

5.4 Hypothesenprüfender Teil

Wie im Methodenteil bereits beschrieben, korrelierten wir zur Überprüfung unserer Hypothesen die Steigungskoeffizienten der Geraden, durch die wir die Entwicklung in den verschiedenen Messbereichen modelliert hatten, miteinander. Ein hoch positiver Korrelationskoeffizient bedeutet hier also, dass eine *Zunahme* im einen Bereich mit einer *Zunahme* im anderen Bereich einhergeht. Man beachte, dass die Anteils- und Dispersionswerte, durch die wir die inhaltliche Qualität und die Variabilität des Beziehungserlebens beschreiben, „positiv gepolt“ sind: Hier bedeutet ein höherer Wert eine Verbesserung im Sinne der im Theorieteil aufgeführten Definitionen gesunden Beziehungsverhaltens. Dasselbe gilt für die Umstrukturierungswerte, bei denen steigende Werte eine weitergehende Durcharbeitung der vorab formulierten Behandlungsfoki anzeigen. Die Trends der Anteils- und Dispersionswerte müssten also positiv mit denen der Umstrukturierungswerte korrelieren. Demgegenüber sind die beiden Gesamtscores der Fragebögen SCL 90-R und IIP-D „negativ gepolt“, das heißt, je höhere Werte ein Patient hier erreicht, als desto belasteter erlebt er sich. Bei Gültigkeit unserer Hypothesen müssten sich die Werte in den beiden Fragebögen daher in entgegengesetzter Richtung entwickeln wie die oben genannten Indizes des Beziehungserlebens, so dass man negative Korrelationen zwischen den entsprechenden linearen Trends erwarten würde.

Einer Anregung von Bastine (pers. Mitteilung) folgend verwendeten wir zur Berechnung der Trends des emotionalen Valenzquotienten dessen *ln-transformierte* Werte. Dies erschien angebracht, weil der Valenzquotient bei starkem Überwiegen des Anteils positiver Emotionen sehr schnell unverhältnismäßig anwächst. Solche extremen Werte traten zwar selten auf, dennoch hätten sie, vor allem aufgrund der geringen Stichprobengröße, das Gesamtergebnis erheblich verzerren können. Die Ln-Transformation verwandelt den Valenzquotienten in eine linear anwachsende Variable zurück und schützt damit vor künstlich überhöhten oder verringerten Korrelationen (bei der Bestimmung der Zusammenhänge zu Beginn der Therapie waren derartige Werte nicht aufgetreten, so dass dort auf eine entsprechende Transformation verzichtet werden konnte). Tabelle 11 gibt die Ergebnisse der Zusammenhangsanalyse im Bereich der inhaltlichen Qualität des Beziehungserlebens wieder.

Tabelle 11: Zusammenhang von Therapieerfolg und inhaltlichen Indizes des Beziehungserlebens im Therapieverlauf

	SCL 90-R	IIP-D	Umstruk
Affiliation im eigenen Verhalten	-0.63*	-0.60*	0.31
Affiliation im Objektverhalten	-0.26	-0.27	0.41
Valenzverhältnis eigener Emotionen	-0.80**	-0.77**	0.50

Einseitige Tests: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Bemerkenswert ist zunächst, dass alle ermittelten Korrelationskoeffizienten das vorhergesagte Vorzeichen haben. Unsere Hypothesen ließen sich jedoch nur teilweise statistisch absichern: Signifikante Zusammenhänge fanden sich nur mit den *Selbstbeurteilungen* des psychischen Gesundheitsstatus – die Fremdbeurteilung anhand der Umstrukturierungsskala korrelierte hingegen mit keinem der untersuchten Parameter in bedeutsamer Höhe. Der selbstbeurteilte Therapieerfolg wiederum war nur mit denjenigen Indizes des Beziehungserlebens assoziiert, die sich auf die Person des Erzählers beziehen: dem Anteil hoch affiliativen eigenen

Verhaltens und der durchschnittlichen Valenz des eigenen emotionalen Erlebens. Dagegen fanden sich keine überzufälligen Zusammenhänge mit dem Anteil hoch affiliativen Objektverhaltens.

Die hohe Parallelität der Ergebnisse in den beiden linken Spalten der Tabelle veranlasste uns, zu überprüfen, inwieweit die theoretisch angenommene weitgehende Unabhängigkeit unserer drei Therapieerfolgsmaße sich auch empirisch bestätigen ließ: Die Steigungen der Gesamtscores im IIP-D korrelierten zu immerhin 0.87 ($p < 0.01$) mit denen der SCL 90-R und zu -0.79 ($p < 0.05$) mit denen der Umstrukturierungsskala. Die beiden letzteren korrelierten deutlich niedriger, nämlich zu -0.57 miteinander, ein Wert, der die Signifikanzschwelle verfehlte ($p = 0.14$). Die Prädiktoren, also die Indizes des Beziehungserlebens, hingen untereinander wie folgt zusammen: Die Affiliation im eigenen Verhalten zu beinahe Null mit der im Objektverhalten, aber doch zu 0.65 ($p < 0.05$) mit dem ln-transformierten emotionalen Valenzquotienten. Letzterer war mit der Affiliation im Objektverhalten ebenfalls unkorreliert.

Zur Frage, ob auch die Variabilität des Beziehungserlebens im Therapieverlauf mit dem Behandlungserfolg kovariiert, korrelierten wir die Trends der Werte in SCL 90-R, IIP-D und Umstrukturierungsskala mit den Trends der Dispersion in den Bereichen eigenes Verhalten, Objektverhalten und eigenes emotionales Erleben. Tabelle 12 stellt die Ergebnisse dieser Berechnungen dar.

Tabelle 12: Zusammenhang von Therapieerfolg und Variabilität (Dispersion) des Beziehungserlebens im Therapieverlauf

	SCL 90-R	IIP-D	Umstruk
Eigenes Verhalten	-0.32	-0.10	-0.13
Objektverhalten	-0.15	-0.18	-0.04
Eigene Emotionen	-0.58*	-0.72**	0.67*

Einseitige Tests: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Hier war der Befund sehr eindeutig: Das einzige Maß des Beziehungserlebens, das mit allen Beurteilungen des Therapieerfolges systematische Zusammenhänge aufwies, war die Variabilität des eigenen Emotionsprofils. Veränderungen der Variabilität im eigenen oder im Objektverhalten waren hingegen mit keinerlei bedeutsamen Veränderungen in den Therapieerfolgsmaßen assoziiert.

5.5 Explorative Auswertungen

Eine interessante Frage, die zwar nicht im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stand, sich jedoch trotzdem recht gut anhand der Daten untersuchen ließ, war die, ob die von uns entwickelte Klinische Emotionsliste die Emotionsprofile der Patienten tatsächlich vollständiger erfassen konnte, als die für den deutschen Sprachraum bereits verfügbaren Verfahren. Zugleich wollten wir auch herausfinden, wie groß der Anteil derjenigen Kategorien, die nur die *Valenz* eines affektiven Zustandes beschreiben (z.B. „Mir geht es schlecht“), an diesen Profilen ist. Tabelle 13 enthält die Ergebnisse dieser Analysen.

Tabelle 13: Ausschöpfungsgrad der Klinischen Emotionsliste verglichen mit anderen Verfahren zur Erfassung selbstberichteter emotionaler Zustände

	T1		T3		T7		T9	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
DAS	0,35	0,09	0,34	0,08	0,34	0,12	0,31	0,11
EMO-16	0,45	0,06	0,41	0,12	0,41	0,12	0,42	0,10
Valenz	0,22	0,11	0,22	0,11	0,16	0,09	0,19	0,09

Die Zahlen in der Tabelle sind als gemittelte Anteilswerte und deren Standardabweichungen zu verstehen. Wir ermittelten, für welche der von den Patienten berichteten – und mit der Klinischen Emotionsliste erfassten – Emotionen auch in der EMO-16 (Schmidt-Atzert & Hüppe, 1996) oder der DAS (Merten & Krause, 1993) eine entsprechende Kategorie vorhanden war. Wie man sieht, liegt der Anteil dieser Emotionen für die DAS durchgehend im Bereich um etwa ein Drittel, für die EMO-16 stets deutlich unter 50%. Das bedeutet, dass die beiden Vergleichsverfahren im Mittel weniger als die Hälfte der von den Patienten berichteten Emotionen hätten abbilden können, was eine nachträgliche Rechtfertigung für die Entwicklung und den Einsatz der KE liefert. Der Anteil der reinen Valenzangaben, die sich weder in der DAS noch in der EMO-16 wiederfinden, belief sich durchschnittlich immerhin auf etwa ein Fünftel. Auch die Bereitstellung von Kategorien für derartige Beschreibungen emotionaler Zustände lässt sich also nachträglich gut empirisch begründen.

Des Weiteren wollten wir herausfinden, welche der Kategorien der KE in unserer Stichprobe am häufigsten benutzt wurden. Tabelle 14 enthält die Daten zu dieser Fragestellung. Dargestellt sind hier nur diejenigen Kategorien, in die im Durchschnitt über alle Patienten und Messzeitpunkte hinweg mindestens fünf Prozent aller genannten Emotionen fielen. Auch hier zeigt sich wieder, wie wichtig es ist, reine emotionale Valenzangaben in sein Codiersystem aufzunehmen: sie gehörten zu den am häufigsten benutzten Kategorien überhaupt. Zu jedem Messzeitpunkt findet man in der linken Spalte den durchschnittlichen Anteilswert des jeweiligen Codes über die zehn Patienten hinweg, in der rechten die Anzahl der Patienten, die von der Kategorie mindestens einmal Gebrauch machten. Da die Anteilswerte nach der zweiten Nachkommastelle gerundet wurden, ergeben sich gewisse Unstimmigkeiten mit den gemittelten Gesamtwerten in den letzten beiden Spalten.

Tabelle 14: Meistbenutzte Kategorien der Klinischen Emotionsliste

	T1		T3		T7		T9		Gesamt	
	Anteil	Nutzer	Anteil	Nutzer	Anteil	Nutzer	Anteil	Nutzer	Anteil	Nutzer
Neg Valenz	0,14	10	0,13	8	0,09	8	0,09	9	0,11	8,75
Angst	0,10	9	0,10	10	0,09	8	0,06	7	0,09	8,5
Pos Valenz	0,08	9	0,09	9	0,07	7	0,10	9	0,08	8,5
Wut	0,11	8	0,06	8	0,07	8	0,09	9	0,08	8,25
Freude	0,04	8	0,07	9	0,08	8	0,08	9	0,07	8,5
Nervosität	0,05	8	0,03	6	0,04	6	0,05	6	0,05	6,5
Neugier	0,03	7	0,06	7	0,06	6	0,04	6	0,05	6,5

Ebenfalls erwähnt werden sollen diejenigen Kategorien, die so gut wie nie benutzt wurden, also durchschnittliche Nennungshäufigkeiten nahe oder gleich Null aufwiesen: Stolz, Sexuelle Gefühle, Dankbarkeit, Neid, Eifersucht, Langeweile, Mitgefühl, Ekel und Verachtung. Es ist einigermaßen erstaunlich, dass derart geläufige Emotionen in den Äußerungen unserer Probanden so gut wie keine Rolle spielten. Der Effekt mag wenigstens bei einigen der Kategorien darauf zurückzuführen sein, dass es sich dabei um solche emotionalen Zustände handelt, die zu haben oder zu äußern verhältnismäßig tabuisiert ist.

Es zeigte sich auch, dass die Restkategorien zur Codierung solcher Emotionen, die unter keinem anderen Emotionsbegriff aus der KE zu subsumieren waren, nur selten in Anspruch genommen wurden: Am häufigsten codiert wurden noch sonstige negative Emotionen. Sie machten im Durchschnitt drei Prozent aller genannten Affekte aus. Auch dies spricht unseres Erachtens sehr dafür, dass die Zielsetzung einer möglichst umfassenden Abbildung des selbstberichteten emotionalen Erlebens der Patienten mit der KE erreicht wurde.

Watson & Clark (1984) stellen dar, dass positive und negative Affektivität als relativ unabhängig voneinander betrachtet werden müssen. Für die Anzahl der von den Patienten berichteten positiven und negativen Emotionen errechneten wir deshalb noch einmal separat das Ausmaß des Zusammenhangs mit den Therapieerfolgsmaßen. Das eingesetzte hierarchisch lineare Modell blieb dabei dasselbe: die linearen Trends der Erfolgsmaße wurden mit denen der Nennungshäufigkeit positiver oder negativer Emotionen korreliert. Eine Ln-Transformation erübrigte sich dabei diesmal, weil es sich um reine Häufigkeiten handelte. Tabelle 15 stellt das Ergebnis dieser Berechnungen dar.

Tabelle 15: Zusammenhang der Therapieerfolgsmaße mit den Trends der Anzahl positiver und negativer Emotionen

	SCL 90-R	IIP-D	Umstruk
Positive Emotionen	-0.41	-0.38	0.01
Negative Emotionen	0.83**	0.70*	-0.66*

Einseitige Tests: * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Das Ergebnismuster entspricht exakt dem, was man nach den Ausführungen von Watson & Clark (a.a.O) erwarten würde: Verantwortlich für die Zusammenhänge des Affekterlebens mit den Indikatoren des Therapieerfolgs ist vor allem das Ausmaß *negativer* Emotionalität. Eine Reduktion der Anzahl negativer Affekte im Therapieverlauf geht mit Verbesserungen im Bereich der Symptomatik, der selbstberichteten Beziehungsschwierigkeiten und auch auf der Umstrukturierungsskala einher. Dabei hängt die Symptomatik erwartungsgemäß am höchsten mit den negativen Affekten zusammen. Die Anzahl der positiven Affekte zeigt sich demgegenüber unkorreliert mit dem Therapieerfolg, unabhängig davon, wie dieser gemessen wurde. Als letzten Schritt bestimmten wir noch die Korrelation der Anzahl positiver und negativer Affekte untereinander, zu jedem der vier Messzeitpunkte über die zehn Patienten hinweg. Zu keinem Zeitpunkt ergab sich ein signifikanter Zusammenhang, so dass auch wir die Annahme einer weitgehenden Unabhängigkeit der beiden Messbereiche voneinander bestätigen können.