

Kapitel 9

Was nach der Behandlung passiert: Kann strukturelle Veränderung ein Prädiktor für Langzeitwirksamkeit sein?*

von Tilman Grande, Wolfram Keller und Gerd Rudolf

Schlüsselwörter Katamneseuntersuchung – Langzeit-Psychotherapie – Wirksamkeitsforschung – psychoanalytisch/psychodynamisch – Psychotherapie – Strukturelle Veränderung

Die erste systematische Katamnese studie von therapeutischen Ergebnissen wurde vom Berliner Psychoanalytischen Institut durchgeführt und von Fenichel (1930) berichtet. Diese Studie schuf einen Präzedenzfall, dem viele Psychoanalytiker in den anschließenden Jahren folgen sollten (Alexander, 1937; Jones, 1936; Knight, 1941; für einen Überblick siehe Bergin, 1971). In der Nachfolge hatte die Arbeit dieser Psychoanalytiker weitreichende sozialpolitische Auswirkungen; so spielten die Studien, die Dührssen (1962) am Berliner Zentralinstitut für psychogene Erkrankungen durchführte, beim Einschluss der tiefenpsychologischen (TP) und psychoanalytischen (PA) Therapien zu den Behandlungsformen, die durch das Gesundheitssystem in Deutschland finanziert werden. Aus der zugängigen Literatur ist ersichtlich, dass sich die psychoanalytische Verbände seit jeher für das Thema der Langzeiteffekte von Therapien interessiert.

Katamnese studien werden üblicherweise durchgeführt, um festzustellen, ob die Effekte der Psychotherapie nach Beenden der Behandlung stabil bleiben. Das Hauptaugenmerk solcher Untersuchungen richtet sich auf die Beständigkeit der Effekte hinsichtlich einer speziellen Therapieform im Vergleich zu einer anderen oder zu einer Kontrollbedingung. Solche Studien liefern Belege bezüglich der Konstanz oder sogar der Steigerung

*Dieser Artikel basiert auf Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oerbracht C, Stehle
Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychother Res* 2009;19:344–57.

R.A. Levy et al. (Hrsg.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, Current Clinical Psychiatry, übersetzt von D. Cires & H. Kächele (International Psychoanalytic University, Berlin

des therapeutischen Effektes bis zu einer Katamnese an einem bestimmten Zeitpunkt (Lambert & Ogles, 2004).

Mit den Daten der Heidelberg-Berlin-Studie übernahmen wir einen anderen Ansatz bei der Untersuchung von Langzeiteffekten von Therapieergebnissen. Wir befassten uns mit folgender Fragestellung: Welche Art von Veränderung sollte am Ende einer Therapie eingetreten sein um sicherzustellen, dass die allgemeinen positiven Effekte, welche viele zentrale Lebensbereiche beeinflussen, auch später gefunden werden (zur Katamnese)? Welche Formen von Prä-Post-Veränderungen lassen sich mit solchen Effekten in Verbindung bringen, nachdem ein längerer Zeitraum nach Beenden der Therapie verstrichen ist? Das folgende Beispiel verdeutlicht die Interessensschwerpunkte: angenommen, eine Untersuchung misst Veränderungen im Krankheitsleiden und in zwischenmenschlichen Problemen von Beginn der Therapie bis zu deren Ende. Eine Bewertungsgrundlage des Ergebnisses, die Behandlungseffekte in verschiedenen Lebensbereichen widerspiegelt, wird identisch am Ende der Therapie und zur Katamnese angewandt. Man hat herausgefunden, dass, obwohl Krankheitsleiden und zwischenmenschliche Probleme beide hoch mit der Bewertungsgrundlage am Ende der Therapie korrelieren, nur eines der beiden Maße (z.B. Veränderungen zwischenmenschlicher Probleme) weiterhin signifikant mit der Einschätzung bei einer Katamnese drei Jahre später korreliert. Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass Prä-Post-Veränderungen von zwischenmenschlichen Problemen im Vergleich zu Veränderungen im Krankheitsleiden, ein wichtigeres Ergebnis darstellen, aufgrund deren Verbindung mit umfassenden positiven Langzeitveränderungen im Leben des Patienten. In einem weiteren Schritt kann dieses Ergebnis dazu genutzt werden, um Rückschlüsse über die Art der Veränderung zu ziehen, auf die sich die therapeutische Arbeit konzentrieren sollte.

Die psychoanalytische Theorie der Persönlichkeit benutzt den Begriff „Struktur“, um sich auf die zeitlich stabile Persönlichkeitsorganisation und die gewohnten Muster zu beziehen, die Personen, in einem Versuch, ihre unbewussten Konflikte zu lösen, annehmen (Rapaport, 1960, dt. 1970; Horowitz et al., 1993). Die psychoanalytische Theorie der Therapie postuliert also eine spezielle Form von Veränderung, von der angenommen wird, dass sie für besonders stabile Effekte verantwortlich ist: die sogenannte „strukturelle Veränderung“. Strukturelle Veränderungen sind von eher oberflächlichen Veränderungen, worunter die Symptomreduktion fällt, zu unterscheiden. Man geht davon aus, dass Veränderungen auf dieser tieferen Persönlichkeitsebene wesentlich sind, um dauerhafte therapeutische Effekte auf allen Ebenen zu erreichen (einschließlich der Symptomatik). Das Ziel der in der psychoanalytischen Behandlung angewandten Techniken (z.B. Ermutigung zur Regression,

Interpretation der Übertragung usw.) ist es, genau diese strukturellen Veränderungen zu fördern (Kernberg, 1991 u. 1999; Moore & Fine, 1990).

Untersuchungen deuten darauf hin, dass Veränderungen dieser Art nicht ausschließlich charakteristisch für psychoanalytische Behandlungen sind, da diese auch durch andere Formen von Psychotherapie erreicht werden können, wie beispielsweise durch expressive oder supportive Ansätze (Wallerstein, 1986 u. 1988). Wenn man die ausschlaggebende Rolle struktureller Veränderung im Selbstbild der psychoanalytischen Theorie betrachtet, ist es erstaunlich, dass dieses Konzept so lange weitgehend undefiniert blieb, kaum empirisch untersucht und erst vor kurzem Gegenstand der Bestrebungen wurde, es zu operationalisieren. Diese Bestrebungen beinhalten: das Karolinska Psychodynamic Profile, das von Weinryb und Rössel (1991) entwickelt wurde; die Scales of Psychological Capacities von Wallerstein und seinen Mitarbeitern (DeWitt et al., 1991; Wallerstein, 1996); die Reflective Functioning Scale von Fonagy et al. (1988); die Shedler-Westen Assessment Procedure (Shedler & Westen, 2007); und die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Grande & Oberbracht, 2000), welche auf dem System der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) (OPD Task Force, 2001 & 2008) basiert. Trotz wesentlicher Unterschiede zwischen diesen Instrumenten, ist ihr Vertrauen auf komplexe, klinische Einschätzungen des Patienten und dessen Veränderungen, welche nur von einem gut trainierten Beurteiler durchgeführt werden können, ein gemeinsames Merkmal. Der Patient wird nicht als dazu in der Lage erachtet, Selbsteinschätzungen bezüglich struktureller Veränderung abzugeben.

Die Mehrheit der oben aufgelisteten Instrumente – mit Ausnahme der Heidelberger Umstrukturierungsskala – sind konzeptuell dazu entwickelt, um Veränderung als eine Reduktion von ungünstigen Persönlichkeitsstilen oder eine Auflösung innerer Hemmungen oder anderer Einschränkungen zu messen. Veränderung wird dadurch implizit als die Abnahme oder die Beseitigung von Pathologie definiert. Diese Definition ist konzeptuell problematisch, wenn es darum geht, Veränderung im Kontext der psychoanalytischen Therapie zu messen. Seit den berühmten klinischen Nachuntersuchungen von Pfeffer (1959), welche von Schlesinger und Robbins unterstützt wurden (1975), bestätigten neue systematische Studien, dass Patienten für einen langen Zeitraum nach erfolgreichem Therapieverlauf anfällig in Bezug auf ihre zentralen Konflikte bleiben, und sie vorübergehend in neurotischer Art und Weise reagieren, wenn konfliktbehaftete Themen auftauchen (zum Beispiel Leuzinger-Bohleber & Target, 2002). Was sich jedoch grundlegend geändert hat, ist die Fähigkeit der Person mit solchen Situationen auf geordnete Weise umzugehen. Nach der Therapie ist der Patient in der Lage, gesündere anstelle der zuvor angewandten neurotischen

Lösungen zu finden. Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass Veränderungen, welche durch die PA Behandlung bedingt sind, als Veränderungen in der Art des Umgangs mit konflikthaften Tendenzen und Anfälligkeiten konzeptualisiert werden sollten, anstatt als Beseitigung solcher Verhaltensweisen. Ein anpassungsfähiger Umgang mit kritischen Situationen wird dann möglich, wenn der Patient nicht nur eine kognitive, sondern vor allem eine emotionale Einsicht in seine unbewusst beeinflussten problematischen Lebensbereiche gewinnt (Thomä & Kächele, 1985). Wir möchten festhalten, dass diese Form der Veränderung von der Heidelberger Umstrukturierungsskala erfasst wird, welche therapiebedingte Veränderungen im Umgang mit individuell definierten Problembereichen misst (Grande & Oberbracht, 2000; Grande et al., 2003).

In der psychoanalytischen Literatur wurde darüber diskutiert, dass strukturelle Veränderungen im Gegensatz zu rein symptomatischen Veränderungen oder Veränderungen von offensichtlichen Verhaltensmustern, einen breiten Einfluss auf viele Lebensbereiche haben und mit einer Veränderung im Selbsterleben in Zusammenhang stehen (Wallerstein, 1965). Veränderungen solcher Art lassen sich nicht so einfach mit beispielsweise Prä-Post-Vergleichen darstellen, da es nicht nur spezifische Aspekte des Patienten sind, welche Gegenstand der Veränderung sind (Symptome, Verhaltensmuster, Beziehungsprobleme, etc.), sondern das gesamte Bezugssystem innerhalb dessen der Patient seine Erfahrungen und sein Verhalten bewertet. Nach Sandler und Sandler (1983) tritt dies auf, wenn der Patient eine Aussöhnung mit vorher nicht akzeptierten Teilen des Selbst erreicht und somit in der Lage ist, Urteile gegenüber sich selbst und anderen zu abwägen. Unter bestimmten Umständen ist es möglich, dass ein Problem – zum Beispiel im zwischenmenschlichen Bereich – ohne die offensichtlichen Änderungen, welche der Patient noch am Anfang der Therapie vornehmen möchte, gelöst werden kann, nämlich durch Veränderungen in seiner inneren Beurteilung. In diesem Fall würde der Patient nichtsdestotrotz rückblickend feststellen, dass sich seine zwischenmenschlichen Schwierigkeiten als Resultat der Therapie verbessert haben. Gleichermaßen könnte ein Patient ebenfalls rückschauend positive Veränderungen in Lebensbereichen bemerken, in denen er vor Beginn der Therapie gar keine Probleme wahrgenommen hat (welche jedoch im Nachhinein als kritisch identifiziert wurden). Rückblickende Bewertungen von Veränderung spiegeln also Umstellungen im inneren Bezugssystem des Patienten wider, zusätzlich zu den manifesten Veränderungen der Symptomatik und des Verhaltens. Unserer Ansicht nach ist es daher lohnenswert in Betracht zu ziehen, ob genau deshalb rückblickende Bewertungen eine Möglichkeit darstellen, noch wesentlichere therapeutische Veränderungen aus der Sicht des Patienten zu erfassen.

Rückblickende Bewertungen werden in der Forschungsliteratur als kritisch angesehen. Prä-Post-Messungen, oder eher Prä-Post-Vergleiche (Hill & Lambert, 2004), werden als Standard für die Messung von Erfolg angesehen. Kritiker heben hervor, dass zahlreiche Untersuchungen wiederholt nur schwache Korrelationen zwischen rückblickenden Bewertungen und vorher abgeleiteten Prä-Post-Messungen zeigten.

Dennoch erwarten Patienten nicht zwangsläufig einen bestimmten Grad an Symptomreduktion am Ende ihrer Therapie; sie erwarten eher das Erreichen persönlicher Ziele, welche stark variieren in Abhängigkeit von der jeweiligen Person. Bei rückblickenden Bewertungen der Ergebnisse wird die Veränderung der Symptomatik nicht objektiv durch Prä-Post-Messungen evaluiert, sondern eher als das Erreichen eines persönlichen Ziels gemessen. Wenn man dieser Argumentation folgt und die zuvor diskutierten Überlegungen miteinbezieht, würden wir gerne hinzufügen, dass wesentliche therapeutische Veränderungen in einer weiteren Anpassung dieser individuellen Ziele, und somit auch in den Bewertungskriterien des Patienten, resultieren können. Wir empfehlen daher, dass rückblickende Bewertungen von Veränderung mit in die Messung von Wirksamkeit neben Prä-Post-Vergleichen aufgenommen werden. Solche Kriterien wurden in der vorliegenden Studie angewandt, um Kurz- und Langzeiteffekte von Behandlungen in verschiedenen Lebensbereichen zu erfassen.

Laut den psychoanalytischen klinischen Erfahrungen endet der Veränderungsprozess nicht mit Beenden der Therapie. In der „post-analytischen Phase“ (Thomä & Kächele, 1985) treten weitere wichtige Entwicklungsschritte auf. Indem die Übertragungsbeziehung durch einen Trauerprozess aufgegeben wird, kann es zu einer Identifikation mit der Funktion des Analytikers kommen, worunter man theoretisch die Ausbildung selbstanalytischer Fertigkeiten versteht (Ticho, 1967). Während das Ende der Therapie bis zu einem gewissen Maße den Abschluss der Arbeit des Analytikers kennzeichnet – und in günstigen Fällen, das Erreichen struktureller Veränderungen – werden viele Effekte erst zu einem späteren Zeitpunkt erkennbar, wenn der Patient einen höheren Grad an Autonomie erworben hat und sich Methoden einer unabhängigen Selbstregulation, basierend auf neu gewonnenen Einsichten, angeeignet hat. In Anbetracht dieser verspäteten Manifestation therapeutischer Effekte sprechen sich PA Forscher für eine Unterscheidung zwischen therapeutischen Ergebnissen, die am Ende der Therapie gemessen werden und solchen, die zu einem späteren Zeitpunkt gemessen werden, aus (Thomä & Kächele, 1985; Leuzinger-Bohleber et al., 2003; Wallerstein, 2001). Es wird ein Intervall von zwei bis fünf Jahren als angemessener Zeitraum für eine Katamnese vorgeschlagen, da sich dann dauerhafte therapeutische Effekte im Leben

des Patienten feststellen lassen (Wallerstein, 2001). Einhergehend mit dieser Betrachtungsweise nehmen wir in der vorliegenden Studie an, dass speziell strukturelle Veränderungen (prä-post) therapeutische Effekte vorhersagen, die nach einem längeren Intervall nach Ende der Therapie gemessen werden können.

Die vorliegende Untersuchung basiert auf Daten, die in der Heidelberg-Berlin-Studie gesammelt wurden (Grande et al., 2004; Grande et al., 2006; Rudolf et al., 2002), welche die unterschiedlichen Effekte von zwei psychodynamischen Therapien untersuchte. Statt sich jedoch auf diese unterschiedlichen Behandlungseffekte zu konzentrieren, übernahm die aktuelle Untersuchung den Forschungsansatz, welcher zu Beginn der Einleitung beschrieben wurde, um festzustellen, welche Prä-Post-Veränderungen (d.h. Veränderungen von Beginn bis zum Ende der Therapie) am besten rückblickende Patienteneinschätzungen in der gesamten Patientengruppe am Ende der Therapie, zum Zeitpunkt einer einjährigen und einer dreijährigen Nachfolgeuntersuchung vorhersagen. Es wurde angenommen, dass strukturelle Veränderung ein besserer Prädiktor dieses Bewertungskriteriums sein würde, im Vergleich zu Veränderungen der Symptomatik oder zwischenmenschlicher Beziehungen und dass dies zutreffen würde, unabhängig von der Behandlungsgruppe. Um jedoch einen potentiellen Einfluss der Gruppe auf den Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Kriterium auszuschließen, wurden die Interaktionen zwischen Prä-Post-Messungen und der Behandlungsform in die statistische Auswertung miteinbezogen.

Methode

Versuchspersonen

Die ursprüngliche Studie wurde als eine gemeinsame Untersuchung in Heidelberg und Berlin durchgeführt. Das Design und die Ergebnisse sind detailliert in Grande et al. (2006) beschrieben. Psychoanalytiker in niedergelassener Praxis wurden dazu aufgefordert, nachfolgende Patienten mit einzuschließen, die eine Behandlung suchten. Patienten mit psychotischen Störungen und Patienten unter 18 Jahren wurden ausgeschlossen. 62 Fälle, in denen Patienten die Behandlung wie geplant abgeschlossen haben und bis zum Ende an der Studie teilgenommen haben, wurden zunächst eingeschlossen. Neun Fälle sind aus der Studie ausgeschieden. Fünf weitere Patienten beendeten ihre Studienteilnahme während der Therapie, setzten aber dennoch die Behandlung fort.

Die Studie wurde ursprünglich dazu gestaltet, um zwei therapeutische Ansätze zu vergleichen, nämlich die psychoanalytische und die tiefenpsychologisch fundierte Psycho-

therapie (vgl. Grande et al., 2006). Drei von 62 Fällen wurden von der Datenanalyse ausgeschlossen aufgrund der Beschaffenheit des ursprünglichen Studiendesigns und dem Umstand, dass die anfänglich geplante Therapiemethode (PA oder TP) in so großem Ausmaß von dem betreffenden Therapeuten im Verlauf der Behandlung modifiziert wurde, dass es nicht länger möglich war, diese drei Behandlungen ihrer ursprünglichen Gruppe zuzuordnen. 59 Fälle blieben demnach übrig; 32 in der PA Gruppe und 27 in der TP Gruppe. Diese Patienten bildeten die Basis unserer Auswertungen. 55 Patienten davon (93,2%; 29 PA und 26 TP) nahmen an einer einjährigen und 53 (89,9%; 29 PA und 24 TP) an einer dreijährigen Nachfolgeuntersuchung teil.

Das durchschnittliche Alter der 59 Patienten betrug 37,3 Jahre ($SD = 9.4$); 39 (66,1%) waren Frauen und 20 (33,9%) waren Männer. 32 (54,2%) Patienten waren Abiturienten; die restlichen 27 brachen die Schule vorzeitig ab. Die diagnostische Beurteilung wurde von den jeweiligen Therapeuten basierend auf der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10: Dilling et al., 1994) durchgeführt. Während der Planung der Studie trug dieses Vorgehen wesentlich dazu bei, die Studienakzeptanz bei den Therapeuten zu erhöhen. Alle Analytiker wurden mit ICD Forschungskriterien versorgt (Dilling et al., 1994) und bekamen auch die Möglichkeit, entsprechende Fälle mit Mitarbeitern des Projekts zu diskutieren und aufzuklären, wenn Fälle diagnostischer Unsicherheit vorlagen. Die Analytiker nahmen dieses Angebot regelmäßig in Anspruch. Persönlichkeitsstörungen wurden in Übereinstimmung mit dem ICD-10 (F60, F61) von unabhängigen Gutachtern diagnostiziert, basierend auf Interviews (durchgeführt anhand der OPD-Richtlinien, siehe unten). Diese Gutachter waren sehr erfahren im Gebrauch des ICD-10. Da die narzisstische Persönlichkeitsstörung nicht im ICD enthalten ist, wurde diese Diagnose in Übereinstimmung mit den DSM-IV Kriterien (und kodiert als F60.81) übernommen. Die häufigsten ICD Diagnosen waren depressive Störungen (F32-34: 66,1%), Angststörungen (F41: 40,7%) und somatoforme Störungen (F45: 37,3%) gefolgt von Zwangsstörungen (F42: 22,0%), sexuellen Funktionsstörungen (F52: 22,0%), Anpassungsstörungen (F43: 18,6%) und Essstörungen (F50: 18,6%). Mehrfache Diagnosen waren erlaubt. 31 Patienten (52,5%) wurden mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, am häufigsten waren dabei die narzisstische Persönlichkeitsstörung (11 Fälle F60.81: 18,6%) oder die Borderlinestörung (sechs Fälle F60.31: 10,2%). (Weitere Persönlichkeitsstörungen: zwei Fälle von emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ F60.30, dependente Persönlichkeitsstörung F60.7 und histrionische Persönlichkeitsstörung F60.4; ein Fall von paranoider Persönlichkeitsstörung F60.0, anankastische Persönlichkeitsstörung F60.5 und

selbstunsicher-vermeidende Persönlichkeitsstörung F60.6; eine Doppeldiagnose F60.1 und F60.81; vier unspezifische Persönlichkeitsstörungen.) Es wurden durchschnittlich 2,5 klinische Diagnosen (vergleichbar mit der Achse I des DSM) und drei Diagnosen mit Persönlichkeitsstörungen pro Patient gestellt.

Der Global Severity Index (GSI) der Symptomcheckliste-90-Revised (SCL-90-R: Derogatis, 1994; Franke, 2002) wurde genutzt, um die aktuelle allgemeine Belastung zu messen. Der Mittelwert zu Beginn der Therapie lag bei $M = 1.06$ ($SD = 0.59$). Brockmann et al. (2002) berichten zum Vergleich von einem mittleren GSI Wert von $M = 0.92$ ($SD = 0.54$) für eine zufällige Stichprobe von 31 Patienten zu Beginn einer psychoanalytisch orientierten ambulanten Psychotherapie, Schauenburg und Strack (1999) fanden einen Mittelwert von $M = 1.22$ ($SD = 0.65$) in einer gemischten Gruppe von 410 Patienten von PA Praxen.

Was den Gesamtwert des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D: Horowitz et al., 2000) betrifft, fanden wir einen Mittelwert von $M = 1.62$ ($SD = 0.49$) zu Beginn der Therapie. Zum Vergleich, Brockmann et al. (2002) berichten von einem Mittelwert von $M = 1.69$ ($SD = 0.43$) am Anfang der Therapie für ihre zufällig ausgewählte Stichprobe. In einer kontrollierten Studie mit einer Stichprobe von 63 Patienten, welche eine ambulante Psychoanalyse zur Behandlung einer depressiven Störung erhielten, fanden Huber et al. (2007) einen gesamten IIP-Mittelwert von $M = 1.81$ ($SD = 0.38$). Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass der Grad der Beeinträchtigung bei unseren Patienten repräsentativ dafür ist, was im Allgemeinen unter naturalistischen Bedingungen in psychoanalytisch orientierten ambulanten Therapien in Deutschland zu finden ist.

Therapeuten

Um sich für die Studie qualifizieren zu können, mussten die Therapeuten eine psychoanalytischePA Ausbildung bei einem von der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) anerkannten Institut abgeschlossen haben – dem Dachverband für PA Ausbildungsinstitute in Deutschland. Eine Ausbildung nach den Richtlinien der DGPT qualifiziert und berechtigt Therapeuten, Kosten psychoanalytischer oder tiefenpsychologisch fundierter Therapien über die gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen. Die 59 Behandlungen wurden von 45 Analytikern aus Heidelberg und Berlin durchgeführt. Manche Therapeuten (Wallerstein, 1988) beteiligten sich mit einem PA und einem TP Fall an der Studie, andere mit entweder einem PA oder einem TP

Fall. Die Analytiker hatten ein Durchschnittsalter von 51,8 Jahren ($SD = 6.7$); 29 (60,4%) davon waren Frauen und 19 (39,6%) Männer. 26 (54,2%) waren Psychologen und 22 (45,8%) Ärzte (Psychiater). Die durchschnittliche berufliche Erfahrung als Psychotherapeuten betrug 20 Jahre ($SD = 7.59$; *min.* 5 Jahre, *max.* 40 Jahre) und ungefähr die Hälfte beendete ihre PA Ausbildung mindestens sieben Jahre ($SD = 7.35$; *min.* 2, *max.* 31 Jahre) vor Beginn des Projekts. Dementsprechend waren alle an der Studie beteiligten Analytiker gut ausgebildete und erfahrene Psychotherapeuten.

Behandlung

Unterschiede zwischen den zwei psychodynamischen Ansätzen, PA und TP, bildeten nicht den zentralen Kern dieser Untersuchung. Der therapeutische Rahmen wurde dennoch als potentieller Moderator berücksichtigt. Die PA Therapien wurden vorwiegend (für mehr als die Hälfte der Therapiedauer) mit dem Patienten in liegender Position durchgeführt und einer Frequenz von mindestens drei Sitzungen pro Woche und einem Gesamtumfang von mindestens 150 Sitzungen. Die TP Therapien wurde überwiegend in sitzender Position durchgeführt mit einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche und einer Gesamtanzahl von 25 bis 100 Sitzungen. Die Sitzungsfrequenz stellte einen entscheidenden Faktor dar, aufgrund ihres Zusammenhangs mit der angewandten therapeutischen Technik, sowie den mit dem jeweiligen Behandlungsansatz einhergehenden Grundsätzen. Die PA Therapien, mit einer durchschnittlichen Dauer von 44,2 Monaten ($SD = 14.3$; $Mdn = 43.8$), hielten fast doppelt so lange an wie die TP Therapien, mit einer durchschnittlichen Dauer von 24,2 Monaten ($SD = 8.5$; $Mdn = 23.1$). In der PA Gruppe war die Anzahl der Sitzungen ($M = 310$; $SD = 102.9$; $Mdn = 300$) fast viermal höher als die der TP Gruppe ($M = 71.1$; $SD = 25.5$; $Mdn = 75$). Die Varianzen der Dauer waren in beiden Gruppen erheblich, was den breiten Umfang der Sitzungszahlen widerspiegelt.

Wie schon zuvor erwähnt, beinhalten die PA und die TP unterschiedliche therapeutische Techniken und Grundsätze. Die Therapeuten füllten alle drei Monate eine Itemcheckliste aus, um von den aktuellen therapeutischen Zielen und den angewandten Behandlungstechniken zu berichten. Einhergehend mit dem Kommentar zu den Psychotherapierichtlinien (Rüger et al., 2003), wurden unterstützende und fokale Interventionen und Grundsätze als charakteristisch für die TP eingestuft (Items: klarifizieren, einen Rat geben, Stress abbauen, ermutigen, strukturieren, fokusorientierte Arbeit an Persönlichkeitsproblemen),

während Regression und übertragungsfokussierte Ansätze als charakteristisch für die PA eingestuft wurden (Items: Ermutigung zur/Arbeit an der Übertragung, Zulassen von Ermutigung zu regressiven Prozessen, Traumarbeit, uneingeschränkte und umfassende Arbeit an Persönlichkeitsproblemen). Für jeden Fall wurden diese Items zusammengefasst, um entweder einen TP oder einen PA Wert zu bilden, welcher dann wieder durch die Anzahl der Items geteilt wurde (Grande et al., 2006). Die Werte reichten also von 0 bis 1 mit einem Maximalwert von 1, der zeigt, dass alle für eine Behandlungsform typischen Items angekreuzt wurden. Die Werte wurden über alle Bewertungszeitpunkte gemittelt. Auf diese Weise wurden Unterschiede zwischen den TP und PA Gruppen erfasst. Der durchschnittliche PA Wert lag bei 0,50 ($SD = 0.19$) in der PA Gruppe und bei 0,23 ($SD = 0.17$) in der TP Gruppe. Dieser Unterschied war signifikant, T (Rudolf, 1991) = 5.747, $p < .001$, einseitig getestet. Der durchschnittliche TP Wert war 0,22 ($SD = 0.15$) in der PA Gruppe und 0,36 ($SD = 0.16$) in der TP Gruppe. Dies war ebenfalls signifikant, T (Rudolf, 1991) = 3.64, $p < .01$, einseitig getestet. Die Effektstärken (Cohen, 1977) lagen bei 1,53 für den PA Score und bei 0,96 für den TP Score.

Messinstrumente

Strukturelle Veränderungen wurden mit einem Zwei-Schritte-Vorgehen gemessen: im ersten Schritt wurden zentrale Problembereiche für jeden Patienten auf der Grundlage des OPD festgelegt; der zweite Schritt beinhaltete eine Beurteilung der Veränderung jedes Patienten was die bestimmten Problembereiche betrifft, über den Therapieverlauf hinweg. Die Ergebnismessungen wurden demnach individualisiert. Das OPD (Sandler & Sandler, 1983) beinhaltet drei psychodynamische Achsen, die in diesem Kontext relevant sind (Tab. 8.1): die Beziehungsachse erfasst die vorherrschenden dysfunktionalen Beziehungsmuster des Patienten; bei der Konfliktachse wird das Vorhandensein und die Intensität von acht Konflikttypen festgestellt; die Strukturachse definiert das Funktionsniveau des Patienten im Hinblick auf sechs strukturelle Fähigkeiten und Defizite. (*Aufgepasst:* in Anbetracht der ähnlich klingenden Begriffe „Struktur“ und „strukturelle Veränderung“ ist es notwendig, genau zwischen diesen beiden zu unterscheiden: während sich „Struktur“ im OPD auf die psychischen Fähigkeiten oder Defizite bezieht, bezeichnet „strukturelle Veränderung“ im Kontext der PA Diskussion eine grundlegende Form der Persönlichkeitsveränderung bezüglich Beziehungsmustern, unbewussten Konflikten *und* strukturellen Merkmalen des Patienten im Sinne des OPD.)

Tab. 9.1 OPD Achsen und Liste potentieller Problembereiche

Beziehung
Individualisierte Beschaffenheit eines zentralen dysfunktionalen Beziehungsmusters
<i>Lebensbestimmende Konflikte</i>
1. Individuation vs. Abhängigkeit
2. Unterwerfung vs. Kontrolle
3. Versorgung vs. Autarkie
4. Selbstwertkonflikt
5. Schuldkonflikt
6. Ödipaler Konflikt
7. Identitätskonflikt
<i>Strukturelle Fähigkeiten/Defizite</i>
1. Selbstwahrnehmung
2. Selbstregulierung
3. Regulierung des Objektbezugs
4. Objektwahrnehmung
5. Kommunikation nach innen und außen
6. Fähigkeiten zur Bindung

Die Validität des OPD wurde in zahlreichen Studien untersucht, die Ergebnisse wurden von Cierpka et al. (2007) zusammengefasst und diskutiert. In der Zwischenzeit wurden weitere Studien zur Validität des OPD in Bezug auf die Beziehungsdiagnostik (Stasch et al., 2007), Konfliktdiagnostik (Schneider et al., 2008) und Strukturdiagnostik (Böker et al., 2007) veröffentlicht. Insgesamt zeigen diese Studien, dass die drei psychodynamischen Achsen des OPD dazu genutzt werden können, die zentralen psychoanalytischen Konzepte zu erfassen und psychische Störungen zu beschreiben.

OPD Einschätzungen stützen sich auf klinische Interviews, die in Übereinstimmung mit dem OPD Interviewmanual (OPD Task Force, 2001) durchgeführt werden. Die Interviews wurden von Studienmitarbeitern durchgeführt (d.h. nicht von den Therapeuten) und auf Video aufgezeichnet. Das Interview, das zwischen 1 und 1,5 Stunden dauert, konzentriert sich auf die subjektiven Erfahrungen und das Verhalten des Patienten innerhalb persönlicher Beziehungen mit dem Ziel, Hinweise auf die latenten Konflikte und strukturellen Merkmale zu erhalten. Um Veränderungen festzustellen, wurden die Interviews erneut am Ende der Behandlung durchgeführt und nochmals auf Video aufgenommen.

Zentrale Problembereiche wurden auf der Grundlage der OPD Auswertung für jeden Patienten bestimmt. Der Begriff „zentral“ bezieht sich auf jene Aspekte des OPD Profils des Patienten, von denen angenommen wurde, dass sie psychische und somatische Probleme und zwischenmenschliche Schwierigkeiten hervorrufen und/oder aufrechterhalten. Die Festlegung solcher Problembereiche beinhaltet somit den Status einer psychodynamischen Hypothese

woraus sich schließen lässt, dass Veränderung in diesen Bereichen stattfinden musste, um einen wesentlichen Rückgang oder das Auflösen der Symptome und Beschwerden des Patienten zu bewirken. Da die Therapeuten nicht von dem festgelegten zentralen Problembereich wussten, waren sie nicht in der Lage, ihre Interventionen konkret auf die Verringerung der Probleme in diesen Bereichen hinzusteuern. Die Items, die in Tabelle 8.1 aufgelistet sind, wurden dazu genutzt um zentrale Problembereiche zu bestimmen. Wenn man diese Items zusammen nimmt (ein zentrales dysfunktionales Beziehungsmuster, acht Konflikttypen und sechs Dimensionen struktureller Fähigkeiten/Defizite), erhält man insgesamt 15 problematische Merkmale, von denen Problembereiche für jeden Patienten abgeleitet werden können. Bisherige Studien (Grande et al., 2003; Grande et al., 2001) deuteten darauf hin, dass eine Auswahl von fünf Items des gesamten OPD Profils ausreichend für eine Identifizierung der Problemkonstellation des Patienten ist. Zwei unabhängige Beurteiler führten die Ermittlung der Problembereiche durch. Aufgrund der Wichtigkeit einer validen Itemauswahl für dieses Vorgehen, wurden Diskrepanzen zwischen Beurteilern diskutiert, um eine Übereinstimmung zu erreichen. In Zweifelsfällen wurde ein dritter Experte hinzugezogen.

Im zweiten Schritt wurde die HSCS (Abb. 8.1) dazu genutzt, um herauszufinden, auf welche Weise Patienten mit den spezifischen Problembereichen umgehen. Ratings wurden anhand der auf Video aufgezeichneten OPD Interviews durchgeführt. Die HSCS ist eine modifizierte Form der Assimilation of Problematic Experiences Scale (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 1992; Stiles et al., 1995), welche sich mehr nach dem PA Modell von Prozess und Veränderung orientiert (Rudolf et al., 2000). Jede Stufe der Skala kennzeichnet einen therapeutisch signifikanten Schritt, beginnend mit zunehmendem Bewusstsein eines zuvor nicht wahrgenommenen Problembereichs, was sich zum therapeutischen Durcharbeiten assoziierter Aspekte und Erfahrungen erstreckt, bis hin zu anschließenden grundlegenden Veränderungen sowohl im Erleben des Patienten als auch im spezifischen externalen Verhalten. Die Skala wurde zu Beginn und am Ende der Therapie angewandt, um festzustellen, wie der Patient mit den durch die ausgewählten OPD Items repräsentierten Problembereichen umgegangen ist. Dies wurde für jeden der fünf Problembereiche durchgeführt. Basierend auf der Annahme, dass diese Probleme miteinander interagieren und insgesamt die Schwierigkeiten des Patienten hervorrufen, wurden die durchschnittlichen strukturellen Veränderungswerte durch die Mittelung des HSCS-Ratings über die fünf Problembereiche berechnet. Strukturelle Veränderungen wurden also durch die Verschiebung der durchschnittlichen HSCS Werte entlang der Skala sichtbar. Zum Zwecke von

Berechnungen wurden dazwischenliegende Skalenstufen (z.B. 3- und 3+, siehe Abb. 8.1) entsprechenden Werten zugewiesen (z.B. 2,7 und 3,3). Bisher wurde die HSCS in zwei Studien angewandt (Grande et al., 2003; Grande et al., 2001; Schneider et al., 2006).

Die Interraterreliabilität für die ausgewählten zentralen fünf OPD Problembereiche und das HSCS Rating wurde auf der Grundlage sechs erfahrener Beurteiler gemessen. Einhergehend mit der Vorgabe der OPD Arbeitsgruppe (OPD Task Force, 2001) erhielten alle Beurteiler mindestens 60 Stunden Training bei der Anwendung des OPD; es wurden sowohl Überprüfungen der Leistung basierend auf vorher definierten Kriterien (Grande, 2004) durchgeführt, als auch der Gebrauch von vier bis sechs Standardvideos bevor die Beurteiler mit ihrer Arbeit begonnen haben. Die Beurteiler wurden anschließend von zwei der Entwickler der Skala im Gebrauch der HSCS trainiert. Im Vergleich zu den OPD Ratings stellt die HSCS ein weniger anspruchsvolles Instrument dar und ihre Anwendung kann schnell gelernt werden. Leistungsüberprüfungen wurden ein weiteres Mal beim Gebrauch der vier bis sechs Standardvideos durchgeführt, worauf hin die Beurteiler Teil der Studie wurden.

Abb. 9.1

Heidelberger Umstrukturierungsskala (Quelle: nachgedruckt mit Erlaubnis von Rudolf et al. (Rudolf et al., 2002))

Stufen		Manualausschnitt
<i>1. Problembereich wird abgewehrt</i>	Genaue	Das Problem ist komplett unbewusst; damit verbundene Erfahrungen werden vermieden; problematisches Verhalten ist Ich-synton; der Patient hat „kein Problem“ mit dem Problembereich
	1	
	Übereinstimmung	
	1+	
<i>2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Problem</i>	Tendenz	Unangenehme Gefühle und Gedanken in Verbindung mit dem Problembereich können nicht länger sofort abgewehrt werden, aber die Beschäftigung mit dem Problem ist widerwillig; externe Konfrontationen mit dem Problem finden statt, werden aber als Störungen zurückgewiesen; der Patient erkennt nicht, dass Probleme mit seiner/ihrer Person zusammenhängen könnten
	➡	
	2-	
	Genaue	
<i>3. Vages Bewusstsein für das Problem</i>	2	Patient bemerkt/vermutet die Existenz eines Problems, das Teil seiner/ihrer Selbst ist und nicht einfach zurückgewiesen werden kann; Wiederholung bewirkt, dass das Problem eine andauernde Existenz erhält; negative Affekte entstehen aus der Spannung heraus zwischen der hartnäckigen Natur des Problems und der defensiven/aversiven Haltung des Patienten
	Übereinstimmung	
	2+	
	Tendenz	
<i>4. Akzeptanz und Erforschung des Problems</i>	➡	Das Problem beginnt eine neue Form im Bewusstsein des Pat. anzunehmen; es gibt beginnende Hinweise auf eine aktive, frontale Beschäftigung mit dem Problem; das Problem kann nun als eine „Aufgabe“ formuliert und somit der Gegenstand therapeutischen Arbeitens werden; destruktive, zurückweisende Reaktionen können diese Einstellung behindern, aber sie nicht mehr komplett untergraben
	3-	
	Genaue	
	3	
<i>5. Dekonstruktion im Problembereich</i>	Übereinstimmung	Hinterfragen und Auflösen der gewohnten Bewältigungsmechanismen; Unsicherheit bezüglich der Bewertungen der eigenen Person und der von anderen; Wahrnehmung eigener Grenzen und Defizite; Resignation und Hoffnungslosigkeit wechseln sich ab mit dem Drang nach Wiedergutmachung
	3+	
	Tendenz	
	➡	
<i>6. Umgestaltung im Problembereich</i>	Tendenz	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	➡	
	4-	
	Genaue	
	4	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	Übereinstimmung	
	4+	
	Tendenz	
	➡	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	5-	
	Genaue	
	5	
	Übereinstimmung	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	5+	
	Tendenz	
	➡	
	Tendenz	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	➡	
	6-	
	Genaue	
	1+	Loslassen und aufgeben gewohnter Bewältigungsmechanismen; Pat. wird vermehrt selbstsicher in seinem/ihrer Erleben und in der Lage, Kontrolle über und Verantwortung für sein/ihr eigenes Leben im Problembereich zu übernehmen; zunehmend versöhnlicher Zugang zum
	6	
	Übereinstimmung	
	1+	

Da sich die Studie über mehrere Jahre erstreckte, traf sich die ganze Gruppe regelmäßig (ungefähr viermal im Jahr), um gemeinsam Beurteilungen durchzuführen und Diskrepanzen zu diskutieren.

Zwei Rater beurteilten jeden Fall und verschiedene Gruppen von Ratern führten Ratings zu Beginn und am Ende der Therapie durch. Bezüglich des gesammelten Materials am Ende der Therapie, bewertete die Berlingruppe das Heidelbergmaterial und andersherum. Beurteiler, die die HSCS am Ende der Behandlung bewerteten, wurden über zu Beginn der Therapie festgelegte Problembereiche für jeden Patienten aufgeklärt, hatten aber ansonsten keinerlei Basisinformationen über den Patienten oder bezüglich dessen Entwicklung über den Therapieverlauf hinweg. Für die Auswahl der Problembereiche aus dem OPD Profil zu Beginn der Behandlung wurde ein Kappa von 0,62 berechnet (Cohen, 1977). Im Hinblick auf die HSCS Ratings wurde eine Interraterübereinstimmung von ICC (1.1) = 0.83 festgestellt.

Die SCL-R-90 (Derogatis, 1994; Franke, 2002) wurde von den Patienten zur Selbstbeurteilung der aktuellen Symptomatik genutzt. Der GSI diente dabei als Messwert der aktuellen allgemeinen Belastung. Zur Erfassung von Beziehungsproblemen wurde die deutsche Version des IIP-D (Horowitz et al., 2000) angewandt. Hier wurde ebenfalls der Gesamtwert benutzt; aufgrund der Heterogenität der Patientengruppe wäre es nicht möglich gewesen, die Hypothesen für spezifische Symptomcluster oder spezifische interpersonelle Probleme zu testen. Daher wurden Therapieeffekte nicht durch die SCL-90-R oder die Subskalen des IIP-D beurteilt. Sowohl die SCL-90-R als auch das IIP-D wurden von den Patienten zu Beginn und am Ende der Therapie ausgefüllt.

Am Ende der Therapie, sowie zur 1-Jahres- und 3-Jahresnachfolgeuntersuchung, führten die Patienten eine *rückblickende Bewertung des Therapieergebnisses* anhand eines Fragebogens mit acht Items durch, bei dem verschiedene Aspekte therapeutischer Veränderung abgedeckt wurden: psychische Symptome, somatische Symptome, zwischenmenschliche Probleme, Umgang mit Anforderungen des Lebens, allgemeine Fähigkeiten, Fähigkeit zum Genuss, Selbstbewusstsein und allgemeine Lebenszufriedenheit. Die Anweisungen des Fragebogens lauteten folgendermaßen: „Bitte erinnern Sie sich an die Probleme und Schwierigkeiten, unter denen Sie zu Beginn der Therapie gelitten haben. Wenn Sie sich nun selbst betrachten: in welchem Ausmaß haben sich diese Probleme und Schwierigkeiten seitdem geändert?“ Diesen Anweisungen folgten die oben aufgelisteten Aspekte von Veränderung (z.B. „zwischenmenschliche Probleme“), die auf einer sechs-stufigen Skala bewertet werden sollten. Mit den Ankerpunkten -1 verschlechtert/0 unverändert/+1 leicht verbessert/+2 deutlich verbessert/+3 erheblich verbessert/+4 maximal

verbessert. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) betrug für die gesamte Skala 0,94. Die Items wurden addiert und durch die Anzahl der Items geteilt; daraus ergaben sich Werte zwischen -1 und +4.

Dieses Instrument für eine rückblickende Ergebnisbewertung wurde im Zusammenhang mit einer früheren Untersuchung über 162 psychodynamische Therapieverläufe entwickelt (die sogenannte Berliner Psychotherapiestudie, vgl. Rudolf, 1991). Die Patienten dieser Studie wurden dazu aufgefordert, Veränderungen in Form eines freien Textes zu beschreiben, die in ihren Augen wesentlich gewesen sind. Eine qualitative Analyse dieser Texte führte zur Bestimmung der Kategorien von Veränderung, welche durch die acht Items des vorliegenden Instruments beurteilt werden.

Mittelwerte und Standardabweichungen für die rückblickende Bewertungsskala lauteten wie folgt: $M = 2.00$ ($SD = 1.01$) am Ende der Therapie, $M = 1.94$ ($SD = 1.01$) bei der 1-Jahresfolgeuntersuchung und $M = 2.02$ ($SD = 1.00$) nach drei Jahren. Im Durchschnitt bewerteten Patienten ihre Situation demnach als „deutlich verbessert“ in allen Messkategorien. In jedem Fall waren die durchschnittlichen Bewertungen ungefähr eine Skalenstufe um den Mittelwert gestreut.

Datenauswertung

Die Untersuchung überprüfte, wie gut verschiedene Prä-Post-Veränderungen in der Lage waren, die rückblickende Ergebnisbewertung der Patienten am Ende der Behandlung und zur 1-Jahres- und 3-Jahresnachfolgeuntersuchung vorherzusagen. Prä-Post-Veränderungen wurden durch die SCL-90-R (GSI), das IIP-D (Gesamtwert) und die HSCS (durchschnittliche Bewertung hinsichtlich der fünf Problembereiche) gemessen. Die durch eine Regression der Anfangswerte auf die Werte am Ende der Therapie residualen Werte wurden als Maß für Veränderungen verwendet. Dieses Vorgehen korrigiert die Regression zur Mitte und wird dann empfohlen, wenn individualisierte Messungen von Veränderung wie die HSCS (Beutler & Hamblin, 1986) angewendet werden.

Für die Vorhersage von Ergebnisbewertungen wurde eine Reihe von hierarchischen Regressionsanalysen durchgeführt. Die drei Residuen der Veränderungswerte (GSIres, IIPtotalres und HSCSres) wurden separat als Prädiktoren der drei Ergebnisbewertungen erfasst. Der erste Prädiktor, der in jede Regressionsanalyse mit aufgenommen wurde, war der Messwert für Veränderung (z.B. GSIres), gefolgt von der Interaktion zwischen dem Messwert

für Veränderung und der Behandlung (z.B. Behandlung×GSIres), um den potentiellen Einfluss der Behandlungsform auf die Vorhersage des Ergebnisses zu überprüfen. Mit drei Messwerten von Veränderung und drei Ergebnisbewertungsgrundlagen waren insgesamt neun Analysen notwendig.

Einhergehend mit den erklärten Langzeiteffekten von struktureller Veränderung, stellten wir die Hypothese auf, dass Prä-Post-Veränderungen bei der HSCS (HSCSres) das Ergebnis zur 1-Jahres- und vor allem zur 3-Jahreskatamnese signifikant besser vorhersagen würden als Prä-Post-Veränderungen im IIPres und GSIres. Die prädiktive Überlegenheit der HSCSres ausschließlich zur 1-Jahreskatamnese (aber nicht nach drei Jahren) würde somit unsere Hypothese nicht bestätigen. Die vorhersagende Überlegenheit der HSCSres ausschließlich zur 3-Jahreskatamnese würde die Validität unserer Hypothese auf sehr späte Langzeiteffekte begrenzen. Dies würde mit der Erwartung aus anderen PA Katamnese Studien übereinstimmen, dass Langzeiteffekte erst zwei bis vier Jahre nach Beenden der Therapie untersucht werden können (vgl. Wallerstein, 2001). Wir überprüften daher zwei Hypothesen, eine beschränkte Hypothese (in Bezug auf die 3-Jahreskatamnese) und eine erweiterte Hypothese (zusätzlich in Bezug auf die 1-Jahreskatamnese). Schlussendlich gingen wir davon aus, dass Unterschiede zwischen den Behandlungsformen keinen Einfluss auf die beschriebenen Zusammenhänge haben und dass die Interaktion zwischen der Behandlung und den Messwerten von Veränderung nicht signifikant sein würde.

Tabelle 9.2 Zusammenfassung der neun hierarchischen multiplen Regressionsanalysen für die Vorhersage von Patientenbewertungen des Therapieergebnisses: separate Analysen für jede Messung von Prä-Post-Veränderung

		Schritt 1: nur Messwert Veränderung	Schritt 2: Messwert Veränderung×Behandlung
Ende der Therapie (n = 54)	GSIres	$\Delta R^2 = 0.26, \Delta F(1,52) = 18.70^{***}$	$\Delta R^2 = 0.04, \Delta F(1,51) = 3.30$
	IIPtotalres	$\Delta R^2 = 0.45, \Delta F(1,52) = 43.14^{***}$	$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,51) = 0.10$
	HSCSres	$\Delta R^2 = 0.22, \Delta F(1,52) = 14.44^{***}$	$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,51) = 0.00$
1-Jahreskatamnese (n = 53)	GSIres	$\Delta R^2 = 0.10, \Delta F(1,52) = 5.50^*$	$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,51) = 0.01$
	IIPtotalres	$\Delta R^2 = 0.17, \Delta F(1,52) = 10.60^{**}$	$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,51) = 0.00$
	HSCSres	$\Delta R^2 = 0.25, \Delta F(1,52) = 17.26^{***}$	$\Delta R^2 = 0.02, \Delta F(1,51) = 1.37$
3-Jahreskatamnese (n = 50)	GSIres	$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,52) = 0.66$	$\Delta R^2 = 0.01, \Delta F(1,51) = 0.47$
	IIPtotalres	$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(1,52) = 2.87$	$\Delta R^2 = 0.06, \Delta F(1,51) = 2.99$
	HSCSres	$\Delta R^2 = 0.20, \Delta F(1,52) = 11.90^{***}$	$\Delta R^2 = 0.00, \Delta F(1,51) = 0.04$

GSIres residuale Werte des Global Severity Score (SCL-90), IIPtotalres residuale Werte des Gesamtwertes des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP), HSCSres residuale Werte der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS), ΔR^2 Wachstum mit erklärter Varianz entsprechend dem jeweiligen Schritt

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Es wurden keine Vorhersagen bezüglich der relativen Stärke der Zusammenhänge zwischen den drei Veränderungsmesswerten und der Bewertungsgrundlage am Ende der Therapie gemacht; es wurde jedoch ein Vergleich dieser Zusammenhänge berechnet.

Bei der Hypothesentestung wurden die Korrelationen zwischen der Bewertungsgrundlage und HSCSres mit den Korrelationen zwischen der Bewertungsgrundlage und IIPtotalres, sowie mit den Korrelationen zwischen der Bewertungsgrundlage und GSIres zu jedem der drei Messzeitpunkte verglichen. Die Signifikanz der beobachteten Differenzen ($\Delta r_{ab} - r_{ac}$) wurde anschließend geprüft. Da für jede Hypothesentestung zwei Vergleiche notwendig sind, wurde ein $p = .025$ Signifikanzniveau basierend auf der Bonferroni-Korrektur ausgewählt. Die Korrelationen, die für die Vergleiche erforderlich waren, wurden im ersten Schritt jeder der oben beschriebenen hierarchischen Regressionsanalysen berechnet (siehe auch Tab. 9.2).

Ergebnisse

Tabelle 9.2 zeigt die Ergebnisse der neun Regressionsanalysen, für die die Vorhersagekraft der drei Messwerte von Veränderung separat untersucht wurde. Bezüglich der Vorhersage der Ergebnisbewertungen, erklärten die Prä-Post-Veränderungen im GSI 26,5% der Bewertungsvarianz am Ende der Therapie, 9,7% bei der 1-Jahreskatamnese und 1,4% bei der 3-Jahreskatamnese. Die Variable IIPtotalresklärte 45,3% der Varianz am Ende der Therapie auf, 17,2% bei der 1-Jahreskatamnese und 5,6% bei der 3-Jahreskatamnese. Im Kontrast dazuklärte HSCSres einen hoch signifikanten Teil der Varianz bei der Vorhersage von allen drei Ergebnisbewertungen auf: 21,7% am Ende der Therapie, 25,3% bei der 1-Jahreskatamnese und 19,9% bei der 3-Jahreskatamnese. Diese Ergebnisse des ersten Schrittes der Regressionsanalysen sind auch in Abb. 8.2 zu sehen. Die Interaktionen zwischen der Behandlungsform und den drei Messungen von Veränderung (Tab. 8.2) erklärten keinen signifikanten Anteil an Varianz zu einem der drei retrospektiven Messzeitpunkte.

Die Differenzen zwischen den HSCSres-Bewertung-Korrelationen und den IIPtotalres-Bewertung-Korrelationen lauteten wie folgt: $z = -1.75$ ($p = 0.042$) am Ende der Therapie, $z = 0.64$ ($p = 0.261$) zur 1-Jahreskatamnese und $z = 1.40$ zur 3-Jahreskatamnese. Der z -Wert am Ende der Therapie hat ein negatives Vorzeichen, was bedeutet, dass die Korrelation zwischen IIPtotalres und der Bewertung zu diesem Messzeitpunkt höher war als

die Korrelation zwischen HSCSres und der Bewertung. (Dieser Effekt wurde zu beiden Nachfolgeuntersuchungen umgedreht.)

Die Differenzen zwischen den HSCSres-Bewertung-Korrelationen und den GSires-Bewertung-Korrelationen lauteten wie folgt: $z = -0.34$ ($p = 0.367$) am Ende der Therapie, $z = 1.30$ ($p = 0.097$) zur 1-Jahreskatamnese und $z = 2.04$ ($p = 0.021$) zur 3-Jahreskatamnese. Der z -Wert am Ende der Therapie hat erneut ein negatives Vorzeichen, was bedeutet, dass die Korrelation zwischen GSires und der Bewertung zu diesem Zeitpunkt höher war als die Korrelation zwischen HSCSres und der Bewertung. (Dieser Effekt wurde ebenfalls zu beiden Nachfolgeuntersuchungen umgedreht.)

Angesichts der augenfälligen Abnahme bei den IIPtotalres-Bewertung- und GSires-Bewertung-Korrelationen am Ende der Therapie im Vergleich zu der 1-Jahres- und 3-Jahreskatamnese, überprüften wir schließlich post hoc ob diese Veränderungen statistisch signifikant waren. Die Auswertungen basierten ausschließlich auf den 50 Fällen, für die die Daten vollständig zu beiden Messzeitpunkten zugänglich waren. Die Differenz zwischen den IIPtotalres-Bewertung-Korrelationen am Ende der Therapie und zur 3-Jahreskatamnese betrug $z = 3.43$ ($p < .001$); zwischen den GSires-Bewertung-Korrelationen am Ende der Therapie und zur 3-Jahreskatamnese $z = 2.84$ ($p = 0.002$); und zwischen den HSCSres-Bewertung-Korrelationen am Ende der Therapie und drei Jahre später $z = 0.42$ ($p = 0.33$). Es gab keine signifikante Veränderung der HSCSres-Bewertung-Korrelationen am Ende der Therapie und zur Untersuchung drei Jahre danach.

Diskussion

Die Ergebnisse bestätigen, dass strukturelle Veränderungen im Vergleich zu symptomatischen Veränderungen am Ende der Therapie ein signifikant besserer Prädiktor sind für rückblickende Ergebnisbewertungen, die drei Jahre nach Beenden der Therapie von den Patienten durchgeführt wurden. In anderen Worten, wenn Patienten dazu aufgefordert werden, ihren therapiebezogenen Fortschritt in verschiedenen Lebensbereichen drei Jahre nach Beenden der Therapie zu bewerten, werden ihre Bewertungen signifikant besser durch strukturelle Veränderungen im Vergleich zu symptomatischen Veränderungen am Ende der

Therapie erklärt. Dieser Effekt wurde nicht für die Untersuchung ein Jahr nach Beenden der Therapie gefunden.

Unsere Hypothesen, die sich auf den Vergleich zwischen strukturellen und zwischenmenschlichen Veränderungen bezogen, wurden nicht bestätigt, weder für die 1-Jahres- noch für die 3-Jahreskatamnese. Eine post hoc Auswertung zeigte jedoch, dass während der Zusammenhang zwischen interpersonalen Veränderungen und der rückblickenden Ergebnisbewertung signifikant stärker war als zwischen strukturellen Veränderungen und der Bewertung am Ende der Therapie, nahm er deutlich ab und wurde sogar noch schwächer zur 3-Jahreskatamnese. Diese Abnahme war hoch signifikant und zeigt, dass wenn Patienten dazu aufgefordert werden, rückblickend ihren Fortschritt zu bewerten, den sie durch die Therapie gemacht haben, ihre Bewertungen am Ende der Therapie signifikant stärker bestimmt sind von zwischenmenschlichen Veränderungen als es drei Jahre später der Fall ist.

Strukturelle Prä-Post-Veränderung ist der einzige Messwert, der weiterhin (hoch) signifikant mit der rückblickenden Ergebnisbewertung des Patienten nach dem Ende der Behandlung korreliert.

Diese Ergebnisse stimmen mit der PA Sichtweise überein, dass die Behandlung danach streben sollte, grundlegende Veränderungen in der Persönlichkeit des Patienten zu erreichen, die Langzeiteffekte im Leben des Patienten haben. Da Veränderungsprozesse oft über das Ende der Therapie hinaus weitergehen, wird die komplette Tragweite dieser Effekte nicht notwendiger Weise sofort sichtbar beim Patienten. Daher kann es oftmals dazu kommen, dass Patienten erst im Nachhinein den Wert ihrer Therapie erkennen und zu schätzen wissen. Das Erleben des Patienten am Ende der Therapie wird stärker von anderen therapeutischen Effekten beeinflusst, wie Veränderungen in den Bereichen der Symptombelastung und Beziehungsproblemen. Wenn es darauf ankommt, diese spezifischen therapeutischen Veränderungen, welche einen Langzeiteffekt auf das Leben des Patienten haben, zu bewerten, scheint ein klinischer Experte besser in der Lage zu sein, ein zuverlässiges Urteil abzugeben, wenn er die strukturellen Veränderungen einschätzt, mit denen der Patient dann „verspätet“ übereinstimmt.

Durch die Auswahl von rückblickenden Ergebnisbewertungen durch die Patienten als Ergebnisbeurteilung in der vorliegenden Studie, entschlossen wir uns dazu, diesem Messinstrument eine zentrale Rolle zuzuschreiben. Wie in der Einleitung diskutiert wurde, wurden solche Messinstrumente in der Literatur infrage gestellt und eher kritisch beurteilt im Vergleich zu Prä-Post-Messungen (Hill & Lambert, 2004; Lambert & Hill, 1994). Wir

argumentieren jedoch dafür, dass rückblickende Ergebnisbewertungen etwas anderes erfassen als das, was durch vorher gemessene Prä-Post-Veränderungen widerspiegelt wird, da diese auf relativen Bewertungen beruhen, die sich eher auf individuelle Ziele beziehen als absolute Bewertungen von therapeutischen Erfolgen. Wir weisen weiter darauf hin, dass sich individuelle Ziele und somit die internalen Bewertungsnormen des Patienten im Verlauf der Therapie ändern (vgl. auch Beutler & Hamblin, 1986) und dass solche Veränderungen des inneren Referenzsystems ein bestimmtes Ziel der PA Behandlung verkörpern. Wir würden gerne diesen Punkt hervorheben mit Bezug auf die Berichte der Patienten zu den Katamnesen: ähnlich wie bei anderen PA Katamnesestudien (Leuzinger-Bohleber et al., 2003), berichteten unsere Patienten wiederholt rückblickend, dass sich ihre Sichtweisen und Bewertungen grundlegend während, aber auch in Folge der Therapie, geändert hätten und dass sie sich und andere Menschen jetzt „in einem anderen Licht“ sehen würden. Probleme, die vor Beginn der Therapie große Not ausgelöst hätten, scheinen rückblickend weniger bedeutungsvoll gewesen zu sein und Verhaltensweisen sowie Regelungen, die vorher als „normal“ angesehen wurden, werden jetzt als problematisch wahrgenommen. Was Menninger (1958) über die Effekte von PA Therapie am Beispiel eines fiktiven Falls geschrieben hat, scheint hier für mehr als nur ein paar Patienten zu gelten: „...obwohl es zutreffend ist, dass seine Erwartungen nicht erfüllt wurden, war sein Gewinn jenseits seiner Erwartungen“ (zit. nach Wallerstein, 1965, S. 751). Unserer Meinung nach, können diese komplexen Prozesse von Veränderung zumindest umfassend durch rückblickende Bewertungen bemessen werden, vor allem, wenn man in Betracht zieht, dass keine anderen Möglichkeiten verfügbar sind. Gleichzeitig sind wir uns der Tatsache vollkommen bewusst, dass rückblickende Bewertungen von Veränderung bestimmte Schwächen aufweisen. Sie erfordern, dass der Patient einen komplexen kognitiven Vorgang leistet, der die Genauigkeit der Bewertung beeinträchtigen könnte: sie müssen zunächst das Ausmaß ihrer Notlage zu Beginn der Therapie erinnern (was sich davon unterscheiden kann, was sie zu dieser Zeit berichtet haben), sie müssen den aktuellen Grad an Belastung einschätzen und anschließend den Unterschied zwischen diesen beiden bestimmen. Für zukünftige Studien dieser Art wäre es unserer Ansicht nach erstrebenswert, Methoden und Strategien einzusetzen, die ein Urteil für eine erfolgreiche Veränderung zulassen ohne die Einschränkungen von rückblickenden Bewertungen hinnehmen zu müssen.

Einige weitere methodische Einschränkungen müssen erwähnt werden: ein Teil der Therapeuten (14 von 45) trugen zwei Therapieverläufe zur Studie bei. Unsere Daten sind daher verschachtelt, ein Umstand, der in unserer statistischen Auswertung nicht berücksichtigt wurde. Die Diagnosen wurden nicht standardisiert festgelegt und ihre Validität ist daher

fragwürdig. Außerdem war es aufgrund des naturalistischen Studiendesigns nicht möglich, die Art, wie die Therapeuten in den Therapien überhaupt arbeiteten, unabhängig von den Informationen, die Therapeuten selbst lieferten, zu überprüfen. Die Therapiedauer und die Anzahl der Sitzungen variierten enorm bei den beiden Behandlungsformen. Da die Selbstberichte der Therapeuten das einzig festgehaltene und uns verfügbare Messinstrument sind, haben wir keinen unabhängigen Beweis dafür, dass die angegebene Behandlungsform auch wirklich so ausgeübt wurde. Unsere Studie ist daher nicht in der Lage die Frage zu beantworten, welche therapeutischen Interventionen und Strategien notwendig sind, um eine strukturelle Veränderung und die untersuchten Langzeiteffekte zu erreichen: die therapeutische Methode hatte keinen Einfluss; Interaktionseffekte zwischen den zwei Formen der psychodynamischen Therapie und Prä-Post-Veränderungen wurden in keiner unserer Auswertungen beobachtet.

Unserer Ansicht nach, ermöglicht der in der vorliegenden Studie gewählte Ansatz einen Vergleich zweier unterschiedlicher Arten von Prä-Post-Veränderungen hinsichtlich den therapeutischen Kurz- und Langzeiteffekten. Die Ergebnisse solcher Vergleiche bringen Konsequenzen für die praktische klinische Arbeit mit sich: falls bestimmte Prä-Post-Veränderungen mit mehreren Langzeiteffekten zusammen hängen, sollte Therapie darauf hin arbeiten, genau diese Veränderungen zu erzielen. Die Frage, was der Therapeut dazu beitragen kann, solche Veränderungen zu bewirken, stellt also ein wichtiges Thema für zukünftige Untersuchungen dar.

Literaturverzeichnis

- Alexander F (1937) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937.
Institute for Psychoanalysis, Chicago
- Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE & Garfield SL (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York, S 217-270
- Beutler LE, Hamblin DL (1986) Individualized outcome measures of internal change: methodological considerations. J Consult Clin Psychol 54: 48-53
- Böker H, Schopper C, Straub M, Himmighoffen H, Endrass J, Küchenhoff B. et al. (2007) Automutilistisches Verhalten bei Patientinnen mit affektiven Störungen: Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur und Affektregulation mittels Operationalisierter

- Psychodynamischer Diagnostik (OPD). *Psychother Psychosom Med Psychol* 57: 319-327
- Brockmann J, Schlüter T, Brodbeck D, Eckert J (2002) Die Effekte psychoanalytisch orientierter und verhaltenstherapeutischer Langzeittherapien. *Psychotherapeut* 47: 347-355
- Cierpka M, Grande T, Rudolf G, van der Tann M, Stasch M, OPD Task Force (2007) The operationalized psychodynamic diagnostics system: clinical relevance, reliability and validity. *Psychopathology* 40: 209-220
- Cohen J (1977) *Statistical power analysis for the behavioural sciences*, 2nd. ed.: Academic, New York
- Derogatis L (1994) *Symptom Checklist-90-Revised: administration, scoring, and procedures manual*, 3rd ed. National Computer Systems, Minneapolis
- DeWitt KN, Hartley D, Rosenberg SE, Zilberg NJ, Wallerstein RS (1991) Scales of psychological capacities: development of an assessment approach. *Psychoanal Contempt Thought* 14: 343-361
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg) (1994) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Forschungskriterien*. Huber, Bern
- Dührssen A (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 8: 94-113
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Int Psychoanal Verlag, Wien, S 13-19
- Fonagy P, Target M, Steele M, Steele H (1988) *Reflective functioning manual: for application to Adult Attachment Interviews*. Version 5.0. University-College, London
- Franke G (2002) *Die Symptom-Checkliste von Derogatis*, 2. Aufl. Beltz, Göttingen
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Jakobsen T (2001) Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med Psychother* 47: 213-233
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Pauli-Magnus C (2003) Progressive changes in patients' lives after psychotherapy: which treatment effects support them? *Psychother Res* 13: 43-58
- Grande T (2004) Zur Beurteilung der Leistung einzelner OPD-Rater und Standards für die Verwendung der OPD in der empirischen Forschung. In: Dahlbender RW, Buchheim P, Schüssler G (Hrsg) *Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der Psychodynamischen Psychotherapie*. Huber, Bern, S 245-250
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Jakobsen Th, Keller W (2004) Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment. The Heidelberg-Berlin Study. In: Richardson Ph, Kächele H, Renlund C (Hrsg) *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. Karnac, London, S 35-61
- Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M et al. (2006) Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy – results of the Heidelberg-Berlin study. *Psychother Res* 16: 470-485
- Hill CE, Lambert MJ (2004) Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcome. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. Wiley, New York
- Horowitz M, Kernberg OF, Weinshel E (Hrsg) (1993) *Psychic structure and psychic change: essays in honour of Robert R. Wallerstein*. International Universities Press, Madison
- Horowitz M, Strauß B, Kordy H (2000) *IIP-D: Inventar zu Erfassung interpersonaler*

- Probleme, 2. Aufl. Beltz, Göttingen
- Huber D, Heinrich G, Klug G (2007) The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): sensitivity to change. *Psychother Res* 17: 474-481
- Jones E (1936) Report of the clinic work: 1926-1936. Clinic of Psychoanalysis, London
- Kernberg OF (1991) Psychic structure and structural change: an ego psychology-object relations theory viewpoint. In: Shapiro T (Hrsg) The concept of structure. International Universities Press, Madison, S 315-337
- Kernberg OF (1999) Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Int J Psychoanal* 80: 1075-1091
- Knight RP (1941) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 98: 434-446
- Lambert MJ, Hill CE (1994) Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York, S 72-113
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change. Wiley, New York, S 139-193
- Leuzinger-Bohleber M, Target M (2002) A follow-up study – critical inspiration for our clinical practice? In: Leuzinger-Bohleber M (Hrsg) Outcomes of psychoanalytic treatment. Whurr Publishers, London, S 143-173
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2003) How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study. *Int J Psychoanal* 84: 263-290
- Menninger KA (1958) Theory of psychoanalytic technique. Basic Books, New York
- Moore BE, Fine BD (1990) Psychoanalytic terms and concepts. Yale University Press, New Haven
- OPD Task Force (Hrsg) (2001) Operationalized psychodynamic diagnostics. Foundations and manual. Hogrefe, Seattle
- OPD Task Force (Hrsg) (2008) Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD-2). Manual of diagnosis and treatment planning. Hogrefe & Huber, Cambridge
- Pfeffer AZ (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: a preliminary report. *J Am Psychoanal Assoc* 7: 418-444
- Rapaport D (1960) The structure of psychoanalytic theory: a systematizing attempt, Psychological issues series, vol. II. International Universities Press, New York
- Rudolf G (1991) Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Springer, Berlin
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (2000) Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut* 45: 237-246
- Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Oberbracht C et al. (2002) Structural changes in psychoanalytic therapies – the Heidelberg-Berlin Study on Long-Term Psychoanalytic Therapies (PAL). In: Leuzinger-Bohleber M, Target M (Hrsg) Longer-term psychoanalytic treatment – perspectives for therapists and researchers. Whurr Publishers, London, S 201-222
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D (2003) Faber-Haarstrick: Kommentar Psychotherapierichtlinien, 6. Aufl. Urban & Fischer Verlag, München, Jena
- Sandler J, Sandler A (1983) The second censorship, the three box model, and some technical implications. *Int J Psychoanal* 64: 413-425
- Schauenburg H, Strack M (1999) Measuring psychotherapeutic change with the Symptom Checklist 90R – SCL 90 R. *Psychother Psychosom* 6: 199-207

- Schlesinger N, Robbins F (1975) The psychoanalytic process: recurrent patterns of conflicts and changes in ego functions. *J Am Psychoanal Assoc* 23: 761-782
- Schneider G, Schmitz-Moormann S, Bär O, Driesch G, Heuft G (2006) Psychodynamische Therapiefoki in einer stationären multimodalen Therapie – Zusammenhänge zu den Selbstauskunftsskalen und individuellen Therapiezielen. *Z Psychosom Med Psychother* 52: 259-273
- Schneider G, Mendler TM, Heuft G, Burgmer M (2008) Validität der Konfliktachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-1) – empirischer Ergebnisse und Folgerungen für die OPD-2. *Z Psychosom Med Psychother* 54: 46-62
- Shedler J, Westen D (2007) The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *J Pers Assess* 89: 41-55
- Stasch M, Schmal H, Hillenbrand E, Cierpka M (2007) Fokuserorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären Psychotherapie. Effekte auf Ergebnis und Verlauf der Behandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 53: 309-323
- Stiles WB, Elliot R, Llewelyn SP, Firth-Cozens JA, Margison FR, Shapiro DA et al. (1990) Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 411-420
- Stiles WB, Meshiot CM, Anderson TM, Sloan WW (1992) Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychother Res* 2: 81-101
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der Psychoanalytischen Therapie*. Bd 1 Grundlagen. Springer, Berlin
- Ticho GR (1967) On self-analysis. *Int J Psychoanal* 48: 308-318
- Wallerstein RS (1965) The goals of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Assoc* 13: 748-770
- Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York
- Wallerstein RS (1988) Psychoanalysis and psychotherapy: relative roles reconsidered. *Annu Psychoanal* 16: 129-151
- Wallerstein, R. S. (1996). Scales of psychological capacities. Version 1. Unpublished manuscript.
- Wallerstein RS (2001) The generations of psychotherapy research. An overview. In: Leuzinger-Bohleber M, Target M (Hrsg) *Outcomes psychoanalytic treatment: perspectives for therapists and researchers*. Whurr, London, S 30-60
- Weinryb RM, Rössel RJ (1991) Karolinska psychodynamic profile – KAPP. *Acta Psychiatr Scand* 83: 1-23

T. Grande, Ph.D. (✉)

Abteilung für psychosomatische und allgemeine innere Medizin, Heidelberg Universitätsklinikum, Heidelberg, Deutschland

e-mail: tilman.grande@t-online.de

W. Keller

Leitender Arzt für die Abteilung Psychosomatik, Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin, Deutschland

e-mail: wkel@hotmail.de

G. Rudolf

Abteilung für psychosomatische Medizin, Universität Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

e-mail: gerd.rudolf@gmx.net