

Danksagung

Im Rahmen meines psychologischen Praktikums in der Adula-Klinik Oberstdorf danke ich für die Vielzahl von Impulsen und praktischen Erfahrungen zur Bonding-Psychotherapie. Dr. Godehard Stadtmüller und Dipl.-Psych. Frederik Strom danke ich für die Unterstützung und Bereitstellung der Daten, damit diese Studie realisiert werden konnte.

Besonderer Dank gilt meinem Betreuer Herrn Stopsack. Er hat mich durch sein konstruktives Feedback, zahlreiche hilfreiche Denkanstöße, durch geduldige Beantwortung meiner Fragen und sein methodisches Expertenwissen bei der Erstellung dieser Diplomarbeit unterstützt.

Danke auch an meine lieben Freunde Susanne, Rixta und Jeff. Sie waren mir eine große Hilfe beim Zuhören mit ihren wertvollen Rückmeldungen und vor allem in der Schlussphase beim Korrekturlesen.

Nicht zuletzt möchte ich meinen Partner Christof für die liebevolle Unterstützung und sein Verständnis während dieser Zeit danken.

Zudem gilt mein Dank meinen Eltern, die mir dieses Studium mit ermöglicht haben.

Hinweise zur Gestaltung der Arbeit

Die vorliegende Diplomarbeit wurde in Form eines Zeitschriftenartikels verfasst. Die Arbeit orientiert sich in der formalen Gestaltung an der „Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie“.

Die Richtlinien zur Manuskriptgestaltung und Hinweise für Autoren können unter www.hogrefe.de/zeitschriften/zkp eingesehen werden.

Zusammenfassung

Theoretischer Hintergrund: Zusammenhänge zwischen der Dysregulation emotionaler Prozesse und Depression sowie deren Behandlung mit emotionsfokussierten Therapieansätzen lassen sich in zahlreichen Studien finden. Jedoch wurde bislang kaum untersucht, ob die Bonding-Psychotherapie bei Patienten mit einer Depression und Substanzstörung wirksam ist.

Fragestellung: Untersucht wurde, inwiefern bei Patienten mit einer Doppeldiagnose über eine Depression und eine Alkoholstörung, die Teilnahme am Bonding sowie eine zunehmende Anzahl von erhaltenen Bonding-Psychotherapie-Sitzungen und eine zusätzliche Beteiligung an „Hüttenmarathon“ und „Einstellungsarbeit“ Einfluss auf die Depressions-symptomatik haben.

Methode: Die Stichprobe umfasste $N = 443$ Patienten, die während ihrer stationären Behandlung im Rahmen einer Prä- und Postdiagnostik einer klinikinternen Erhebung untersucht wurden. Eingeteilt in eine Gruppe mit Teilnahme am Bonding und eine Gruppe ohne Bonding erfolgte ein Vergleich bezüglich der Veränderungen der Depressivitätswerte. Außerdem wurden weitere Korrelationsberechnungen durchgeführt, um den Einfluss einer zunehmenden Anzahl von erhaltenen BP-Sitzungen, sowie einer zusätzlichen Beteiligung am Hüttenmarathon und an Einstellungsarbeit auf das Therapieergebnis zu untersuchen.

Ergebnisse: Patienten, die am Bonding teilgenommen haben, wiesen eine signifikant höhere Reduktion der Depressivitätswerte auf. Auch wurde festgestellt, dass eine zunehmende Teilnahme am Bonding zum höheren Therapieerfolg beiträgt. Dagegen brachten weder eine zusätzliche Teilnahme am Hüttenmarathon noch eine zunehmende Beteiligung an der Einstellungsgruppe einen weiteren Zuwachs am Therapieerfolg.

Schlussfolgerungen: Die Bonding-Psychotherapie erweist sich als ein erfolgversprechender Behandlungsansatz bei Depressionen. Die Studie zeigt, dass die Basisemotionen möglichst gleichzeitig mit korrigierten Überzeugungen in der Einstellungsarbeit verankert werden müssen, um prozessual eine funktionale Emotionsregulation herbeizuführen.

Schlüsselwörter:

Bonding-Psychotherapie, affektive Störungen, Substanzstörungen, Outcomeforschung

Abstract

Background: Many studies have investigated the correlation between the dysregulation of emotional processes and depression, as well as their treatment with therapeutic interventions focusing on emotions. However, until now very little research has investigated if Bonding Psychotherapy is effective with patients who suffer from both depression and addiction.

Objective: This study investigates whether patients with a dual diagnosis of depression and alcohol addiction profit from Bonding Psychotherapy. Furthermore, this study explores if an increasing number of Bonding Psychotherapy sessions and/or an additional participation in a Marathon session or in the Attitudinal Group have a positive effect on the symptoms of depression.

Method: This study is based on a sample of patients ($N = 443$), who during their stationary treatment at the Adula-Klinik were subjected to pre- and post-diagnostic testing as part of a clinic-internal investigation. This sample is sub-divided into a group of patients who participated in bonding and a group of patients who did not. These two groups were compared with respect to changes in their depression index. In addition, we investigated if participation in an increasing number of Bonding Psychotherapy sessions, an additional participation in Marathon sessions and/or an additional participation in the Attitudinal Group showed a positive effect on the outcome of the therapy.

Results: Patients who participated in bonding showed a significantly higher reduction of their depression index compared to the control group. We also found that participation in an increasing number of bonding sessions correlated with an increase in therapeutic success. In contrast, neither an additional participation in the Marathon session, nor increased participation in the Attitudinal Group resulted in a further increase in therapeutic success.

Conclusions: Bonding Psychotherapy proves to be a promising approach for treatment of depression. This study shows that in the treatment of depression it is important that the basic emotions and the corrective beliefs are anchored simultaneously during the attitudinal work in order to induce a process-oriented and functional regulation of emotions.

Key words:

Bonding psychotherapy, depression, addiction, outcome research

Theoretischer Hintergrund

Verschiedene Untersuchungen zeigen hohe Prävalenzraten von Doppeldiagnosen auf (Kessler et al., 1994; Regier et al., 1990). Die Münchner Follow-up Studie dokumentiert auch für Deutschland hohe Prävalenzangaben zu Doppeldiagnose (Wittchen, Essau, von Zerssen, Krieg & Zaudig, 1992). Dabei kommt die Komorbidität von Angst-, affektiven und Substanz-Störungen am zweithäufigsten vor, bei einer Lebenszeitprävalenz von 5,8 % und einer 6-Monatprävalenz von 3,8 % (Moggi & Donati, 2004). Ähnliche Werte sind durch die NCS-Studie von Kessler et al. (1994) belegt. Diese Studie zeigt, dass das lebenszeitliche Risiko an einer Depression und einer Alkoholstörung zu erkranken bei einem Odds Ratio von zwischen 1,4 und 3,8 liegt.

Hinsichtlich einer Depressionsbehandlung bei Doppeldiagnose wird nach gegenwärtigem Forschungsstand ein integrativer Behandlungsansatz empfohlen, bei dem sich die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) klinisch durchgesetzt und empirisch bewährt hat (Moggi & Donati, 2004). Allerdings sind zur kognitiven Umstrukturierung ebenso die emotionalen Prozesse und deren Dysregulation bei Depressionen von Bedeutung (Lammers, 2006). So stellten Whelton und Greenberg (2001) in ihrer Studie zur Selbstkritik bei Depressionen fest, dass Personen mit geringeren Depressivitätswerten auf positive emotionale Ressourcen wie Wut zurückgreifen können, um dysfunktionale Kognitionen zu regulieren. Die Bonding-Psychotherapie stellt diesbezüglich einen vielversprechenden Ansatz dar.

Dan Casriel, Psychiater, Psychoanalytiker und Begründer der Bonding-Psychotherapie, definiert diese Therapieform wie folgt: „Die Bonding- Psychotherapie ist ein hochemotionaler therapeutischer Prozess, der das ABC (Affect, Behavior, Cognition) eines Menschen organisiert oder reorganisiert, bis dieser zu einem erfolgreichen, reifen, verantwortungsbewussten, glücklichen Menschen wird, der fähig ist, Liebe zu geben und anzunehmen, seine Bedürfnisse mitzuteilen und die Verantwortung für sich selbst zu übernehmen, um ein erfülltes Leben zu führen. Man übernimmt Verantwortung für sich selbst und für seine Beziehungen mit anderen Menschen“ (Casriel, 1972). Dem fügen Gordon, Gordon und Stadtmüller (2006) hinzu, dass die Bonding- Psychotherapie ein emotionsorientierter Lernprozess ist, der auf dem Zugang zu tiefen Gefühlen, der Erarbeitung von positiven Einstellungen zu sich und zu anderen und der Entwicklung und Einübung von neuen funktionalen Verhaltensweisen basiert.

Die Theorie der modernen Bonding-Psychotherapie wurde auf der Grundlage der Bindungstheorie (Bowlby, 1969) der Konsistenztheorie (Grawe, 2004), der modernen Hirnforschung (Rüegg, 2001) und des Prozess-Erfahrungsansatzes von Greenberg, Rice und Elliott (2003) entwickelt. Die Ergebnisse der Bindungsforschung haben dabei den größten Einfluss auf die Theoriebildung ausgeübt (Stauss, 2006). Die Bonding- und Bindungsbedürfnisse nehmen dabei einen zentralen Stellenwert ein. Bonding als Grundbedürfnis nach emotionaler Offenheit und gleichzeitig körperlichen Nähe, basierend auf Casriel (1972), wurde von Stauss (2006) durch weitere psychosoziale Grundbedürfnisse ergänzt: Bindung, Autonomie, Selbstwert, Identität, körperliches Wohlbefinden und Lebenssinn. Die moderne Bonding-Psychotherapie geht heute somit von mindestens sieben psychosozialen Grundbedürfnissen aus, deren hinreichende Befriedigung für die seelische Gesundheit notwendig ist.

Die zentrale Rolle in der Bondingtheorie nimmt die Verletzung der psychosozialen Grundbedürfnisse ein, die zu einem dysfunktionalen emotionalen Schema führt und aus den drei Komponenten 1) dysfunktionale Emotionen, 2) negative Kognitionen und 3) dazugehörigen psychosozialen Grundkonflikten besteht.

Die Komponenten sind in Form eines Netzwerks miteinander verbunden, wobei im Kern die schmerzhaften Emotionen stehen, die durch die Verletzung der Grundbedürfnisse hervorgerufen werden (Stauss, 2006).

Diese schmerzhaften Emotionen, die mit dem dysfunktionalen emotionalen Schema assoziiert sind, werden durch Abwehr- oder Vermeidungsverhalten umgangen. Es entsteht ein intrapsychischer Konflikt mit dem klassischen Konflikterleben, indem einerseits der Wunsch nach Befriedigung des verletzten Grundbedürfnisses besteht (z.B. dem nach Autonomie) und andererseits eine Gegensteuerung aus Angst vor der Aktivierung des emotionalen Schemas (z.B. Angst vor Liebesverlust) erfolgt. Diese Abwehr- und Vermeidungsstrategien haben dysfunktionale Beziehungsgestaltungen zur Folge, die wiederum die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse verhindern (Stauss, 2006).

Bei Menschen mit dysfunktionalen emotionalen Schemata ist das Vermeidungssystem stark ausgeprägt, so dass automatisch viele Situationen als negativ bewertet werden. Daher wird durch Ressourcenaktivierung das Vermeidungssystem gehemmt und das Annäherungssystem gebahnt. Dieser Prozess wird in der Bonding-Psychotherapie als „motivationale Priming“ bezeichnet und wird erreicht, indem der Therapeut dem Patienten hilft, möglichst viele bedürfnisbefriedigende Erfahrungen im Therapieverlauf zu machen (Stauss, 2006).

Grawe (2004) konnte hierzu zeigen, dass diese Vorgehensweise sich positiv auf das Therapieergebnis auswirkt.

Basisemotionen stehen hierbei im direkten Zusammenhang mit den psychosozialen Grundbedürfnissen. Deren Befriedigung führt zu positiven Basisemotionen wie Freude, Liebe und damit zu funktionalen emotionalen Schemata. Bei Nichtbefriedigung entstehen „negative“ Basisemotionen wie Angst, Schmerz oder Wut und entsprechende dysfunktionale emotionale Schemata. Es gibt nach Casriel (2001) fünf Basisemotionen, die an verschiedenen Stellen des Körpers erlebt werden: Die positiven Emotionen Freude und Liebe werden beide am Herz erlebt, die „negativen“ an unterschiedlichen Stellen: Angst – Kehle, Schmerz - Bauch, Wut –Brust. Einen Überblick zu der gegenwärtigen Theorie über Basisgefühle geben Stadtmüller und Gordon (2006).

In der Bonding-Psychotherapie wird in Anlehnung an Greenberg et al. (2003) das Klassifikationssystem für Emotionen eingesetzt, um überformte sekundäre Emotionen zu erkennen und darunter liegende primäre Basisemotionen zu klassifizieren. Diese Differenzierung ist wichtig, weil es zu einer therapeutischen Veränderung nur durch das Ausdrücken der primären Basisemotionen und die Wahrnehmung der damit verbundenen psychosozialen Grundbedürfnisse kommen kann (Stauss, 2006).

Die Bonding-Psychotherapie unterscheidet sich von anderen psychodynamisch oder humanistisch orientierten Verfahren, indem die emotionalen Tiefungsebenen III (Zielebene der Bonding-PT) und IV (Identitätsebene/NIP) des emotionalen Ausdrucks angestrebt werden. Dabei handelt es sich nicht um eine Regression, sondern um eine emotionale prozessuale Aktivierung des emotionalen Schemas, das den primären Basisemotionen zugrunde liegt. Die emotionale Prozessierung der Basisemotionen ist für die Reorganisation des emotionalen Schemas wichtig, damit die Patienten ihre primären Basisemotionen erfahren, um sie anschließend kognitiv und behavioral erfolgreich nutzen zu können (Stauss 2006).

Die Emotionen sollen als Ausdruck ihrer Identität erlebt werden (2001) Es soll die Fähigkeit des Patienten zur Affektregulation und Affekttoleranz verbessern, ohne davon überwältigt zu werden (Stauss, 2006). Rynick (2003) ergänzt hierzu, dass diese Schritte, die Basisemotionen auf der Identitätsebene (Ebene IV) zu verankern es dem Patienten erlauben, ohne Projektion auf der Beziehungsebene (Ebene V) zu kommunizieren, indem z.B. die Wut-Kraft konstruktiv bei interpersonellen Konflikten eingesetzt wird.

Für Casriel (1983) liegt der Schlüssel zur Veränderung des emotionalen Schemas in der Erarbeitung der Zusammenhänge zwischen Verhalten, Emotionen, Kognitionen und Grundbedürfnissen. Zur dauerhaften Beseitigung der emotionalen Störungen muss ein Umstrukturierungsprozess in Gang gesetzt werden mit dem Ziel, Kognitionen, Gefühle und Verhalten so zu verändern, dass der Patient selbst in der Lage ist, seine psychosozialen Grundbedürfnisse zu befriedigen. Diesen Umstrukturierungsprozess beschreibt Casriel in seinem ABC-Modell (1972). Demnach organisiert der Mensch sein Erleben im Wechselspiel von Emotionen (Affects = A), Verhalten (Behavior = B) und Gedanken (Cognitions = C); wobei in dieser Therapieform mit allen drei Komponenten des Schemas gearbeitet wird (Casriel, D., 1983)

Wichtige Wirkfaktoren der Bonding-Psychotherapie bestehen unter anderen darin, dass sich die Patienten als Grundlage für emotionale Offenheit strukturelle Fähigkeiten aneignen. Diese Fähigkeiten sind die eigenen Emotionen differenziert wahrnehmen, akzeptieren, angemessen ausdrücken und mit ihnen in Beziehung zu Dritten adäquat umgehen (Stauss, 2006).

In seiner Zusammenfassung eigener Studien kommt Rudolf (2002) zu dem Schluss, dass der Erwerb struktureller Fähigkeiten in einem empirischen Zusammenhang mit einem gutem Therapieergebnis steht. Beispielsweise wurden nach Abschluss einer stationären strukturbezogenen Psychotherapie die deutlichsten therapeutischen Veränderungen vor allem bei Affektdifferenzierung, Mitteilen von Affekten, Verstehen von Affekten und Affekttoleranz erzielt.

Gute Vorhersagewerte für das Behandlungsergebnis sind nach Rudolf (2002) das Maß der Umstrukturierung und der Veränderungen struktureller Merkmale, wie bei der Affektdifferenzierung, objektbezogenen Affekten und den Mitteilen von Affekten bei Therapieende.

Rudolf (2002) zufolge unterstützen die Ergebnisse somit das Konstrukt der emotionalen Offenheit in der Bondingtheorie und sind signifikant, weil sie unabhängig von deren theoretischen Annahmen gewonnen wurden. Daher ist ein Therapieziel der Bonding-Psychotherapie die Verbesserung der Emotionswahrnehmung, damit der Patient lernt, primäre Basisemotionen von den sekundären und instrumentellen Emotionen zu unterscheiden (Stauss, 2006). Bereits in den 1970er Jahren stellte Casriel (1972) im Rahmen seiner klinischen Erfahrungen fest, dass es wichtig ist, die Emotionen im vollem Umfang auszudrücken, um eine therapeutische Wirkung zu erzielen. Diese Annahme wird heute von der empirischen

Emotionsforschung unterstützt. Eine Übersicht von Greenberg, Korman und Paivio (2002) zeigt, dass bei emotionsfokussierten Verfahren das Therapieergebnis positiv korreliert mit dem Grad der Erlebnistiefe und Höhe des Erregungsniveaus beim emotionalen Ausdruck. Beispielsweise konnte Goldman (1997) in ihrer Studie zeigen, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Intensität der emotionalen Erlebnistiefe und der Intensität der im Therapieprozess ausgelösten inter- als auch intrapsychischen Grundkonflikten. Der Grad der Erlebnistiefe ist ein guter Vorhersagewert für das Therapieergebnis und korreliert positiv mit der Abnahme von depressiven Symptomen und mit der Zunahme des Selbstwertgefühls. Es wurde jedoch keine Korrelation zwischen dem Grad der Erlebnistiefe und der Fähigkeit zur interpersonellen Problemlösung festgestellt.

Greenberg und Watson (1998) vergleichen die Therapieergebnisse einer prozess- und erlebnisorientierte Psychotherapie mit einer ihrer Komponenten, der klientenzentrierten Psychotherapie. Dieser Vergleich zeigte, dass sich beide Behandlungsformen in der Reduktion depressiver Symptome bei Behandlungsende und bei einer 6-Monats-Katamnese nicht unterschieden. Allerdings zeigten die erlebnisorientierten Behandlungen deutliche Effekte bei der Depression in der Mitte der Behandlung, auf die körperliche und psychische Symptombelastung sowie auf das Selbstwertgefühl und einer Reduktion interpersonaler Probleme bei Behandlungsende. Der Einsatz erlebnisorientierter Interventionen an geeigneten Punkten einer Depressionsbehandlung scheint somit die Besserung der Störung zu beschleunigen und zu fördern.

Korman (1998) zeigte, dass emotionsfokussierte Interventionen die Umstrukturierung dysfunktionaler emotionaler Schemata bewirken können. Der Zugang über die Basisemotionen führt zu guten Therapieergebnissen wie Reduktion von depressiver Symptomatik, Zunahme des Selbstwertgefühls, Verbesserung der interpersonellen Problemlösefähigkeiten und der allgemeinen psychopathologischen Befindlichkeit und leitet während des therapeutischen Prozesses eine Veränderung der Emotionen ein, beispielsweise von Trauer bei Therapiebeginn zur Wut am Therapieende. Deshalb ist es in der Bonding-Psychotherapie wichtig, dass die primären Basisemotionen beim emotionalen Ausdruck adressiert werden (Stauss, 2006).

Neben diesen Befunden zur Bedeutung der Intensität emotionaler Erlebnistiefe, ist zusätzlich die Höhe des Erregungsniveaus beim emotionalen Ausdruck wichtig.

Beispielsweise zeigte Bohart (1980) in seiner Untersuchung zur emotionalen Entladung von unterdrückten Gefühlen die Bedeutung dieser Entladung für therapeutische Veränderungen. Die Ergebnisse wiesen allerdings darauf hin, dass eine rein kathartische Entladung, z.B. von unterdrückter Wut, nicht automatisch das damit einhergehende feindselige Verhalten reduziert. Vielmehr beruht der therapeutische Wandel auf wechselseitigen dualen kognitiv-affektiven Prozessen, indem sowohl die Emotionen ausgedrückt als auch kognitiv verarbeitet werden.

Auch Greenberg et al. (2002) betonen in ihrer Übersicht, dass bei der Behandlung von Depressionen gute Therapieergebnisse sowohl mit einem hohem Erregungsniveau als auch mit einem hohem Grad an Erlebnistiefe beim emotionalem Ausdruck mit anschließender kognitiven Verarbeitung zusammenhängen.

Beutler, Clarkin und Bongar (2000) konnten zeigen, dass in der Behandlung von Depression und Suchtstörungen die emotionale Intensität in den Therapiesitzungen einer der bedeutendsten Prädiktoren für das Therapieergebnis ist.

Hinsichtlich der empirischen Befunde zur Bonding-Psychotherapie zeigte die Studie von Wittmann, Held, Rudolf und Schulze (1996), dass die Teilnahme an der Bonding-Psychotherapie von stationären Patienten als ein sehr hilfreicher Wirkfaktor im Vergleich zu anderen Therapieangeboten eingeschätzt wird. Allerdings wurde in dieser Untersuchung die Anzahl der Teilnahmen an Bonding-Psychotherapie-Sitzungen nicht kontrolliert, weswegen ein Schluss auf die Wirksamkeit erschwert ist.

Dagegen konnte Mestel (1996) in einer Untersuchung am Dan-Casriel-Institut (DCI) zeigen, dass von den Teilnehmern, die an fünf Bonding-Psychotherapie-Intensivphasen teilgenommen hatten, 50 bis 73 % der Teilnehmer zum Nachfragezeitpunkt eine klinisch relevante Verbesserung der psychischen Symptome erzielten, besonders in den Bereichen Depressionen, Ängsten, soziale Unsicherheit und Zwanghaftigkeit. Da sich aber zahlreiche Teilnehmer vor und während der Bonding-Psychotherapie zusätzlich in ambulanter Behandlung befanden und diese Studie keine Kontrollgruppe beinhaltete, kann nicht sicher geschlossen werden, dass die Verbesserungen der Symptome auf die Interventionen der Bonding-Psychotherapie zurückzuführen sind.

Diese methodische Schwäche griff Mestel (1999) in einer weiteren Untersuchung am DCI in vier psychotherapeutischen Intensivphasen auf. Hierbei wurde kontrolliert, ob sich die Teilnehmer mit versus ohne zusätzliche ambulante Psychotherapie nach den Bonding-Psycho-

therapie- Phasen bei körperlichen und psychischen Symptomen sowie bei der Bindungs- und Beziehungsgestaltung verbesserten. Es zeigte sich, dass zusätzliche ambulante Therapie keinen Einfluss auf das Ergebnis hatte. Eine klinisch relevante Verbesserung konnte bei 46 % der Teilnehmer in der generellen Symptomatik erzielt werden, gefolgt von Depressivität (30 %) und Ängstlichkeit (25 %). Im Bereich der Bindungsstile ergaben sich noch bessere Effekte. Bei der Nachbefragung schätzten sich die Teilnehmer als eher sicher gebunden und weniger ängstlich-vermeidend ein. Außerdem hatten sie weniger Verlassenheits- und Näheängste und entwickelten ein stark verbessertes Selbstbild. Es bleibt jedoch unklar, welchen spezifischen Einfluss die Bonding-Psychotherapie und welche die zusätzlich in den psychotherapeutischen Bonding-Psychotherapie-Intensivphasen angebotenen Familienaufstellungen nach Bert Hellinger auf die Veränderungen gehabt haben, da sich zwischen den beiden therapeutischen Intensivphasen so gut wie keine Unterschiede zeigten und keine unbehandelte Kontrollgruppe untersucht wurde, um die Veränderungen der Gruppenteilnehmer wirklich auf die beiden verschiedenen Interventionstechniken zurückführen zu können.

Stauss (2001) wies nach, dass ein sicherer Bindungsstil als Ausdruck eines funktionalen interpersonellen Verhaltens in einem Zusammenhang mit den intrapsychisch verankerten positiven Introjekten steht. Demnach fördert die Bonding-Psychotherapie die Abnahme der negativen Introjekte bei einer entsprechenden Zunahme der positiven Introjekte und begünstigt damit eine Veränderung hin zum sicheren Bindungsverhalten. Als mögliches Ergebnis wird genannt, dass diese Veränderungen eine Reduktion der klinischen Symptome zur Folge haben.

Hierzu zeigten auch Gerlach, Molfenster und Stadtmüller (2004) in einer Evaluationsstudie der Adula Klinik Oberstdorf, dass bei der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen, im Bereich des Selbstumgangs, eine Verbesserung der SASB-Introjekte (Strukturelle Analyse sozialen Verhaltens-Introjekt; Benjamin 1993; dt. Tscheulin & Sulz, 2001) festgestellt werden konnte.

Zurzeit gilt die Bonding-Psychotherapie als ein störungsübergreifendes interpersonelles Behandlungsmodell, bei dem die Ursachen, die zur Störung geführt haben, behandelt werden, wie dysfunktionale emotionale Schemata, die Grundkonflikte, pathogene Introjekte, unsichere Bonding- und Bindungsrepräsentationen und das dysfunktionale Beziehungsverhalten. Wenn die Ursachen der Störung beseitigt werden, dann kann sich auch die klinische Symptomatik der Störung positiv verändern. Stauss (2006) weist darauf hin, dass zusätzlich zum störungsübergreifenden Behandlungsmodell, Kenntnisse und Fertigkeiten zur Behandlung

der einzelnen Störungsbilder erworben werden müssen. Im Bereich der störungsspezifischen Indikation wurde die Wirksamkeit der Bonding-Psychotherapie bislang nicht genauer untersucht. Daher soll in der vorliegenden Studie der Frage nachgegangen werden, ob die Bonding-Psychotherapie auf die Depressionssymptomatik bei Patienten mit Doppeldiagnose wirksam ist.

Fragestellung

Anhand erhobener Daten einer klinischen Gesamtstichprobe von Doppeldiagnose-Patienten soll in dieser Studie der Frage nachgegangen werden, ob die Teilnahme an der Bonding-Psychotherapie zu einer effektiven Reduktion der Depressions-Symptomatik führt. Wenn die Bonding-Psychotherapie wirksam ist, wird erwartet, dass die Treatment-Gruppe sich von der Quasi- Kontrollgruppe signifikant unterscheiden wird. Insbesondere wird dabei überprüft, ob mit zunehmender Anzahl von erhaltenen Bonding-Psychotherapie-Sitzungen ein proportional zunehmender Prä-Post-Therapieerfolg erreicht wird. Zusätzlich soll geklärt werden, ob die Teilnahme an weiteren Angeboten wie am Hüttenmarathon und Einstellungsarbeit einen signifikant positiveren Prä-Post-Therapieerfolg erkennen lassen.

Methode

Diese Studie wurde in der psychotherapeutischen Klinik Adula im Allgäu durchgeführt. In der Klinik werden Patienten mit affektiven Störungen, vor allem mit Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, psychosomatischen und somatoformen Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie Patienten mit Suchterkrankungen, soweit sie komorbid mit einer anderen psychischen Erkrankung zusammenhängen, behandelt. Die therapeutische Arbeit beruht auf einer ganzheitlichen Betrachtungsweise. Demnach kann ein Mensch sein Leben in körperlicher, seelischer, geistiger und sozialer Hinsicht entfalten und verwirklichen. Die Therapie wird hier als „Hilfe zur Selbsthilfe“ verstanden und soll die nach Gesundheit und innerem Wachstum strebenden Anteile in jedem Menschen unterstützen. Ihr integrativer Ansatz basiert auf der humanistischen Psychotherapie und ist tiefenpsychologisch orientiert. Bei den psychotherapeutischen Interventionen werden sowohl erlebnisorientierte Verfahren wie die Bonding-Psychotherapie (New Identity Process, im folgenden Bonding-Psychotherapie) als auch störungsspezifische und ressourcenorientierte Verfahren eingesetzt, wie zum Beispiel Methoden der kognitive Verhaltenstherapie. Das Klinikkonzept ist nach dem „Bad Herrenal-

ber Modell“ von Lechler und Meier (2007) ausgerichtet. das seit 1971 erfolgreich im klinischen Bereich angewandt wird. Wichtige Bestandteile dieses Modells sind die therapeutische Gemeinschaft, die Abstinenz- Vereinbarungen, die Gedanken des 12-Schritte-Programms der Anonymen Selbsthilfegruppen und emotionale Erlebnisaktivierung. Während der gesamten Behandlungsdauer gelten ein striktes Abstinenzgebot bezüglich Alkohol, Drogen und Nikotin sowie die Bereitschaft, von süchtig machenden Verhaltensweisen zu fasten, beispielsweise Karenz von Fernsehen, Romanzen und sexueller Betätigung. Hierbei auftretende dysfunktionale Verhaltensmuster können sowohl durch gesprächstherapeutische als auch durch erlebnisaktivierende Verfahren wie die Bonding-Psychotherapie exploriert werden. Die Therapiesitzungen finden ausschließlich in Gruppen statt, um den Patienten zu ermöglichen, ihre wieder entdeckten Gefühle und Bedürfnisse auf interpersoneller Ebene zuzulassen, neue Verhaltensweisen zu lernen und in einem neuen Kontext, des Angenommen-Seins, zu erfahren. Einzelgespräche werden zu Beginn und am Ende der Therapie sowie in Einzelfällen durchgeführt. Störungsspezifische Gruppenangebote wie z.B. für Substanzabhängigkeiten, Essstörungen, sexuelle Missbrauchserfahrungen ergänzen die therapeutische Basisstruktur. Den Doppeldiagnosepatienten der Studie wird im Rahmen dieser indikationsspezifischen Therapieangebote wöchentlich eine Gruppentherapiesitzung von 90 Minuten angeboten, die sich mit einem bestimmten Thema im Bereich der Suchterkrankung befasst.

Intervention

Die Bonding-Psychotherapie wird in der Klinik als eine geplante, prozessorientierte Gruppentherapie an einem festen Wochentag angeboten und findet einmal pro Woche mit einer Dauer von 2.5 Stunden statt. Der Kerngruppentherapeut entscheidet entsprechend der therapeutischen Indikation, ob der jeweilige Patient an der Bonding-Psychotherapie teilnehmen darf, die Teilnahme an der Bonding-Psychotherapie ist jedoch freiwillig.

In Anlehnung an die klassische Vorgehensweise nach Casriel (2001) wird in der Klinik eine Bondinggruppe und eine Einstellungsgruppe angeboten.

Bei der körperlichen Näheübung der Bonding-Psychotherapie (sog. „Mattenarbeit“) geht jeder Patient mit jeweils einem anderen Patienten, dem sogenannten „Bonding- Partner“ auf die „Matte“. Dabei stellt sich der Bonding-Partner für verschiedene bedürfnisorientierte Formen der Nähe desjenigen Patienten zur Verfügung, der mit der Selbstexploration seines emotionalen Schemas beginnt. Dieser Teilnehmer liegt dabei mit dem Rücken auf der Matte,

während der Partner auf ihm liegt, um den anderen bei der Selbstexploration in den forcierten Gefühlsausdruck zu begleiten (Stauss, 2006).

Die Einstellungsarbeit, die im klassischen Setting nach Casriel (1983) in Kombination mit der Bonding-Übung zirkulär (Gordon et al., 2006) stattfindet, wird als eine weitere methodenspezifische Gruppentherapie angeboten. Hierbei werden pathogenes Vermeidungs- und Abwehrverhalten, dahinterliegende dysfunktionale Einstellungen und damit verbundene Emotionen aufgedeckt, und u. a. kathartisch erlebt und anschließend kognitiv verarbeitet.

Zusätzlich werden für Gruppen von bis zu je 20 Patienten, die während der Behandlungsdauer in der Klinik regelmäßig an den Bonding-Psychotherapie-Sitzungen teilnehmen, sogenannte „Hüttenmarathons“ durchgeführt. Dabei findet in einem Zeitraum von 3 ½ Tagen auf einer abgelegenen Berghütte durch intensive Nähe in der Gemeinschaft und Erleben emotionaler Offenheit eine emotionale Erlebnisaktivierung durch Bonding-Psychotherapie und Einstellungsarbeit statt.

Messinstrumente

In dieser Studie wurde im Rahmen einer Prä- und Postdiagnostik eine klinikinterne Erhebung mit den Doppeldiagnose-Patienten zu Beginn und am Ende ihrer Therapie durch die Abteilung Qualitätssicherung durchgeführt, die computergestützt mit Hilfe des Wiener Testsystems erfolgte.

Die Ausprägung der Depressivität wurde mit dem Beck-Depressions-Inventar (BDI) von Hautzinger, Bailer, Worall und Keller (1995) (orig. Beck und Steer, 1987) erfasst. Der Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Schwere depressiver Störungen enthält 21 Items mit Fragen zur depressiven Symptomatik wie beispielsweise Niedergeschlagenheit oder psychosomatische Beschwerden. Bei vorgeschriebener Durchführung und Ausführung sehen Brähler, Holling, Leutner und Petermann (2002) das Gütekriterium der Objektivität als gegeben an. Die Mehrzahl der Syndromskalen haben sich als hinreichend reliabel und valide erwiesen (Brähler et al., 2002).

Ergänzend zur klinischen Diagnose einer depressiven Störung wurde die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) (Franke, 2002) eingesetzt. Der Test besteht aus 90 Items zur Selbstbeurteilung der symptomatischen Belastung und beschreibt 9 Skalen. Um eine dimensionale Aussage bezüglich Depressivität sowie allgemeiner körperlicher und psychischer Symptombe-

lastung machen zu können, wurde in dieser Studie nur die Skala „Depressivität“ (reicht von Traurigkeit bis zu schwerer Depression) und der globale Kennwert GSI (Global Severity Index) herangezogen, der als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der insgesamt grundsätzlich psychisch vorhandenen Belastungen gilt (Franke, 2002). Nach Brähler et al. (2002) kann der Fragebogen bei der Durchführung, Auswertung und Interpretation als objektiv bezeichnet werden und erfasst reliabel und valide die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome der vergangenen sieben Tage bis zum Zeitpunkt der Beantwortung.

Hinsichtlich der Wirksamkeit klientenzentrierter Interventionen wurde in der vorliegenden Untersuchung die Kurzform des Veränderungsfragebogens des Erlebens und Verhaltens (VEV-K) von Kriebel, Paar, Schmitz-Bühl und Raatz (2001), verwendet. Die für das stationäre Setting entwickelte Kurzform umfasst 25 Items und korreliert mit $r = .92$ mit der Langform (Kriebel et al., 2001). Der Test nimmt eine direkte Veränderungsmessung vor und erfasst die retrospektive Einschätzung der Patienten zu Stärke und Richtung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten nach abgeschlossener Psychotherapie mit den bipolaren Dimensionen wie: „Entspannung, Gelassenheit, Optimismus“ und „Spannung, Unsicherheit, Pessimismus“. Die verwendete Kurzform VEV-K lässt nach Kriebel et al. (2001) ab einem Veränderungswert von 115 auf eine signifikante Verbesserung durch die erfolgte Therapie schließen. Brähler et al. (2002) sieht bei vorgeschriebener Durchführung und Auswertung der Kurzform VEV-K das Gütekriterium der Objektivität als gegeben an. Ferner bestätigt Brähler et al. (2002) bezüglich der Reliabilität eine extrem hohe Messgenauigkeit und eine hinreichende Validität.

Stichprobe

Zum Zeitpunkt dieser Studie wurden die Patienten der Gesamtstichprobe in der Adula-Klinik Oberstdorf stationär behandelt. Die Daten mit einer Stichprobengröße von $N = 613$ wurden zwischen September 2000 und Dezember 2008 erhoben. Für die vorliegende Arbeit wurden ausschließlich Patienten mit einer Doppeldiagnose (DD) (Moggi, 2007) berücksichtigt, die als ICD-10-Hauptdiagnose eine Depression (F 32 oder F 33) und eine Alkoholstörung (F10.20 oder F10.21) aufwiesen. Ausgeschlossen wurden Patienten mit gegenwärtigem Substanzgebrauch, (aktive Abhängigkeitserkrankungen) sowie Patienten, die ein hirngorgani-

sches Psychosyndrom, schwere bipolare Störung, akute Psychose oder Pflegebedürftigkeit aufwiesen.

Für die vorliegende Studie wurden aus $N = 613$ ausschließlich die Daten derjenigen Patienten ausgewählt, die BDI-Werte, SCL-90-R-Werten (Skala: Depressivität) und GSI- Werte als zentrale Variablen enthalten. 170 Patienten wurden wegen unvollständiger Datensätze und fehlenden Angaben über die Teilnahme am Bonding oder aufgrund des Vorliegens einer bipolaren oder akuten Psychose-Störung von der Analyse ausgeschlossen. Die 443 Patienten der Stichprobe wurden in eine Gruppe, die an der Bonding-Psychotherapie teilgenommen haben ($N = 410$) und eine Quasi-Kontrollgruppe, die nicht an der Bonding-Psychotherapie teilgenommen haben ($N = 33$), aufgeteilt.

Ergebnisse

Soziodemographische und klinische Daten

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf eine Stichprobe von $N = 443$. Davon haben 33 Patienten an der Bonding-Psychotherapie nicht teilgenommen (TAU) und 410 Patienten haben an der Bonding-Psychotherapie teilgenommen (BT). Unter den Bonding-Teilnehmern waren 205 Männern und 205 Frauen. Die soziodemographischen und klinischen Daten der Untersuchungsstichprobe sind in Tabelle 1 dargestellt.

Tabelle 1

Soziodemographische und klinische Daten für die Stichprobe (N = 443)

Kriterium		Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	Frauen	220	49.7 %
Alter	in Jahren M (SD)	Range (18 – 69) 41.8 (10.5)	
Familienstand ^a	verheiratet	118	26.9 %
Schulabschluss ^a	Abitur	178	40.5 %
	Realschule	134	30.5 %
	Hauptschule	117	26.6 %
	Keinen Abschluss	10	2.3 %
Behandlungsdauer	Belegtage M (SD)	58.2 (17.5)	
Beendigung ^a	regulär	398	90.7 %
Antidepressiva ^b	verordnet	69	15.7 %
Komorbide Diagnosen	Tabak	157	35.4 %
	Multipler Substanzgebrauch	23	5.2 %
	Phobische Störungen	45	10.2 %
Persönlichkeitsstörungen	Agoraphobie	12	2.7 %
	Soziale Phobie	25	5.6 %
	Panikstörung	26	5.9 %
	Posttraumatische Belastungsstörungen	34	7.7 %
		111	25.1 %

Anmerkungen: ^a fehlende Werte: N = 4; ^b fehlende Werte: N = 3

Beim Vergleich des Therapieerfolges zeigte sich, dass die Bonding-Teilnehmer eine stärkere Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie verzeichnen konnten, wie aus Tabelle 2 zu ersehen ist.

Tabelle 2

Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität und allgemeiner Psychopathologie bei Bonding-Teilnehmern (BT) vs. Patienten ohne Bonding (TAU)

	BT		TAU		Analyse	
	(N = 410)		(N = 33)		T	p
	M	SD	M	SD		
BDI	-12.73	9.67	-8.45	7.75	2.47	.014
SCL: Depressivität	-11.80	11.14	-7.39	8.28	2.86	.007
GSI	-51.71	52.03	-31.09	41.51	2.22	.027

In einem zweiten Schritt wurde überprüft, ob das Ausmaß der Teilnahme an der Bonding-Psychotherapie zu einem höheren Therapieerfolg beiträgt. Es zeigte sich, dass eine häufigere Teilnahme bei allen Patienten ($N = 443$, $r = -0.177$, $p = .000$) sowie bei Patienten, die nur an der Bonding-Psychotherapie teilgenommen haben ($N = 410$, $r = -0.146$, $p = .003$) mit einem besseren Therapieerfolg assoziiert war.

Ferner wurde überprüft, ob die Teilnahme an weiteren Angeboten wie dem Hüttenmarathon und der Einstellungsarbeit einen weiteren Zuwachs am Therapieerfolg generiert. Dabei zeigte sich, dass die zusätzliche Teilnahme von Bonding-Teilnehmern am Hüttenmarathon keine stärkere Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie bewirkte (s. Tabelle 3).

Tabelle 3

Ausmaß des Therapieerfolgs der Bonding-Teilnehmer mit und ohne zusätzliche Teilnahme am Hüttenmarathon^a

	Hütte		Nicht Hütte		Analyse	
	N = 212		N = 82		T	p
	M	SD	M	SD		
BDI	-13.96	9.65	-13.68	9.64	0.22	.827
SCL	-13.22	11.41	-11.94	11.01	0.87	.383
GSI	-57.62	55.48	-53.39	51.92	0.60	.551

Anmerkungen: ^a fehlende Werte: N = 116

In einem letzten Schritt wurde überprüft, ob durch die zusätzliche Teilnahme an der Einstellungsgruppe ein weiterer Therapiezuwachs erreicht wird. Es zeigte sich, dass eine zusätzliche Teilnahme an der Einstellungsarbeit bei den Bonding-Teilnehmern nicht mit einer stärkeren Abnahme in der Depressivität gekoppelt war ($N = 352$, $r = -.039$, $p = .466$). Auch mehrmalige Teilnahmen an der Einstellungsarbeit führten nicht zu statistisch signifikanten Änderungen in den Ergebnissen von BDI und SCL (s. Tabelle 4).

Tabelle 4

Therapieerfolg der Bonding- Teilnehmer (N = 352) je nach Häufigkeit^a der Einstellungsarbeits-Sitzungen

Teilnahme an Einstellungsarbeit	Keine Sitzung		1 Sitzung		≥ 2 Sitzungen		Analyse	
	63		144		145		F	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
BDI	-13.35	8.00	-12.27	9.32	-13.39	9.98	0.59	.552
SCL	-11.92	9.44	-10.82	10.80	-12.52	12.05	0.86	.423

Anmerkungen: ^a fehlende Werte: N = 58

Diskussion

Diese Studie untersuchte erstmals, ob die Teilnahme von Patienten mit Doppeldiagnose an der Bonding- Psychotherapie zu einer stärkeren Reduktion der Depressions-Symptomatik führt als bei Doppeldiagnose-Patienten, die nicht am Bonding teilnahmen. Insbesondere sollte überprüft werden, ob mit zunehmender Anzahl von erhaltenen Bonding-Psychotherapie-Sitzungen ein höherer Therapieerfolg erreicht wird. Außerdem wurde geklärt, ob die Teilnahme an zusätzlichen Therapie-Angeboten wie z.B. am Hüttenmarathon und an der Einstellungsarbeit einen weiteren Zuwachs an Therapieerfolg bringt.

Bei der Untersuchung des Therapieerfolges bezüglich Depressivität und allgemeiner Psychopathologie konnten signifikante Unterschiede zwischen den Patienten, die am Bonding teilnahmen und den Patienten, die nicht am Bonding teilnahmen, festgestellt werden. Demnach wiesen die Bonding-Teilnehmer signifikant niedrigere Depressivitäts- und allgemeine Psychopathologiewerte auf. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit Ergebnissen von Greenberg, Alberta, Goldman und Korman (2003) und Elliot, Greenberg und Lietaer (2004), die ebenfalls die Beeinflussung emotionaler Prozesse als zentral für die Wirksamkeit der Depressionsbehandlung belegen konnten. Untersuchungen wie von Elliot et al. (2004) und Iwakabe, Rogan und Stalikas (2000) zu verschiedenen Therapiekonzepten zeigen, dass emotionale Aktivierung und Prozessierung ein wichtiger Prädiktor für den Erfolg einer Psychotherapie ist. Hinsichtlich der Depressivität unterstreichen die hier gefundenen Ergebnisse die Annahme von Wahlert und Mestel (2011), dass sich während des Bonding-Prozesses Handlungsbereitschaft und Zuversicht einstellen und die Bonding-Psychotherapie damit eine direkte antidepressive Wirkung hat. In Einklang mit Ergebnissen anderer Autoren (Lammers, 2006) bestätigt sich, dass eine erfolgreiche Depressionsbehandlung das Resultat einer Kombination aus einem emotionsfokussierten Therapieansatz mit einer integrierten kognitiven Verarbeitung der Emotionen ist.

Eine häufigere Beteiligung an der Bonding-Psychotherapie ging zudem mit einer stärkeren Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie einher. Diese Zusammenhänge legen den Schluss nahe, dass mit einer mehrmaligen Beteiligung am Bonding der Zugang zu den Basisgefühlen auf den emotionalen Tiefungsebenen III oder IV des emotionalen Ausdrucks schrittweise gebahnt werden konnte. Stadtmüller und Gordon (2006) weisen in ihrer Übersichtsarbeit aus neurobiologischer Sicht auf die Relevanz der emotionalen

Tiefungsebenen für Veränderungsprozesse bei der Bonding-Psychotherapie hin. Dieses Ergebnis, dass eine häufigere Teilnahme am Bonding zu signifikant niedrigeren Werten in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie führt, könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Patienten durch einen volleren Emotionsausdruck auf den Tiefungsebenen III und IV eine wirksame Reorganisation des emotionalen Schemas erreichen, die wiederum zu einer funktionalen Regulation und Toleranz der Affekte führt.

Das hier gezeigte Ergebnis unterstützt andere Befunde aus der empirischen Emotionsforschung von Greenberg et al. (2002), die eine signifikante positive Korrelation zwischen dem Therapieergebnis und dem Grad der Erlebnistiefe und der Höhe des Erregungsniveaus beim emotionalen Ausdruck feststellen konnten. Allgemein war die Häufigkeit der Teilnahme an der Bondingpsychotherapie mit einem besseren Therapieoutcome assoziiert.

Bezüglich einer weiteren Zunahme des Therapieerfolgs bei Patienten, die neben Bonding zusätzlich an weiteren Therapie-Angeboten teilgenommen haben, ließen sich keine signifikanten Effekte feststellen. Diese Annahme wurde durch die Untersuchungsergebnisse klar widerlegt. Eine zusätzliche Teilnahme am Hüttenmarathon bewirkte keine zusätzliche Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie über den durch Bonding allein erzielten Effekt hinaus.

Auch eine zusätzliche Beteiligung an der Einstellungsgruppe bewirkte keine stärkere Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie als sie mit der Teilnahme am Bonding allein erreicht wurde. Außerdem war eine mehrmalige Teilnahme an der Einstellungsarbeit nicht mit einer stärkeren Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie korreliert

Eine mögliche Ursache für den fehlenden Effekt bei einer zunehmenden Teilnahme an der Einstellungsarbeit könnte sein, dass die Intervention als eine methodenspezifische Gruppentherapie im stationären Kontext angeboten wurde. Als optimal hat sich jedoch eine Kombination aus einer Bonding- und Einstellungsgruppe, die zirkulär stattfindet, erwiesen (Gordon et al., 2006; Stauss, 2006). In einem solchen Setting haben die Patienten die Möglichkeit parallel zum Bonding in die Einstellungsarbeit und von dort wieder zurück zum Bonding „auf die Matte“ zu gehen, um die aktivierten Emotionen möglichst auf den emotionalen Tiefungsebenen III und IV auszudrücken. Diese Kombination gilt als ein wichtiger therapeutischer Wirkfaktor für eine differenzierte kognitive Aufarbeitung, Integration und Reorganisation des emotionalen Schemas (Stauss, 2006).

Demzufolge könnten die fehlenden Effekte einer einmaligen oder mehrmaligen Teilnahme an der Einstellungsarbeit auf die Diskrepanz zwischen der in der Klinik angebotenen Einstellungsarbeit als methodenspezifische Gruppentherapie und dem optimalen Angebot der Einstellungsarbeit zirkulär mit Bonding zurückzuführen sein und möglicherweise deshalb keinen weiteren Therapieerfolg gebracht haben.

Der fehlenden Zusammenhang bei den Bonding-Teilnehmern zwischen zusätzlicher Teilnahme am Hüttenmarathon und einer weiteren Abnahme in der Depressivität und der allgemeinen Psychopathologie lässt vermuten, dass die erlebte intensive Nähe in der Hütten-Gemeinschaft, die emotionale Offenheit für den Bondingprozess zwar fördert, aber möglicherweise nicht ausreichend war, um weitere Therapieerfolge erzielen zu können.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind unter dem Aspekt verschiedener Limitationen zu sehen:

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Kontrollgruppe ($N = 33$) im Vergleich zur Treatment-Gruppe (Bondinggruppe; $N = 410$), zu klein ist. Deshalb ist der Unterschied bezüglich des Therapieerfolges wenig aussagekräftig.

Zudem orientierte sich der Kerngruppentherapeut bei der Auswahl der Bonding-Teilnehmer an der therapeutischen Indikation der Bonding-Psychotherapie für den jeweiligen Patienten. Dies ist im klinischen Setting nicht anders möglich, da der behandelnde Therapeut zugunsten des Therapiefortschritts des einzelnen Patienten entscheiden muss. Deshalb kann nicht ausgeschlossen werden, dass systematische Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und der Treatmentgruppe, wie etwa bereits vorhandene Therapieerfahrungen mit vergleichbaren Therapieangeboten oder mit Bonding an sich, das Ergebnis verzerrt haben könnten.

Daher ist in zukünftigen Studien das Zufallsprinzip der Randomisierung heranzuziehen, um mit größerer Wahrscheinlichkeit von möglichen Unterschieden sicherer auf die Wirkung der Bonding-Psychotherapie schließen zu können. Zudem gilt es zu beachten, dass die Bonding-Psychotherapie nicht isoliert betrachtet werden konnte, da sie in ein Gesamt-Therapieangebot der Untersuchungsklinik integriert ist, so dass bei der Ergebniseinschätzung, Konfundierungen der Variablen zu berücksichtigen sind. Wegen dieser Störvariablen lassen sich die gefundenen Untersuchungsergebnisse nicht sicher auf die Intervention der Bonding-Psychotherapie zurückführen.

Außerdem, lässt die Studie keine Schlüsse über Veränderungen der zusätzlichen Alkoholstörung zu, da diesbezüglich keine Daten aus einer Nachbefragung vorlagen. Es ist aber mit

einer gewissen Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass sich die Rate der Alkoholrückfälle bei den untersuchten Patienten in Folge zunehmender funktionaler Emotionsregulation durch Bonding reduziert.

Eine der Stärken der Studie besteht darin, dass das Untersuchungs-Design auf einer nicht konstruierten Umgebung, in realem Behandlungskontext beruht mit einer hohen externen Validität. Zudem wurde in dieser Studie erstmals untersucht, welche störungsspezifische Wirkung die Bondingpsychotherapie auf die Depressivität bei Doppeldiagnose-Patienten hat und ob eine mehrmalige Beteiligung am Bonding sowie zusätzliche Therapieangebote wie Hüttenmarathon und Einstellungsarbeit einen weiteren Therapieerfolg generieren. Selbst wenn die Wirksamkeit der Bonding-Psychotherapie wegen der anderen therapeutischen Einflussfaktoren in der Untersuchungsklinik nicht isoliert gemessen werden konnte, machen die dargestellten Ergebnisse der Studie deutlich, dass die Bonding-Psychotherapie ein erfolgversprechendes Therapiekonzept bei Depressionen ist.

Gerade die Bonding-Psychotherapie könnte sich mit ihrer Verbindung von emotionsfokussierten und kognitiv- verhaltenstherapeutischen Interventionen in einem integrativen Therapiekonzept bei der Behandlung von Doppeldiagnose-Patienten als wirksam erweisen. Es wäre wünschenswert, weitere Untersuchungen diesbezüglich durchzuführen, um abgesicherte Aussagen darüber treffen zu können, ob Doppeldiagnose-Patienten von der Bonding-Psychotherapie profitieren. Zudem könnten diese Studien einen wesentlichen Beitrag zur Überwindung der Polarisierung zwischen Sucht- und Psychotherapiemodell leisten.

Literaturverzeichnis

- Beutler, L. E., Clarkin, J. F. & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Bohart, A. (1980). Toward a cognitive theory of catharsis. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 17(2), 192-201.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. London: Hogarth.
- Brähler, E., Holling, H., Leutner, D. & Petermann, F. (2002). *Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Band 2*. Göttingen: Hogrefe.
- Casriel, D. (1972). *A scream away from happiness*. New York: Grosset & Dunlap.
- Casriel, D. (1983). *Die Wiederentdeckung des Gefühls. Schreitherapie und Gruppendynamik*. München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Casriel, D. (1983). New-Identity-Prozess. In R. J. Corsini (Hrsg.), *Handbuch der Psychotherapie* (Bd. 2, S. 802-823). Weinheim, Basel: Beltz.
- Casriel, D. (2001). The New Identity Process. In R. J. Corsini (Hrsg.), *Handbook of Innovative Therapy* (second ed., S. 440-450). New York: John Wiley & Sons.
- Elliot, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on the experiential psychotherapies In M. Lambert (Hrsg.), *Psychotherapy and behaviour change*. New York: Wiley.
- Franke, G. (2002). *Die Symptom- Checkliste (SCL-90-R) von Derogatis- Deutsche Version*. Weinheim: Beltz.
- Gerlach, M., Molfenster, S. & Stadtmüller, G. (2004). Der New Identity Process. Ein therapeutisches Behandlungssystem zur Veränderung von Persönlichkeitsstörungen *Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (Hrsg): Brennpunkt Psychotherapie; Berlin 2004; S. 130, Unveröffentlichtes Manuskript des 15. Kongresses für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung der DGVT: Berlin.*

- Goldman, R. N. (1997). Theme-related depth of experiencing and change in experiential psychotherapy with depressed clients., *Unveröffentlichte Dissertation*. York University, Toronto , Ontario, Canada.
- Gordon, J., Gordon, J. & Stadtmüller, G. (2006). Anmerkungen zur Bonding-Psychotherapie. Erfahrungsbericht einer Teilnehmerin mit Kommentar. *Psychosozial, 106*, 85-90.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Greenberg, L. & Watson, J. (1998). Experiential Therapy of Depression: Differential Effects of Client-Centered Relationship Conditions and Process Experiential Interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224.
- Greenberg, L. S., Alberta E. Pos, Goldman, R. N. & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1007-1016.
- Greenberg, L. S., Korman, L. M. & Paivio, S. (2002). Emotion in Humanistic Psychotherapy In D. J. Cain & J. Seeman (Hrsg.), *Humanistic Psychotherapies, Handbook of Research and Practice* (S. 499-530). Washington , DC: APA.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N. & Elliott, R. (2003). *Emotionale Veränderung fördern. Grundlagen einer prozess- und erlebnisorientierten Therapie*. Paderborn: Junfermann
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Beck- Depressions- Inventar (BDI), Testhandbuch (2. überarbeitete Auflage)*: Bern: Huber.
- Iwakabe S., Rogan K. & Stalikas A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions and the the working alliance: An exploration of eight emotional expression events. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(4), 375-402.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Shanyang, Z., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R- psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry 51*(1), 8-19.
- Korman, L. M. (1998). Changes in clients emotion episodes in therapy., *Unveröffentlichte Dissertation*. York University, Toronto, Ontario, Canada.

- Kriebel, R., Paar, G. H., Schmitz-Bühl, S. M. & Raatz, U. (2001). Veränderungsmessung mit dem Veränderungsfragebogen (VEV): Entwicklung einer Kurzform und deren Anwendung in der Psychosomatischen Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 53, 20-32.
- Lammers, C.-H. (2006). Bedeutung emotionsfokussierter Konzepte und Interventionen für die kognitive Verhaltenstherapie. *Nervenarzt*, 77, 1040-1050.
- Lechler, W. H. & Meier, A. (Hrsg.). (2007). *Das Bad Herrenalber Modell- Eine Lehr- Lern-Gemeinschaft (A Teaching- Learning- Community) als psychosomatisches Klinik-Konzept*: Santiago Verlag.
- Mestel, R. (1996). Therapieevaluation am Dan Casriel Institut: Therapieergebnisse von fünf NIP-Workshops im Jahr 1995. *Unveröffentlichter Bericht, Forschungsstelle an den Psychosomatischen Kliniken Bad Grönenbach*.
- Mestel, R. (1999). Evaluation von vier psychotherapeutischen Intensivphasen im Jahr 1998 am Dan Casriel Insitut *Unveröffentlichtes Gutachten, Forschungsstelle an den Psychosomatischen Kliniken Bad Grönenbach*.
- Moggi, F. (Hrsg.). (2007). *Doppeldiagnosen: Komorbidität psychischer Störungen und Sucht* (2., vollst. überarb. u. erg. Aufl. ed.). Bern: Huber.
- Moggi, F. & Donati, R. (2004). *Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen* (Bd. 21). Göttingen; Bern [u.a.]: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Regier, C. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drugs abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Rudolf, G. (2002). Strukturbezogene Psychotherapie. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit* (S. S. 249-268). Stuttgart: Schattauer.
- Rüegg, J. C. (2001). *Psychosomatik, Psychotherapie und Gehirn. Neuronale Plastizität als Grundlage einer biopsychosozialen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Rynick, G. M. (2003). *Level of Emotions*: Selbstverlag.
- Stadtmüller, G. & Gordon, J. A. (2006). Biologische Korrelate von Emotionen. *Psychoanalyse & Körper*, 9(2), 39-65.

- Stauss, K. (2001). *Zusammenhänge zwischen Veränderungen der SASB Introjekten-Normalfall mit Bindungsstilveränderungen*. Bad Grönenbach: Unveröffentlichtes Manuskript, Klinik für psychosomatische Medizin
- Stauss, K. (2006). *Bonding-Psychotherapie- Grundlagen und Methoden*. München: Kösel-Verlag.
- von Wahlert, J. & Mestel, R. (2011). Bondingpsychotherapie im Kontext stationärer Psychotherapie. *Psychotherapie-Wissenschaft, 1*, 24-31.
- Whelton, W. J. & Greenberg, L. S. (2001). The self: A singular multiplicity. In J. C. Muran (Hrsg.), *Self-relations in the psychotherapy process*. (1 ed., S. 87-110). Washington, DC APA Press.
- Wittchen, H.-U., Essau, C. A., von Zerssen, D., Krieg, H.-J. & Zaudig, M. (1992). Lifetime and six-month prevalence of mental disorder in the Munich follow-up study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 241*(4), 247-258.
- Wittmann, W. W., Held, M., Rudolf, A. & Schulze, R. (1996). Gutachten über die Programmevaluations-Studie der Klinik für Psychosomatische Medizin in Grönenbach. *Unveröffentlichter Bericht: Universität Mannheim*.