf psychotherapeutischer Interaktionen. Habilitationsschrift, Fakultät für theoretische Medizin , Lehrstuhl für klinische Sozialpsychologie, Universität Ulm

Czogalik D., Vanger P.(1993) Manual des Stuttgarter Kategorien-Inventars / 3, Forschungsbericht aus der Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart

Czogalik D., Ehlers W., Vanger P. (1994a) Zur Analyse psychotherapeutischer Dialoge. In: Ronge J (Hrsg) Videounterstütztes Arbeiten in der klinischen Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Wissenschaft & Praxis Ludwigsburg, 35-52

Czogalik D., Vanger P., Hautkappe H.J., Kupper S. (1994 b) Zur Messung der psychotherapeutischen Beziehung. Forschungsbericht Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm

Dahl H., Kächele H., Thomä H. (1988)

De Jong R., Henrich G., Fertl R.(1981) A behavioral treatment programme for neurotic depression. Behav.Anal.Modification 4:275-287

DeRubeis RJ,Hollon SD, Evans MD et al. (1982) Can Psychotherapies for Depression be discriminated? A systematic investigation of Cognitive Therapy and Interpersonal Therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 50 (5):744-756

Elkin I., Shea T., Watkins J.T.. et al.(1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborate Research Program: general effectiveness of treatment, Arch.Gen.Psychiatry 46: 971-982,

Elkin I.(1994) The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: Where we began and where we are. In: Allan E. Bergin, Sol.L. Garfield: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change; Fourth Edition, New York

- Eppler B (1995) Schematisierte Beziehungsangebote in der IPT bei Depression, Diplomarbeit, Universität Konstanz
- Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C. et al. (1991) Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 48:463-469
- Fairburn C.G., Jones R., Peveler R.C. et al. (1993) Psychotherapy and bulimia nervosa: longer term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Arch Gen Psychiatry* 50: 419-428
- Fleiss J.L. (1981) Balanced incomplete block designs for interrater reliability studies. *Applied Psychological Measurement*, 5:105-112
- Foley S.H., Rounsaville B.J., Weissman M.M. et al. (1989): Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 10:29-42
- Frank E., Kupfer D.J., Perel T.M., Cornes C., et al. (1990a) Three -year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression, *Arch Gen Psychiatry* 47:1093-1099
- Frank E. (1990b) Biological order and disorder. Presented at the Meeting of the American Psychosomatic Society, March 1991, Santa Fe, NM
- Frank E. (1991a) Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression, *Psychotherapy*, 28: 259-266
- Frank E., Kupfer D.J., Wagner E.F, McEachran A.B., Cornes C. (1991b): Efficacy of Interpersonal Psychotherapy as a Maintenance Treatment of Recurrent Depression, *Arch. Gen. Psychiatry* Vol.48, 1053-1059
- Freud S., (1916) Trauer und Melancholie, G.W. Bd. 10 , 1969, S.427-446, Studienausgabe, Bd.3
- Garfield S.L. (1989) *The Practice of Brief Psychotherapy*, New York: Pergamon Press
- Garfield S.L. (1990) Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 58: 273-280
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994) *Psychotherapie im Wandel, Von der Konfession zur Profession* Göttingen: Hogrefe
- Grawe K., Dick A., Regli D., Schmalbach S. (1996) *Wirkfaktorenanalyse. Unveröffentlichtes Manual*. Bern: Institut für Psychologie der Universität
- Green A. (1993) Die tote Mutter, *Psyche* 47: 205-240
- Greenberg L.S., Pinsof W.M. (1986) Process Research: Current trends and future perspectives. In: Greenberg L.S, Pinsof W.M. (ed.) *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*, New York: Guilford Press.

Hamilton M. (1960). A rating scale for depression, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 26:56-62

Hautzinger M, Stark W, Treiber R (1989) Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. München: Psychologie Verlags Union

Hautzinger M, De Jong-Meyer R (1996) Wirksamkeit psychologischer Therapie bei Depressionen. *Z. Klin. Psychol.* 25 (Themenheft)

Hentschel U. (1990) Zur therapeutischen Allianz. In: Tschuschke V., Czogalik D. (Hg) *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Berlin:Springer

Hoffmann S.O., Bassler M. (1993) Psychoanalytische Therapie bei depressiven Patienten, in: Möller H.-J (Hg.). (1993) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Enke

Jacobson E (1971) Depression. Eine vergleichende Untersuchung normaler, neurotischer und psychotisch-depressiver Zustände. Frankfurt/M: Suhrkamp 1977

Kächele H, Fiedler J. (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersagbar? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 35, 201-206.

Kächele H (1986) Aktuelle Trends der Ergebnisforschung in der Psychotherapie und deren Bedeutung für die Psychosomatik. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36,307-312

Kächele H (1988) Clinical and scientific aspects on the Ulm Process modell of psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 69,65-73

Kächele H (1995) Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche* 49,481-492

Kendler K.S., Kessler R.C., Walters E.E. et al (1995) Stressful Life Events, Genetic Liability, and Onset of an Episode of Major Depression in Women , *Am.J. Psychiatry* 152:833-842

Klauber J (1966) Drei typische Stadien der Übertragung in der Analyse neurotischer Depressionen. *Jahrbuch der Psychoanalyse Bd.4* .Bern, Stuttgart:Hans-Huber 1967, S.202-216

Klerman G.L., DiMascio A., Weissman M.M. et al. (1974) Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 131:186-191

Klerman G.L., Weissman M.M., Rounsaville B.J., Chevron E.S. (1984) *Interpersonal Psychotherapy of depression*, New York , Basic Books

- Klerman G.L., Budman S., Berwick D., et al. (1987) Efficacy of brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Med Care* 25: 1078-1088
- Klerman GL, Weissman MM. (1993) *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc;
- Koss MP, Shiang J (1994) Research of Brief Psychotherapy, in Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edition New York: Wiley: 664-700
- Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I et al. (1996) The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol.64, No. 3, 532-539
- Kupfer, D.J., Frank E., Perel J.M. et al. (1992): Five -Year Outcome for Maintenance Therapies in Recurrent Depression, *Arch. Gen. Psychiatrie*; 49: 769-773
- Leuzinger -Bohleber M. (1995), Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche* 49, 5:434-481
- Luborsky L. (1988), *Einführung in die psychoanalytische Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Markowitz J.C., Klerman G.L., Perry S.W. et al. (1992): Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive patients. *Hosp. Community Psychiatry* 43: 885-890
- Markowitz J.C. (1993) Dysthymia : psychosocial treatment strategies. Presented at the 146th Annual Meeting of the American Psychiatric Association; May 1993, San Francisco, Calif.
- Mergenthaler E (1986) *Die Ulmer Textbank. Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse*. Ulm: PSZ-Verlag (Springer)
- Meyer A. (1957) *Psychobiology: a science of man*. Thomas, Springfield IL
- Milbrath C, Bauknight R, Horowitz MJ et al. (1995) A sequential analysis of topics in psychotherapy discourse: a single case study. *Psychotherapy research* 5 (3): 199-218
- Moreau D., Mufson L., Weissman M.M., Klerman G.L. (1991) Interpersonal psychotherapy for adolescent depression: description of modification and preliminary application. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30 (4): 642-651
- Mufson L., Moreau D. Weissman M.M. et al. (1994) Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 (5): 695-705

Orlinsky D.E.(1994) Learning from Many Masters - Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integrationm psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. Psychpotheapeut 39: 2-9

Orlinsky D.E., Grawe K., Parks B. (1994) Process and Outcome – Noch einmal. In: Bergin A., Garfield S.(ed.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th ed.New York: Wiley & Sons

Orlinsky D.E., Howard K.I. (1986) Process and outcome in psychotherapy. In Bergin A.E., Garfield S.L.(eds) Handbook of psychotherapy and behavior change .3rd edn.new York: Wiley&Sons

Orlinsky D.E., Howard K.I. (1987) A generic model of psychotherapy. Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy, 6,16-27

Pawlow,IP (1927) Conditioned Reflexes: An Investigation of the Physiological Activity of the Cerebral Cortex, hrsg.und übers. G.V. Anvep, London: poxford University Press, - deutsch: Die bedingten Reflexe (auswahlband) Studienausgabe, München: Kindler,1972

Pfingsten U, Hinsch R (1991) Gruppentraining sozialer Kompetenz. Weinheim: Psychologie VerlagsUnion

Reynolds C.F., Frank E., Perel J.M. et al. (1992) Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. Am. J. Psychiatry 149:1687-1692

Rogers C.R.(1983) Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Corsini R.J., Handbuch der Psychotherapie, Weinheim, Basel: Beltz

Rounsaville B. J. , Glazer W., Wilber C.H. et al.(1983) Short - term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiat addicts. Arch Gen Psychiatry 40: 629-636

Rudolf G (1996) Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis. Psychotherapie Forum 4, 124-134

Rush A.J.(1984) Cognitive Therapy, in: Psychiatry Update: The American Association Annual Review, vol. III. Edited by Grinspoon L., WashingtonDC: American Psychiatric Press

Shapiro DA (1995) Finding out how psychotherapies help people change. Psychotherapy research 5 (1), 1-21.

Shapiro DA, Barham M, Rees A et al.(1994) Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology 62 (3), 522-534

- Shapiro DA, Rees A, Barham M, et al. (1995) Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63(3), 378-87
- Shea M.T., Elkin I., Imber S. et al. (1992) Course of Depressive Symptoms over Follow-up Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 49:782-787
- Skinner BF, (1935) Two types of Conditioned Reflexes and a Pseudo-type, *J.Gen. Psych.* 7: 274-285
- Sloane, R.B., Stapes F.R. Schneider L.S. (1985) Interpersonal therapy versus nortriptyline for depression in the elderly. In: Burrows G.D., Norman T.R., Dennerstein L., eds. *Clinical and Pharmacological Studies in Psychiatric Disorders*. London, England: John Libbey, 344-346
- Sterba RF (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int J Psychoanal* 20: 66-73
- Streeck S (1989) *Die Fokussierung in Kurzzeittherapien*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Streeck U (1991) Klinische Psychotherapie als Fokallabelbehandlung. *Zsch psychosom. Med.* 37,:3-13
- Strupp H., Binder J. (1991) *Kurzpsychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Sullivan H.S. (1956) *Clinical studies in Psychiatry*. New York: Norton
- Svartberg M, Stiles TC (1991) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. In: *Journal of consulting and clinical psychology*, 59 (5), 704-714
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 1 Grundlagen*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie 2 Praxis*. Berlin, Heidelberg: Springer
- Tschuschke V, Kächele H, Hölzer M (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie?. *Psychotherapeut* 39, 281-297
- Ullrich de Muynck R, Ullrich R (1976) *Das Assertiveness Training Programm* (3 Teile). München: Pfeifer
- Ursano R.J., Hales R.E. (1986) A Review of brief Individual Psychotherapies. *Am J Psychiatry* 143:12, 1507-1517

Weidenbach K. (1995) Produktive und unproduktive Therapiesitzungen im interpersonellen Raum, Diplomarbeit, Konstanz

Weinberg G.,(1984) The Heart of Psychotherapy, St.Martin Press,New York,1984

Weissman M.M, Prusoff B.A., DiMascio et al. (1979) The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry 136:555-558

Westmeyer H (1979) Wissenschaftstheoretische Grundlagen der Einzelfallanalyse in: Petermann F, Hehl FJ,Einzelfallanalyse. München: Urban&Schwarzenberg

Will H, Grabenstedt Y,Völkl G, Banck G (1998) Depression - Psychodynamik und Therapie, Stuttgart, Kohlhammer

Wolfersdorf M. (1995) Depressive Störungen, Phänomenologie, Aspekte der Psychodynamik und -therapie. Psychotherapeut 40:330-347

Anhang

Stuttgarter Kategorieninventar zur Interaktionsanalyse / 3 * **

1 Bezugnahme und Involvierung des Sprechers (12)

01 EIN	freundlich, warm	1	2	3	4	5	unfreundlich, kalt
02 EIN	einflußnehmend, dominant	1	2	3	4	5	gewährend, submissiv
03 EIN	innerlich beteiligt, engagiert	1	2	3	4	5	innerlich unbeteiligt, distanziert
04 EIN	äußerlich beteiligt, interaktionell aktiv	1	2	3	4	5	äußerlich unbeteiligt, interaktionell inaktiv,
05 EIN	spontan, unüberlegt	1	2	3	4	5	kontrolliert, überlegt
06 EIN	sicher	1	2	3	4	5	unsicher, hilflos
07 EIN	eindeutig, authentisch	1	2	3	4	5	vieldeutig, unecht
08 HALT	offen	1	2	3	4	5	geschlossen
09 HALT	zugewandt	1	2	3	4	5	abgewandt
10 MIM	positiv	1	2	3	4	5	negativ
11 MIM	starr, unbeweglich	1	2	3	4	5	lebendig, beweglich
12 GEST	raumgreifend	1	2	3	4	5	eingeengt

2 Bezugnahme und Involvierung des Hörers (2)

13 EIN	rückmeldend, Lautsignale	1	2	3	4	5	unresonant
14 GEST	manipulierend, unruhig	1	2	3	4	5	ruhig

3 Gesprächsatmosphäre (2)

15 EIN	locker, unkompliziert	1	2	3	4	5	verkrampft, kompliziert
16 EIN	vertraut	1	2	3	4	5	fremd

4 Interventionsmodus des Sprechers (7)

17 TXT	affektiv-kognitiver Modus	1	2	3	4	5	deskriptiver Modus
18 TXT	informationsarm	1	2	3	4	5	informationsreich
19 TXT	selbstöffnen	1	2	3	4	5	selbstverborgen
20 TXT	suchen, erkennen, interpretieren	1	2	3	4	5	konstatieren
21 TXT	konfrontieren, gegenüberstellen	1	2	3	4	5	stützen
22 TXT	anleiten, ratschlagen	1	2	3	4	5	verfolgen
23 TXT	common sense	1	2	3	4	5	überschreiten,transzendieren

5 Gesprächsthema (5)

24 TXT	Primärsystem, Therapie	1	2	3	4	5	Tertiärsystem
25 TXT	Beziehungen	1	2	3	4	5	beziehungsfreie Situationen
26 TXT	Sprecher	1	2	3	4	5	Andere / Anderes
27 TXT	Probleme und Konflikte	1	2	3	4	5	Sachverhalte
28TXT	negative Inhalte	1	2	3	4	5	positive Inhalte

6 Themensteuerung (4)

29 TXT	bejahen, verstärken	1	2	3	4	5	verneinen, ignorieren
30 TXT	auffordern, fragen, behaupten	1	2	3	4	5	antworten, nachgehen
31 TXT	reverbalisieren, wiederholen	1	2	3	4	5	initiiieren
32 TXT	abwartend, Raum geben	1	2	3	4	5	dazwischentreten, unterbrechen

7 Stimme und Sprechfluß (3)

33 SPR	fließend	1	2	3	4	5	gebrochen
34 STI	laut	1	2	3	4	5	leise
35 STI	traurig, klagsam, getrübt	1	2	3	4	5	fröhlich, frisch, frei

*Czogalik, D. 8 Vanger, P., Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian - Belser - Str. 79a,
70597 Stuttgart, Tel. 0711 / 6781 400

** EIN = Eindruck; HALT = Haltung; MIM = Mimik; GEST = Gestik; TXT = Text; SPR = Sprechfluß; STI = Stimme

Stuttgarter Kommunikationsfragebogen / TherapeutIn (SKOM-T) * ¹
Code: Nr. der Sitzung: Datum:

Bitte geben Sie an, wie Sie die heutige Therapiesitzung erlebt haben.

Kreuzen Sie an, inwiefern die nachfolgenden Aussagen heute für Sie zugetroffen haben.

	über- haupt nicht	nein	eher nein	weder ja noch nein	eher ja	ja	ja ganz genau
01 Heute bin ich mit der Therapiesitzung zufrieden	0	0	0	0	0	0	0
02 Ich habe das Gefühl, daß der Patient mich gut verstanden hat	0	0	0	0	0	0	0
03 In dieser Sitzung habe ich den Patienten als rivalisierend empfunden	0	0	0	0	0	0	0
04 Ich spürte, daß ich dem Patienten eine große Stütze bin	0	0	0	0	0	0	0
05 Die heutige Sitzung strengte mich sehr an	0	0	0	0	0	0	0
06 Der Patient hat mich in seinem Spiel kaum wahrgenommen	0	0	0	0	0	0	0
07 Nach dieser Stunde bin in Bezug auf den Therapieerfolg optimistisch	0	0	0	0	0	0	0
08 Ich hatte das Gefühl, daß der Patient nicht ganz offen war	0	0	0	0	0	0	0
09 Der Patient verhielt sich in der heutigen Sitzung sehr selbständig	0	0	0	0	0	0	0
10 Die heutige Sitzung hat mir Spaß gemacht	0	0	0	0	0	0	0
11 Ich habe stärker als sonst versucht, den Patienten sich selbst nahe zu bringen	0	0	0	0	0	0	0
12 Mein Vorgehen in dieser Sitzung war durch mein klinisches Konzept geprägt	0	0	0	0	0	0	0

bitte wenden

* D. Czogalik, R. Hettinger, S. Bechtinger-Czogalik
Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian - Beiser - Str, 79a
70597 Stuttgart Tel. 0711 / 6781400

¹ Für Therapiestunden mit Patientinnen gibt es Fragebögen, in denen die weibliche Form verwendet wird.

	über- haupt nicht	nein	eher nein	weder ja noch nein	eher ja	ja	ja ganz genau
13 Mir kam es heute so vor, als ob sich der Patient gegen Veränderungen sperrt	0	0	0	0	0	0	0
14 Ich fand die heutige Sitzung anregend	0	0	0	0	0	0	0
15 Heute hatte ich den Eindruck, daß ich in der Therapiesitzung mehr hätte intervenieren sollen	0	0	0	0	0	0	0
16 Der Patient konnte heute seine Gefühle deutlich ausdrücken	0	0	0	0	0	0	0
17 Durch diese Therapiesitzung habe ich weitere Einsicht in die Problematik des Patienten bekommen	0	0	0	0	0	0	0
18 Dies war eine besondere Stunde	0	0	0	0	0	0	0
19 Die Beziehungsaufnahme zu dem Patienten war heute schwierig	0	0	0	0	0	0	0
20 Ich hatte den Eindruck, daß die heutige Sitzung den Patienten einen Schritt weiter gebracht hat	0	0	0	0	0	0	0
21 Der Patient stand der Therapie heute ablehnend gegenüber	0	0	0	0	0	0	0
22 In der heutigen Sitzung sah ich die Probleme anders als der Patient	0	0	0	0	0	0	0
23 In der Sitzung fühlte ich mich unsicher	0	0	0	0	0	0	0
24 Der Patient war heute innerlich sehr beteiligt	0	0	0	0	0	0	0
25 Ich habe mich in dieser Sitzung ungezwungen gefühlt	0	0	0	0	0	0	0
26 Ich hatte in dieser Therapiesitzung den Eindruck, daß der Kontakt zu mir für den Patienten sehr bedeutsam ist.	0	0	0	0	0	0	0
27 In der heutigen Stunde habe ich mehr als sonst gelenkt	0	0	0	0	0	0	0
28 Ich war heute über den Patienten verärgert	0	0	0	0	0	0	0
29 Nach dieser Sitzung habe ich den Eindruck, daß ich mein therapeutisches Vorgehen überdenken muß	0	0	0	0	0	0	0
30 Der Patient wirkte auf mich entspannt	0	0	0	0	0	0	0
31 Der Patient vermittelte heute, daß er großes Vertrauen in die Therapie setzt	0	0	0	0	0	0	0
32 Ich hatte den Eindruck, daß der Patient sich nach der letzten Therapiesitzung mit den behandelten Themen weiter auseinandergesetzt hat	0	0	0	0	0	0	0

Stuttgarter Kommunikationsfragebogen / PatientIn (SKOM-P) * 2

Code:

Nr. der Sitzung:

Datum:

Bitte geben Sie an, wie Sie die heutige Therapiesitzung erlebt haben. Kreuzen Sie an, inwiefern die nachfolgenden Aussagen heute für Sie zutreffen haben.

	über- haupt nicht	nein	eher nein	weder ja noch nein	eher ja	ja	ja ganz genau
01 Heute hatte ich Schwierigkeiten, meine Gefühle und Stimmungen auszudrücken	0	0	0	0	0	0	0
02 Ich hatte Hemmungen, mich dem Therapeuten gegenüber zu öffnen	0	0	0	0	0	0	0
03 Ich habe den Eindruck, daß wir in der heutigen Therapiesitzung weitergekommen sind	0	0	0	0	0	0	0
04 Der Therapeut wirkte auf mich wie ein Lehrer	0	0	0	0	0	0	0
05 Mit dem Verlauf der heutigen Sitzung bin ich unzufrieden	0	0	0	0	0	0	0
06 In der heutigen Sitzung bin ich innerlich sehr mitgegangen	0	0	0	0	0	0	0
07 Nach dieser Therapiesitzung bin ich zuversichtlicher als vor dieser Sitzung	0	0	0	0	0	0	0
08 In dieser Sitzung hatte ich einen guten Kontakt zum Therapeuten	0	0	0	0	0	0	0
09 Der Therapeut wirkte auf mich wie eine Autoritätsperson	0	0	0	0	0	0	0
10 Der Therapeut versuchte, den Sitzungsverlauf zu lenken	0	0	0	0	0	0	0
11 In der Sitzung fühlte ich mich entspannt und gelöst	0	0	0	0	0	0	0

bitte wenden

* D. Czogalik, R. Hettinger, S. Bechtlinger-Czogalik
Forschungsstelle für Psychotherapie, Christian - Belser - Str, 79a
70597 Stuttgart Tel. 0711 / 6781400

² Für Therapiestunden mit Therapeutinnen, gibt es Fragebögen, in denen die weibliche Form verwendet wird.

	über- haupt nicht	nein	eher nein	weder ja noch nein	eher ja	ja	ja ganz genau
12 Der Therapeut wirkte auf mich wie ein guter Freund	0	0	0	0	0	0	0
13 Ich wurde vom Therapeuten oft unterbrochen	0	0	0	0	0	0	0
14 Ich fühne mich heute durch den Therapeuten überfordert	0	0	0	0	0	0	0
15 Mir war in dieser Sitzung nicht klar", worauf der Therapeut hinaus wollte'	0	0	0	0	0	0	0
16 Der Therapeut schien heute ungeduldig zu sein	0	0	0	0	0	0	0
17 Nach dieser Sitzung fühle ich mich niedergeschlagen	0	0	0	0	0	0	0
18 Heute habe ich mich über den Therapeuten geärgert	0	0	0	0	0	0	0
19 Nach der heutigen Sitzung bin ich optimistisch im Hinblick auf den weiteren Therapieverlauf	0	0	0	0	0	0	0
20 Den Verlauf unserer heutigen Sitzung habe weitgehend ich bestimmt	0	0	0	0	0	0	0
21 Während der Sitzung wirkte der Therapeut unsicher	0	0	0	0	0	0	0
22 Heute fühlte ich mich vom Therapeuten unverstanden	0	0	0	0	0	0	0
23 In dieser Sitzung wirkte der Therapeut "väterlich'	0	0	0	0	0	0	0
24 Ich fühlte mich heute vom Therapeuten mit meinen Problemen und Schwierigkeiten alleingelassen	0	0	0	0	0	0	0
25 In der heutigen Therapiesitzung sind mir Zusammenhänge deutlich geworden, die ich bisher nicht erkannt habe	0	0	0	0	0	0	0
26 Zwischen der heutigen und der letzten Therapie-sitzung gab es Ereignisse, die mir weiterhalfen	0	0	0	0	0	0	0
27 Heute ist die Sitzung so verlaufen, wie ich es mir gewünscht habe	0	0	0	0	0	0	0
28 Der Therapeut wirkte auf mich wie ein Unbeteiligter	0	0	0	0	0	0	0
29 Pausen während der Sitzung empfand ich als belastend	0	0	0	0	0	0	0
30 Die heutige Sitzung hat mir Spaß gemacht	0	0	0	0	0	0	0
31 Nach der heutigen Sitzung bin ich ziemlich ratlos	0	0	0	0	0	0	0
32 Der Therapeut wirkte auf mich "mütterlich"	0	0	0	0	0	0	0
33 Heute wußte ich nicht recht wie ich mich ausdrücken sollte	0	0	0	0	0	0	0

Das Merkmal 'Zuwendung'**10% Quantil**

Stunde.	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	8	7	9			8
2	7		8			6
3	6	8	8			8
4	7	8	6		8	7
5		8	7	7	8	7
6	7	8	8	7	9	7
7	7	6	8	7	8	7
8	7	5	8	6	7	8
9		8	7	6	7	7
10		7	7	8	8	8
11	6	7	8	5	9	7
12	4	7		8	9	7
13	7	4	6	6		7
14	8	5	7	7		8
15	8	6	9	7		7
16	7	7	7,5	8	8	7
17		5		7,5		8
18	5	5		8	9	
19	7			9	9	8
20	7	8				8
21	8					
gesamt	7	6	7	7	8	7

Median

Stunde	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	9,5	9,5	10			10
2	8		9			9
3	8	9,5	10			9,5
4	8	10	8		9	10
5		10	9	10	10	10
6	9	10	10	10	10	9
7	9	8	10	9	10	9
8	9	9	10	8,5	9	9
9		9	9	9	10	10
10		9	9	10	10	10
11	9	9	10	7	10	9
12	8	10		9	10	9
13	9	8,5	9	10		9
14	10	8	10	9		9
15	9	8	10	9		10
16	9	10	10	10	10	9
17		9		10		9,5
18	8	8		10	10	
19	9			10	10	10
20	10	9				10
21	9					
gesamt	9	9	10	9	10	10

Das Merkmal 'Aktive Intervention'**10% Quantil**

Stunde	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	3	4	2			4
2	2		2			2
3	3	3	4			3
4	2	3	3		3	3
5		3	3	3	4	3
6	3	2	2	3	3	3
7	4	3	3	2	4	3
8	3,5	2	3	3	3	3
9		2	2	3	3	3
10		2	3	3	2	3
11	3	3	2	1	3	4
12	3	2		3	3	3
13	3	3	3	2		3
14	2	2	3	3		3
15	3	3	3	2		3
16	3	2	3	2	3	3
17		2		2,5		2
18	3	3		3	3	
19	3			3	3	3
20	2	2				3
21	4					
gesamt	3	2	3	2	3	3

Median

Stunde	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	5	5	5			5
2	5		4			5
3	5	5	5			4,5
4	4	5	5		5	5
5		4	4	5	5	5
6	5	4	4	5	5	5
7	5	4	4	4,5	5	5
8	5	4	5	4	5	4
9		4	4	5	5	4
10		4	4	4	4	5
11	5	4	4	3,5	5	5
12	5	3		4	5	5
13	5	4	4	5		4,5
14	5	4	4	4		4
15	5	4	4	4		4
16	4	4	4	4	5	5
17		4		4,5		4
18	4	4		4	5	
19	4			4	4,5	4
20	5	4				4
21	5					
gesamt	5	4	4	4	5	4

Das Merkmal 'Partizipation'**10% Quantil**

Stunde	A1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	3	5	3			4
2	3		4			4
3	4	4	4			5
4	0	3	5		4	5
5		4	4	4	4	4
6	4	4	3	4	3	4
7	5	3	3	4	5	4
8	3,5	4	3	3	3	4
9		2	3	3	4	4
10		3	4	3	4	4
11	4	4	3	3	5	4
12	4	3		3	3	4
13	3	4	3	3		4
14	4	3	3	3		4
15	4	4	3	4		4
16	4	4	3	4	4	4
17		3		4		4
18	3	3		4	4	
19	4			4	4	4
20	4	4				4
21	3					
gesamt	4	3	3	4	4	4

Median

Stunde	A 1	A 2	A 3	B 1	B 2	B 3
1	5	6	5			5
2	5		6			5
3	5	6	6			6
4	4,5	5	6		6	6
5		6	5	5	6	6
6	6	5	4	5	6	5
7	6	5	5	5	6	6
8	5,5	5	6	5	6	5
9		6	5	5	6	6
10		5	5	6	6	6
11	5	6	6	5	6	6
12	6	5		6	6	5
13	6	6	5	5		5,5
14	6	5	5	5		6
15	5	5	5	6		5
16	5	5	6	6	5	6
17		5		6		5
18	5	6		6	6	
19	5			5,5	6	5
20	5	5,5				5
21	5					
gesamt	5	5	5	5	6	6

Einfluß des 'Gelungenen Fokussierungsverhaltens auf das 'Intensive Partizipationsverhalten' (PART 1, PART 2, PART 3)

	PART 1		PART 2		PART 3		
Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	auswertbar?
1	35	0,6	34	0,4	33	5,4	ja
2	36	2,3	35	0,8	34	1,3	ja
3	41	1,7	40	1,3	39	2,9	ja
4							
5							
6	42	0,8	34	1,3	40	0,5	ja
7	24	0,6	20	0,5	23	0,6	ja
8	48	0,4	47	0,5	46	1	ja
9							
10							
11	48	0,4	47	0,5	46	1	ja
12	31	0,6	31	0,3	30	2	ja
13	37	1,1	36	1,3	31	0,4	ja
14	35	1,9	34	0,7	33	0,9	ja
15	42	0,5	42	2	41	1,1	ja
16	32	3	31	2,1	31	0,5	ja
17							
18	24	0,5	33	0,2	28	0,1	ja
19	18	0,5	24	0,3	20	0,2	
20	26	1,3	36	0,4	29	0,4	ja
21	28	1,1	38	0,4	32	0,4	ja
				auswertbare Stunden		15	

[illegible]

	PART 1		PART 2		PART 3		
Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	auswertbar?
1							
2							
3							
4	33	1	45	0,5	39	1,6	#
5	18	4	23	2,3	17	1,1	
6	20	0,7	27	1,1	22	1,3	#
7	23	0,7	30	3	22	4,7	#
8	30	0,6	40	0,5	35	0,8	#
9	24	1,8	30	5,4	23	2,5	#
10	22	1,2	29	2,4	23	0,3	#
11	32	6,8	44	1,3	37	0,2	#
12	24	0,6	30	2,7	23	2,4	#
13							
14							
15							
16	26	1,4	20	4,6	20	1,3	#
17							
18	23	0,5	17	1,3	17	1,3	
19	22	0,7	17	0,5	18	1,3	
20							
21							
				auswertbare Stunden		9	

	PART 1		PART 2		PART 3		
Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	auswertbar?
1	28	4,4	27	1,1	25	1,3	#
2	31	2,4	3,1	2,2	2,7	0,1	#
3	48	0,5	44	0,5	42	0,7	#
4	25	2,9	27	10	23	0,3	#
5	48	1	48	1,4	45	0,8	#
6	31	4,6	28	1,6	24	0,5	#
7	30	1,2	27	1,1	23	1,8	#
8	34	0,5	33	3	31	0,4	#
9	39	1,9	36	0,7	33	1,3	#
10	19	1,6	19	0,2	11	2,3	
11	32	0,6	28	1,4	23	0,7	#
12	33	1,9	31	1,5	22	1	#
13	31	3,2	31	3,3	23	0,3	#
14	26	0,3	25	0,5	15	2,7	#
15	33	1,8	31	0,4	23	0,6	#
16	30	2,5	29	1,4	20	1,2	#
17	41	2,2	39	1	36	2,7	#
18							
19	48	0,5	48	1,2	45	0,3	#
20	22	1,7	22	0,1	12	1	#
21							
				auswertbare Stunden		18	

II. Fokussierung im Zeitfenster unter dem Einfluß der Merkmale 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten'

Einfluß des Fokussierungsverhaltens auf das Partizipationsverhalten (PART 1; PART 2, PART 3) unter Kontrolle des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhaltens' (zuw 0 oder zuw 1) und des 'Aktiven Interventionsverhaltens' (int 0 oder int 1)

Therapie A 1

	PART 1		PART 2		PART 3	
Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
1						
zuw 0	27	0,8	27	0,5	24	9
zuw 1	8	0,6	7	0,7	9	2
int 0	17	1,6	16	0,9	15	6
int 1	18	0,3	18	0,1	18	3
2						
zuw 0	32	2	31	0,8	31	1,9
zuw1	4	0,3	4	0,7	3	
int 0	19	0,3	15	0,4	15	0,5
int1	17	0,4	20	2,7	19	3
3						
zuw 0	38	1,3	38	1,5	37	4
zuw1	3		2		2	
int 0	20	1,3	18	1,3	17	0,9
int1	21	0,9	22	1,5	22	3
6						
zuw 0	39	0,7	33	1,2	37	0,5
zuw 1	3		1		3	
int 0	18	0,3	14	1,9	19	0,5
int1	24	3,1	20	0,7	21	0,9
12						
zuw 0	28	0,5	29	0,2	27	2,5
zuw1	3		2		3	
int 0	12	0,7	13	0,9	11	3,3
int1	19	1,8	18	2,7	19	1,6
13						
zuw 0	31	0,4	29	1,2	27	1,6
zuw1	7	2	8		9	2
int 0	13	0,3	13	1,3	12	0,4
int1	25	0,2	24	0,8	24	6,9
14						
zuw 0	26	1,1	27	1,1	23	0,6
zuw1	9	0,6	7	2	10	2,3
int 0	18	1,3	15	0,3	14	0,5
int1	17	0,5	19	1,3	19	0,3
15						
zuw 0	33	0,7	33	1,8	32	1
zuw1	9	0,2	9	1,3	9	1,5
int 0	20	0,7	19	0,5	19	0,8
int1	22	0,4	23	1,7	22	0,9

16						
zuw 0	24	6	24	1,7	23	0,6
zuw1	8	0,5	7	1,7	8	0,5
int 0	22	2	23	0,8	22	0,3
int1	10	0,4	8	6	9	1,3
20						
zuw 0	17	0,8	25	0,4	22	0,2
zuw1	9	2,5	11	0,7	7	1,7
int 0	13	2,4	18	0,4	15	0,3
int1	13	2	18	0,3	14	0,3
21						
zuw 0	20	1,2	26	0,4	24	0,6
zuw1	8	1,8	12	2,2	8	7
int 0	4	0,3	6	1	5	
int1	24	0,8	32	0,3	27	3,3

Therapie A 2

Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
	PART 1		PART 2		PART 3	
1						
zuw 0	19	0,5	18	11	17	1,6
zuw 1	2		2		2	
int 0	4		5	0,5	3	
int 1	17	0,8	15	5,5	16	15
3						
zuw 0	20	0,3	21	4,8	20	0,2
zuw 1	5	2	6		4	
int 0	13	0,5	11	0,4	8	
int 1	12	0,5	16	6,7	16	0,8
6						
zuw 0	21	0,2	21	1,1	20	0,6
zuw 1	9	0,7	8	1	8	5
int 0	17	0,8	16	0,4	15	0,6
int 1	13	6,7	13	1,8	13	0,8
7						
zuw 0	23	0,7	21	1,8	24	2,7
zuw 1	2		3		0	
int 0	15	0,5	14	1,5	13	3
int 1	10	2	10	1,7	11	4
8						
zuw 0	14	1	15	2	13	1,1
zuw 1	7	0,2	5	0,8	6	0,2
int 0	16	0,1	15	1,5	14	1,9
int1	5	2	5	2	5	
9						
zuw 0	15	0,4	14	0,5	16	4,8
zuw1	7	0,5	3	2	4	2
int 0	17	0,2	10	0,2	12	1
int1	5	2	7	2	8	0,5
14						
zuw 0	41	0,4	42	2,1	34	1,5
zuw 1	1		0		0	
int 0	26	0,4	27	1,4	22	0,9
int 1	16	0,2	15	1,6	12	2

15						
zuw 0	30	0,8	30	1,8	23	0,5
zuw 1	2		1		2	
int 0	22	0,8	21	20	16	0,3
int 1	10	0,4	10	1	9	4

Therapie A 3

Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
	PART 1		PART 2		PART 3	
1						
zuw 0	13	1,3	15	2,7	13	0,5
zuw 1	9	0,8	6		12	0,4
int 0	12	4	10	3	10	0,4
int 1	10	0,3	11	0,7	15	0,4
2						
zuw 0	31	1,5	32	1,3	24	0,7
zuw 1	6	4	3	0,5	5	2
int 0	19	2,5	23	0,5	11	0,5
int 1	18	1,8	12	9	18	1,8
6						
zuw 0	27	0,8	30	1,9	32	1,9
zuw 1	16	0,5	12	1	10	0,3
int 0	26	0,7	25	2,4	24	1,9
int 1	17	0,8	17	0,6	18	4,7
7						
zuw 0	15	2,3	14	5	13	4,7
zuw 1	16	2,7	16	2,7	16	5
int 0	17	5,8	15	7	12	1,2
int 1	14	1,2	15	1,2	17	1,8
8						
zuw 0	23	1,2	25	5	24	1,5
zuw 1	17	1,8	15	2	15	2
int 0	12	0,3	11	8	6	
int 1	28	2,1	29	2,7	33	0,2
9						
zuw 0	36	1,9	40	1,5	32	9
zuw 1	18	1,7	15	1,3	14	1
int 0	25	4,1	31	1,5	22	3,6
int 1	29	0,7	24	0,8	24	3,7
10						
zuw 0	48	0,6	49	0,4	41	1,6
zuw 1	13	1,5	12	0,9	12	2
int 0	35	0,3	40	0,2	34	1,6
int 1	26	1,8	21	3,1	19	2,5
11						
zuw 0	28	0,7	33	1,3	29	0,4
zuw 1	24	0,5	20	0,6	17	0,2
int 0	29	0,5	34	0,9	32	2,6
int 1	23	0,4	19	1,3	14	0,7

Therapie B 1

Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
	PART 1		PART 2		PART 3	
5						
zuw 0	42	0,3	38	0,5	39	3,1
zuw 1	15	0,8	18	0,3	17	0,6
int 0	30	0,2	27	0,3	24	0,8
int 1	27	0,5	29	0,4	32	2,3
6						
zuw 0	33	1,5	31	1,6	32	1,3
zuw 1	19	1,4	20	0,8	20	0,3
int 0	24	1,3	20	1,3	20	1
int 1	28	3,7	31	1,9	32	1,4
10						
zuw 0	26	1,5	24	0,6	21	1,8
zuw 1	6	0,4	7		5	0,5
int 0	14	1,4	18	0,6	13	1,8
int 1	18	0,6	13	1,3	13	1,5
12						
zuw 0	24	1,6	24	1,6	18	1,5
zuw 1	7	0,7	6	1	6	0,3
int 0	17	0,9	18	2,4	9	2
int 1	14	2,3	12	0,6	15	0,6
13						
zuw 0	21	1,2	22	0,6	17	0,8
zuw 1	7	1,7	6	3	5	3
int 0	13	0,7	15	2,3	9	1
int 1	15	12	13	0,4	13	1,8
14						
zuw 0	24	0,6	26	4,3	19	0,3
zuw 1	7	0,3	4	2	5	0,5
int 0	18	0,2	20	13	14	0,6
int 1	13	2	10	1	10	0,5
15						
zuw 0	30	0,4	27	2,5	17	0,5
zuw 1	4		6	1	3	
int 0	22	0,4	25	0,5	12	
int 1	12	3	8	5	8	0,5

Therapie B 2

Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
	PART 1		PART 2		PART 3	
4						
zuw 0	27	1,7	37	0,3	35	2,1
zuw 1	6	2	8	3	4	0,5
int 0	12	1,6	24	0,4	19	2,7
int 1	21	1	21	0,6	20	1,9
6						
zuw 0	15	0,8	24	1	15	0,8
zuw 1	5		3		7	1,2
int 0	6	0,5	10	2,7	7	1,5
int 1	14	1,7	17	0,5	15	1,3
7						
zuw 0	20	1	20	6,1	14	3,5
zuw 1	3		10	1,6	8	2,3
int 0	6		9	12	5	0,5
int 1	17	1,6	21	1,8	17	2,1
9						
zuw 0	18	1,4	22	6,7	17	1,7
zuw 1	6	3	8	2,3	6	2,5
int 0	12	0,6	12	0,3	8	9
int 1	12	1,7	18	4	15	0,2
10						
zuw 0	17	1,1	21	2,4	19	0,1
zuw 1	5	2	8	3	4	
int 0	14	0,4	15	0,5	12	0,3
int 1	8	2	14	2,6	11	0,8
11						
zuw 0	18	0,7	27	1,3	25	0,2
zuw 1	14	2	17	1,1	12	1,3
int 0	14	0,6	18	0,9	14	3
int 1	18	1,1	26	1,3	23	1
12						
zuw 0	14	3	18	1,3	15	6
zuw 1	10	3	12	3,7	8	0,5
int 0	8		7	4	3	0,5
int 1	16	1,8	23	3	20	3,7
16						
zuw 0	17	6	10	1,7	16	1,2
zuw 1	9	0,4	10	1,8	4	1,5
int 0	10	0,3	7	4	7	0,8
int 1	16	0,2	13	1,5	13	1,5

Therapie B 3

Nr.Std.	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio	Anzahl der Äußerungen	Odds ratio
	PART 1		PART 2		PART 3	
1						
zuw 0	19	2,7	20	2,3	19	2
zuw 1	9	12	7	0,2	6	0,3
int 0	15	4,5	15	0,4	13	3,8
int 1	13	2	12	2,5	12	1,4
2						
zuw 0	22	1,1	25	2,1	19	1,9
zuw 1	9	12	6	1,5	8	0,8
int 0	15	0,3	12	0,4	11	0,4
int 1	16	0,8	19	2,5	16	0,8
4						
zuw 0	19	0,9	20	4,6	17	0,2
zuw 1	6	0,1	7		6	1,3
int 0	11	0,8	12	4	9	0,5
int 1	14	2	15	0,6	14	1,3
5						
zuw 0	34	0,8	32	3	31	0,9
zuw 1	14	1,9	16	0,3	14	0,6
int 0	24	0,6	22	1,7	22	3
int 1	24	1,7	26	1,7	23	0,7
6						
zuw 0	27	4	22	1,5	22	0,3
zuw 1	4	2	6	1,3	2	
int 0	14	2	11	0,8	10	0,3
int 1	17	11	17	2,4	14	1,2
7						
zuw 0	26	1,5	22	1	21	1,5
zuw 1	4	1,5	5	2	2	
int 0	13	2	10	2,3	11	1,5
int 1	17	0,9	17	0,6	12	2,5
8						
zuw 0	26	0,7	30	2,1	26	0,5
zuw 1	8	0,1	3		5	0,7
int 0	18	0,6	20	1,8	20	1,7
int 1	16	0,3	13	1,8	11	0,6
9						
zuw 0	28	4	26	0,4	23	1,5
zuw 1	11	0,4	10	3	10	1
int 0	21	1	18	1,7	18	0,4
int 1	18	2	18	3	15	4,5
11						
zuw 0	26	0,6	24	1,3	18	0,7
zuw 1	6	0,5	4		5	1,5
int 0	16	0,6	11	0,6	8	0,5
int 1	16	0,6	17	0,7	15	0,8
12						
zuw 0	24	2,8	25	2,6	17	0,8
zuw 1	9	0,8	6	0,4	5	0,5
int 0	16	1	10	0,3	11	0,5
int 1	17	3,5	21	6,8	11	1,5
13						
zuw 0	18	1,3	21	2,1	13	0,5
zuw 1	13	12,5	10	15	10	0,4
int 0	18	7	13	3	10	0,4

int 1	13	1,1	18	3,4	13	0,5
14						
zuw 0	20	0,5	20	0,2	13	2
zuw 1	6	2	5	0,5	2	
int 0	18	0,5	15	0,2	11	3,3
int 1	8	1,7	10	2	4	
15						
zuw 0	20	0,5	20	0,2	13	2
zuw 1	6	2	5		2	
int 0	18	0,5	15	0,2	11	3,3
int 1	8		10	2	4	
16						
zuw 0	24	1,4	24	1	16	0,8
zuw 1	6		5		4	3
int 0	12	0,5	9	0,6	4	0,3
int 1	18	1,2	20	1,2	16	0,5
17						
zuw 0	31	3,1	30	1,4	27	4,7
zuw 1	10	1,7	9	0,5	9	0,8
int 0	25	4	23	2,3	23	5,1
int 1	16	0,7	16	0,6	13	0,7
19						
zuw 0	26	0,6	28	1,4	27	0,3
zuw 1	22	0,4	20	1,8	18	0,3
int 0	32	0,6	31	0,8	32	0,6
int 1	16	0,3	17	2,7	13	0,5
20						
zuw 0	17	0,8	19	0,1	8	3
zuw 1	5	0,5	3		4	3
int 0	14	0,5	12	0,3	9	1,5
int 1	8	0,3	10	0,2	3	2

III. Das Interventionsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn

Die Auswirkung der Merkmale des Interventionsverhaltens (Fok, Int, Zuw) auf das nachfolgende Partizipationsverhalten der PatientIn unter Kontrolle des vorangegangenen Partizipationsverhaltens (Part 1). Es werden die Odds ratio-Werte angegeben.

Therapie	Fok		Int		Zuw	
	Part 1= 0	Part 1= 1	Part 1= 0	Part 1= 1	Part 1= 0	Part 1= 1
A 1	0.6	1,1	1,1	1,8	1,4	1,1
A 2	0.8	0,7	1,8	1,3	1,2	0,5
A 3	1.0	0,6	1,1	1	0,6	0,8
B 1	0,6	0,5	0,8	0,8	0,8	1,9
B 2	0,8	0,6	0,3	0,4	0,9	0,2
B 3	2	1,3	2	1,3	0,9	0,8

IV. Das Fokussierungsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn und unter dem Einfluß der Merkmale 'Aktives Interventionsverhalten' und 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten': Analyse von Vierfeldertafeln

Die Auswirkung des Fokussierungsverhaltens auf die Partizipation unter dem Einfluß der vorangegangenen Partizipation (Part 1) unter Kontrolle des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhaltens' (Zuw). Angegeben werden die Odds ratio Werte.

Therapie	Part 1= 0 Zuw = 0	Part 1= 0 Zuw = 1	Part 1= 1 Zuw = 0	Part 1= 1 Zuw = 1
A 1	0,7	0,5	0,8	9
A 2	1	0,5	0,7	1
A 3	0,8	1,6	0,7	0,3
B 1	0,6	0,7	0,3	1,3
B 2	0,7	0,9	2,3	2,5
B 3	1,8	2,6	1,6	0,7

Die Auswirkung des Fokussierungsverhaltens auf die Partizipation unter dem Einfluß der vorangegangenen Partizipation (Part 1) unter Kontrolle des 'Aktiven Interventionsverhaltens' (Int). Angegeben werden die Odds ratio Werte.

Therapie	Part 1= 0 Int = 0	Part 1= 0 Int = 1	Part 1= 1 Int = 0	Part 1= 1 Int = 1
A 1	0,7	0,5	0,8	1
A 2	0,9	0,3	0,7	0,7
A 3	1,3	0,8	0,8	0,4
B 1	0,3	1	0,1	0,7
B 2	—*	1	0,6	0,4
B 3	1,3	2,3	1,5	1

*Konnte aufgrund zu geringer Datenmenge nicht berechnet werden

V. Das Fokussierungsverhalten im Kontext der Partizipation der PatientIn und unter dem Einfluß der Merkmale ‘Aktives Interventionsverhalten’ und ‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’: Varianzanalysen

1. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens:

- ‘**part 1**’ gibt den Einfluß der ‘Gelungenen Fokussierung’ auf das ‘Intensive Partizipationsverhalten’ unter der Kontrolle des vorangegangenen Partizipationsverhaltens: part 1=1 oder part 1=0 an.
- ‘**fokus**’ gibt den Einfluß des Merkmals ‘Gelungene Fokussierung’ auf das Merkmal ‘Intensives Partizipationsverhalten’ an.
- ‘**part 1 * fokus**’ gibt den Zusammenhang zwischen dem vorangegangenen Partizipationsverhalten und dem Fokussierungsverhalten an.

Therapie	part 1	fokus	part 1* fokus
A 1	0.46	0.43	0.23
A 2	0.45	0.29	0.88
A 3	0.0	0.25	0.21
B 1	0.53	0.02	0.51
B 2	0.96	0.44	0.78
B 3	0.10	0.01	0.26

2. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens und des gleichzeitigen Zuwendungsverhalten.

- **'part 1'** gibt den Einfluß der 'Gelungenen Fokussierung' auf das 'Intensive Partizipationsverhalten' unter der Kontrolle des vorangegangenen Partizipationsverhaltens (part 1=1 oder part 1=0) und unter der Kontrolle des gleichzeitigen Zuwendungsverhaltens (zuw=1 oder zuw=0) an.
- **'fokus'** gibt den Einfluß des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' auf das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' unter der Kontrolle des gleichzeitigen Zuwendungsverhaltens (zuw=1 oder zuw=0) an.
- **zuw** gibt den Einfluß des Merkmals 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' auf das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' an.
- **part 1 * fokus** gibt den Zusammenhang zwischen dem vorangegangenen Partizipationsverhalten und dem Fokussierungsverhalten unter der Kontrolle des gleichzeitigen Zuwendungsverhaltens (zuw=1 oder zuw=0) an.
- **fokus * zuw** gibt den Zusammenhang den Merkmalen 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' und 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' an.

Therapie	part 1	fokus	zuw	part1*fokus	fokus*zuw
A 1	0.44	0.78	0.45	0.21	0.24
A 2	0.45	0.22	0.45	0.89	0.51
A 3	0.001	0.27	0.22	0.23	0.90
B 1	0.45	0.07	0.43	0.61	0.41
B 2	0.79	0.30	0.43	0.96	0.19
B 3	0.12	0.04	0.34	0.23	0.52

3. Die Auswirkung der Fokussierung der TherapeutIn auf das folgende Partizipationsverhalten der PatientIn mit Beachtung des vorangegangenen Partizipationsverhaltens und des gleichzeitigen 'Aktiven Interventionsverhaltens'.

- **'part 1'** gibt den Einfluß der 'Gelungenen Fokussierung' auf das 'Intensive Partizipationsverhalten' unter der Kontrolle des vorangegangenen Partizipationsverhaltens (part 1=1 oder part 1=0) und unter der Kontrolle des gleichzeitigen 'Aktiven Interventionsverhaltens' (int=1 oder int=0) an.
- **'fokus'** gibt den Einfluß des Merkmals 'Gelungene Fokussierung' auf das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' unter der Kontrolle des gleichzeitigen 'Aktiven Interventionsverhaltens' (int=1 oder int=0) an.
- **int** gibt den Einfluß des Merkmals 'Aktives Interventionsverhalten' auf das Merkmal 'Intensives Partizipationsverhalten' an.
- **part 1 * fokus** gibt den Zusammenhang zwischen dem vorangegangenen Partizipationsverhalten und dem Fokussierungsverhalten unter der Kontrolle des gleichzeitigen 'Aktiven Interventionsverhaltens (int=1 oder int=0) an.
- **fokus * int** gibt den Zusammenhang den Merkmalen 'Gelungenes Fokussierungsverhalten' und 'Aktives Interventionsverhalten' an.

Therapie	part 1	fokus	int	part1*fokus	fokus*int
A 1	0.45	0.18	0.06	0.22	0.90
A 2	0.63	0.75	0.04	00.97	0.33
A 3	0.001	0.24	0.65	0.24	0.25
B 1	0.41	0.01	0.34	0.55	0.04
B 2	0.96	0.00	*	0.79	*
B 3	0.08	0.04	0.04	0.26	0.94

* konnte aufgrund zu geringer Datenmenge nicht berechnet werden.

4. Daten der Therapien B1 und B3.

Einfluß von 'Gelungener Fokussierung' (Fok) auf das folgende 'Intensive Partizipationsverhalten' (Part), unter der Kontrolle des vorangegangenen 'Intensiven Partizipationsverhalten'.

Therapie B 1

Fok → Part, wenn Part1=0

Fok	Part		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	0	1	Total
0	38	35	73
	26.95	24.82	51.77
	52.05	47.95	
	46.91	58.33	
1	43	25	68
	30.50	17.73	48.23
	63.24	36.76	
	53.09	41.67	
Total	81	60	141
	57.45	42.55	100,00

Fok = 1 → Part = 0: 63.24% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

Part = 1: 36.76% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

Fok → Part, wenn Part1=1

Fok	Part		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	0	1	Total
0	39	50	89
	300.00	38.46	68.46
	43.82	56.18	
	60.00	76.92	
1	26	15	41
	20.00	11.54	31.54
	63.41	36.59	
	40.00	23.08	
Total	65	65	130
	50.00	50.00	100.00

Fok = 1 → Part = 0: 63.41% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

Part = 1: 36.59% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

Therapie B 3

Fok → Part, wenn Part1=0

Fok	Part		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	0	1	Total
0	65	53	118
	30.66	25.00	55.66
	55.08	44.92	
	64.36	47.75	
1	36	58	94
	16.98	27.36	44.34
	38.30	61.70	
	35.64	52.25	
Total	101	111	212
	47.64	52.36	100.00

Fok = 1 → Part = 0: 38.30% der folgenden PatientInnen-Äußerungen
 Part = 1: 61.70% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

Fok → Part, wenn Part1=1

Fok	Part		
Frequency			
Percent			
Row Pct			
Col Pct			
	0	1	Total
0	65	89	154
	23.05	31.56	54.61
	42.21	57.79	
	58.56	52.05	
1	46	82	128
	16.31	29.08	45.39
	35.94	64.06	
	41.44	47.95	
Total	111	171	282
	39.36	60.64	100.00

Fok = 1 → Part = 0: 35.94% der folgenden PatientInnen-Äußerungen
 Part = 1: 64.06% der folgenden PatientInnen-Äußerungen

VI. Korrelationsanalysen der Merkmale des Interaktionsgeschehens

Korrelationsfaktoren der Merkmale:

- *PercF*: 'Gelungene Fokussierung'
- *PercI*: 'Aktives Interventionsverhalten',
- *PercZ*: 'Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten' und
- *PercP*: 'Intensives Partizipationsverhalten'.

		PercP	PercF	PercI	PercZ
PercP	A1		0.300	0.828	0.013
	A2		0.793	0.429	-0.070
	A3		0.396	0.332	-0.114
	B1		-0.325	-0.166	0.282
	B2		0.522	0.070	0.210
	B3		-0.325	-0.166	0.282
PercF	A1			0.456	-0.336
	A2			0.421	0.133
	A3			0.896	0.196
	B1			0.717	0.229
	B2			0.781	0.336
	B3			0.717	0.229
PercI	A1				-0.053
	A2				-0.176
	A3				0.196
	B1				0.415
	B2				0.462
	B3				0.415

Signifikante Korrelationen sind fettgedruckt.

VII. Analyse des Zusammenhanges zwischen den Daten des Interaktionsgeschehens (SKI) und des Kommunikationserlebens (SKOM): Korrelationsanalysen

		PercP	PercF	PercI	PercZ
TU	A 1
	A 2	-0.121	0.013	0.247	0.175
	A 3	0.211	0.441	0.586	-0.006
	B 1	-0.213	0.040	0.047	-0.069
	B 2	0.300	0.000	-0.200	0.200
	B 3	0.142	-0.300	-0.264	-0.175
TA	A 1	0.042	0.119	0.109	-0.152
	A 2	-0.376	-0.399	-0.089	0.055
	A 3	-0.100	0.306	0.199	0.225
	B 1	0.028	0.150	0.010	0.012
	B 2	0.019	-0.384	-0.594	-0.107
	B 3	0.319	-0.292	-0.280	-0.218
SB	A 1	0.300	0.433	0.327	-0.583
	A 2	-0.128	-0.138	0.025	0.007
	A 3	0.169	-0.076	-0.190	0.375
	B 1	-0.075	0.353	0.359	0.012
	B 2	0.044	-0.383	-0.500	0.147
	B 3	0.250	-0.303	-0.411	-0.068
SR	A 1	0.343	0.496	0.345	-0.394
	A 2	0.064	-0.144	0.183	0.098
	A 3	0.570	0.284	0.222	-0.057
	B 1	-0.111	0.674	0.505	0.760
	B 2	0.221	0.161	-0.207	-0.509
	B 3	0.035	-0.035	-0.070	-0.209
BE	A 1	-0.303	-0.066	-0.381	0.552
	A 2	0.031	0.000	-0.317	0.227
	A 3	-0.007	-0.200	-0.323	0.236
	B 1	0.170	-0.303	-0.085	-0.432
	B 2	0.028	0.163	-0.121	-0.306
	B 3	0.019	-0.089	0.114	0.114
EP	A 1	-0.139	0.006	0.094	0.260
	A 2	-0.457	-0.449	-0.326	0.065
	A 3	0.279	-0.024	-0.073	0.008
	B 1	-0.173	0.036	0.103	-0.340
	B 2	-0.068	0.183	0.019	-0.372
	B 3	0.275	-0.172	-0.186	-0.113
GA	A 1	0.362	0.309	0.581	-0.337
	A 2	0.287	0.324	0.125	0.508
	A 3	-0.283	-0.332	-0.543	0.239
	B 1	-0.310	-0.092	-0.144	-0.419
	B 2	0.143	0.171	-0.226	-0.396
	B 3	0.323	-0.178	-0.160	-0.094

Signifikante Korrelationen sind fettgedruckt.

I. Die Extrembereiche der Merkmale des Interaktionsverhaltens und die jeweilige Ausprägung der Merkmale des Kommunikationserlebens

In den Tabellen sind jeweils zu den drei oberen und unteren Extremstunden der Interaktionsmerkmale die dazugehörigen Werte der Merkmale des Kommunikationserlebens zugeordnet.

In den grau unterlegten Zeilen wird der Mittelwert angegeben.

Bezeichnungen

Merkmale des Interaktionsverhaltens:

der TherapeutIn: FOK: Gelungenes Fokussierungsverhalten

INT: Aktives Interventionsverhalten

ZUW: Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten

der PatientIn: PART: Intensives Partizipationsverhalten

Merkmale des Kommunikationserlebens:

der PatientIn: TU: Erleben von Unterstützung

TA: Erleben von Produktivität

SB: Selbstwahrnehmung

SR: Fähigkeit zur Selbstreflexion

der TherapeutIn: BE: Erleben der Beziehung

EP: Erleben von Produktivität

GA: Wahrnehmung der Gesprächsatmosphäre

‘Gelungenes Fokussierungsverhalten’

Tabelle 1: Oberer Extrembereich des ‘Gelungenen Fokussierungsverhaltens’

Therapiestd.	FOK	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	55	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
21	75	-	-	-	-	-	-	-
8	72	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	0,3
11	68	0,9	0,9	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5
A 2	42,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
1	62	0,9	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5
5	53	-	-	-	-	0,9	0,5	0,7
3	51	0,9	0,3	0	0,4	0,6	0,25	0,8
4		0,8	0,1	0	0,4	0,6	0,25	0,8
11		0,9	0,9	1	0,7	0,5	0,5	1
A 3	52	0,9	0,7	0,3	0,7	0,5	0,5	0,5
3	80	0,9	0,5	0,4	0,9	0,5	0,25	0,3
8	75	0,9	1	0,4	0,5	0,5	1	0,5
4	74	0,9	0,3	0	0,7	0,5	0,3	0,2
B 1	33	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
13	57	0,9	1	0,8	0,9	0,25	0	0,2
6	54	0,9	1	1	0,9	0,9	1	0,8
14	44	0,9	1	1	0,9	0,8	1	1
B 2	58,5	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
7	71	0,9	0,4	0	0,7	0,5	0,5	0,3
5	70	0,9	0,6	0,2	0,4	0,8	1	0,7
12		0,9	0,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,2
4	69	0,9	0,5	0	0,7	0,9	0,8	1
B 3	60	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
13	79	0,8	0	0	0,4	0,1	0,8	0,3
9	71	0,8	0,9	0,6	0,7	1	1	0,8
14	72	0,8	0,6	0,6	0,7	0,4	1	0,8

Tabelle 2: Unterer Extrembereich des 'Gelungenen Fokussierungsverhaltens'

Therapiestd.	FOK	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	55	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
4	43	0,8	0,1	0	0,3	0,4	0,3	0,3
14	47	0,9	0,8	0	0,4	0,8	0,3	0,2
2	50	0,9	0,9	0,8	0,6	0,4	0,3	0,5
A 2	42,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
6	19	0,9	1	1	0,6	0,5	0,5	0,7
17	22	0,9	1	1	0,6	0,6	0,8	0,5
12	27	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	1
A 3	52	0,9	0,7	0,3	0,7	0,5	0,5	0,5
16	25	0,8	0,3	0,8	0,7	0,5	0,5	0,8
15	30	0,9	0,5	0	1	0,8	0,3	0,3
11	37	0,9	0,5	0,4	1	0,9	0,5	0,3
B 1	33	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
19	15	-	-	-	-	-	-	-
11	20	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
18	21	-	-	-	-	0,9	0,8	1
B 2	58,5	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
16	36	0,9	0,6	0,2	0,3	-	-	-
19	42	-	-	-	-	-	-	-
10	47	0,9	1	0,8	0,6	0,8	0,8	0,5
B 3	60	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
19	39	-	-	-	-	-	-	-
2	40	0,9	0,5	0,4	0,7	0,5	1	0,8
17	43	0,8	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8

‘Aktives Interventionsverhalten’

Tabelle 3: Oberer Extreimbereich des ‘Aktiven Interventionsverhaltens’

Therapiestd.	INT	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA	p	t
A 1	55	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3		
21	87	-	-	-	-	-	-	-		
11	75	0,9	0,6	0,6	0,6	0,6	0,8	0,5	3+	2+
7	66	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,8	0,7	3+	2+
A 2	36,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7		
1	75	0,9	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5	2+	-
4	64	0,8	0,1	0	0,4	0,6	0,3	0,8	1+	2+
3	56	0,9	0,3	0	0,4	0,6	0,3	0,8	1+	2+
A 3	45	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5		
3	75	0,9	0,5	0,4	0,9	0,5	0,3	0,3	2+	1+
8	67	0,9	1	0,4	0,5	0,5	1	0,5	2+	3+
4	60	0,9	0,3	0	0,7	0,5	0,3	0,2	1+	1+
B 1	47	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8		
6	57	0,9	1	1	0,9	0,9	1	0,8	3+	3+
13	54	0,9	1	0,8	0,9	0,3	0	0,2	2+	-
9	53	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8	2+	3+
B 2	59	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4		
7	74	0,9	0,4	0	0,7	0,5	0,5	0,3	2+	-
5	68	0,9	0,6	0,2	0,4	0,8	1	0,7	2+	3+
12	65	0,9	0,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,2	2+	-
B 3	52	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7		
10	67	0,5	0,4	0,2	0,4	0,3	1	0,5	-	1+
16	64	0,9	0,9	1	0,7	0,3	1	0,7	3+	2+
11	57	0,9	0,8	0,6	0,7	0,4	0,8	0,3	3+	1+

Tabelle 4: Unterer Extrembereich des 'Aktiven Interventionsverhaltens'

Therapiestd.	INT	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	55	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
4	29	0,9	0,1	0	0,3	0,4	0,3	0,3
16	33	0,9	0,8	0,8	0,4	0,9	0,5	0,2
19	34	-	-	-	-	-	-	-
A 2	36,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
5	21	-	-	-	-	0,9	0,5	0,7
12	23	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	1
16	24	0,9	1	1	0,4	0,6	0,5	0,8
A 3	45	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
16	20	0,8	0,3	0,8	0,7	0,5	0,5	0,8
13	31	-	-	-	-	0,8	0,5	0,7
11	35	0,9	0,5	0,4	1	0,9	0,5	0,3
14		0,9	0,8	0,4	0,7	0,5	0,5	0,7
B 1	47	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
18	30	-	-	-	-	-	-	-
11	33	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
15	35	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8
B 2	59	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
10	44	0,9	1	0,8	0,6	0,8	0,8	0,5
19	50	-	-	-	-	-	-	-
8	53	0,9	0,8	0,2	0,6	0,4	0,5	0,3
B 3	52	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
14	31	0,8	0,6	0,6	0,7	0,4	1	0,8
19	33	-	-	-	-	-	-	-
17	39	0,8	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
20		-	-	-	-	-	-	-

‘Ausgeprägtes Zuwendungsverhalten’

Tabelle 5: Oberer Extrembereich des ‘Ausgeprägten Zuwendungsverhalten’

Therapiestd.	ZUW	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	17	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
7	29	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,8	0,7
20	29	-	-	-	-	-	-	-
21	29	-	-	-	-	-	-	-
A 2	23	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
4	44	0,8	0,1	0	0,4	0,6	0,3	0,8
12	42	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	1
5	37,5	-	-	-	-	0,9	0,5	0,7
A 3	26	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
7	48	0,9	0,9	0,4	0,7	0,8	0,3	0,7
8	43	0,9	1	0,4	0,5	0,5	1	0,5
3	38	0,9	0,5	0,4	0,9	0,5	0,3	0,3
11		0,9	0,5	0,4	1	0,9	0,5	0,3
B 1	23	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
19	48	-	-	-	-	-	-	-
16	42	0,9	1	0,8	0,9	0	0	0
6	36	0,9	1	1	0,9	0,9	1	0,8
B 2	25	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
12	39	0,9	0,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,2
16	38	0,9	0,6	0,2	0,3	-	-	-
11	37	0,9	0,3	0	0,6	0,8	0,5	0,8
B 3	26	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
19	41	-	-	-	-	-	-	-
13	35	0,8	0	0	0,4	0,1	0,8	0,3
15	31	0,9	0,9	0,4	0,7	0,3	1	1
5		0,9	1	0,8	0,7	0,8	1	0,8

Tabelle 6: Unterer Extrembereich des 'Ausgeprägten Zuwendungsverhalten'

Therapistd.	ZUW	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	17	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
4	0	0,9	0,1	0	0,3	0,4	0,3	0,3
18	0	0,9	0,5	0	0,6	0,9	0,8	0,3
3	6	0,9	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
6	6	0,9	0,8	0,8	0,6	0,4	0,3	0,5
A 2	23	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
14	2	0,6	0,1	0	0,4	0,3	0,5	0,2
15	5	0,6	0,3	0	0,1	0,6	0,5	0,3
18	6	0,8	0,9	1	0,6	0,8	0,3	0,7
A 3	26	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
4	4	0,9	0,3	0	0,7	0,5	0,3	0,3
5	9	0,9	1	0,6	0,5	0,4	0,8	0,3
2	13	0,9	0,6	0	0,9	0,5	0,5	0,5
B 1	23	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
11	3	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
15	14	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8
9	14	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8
8	18	0,9	1	1	0,9	0,4	0,5	0,7
18	18	-	-	-	-	0,9	0,8	1
B 2	25	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
8	13	0,9	0,8	0,2	0,6	0,4	0,5	0,3
4	16	0,9	0,5	0	0,7	0,9	0,8	1
18	17	0,9	0,4	0	0,6	0,6	0,5	0,3
B 3	26	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
7	13	0,9	0,4	0	0,7	0,5	0,5	0,5
16	14	0,9	0,9	1	0,7	0,3	1	0,7
6	16	0,8	0,5	0	0,7	0,1	0,3	0,2

'Intensives Partizipationsverhalten'

Tabelle 7: Oberer Extrembereich des 'Intensiven Partizipationsverhaltens'

Therapiestd.	Part	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	44	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
7	75	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,8	0,7
14	60	0,9	0,8	0	0,4	0,8	0,3	0,2
6	58	0,9	0,8	0,8	0,6	0,4	0,3	0,5
12		0,9	0,9	0,8	0,9	0,6	0,3	0,7
A 2	48,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
1	78	0,9	0,3	0,6	0,6	0,5	0,3	0,5
3	62	0,9	0,3	0	0,4	0,6	0,3	0,8
18	58	0,8	0,9	1	0,6	0,8	0,3	0,7
11		0,9	0,9	1	0,7	0,5	0,5	1
A 3	47	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
2	63	0,9	0,6	0	0,9	0,5	0,5	0,5
4	59	0,9	0,3	0	0,7	0,5	0,3	0,2
3	55	0,9	0,5	0,4	0,9	0,5	0,3	0,3
11		0,9	0,5	0,4	1	0,9	0,5	0,3
B 1	45	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
10	61	0,9	1	1	0,9	1	0,8	0,7
15	59	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8
17	58	0,9	1	1	0,9	0,3	0,3	0
B 2	60,5	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
11	70	0,9	0,3	0	0,6	0,8	0,5	0,8
12	69	0,9	0,6	0,2	0,3	0,6	0,5	0,2
8	66	0,9	0,8	0,2	0,6	0,4	0,5	0,3
B 3	50	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
4	81	0,9	1	0,8	0,7	0,8	1	0,8
7	68	0,9	0,4	0	0,7	0,5	0,5	0,5
16		0,9	0,9	1	0,7	0,3	1	0,7
9	65	0,8	0,9	0,6	0,7	1	1	0,8
11		0,9	0,8	0,6	0,7	0,4	0,8	0,3

Tabelle 8: Unterer Extrembereich des 'Intensiven partizipationsverhaltens'

Therapistd.	Part	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	44	0,9	0,8	0,6	0,6	0,7	0,6	0,3
4	33	0,9	0,1	0	0,3	0,4	0,3	0,3
15	39	0,9	0,9	0,8	0,4	0,8	0,8	0,3
16	40	0,9	0,8	0,8	0,4	0,9	0,5	0,2
21		-	-	-	-	-	--	-
A 2	48,5	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
17	30	0,9	1	1	0,6	0,6	0,8	0,5
6	33	0,9	1	1	0,6	0,5	0,5	0,7
16	34	0,9	1	1	0,6	0,6	0,5	0,8
A 3	47	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
13	22	-	-	-	-	0,8	0,5	0,7
15	26	0,9	0,5	0	1	0,8	0,3	0,3
1	30	0,9	0,4	0	0,4	0,4	0,3	0,3
6		0,9	0,9	0,4	0,9	0,4	0	0,7
B 1	45	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
8	29	0,9	1	1	0,9	0,4	0,5	0,7
14	30	0,9	1	1	0,9	0,8	1	1
7	36	0,9	0,9	1	0,9	0,8	0,8	0,8
B 2	60,5	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
19	39	-	-	-	-	-	-	-
16	43	0,9	0,6	0,2	0,3	-	-	-
18	51	0,9	0,4	0	0,6	0,6	0,5	0,3
B 3	50	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
8	28	0,4	0	0	0,4	0,1	0,5	0,2
17	37	0,8	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
19	39	-	-	-	-	-	-	-
2		0,9	0,5	0,4	0,7	0,5	1	0,8
1		0,9	0,3	0	0,9	0,5	1	0,7

II. Die Ausprägung der Merkmale des Interaktionsverhaltens und des Kommunikationserlebens in allen sechs Therapien

Therapie A1

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 1	55	55	17	44	0,9	0,8	0,6	0,6	0,8	0,6	0,3
1	55	52	23	44	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	0,3
2	50	54	9	44	0,9	0,9	0,8	0,6	0,4	0,3	0,5
3	60	54	6	43	0,9	0,8	0,8	0,7	0,8	0,8	0,8
5					0,9	0,3	0,4	0,6	0,6	0,8	0,3
8	72	60	14	50	0,9	0,8	0,8	0,6	0,6	0,5	0,3
9					0,9	0,6	0,2	0,6	0,3	0,3	0,2
10									0,8	0,5	0,2
11	68	75	17	45	0,9	0,9	0,6	0,6	0,6	0,8	0,5
13	54	63	18	54	0,9	0,6	0,2	0,6	0,8	1	0,7
17					0,9	0,6	0	0,4	0,9	0,8	0,5
18	54	46	0	44	0,9	0,5	0	0,6	0,9	0,8	0,3
19	48	34	17	42		-	-	-	-	-	-
20	61	55	29	44							

Therapie A2

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 2	43	37	23	49	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,5	0,7
2					0,9	0,9	0,4	0,6	0,4	0,3	0,8
4	51	64	44	49	0,8	0,1	0	0,4	0,6	0,3	0,8
5	53	21	37	57					0,9	0,5	0,7
7	38	42	10	48	0,8	0,3	0	0,3	0,8	1	0,5
8	32	28	28	47	0,8	0,1	0	0,4	0,6	0,3	0,3
9	40	33	25	52	0,8	0,9	0,6	0,4	0,6	0,8	0,7
10	43	34	29	41	0,9	0,8	0,2	0,3	0,6	0,8	0,2
12	27	23	42	45	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	1
13	47	39	11	51	0,9	0,6	0,4	0,4	0,5	0,3	0,8
14	37	34	2	46	0,6	0,1	0	0,4	0,3	0,5	0,2
15	33	33	5	43	0,6	0,3	0	0,1	0,6	0,5	0,3
19											
20	44	48	20	50							

Therapie A3

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
A 3	52	45	26	47	0,9	0,6	0,4	0,7	0,5	0,5	0,5
5	52	45	9	47	0,9	0,9	0,4	0,6	0,4	0,8	0,3
7	59	45	48	46	0,9	0,9	0,4	0,7	0,8	0,3	0,7
8	75	67	43	52	0,9	1	0,4	0,5	0,5	1	0,5
9	55	49	26	48	0,9	1	0,6	0,5	0,8	0,5	0,5
10	49	36	21	45	0,9	0,6	0,2	0,8	0,6	0	0,5
12					0,9	0,9	0,4	0,6	0,6	0,5	0,7
14	37	35	22	44	0,9	0,8	0,4	0,7	0,5	0,5	0,7
16	25	20	25	53	0,8	0,3	0,8	0,7	0,5	0,5	0,8

Therapie B1

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
B 1	33	47	23	45	0,9	1	1	0,9	0,9	0,8	0,8
1											
2											
3											
4					0,9	0,8	0,8	0,9	0,9	1	0,8
5	43	51	31	42	0,8	0,9	0,8	0,9	0,9	1	1
6	54	57	36	45	0,9	1	1	0,9	0,9	1	0,8
9	33	53	14	38	0,9	1	1	0,7	0,9	1	0,8
11	20	33	3	40	0,9	1	0,6	0,7	0,9	0,8	0,8
12	29	49	24	52	0,9	1	1	0,9	0,4	0,3	0,5
13	57	54	26	42	0,9	1	0,8	0,9	0,3	0	0,2
16	24	39	42	51	0,9	1	0,8	0,9			
18	21	30	18	54					0,9	0,8	1
19	15	44	48	50							

Therapie B 2

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
B 2	59	59	25	61	0,9	0,6	0	0,6	0,8	0,6	0,4
1											
2											
3											
4	69	54	16	63	0,9	0,5	0	0,7	0,9	0,8	1
5	70	68	27	60	0,9	0,6	0,2	0,4	0,8	1	0,7
6	59	64	23	59	0,8	0,4	0	0,4	0,9	1	0,7
7	71	74	28	61	0,9	0,4	0	0,7	0,5	0,5	0,3
9	58	54	24	59	0,9	1	0,8	0,6	0,9	0,8	1
10	47	44	26	63	0,9	1	0,8	0,6	0,8	0,8	0,5
13					0,9	0,3	0	0,3	0,8	0,5	0,3
14					0,9	0,4	0	0,4	0,9	1	1
15					0,9	1	0	0,6	0,3	0,5	0
17					0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,8	0,3

Therapie B3

Therapiestd.	FOK	INT	ZUW	PAR	TU	TA	SB	SR	BE	EP	GA
B3	60	52	26	50	0,9	0,6	0,4	0,7	0,4	1	0,7
3	61	50	29	63	0,9	0,6	0,4	0,7	0,6	1	0,5
5	53	52	31	59	0,9	1	0,8	0,7	0,8	1	1
6	64	56	16	41	0,8	0,5	0	0,7	0,1	0,3	0,2
10	65	67	22	51	0,5	0,4	0,2	0,4	0,3	1	0,5
12	62	54	21	48	0,9	0,6	0	0,7	0,6	0,8	0,7
13	79	50	35	50	0,8	0	0	0,4	0,1	0,8	0,3
14	72	31	17	60	0,8	0,6	0,6	0,7	0,4	1	0,8
15	58	46	35	46	0,9	0,9	0,4	0,7	0,3	1	1
18					0,9	1	0,8	0,7	0,4	0,8	0,8
20	68	39	19	49							

Für fachliche und freundschaftliche Unterstützung danke ich

Dr. Brigitte Holzhauer

Dr. Bertram Krumm

Dr. Philippos Vanger

Außerdem danke ich meinen Eltern, die mir ermöglicht haben, diese Arbeit zu schreiben und bedanke mich bei meinen Töchtern und meinem Mann, die mich jedeR auf eigene Weise dabei unterstützt haben.