

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
2	Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	10
2.1	Empirische psychoanalytische Psychotherapieforschung	10
2.1.1	Ziele empirischer psychoanalytischer Therapieforschung	11
2.1.2	Schwierigkeiten psychoanalytischer Therapieforschung.....	12
2.2	Forschungsansätze in der psychoanalytischen Therapieforschung	15
2.2.1	Ergebnisforschung in der psychoanalytischen Therapieforschung	15
2.2.2	Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie	18
2.2.3	Exkurs: Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie.....	22
2.2.4	Prozess- (Ergebnis-) Forschung in der psychoanalytischen Therapieforschung.....	24
2.2.5	Forschungsmethoden der psychoanalytischen Prozessforschung.....	27
2.2.6	Therapieprozessforschung mit dem Psychotherapie-Prozess-Q-Sort.....	28
2.3	Die therapeutische Veränderung	34
2.3.1	Strukturveränderung als Erfolgskriterium	34
2.3.2	Forschungsinstrumente zur Erfassung der Strukturveränderung.....	36
2.3.3	Exkurs: Klinische statt Statistische Signifikanz	42
2.4	Die therapeutische Beziehung	43
2.4.1	Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Psychoanalyse.....	43
2.4.2	Die therapeutische Beziehung als pantheoretisches Konzept ..	45
2.4.3	Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung	47
2.4.4	Die Veränderlichkeit der therapeutischen Beziehung	49
2.4.5	Beziehungsbrüche und die Korrektur von Missverständnissen.	51
2.4.6	Forschungsinstrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung.....	53
2.4.7	Therapeutische Beziehung und Behandlungstechnik	57

2.4.8	Forschungsergebnisse zur Interaktion zwischen Behandlungstechnik und therapeutischer Beziehung	58
2.5	Der Einfluss des Patienten, des Therapeuten und die therapeutische Passung.....	62
2.5.1	Der Einfluss der Patientenpersönlichkeit.....	62
2.5.1.1	Die Persönlichkeit des Patienten als Variable	62
2.5.1.2	Forschungsergebnisse zum Einfluss von Patientenvariablen	64
2.5.2	Der Einfluss des Therapeuten	66
2.5.3	Klinische Auffassungen zum Einfluss des Therapeuten	66
2.5.4	Forschungsergebnisse zum Einfluss von Therapeutenvariablen	68
2.5.5	Der Einfluss der therapeutischen Dyade	72
2.5.5.1	Die Einzigartigkeit der therapeutischen Dyade	72
2.5.5.2	Das Konzept der therapeutischen „Passung“	73
	Forschungsergebnisse zur	75
2.5.5.3	therapeutischen „Passung“	75
2.5.5.4	Die Theorie der Interaktionsstrukturen von Enrico E. Jones ..	78
2.6	Die Persönlichkeitstheorie von Sidney J. Blatt.....	79
2.6.1	Die Dimensionen „Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“	79
2.6.2	Differenzielle Therapieresponse anaklitischer und introjektiver Patienten	83
2.6.3	Weitere Forschungsergebnisse zu Blatts Theorie	87
3	Fragestellungen und Hypothesen.....	90
3.1	Fragestellungen	90
3.2	Hypothesen	91
4	Methoden.....	93
4.1	Die Psychotherapieforschungsprojekte	93
4.1.1	Das Forschungsprojekt <i>Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt</i> (MBWP).....	93
4.1.2	Die <i>Ulmer Textbank</i>	94
4.1.3	Das <i>Berkeley Psychotherapy Program</i> und das <i>Psychotherapy Research Program</i> , Boston	94
4.2	Stichprobe	95
4.3	Die Intervention	96

4.4	Die Forschungsinstrumente	97
4.4.1	Das <i>Psychotherapy Process Q-Sort</i>	97
4.4.2	Unterscheidung zwischen Patienten- und Therapeutenvariablen	99
4.4.2.1	Die Differenzierung der Persönlichkeitskonfigurationen.....	99
4.4.2.2	Die Differenzierung der therapeutischen Haltung	100
4.4.3	Die <i>Differentiation-Relatedness Scale</i>	102
4.4.4	Die <i>California Psychotherapy Alliance Scales</i>	103
4.5	Das Forschungsdesign	106
4.6	Das Vorgehen	108
4.7	Definition des Therapieerfolgs	110
4.8	Statistische Methoden.....	111
5	Ergebnisse	114
5.1	Deskriptive Ergebnisse	114
5.2	Reliabilitätsanalyse	121
5.3	Überprüfung der Hypothesen.....	123
5.3.1	Überprüfung der Hypothese 1a	123
5.3.2	Überprüfung der Hypothese 1b	136
5.3.3	Überprüfung der Hypothese 2a	145
5.3.4	Überprüfung der Hypothese 2b	149
5.3.5	Überprüfung der Hypothese 3a	151
5.3.6	Überprüfung der Hypothese 3b	159
5.3.7	Überprüfung der Hypothese 4a	162
5.3.8	Überprüfung der Hypothese 4b	163
5.3.9	Überprüfung der Hypothese 5	164
5	Diskussion	167
5.1	Diskussion der Ergebnisse	167
5.2	Diskussion der Methoden	176
5.3	Einschränkungen	183
5.4	Ausblick.....	186
5.5	Schlussfolgerungen	190
5.6	Schlussbemerkung	192
6	Zusammenfassung.....	193
7	Literaturverzeichnis	195

8 Verzeichnisse	228
8.1 Abkürzungsverzeichnis	228
8.2 Abbildungsverzeichnis	229
8.3 Tabellenverzeichnis	230
9 Anhang	232
9.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie	232
9.2 Merkmale Anaklitischer und Introjektiver Konfigurationen	233
9.3 Ratingformular	234
9.4 Differentiation-Relatedness-Scale (Manualausschnitt)	237
9.5 CALPAS-R Rater-Version (Items)	243
9.6 Psychotherapy Process Q-Sort (Items)	244
9.7 Weitere Tabellen und Abbildungen	262
10 Lebenslauf	272

1 Einleitung

Im Rahmen dieser Arbeit wird eine naturalistische Psychotherapiestudie vorgestellt, bei der retrospektiv 29 Behandlungsverläufe in psychoanalytischer und psychodynamischer¹ Langzeitpsychotherapie untersucht wurden. Im Mittelpunkt steht dabei die empirisch basierte Untersuchung der Veränderungsprozesse von Patienten, die im Hinblick auf deren persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung differenziert werden. Der Titel „Beziehung und Differenzierung in der therapeutischen Dyade“ bezieht sich einerseits auf die psychoanalytisch orientierte Theorie zu den Dimensionen Beziehung und Selbstdefinition nach Sidney Blatt (z.B. 1976, 1992, 2008) und andererseits auf die *Differentiation-Relatedness-Scale* aus seiner Arbeitsgruppe, die auf dieser theoretischen Grundlage innerpsychische Repräsentanzen von sich selbst und wichtigen anderen unterscheidet.

Die therapeutische Beziehung als empirisch mannigfach bestätigter Wirkfaktor der Psychotherapie wird hinsichtlich des Beitrags des Patienten, des Therapeuten² sowie deren Interaktion und Passung berücksichtigt. Therapietechniken werden erst im Kontext der Beziehungsebene bedeutsam und wirksam. Die Interaktionen zwischen Patient und Therapeut sind hochkomplex und zeigen in jeder Dyade einen einzigartigen Verlauf mit spezifischen, sich wiederholenden und verändernden Mustern (Jones 2000). Um diesem vielschichtigen Forschungsgegenstand gerecht zu werden, sind ausreichend differenzierte Instrumente und eine klinisch informierte Perspektive notwendig.

Die Prozessforschung, die überwiegend von psychoanalytisch und psychodynamisch orientierten Therapieforschern ausgeübt wird, untersucht klinisch relevante Fragestellungen und entwickelt differenzierte Instrumente und Studiendesigns, um auch komplexe Fragestellungen untersuchen zu können. Anhand der Interaktionen zwischen Patient und Therapeut, die durch

¹ Psychodynamische Psychotherapy (*psychodynamic psychotherapy*) und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie werden hier zusammengefasst.

² Es wird für die bessere Lesbarkeit die männliche Form verwendet, bezieht sich aber stets auf beide Geschlechter, falls nicht anders vermerkt. Dasselbe gilt für PsychoanalytikerInnen, PsychotherapeutInnen und PatientenInnen.

Video- oder Audioaufzeichnungen intersubjektiv beobachtbar sind, werden Beobachtungen systematisch durchgeführt, um diese mittels standardisierter Methoden einzuschätzen. Im Mittelpunkt steht dabei die Frage, was tatsächlich im Therapieprozess passiert und wie sich bestimmte Variablen auf das Therapieergebnis auswirken. Von zentralem Interesse ist dabei nicht (nur) die Symptomreduktion, sondern vielmehr Veränderungen der psychischen Struktur des Patienten. Auch Patienten, die ein und dieselbe Diagnose aufweisen, unterscheiden sich aufgrund ihrer individuellen Lebensgeschichte, Vulnerabilitäten und Bedürfnisse bedeutsam voneinander. Daher reagieren sie sehr unterschiedlich auf verschiedene therapeutische Interventionen und Haltungen. Blatt (2008) kritisiert, dass Patientencharakteristika, die für den Therapieprozess essenziell sind, in der Therapieforschung zu wenig berücksichtigt werden und führte die Unterscheidung zwischen der sogenannten anaklitischen (abhängigen) und der introjektiven (selbstkritischen) Persönlichkeit als Patientenvariable in die Therapieforschung ein. In Studien mehrerer Forschungsprojekte wurde nachgewiesen, dass es Unterschiede in der Therapieresponse und der Art der Veränderung bei anaklitischen und introjektiven Patienten gibt. Es wurde bisher jedoch nicht systematisch überprüft, welche Faktoren und Prozessvariablen diese Unterschiede definieren.

Die zentrale Fragestellung ist, ob sich die Therapieprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden und wenn ja, auf welche Art und Weise. Des Weiteren interessiert, ob und wie sich die Persönlichkeitsorganisation der jeweiligen Patientengruppe im Laufe der psychoanalytischen Behandlung verändert. Mit der Einschätzung des Strukturniveaus hinsichtlich der Selbst- und Objektrepräsentationen im Therapieverlauf dienen diese der Veränderungsmessung. Es wird untersucht, wodurch sich therapeutische Dyaden auszeichnen, die zu einer positiven therapeutischen Veränderung führen im Vergleich zu solchen, die keine Veränderung erreichen. Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Therapieprozess wird ebenfalls systematisch überprüft und dabei zwischen dem Beitrag des Patienten, des Therapeuten und deren Zusammenarbeit unterschieden. Zum Einsatz kommen mehrere empirische Forschungsinstrumente und durch die Methodenkombination wird die

Untersuchung in Bezug auf Therapieprozess, Patientenpersönlichkeit und deren Veränderung sowie der therapeutischen Beziehung ermöglicht.

Zum Einsatz kommen das *Psychotherapieprozess-Q-Sort* (PQS; Jones 2000) zur Beschreibung des Therapieprozesses und salienter Prozessvariablen, die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS; Gaston & Marmar, 1993) zur Beurteilung der therapeutischen Beziehung, die Differenzierung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten nach Blatt & Ford (1994) und die *Differentiation-Relatedness-Scale* (Diamond et al. 1991) zur Einschätzung des Niveaus der Selbst- und Objektrepräsentationen. Alle vier Forschungsinstrumente werden zu mehreren Messzeitpunkten innerhalb jeder der 29 Behandlungsverläufe angewendet und erlauben daher eine Untersuchung der Veränderung des Therapieprozesses, der therapeutischen Beziehung und der psychischen Struktur.

Ziel dieser Untersuchung ist ein erweitertes Verständnis über den Einfluss klinisch relevanter Persönlichkeitscharakteristika auf den analytischen bzw. therapeutischen Prozess und auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Berücksichtigt werden auch der Stil des Therapeuten und die therapeutische Passung. Die Frage nach der komplexen Wechselwirkung zwischen diesen Variablen kann im Rahmen dieser Studie nur mit der Linse der jeweiligen Instrumente betrachtet und beantwortet werden. Mit dieser Studie soll ein Beitrag zu der Diskussion geleistet werden, welche Bestandteile für welche Patienten wirksam und hilfreich sind und welche nicht.

Der theoretische Teil beginnt in Kapitel 2.1 mit den Schwerpunkten, Zielen und Schwierigkeiten der empirischen psychoanalytischen Therapieforschung, die sich von der Hauptströmung der Psychotherapieforschung in ihren theoretischen und methodischen Ansätzen unterscheidet. Die Forschungsansätze der empirischen analytischen Forschung können nicht erschöpfend dargestellt werden, es werden daher in Kapitel 2.2 nur die Ergebnisforschung und die Prozessforschung gegenübergestellt, um in die Prozess-Ergebnisforschung einzuführen, die Gegenstand dieser Arbeit ist. Dabei sollen richtungsweisende Studienergebnisse, der aktuelle Forschungsstand und relevante Forschungsinstrumente in Kürze dargestellt werden, wobei das

Psychotherapie-Prozess-Q-Sort ausführlicher vorgestellt wird. Auf die allgemeinen Wirkfaktoren, die für dieses Forschungsparadigma von Bedeutung sind, wird in diesem Rahmen ebenfalls eingegangen.

In Kapitel 2.3 wird die therapeutische Veränderung behandelt, indem die für die psychoanalytische Therapie zentralen Auffassungen zur Veränderung der psychischen Struktur als Behandlungsziel sowie Forschungsinstrumente und aktuelle Studien dargestellt werden, die für diesen Ansatz der empirischen Veränderungsmessung entwickelt bzw. durchgeführt wurden. Dabei wird die *Differentiation-Relatedness-Scale* (DRS) ausführlicher vorgestellt. Die therapeutische Beziehung wird in Kapitel 2.4 behandelt, wobei psychoanalytische und pantheoretische Konzepte und ihre Beziehung zueinander dargestellt werden. Theorien und Forschungsergebnisse zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis, ihre Veränderlichkeit und ihre Rolle im Verhältnis zu Therapietechniken sowie der Einfluss von Brüchen in der Beziehung und ihre Wiederherstellung werden ausgeführt. Es werden häufig eingesetzte Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung kurz dargestellt, wobei im Besonderen die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS) vorgestellt wird.

Besondere Aufmerksamkeit soll dem Einfluss des Patienten, des Therapeuten und der therapeutischen Passung geschenkt werden, die in Kapitel 2.5 erörtert werden, wobei jeweils theoretische Überlegungen und aktuelle empirische Untersuchungen dargestellt werden. In diesem Rahmen wird auch die Theorie der Interaktionsstrukturen von Enrico Jones (2000) erläutert, die von Relevanz für die vorliegende Arbeit ist. Schließlich wird die Theorie der Persönlichkeit und Psychopathologie von Sidney Blatt (2008) in Kapitel 2.6 ausführlicher vorgestellt, auf der diese Arbeit basiert. Dabei werden wichtige Forschungsergebnisse aus seiner Arbeitsgruppe vorgestellt, insbesondere die differenzielle Untersuchung der Therapieresponse anhand der von ihm eingeführten Patientenvariablen sowie der Untersuchung von Veränderungen auf der Repräsentationsebene im Therapieverlauf.

Die Fragestellungen und Hypothesen werden in Kapitel 3 ausgeführt. Der methodische Teil in Kapitel 4 gliedert sich in die Beschreibung der Stichprobe, des Forschungsprojektes, der -instrumente und des -designs

sowie der statistischen Methoden. Die Ergebnisse werden anhand der Überprüfung der einzelnen Hypothesen in Kapitel 5 ausgeführt. Die Diskussion Kapitel 6 bezieht sich zum einen auf die Ergebnisse und zum anderen auf die eingesetzten Forschungsinstrumente. Schlussfolgerungen und klinische Implikationen werden ebenfalls diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Empirische psychoanalytische Psychotherapieforschung

Das Interesse der psychoanalytischen Therapieforschung gilt überwiegend dem therapeutischen bzw. analytischen Prozess. Man unterscheidet in den verschiedenen Stadien der Therapieforschung³ (z.B. Kächele 1992a) zwischen der Ergebnis- oder Wirksamkeitsforschung einerseits und der Prozessforschung andererseits, in der die prozessspezifischen Komponenten, wie die Behandlungstechniken oder die Beziehungsqualität, untersucht werden sowie die Integration beider Ansätze in der Prozess-Ergebnisforschung (*process outcome research*). Während Wirksamkeitsstudien auf der Makroebene geeignet sind, die Effektivität eines Verfahrens an einer bestimmten Patientengruppe zu untersuchen und mit statistischen Methoden die Effektstärke zwischen Gruppen festzustellen, ermöglichen die Methoden der Prozessforschung auf der Mikroebene, beispielsweise spezifische Veränderungen in der therapeutischen Interaktion und der therapeutischen Veränderung des Patienten zu untersuchen. Die Unterscheidung zwischen Prozess und Ergebnis (outcome) ist nicht immer eindeutig, da die Veränderungen im Prozess auch Indikatoren des Ergebnisses sein können (Hill & Lambert 2004, S.84). Schwerpunkt dieser Untersuchungen ist weniger, *ob* die Behandlung wirksam ist, sondern *welche Faktoren* zu einer Veränderung im Therapieprozess beitragen. Dabei wird untersucht, welche Wirkfaktoren der Psychotherapie und sog. aktiven Bestandteile (*active ingredients*) im Behandlungsprozess vorkommen und sich auf das Therapieergebnis auswirken. Dieser Ansatz erfordert differenzierte Forschungsinstrumente und praxisrelevante Fragestellungen, die über eine Vorher-Nachher-Messung, z.B. mit Fragebögen als Selbsteinschätzungsinstrumente und der Symptomreduktion als Erfolgsmaß hinausgehen. Der Schwerpunkt liegt heute in der vergleichenden Evaluation

³ Es gibt zahlreiche Unterscheidungen der Stadien, Phasen oder Generationen in der Psychotherapieforschung, z.B. von Kächele (1992a, 2009); Wallerstein (2001, S.46f, 2006, S.425f); Lambert, Bergin & Garfield (2004, S.3f) u.a., welche die Entwicklung der letzten 100 Jahre der Psychotherapieforschung z.B. nach Forschungsansätzen und -zielen unterteilen, die in diesem Rahmen nicht weiter ausgeführt werden können.

verschiedener Formen psychoanalytischer Therapie sowie in der Analyse von Mikroprozessen der therapeutischen Interaktion (Kächele, Schachter & Thomä 2009, S.20). Vor allem die naturalistischen Studien⁴ stellen die Domäne der psychoanalytischen Therapieforschung dar (Kächele 2009, S.18), die hohen methodischen Standards genügen (Tschuschke 2005).

2.1.1 Ziele empirischer psychoanalytischer Therapieforschung

Empirische⁵ Forschung besteht nicht nur aus der Durchführung von Experimenten und Testverfahren sowie der Verwendung von Fragebögen, und nicht nur aus quantitativen, sondern auch aus qualitativen Verfahren, mitunter auch auf spezifisch psychoanalytischer Grundlage (Mertens 2005, S.106), mit dem Ziel, viel mehr über das individuelle Urteil hinaus zu untersuchen, was tatsächlich in der Sitzung geschieht, welche Auswirkungen die Behandlung für den Patienten und was diese Effekte hervorgebracht hat (Schors 1993, S.268). Zunehmend sind nicht nur Therapiewirkung, Theorie und Behandlungstechnik Gegenstand der Forschung, sondern auch die Interaktion in der therapeutischen Dyade. Das Ziel psychoanalytischer Forschung gilt einem vertieften Verständnis des therapeutischen Prozesses und damit einer Optimierung seiner Anwendung in der klinischen Praxis (ebd., S. 270).

Mit der empirischen Forschung in der Psychoanalyse ist es möglich, „klinisch verdichtetes Wissen zu prüfen und neues Wissen über ein komplexes Geschehen wie eine psychoanalytische Behandlung zu generieren“ (Kächele 2009, S.245) und „dem Theoriegebäude der Psychoanalyse ein überprüfbares wissenschaftliches Fundament zu geben“ (Schors 1993, S.267). Psychoanalytische (Prozess-) Forschung sollte klinisch und theoretisch sinnvoll sein (Jones 2001, S.237) und sie „ist kein

⁴ Dagegen werden in naturalistischen Studien Behandlungsverläufe untersucht, wie sie tatsächlich in der klinischen Praxis stattfinden, ohne den Therapieprozess von außen zu beeinflussen (Kächele 2004).

⁵ Unter empirisch versteht man „sich auf Erfahrung gründend“ oder „der Erfahrung angehörend“, es darf jedoch nicht mit dem Empirismus als philosophisch-erkenntnistheoretischer Ansatz verwechselt werden (Stier 1999, S.4).

Selbstzweck, sondern steht im Dienst der Optimierung der Therapie“ (Thomä, Jimenez & Kächele 2006, S.245⁶).

2.1.2 Schwierigkeiten psychoanalytischer Therapieforschung

Eine zentrale Schwierigkeit in der psychoanalytischen Prozessforschung liegt im Konstruieren quantitativer Methoden, die sowohl die Tiefe und die Komplexität klinischen Materials erhalten, als auch die Erfordernisse empirischer Forschung erfüllen (Fongay et al. 2002⁷, S.264). Die wesentliche Aufgabe und die Herausforderung psychoanalytischer Forschung bestehen darin, die für die Psychoanalytiker wichtigen, aber nahezu unmessbaren Themen (wie z.B. Fantasien, Interaktionsprozesse in der therapeutischen Dyade usw.) einerseits und die „Trivialität“ der Verhaltensforschung andererseits zu verbinden (Bateman & Holmes 1995, S. 245).

Die Schwierigkeit, psychoanalytische Konzepte zu operationalisieren, (Bateman & Holmes 1995, S.246) stellt die psychoanalytische Forschung ebenfalls vor große Herausforderungen. Viele Konzepte sind weder ausreichend klar definiert noch von anderen Konzepten eindeutig abgegrenzt. Hinzu kommt die Verwendung einer Sprache, die nur denjenigen zugänglich ist, die sich mit der jeweiligen psychoanalytischen Strömung intensiv auseinandergesetzt haben⁸. Dadurch war nicht nur die Kommunikation mit Mitgliedern der wissenschaftlichen Gemeinschaft (*scientific community*) erschwert, sondern auch die Durchführung von Forschung nach allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien. Um dem Abhilfe zu leisten, wurde die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* entwickelt (Arbeitskreis OPD 1996, 2006), ein psychodynamisches System, um Diagnostik, Behandlungsplanung und -evaluation systematisch durchzuführen. Die OPD muss sich jedoch auch den Vorwurf des Operationalismus gefallen lassen, da sie eine neue „Kunstsprache“ schafft

⁶ Seitenzahl bezieht sich auf das pdf-Dokument (online, Homepage Horst Kächele <http://www.horstkaechele.de>).

⁷ Jones über das PQS in Fonagy et al. 2002 (*Open Door Review*)

⁸ Die „Unschärfe“ psychoanalytischer Begriffe (Schors 1993) und die „Elastizität“ psychoanalytischer Konzepte (Sandler 1983) wird an der Psychoanalyse von Vertretern anderer Psychotherapieschulen und auch zunehmend von forschungsaffinen Psychoanalytikern scharf kritisiert.

und sich damit „von einem genuin psychoanalytischen Wahrnehmungsprozess und einem entsprechenden Praxisverständnis entfernt hat“ (Mertens 2012⁹).

Die psychoanalytische Therapie hat Schwierigkeiten, sich einer Prüfung mittels geforderter Standards der gegenwärtigen Forschungskriterien zu unterziehen, auch weil die Rahmenbedingungen der psychoanalytischen Psychotherapie mit diesen nicht kompatibel sind. Zum einen ist die Behandlungsdauer sehr viel länger als die in anderen Psychotherapieverfahren und kann nicht zu Beginn festgelegt werden, da die Vorstellung eines Entwicklungsprozesses in der analytischen Behandlung dem diametral gegenübersteht. Hinzu kommt die Schwierigkeit, eine ausreichend große Anzahl an Einzelfallbeschreibungen für statistische Zwecke zu bekommen (Bateman & Holmes 1995, S. 246).

Mit den gegenwärtigen Forderungen nach spezifischen Wirksamkeitsnachweisen therapeutischer Verfahren nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin (*evidence based medicine*, EBM) tritt die Wirkungsforschung erneut in den Fokus der Psychotherapieforscher. Die Bevorzugung dieser Studiendesigns in der *scientific community* zieht große Kritik¹⁰ zahlreicher Psychotherapieforscher auf sich und entfachte eine Kontroverse zum sog. „efficacy-effectiveness-gap“. Im Mittelpunkt steht die Diskussion zwischen mangelnder externer Validität bei hoher interner Validität in klinisch-kontrollierten Studien bei der Überprüfung der Wirksamkeit (*effectiveness*) und der eingeschränkten internen Validität bei hoher externer Validität bei naturalistischen Studien und deren Aussagekraft über die Wirksamkeit (*effectiveness*) eines Verfahrens.

Außerdem stellt sich die Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe bei den strengen Exklusionskriterien, die Manualisierung der Verfahrens und dadurch der Generalisierbarkeit der Ergebnisse sowie schon

⁹ Der Artikel war bei der Erstellung der Arbeit noch nicht veröffentlicht, daher fehlt die Seitenzahlangebe.

¹⁰ Zahlreiche prominente Therapieforscher üben Kritik an den Forderungen der EBM nach klinisch-kontrollierten Studien (Mertens 2008; Seligman 1995; Henningsen & Rudolf 2000; Wampold 2001; Messer 2002, 2004; Leichsenring 2004, 2005a,b; Lambert, Bergin & Garfield 2004, S.11f; Orlinsky, Rønnestad, Willutzki 2004, S.311; Westen, Novotny, Thompson-Brenner 2004; Tschuschke 2005, Tschuschke, Crameri, Koemeda, Schulthess, von Wyle et al. 2009; Kazdin 2006; Kriz 2004, 2008; Kächele 2008; Shedler 2010).

vorher der Vorwurf des „Missbrauchs der Medikamentenmetapher“ (Stiles & Shapiro 1989, 1994) und des „Überstülpens“ des medizinischen Modells auf die Psychotherapie (Wampold 2001).

Hinzu kommt die Schwierigkeit der Kliniker mit der Rolle des Forschers in der therapeutischen Dyade. Um klinische Phänomene untersuchen zu können, müssen diese intersubjektiv beobachtbar sein (Jones 2001, S.227f). Die Einführung eines Dritten ist eine formale Notwendigkeit, um die wissenschaftlichen Gütekriterien zu gewährleisten (Kächele 1992c) und um das wissenschaftliche Vorgehen korrekt und solide durchführen zu können (Bateman & Holmes 1995, S.245), da „die Evaluierung von Prozess und Ergebnis psychoanalytischer Arbeit nur im Kontext objektivierender Methodik gelingen kann“ (Kächele, 2009, S.242). Doch der Dritte nimmt unweigerlich Einfluss auf die therapeutische Dyade, selbst wenn er für den Patienten und den Therapeuten lediglich in Form einer Videokamera oder eines Tonbandgerätes in Erscheinung tritt¹¹. Dabei müssen nicht nur ethische und datenschutzrechtliche¹² (Kächele, Thomä, Ruberg & Grünzig 1988), sondern auch beziehungs-dynamische Aspekte berücksichtigt werden (Kächele, Schaumburg & Thomä 1973; Allert, Dahlbender, Thomä & Kächele 2000). Letztere können wirksam sein, obwohl oder gerade weil sie u. U. nicht artikuliert werden oder gar unbewusst sind¹³. Analytiker tun sich schwer, den analytischen Prozess reliabel einzuschätzen (Vaughan, Spitzer, Davies & Roose 1997). Diese Beschränkungen sind in der Doppelrolle des Analytikers als „Forscher und Heiler“ (Freud 1927)¹⁴ bzw. „teilnehmender Beobachter“ (Sullivan 1940) zu finden (Kächele et al. 1988).

Durch Tonbandaufnahmen der Therapiesitzungen ist es dagegen möglich, Mitteilungen, Verhaltensweisen und andere Interaktionsformen

¹¹ Es gibt jedoch begründete Annahmen, dass sich Analytiker mehr vor den Aufnahmen bzw. vor der Kritik ihrer Kollegen fürchten, als ihre Patienten (Rudolf 1991; Kernberg 1997, S.40).

¹² Vertraulichkeit und Anonymität zum Schutz des Patienten müssen selbstredend gewährleistet sein, z.B. durch die Anonymisierung und einen für Forschungsmitarbeiter eingeschränkten Zugang zu Transkripten (Kächele, Thomä, Ruberg & Grünzig 1988, S.181).

¹³ So könnte z.B. der Wunsch, bei einem bestimmten Analytiker angenommen werden, dazu führen, dass anfängliche Bedenken, an einer Studie teilzunehmen, in Kauf genommen werden.

¹⁴ Hier beziehe ich mich auf das von Freud (1927) postulierte Junktum zwischen Heilen und Forschen. Zur kritischen Auseinandersetzung mit Freuds Junktum, siehe Meyer (1998), Thomä & Kächele (2006 Bd.3, S.93).

zwischen Therapeut und Patient objektiv festzuhalten und zu transkribieren. Durch die Etablierung audiovisueller sowie psychophysiologischer Aufzeichnungsverfahren wurde der „Wechsel von der Erzähl- zur Beobachtungsperspektive“ möglich (Reister & Tress, 1993, S.140). Die auf dieser Grundlage erstellten Verbatimprotokolle haben im Vergleich zu Notizen des Therapeuten einen erheblichen Informationsgewinn, da sie nicht nur den verbalen Anteil, sondern auch die nonverbalen Anteile (z.B. Redefluss) wiedergeben (Kächele 2009, S.40) und stellen für die empirische Forschung eine objektivere Datengrundlage dar. Die Verwendung von Verbatimprotokollen in der psychoanalytischen Prozessforschung ermöglicht eine gesicherte Grundlage und vielfältige Auswertungen für überprüfbare Aussagen, welche in der traditionellen Fallstudie durch die „Beschränkungen des Materials“ nur unzureichend ist (Kächele, Schaumburg & Thomä 1973). In der Prozessforschung werden die aufgezeichneten bzw. transkribierten Sitzungen durch einen oder mehrere unabhängige Beobachter¹⁵, und nicht vom Therapeuten ausgewertet, um zentrale wissenschaftliche Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität, Replizierbarkeit usw.) einzuhalten.

Dennoch können durch systematische Untersuchungen mit standardisierten Verfahren an aufgezeichneten Therapiesitzungen psychoanalytischer Therapie auch in naturalistischen Studien empirische Therapieforschung durchgeführt werden, die einerseits den realen klinischen Situationen und andererseits wissenschaftlichen Standards gerecht wird.

2.2 Forschungsansätze in der psychoanalytischen Therapieforschung

2.2.1 Ergebnisforschung in der psychoanalytischen Therapieforschung

Es ist ein weitverbreiteter Irrtum, dass die Psychoanalyse und verwandte psychoanalytische Verfahren nicht empirisch untersucht seien. Dabei gehört

¹⁵ Fortan wird für den unabhängigen Beobachter, der die Auswertungen durchführt, der englische Begriff „rater“ verwendet, der in der englischsprachigen Fachliteratur auch „*clinical judge*“ genannt wird.

sie zu den am häufigsten empirisch untersuchten¹⁷ humanwissenschaftlichen Theorien des 20. Jahrhunderts (Mertens 2005, S.105) und zu den am meisten missverstandenen Therapieformen (Shedler 2010). Zahlreiche Studien belegen die Wirksamkeit der psychoanalytischen Psychotherapie und der Psychoanalyse (Bachrach, Galatzer-Levy, Skolnikoff & Waldron 1991; Kächele 1992; Fonagy, Jones, Kächele, Krause, Clarkin et al. 1999, 2002; Ermann Feidel & Waldvogel 2001; Brandl, Bruns, Gerlach, Hau, Janssen et al. 2004; Leichsenring 2005 a, b; Shedler 2010).

In der Psychotherapievergleichsforschung zeigt sich bei zahlreichen Studien, dass sich die untersuchten Psychotherapieverfahren nicht oder nur geringfügig in ihrer Wirksamkeit unterscheiden und dass die verschiedenen untersuchten Therapieverfahren trotz unterschiedlicher theoretischer Grundannahmen und Behandlungstechniken einen vergleichbaren Nutzen erbringen (Luborsky, Singer & Luborsky 1975; Smith & Glass, 1977; Stiles, Shapiro, & Elliott 1986). Dieses Phänomen wird als sog. „Dodo-Bird-Verdict“¹⁸ (Luborsky et al. 1975) oder als Äquivalenzparadox (Stiles et al. 1986) bezeichnet, welches Anlass zu zahlreichen Diskussionen unter Therapieforschern gab, die bis heute andauern (Luborsky, Rosenthal, Diguier, Andrusyna, Berman et al. 2002; Beutler 2002; Tschuschke, Cramer, Koemeda, Schulthess, von Wyle et al. 2009; Huber, Henrich, Gastner & Klug 2011)¹⁹.

Demgegenüber steht der sog. Allegiance-Effekt, der zum Ausdruck bringt, dass stets dasjenige Therapieverfahren einer Studie erfolgreicher abschneidet, dem die jeweiligen Therapieforscher angehören bzw. dessen Forschungsanliegen sie vertreten. Dieser Effekt wurde in Metaanalysen mehrfach bestätigt (Smith, Glass & Miller 1980; Dush, Hirt & Schroeder,

¹⁷ Untersuchungen über die Wirksamkeit von Psychoanalysen haben eine lange Tradition, bereits zu Freuds Lebzeiten und in den Jahren danach wurden die ersten Studien durchgeführt (siehe dazu auch Gitzinger et al. 1997; Ermann et al. 2001; Bachrach et al. 1991, Wallerstein 2001, 2006).

¹⁸ Mit der Metapher des „Dodo-Bird-Verdict“ in Anlehnung an Lewis Carrolls (1865) *Alice in Wonderland*: In „Everybody has won and all must have prizes“ kommt zum Ausdruck, dass es keinen alleinigen „Gewinner“ unter den therapeutischen Schulen gibt, sondern dass alle untersuchten Verfahren gleichermaßen das Ziel erreicht haben, die Wirksamkeit ihres Verfahrens nachzuweisen und dabei vergleichbare Ergebnisse erzielen. Dieser Begriff wurde von Rosenzweig (1936) eingeführt, der bereits in der Frühphase der Vergleichsstudien auf dieses Phänomen aufmerksam machte.

¹⁹ Kächele (2008) bemerkt jedoch, dass kaum jemand an das Äquivalenzparadox glaubt, obwohl es mehrfach in Studien nachgewiesen wurde.

1983; Robinson, Berman, Neimeyer 1990)²⁰. Der Allegiance-Effekt klärt mehr Varianz des Therapieergebnisses auf als das jeweilige Behandlungsverfahren (Wampold 2001, S.168, 203f)²¹. Das heißt, dass die Unterschiede in den Effekten verschiedener Verfahren geringer werden, wenn man die theoretische Orientierung der Untersucher als Variable kontrolliert. Trotz besseren Wissens wird dieser Effekt, die „Modelltreue“ der Forscher zu ihrem therapeutischen Verfahren, nur selten kontrolliert und als solche dargestellt (Strauß 2005, S.334).

Um zu verstehen, wie Psychotherapie wirkt, stellt sich die zentrale Frage, „wie Mikro-Ergebnisse in Makro-Ergebnisse übergehen“, für die es noch kein fundiertes Erklärungsmodell gibt (Kordy & Kächele 1996, S.8²²). Diskutiert wird in diesem Zusammenhang auch die Beziehung zwischen Dosis und Effekt (*dose-effect-relationship*). Luborsky et al. (1975) konnten zeigen, dass eine Kurzzeittherapie ebenso effektiv ist wie eine längere Therapie. Metaanalysen zeigten, dass bedeutendere therapeutische Veränderungen bei den meisten Patienten bereits um die 26. Therapiesitzung erreicht werden, während diese in der späteren Therapiephase weniger groß sind (Howard, Kopta, Krause, Merton & Orlinsky 1986; vgl. auch Grawe, Donati & Bernauer 1994). Die daraus abgeleiteten sog. Dosis-Wirkungs-Modelle (Howard et al. 1986) wurden vielfach als Missbrauch der „Drug-Metapher“ kritisiert (Stiles & Shapiro 1989, 1994). Andere Studienergebnisse deuten darauf hin, dass ein positiver Zusammenhang zwischen Therapiedauer sowie Gesamtzahl an Sitzungen und Therapieerfolg besteht (Orlinsky & Howard 1986). Diese Ergebnisse zogen auch viel Kritik auf sich, insbesondere von psychodynamischen Therapieforschern. Bei der differentiellen Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung wird die Therapieresponse differenziell für bestimmte Patienten auf unterschiedliche Therapieverfahren untersucht. Bei dieser Art von Vergleichsstudien werden systematisch Daten über die Bedingungen für

²⁰ Zur kritischen Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Studien, die in den Metaanalysen berücksichtigt wurden, siehe Lambert & Ogles 2004 (S.152).

²¹ Wampolds (2001) Analyse zeigt, dass die Allegiance eine Effektstärke von bis zu 0.65 beträgt und bis zu 10 % der Varianz aufklärt, während die jeweilige Behandlung eine Effektstärke von 0.00 bis 0.20 aufweisen kann und nur maximal bis zu einem Prozent der Varianzaufklärung beiträgt (S.205f).

²² Seitenzahl bezieht sich auf das pdf-Dokument

„Erfolg“ und „Misserfolg“ erhoben (Kordy & Kächele 1996, S.7), die jedoch z.B. von Meyer (1998) als zu beliebig kritisiert wird. Bereits beim *Menninger Psychotherapy Research Project* wurden differenzielle Therapieeffekte untersucht, woraus Wallerstein (1986) schlussfolgerte, dass jeder psychotherapeutische Ansatz für bestimmte Patienten, für die der jeweilige Ansatz am besten passt, maximal wirksam ist.

Nach der Frage, was und wer untersucht werden soll, ist es von essentieller Bedeutung, wie das Therapieergebnis definiert wird und wie bzw. womit es bewertet bzw. gemessen wird. Denn die Ergebnisse hängen zum Großteil davon ab, welche Veränderungskriterien festgelegt werden (vgl. Hill & Lambert 2004, S.105). Damit die untersuchten Ergebnisse überprüfbar und vergleichbar werden, sind a priori festgelegte Kriterien und Bewertungsregeln sowie standardisiertes Vorgehen und Forschungsinstrumente notwendig (Kordy & Kächele 1996, S.12). Es gibt jedoch nicht nur in der psychoanalytisch orientierten Therapieforschung eine Vielzahl an Ergebnismaßen, die nicht standardisiert sind, und diese Heterogenität erschwert die Vergleichbarkeit z.B. bei Metaanalysen (Hill & Lambert 2004, S.107)²³. Durch die Kombination verschiedener Perspektiven, z.B. des Patienten, des Therapeuten und unabhängigen Beobachters, sowie durch Messwiederholungen können wissenschaftliche Gütekriterien erhöht werden, auch oder gerade weil alle Beteiligten zu verzerrten Einschätzungen neigen können²⁴.

2.2.2 Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie

Zahlreiche Forschungsprojekte in Europa und in den USA untersuchten in neuerer Zeit die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Therapieverfahren, darunter auch zahlreiche prospektive, longitudinale,

²³ Es gibt zahlreiche qualitative und quantitative Ansätze der Psychotherapieforschung, sowohl in der Prozess- als auch in der Ergebnisforschung (Übersicht bei Hill & Lambert 2004, Kordy & Kächele 1996).

²⁴ Hill und Lambert (2004) weisen darauf hin, dass auch unabhängige Beobachter nicht unbedingt objektive Beobachter sind, nur weil sie nicht persönlich in die Therapie involviert sind und dass deren Beobachtungen ebenso Verzerrungen unterliegen, wobei der Grad der Involvierung eine Rolle spielt (S.87). Daher ist die Anwendung von Forschungsinstrumenten und systematisches Vorgehen notwendig.

klinisch kontrollierte Therapievergleichsstudien, wie z.B. die *Praxisstudie analytischer Langzeitpsychotherapien* (Grande, Rudolf & Oberbracht 1997; Grande et al. 1997, Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller et al. 2001a, Rudolf G., Grande T., Dilg R. et al. 2001b), die *Münchener Prozess-Outcome-Studie* (MPS; Huber, Klug & von Rad 2001, Huber & Klug 2005, 2006; Huber, Henrich, Gastner & Klug 2011), die *Langzeittherapiestudie bei chronischen Depressionen* (LAC; Leuzinger- Leuzinger-Bohleber, Bahrke, Beutel, Deserno, Edinger et al. 2010), das *Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project* (Sandell 2001; Sandell, Carlsson, Schubert, Bromberg, Lazar et al. 2002), um nur einige zu nennen.

Die Anzahl der empirischen Evaluationsstudien in psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Psychotherapie wächst stetig, was die Durchführung von Metaanalysen ermöglicht, die insbesondere zur psychodynamischen Kurzzeittherapie zahlreich vorliegen. Bereits die Metaanalysen von Crits-Christoph (1992) und Anderson und Lambert (1995) zeigen, dass sie den Kontrollbedingungen überlegen waren und es keine Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie und anderen evidenzbasierten Therapieformen gibt²⁵. In der Metaanalyse von Leichsenring, Rabung und Leibung (2004) aus 17 Studien über Patienten mit psychiatrischen Diagnosen in psychodynamischer Kurzzeittherapie²⁶, ähnlich wie in der Metaanalyse von Abbass, Hancock, Henderson und Kisely (2006) (23 RCTs mit über 1400 Patienten) zeigte sich, dass die Effekte stabil und größer als in den Kontrollbedingungen waren und bis zur Katamnese weiter zunahmen oder zumindest stabil blieben²⁷. In einer Übersichtsarbeit über psychodynamische Kurzzeittherapie mit Patienten mit verschiedenen somatischen Störungen (23 Studien) und einer Metaanalyse (aus 14 Studien, davon 13 RCTs) mit

²⁵ Die psychotherapeutisch behandelten Patienten zeigen im Vergleich zu unbehandelten Patienten im Wartelistendesign eine Verbesserung mit signifikantem Unterschied in den Effektstärken (Anderson & Lambert, 1995: Effektstärke $d = 0.71$; Crits-Christoph: Effektstärke zwischen 1.10 und 0.81).

²⁶ Die Effektstärken für Leichsenring et al. (2004) betragen Hauptproblematik $d = 1.39$, allgemeine psychiatrische Symptome $d = 0.90$ und dem sozialen Funktionieren $d = 0.80$ bei der Katamnese von (1.57, 0.95 bzw. 1.19) und in Abbass et al. (2006) zeigten Effektstärken von $d = 0.97$ nach der Behandlung und $d = 1.51$ bei einer Katamnese neun Monate nach Behandlungsende

²⁷ Zur Kritik des methodischen Vorgehens von Abbass et al. (2006), siehe Erceg-Hurn (2011)

insgesamt über 1800 Patienten, zeigte ebenfalls gute Ergebnisse²⁸ (Abbass, Kisely & Kroenke 2009). Dagegen zeigte die Metaanalyse von Driessen, Cuijpers, de Maat, Abbass, de Jonghe et al. (2010) zur Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Depressionen (23 Studien mit über 1300 Patienten), dass diese Behandlung signifikant effektiver ist als die Kontrollbedingungen und auch noch nach einjähriger Katamnese anhielten. Dagegen zeigte sich eine leichte Überlegenheit anderer Verfahren nach Therapieende, die nach drei und sechsmonatiger Katamnese nicht mehr signifikant waren (ebd.). In einer aktuellen Metaanalyse von psychodynamischer Kurzzeittherapie für Patienten mit Depressionen und komorbider Persönlichkeitsstörung aus acht Studien wurden hohe Effektstärken berichtet, die denen aus den Kontrollbedingungen überlegen waren, und diese konnten über das Therapieende hinaus zur Katamnese aufrechterhalten werden²⁹ (Abbass, Town & Driessen 2011).

Neben der Wirksamkeit ist von zentralem Interesse, ob Langzeitpsychotherapie kürzeren Behandlungen überlegen und somit der ökonomische Mehraufwand zu vertreten ist³⁰. Die Wirksamkeit psychodynamischer Langzeitpsychotherapie bei der Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen und multiplen sowie chronischen psychischen Störungen wurde in einer Metaanalyse zur Wirksamkeit von psychodynamischer Langzeittherapie³¹ von Leichsenring & Rabung (2008) überprüft. Dabei gingen 23 Studien (davon 11 RCTs) mit über 1000 Patienten mit multiplen oder chronischen psychischen Störungen in die Analyse ein. Die Autoren berichten, dass 96% der Patienten in Langzeittherapien bessere Ergebnisse³² erzielten als Kontrollgruppen mit kürzeren Therapien, wobei zwischen den unterschiedlichen diagnostischen und Behandlungsgruppen differenziert wird.³³ In einer weiteren Metaanalyse

²⁸ Die meisten Patienten (91,3%) zeigten eine Verbesserung für mindestens einen Parameter bezüglich körperlicher, psychologischer Symptome sowie Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

²⁹ Die Effektstärken liegen zwischen 1.00 und 1.27 (Abbass, Town & Driessen 2011).

³⁰ siehe dazu Fäh & Fischer 1998, S.23f; Fäh 1997, S.333f; Mertens 2005, S.112

³¹ Langzeittherapie wurde definiert mit mehr als 50 Sitzungen mit einer Behandlungsdauer von mindestens einem Jahr.

³² Die Effektstärken hinsichtlich zwischen den Gruppen belaufen sich auf 1.8 und zwischen 0.78 und 1.98 innerhalb der Gruppe, 1.25 bei der Katamnese (durchschnittlich nach 23 Monaten) (Leichsenring & Rabung 2008).

³³ Siehe zur methodischen Kritik an Leichsenring & Rabung (2008), Thombs, Bassel &

zur psychoanalytischen Langzeitpsychotherapie (mit durchschnittlich 150 Sitzungen) von de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker (2009) gingen 27 Studien mit insgesamt über 5000 Patienten unterschiedlicher Störungsbilder in psychoanalytischer Langzeittherapie in die Untersuchung ein und kommen zu der Schlussfolgerung, dass diese Behandlungsform wirksam ist mit moderaten bis hohen Effekten³⁴. Es konnte anhand von vier deutschen Studien gezeigt werden, dass psychoanalytische Therapie ebenso wirksam ist wie tiefenpsychologische Psychotherapie hinsichtlich Symptomreduktion und Verbesserung interpersoneller Probleme (Jakobson, Rudolf, Brockmann, Eckert, Huber et al. 2007).

Im Zuge der evidenzbasierten Medizin werden zunehmend mehr störungsspezifische Ansätze, die auf Behandlungsmanualen basieren, in der Psychotherapie entwickelt, die sich anbieten, in klinisch kontrollierten zu untersuchen. Gegenwärtig spielt die störungsspezifische Psychotherapieforschung eine wichtige Rolle - im Rahmen der Erfordernisse einer evidenzbasierten Medizin (EBM), die jedoch kritisch gesehen wird³⁵. Auch auf psychodynamischer Grundlage wurden Behandlungsmanuale für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Störungsbildern entwickelt, wie z.B. bei Panikstörungen (Milrod, Busch, Leon, Aronson, Roiphe et al. 2001), die *Übertragungsfokussierte Therapie* (TFP; Clarkin, Levy, Lenzenweger, Kernberg 2007) sowie die *Mentalisierungsbasierte Therapie* (MBT; Fonagy & Bateman 2008) für Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Übersicht bei Roth & Fonagy 1996; Fonagy 2006, S.670f), deren Ergebnisse ihre Wirksamkeit belegen. Die Ergebnisforschung hat gezeigt, dass die psychotherapeutische Behandlung nicht nur erfolgreich, sondern auch langfristig wirksam ist (Lambert & Ogles 2004, S.180). Patienten, die mit psychodynamischer oder psychoanalytischer Psychotherapie behandelt wurden, behielten den therapeutischen Nutzen nicht nur bei, sondern scheinen sich darüber hinaus

Jewett (2009) sowie Bahr, Thombs, Pignotti, Bassel, Jewett, Coyne & Beck (2010) und Antwort von Leichsenring, Salzer & Leibing (2010); Kritik an De Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker (2009) von Thombs, Bassel & Jewett 2009; und Kritik beider Metaanalysen zur psychoanalytischen Therapie von Smit, Huibers, Ioannidis, van Dyck, van Tilburg & Arntz (2011), die aktuell.

³⁴ Die durchschnittliche Effektstärke bei Patienten mit mäßigem Störungsgrad beträgt nach Therapieende 0.78, bei Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung 0.94 (1.02 beim Follow-up).

³⁵ Zur Kritik an Manualen, siehe Beutler et al. 2004; Kächele 2010, 2011

weiterhin zu verbessern, selbst nach Ende der Behandlung (Übersicht bei Shedler, 2010), was sich z.B. in einer Zunahme der Effektstärken in den Metaanalysen widerspiegelt.

Auf dieser Grundlage kann behauptet werden, dass psychodynamische und psychoanalytische Therapie ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt (Übersicht bei z.B. Fonagy et al. 2002; Leichsenring 2005a; Shedler 2010), obschon weitere klinisch kontrollierte und methodisch anspruchsvolle naturalistische Studien notwendig sind.

2.2.3 Exkurs: Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Die Befunde der vergleichenden Therapieforschung zeigen, dass trotz unterschiedlicher Grundannahmen über die Ätiologie psychischer Störungen und unterschiedlicher Techniken die Behandlungsergebnisse zu ähnlichen Erfolgen führen, und werfen grundlegende Fragen nach den wirksamen Komponenten der Psychotherapie auf, die zu einem Therapieerfolg führen. Ein wichtiges Forschungsanliegen ist die Identifikation von Wirkfaktoren der Psychotherapie, die für therapeutische und heilsame Veränderungen verantwortlich sind. Während die spezifischen Wirkfaktoren verfahrensspezifische Besonderheiten, wie z.B. bestimmte technische Interventionsformen berücksichtigen, beschreiben die allgemeinen³⁶ Faktoren Phänomene, die schulen- und verfahrensübergreifend in den verschiedensten Psychotherapieverfahren gültig sind. Rosenzweig (1936) benannte als Erster die Bedeutung von sog. kommunalen Wirkfaktoren (*common factors*) und bezieht sich dabei vornehmlich auf die Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten. Weitere wichtige Autoren zu dieser Thematik sind z.B. Frank (1971) und Weinberger (1995)³⁷, sowie

³⁶ Strupp (1995) kritisiert, dass die Trennung in spezifische und unspezifische Wirkfaktoren irreführend ist und plädiert dafür, Techniken und Beziehungsaspekte nicht künstlich zu trennen. Auch Strauß (2004) weist darauf hin, dass die allgemeinen Wirkfaktoren häufig jedoch fälschlicherweise als unspezifisch bezeichnet werden, weil sie geradezu charakteristisch für die Psychotherapie sind (S.107).

³⁷ Eine kritische Auseinandersetzung mit den Thesen Weinbergers (1995) sind den Kommentaren desselben Hefts zu entnehmen, z.B. Elkin (1995), Luborsky (1995), Beutler (1995), ebenso Strupp (1995), der bezweifelt, dass irgendeine Kombination aus Wirkfaktoren Therapieerfolg garantiert, sondern dass es vielmehr differenzielle patientenspezifische Unterschiede gibt.

empirische Studien zu Wirkfaktoren bzw. Konzeptualisierungen durch Orlinsky, Grawe & Parks (1994), Grawe (1998); Grawe, & Grawe-Gerber (1999). Luborsky (1996), Lambert und Ogles (2004), Kächele (2005) mit dem *Ulmer Wirkfaktoren Würfel*, DeFife und Hilsenroth (2011)³⁸. Grencavage & Norcross (1990) hinterfragen die zahlreichen postulierten allgemeinen Wirkfaktoren und untersuchten systematisch 50 relevante Publikationen. Sie konnten belegen, dass diese bei verschiedenen Therapieverfahren sehr unterschiedlich ausfallen⁴⁰, wodurch die Frage nach den Wirkfaktoren, die allen gemeinsam sein sollen, erneut gestellt werden muss. Dennoch liefern die Konzeptualisierungen der allgemeinen Wirkfaktoren eine plausible Erklärung für die fehlenden signifikanten Unterschiede in den Therapieergebnissen unterschiedlicher therapeutischer Schulen (Weinberger 1995, Luborsky 1995).

Trotz unterschiedlicher Wirkfaktoren besteht ein Konsens dahingehend, dass die therapeutische Beziehung bzw. das Arbeitsbündnis oder verwandte Konzepte einer der wichtigsten und wirksamsten Faktoren für alle psychotherapeutischen Behandlungsformen ist (Horvath & Greenberg 1994, S.1) bzw. für alle Behandlungsformen, und nicht nur für die Psychotherapie (Horvath & Bedi 2002). Zudem weist das Konzept der therapeutischen Beziehung die stärkste Evidenz aller untersuchten Wirkfaktoren auf (Orlinsky, Grawe & Parks 1994). Nach Wampold (2001) tragen allgemeine Wirkfaktoren, wie z.B. das Arbeitsbündnis (*working alliance*), die Verfahrenstreue (*allegiance*) des Therapeuten und seine Kompetenz wesentlich zum Therapieergebnis bei, während spezifische Faktoren keinen oder nur einen geringen Beitrag leisten (S.203f). Die wissenschaftlichen Befunde belegen, dass die Varianz des Therapieerfolgs, der durch allgemeine Wirkfaktoren aufgeklärt wird, bei Weitem die spezifischen Bestandteile oder Effekte, z.B. Techniken bestimmter Therapieverfahren, übersteigt (Wampold 2001, S.202f; Messer & Wampold 2002). Trotz dieser Studienergebnisse sind die behandlungsspezifischen Techniken und Komponenten nicht zu vernachlässigen. Vielmehr bieten die

³⁸ Übersicht in Wirkfaktoren (siehe S. 232, Anhang).

⁴⁰ Dabei geht der größte Anteil auf die Veränderungsprozesse mit 41 % zurück, Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung bzw. verwandter Konstrukte machen 15 % aus, die Qualitäten des Therapeuten 21 %, die Behandlungsstruktur 17 % und die Charakteristika der Patienten 6% (Grencavage & Norcross 1990).

allgemeinen Wirkfaktoren eine Basis, in welche die jeweiligen Behandlungstechniken eingebettet sind und wirksam werden können (vgl. Strupp 1995). Der gegenwärtige Forschungsstand sichert die Behauptung ab, dass allgemeine Wirkfaktoren über verschiedene Behandlungen hinweg für einen beträchtlichen Teil von Verbesserungen bei Psychotherapiepatienten und sogar für den größten Anteil am Nutzen psychologischer Interventionen verantwortlich sind und zu einem erheblichen Teil zum positiven Therapieergebnis beitragen (Lambert & Ogles 2004, S.172). Weitere empirische Studien müssen zu den als allgemeine Wirkfaktoren identifizierten Komponenten zusätzlich zur Untersuchung spezifischer Techniken durchgeführt werden, um deren Bedeutung für psychotherapeutische Veränderungsprozesse zu erklären (Lambert & Ogles 2004, S.173).

2.2.4 Prozess- (Ergebnis-) Forschung in der psychoanalytischen Therapieforschung

Prozessforschung beschäftigt sich überwiegend mit dem Beschreiben, Erklären und Vorhersagen therapeutischer Veränderung, deshalb sollten in jeder Studie Prozessmaße und Veränderungsmaße angewendet werden, und sowohl Prozess als auch Ergebnis kann nur in Bezug auf den anderen definiert werden (Greenberg 1986, S.730f). Die Prozessforschung ist das „ureigenste Feld der Psychoanalyse“ (Thomä & Kächele 2006, S.3⁴¹) und diese ist „in der differenzierten Untersuchung des Prozeßgeschehens führend“ (Mertens 1997, S.74). Ergebnisforschung ohne rigorose Untersuchung des Prozesses in Verbindung zum Ergebnis ist nicht ausreichend, da Ergebnisforschung die grundlegenden Themen und Erklärungen von Phänomenen auslässt (Greenberg 1986, S.725) und wer „nur die Ergebnisse mißt, fragt nicht mehr danach, wie diese zustande gekommen sind“ (Mertens 1997, S.79). Gegenwärtig verschiebt sich der Schwerpunkt in der Psychotherapieforschung von der reinen Ergebnisforschung zur Prozessforschung (Siefert, DeFife & Baity 2009,

⁴¹ Seitenzahl bezieht sich auf das pdf-Dokument aus dem Lehrbuch, ebenso bei Kordy & Kächele (1996)

S.157,175). Therapieforscher heben hervor, dass der gegenwärtige Schwerpunkt der psychoanalytischen Psychotherapieforschung in den „Mikroanalysen des psychoanalytischen Handelns“ sowie in der Identifizierung von wesentlichen/entscheidenden Dimensionen des psychoanalytischen und therapeutischen Handelns“ liegt (z.B. Kächele et al. 2009, S.20). Studien, welche die Beziehung zum Therapieergebnis untersuchen, überprüfen klinisch hergeleitete Hypothesen, während Studien, die die Beziehung des Therapieergebnisses zu verschiedenen Behandlungsprozessen untersuchen, einen „empirischeren Pfad“ einschlagen, um die wirksamen Aspekte der Psychotherapie zu untersuchen (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki 2004, S.313). Während die Evaluationsforschung die Behandlungsergebnisse zum Gegenstand hat, untersucht die Prozessforschung die Mikroebene und diese beiden Perspektiven werden bei der Prozess-Ergebnis-Forschung verbunden (Kordy & Kächele 1996, S.8). Die Prozessforschung untersucht die Beziehung zwischen Behandlungswirksamkeit und spezifischen Aspekten des therapeutischen Prozesses, und ist damit besonders relevant für die klinische Praxis (Orlinsky 1994, S.103f).

Gegenstand der Prozessforschung und der Prozess-Ergebnis-Forschung sind die spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren und deren Beitrag zum Therapieergebnis (Siefert et al. 2009). Die Untersuchungseinheit des therapeutischen Prozesses kann eine einzelne Therapiesitzung bis hin zum gesamten Behandlungsverlauf umfassen. Die Prozessforschung wird überwiegend in Einzelfallstudien angewendet, da deren Untersuchung auf Mikroebene der therapeutischen Interaktion einen hohen zeitlichen und methodischen Aufwand bedeutet.

In der Prozessforschung wird den vielfältigen und komplexen Interaktionen zwischen Analytiker und Patienten besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht. Nur durch die Erforschung des Austausches zwischen Patient und Analytiker ist es möglich, zentrale Aspekte der psychoanalytischen Behandlung zu erfassen und eine empirisch überprüfte Verlaufstheorie (Prozesstheorie) zu entwickeln (Thomä & Kächele 2006, Bd.3, S.2). Diese können durch empirische Prozess- und Ergebnisforschung angemessen validiert werden (Kächele et al. 2009, S.4). Im Fokus stehen

der therapeutische Prozess und die Interaktion, und damit Wirkfaktoren und die Beziehungskompetenz des Therapeuten (Mertens 1997, S.79).

Das *Generische Modell der Psychotherapie* (Orlinsky & Howard 1987; Orlinsky et al. 1994) stellt ein umfassendes Modell der miteinander verbundenen Therapieprozessvariablen dar, welches beschreibt, wie sich das psychotherapeutische System im Zeitverlauf entwickelt (Orlinsky et al. 2004, S. 320f). Es werden verschiedene Dimensionen der Prozess-Ergebnis-Forschung unterschieden, deren Berücksichtigung notwendig ist, um komplexes Interaktionsgeschehen systematisch zu untersuchen (siehe z.B. Orlinsky et al. 2004, S.314), wie z.B. die Unterscheidung zwischen dem Behandlungsprozess und dem Veränderungsprozess (ebd., S. 312f). Bei letzterem stehen im Mittelpunkt des Interesses die Prozessvariablen oder die sog. wirkaktiven Bestandteile (*active ingredients*), von denen angenommen wird, dass sie in einer kausalen Beziehung zu Veränderungsprozessen stehen. Prozessvariablen sind funktional miteinander verbunden und definieren zusammen das psychotherapeutische System, das sich über die Zeit hinweg entfaltet (Orlinsky et al. 2004, S.320)⁴².

Die Forschungsmethoden werden zunehmend differenzierter (Hill & Lambert 2004, S.124), die erforderlich sind und die nicht nur den wissenschaftlichen Standards genügen, sondern auch von klinisch-therapeutischer Relevanz und geeignet sind, komplexes Interaktionsgeschehen systematisch zu untersuchen. Psychoanalytische Psychotherapieforschung muss nicht nur die Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlungen als solche untersuchen, sondern auch *wie* sie wirken und *was* zu ihrem Verlauf und zur Veränderung beim Patienten beiträgt. Sie stellt mit der Frage nach dem „Zusammenhang zwischen dem, was im

⁴² Bei der Untersuchung von Therapieprozessen muss zudem zwischen Prozess und Ergebnis differenziert werden, zwischen „Inputvariablen“ (*input variables*), wie Charakteristika der Patienten und Therapeuten (wie Persönlichkeit, Erwartungen, Weltanschauung usw.) und von außertherapeutischen Variablen, z.B. wichtige Lebensereignisse, die den Therapieprozess beeinträchtigen oder fördern können (Hill & Lambert 2004, S.84). Mithilfe dieses Modells können Prozessvariablen, Input- und Output-Variablen integriert werden, um Prozessvariablen in kohärente Kategorien klassifizieren zu können (ebd.). Zu diesem Modell zählen die Autoren sechs Prozessvariablen: den therapeutischen Vertrag, therapeutische Operationen (z.B. Beschwerdeschilderungen des Patienten sowie seine Kooperationsbereitschaft, die Expertise des Therapeuten sowie Behandlungstechniken u.a.), die therapeutische Beziehung (vgl. Kap. 2.4.2), die Beziehung zum Selbst (*self-relatedness*), positive, wie negative Auswirkungen innerhalb der Sitzung und zeitliche Muster, den Verlauf innerhalb einer Sitzung, einer Behandlungsphase oder der gesamten Behandlungsphase.

psychotherapeutischen Prozess geschieht und den Veränderungen des Patienten“ gegenwärtig eine der größten Herausforderungen dar (Ablon & Kächele 2008, S.5).

2.2.5 Forschungsmethoden der psychoanalytischen Prozessforschung

Es wurde eine Vielzahl an Forschungsmethoden der Prozessforschung überwiegend von psychodynamisch bzw. psychoanalytisch orientierten Therapieforschern entwickelt (Übersicht bei Siefert et al. 2009, S.157f). Der Untersuchung des therapeutischen Prozesses und der therapeutischen Interaktion nahmen sich z.B. Strupp und Mitarbeiter an – die *Vanderbilt Process Measures* (VPPS; O'Maley, Suh & Strupp 1983). Die Autoren betrachten den Therapieprozess als interpersonalen Prozess. Die VPPS erfassen sowohl positive als auch negative Aspekte des Verhaltens und der Haltungen von Patienten und Therapeuten, die den therapeutischen Prozess fördern oder beeinträchtigen können, bei verschiedensten therapeutischen Interventionen (Suh, Strupp, O'Malley 1986, S.287). Die VPPS erfassen den globalen Eindruck und haben zum Ziel, sog. „active ingredients“ des Therapieprozesses besser zu verstehen (ebd., S.310).

Die *Columbia Psychoanalytic Process Scale* (CAPAS; Vaughan et al. 1997) ist eine Prozessskala, die entwickelt wurde, um die An- oder Abwesenheit eines analytischen Prozess festzustellen und eine Definition für diesen zu finden. Es gelang jedoch nicht, einen klinischen Konsens hinsichtlich einer übereinstimmenden Definition und Einschätzung dessen, was ein analytischer Prozess ist, zu finden. Es konnte aufgrund mangelnder Übereinstimmung keine Konstruktvalidität erreicht werden, was nach Einschätzung der Autoren Implikationen für die Theorie, Praxis und Ausbildung hat (ebd.).

Mit den *Analytic Process Scales* (APS, Waldron 1996, Waldron, Scharf, Crouse, Firestein, Burton & Hurst 2004) wird angestrebt, die Art und die Qualität einer technischen Intervention und deren Einfluss auf den Therapieprozess zu beurteilen, indem z.B. die „Produktivität“ des Patienten im Anschluss z.B. an eine Deutung oder Klärung zu erfassen (Waldron et al. 2004, S.1079). Dabei erwies sich die Qualität der Intervention wichtiger als

deren Art (ebd.). Die Autoren des CAPS und der APS stimmen darin überein, dass es schwierig ist, den analytischen Prozess zu messen (Waldron et al. 2004, S.1079, Vaughan et al. 1997, S. 959). Im Folgenden wird das bereits erwähnte PQS ausführlicher dargestellt.

2.2.6 Therapieprozessforschung mit dem Psychotherapie-Prozess-Q-Sort

Auf der Grundlage der Q-Sort-Methodologie⁴⁴ basiert das *Psychotherapy Process Q-set* (PQS), das vom Therapieforscher E.E. Jones entwickelt wurde (Jones 1985, 2000)⁴⁵. Mit dem PQS wurde eine innovative deskriptive Methode entwickelt, die auf Beobachtungen basiert und den Therapieprozess mittels Items quantifiziert und dadurch einer quantitativen Auswertung zugänglich macht (Jones 2001, S.228), die sich zur systematischen Beschreibung des Therapieprozesses eignet und nicht auf ein bestimmtes therapeutisches Verfahren festgelegt ist. Es handelt sich um ein deskriptives Verfahren mit einer standardisierten Auswertungsmethode, bei dem eine Therapiesitzung mittels 100 Items, dem sog. *Q-set*, eingeschätzt wird (Jones 2000, S.280). Die PQS-Items beschreiben entweder das Verhalten und Erleben des Patienten, die Haltung und das Verhalten des Therapeuten oder die Interaktionen zwischen Patient und Therapeut (→ Kap. 4.4.1). Es handelt sich um ein sog. ipsatives Verfahren, d.h. dass die Items so eingeschätzt werden müssen, dass die Untersuchungseinheit, d.h. die einzelne Therapiesitzung, beschrieben wird und dass sich deren Einschätzung nicht an anderen Sitzungen oder Patienten orientiert. Grundlage für die Auswertungen sind Verbatimprotokolle oder Video- bzw. Audioaufnahmen. Das PQS hat gute psychometrische Eigenschaften (Jones, Hall, & Parke 1991; Jones & Pulos 1993; Ablon & Jones 1999, 2002).

⁴⁴ Die Q-Sort-Methodologie wurde zuerst von Stephenson (1953) vorgestellt und von Block (1961/1978) für die psychiatrische Forschung und Erfassung von Persönlichkeit weiterentwickelt.

⁴⁵ Das PQS ist von Albani, Blaser, Jacobs, Jones, Geyer & Kächele (2000) ins Deutsche übersetzt worden, vgl. auch Albani, Ablon, Levy, Mertens, & Kachele (2008); das PQS-R (Psychotherapy Process Q-Sort- Revised) ist von Ablon, Levy & the *Psychotherapy Research Program* überarbeitet worden und erscheint in Levy, Ablon & Kächele (Hg.) (2012)

Das PQS basiert auf einem bipersonalen Modell (Ablon & Jones 2005), das die Interaktion zwischen Patient und Therapeut kontextbezogen untersucht und Prozessvariablen identifiziert, anstatt Patientencharakteristika und Therapietechniken isoliert zu betrachten. Es eignet sich daher für die Prozess-Ergebnis-Forschung, da die als besonders charakteristisch eingeschätzten Items in Bezug auf deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis untersucht werden können. „Der allgemeine Zweck des Instrumentes ist es, einen klinisch bedeutsamen Index des therapeutischen Prozesses zu liefern“ (Jones 2000, S.317).⁴⁶ Das PQS ist eine Forschungsmethode, die entwickelt wurde, um die Beschaffenheit des analytischen bzw. therapeutischen Prozesses empirisch zu untersuchen. Diese Methode trägt zu einem besseren Verständnis bei, *wie* psychoanalytische Therapien funktionieren, indem der Veränderungsprozess untersucht wird und nicht lediglich das Therapieergebnis (Jones 2000, S.255). Es erfasst bedeutungsvolle Interaktionen und Muster in einzelnen Therapiesitzungen sowie in mehreren Sitzungen eines einzelnen Patienten oder mehrerer Patienten (Jones 2000, S.258). Um die spezifischen Faktoren zu identifizieren, welche therapeutische Veränderung Patienten fördert, muss der Behandlungsprozess selbst gefördert werden (Ablon & Jones 1998).

Aufgrund seiner pantheoretischen Orientierung ermöglicht das PQS Vergleiche zwischen verschiedenen Therapieverfahren (Ablon, Levy & Smith-Hansen 2011). Mit der Q-Methodologie können verschiedene therapeutische Ansätze verglichen sowie Einzelfälle untersucht werden, um spezifische Faktoren zu ermitteln, die signifikant mit dem Therapieergebnis korrelieren. „Der spezielle Wert der Q-Methode ist, dass sie eine Möglichkeit darstellt, die Qualitäten des analytischen oder des therapeutischen Prozesses zu quantifizieren. Auf diese Weise berücksichtigt man die Einmaligkeit der einzelnen Therapiestunden, erlaubt aber gleichzeitig Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Sitzungen und Patienten zu untersuchen“ (Jones 2001, S.228).

Das PQS eignet sich als Forschungsinstrument sowohl für quantitative Einzelfallstudien (Jones & Windholz 1990, Pole & Jones 1998, Kächele, Schachter & Thomä 2011) als auch für Studien mit gruppenstatistischem

⁴⁶ Übersetzung aus Albani, Blaser, Jacobs, Geyer & Kächele (2006, S.263f)

Design (Jones & Pulos 1993, Ablon & Jones 2002).⁴⁷ In einer weiteren Studie wurde das PQS verwendet, um die therapeutische Beziehung zu untersuchen (Price & Jones 1998). Dabei wurden drei Faktoren identifiziert, die mit der therapeutischen Beziehung einen Zusammenhang aufweisen, wobei nur der Faktor „Patient-Therapist-Interaction“ die Ratings des Arbeitsbündnisses vorhersagte, während „Patient Capacity / Commitment“ und „Therapist Countertransference“ nicht signifikant zur Varianz der therapeutischen Beziehung beitragen, worauf geschlossen wird, dass die Interaktion zwischen Patient und Therapeut maßgeblich zur Therapieallianz⁴⁸ beiträgt (ebd.).

Jones war der Auffassung, dass nicht nur spezifische oder unspezifische Wirkfaktoren für die therapeutische Veränderung verantwortlich sind, sondern dass es vielmehr spezifische Prozesse im jeweiligen Kontext sind, die das Therapieergebnis vorhersagen und dass unterschiedliche Prozesse unterschiedlich wirken, abhängig von z.B. Patienten- und Therapeutencharakteristika, der Art und Schwere der Störung sowie der Behandlungsphase (Ablon et al. 2011).

In einer Studie mit Patienten mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung in psychodynamischer Kurzzeittherapie konnte gezeigt werden, dass bestimmte therapeutische Techniken in Wechselwirkung mit der Schwere der Störung zu Therapiebeginn das Therapieergebnis stark beeinflusste (Jones, Cumming & Horowitz 1988). Während unter anderem unterstützende Techniken bei schwerer gestörten Patienten mit Erfolg assoziiert waren, zeichneten sich erfolgreiche Therapien mit weniger beeinträchtigten Patienten dadurch aus, dass die Therapeuten Gefühle betonten und Verbindungen zwischen der therapeutischen und anderen Beziehungen aufzeigten.

Das PQS wurde auch eingesetzt, um Therapieprozesse verschiedener Behandlungsverfahren zu vergleichen. Jones und Pulos (1993) untersuchten eine Stichprobe mit neurotischen Patienten, wobei jeweils die Hälfte mit psychodynamischer Psychotherapie bzw. mit CBT behandelt wurden. Es

⁴⁷ Eine Übersicht zu Studien, die mit dem PQS durchgeführt wurden, siehe Ablon & Jones 2005; Ablon et al. 2011; Smith-Hansen et al. 2011

⁴⁸ Es wurde die Rater-Version des California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS; Gaston & Marmar 1993) erfasst, die in Kap. 4.4.4 vorgestellt wird.

zeigte sich, dass der Faktor „psychodynamische Techniken“ für beide Therapieformen signifikant mit dem Therapieerfolg war, während der Faktor „kognitiv-behaviorale Techniken“ in keinem der beiden Verfahren einen signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg aufwies⁴⁹. Es wurde spekuliert, dass psychodynamische Techniken zum Therapieerfolg beitragen und möglicherweise erklären, warum verschiedene therapeutische Verfahren gleichermaßen erfolgreich sind. Diese Überlegungen führten zur Untersuchung der sog. Therapieadhärenz (*adherence*) bzw. Verfahrenstreue, d.h. inwieweit das therapeutische Handeln des Therapeuten den für sein jeweiliges Verfahren charakteristischen Vorgehensweisen und Behandlungstechniken entsprechen (Ablon & Jones 1998). Zunächst schätzte eine Gruppe an Experten verschiedener Therapierichtungen⁵⁰ die „ideale“ psychodynamische bzw. eine „ideale“ kognitiv-behaviorale Sitzung anhand des PQS-Sets ein. Anhand dieser prototypischen Sitzungen, die in jeder Gruppe unabhängig voneinander zu übereinstimmenden Ergebnissen kamen⁵¹, wurde der Grad der Therapieadhärenz untersucht, indem die Prototypen mit den PQS-Ratings aus verschiedenen Behandlungsstichproben korreliert wurden (ebd.). Die Studie von Pulos und Jones (1993) wurde anhand derselben Daten repliziert und kam zu vergleichbaren Befunden, dass beide Therapieverfahren nur dann mit Therapieerfolg assoziiert waren, wenn eine hohe Übereinstimmung mit dem psychodynamischen Prototyp vorlag, jedoch nicht mit dem CBT-Prototyp⁵². Ablon und Jones (2002) schlussfolgerten aus ihren Studienergebnissen: „Brand names of therapy can be misleading“ (S.780). Damit bringen sie zum Ausdruck, dass fälscherweise davon ausgegangen

⁴⁹ Es wurden mittels Faktorenanalyse über die PQS-Items der Sitzungen aus beiden Verfahren die Faktoren extrahiert, die Techniken des jeweiligen Verfahrens beschreiben (Jones & Pulos 1993).

⁵⁰ Der psychodynamische Prototyp wurde von 11 Experten, und der CBT-Prototyp von 10 Experten aus dem jeweiligen Gebiet entwickelt, ohne dabei Bezug auf eine bestimmte Sitzung bzw. bestimmten Patienten zu nehmen.

⁵¹ Der psychodynamische Prototyp zeichnet sich insbesondere dadurch aus, dass Träume besprochen werden (Item 90), der Therapeut neutral ist (Item 93) und Abwehrmechanismen anspricht (36), während aus dem CBT-Prototyp z.B. Aufgaben außerhalb der Therapie besprochen werden (Item 38), sowie kognitive Themen (30) und Therapieziele (4) zu den charakteristischen Items zählt (vgl. Tab.1a,b,c., S.262-264, im Anhang).

⁵² Es zeigte sich jedoch kein Zusammenhang mit einer Stichprobe von Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (Ablon & Jones 1998). Deren Therapieergebnisse sind positiv zu bewerten, aber diese Prototypen sind offenbar nicht geeignet, diese Therapieprozesse abzubilden (ebd.).

wird, dass Therapeuten einer bestimmten therapeutischen Schule ausschließlich oder überwiegend dem Verfahren immanente Behandlungstechniken einsetzen. Vielmehr verwenden sie auch Techniken anderer Verfahren und unterscheiden sich somit weniger voneinander, als es die verschiedenen Behandlungsmodelle und Veränderungstheorien erwarten ließen. Ablon & Jones (1999, 2002) analysierten anhand dieser die Daten aus der *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP; Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky et al. 1989), die keine Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen kognitiv-behavioraler Therapie (CBT) und der Interpersonellen Therapie (IPT) fanden. Ablon und Jones (1999) entwickelten für letztere ebenfalls einen Prototyp (analog zu Ablon & Jones 1998) und wendeten somit auf die Daten dieser Stichprobe die verfahrensspezifischen Prototypen an. Es zeigte sich, dass sich die Therapieprozesse CBT und IPT hinsichtlich der meisten Items nicht bedeutsam unterscheiden, insbesondere Patientencharakteristika innerhalb der Sitzungen zeigten eine hohe Übereinstimmung. Lediglich therapieformspezifische Unterschiede in der therapeutischen Haltung, Aktivität und Technik wurden deutlich, die jedoch nicht mit dem Therapieergebnis assoziiert waren. Die Anwendung der Prototypen lässt sich auch auf andere Therapieverfahren ausweiten, in Einzelfallstudien anwenden und eignet sich für die Vorhersage therapeutischer Veränderung (Pole, Ablon & O'Connor 2008).

Um zu verstehen, welche aktiven Ingredienzien wirksam sind, reicht es nicht aus, Therapien anhand ihrer Schulenzugehörigkeit zu zuordnen. Vielmehr müssen Therapieprozesse mikroanalytisch untersucht werden. In einer naturalistischen Studie zur Behandlung von Patienten mit Panikstörungen mit psychodynamischer Psychotherapie zeigte sich, dass die Therapieadhärenz zum kognitiv-behavioralen Prototyp stärker war als zum psychodynamischen oder interpersonalen (Ablon, Levy & Katzenstein 2006). D.h. dass vermehrt Behandlungstechniken angewendet wurden, die typischerweise mit CBT assoziiert sind. Dennoch waren die Prozessvariablen, die charakteristisch für psychodynamische und

interpersonale Therapie sind, signifikant mit dem Therapieerfolg assoziiert (ebd., vgl. Katzenstein, Ablon & Levy 2008, S.57f; Ablon et al. 2011).

Ablon und Jones (2005) identifizierten mit dem PQS die Existenz von sog. Interaktionsstrukturen (→ Kap. 2.5.5) empirisch und zeigten deren Bedeutung im Veränderungsprozess der Patienten auf. Zudem konnten sie mit demselben Verfahren nachweisen, dass zwei Komponenten des Therapieprozesses, die therapeutische Beziehung und die therapeutischen Techniken, komplementäre Rollen erfüllen, die das Therapieergebnis beeinflussen. Ziel ist es, die für die jeweilige Dyade spezifischen Interaktionsstrukturen zu identifizieren und „eine kausale Richtung der Beziehung zwischen Interaktionsstrukturen und der Veränderung der Symptome“ zu identifizieren (Jones 2001, S.228). „Die Strategie ist die Muster der Patienten-Therapeuten-Interaktionen innerhalb und über die Therapiestunden hinweg zu fokussieren, die Assoziationsstrukturen zu explorieren sowie die Interaktionssequenzen mit Veränderungen des Patienten in Verbindung zu bringen. Der therapeutische Prozess wird dabei als eine Sequenz von Handlungen und Ereignissen über die Zeit hinweg verstanden.“ (Jones 2001, S.226f). Dabei wird die Therapeut-Patient-Interaktion und damit die wechselseitigen Reaktionen aufeinander berücksichtigt, wobei bereits zu Beginn wichtige Informationen über die individuelle Wahrscheinlichkeit von der Behandlung zu profitieren vorliegen (Jones 2000, S. 55f).

„Das PQS richtet sich auf das schon lange bestehende Problem, wie eine Übereinstimmung über klinische Phänomene erzielt werden kann, und wie Einschätzungen, die ein relativ hohes Interferenzniveau aufweisen, eine gute Reliabilität erzielen können.“ (Jones 2001, S.228). Mit diesen Arbeiten konnte gezeigt werden, „dass eine systematische empirische Studie nicht nur in der Lage ist, psychoanalytische Ideen zu bestätigen, sondern darüber hinaus zu neuen Integrationen führt.“ (Jones 2001, S.237).

2.3 Die therapeutische Veränderung

2.3.1 Strukturveränderung als Erfolgskriterium

Das Konzept der „psychischen Struktur“ und der „strukturellen Veränderung“ gehören zu den wesentlichsten, aber auch zu den problematischsten innerhalb der psychoanalytischen Theorie zur Therapie und Veränderung (Wallerstein 1988, S.241). Strukturelle Veränderung ist spezifisch für die Psychoanalyse bzw. psychoanalytische Behandlungen (Kernberg 1988), die für sich beanspruchen, diese erreichen zu können (Huber, Henrich & Klug 2005; vgl. auch Grande, Dilg, Jakobsen, Keller, Krawitz et al. 2009).

Es gibt unterschiedliche Definitionen zur psychischen Struktur⁵⁴ (z.B. Jones 2000, S.33), die schulenabhängig unterschiedlich konzipiert und verwendet werden, was zu Unklarheiten über Bedeutung und Verwendung dieses Konzepts führt (Wallerstein 1988). Eine verbreitete Definition sieht die Struktur als „die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, die für die Organisation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äußeren Objekten erforderlich sind“ (Rudolf 2006, S.58).

Das wesentliche Behandlungsziel⁵⁵ psychoanalytischer Langzeittherapie und Psychoanalyse geht über die Symptomremission hinaus und strebt die Förderung von psychologischen Fähigkeiten und Ressourcen an (Jones 2000, S.33, 227; Blatt, Auerbach, Zuroff & Shahar 2006; Jakobsen Rudolf, Brockmann, Eckert, Huber et al. 2007; Shedler 2010) sowie grundlegender Veränderung der Persönlichkeitsorganisation. Als solche unterscheidet sich die Psychoanalyse von den kürzeren Therapien grundlegend von den Zielen der kürzeren Therapien (Luyten, Blatt & Mayes 2012, S.348). Alle psychoanalytischen Schulen sind sich darin einig, dass Symptomreduktion sekundär und abhängig ist von fundamentalen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur (Blatt & Auerbach 2003). Auch wenn psychoanalytisch orientierte Kliniker die Bedeutung der

⁵⁴ Die Frage nach der strukturellen Veränderung und den möglichen Veränderungsmechanismen in der analytischen Behandlung und wie diese am besten erreicht werden kann, wird in zahlreichen Publikationen zu beantworten versucht (z.B. Antonovsky 1985, Blum 1991, 1992; Pulver 1992, Katz 2000, Kernberg 1988, 1993, Stewart 1990, Sandler & Sandler 1992, Rangell 1992, Wallerstein 1994).

⁵⁵ Das Ziel in der Psychoanalyse ist ein kontroverses Thema (siehe dazu z.B. Sandler & Dreher 1996; Holmes 1998)

Symptomverbesserung oder ein generelles Wohlbefinden nicht geringschätzen, werden anhaltende Veränderungen der psychischen Struktur im Rahmen der Behandlung angestrebt (Jones 2000, S.48). Jakobsen, Mattanza & Hurt (2005) konnten zeigen, dass die Symptome in aller Regel relativ rasch und weitgehend innerhalb des ersten Jahres zurückgehen. Psychodynamische Psychotherapieansätze teilen die Auffassung, dass wirksame Behandlung eine Veränderung hervorbringt, die über eine Reduktion manifester Symptome und Verhaltensweisen hinausgeht, also die der „Struktur“ der Persönlichkeit selbst, die als Konstrukt der Persönlichkeitsstruktur sowohl den Therapieprozess als auch das -ergebnis beeinflusst (Zilberg, Wallerstein, DeWitt, Hartley & Rosenberg 1991). Dabei werden „komplexe[n] Zustände auf einfachere, leicht messbare reduziert“, wie z.B. symptomorientierte Fragebögen, wodurch diese Messungen konkretistisch werden, d.h. dass „die Forscher die Messung mit dem Phänomen verwechseln, das sie quantifizieren möchten“ (Fonagy & Target 2001, S.73f). Therapieforscher mit psychodynamischem Hintergrund betrachten Fortschritte im psychotherapeutischen Prozess „als Veränderungen im Umgang eines Patienten mit seinen zentralen Problembereichen“ (Arbeitskreis OPD 2006, S. 352).

Nach Rudolf (2006) beziehen sich Veränderungsziele analytischer Psychotherapien auf die Symptomatik, dysfunktionale Beziehungsgestaltung, unbewusste Konflikte und strukturelle Defizite und Vulnerabilitäten (S.82), wobei letztere in der von ihm konzipierten Strukturbezogenen Psychotherapie (2006) speziell für die schwerer bzw. strukturell gestörten Patienten wesentlich sind. „Symptomatische Veränderungen haben eine Bedeutungskomponente, die in herkömmlicher Forschung selten untersucht wird“ (Lambert, Bergin & Garfield 2004, S.12). Psychodynamisch orientierte Psychotherapeuten sehen in den Symptomen einen Ausdruck zugrunde liegender Störung (Roth & Fonagy 1996, S.44) und ein wichtiges Therapieziel in der Veränderung psychologischer Strukturen, d.h. eine dauerhafte Besserung der Symptome wird mit einer anhaltenden Veränderung in der mentalen Funktionsweise und der Persönlichkeit des Patienten in Verbindung gebracht (Jones 2001, S.227). Psychoanalyse bzw. psychoanalytische Therapie soll nicht nur dazu verhelfen, Symptome und Beschwerden zu

lindern, sondern den „inneren Entscheidungsspielraum“ einer Person vergrößern, die Selbsttäuschung und die gesellschaftlich auferlegten Zwänge zu überwinden und somit die Möglichkeit zu haben, „sich selbst zu leben“ (Mertens 2004, S.58). Strukturelle Veränderung wird konzipiert als komplexe Veränderung der „intrapsychischen Matrix, der Symptome und maladaptives Verhalten zugrunde liegt (Huber, Henrich & Klug 2005).

Durch die Untersuchung des analytischen Prozesses können Veränderungsmechanismen identifiziert und das Wissen um Veränderungsprozesse erweitert werden. Dieser Ansatz erfordert die Fokussierung auf strukturelle Veränderungen und nicht lediglich auf Symptomreduktion als Kriterium für den Therapieerfolg (Blatt et al. 2006). In der Psychoanalyse wird nicht nur angestrebt, einzelne Symptome oder störende Verhaltensweisen zu beseitigen, sondern es wird versucht, die ganze Persönlichkeit zu restrukturieren (Roth & Fonagy 1996, S.4). „Was aber dann tatsächlich wirkt, wie z.B. blockierte Entwicklungsprozesse wieder in Gang kommen und strukturelle Veränderungen stattfinden, und wie dies alles auf der bewußten und unbewußten Beziehungsebene ausgehandelt wird, darüber wissen wir auch nach einhundert Jahren der Beschäftigung damit noch sehr wenig.“ (Mertens 1997, S.74). Dennoch wissen Forscher bisher wenig über die zugrundeliegenden Prozesse der therapeutischen Veränderung und der Mechanismen, die sie aufrechterhalten (Luyten, Blatt & Mayes 2012, S.348).

2.3.2 Forschungsinstrumente zur Erfassung der Strukturveränderung

Die Erfassung und Messung der psychischen Struktur und deren Veränderung sind aufgrund ihrer nichtmanifesten Beschaffenheit schwierig, dennoch wurden zahlreiche differenzierte Forschungsinstrumente entwickelt, welche persönlichkeitsstrukturelle Charakteristika und deren Veränderungen einzuschätzen vermögen. Im Folgenden sollen dazu einige Fremdeinschätzungsinstrumente vorgestellt werden, die sich in der empirischen Forschung bewährt haben, wobei allerdings keine vollständige

Übersicht gegeben werden kann (siehe dazu Wallerstein 2006, S.439f; Goodman 2010a, S.47f, Siefert & DeFife 2012, S.529f).

Die *Scales of Psychological Capacities* (SPC, Wallerstein 1988, 1991; dt. *Skalen psychischer Kompetenzen*, Huber, Klug & Wallerstein 2006). Dieser empirische Ansatz wurde konzeptualisiert, um „Struktur“ und „strukturelle Veränderung“ durch die Formulierung erfassbarer „psychischer Fähigkeiten“⁵⁶ beurteilen zu können (Wallerstein 1988). Es wird angenommen, dass Veränderungen in diesen Fähigkeiten mit diesen zugrundeliegenden Veränderungen intrapsychischer Strukturen einhergehen (ebd.). In neueren Studien konnten die Zuverlässigkeit (Huber, Brandl & Klug 2004) und Änderungssensitivität bestätigt werden (Huber, Henrich & Klug 2005).

Høglend und Mitarbeiter entwickelten die *Psychodynamic Functioning Scales* (PFS; Høglend, Bøgwald, Amlo, Heyerdahl, Sørbye et al. 2000), die aus fünf Skalen bestehen⁵⁷. Die *Quality of Object Relations Scales–lifelong pattern* (QOR; Høglend 1994) erfasst die individuelle, lebensgeschichtlich gewachsene Tendenz, eine bestimmte Art von Beziehung mit anderen zu entwickeln, deren Qualität auf einer achtstufigen Skala eingeschätzt wird. Diese Instrumente eignen sich, um das Funktionsniveau hinsichtlich psychodynamisch relevanter Konstrukte zu erfassen und somit den Veränderungsprozess einzelner Patienten zu untersuchen, als auch zwischen Patienten zu diskriminieren, um die differenzielle Response auf spezifische Behandlungstechniken zu untersuchen. Studien zeigen, dass Patienten mit geringerer Qualität an Objektrepräsentanzen von einer Therapie mit Übertragungsdeutungen mehr profitierten als ohne (Høglend,

⁵⁶ Zu den in den SPC erfassten psychischen Kapazitäten zählen Hoffnung, Lebensfreude, Zuweisung von Verantwortlichkeit, Flexibilität, Beharrlichkeit, Bindung an Normen und Werte, Bindung in Beziehungen, Gegenseitigkeit, Vertrauen, Empathie, Affektregulation, Impulsregulation, Umgang mit sexueller Erfahrung, Selbstbehauptung, sich auf sich und andere verlassen können, Selbstachtung, Selbstkohärenz (vgl. Huber, Klug, Wallerstein 2006, S. 21).

In einer überarbeiteten Version werden diese Dimensionen um Subdimensionen erweitert und in drei Gruppen, Selbstzuschreibungen, Selbstregulation und Beziehungen mit anderen, unterteilt (Zilberg, Wallerstein, DeWitt, Hartley, Rosenberg 1991), wobei die Skalen so konstruiert sind, dass sie die Abweichung des optimalen Status und seine Abweichung als gehemmten oder übersteigerten Ausdruck der jeweiligen Kapazität erfassen können (DeWitt, Milbrath & Wallerstein 1999).

⁵⁷ Die PFS unterscheidet zwischen der Qualität der Familienbeziehungen und Qualität der Freundschaften, Romantischen/sexuellen Beziehungen, Affekttoleranz, Einsicht, Problemlösung und Anpassungsfähigkeit (Høglend et al. 2000).

Bøgwald, Amlo, Marble, Ulberg et al. 2008).

Die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD; Arbeitskreis OPD 2006) erfasst die psychische Struktur auf einer von fünf Achsen, wovon die Strukturachse zwischen vier verschiedenen Strukturdimensionen⁵⁸ mit je drei Subdimensionen unterscheidet, jeweils in Bezug auf das Selbst und das Objekt (S.255f). Dabei wird das Integrationsniveau der psychischen Struktur auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. Eine OPD-Diagnostik, die z.B. vor, während und nach Abschluss der Behandlung durchgeführt wird, kann eine Veränderung auf der Strukturdimension und Aufschluss über die individuelle strukturelle Veränderung geben. Aus der OPD-Diagnostik werden zunächst Problembereiche und Behandlungsfokusse ausgewählt. In einem weiteren Schritt wird erfasst, wie der Patient mit ihnen umgeht (Arbeitskreis OPD 2006, S.352). Dafür wurde die *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (HUSS; Rudolf, Grande, Oberbracht 2000) entwickelt. Dabei wird nicht das Strukturniveau eingeschätzt, sondern wie der Patient die zu behandelnden Problembereiche wahrnimmt, sich mit ihnen beschäftigt, bis hin zu deren Bewältigung⁵⁹. Diese Skala erfasst die Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit in analytischer Psychotherapie, die nicht nur zu Forschungszwecken eingesetzt werden kann, sondern auch der Behandlungsplanung und -evaluation, sowie der Veränderungsmessung im Therapieverlauf dient (ebd.). Es konnte gezeigt werden, dass die mit der HUSS erfasste Strukturveränderung ein besserer Prädiktor des Therapieerfolgs war, als Instrumente der Symptomerfassung bei den katamnestischen Untersuchungen nach einem und nach drei Jahren (Grande et al. 2009).

Bei der *Social Cognition and Object Relations Scale* (SCORS-Q, Westen 1995) handelt es sich um ein Q-Sort-Verfahren zur Einschätzung der

⁵⁸ Die Strukturdimensionen sind die Selbst- und Objektwahrnehmung, Selbstregulierung und Regulierung des Objektbezugs, Kommunikation nach innen sowie nach außen, die Fähigkeit zur Bindung an innere sowie an äußere Objekte (siehe OPD-Strukturcheckliste, Arbeitskreis OPD 2006, S.432f).

⁵⁹ Es wird auf einer siebenstufigen Skala zwischen verschiedenen Stufen differenziert: Nichtwahrnehmung des Fokus (1), der ungewollten Beschäftigung mit dem Fokus (2), die vage Fokuswahrnehmung (3), die Anerkennung und Erkundung des Fokus (4), die Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich (5), Neustrukturierung im Fokusbereich (6) und Auflösung des Fokus (7) (vgl. Arbeitskreis OPD 2006, S.354; Rudolf et al. 2000).

Selbst- und Objektrepräsentanzen und des interpersonalen Funktionierens das auf Beziehungsnarrative angewendet wird. Dieses Instrument wurde zum *Social Cognition and Object Relations Scale – Global Ratings Method* (SCORS-G; Hilsenroth, Stein & Pinsker 2004) weiterentwickelt, welches weniger zeitaufwendig ist und die Erfassung von Repräsentationen interpersonalen Funktionierens mit globalen Werten erlaubt. Diese werden anhand von Narrativen und mithilfe von acht Variablen⁶⁰ auf einer siebenstufigen Skala eingeschätzt. In Studien konnte beispielsweise gezeigt werden, dass das SCORS auch reliabel auf Traumnarrative angewendet wird (Eudell-Simmons, Stein, DeFife & Hilsenroth 2005) und dass Personen mit einem sicheren Bindungsstil positivere Erwartungen an Beziehungen mit anderen sowie bessere Selbsteinschätzungen haben als solche mit einem unsicheren Bindungsstil, was sich in höheren Werten auf den SCORS-Variablen abbildet (Stein, Siefert, Stewart, Hilsenroth 2011).

Shedler und Westen entwickelten das *Shedler-Westen Assessment-Procedure* (SWAP; Shedler & Westen 2004a, 2004b), ein Q-Sort-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeit mit 200 Items. Dieses Instrument bietet Therapeuten und Forschern ein „Standardvokabular“ für die Beschreibung und Einschätzung der Persönlichkeit, die sowohl für die Verlaufsdignostik klinisch nützlich (Shedler & Westen 2007) als auch für die Veränderungsmessung in der Wirksamkeitsforschung hilfreich sein kann (Shedler & Westen 2006).

Auch die Veränderung der Bindungsrepräsentationen als Ausdruck veränderter „innerer Arbeitsmodelle“ (Bowlby 1969/1982) bzw. innerpsychischer Repräsentationen von sich und anderen in Beziehungen (vgl. Schauenburg & Strauß 2002, S.307) wird als Veränderungsmaß psychischer Struktur in der Psychotherapieforschung eingesetzt⁶¹. Dabei hat sich z.B. das *Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan & Main

⁶⁰ Das SCORS-G beurteilt die Objektrepräsentationen anhand der Variablen Komplexität, Affektive Qualität, Beziehungsqualität, moralische Werte, Verständnis sozialer Kausalität, Impulsregulierung, Selbstwert und Identität/Selbstkohärenz (Hilsenroth et al. 2004)

⁶¹ Die Bindungstheorie ist für die Psychotherapie besonders hinsichtlich der therapeutischen Beziehung von Bedeutung, u.a. wegen der Bindungsmerkmale, die sich in Form von Beziehungserwartungen an den Therapeuten auf unterschiedliche Art und Weise auf den interpersonalen Prozess auswirken können (Strauß 2006).

1985), welches zwischen vier verschiedenen Bindungsrepräsentationen⁶² unterscheidet, als sehr fruchtbar für die Klinische Forschung erwiesen (Buchheim & Kächele 2002, S.229; Steele & Steele 2008b, S.3f; Steele, Steele & Murphy 2009). Mit wiederholten Messungen zu Beginn und am Ende der Behandlung können veränderte Bindungsrepräsentationen als Veränderungen struktureller Natur gewertet werden. Diener & Monroe (2011) untersuchten in einer Metaanalyse die Beziehung zwischen der Bindungsrepräsentation bei erwachsenen Patienten und der therapeutischen Beziehung anhand siebzehn unabhängiger Stichproben. Sie konnten zeigen, dass zwischen Bindungssicherheit und einer stärkeren therapeutischen Beziehung ein signifikanter Zusammenhang besteht sowie zwischen Bindungsunsicherheit mit einer schwächeren Therapiebeziehung (ebd.).

In diesem Zusammenhang steht auch die *Reflective Functioning Scale* (RFS; Fonagy, Target Steele & Steele 1998) zur Einschätzung der sog. Reflexiven Funktion, welche sich auf die der Mentalisierungsfähigkeit zugrunde liegenden psychischen Prozesse bezieht (ebd., S.4). Anhand der Narrative aus dem AAI werden die einzelnen Antworten auf einer 11-stufigen Skala mit definierten Skalenpunkten eingeschätzt, die von stark eingeschränkter bis außergewöhnlich hoher Reflexivität reicht. Auf dieser Grundlage wird ein Gesamtwert gebildet, um eine Aussage über den Grad der aktuellen, individuellen *Reflexiven Funktion* des Individuums machen zu können. Dieses Instrument hat sich nicht nur in der Bindungsforschung bewährt, sondern auch als Indikator für psychische Veränderung in der Psychotherapieforschung (Steele & Steele 2008a). Studien zeigen beispielsweise, dass die mit dem AAI erfasste Bindungsrepräsentation sowie die *Reflexive Funktion* (RF) vor und nach psychotherapeutischer Behandlung ein valides und reliables Messinstrument intrapsychischer Veränderungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeit darstellt (Levy, Clarkin & Kernberg 2004). Aber auch bei einer Stichprobe mit depressiven Patienten konnte gezeigt werden, dass Patienten mit höheren Werten auf der RFS bessere therapeutische bzw. hilfreiche Beziehungen etablieren konnten als

⁶² Bindungsrepräsentationen werden differenziert in die Kategorien, sicher-autonom, bindungs-distanziert, bindungs-verstrickt und „unresolved trauma“ (George et al. 1985, vgl. auch Buchheim, Strauß & Kächele 2002).

Patienten mit niedrigeren Werten (Taubner, Kessler, Buchheim, Kächele, & Staun 2011).

Die im deutschen Sprachraum weniger bekannte *Differentiation-Relatedness-Scale* (DRS; Diamond, Blatt, Stayner, & Kaslow, 1991, 2012) basiert auf der Theorie von S.J. Blatt (Blatt 1974; Blatt & Blass 1985, 1990; Blatt 2008), die eine intersubjektive und entwicklungsorientierte Konzeptualisierung von Selbst- und Objektrepräsentationen vertritt (→ Kap. 4.4.3). Die DRS ist eine zehnstufige Skala und rangiert zwischen (1) „beeinträchtigte Selbst-Objekt-Differenzierung“ bis hin zur höchsten Stufe (10) „Selbstintegration mit reziproken, empathischen Beziehungen“ (vgl. S.235 und S.237f). Dieses Verfahren ist dazu geeignet, die komplexen psychischen Befindlichkeiten (*mental states*) und Strukturen zu erfassen, die für den psychoanalytischen Kliniker von besonderem Interesse sind (Blatt & Auerbach, 2003). Die DRS kann die therapeutische Veränderung erfassen (Blatt, Stayner, Auerbach, & Behrends, 1996; Harpaz-Rotem & Blatt 2005; Philips, Wennberg, Werbart, & Schubert, 2006; Vermote et al. 2011).

In einer neueren Studie wurden u.a. die Veränderungen der Mutter- und Vaterrepräsentanzen bei einer Stichprobe mit Adoleszenten Patienten in psychoanalytischer Therapie untersucht (Werbart, Grünbaum, Jonasson, Kempe, Kusz et al. 2011). Sie konnten zeigen, dass die DRS-Werte sowohl für die Selbst- als auch für die Objektrepräsentationen (für Mutter und Vater) zunahmen, d.h. dass es bedeutsame Veränderungen gab, sowohl im Prä-Post-Vergleich als auch ein weiterer Anstieg der Werte bei der Katamnese.

Bei der Betrachtung der verschiedenen Instrumente stellt sich die Frage, ob sie dieselben oder zumindest ähnliche psychische Prozesse erfassen oder ob es sich grundsätzlich um unterschiedliche Gegenstandsbereiche handelt. Obwohl die RFS und die DRS einen globalen Wert auf einer Skala darstellen, bestehen nach Blatt und Auerbach (2003) deutliche Unterschiede zwischen beiden Skalen. Während die RFS die kognitiven Aspekte der Intersubjektivität zum Gegenstand hat, stehen bei der DRS die affektiven und relationalen Aspekte der Intersubjektivität im Mittelpunkt (ebd.). An einer Stichprobe von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen in stationärer psychoanalytischer Langzeittherapie konnte nachgewiesen werden, dass die Behandlung zu positiven

Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation führte, die sich sowohl auf der DRS als auch auf der RFS abbildet (Vermote, Lowyck, Luyten, Verhaest, Vertommen et al. 2011).

Die SPC, die SCORS und die OPD haben jeweils mehrere Variablen, Skalen bzw. Dimensionen, die beurteilt werden, was eine differenzierte Betrachtung einzelner struktureller Funktionen ermöglicht, während bei der DRS ein globaler Wert vergeben wird. Die DRS besteht jedoch aus komplexen semantischen Definitionen, bei welcher jede Stufe mehrere strukturelle Kapazitäten vereint, insbesondere den Selbst- und Objektbezug.

2.3.3 Exkurs: Klinische statt Statistische Signifikanz

Wann ist eine therapeutische Veränderung der Struktur erreicht, wenn ein Rückgang der Symptome und subjektives Wohlbefinden, welche anhand von Fragebögen erfasst werden, nicht ausreichen? Wann ist es gerechtfertigt, von einer bedeutsamen Veränderung beim Patienten zu sprechen? Bei der Evaluationsforschung sollten Unterschiede, z.B. vor und nach der Behandlung auf Einzel- oder Gruppenebene, statistisch signifikant sein, um als bedeutsam zu gelten. Kliniker kritisieren, dass statistische Maße allein nichtssagend sind. Auch Therapieforscher vertreten zunehmend die Auffassung, dass die gemessenen Veränderungen auch klinisch bedeutsam sein müssen. Die Unterscheidung von statistischer und klinischer Signifikanz bezieht sich auf diesen Sachverhalt (Jacobson, Follette, Revenstorf 1984; Kazdin 1999, 2006; Jacobson & Truax 1991, Hill & Lambert 2004, S. 118f, siehe auch Lambert & Ogles 2004, S.148). Klinische Signifikanz⁶³ bezieht sich „auf den praktischen and angewandten Wert oder Bedeutung einer Intervention, ob diese einen realen, echten, praktischen und bemerkbaren Unterschied im täglichen Leben der Klienten (...) oder zu anderen, mit denen der Klient interagiert“, ausmacht (Kazdin 1999, S.332). Aber auch die sog. klinisch signifikante Veränderung wird von Forschern, und nicht von den

⁶³ Jacobson & Truax (1991) schlagen zur Ermittlung der klinischen Signifikanz vor, den *Reliable Change Index* zu berechnen.

Patienten selbst definiert und stellt den Sinn „*arbitrary metrics*“ nicht nur bei den evidenzbasierten Verfahren in Frage (Kazdin 2006, S.46).

Wie aber kann psychische Struktur, ein komplexes Konstrukt, erfasst bzw. erschlossen werden und daraus sinnvolle Schlüsse gezogen werden? „Diese Veränderungen beim Menschen sind so komplex, sodass es schwierig ist, diese vollständige Bedeutung der in der Behandlung stattfindenden Modifikationen zu erforschen“ (Lambert, Bergin & Garfield 2004, S.12). Im nächsten Abschnitt werden einige differenzierte und etablierte Forschungsinstrumente zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur bzw. struktureller Veränderung aus der psychodynamisch orientierten Forschung vorgestellt. Anstatt die Effekte unterschiedlicher manualisierter Behandlungen, die sich auf bestimmte Symptome richten, zu vergleichen, sollte die Psychotherapieforschung vielmehr die komplexen interpersonellen Dimensionen untersuchen, welche die Veränderung fördern (Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S. 317).

2.4 Die therapeutische Beziehung

2.4.1 Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Psychoanalyse

Das Konzept der therapeutischen Beziehung entwickelte sich aus psychoanalytischen Konzepten, die seit jeher wichtige Themen in der Psychoanalyse darstellten. Freud empfahl einerseits mit dem Patienten einen „Pakt“ zu schließen (1937) und diesen als „Mitarbeiter“ zu gewinnen (1912b). Der Patient müsste sich „an die Kur [...] attachieren“ und es bedarf der „Einfühlung“ des Analytikers, bevor eine Deutung sinnvoll ist (1913, S.199). Die „positive Übertragung“ (1912a) und die „milde unanstößige Übertragung“ (1912a) vollziehe sich vielmehr auf Beziehungsebene, die nicht durch die neurotisch verzerrte Wahrnehmung gefärbt ist (vgl. Mertens 2005, S.196).

Sterba (1934) weist auf die Wichtigkeit der „therapeutischen Ichspaltung“ hin, wobei sich der Patient einerseits auf das „Als-ob“ mit den Gefühlen im Rahmen der Übertragungskonstellation einlässt und

andererseits das „analysierende Ich“ des Patienten und seine selbstreflexive Ich-Funktion aufrechterhalten werden können (Mertens 1992, S.30). Es wurden zahlreiche weitere Konzepte eingeführt, das „therapeutische Bündnis“ („therapeutic alliance“; Zetzel 1956) die „reife Übertragung“ („mature transference“; Stone 1961), das „Arbeitsbündnis“ („working alliance“⁶⁴; Greenson 1965), das „Behandlungsbündnis“ („treatment alliance“, Sandler 1973), die „helfende Beziehung“ („helping alliance“; Luborsky 1983), um nur einige zu nennen.

Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Definitionen der therapeutischen Beziehung verbindet, dass sie die aktive Mitarbeit des Patienten einerseits und die affektive Beziehung zwischen Patient und Analytiker andererseits unterscheiden und integrieren. D.h. es besteht eine Zweiteilung aus der „Übertragung, die analysiert und aufgelöst werden muss, und unanalysierten Beziehungsaspekten, die die Behandlung fördern“ (Ermann 1999, S.225). Das Konzept der therapeutischen Beziehung basiert auf der Idee einer vernünftigen Mitarbeit des Patienten im Behandlungsprozess (Mertens 1992, S.28). Es ist abzugrenzen von den übertragungsbedingten Wahrnehmungen bzw. Wahrnehmungsverzerrungen des Therapeuten durch den Patienten, und bezieht sich auf eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung (Mertens 2005, S.196), die als Grundlage für die Entstehung und Bearbeitung von Übertragungen gilt (ebd., S.187).

Die psychoanalytische Literatur setzt sich seit geraumer Zeit mit dem Arbeitsbündnis auseinander (Mertens 1992, S.28), doch die Schwierigkeit, klar zwischen dem Konzept der therapeutischen Beziehung und anderen beziehungsrelevanten Konzepten, wie Übertragungs-Gegenübertragungs-Beziehung, Realbeziehung usw. zu unterscheiden, führt zu einem regen Diskurs unter Psychoanalytikern. Vor allem die Hinzunahme einer Vereinbarung über Therapieziele und therapeutische Aufgaben, und damit den gesunden, nicht neurotischen und regredierten Anteilen im Patienten stellen eine Neuerung dar, die nicht ohne Widerstand und Kritik bleibt. Die Abgrenzung des Konzeptes der therapeutischen Beziehung von anderen

⁶⁴ „relativ unneurotischen, rationalen Rapport, den der Patient zu seinem Analytiker hat“, das sich aus zwei Qualitäten des Patienten zusammensetzt: der Fähigkeit, den Kontakt mit der realen therapeutischen Situation aufrechtzuerhalten und der Bereitschaft, sich auf eine Regression in die eigene innere Welt der Fantasien einzulassen (Greenson 1965).

beziehungsbezogenen Konzepten führen oftmals zu einer Vermischung und Verwirrung in der psychoanalytischen Literatur. Eine Schwierigkeit bei der Betrachtung und Untersuchung der therapeutischen Beziehung ist die durch unterschiedliche Praxisauffassungen und psychoanalytische Traditionen entstandene Konfusion zwischen den Konzepten Realbeziehung, therapeutische Allianz, Arbeitsbündnis und Übertragung (vgl. Kächele & Thomä 2006, Bd.1, S.74f).

Eine Kontroverse bezieht sich auf die Unterscheidung zwischen Arbeitsbündnis und Übertragung, die nach Greenson (1978/dt.1982) nicht vollständig zu treffen ist. Diese „Zweigleisigkeit“ zwischen der zu analysierenden Übertragung und den „unanalysierten Beziehungsaspekten“ (Ermann 1999, S. 255) ist eine „künstliche Trennung“ (Mertens 1990/2004, S.155). Einige Psychoanalytiker bezweifeln, dass es ein Arbeitsbündnis in der Psychoanalyse geben kann (Brenner 1979, Gill 1982, 1984; Körner 1989; Deserno 1990). Für Diskussionsstoff sorgt auch die Realbeziehung (Ermann 1992, Kernberg 1993, S.666, 1997, S.309), da eine Unterscheidung zwischen therapeutischer Beziehung und Realbeziehung in der analytischen Literatur wenig anerkannt und verwendet wird, (Meissner 1996, S.21). Der wechselseitige Einfluss der therapeutischen Beziehung auf die Gegenübertragung wird an anderer Stelle diskutiert (z.B. Racker 1960, Langs 1978, Gelso & Carter 1994; Hayes, Gelso & Hummel 2011).

Das Arbeitsbündnis muss vom Analytiker als essenzieller Bestandteil der analytischen Situation anerkannt und systematisch berücksichtigt werden (Kächele & Thomä 2008).

2.4.2 Die therapeutische Beziehung als pantheoretisches Konzept

Die therapeutische Beziehung bzw. die therapeutische Allianz wurde aus analytischen Konzepten entwickelt, ist aber nicht nur in psychoanalytischen und psychodynamischen Psychotherapien, sondern in allen therapeutischen Behandlungsformen ein zentrales Element (Horvath & Bedi 2002) und ist über alle Therapieformen hinweg wirksam (Bordin 1979), wobei

verschiedene Therapieformen zu verschiedenen Arten von therapeutischen Beziehungen führen (ebd). Das Konzept der therapeutischen Beziehung wurde von Bordin (1979) zu einem pantheoretischen Konstrukt weiterentwickelt, wodurch die empirische Untersuchung der therapeutischen Beziehung ermöglicht wurde. Bordin (1979) unterscheidet drei interdependente Komponenten der therapeutischen Beziehung: die Übereinkunft beider Beteiligten über Aufgaben und Ziele in der Therapie sowie die Entwicklung einer affektiven Beziehung zwischen Therapeut und Patient, die gleichermaßen vorliegen müssen.

Die therapeutische Beziehung wird allgemein definiert als kollaborative, affektive Beziehung zwischen Therapeut und Patient. In diesem Sinne wird meist unterschieden zwischen dem Beitrag des Patienten (commitment and compliance), dem Beitrag des Therapeuten, der affektiven Komponente auf der Beziehungsebene und der Übereinstimmung in den Zielsetzungen und anzuwendenden Strategien. In ähnlicher Weise unterscheiden Horvath & Luborsky (1993) zwischen der affektiven Bindung (*affective attachment*) von Therapeut und Patient und deren konstruktive Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess (Orlinsky et al. 1994, S.106) sowie zwischen „aufgabenorientierter Zusammenarbeit“ (*task-teamwork*) und dem „persönlichen Rapport“ in der therapeutischen Beziehung (*therapeutic bond*)⁶⁹. Das Kernstück der gegenwärtigen Formulierung der therapeutischen Beziehung ist der Begriff der Zusammenarbeit, welcher die Bedeutung hervorhebt, dass Patient und Therapeut partnerschaftlich zusammenarbeiten (Horvath & Greenberg, 1994, S.1). Diese kollaborative Beziehung stellt eine sichere Umgebung zur Verfügung, in der der Patient sich selbst erforschen kann, aber der Prozess, eine solche Beziehung zu entwickeln, kann auch gerade eine der Kernschwierigkeiten des Patienten darstellen, und durch den Aufbau und die Aufrechterhaltung dieser Beziehung kann der Therapeut gleichzeitig die Beziehungsschwierigkeiten

⁶⁹ Während die gemeinschaftliche Zusammenarbeit darauf basiert, wie sehr sich die beiden Beteiligten in ihren Rollen engagieren und wie gut sie ihre Interaktion aufeinander abstimmen, bezieht sich die Qualität des persönlichen Rapports darauf, wie empathisch und abgestimmt sie miteinander kommunizieren und stellt deren gefühlsbezogene Haltung einander gegenüber (Orlinsky et al. 2004, S.319).

bearbeiten und einen förderlichen Veränderungsprozess unterstützen (Horvath & Greenberg 1994, S.1).

Das wiederauftauchende Interesse an der therapeutischen Beziehung, ist welches durch Bordins (1979) Verwendung des psychoanalytischen Konzept inspiriert wurde, inspirierte dies Prozessforschung mit anhaltendem Interesse (Orlinsky et al. 2004, S.308) zu einer Vielzahl an Forschungsarbeiten, dem größere Aufmerksamkeit innerhalb der Prozess-Ergebnisforschung zuteil wurde als jedem anderen Konzept (ebd.,S.345). Im Folgenden sollen dazu einige Ergebnisse vorgestellt werden.

2.4.3 Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung

In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass die therapeutische Beziehung eine moderate, aber reliable Beziehung zum Therapierergebnis aufweist (Horvath & Symonds 1991; Martin, Garske & Davies 2000). Dieser Befund ist konstant über eine Vielzahl von Behandlungspopulationen, Therapiearten und verschiedene Perspektiven über die Alliance (Horvath & Greenberg 1994, S.6), insbesondere zu Therapiebeginn⁷⁰ (ebd., S.3; Horvath et al. 2002; Barber et al. 2000; Crits-Christoph Connolly Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop 2011 u.a.). Unabhängig von der Behandlungsgruppe der frühen Symptomveränderung trägt die Qualität der therapeutischen Beziehung aus Patientenperspektive direkt zu einem positiven Therapieergebnis bei (Orlinsky et al. 2004, S. 323; Zuroff & Blatt 2006). Aus den Befunden von mehr als 1000 Prozess-Ergebnis-Studien wurde die therapeutische Beziehung als stärkste Verbindung zwischen Prozess und Ergebnis bestätigt (Orlinsky et al. 1994; Orlinsky et al. 2004, S.323f). Die Qualität der therapeutischen Beziehung wurde in Metaanalysen konsistent als Prädiktor des Therapieergebnisses ermittelt (Horvath & Symonds 1991; Martin et al. 2000; Horvath & Wampold 2011).

⁷⁰ Die prädiktive Aussagekraft ist in der frühen Phase des Therapieverlaufs am stärksten (Horvath et al. 2002). Die erste Phase in der Therapie enthält eine Serie an Fenstern von Möglichkeiten, die ihren Höhepunkt zwischen der dritten und fünften Sitzung erreicht und deren Anzahl kontinuierlich abnimmt (Horvath & Greenberg 1994, S.3). Barber, Conolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland (2000) fanden die größte Aussagekraft zwischen der 5. und 10. Sitzung, aber nicht zur 2.Sitzung.

Die therapeutische Beziehung gilt als ein zentraler unspezifischer Wirkfaktor (Mertens 2005, S.194) mit der stärksten Evidenz für den Therapieerfolg (Orlinsky et al. 2004) und als bestes Modell der sog. „In-therapy pantheoretical process variable“ (Horvath & Greenberg 1994, S. 2) für alle (untersuchten) Psychotherapieformen (Horvath & Symonds 1991). Die therapeutische Beziehung wird als „Schlüsselkomponente“ des therapeutischen Prozesses beschrieben (Wampold 2001, S.158). Es gibt auch die Auffassung, dass es sich hierbei nicht um einen kurativen Faktor an sich handelt, sondern vielmehr um einen interaktiven Bestandteil, der mit den therapeutischen Aufgaben zusammenwirkt, daher überrascht es nicht, dass keine hohen Effektstärken erreicht werden, wenn die therapeutische Allianz und der Therapieerfolg unabhängig von anderen Variablen erfasst werden (Horvath & Greenberg 1994, S.2).⁷¹

Sie stellt im Vergleich zu anderen Faktoren im Verhältnis zum Therapieergebnis eine robuste Variable dar (Garfield & Bergin 1986; Horvath & Greenberg, 1994, S.2). Auch in neueren Studien und Sekundäranalysen kann die Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis bestätigt werden. Eine aktuelle Metaanalyse mit mehr als 200 Studien führt zu ähnlichen, wenn auch etwas größeren Werten in der Beziehung zwischen Therapieallianz und -ergebnis⁷². Der Arbeitskreis *Task Force for Evidence-based Therapy Relationships* kommt anhand mehrerer Metaanalysen zu dem Schluss, dass die therapeutische Beziehung wesentlich und konsistent zum Therapieergebnis beiträgt, unabhängig von der Art der spezifischen Behandlung (Norcorss & Wampold 2011). Doch sie ist als Wirkfaktor anerkannt, obwohl sie nur fünf Prozent der Varianz aufklärt (Crits-Christoph et al. 2011). Und obwohl die therapeutische Beziehung bzw. Allianz gut untersucht ist, bleiben viele Fragen offen (ebd.) und deren Untersuchung noch nicht erschöpfend erfolgt (Hentschel 2005). Zudem beziehen sich die meisten Studien zur therapeutischen Beziehung auf

⁷¹ Siehe dazu auch Hentschel (2005b), er beschreibt die unterschiedlichen Auffassungen von der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor und als Moderatorvariable oder gar als Begleitvariable.

⁷² Die Effektstärken der drei Metaanalysen unterscheiden sich in den Effektstärken nur geringfügig voneinander: Horvath & Symonds (1991) $r = .26$ (über 24 Studien); Martin et al. (2000): $r = .21$ (79 Studien); Horvath & Wampold (2011): $r = .26$ (über 201 Studien).

Kurzzeit-Psychotherapien⁷³, es liegen jedoch wenige empirische Befunde zu den Charakteristika der therapeutischen Beziehung in Langzeittherapien vor (Obegi 2008).

2.4.4 Die Veränderlichkeit der therapeutischen Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist als ein dynamischer Prozess konzeptualisiert, der durch die Eigenschaften und die Mitwirkung sowohl des Therapeuten als auch des Patienten beeinflusst wird, wodurch die Untersuchung der Veränderlichkeit des Arbeitsbündnisses über die Zeit hinweg von Bedeutung ist, um den Einfluss dieser Beziehung auf den Therapieprozess zu verstehen (Gaston & Marmar 1994, S.96). Das Verhältnis zwischen der Qualität des therapeutischen Arbeitsbündnisses und dem Therapieergebnis allein reicht nicht aus, um Schlüsse über die Entwicklung der therapeutischen Beziehung und über den Behandlungsverlauf zu ziehen, da es in der Beziehungsqualität zwischen Therapeut und Patient wie in jeder interpersonellen Beziehung verschiedene Phasen und Schwankungen gibt (Obegi 2008). Daher ist es notwendig, die Entwicklung der therapeutischen Beziehung über den Behandlungsverlauf hinweg zu untersuchen, um ein vertieftes Verständnis über den Einfluss des Arbeitsbündnisses auf den Therapieprozess einerseits und das Therapieergebnis andererseits zu erlangen.

Vielfach bestätigt ist die prädiktive Aussagekraft der Beziehungsqualität zu Therapiebeginn. Diese reflektiert zwischen der dritten und fünften Sitzung das Potenzial zukünftigen Therapieerfolgs, während es in späteren Stadien interessante und komplexe Muster im Verlauf mit Abklingen und Erneuerung gibt (Horvath & Greenberg 1994, S.3). In der mittleren Phase mit dem Durcharbeiten gehen unvermeidbare Spannungen und Störungen einher (Bordin 1994; Horvath & Luborsky 1993). Dagegen kann die Qualität der therapeutischen Beziehung am Ende der Behandlung mit dem Therapieergebnis konfundieren (Crits-Christoph et al. 2011).

⁷³ wie z.B. Quintana & Meara (1990); Despland, de Roten, Despars, Stiglar & Perry 2001, Crits-Christoph et al. 2011)

Es gibt nur wenige empirische Studien, die gezielt untersuchen, wie sich die therapeutische Beziehung bzw. Allianz im Laufe der Therapie entwickelt und ob sich unterscheidende Muster auftreten. Kivlighan & Shaughnessy (1995) untersuchten die Beziehung zwischen der therapeutischen Beziehung bzw. Allianz und dem Therapieergebnis, wobei sich ein signifikanter Zusammenhang mit einer linearen Wachstumskurve zeigt. Daher sollte die therapeutische Beziehung als zeitlich variabel und nicht als statisch angenommen werden (ebd.). In einer weiteren Studie fanden Kivlighan & Shaughnessy (2000)⁷⁴ drei verschiedene Cluster von Mustern, wie sich die therapeutische Beziehung im Verlauf entwickelt, die sich entweder als stabil, linear ansteigend oder als quadratische Wachstumskurve beschreiben lassen. Patienten mit der quadratischen Kurve mit U-förmigem Verlauf in der Allianzentwicklung erzielten im Vergleich zu den beiden anderen Verläufen größere Verbesserungen als Patienten aus den anderen Clustern (ebd.)⁷⁵. Diese Studie wurde repliziert, wobei sich vier verschiedene Muster abzeichneten, darunter jedoch eine Gruppe mit V-förmigem Verlauf, die sich als einzige differentiell mit einem positiveren Therapieergebnis von den anderen unterscheidet (Stiles, Glick, Osatuke, Hardy, Shapiro et al. 2004). In einer weiteren Studie wurden drei Muster (stabil, lineare und quadratische Wachstumskurve) gefunden, hierbei war diejenige mit der linearen Wachstumskurve mit dem Therapieergebnis assoziiert (Kramer, De Roten, Beretta, Michel, & Despland 2009). Während sich die meisten Studien auf Kurzzeitpsychotherapie beziehen, konnte eine andere Studie zur Untersuchung der therapeutischen Beziehung in Langzeitpsychotherapie ebenfalls drei Muster in den Dyaden (N=201) identifizieren: ein stabiles, ein sich ansteigendes (i.S.v. verbesserndes) und ein sich abnehmendes (i.S.v. verschlechterndes), wobei es einen Zusammenhang mit bestimmten Patientencharakteristika gab: eine höhere Veränderungserwartung war mit einer sich verbessernden Beziehungsqualität assoziiert, während die Kombination zwischen

⁷⁴ Die Studien von Kivlighan & Shaughnessy (1995 und 2000) beziehen sich nicht auf psychodynamische Therapie, sondern auf Counseling bei 21 bzw. 41 Patienten mit interpersonellen Problemen, die von Counselors in Ausbildung durchgeführt wurde.

⁷⁵ Diese Ergebnisse überprüften und bestätigten die Hypothese von Gelso and Carter (1994), die davon ausgehen, dass Patienten mit einem quadratischen Verlauf in der Allianzentwicklung am meisten von der Therapie profitieren.

geringerer Veränderungserwartung und ein größeres Ausmaß an Beschwerden mit einer sich verschlechternden therapeutischen Beziehung einherging (Hersoug, Høglend, Havik & Monsen 2010). Die unterschiedlichen Befunde zum Zusammenhang von Verlaufsmustern der therapeutischen Beziehung und deren differenzielle Auswirkung auf das Therapieergebnis bedürfen weiterer Untersuchungen.

2.4.5 Beziehungsbrüche und die Korrektur von Missverständnissen

Veränderungen der Beziehungsqualität im Therapieverlauf implizieren, dass diese nicht kontinuierlich gleich bleibt oder gar stetig ansteigt. Vielmehr geht man davon aus, dass es auch schwierige und als belastend erlebte Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Dyade gibt. Das Konzept des Beziehungsbruchs und der Wiederherstellung (*alliance rupture and repair*)⁷⁶ ist ein wichtiger Beitrag zum Verständnis der therapeutischen Beziehung und der Veränderungsprozesse (Couthinho, Ribeiro & Safran 2009). Beziehungsbrüche werden definiert als Episoden der Spannung oder des Zusammenbruchs in einer kollaborativen Beziehung zwischen Patient und Therapeut (Safran, Muran & Eubanks-Carter 2011) und sie sind interpersonale Marke, die entscheidende Möglichkeiten aufzeigen, Prozesse zu explorieren und zu verstehen, die maladaptive interpersonale Schemata aufrechtzuerhalten (Safran & Muran 1996). Sie enthalten das Potenzial für die Wiederherstellung einer konstruktiven Beziehung in der therapeutischen Dyade und scheinen deshalb bedeutsame und heilsame Momente im therapeutischen Prozess zu sein⁷⁷.

Kohut (1977/79, 1984/89) führte das Konzept des Zusammenbruch-Wiederherstellungs-Vorgangs (*disruption-restoration sequence*) ein. Langs (1975) spricht von „therapeutischen Fehlpassungen“ (*therapeutic misalliances*), die temporär und mutual auftreten und aufgelöst werden und

⁷⁶ Beebe & Lachmann (1994) sprechen von „disruption and repair“ in der Mutter-Kind-Dyade, die auch Relevanz für die Psychoanalyse und Psychotherapie hat (Beebe & Lachmann 2005).

⁷⁷ Safran und Mitarbeiter haben die „*Brief Relational Therapy*“ entwickelt, die gezielt am Umgang mit Beziehungsbrüchen in der therapeutischen Beziehung arbeitet (z.B. Safran & Muran 2000; Safran, Muran, Samstag & Winston 2005a, b).

die als therapeutisch wertvoll bzw. hilfreich angesehen werden. Man differenziert z.B. zwischen technischen Fehlern⁷⁸ und solchen, die den Rahmen verletzen (Levenson 1992) oder zwischen technischen Fehlern und Störungen der Gegenübertragung (Lichtenberg, Lachman & Fosshage 1992, S.88, 98) und in diesem Zusammenhang auch deren „enactments“ (Jacobs 1986). Fehler und Lapsus im therapeutischen Prozess sind unvermeidbar, sie müssen erkannt und der Umgang mit ihnen in die Analyse miteinbezogen werden (Greenson 1967, S.281; Chused & Raphing 1992). Die Bereitschaft des Analytikers, die Möglichkeit eines Missverständnisses in Betracht zu ziehen und offen zu diskutieren, ist wesentlicher Bestandteil einer sog. beziehungsbasierten Interaktion (Meissner 1996, S.38), wobei es wesentlich ist, dass die empathische⁷⁹ Verbindung zwischen Patient und Analytiker aufrechterhalten bleibt (ebd., S.164).

Häufig sind Missverständnisse in der therapeutischen Interaktion Auslöser für Beziehungsbrüche. Aber auch die strikte Einhaltung der Normen von Abstinenz und Neutralität⁸⁰ des Analytikers können vom Patienten als Deprivation erfahren werden und zu wütenden Gegenangriffen führen (Meissner 1996, S.25f).

Die Existenz von „Beziehungsbrüchen und Wiedergutmachung“ wurde auch vielfach empirisch untersucht und deren klinische Bedeutung bestätigt (z.B. Safran 1993; Safran, Muran & Wallner Samstag 1994; Safran & Muran 1996, 2000; Safran et al. 2001; Coutinho, Ribeiro & Safran 2009, 2011). Safran und Mitarbeiter erforschen die „Rupture-Repair“-Prozesse systematisch und entwickelten ein Modell, um beispielsweise zwischen Auflösung und Nichtauflösung von Beziehungsbrüchen in sequentiellen Analysen zu unterscheiden und deren Auswirkungen auf den Therapieprozess zu untersuchen. In einer aktuellen Metaanalyse wurde die Beziehung zwischen „Rupture-Repair“-Episoden und dem Therapieergebnis untersucht und gezeigt, dass diese in einem moderaten signifikanten

⁷⁸ Bereits Freud (1913) riet, „gewisse Missgriffe“ zu vermeiden, indem man dem Patienten eine Deutung mitteilt, bevor sich ein „ordentlicher Rapport“ eingestellt hat und indem man nicht von Anfang an einen „Standpunkt der Einfühlung“ einnimmt (S.199). Kohut (1984) sprach von „Mangel an Einfühlung“ (*empathic failures*) (S.107).

⁷⁹ Das Empathiekonzept spielt hierbei eine sehr wichtige, wenn auch nicht erschöpfende Rolle. Siehe dazu Bacal (1998); Blatt & Behrends (1987); Bologini (2001); Körner (1998); Kohut (1984); Stern (1985); Meissner (1996, S.153f).

Zusammenhang besteht (Safran et al. 2011). Damit ist dieses Ergebnis vergleichbar mit dem der drei Metaanalysen zum Zusammenhang zwischen Therapieallianz und -ergebnis (Horvath & Symonds, 1991, Martin et al. 2000; Horvath et al. 2011).

2.4.6 Forschungsinstrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung

Diverse Messinstrumente wurden von verschiedenen Forschergruppen zur Erfassung der therapeutischen Beziehung entwickelt und diese korrelieren hoch miteinander (Hatcher & Barends 1996) und sie scheinen dieselben zugrunde liegenden Prozesse zu erfassen (Horvath & Symonds 1991). Die Befunde implizieren, dass verschiedene Skalen verschiedene Aspekte der therapeutischen Beziehung messen, aber unter den Experten besteht der Konsens, dass sie einen ähnlichen zugrunde liegenden Prozess erfassen. Es sollen beispielhaft die vier „Kern-Instrumente“ erwähnt werden, die in zahlreichen Studien eingesetzt wurden⁸² (Horvath et al. 2011) und gute psychometrische Eigenschaften haben (Tichenor & Hill 1989; Cecero, Fenton & Nich 2001) auch hinsichtlich ihrer prädiktiven Validität (Tichenor & Hill 1989; Cecero et al. 2001) und die hoch miteinander korrelieren (z.B. Tichenor & Hill 1989, Hatcher & Barends 1996). Es bestehen verschiedene Versionen aus unterschiedlichen Perspektiven (des Patienten, Therapeuten und Rater), teilweise auch kürzere Versionen und einige wurden aus früheren Instrumenten weiterentwickelt. Es werden hier nur die bekanntesten sowie Rater-Versionen berücksichtigt (Übersicht z.B. bei Norcross 2002).

Die *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS; Hartley & Strupp 1983) wurde aus der *Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS; Suh, O'Malley & Strupp 1986) entwickelt, um die therapeutische Beziehung in psychodynamischer Kurzzeittherapie zu untersuchen. Grundlage sind drei

⁸² Horvath et al. (2011) untersuchten in der Metaanalyse 201 Studien, worunter mehr als 30 verschiedene Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung verwendet wurden, aber bei zwei Dritteln davon wurden entweder CALPAS, WAI, HAq und VVPS eingesetzt.

Subskalen⁸³, die den Beitrag des Patienten und den des Therapeuten auf die therapeutische Beziehung sowie deren Interaktion einschätzen.

Die *Penn Helping Scales* (HA_{cs}; HA_r; HA_q) wurden von Luborsky und Mitarbeiter entwickelt (Luborsky 1976, 1983, 1984; Luborsky & Auerbach 1985). Sie basieren auf seinem Konzept der hilfreichen Beziehung (*helping alliance*) und bestehen aus zwei Komponenten: die vom Patienten wahrgenommene Hilfsbereitschaft und die Zusammenarbeit oder Beziehung mit dem Therapeuten (Alexander & Luborsky 1986, S.327), denen jeweils vier Subskalen auf elf Items zugeordnet sind, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet werden.

Der *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg 1986, 1994; Horvath 1994; WAI-O; Tichenor & Hill 1989) wurde entwickelt, um die drei Dimensionen des Arbeitsbündnisses nach Bordin (1979) zu erfassen (Horvath & Greenberg 1986, 1989). Er besteht aus 36 Items auf drei Subskalen, die Ziele, Aufgaben und die Beziehung umfassen.

Die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS, Gaston & Marmar 1993) soll nun ausführlicher vorgestellt werden. Sie besteht aus vier Subskalen, die sich an verschiedenen psychoanalytischen Konzepten orientieren. Die Arbeitsfähigkeit des Patienten, das Engagement/Beteiligung („commitment“) des Patienten, das Verständnis des Therapeuten sowie die Übereinstimmung über die Zusammenarbeit bzw. das therapeutische Vorgehen („working strategy consensus“). Die 24 Items sind gleichmäßig den vier Subskalen zugeordnet und werden auf einer siebenstufigen Likert-Skala eingeschätzt (→Kap. 4.4.4). Die psychometrischen Eigenschaften sind gut (Barkham, Agnew & Culverwell 1993; Gaston & Marmar 1994, S.91), wobei die unabhängigen Rater besser zwischen Patienten- und Therapeutenbeitrag differenzieren können als die Patienten (ebd.). Die Skalen sind als relativ unabhängig voneinander konzipiert (ebd., S. 87) und es wird eine Multidimensionalität des Konstrukts angenommen (ebd., S.92). Die CALPAS integriert sowohl die therapeutische Ichspaltung Sterbas (1934) als auch das Arbeitsbündnis Greensons (1965) in den

⁸³ Die drei Subskalen der VTAS werden auf 44 Items sechs Faktoren (positives Klima, Zudringlichkeit des Therapeuten, Widerstand, Angst sowie Motivation und Verantwortlichkeit des Patienten) eingeschätzt.

patientenbezogenen Subskalen als auch die affektive Komponente und die Empathie des Therapeuten der Beziehung in Anlehnung an Freud (1913, S.199), Zetzel (1956), Rogers (1957) und Bowlby (1988). Der Konsens über die Zusammenarbeit nimmt Bezug auf Bordin's (1979) Konzept der Übereinstimmung in Zielen und Strategien.

Die therapeutische Beziehung, die mit dem CALPAS von Raters eingeschätzt wurde, trägt signifikant zur Symptomreduktion und zur Verbesserung interpersoneller Probleme sowohl für analytische Kurzzeit- als auch Langzeittherapie bei (Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu & Garant 1994). Die therapeutische Beziehung erweist sich aber nicht stets zu Therapiebeginn als bester Prädiktor, sondern die Aussagekraft nimmt im Therapieverlauf zu – zumindest bei wiederholten Einschätzungen durch die Patientenversion des CALPAS und die Prädiktivität ist bei verschiedenen Therapien unterschiedlich hoch (Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson 1991).

Die meisten dieser Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung bestehen aus verschiedenen Versionen, die die Erhebung aus unterschiedlichen Perspektiven, der des Patienten, des Therapeuten und eines unabhängigen Beobachters, sowie deren Vergleich erlauben.

Die Einschätzung zwischen Patienten- und Therapeutenperspektive ist nicht übereinstimmend (Tichenor & Hill 1989). Die Befunde aus Übersichtsarbeiten und Metaanalysen bestätigen, dass sich die Ratings abhängig von der Rolle des jeweiligen Beurteilers unterscheiden, insbesondere im Hinblick auf die prädiktive Aussagekraft. Die therapeutische Beziehung aus der Patientenperspektive korreliert besser mit dem Therapieergebnis als die des Therapeuten und des unabhängigen Beurteilers unabhängig von der Therapieform (Horvath & Symonds 1991). Kivlighan & Shaughnessy (1995) fanden allerdings keinen Zusammenhang zwischen Patientenratings und Therapieergebnis.

In den meisten Studien haben die Ratings der Therapeuten weniger Vorhersagekraft, als diejenigen der Rater bzw. Beobachter (ebd.; Horvath & Bedi, 2002) und die Einschätzungen der Patienten hängen konsistenter mit dem Therapieergebnis zusammen als die der Therapeuten sowie der externen Beobachter (ebd.; Martin et al. 2000; Horvath 2001). Der Befund,

dass die therapeutische Beziehung der beste Prädiktor für das Therapieergebnis ist, ist besonders konsistent für die Perspektive des Patienten (Orlinksy, Grawe & Parks 1994).

Bei der Einschätzung der therapeutischen Beziehung tendieren Patienten dazu, diese als stabil zu bewerten, während Therapeuten und Beobachter mehr Veränderung im Verlauf berichten (Martin et al. 2000)⁸⁴. Doch Ratings aus der Patientenperspektive bergen die Gefahr, dass sich eine Konfundierung zwischen der Wahrnehmung der Beziehungsqualität und der generellen Zufriedenheit mit der Therapie einstellt (Marmar, Horowitz & Weiss & Marziali 1986, S.367). Die Einschätzung des Patienten könnte eher die allgemeine Zufriedenheit mit der Therapie widerspiegeln und dadurch verzerrt sein, aber dennoch hoch mit dem Therapieergebnis korrelieren (Marmar et al. 1986, S.367). Die Perspektiven des Patienten und des Therapeuten als Prädiktor für das Therapieergebnis bergen die Gefahr einer Zirkularität (ebd., S.367)⁸⁵. Der Vorteil von unabhängigen Ratern bei der Einschätzung der therapeutischen Beziehung kann der Vermischung von dem tatsächlich zu untersuchenden Gegenstand und weiteren möglichen Einflussfaktoren vorbeugen (ebd.), weil sie vermutlich weniger beeinflussbar sind (Gaston & Marmar 1994, S.92f; Fenton, Cecero, Nich, Frankforter & Carroll 2001).

⁸⁴ Kivlighan & Shaughnessy (1995) vermuten, dass Patienten die therapeutische Beziehung eher als „trait“ bewerten, während Therapeuten den gegenwärtigen „state“ einschätzen. D.h. dass Patienten für vorübergehende Veränderungen weniger sensibel sind als Therapeuten, während die Ratings des Therapeuten durch den Therapiefortschritt des Patienten beeinflusst sind (ebd.).

⁸⁵ Bei Aussagen über die prädiktive Validität der therapeutischen Beziehung sollte auch berücksichtigt werden, ob das Ergebnis auf Selbst- oder Fremdeinschätzung beruht (Fenton et al. 2001). Eine höhere Übereinstimmung ist zwischen therapeutischer Beziehung aus der Patientenperspektive und Selbsteinschätzungsinstrument für das Therapieergebnis wahrscheinlicher, als wenn beide Variablen aus unterschiedlichen Perspektiven erhoben werden (ebd.). Die Ratings können sich hinsichtlich der Ausprägung der Beziehungsqualität oder in Bezug auf die prädiktive Validität unterscheiden, was gesondert berücksichtigt werden muss. So waren die Ratings von Patienten und Therapeuten höher, d.h. die Beziehung wurde besser eingeschätzt, als von den Ratern, aber lediglich die unabhängige Beobachter sagten das Therapieergebnis voraus (Fenton et al. 2001).

2.4.7 Therapeutische Beziehung und Behandlungstechnik

Beziehung und Techniken, wie z.B. die Deutung, können nicht eindeutig voneinander getrennt werden, sie können sogar vielmehr Ausdruck beziehungsorientierten therapeutischen Handelns sein. Deutungen als das, „was in der Beziehung Bedeutung gewinnt“ (Bauriedl 1984, S.53) oder Übertragungsdeutungen nicht nur als Behandlungstechnik, sondern als Beziehungsarbeit verstanden und angewandt werden (Ermann 1993, S.50f). Die Behandlungstechniken entfalten nicht nur eine größere Wirkung im Rahmen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, sondern die Qualität der Interventionen trägt auch zur Beziehungsqualität bei. Eine akkurate und empathische Deutung trägt zur Stärkung der therapeutischen Allianz bei, wodurch sich die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient für diese offen ist, erhöht und sich die therapeutische Wirkung entfalten kann (Eagle 1996, S.137). Jones (2000) postuliert, dass jede therapeutische Handlung seine Bedeutung lediglich durch den Einfluss gewinnt, den es auf die momentane Interaktion zwischen Therapeuten und Patienten hat (S.261). Von Bedeutung ist nicht nur die Wahl, sondern auch das Timing der Therapietechniken, die sich auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung auswirken. Bereits Freud (1926) rät: „Sie müssen den richtigen Moment abwarten, um dem Patienten Ihre Deutung mit Aussicht auf Erfolg mitzuteilen.“ (S.311). Der Analytiker überlegt sich genau, welche Deutungen er dem Patienten mitteilt und vermeidet damit ihn zu überfordern, wenn sie seinem Selbstverständnis zu weit voraus sind (Mertens 2004, S.53). In der Prozessforschung ist es wichtig, die angewendeten Therapietechniken im Kontext in der jeweiligen Sitzung sowie im Therapieverlauf zu beobachten. Studien weisen auch darauf hin, dass ein positives Therapieergebnis mit der Aufmerksamkeit des Therapeuten für die Gefühle und Probleme des Patienten, die während der Therapiesitzung gezeigt werden, mit dem Timing der Behandlungstechniken sowie mit der aktiven Mitarbeit des Patienten zusammenhängen (Orlinsky et al. 1994, S.113f). Deshalb ist es wichtig, die reziproke Beziehung zwischen dem Arbeitsbündnis und der Behandlungstechnik zu untersuchen und folglich die Techniken zu identifizieren, welche die therapeutische Beziehung

verbessern oder beeinträchtigen (Gaston & Marmar 1994, S.97). Behandlungstechniken treten als Teil komplexer Interaktionen mit dem Patienten auf und haben keine festgelegten Bedeutungen oder Effekte, die diskret bzw. getrennt voneinander zum Therapieergebnis beitragen, sondern sind stets kontextabhängig (Ablon & Jones 1999).

2.4.8 Forschungsergebnisse zur Interaktion zwischen Behandlungstechnik und therapeutischer Beziehung

Die Frage, ob die therapeutische Beziehung die Veränderung bewirkt oder diese lediglich reflektiert (Norcross 2002, S.10) ist noch nicht abschließend beantwortet worden, da die Interaktion zwischen Behandlungstechnik und therapeutischer Beziehung und deren jeweiliger Beitrag zum Therapieergebnis nicht ausreichend erforscht wurde (Crits-Christoph Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger & Gallop, 2006). Die Wechselwirkung zwischen Beziehung und Behandlungstechnik wird in der analytischen Literatur nachvollziehbar dargestellt, doch die Untersuchung dieser und ähnlicher klinischer Beobachtungen stellt die Prozessforschung vor große Herausforderungen. Die Konfundierung zwischen Therapieerfolg und therapeutischer Beziehung stellt ein Problem dar (Kächele 2011). Die Frage ist, ob die Behandlungstechnik wirksam ist, weil die therapeutische Beziehung dafür eine fruchtbare Basis darstellt oder wirksame Techniken vielmehr eine vertrauensvolle und verlässliche Beziehung zum Therapeuten fördern. Goldfried und Davila (2005) betrachten sowohl Technik als auch Beziehung als aktive Ingredienzien, die den Veränderungsprozess fördern und plädieren dafür, beziehungsorientierte und technikbasierte Orientierungen zu integrieren. Die Einschätzungen der therapeutischen Beziehung auf die eigens dafür entwickelten Messinstrumente korrelieren höher mit dem Behandlungserfolg als solche für spezifische Therapietechniken (Safran et al. 2008), doch die Möglichkeit, dass die therapeutische Beziehung Folge der Symptomverbesserung oder einer anderen Variable ist anstelle eines Mechanismus, der selbst für die Veränderung verantwortlich ist, kann nicht mit Sicherheit ausgeschlossen

werden (Kazdin 2007). Nach Horvath & Greenberg (1994) stellt es geradezu ein besonderes Merkmal des Allianzkonzepts dar, dass relationale *und* technische Aspekte der Behandlung ein umfassendes Modell des therapeutischen Arbeitsbündnisses integriert, die wahrscheinlich voneinander abhängen und einander beeinflussen (S.2). Es gibt bislang wenig empirische Forschung über die Wechselwirkung zwischen Behandlungstechniken und der therapeutischen Beziehung sowie über ihre kumulativen Auswirkungen auf das Therapieergebnis (Crits-Christoph & Connolly Gibbons 2003; Crits-Christoph et al. 2006) sowie darüber, wie die therapeutische Beziehung den Therapieprozess und die Wirkung der Behandlungstechnik fördert (Crits-Christoph et al. 2003; Owen & Hilsenroth 2011).

Dieser Herausforderung nehmen sich gegenwärtig Therapieprozessforscher zunehmend an. Bisherige Studienergebnisse deuten darauf hin, dass diese Variablen von Patientencharakteristika (→Kap. 2.5.1.2) und von der Qualität der Therapietechniken beeinflusst werden (Crits-Christoph et al. 2003). Es konnte empirisch bestätigt werden, dass sich die Akkuratheit der Deutung positiv auf das Therapieergebnis auswirkt, unabhängig von der Qualität der therapeutischen Beziehung (Crits-Christoph, Cooper & Luborsky 1990) und dass diese für die Aufrechterhaltung und ggf. für die Wiederherstellung einer guten therapeutischen bzw. helfenden Beziehung von großer Bedeutung sind (Crits-Christoph, Barber & Kurcias 1993). In einer Übersichtsarbeit zeigen Ackerman & Hilsenroth (2003), dass Studienergebnisse konsistent belegen, dass Therapietechniken, wie Exploration, Reflektion, das Aufzeigen von erreichten Therapieerfolgen, akkurater Interpretation, den Ausdruck von Affekten zu fördern und zu beachten, wie der Patient die therapeutische Beziehung erfährt, zum Therapieerfolg beiträgt. In einer aktuellen Studie mit Patienten mit Angststörungen konnte gezeigt werden, dass bestimmte psychodynamische Techniken zu Therapiebeginn, wie z.B. die Fokussierung von Wünschen, Phantasien usw., die Verbindung von gegenwärtigen und vergangenen Gefühlen und die Hervorhebung von charakteristischen Beziehungsmustern einen bedeutsamen Zusammenhang mit einem

positiven Therapieergebnis aufweisen (Slavin-Mulford, Hilsenroth, Weinberger & Gold 2011).

In einer Studie wurde untersucht, wie die Abwehrmechanismen der Patienten einerseits und therapeutische Techniken andererseits die therapeutische Beziehung am Anfang der Therapie beeinflussen (Despland et al. 2001). Es zeigte sich, dass lediglich das Ausmaß an Abstimmung des Therapeuten an das Niveau der Abwehr des Patienten die Entwicklung der therapeutischen Beziehung voraussagte, ob diese gering, sich verbessernd oder hoch ist (ebd.). In einer weiteren Studie konnte gezeigt werden, dass der Einsatz von psychodynamisch-interpersonalen Techniken (im Gegensatz zu kognitiv-behavioralen) dazu führte, dass sich Patienten mehr Gedanken zwischen den Sitzungen über die Therapie machen, was wiederum mit einer stärkeren therapeutischen Beziehung und einem besseren Therapieergebnis assoziiert war (Owen, Quirk, Hilsenroth & Rofolda 2012).

In einer neueren Untersuchung zeigt sich, dass die Interaktion zwischen therapeutischer Beziehung und Behandlungstechnik das Ergebnis in psychodynamischer Psychotherapie vorhersagt, während die therapeutische Beziehung allein genommen keinen signifikanten Zusammenhang zum Therapieergebnis hat (Owen & Hilsenroth 2011). In einer Studie zur Wechselwirkung zwischen Objektbeziehungsqualität, Übertragungsdeutung und therapeutischer Beziehung zeigt sich, dass die spezifischen Wirkungen der Übertragungsarbeit von der Interaktion zwischen Objektbeziehungsqualität und therapeutischer Beziehung beeinflusst wurden (Høglend, Hersoug, Bøgwald, Amlo, Marble et al. 2011). Entgegen der allgemeinen Auffassung in der klinischen Theorie, zeigt die Anwendung von Übertragungsdeutungen die größte Wirkung bei Patienten mit geringerer Objektbeziehungsqualität⁸⁸ im Rahmen einer schwächeren therapeutischen Beziehung, während sich Übertragungsdeutungen bei Patienten mit höherer Qualität an Objektbeziehungen und in einer besseren therapeutischen Beziehung sogar negativ auswirkten (ebd.).

⁸⁸ Untersucht wurden in dieser Studie 100 Patienten mit Depressionen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen in psychodynamischer Psychotherapie, wobei sie randomisiert zwei Gruppen zugewiesen wurden. In einer wurde mit Übertragungsdeutungen gearbeitet, in den anderen darauf verzichtet.

Eine weitere Studie mit Patienten mit abhängigen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen kommt zu ähnlichen Resultaten hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen therapeutischer Allianz, Übertragungsarbeit und Therapieergebnis (Ryum, Stiles, Svartberg & McCullough 2010). Weniger Übertragungsdeutungen waren mit einer Reduktion interpersoneller Probleme assoziiert, während diese weniger abnahmen, wenn mehr Übertragungsdeutungen eingesetzt wurden, wobei Letzteres im Zusammenhang mit einer schwächeren therapeutischen Beziehung stand, welche aber nicht statistisch signifikant war (ebd.). Ähnliche Befunde einer früheren Studie mit Patienten mit vermeidender Persönlichkeitsstörung zeigte, dass mehr Deutungen mit einem ungünstigeren Therapieergebnis assoziiert waren (Schut, Barber, Castonguay, Flanagan, Yamasaki et al. 2005)

Diese Beispiele zeigen, dass einige Studienbefunde klinisch etablierte Auffassungen bestätigen, während andere Befunde Anlass geben, diese z.B. im Hinblick auf Übertragungsdeutungen zu hinterfragen. Aber es wird auch deutlich, dass die Befunde nicht alle übereinstimmend sind, auch wenn Metaanalysen mehr Gewicht beigemessen werden. Es gibt offensichtlich weitere relevante Variablen, die nicht kontrolliert wurden. Künftige klinisch bedeutsame Therapieforschung sollte den interpersonalen Austausch zwischen Patient und Therapeut und deren Einfluss auf die therapeutische Beziehung unter Einbeziehung qualitativer und quantitativer Methoden untersuchen (Ackerman & Hilsenroth 2003). Die Untersuchung dieser sog. „In-session-Interactions“ kann unser Verständnis der Art der therapeutischen Beziehung und spezifischen Variablen, die diese beeinflussen, erweitern (ebd., S.29). Hill (2005) schlägt ein Modell vor, das Therapietechniken, die Mitarbeit des Patienten und die therapeutische Beziehung als untrennbar miteinander verbundene Faktoren des Therapieprozesses betrachtet. Dies wird in der klinischen Praxis vermutlich bereits umgesetzt, stellt die empirische Therapieforschung dagegen vor Herausforderungen, die wechselseitigen Einflüsse besser zu verstehen.

2.5 Der Einfluss des Patienten, des Therapeuten und die therapeutische Passung

2.5.1 Der Einfluss der Patientenpersönlichkeit

Die Anzahl der Patientenvariablen, die den Therapieprozess und das Therapieergebnis potenziell beeinflussen, ist unbegrenzt (Clarkin & Levy 2004, S.195)⁸⁹. In der klinischen Forschung und Praxis stellt die Art und die Schwere der Störung ein zentrales Moment dar, welche die Behandlungsform, -technik und Prognose beeinflussen (Übersicht z.B. bei Garfield 1994; Mohr 1995). Nicht zu unterschätzen, aber häufig vernachlässigt, ist die Berücksichtigung persönlichkeitsstruktureller Aspekte des Patienten, die über gängige Diagnosen, auch die neurosenpsychologische in der Psychoanalyse⁹⁰, hinausgehen. Nichtdiagnostische Patientenmerkmale können nützlicher für die Vorhersage des Therapieergebnisses sein als z.B. DSM-Diagnosen (Clarkin & Levy 2004, S.214). Im Folgenden soll zunächst die theoretische Überlegungen und einige Befunde zu strukturellen Unterschieden von Persönlichkeitstypologien mit Implikationen für den Therapieprozess dargestellt werden.

2.5.1.1 Die Persönlichkeit des Patienten als Variable

Die Bedeutung der Integration von Patientenvariablen in die Psychotherapieforschung, wie sie *vor* Behandlungsbeginn bestehen, wurde erstmals von Crohnbach (1953, 1975) angeführt, der auf die Wechselwirkung von Patientencharakteristika und Behandlungsvariablen aufmerksam

⁸⁹ Von neurobiologischen über soziodemographischen bis zu störungsspezifischen Merkmalen, personenimmanente, wie Persönlichkeitszüge, aber auch externale Aspekte, wie soziale Unterstützung, spielen eine wichtige Rolle. Epidemiologische Studien geben Aufschluss darüber, welche Merkmale Personen aufweisen, die psychotherapeutische Hilfe in Anspruch nehmen (Übersicht bei Clarkin & Levy 2004, S.196f).

⁹⁰ In der Psychoanalyse stellt die „Analysierbarkeit“ des Patienten ein wichtiges Konzept eines Patientenmerkmals dar, dem sowohl indikationsbezogene als auch prognostische Bedeutung beigemessen wird und an anderer Stelle diskutiert wurde (Frosch 2006)

machte. Kiesler (1966) kritisierte, dass fälschlicherweise eine Homogenität der zu untersuchenden Patienten angenommen wird, ohne diese hinreichend auf Unterschiede zu untersuchen (vgl. Beutler 1995). Dabei ist es wichtig, Patientenmerkmale, wie sie vor Therapiebeginn bestehen, sog. „patient pretherapy characteristics“, zu identifizieren, um zu untersuchen, wie verschiedene Patienten auf unterschiedliche Interventionen reagieren (Hill & Lambert 2004, S.101). Doch standarddiagnostische Kategorien reichen nicht aus, einerseits wegen der Komorbidität und andererseits weil sie eine zu große Heterogenität an Persönlichkeitsmerkmalen erlauben, als dass sie als nützliche Prädiktoren oder als sog. Passungsvariablen (*matching variables*) eingesetzt werden könnten (Clarkin & Levy 2004, S. 214).

Die Patientenpersönlichkeit spielt auch bei der therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle. Horvath & Bedi (2002) unterscheiden zwischen den „pretherapy variables“ und den „in-therapy variables“, die Einfluss auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung haben (S.54f). Während unter Ersteren die Merkmale gemeint sind, die der Patient in die Therapie „mitbringt“, wie z.B. Persönlichkeitsorganisation, Bindungsrepräsentation, wird unter Letzterem der Beitrag des Patienten *im* Therapieprozess verstanden. Bei der Einschätzung und Bewertung der genauen Bedeutung der therapeutischen Beziehung müssen auch Variablen, die vor Therapiebeginn bestanden haben („pretherapy variables“), berücksichtigt werden, die direkt für die Bestimmung des Therapieergebnisses verantwortlich sind (Horvath & Greenberg 1994). In einer heterogenen Patientenpopulation, wie sie in der ambulanten Versorgungspraxis vorzufinden ist und sich in naturalistischen Therapiestudien widerspiegelt, erweist sich diese diagnostische Unterscheidung in Bezug auf behandlungsrelevante Kriterien der Persönlichkeit und der psychischen Störung als klinisch relevant für die Erfassung von Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation und damit als wichtige Variable für die therapeutische Veränderungsmessung (Blatt, Auerbach, Zuroff & Shahrar 2006). Diese behandlungsrelevanten Kriterien der Persönlichkeit beziehen sich z.B. darauf, wie jemand sich selbst in Beziehungen mit anderen wahrnimmt, welche Beziehungserwartungen er an andere hat und wie er seine Kompetenzen und Schwierigkeiten einschätzt.

Nicht nur für den Forscher, sondern auch für den Kliniker stellt es eine Herausforderung dar, vorherzusagen, wie die Persönlichkeitsunterschiede die Initiierung und die Aufrechterhaltung der therapeutischen Beziehung beeinflussen (Obegi 2008).

2.5.1.2 Forschungsergebnisse zum Einfluss von Patientenvariablen

In Übereinstimmung mit psychoanalytischen Konzeptualisierungen zeigen prospektive Psychotherapiestudien, dass sich verschiedene Persönlichkeitsorganisationen der Patienten unterschiedlich auf den therapeutischen Prozess auswirken. Strukturelle Veränderungen vollziehen sich bei Patienten mit unterschiedlichen strukturellen Voraussetzungen auf unterschiedliche Weise (z.B. Kernberg 1988; Rudolf 2006). Psychotherapieforschung sollte zwischen Patienten differenzieren und systematisch den Einfluss des Patienten auf den Behandlungsprozess untersuchen (Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S.317) und daher vermehrt Patientencharakteristika in der Psychotherapieforschung berücksichtigen (Blatt Zuroff, Bondi & Sanislow 2000; Blatt, Shahar & Zuroff 2001). Die Prozess- und Ergebnisforschung erfordert einen theoretischen Rahmen bzw. ein konzeptuelles Modell, um Persönlichkeitsvariablen zu identifizieren, welche die Beziehung zwischen Patientencharakteristika, Behandlungsform und Therapieergebnis erklären kann (Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S.318; Blatt et al. 2006).

Bindungsmerkmale eignen sich besonders für die Untersuchung von Beziehungsarbeit, Therapieprozessen und differenzieller Therapieresponse, die zentraler Gegenstand in der klinischen Bindungsforschung sind. Es gibt keine Symptomatik und kein Störungsbild, für die bindungstheoretische Annahmen keine Rollen spielen, und damit sind sie für jeden psychotherapeutischen Ansatz von Bedeutung (Brisch 1999/2006, S.276). Der Zusammenhang von Bindung und Psychopathologie wurde für zahlreiche psychische Störungen untersucht (siehe Dozier, Stovall & Albus 1999, S.497). Bindungsmerkmale des Patienten haben Einfluss auf die Therapieindikation, auf die Vorhersage von Therapieergebnissen (Übersicht

bei Schauenburg & Strauß 2002, S.287) und auf die therapeutische Beziehung (ebd.; Dozier & Tyrell 1998, S.230f; Strauß 2005; Meyer & Pilkonis 2002, S.376). Bindungsrepräsentationen des Patienten wirken sich auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung⁹³ zu Therapiebeginn aus (Eames & Roth 2000), wobei eine sichere Bindung mit einer besseren anfänglichen therapeutischen Beziehungsqualität sowie mit einer höheren Objektbeziehungsrepräsentation zusammenhängt (Piper, Joyce, Azim & Rosie 1994; Piper, Joyce, McCallum, Azim & Ogrodniczuk 2001, S.116f; Übersicht bei Clarkin & Levy 2004). Fonagy und Mitarbeiter fanden unter den nicht sicher gebundenen Patienten einer klinischen Stichprobe den größten Therapiefortschritt bei den vermeidenden Patienten (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kennedy et al. 1996). Um relationale Veränderungen von psychodynamischer Psychotherapie zu untersuchen, wurde die Veränderung und Stabilität von den Bindungsstilen der Patienten betrachtet, indem diese vor und nach der Behandlung erfasst wurden (Travis, Bliwise, Binder & Horne-Moyer 2001). Bei einer bedeutenden Anzahl der Patienten veränderte sich der Bindungsstil von unsicher zu sicher und diese Veränderung wies einen Zusammenhang mit Symptomverbesserung und Verbesserung des Funktionsniveaus auf (ebd.). In einer aktuellen Metaanalyse über 17 Studien wurde die Beziehung zwischen Bindungsrepräsentation und therapeutischer Beziehung untersucht, die erwartungsgemäß zeigt, dass sichere Bindungen mit einer stärkeren Beziehungsqualität und Bindungsunsicherheit mit einer schwächeren einhergehen (Diener & Monroe 2011).

Von großer Bedeutung ist auch das Niveau der Objektrepräsentationen des Patienten für den Therapieprozess und das -ergebnis und auch für die therapeutische Beziehung. Patienten mit einer höheren Qualität an Objektbeziehungen blicken auf befriedigendere reziproke Beziehungen zurück und fürchten weniger diese zu verlieren, sind empfänglicher für therapeutische Interventionen, während Patienten mit weniger guten Objektbeziehungen ängstlicher und weniger in der Lage sind,

⁹³ Die therapeutische Beziehung weist Ähnlichkeiten mit einer Bindungsbeziehung auf, da der Therapeut vom Patienten z.B. als weiser, größer und als „sicherer Hafen“ erlebt wird, Trennung und Abschied kann Angst auslösen usw. (siehe dazu Strauß 2005, Mallinckrodt 2010)

sich auf die Anforderungen in der Therapie einzulassen und weniger empfänglich für diese sind (Piper, Joyce, McCallum, Azim & Ogrodniczuk 2001, S.117).

Die Frage nach der Wirksamkeit einer Intervention sollte die komplexen Wechselwirkungen zwischen Behandlungsform und Patiententypus berücksichtigen und sich auch darauf beziehen, welche Behandlung bei einer bestimmten Art von Patienten wirksamer ist (vgl. Roth & Fonagy 1996) und welche Art von Veränderungen bei den verschiedenen Patienten erreicht werden (Blatt, Shahar & Zuroff 2002). Aufgrund zahlreicher Studien ist es erwiesen, dass die Bedeutung der Patientenmerkmale als Moderatorvariablen die Wirksamkeit einer Intervention mitbestimmen (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi et al 2004, S.291). Es ist wahrscheinlich, dass alle Verfahren wirksam sind, sofern sie bei einem „kompatiblen“ Patienten angewendet werden, aber dieser Effekt ist nahe null, wenn Patientenfaktoren nicht berücksichtigt werden (ebd.).

2.5.2 Der Einfluss des Therapeuten

2.5.3 Klinische Auffassungen zum Einfluss des Therapeuten

Auch beim Therapeuten bzw. Analytiker spielen zahlreiche Charakteristika, wie z.B. die Berufserfahrung, Ausbildung, Überzeugungen, und das Geschlecht eine wichtige Rolle, die in der Literatur vielfach diskutiert werden. Vor allem dem Einfluss der Persönlichkeit⁹⁵ des Therapeuten bzw. Analytikers wird eine wesentliche Bedeutung für den analytischen bzw. therapeutischen Prozess zugesprochen (z.B. Kantrowitz 2002). Der therapeutische Stil des Analytikers schaffe eine „analytische Atmosphäre“, die das Arbeitsbündnis fördert (Greenson 1967, S.47). Die Trennung

⁹⁵ Häufig wird nicht ausreichend zwischen der Persönlichkeit und dem Charakter des Therapeuten sowie dem therapeutischen Stil und Haltung differenziert. Baudry (1991) unterscheidet zwischen dem Charakter des Analytikers und dem analytischen Stil bzw. der analytischen Haltung, die beide Einfluss auf den Prozess haben. Der „Stil“ ist rein deskriptiver Natur und kann mit minimaler Generalisierung und ohne Bezugnahme auf diagnostische, ätiologische oder charakterliche Zuschreibungen verwendet werden, und beschreibt Verhaltenskomponenten präziser als der Charakterbegriff (ebd., S.918f).

zwischen dem therapeutischen Stil, der Charakter und die der Persönlichkeit des Analytikers lässt sich nicht gänzlich voneinander trennen. Der Charakter, im Gegensatz zur Persönlichkeit des Analytikers trifft auf den analytischen Prozess auf vielfältige Art und Weise. „Die Persönlichkeit des Analytikers wirkt sich auf die Auswahl seiner psychoanalytischen Theorien und Wertvorstellungen aus, die den Hintergrund seines Verstehens und Rekonstruierens mit beeinflussen“ (Mertens 1993/2004, S.138) und es ist anzunehmen, dass sich die „Theorieselektion“ des Analytikers nicht immer an der differentiellen Indikation und somit z.B. an der Persönlichkeitsstruktur des Patienten orientiert, sondern, dass diese auch einen starkem Zusammenhang mit der Persönlichkeit des Analytikers aufweist (Mertens 1993/2004, S.137)⁹⁶. Der Einfluss der Persönlichkeit des Analytikers auf den Behandlungsverlauf ist größer als unsere Theorie erlaubt und ist eine „unvermeidliche“ Dimension der analytischen Interaktion und ein wesentlichen Teil für den Rahmen der analytischen Beziehung (Baudry 1991). Es zeichnet sich ein Konsens unter Analytikern darüber ab, dass „der Einfluß der Persönlichkeit des Analytikers, der von seinen persönlichkeitsstrukturellen Eigenheiten und Vorzügen, aber auch von seinen neurotischen Begrenztheiten ausgeht, um so bedeutsamer wird, je ichschwächer ein Patient ist“ (Mertens 1993/2004, S.127).

Die Annahmen von Rogers (1957) über „notwendige und hinreichende“ Bedingungen für eine therapeutischen Veränderung, wie Wertschätzung, Echtheit und Empathie, beziehen sich vielmehr auf die therapeutische Haltung, die allein noch keine Beziehungsqualität herstellen, wohl aber günstige Voraussetzungen darstellen⁹⁷. In diesem Zusammenhang stehen auch menschliche Wärme (Kohut 1979, S.253), emotionale Verfügbarkeit (Emde 1988) sowie der Umgang mit Neutralität, Anonymität,

⁹⁶ Bereits Freud (1912) weist bei den Empfehlungen für die psychoanalytische Technik auf die Bedeutung der eigenen Persönlichkeit hin, indem er schreibt: „(...) diese Technik hat sich als die einzig zweckmäßige für meine Individualität ergeben; ich wage es nicht in Abrede zu stellen, daß eine ganz anders konstituierte ärztliche Persönlichkeit dazu gedrängt werden kann, eine andere Einstellung gegen den Kranken und gegen die zu lösende Aufgabe zu bevorzugen.“ (S. Freud 1912, S.171). Riemann (1974) postuliert, dass die Anwendung verschiedener Behandlungstechniken „je nach Eigentümlichkeiten des Therapeuten“, zu denen auch die „menschliche Reife und die Kontaktfähigkeit“ gehört, variiert (S.11).

⁹⁷ In einer Sekundäranalyse einer großen Depressionsstudie konnte gezeigt werden, dass die Wahrnehmung der Patienten über ihre Therapeuten als empathisch, wertschätzend usw. i.S.v. Rogers (1957) Voraussetzungen im Zusammenhang mit dem Gesamttherapieergebnis steht (Zuroff, Kelly, Leybman, Blatt & Wampold 2010).

Abstinenz einerseits oder Selbstöffnung und intersubjektive Bezogenheit andererseits. Diese hängen mitunter von der Persönlichkeit des Analytikers und Therapeuten ab, auf die hier nicht weiter eingegangen werden kann. „Die Mischung von persönlichen Charakteristiken und Stilen, die eine erfolgreiche Analyse ausmachen, ist noch nicht gut verstanden worden“ (Meissner 1996, S.33).

2.5.4 Forschungsergebnisse zum Einfluss von Therapeutenvariablen

Die Einflüsse von Therapeutenvariablen auf den Therapieprozess und das -ergebnis wurde im Zuge der Evaluationsforschung vernachlässigt (Luborsky, McLellan, Diguier Woody & Seligman 1997; Beutler 1997; Beutler et al. 2004, S. 227, 289; Kächele 2006; Klug, Henrich, Kächele, Sandell & Huber 2008). Insbesondere wurden auch die interindividuellen Unterschiede zwischen Therapeuten derselben theoretischen Ausrichtung und deren potenzielle Auswirkungen für das Therapieergebnis zu wenig berücksichtigt (Garfield 1997). Wampold (2001) fasst die entscheidende Bedeutung des Therapeuten als Wirkfaktor folgendermaßen zusammen: „The essence of therapy is embodied in the therapist“ (S.202). Die Kompetenz des Therapeuten klärt bis zu zehn Prozent der Varianz des Therapieergebnisses auf, während die therapeutische Allianz lediglich bis zu fünf Prozent aufklärt (ebd., S.205). Doch die Unterschiede zwischen den Therapeuten innerhalb der jeweiligen Behandlung können stark variieren (ebd., S.202, vgl. auch Orlinsky et al. 2004; Zuroff et al. 2010).

In ihrer Übersichtsarbeit stellen Beutler et al. (2004) fest, dass Alter und Geschlecht des Therapeuten eine schwache Aussagekraft über das Therapieergebnis haben, ebenso wie die therapeutische Ausbildung, Erfahrung und Qualifikation u.a.¹⁰⁴, dagegen kommen Werten und

¹⁰⁴ Beutler, Machado & Neufeldt (1994, S.231f, vgl. auch Kächele 2006) unterscheiden bei den Therapeutenvariablen therapiespezifische *states* und situationsübergreifende *traits* und zwischen „beobachtbaren“ und hergeleiteten (*inferred*) Variablen (Beutler et al. 2004, S.228), die zusammen vier mögliche Untergruppen bilden. So gehören z.B. das Geschlecht, Alter und andere soziodemographische Daten zu den beobachtbaren *traits*, die Berufserfahrung, Behandlungsmethoden, Zugehörigkeit zu einer Therapieschule zu den beobachtenden *states*. Zu den hergeleiteten *traits* zählen z.B. Persönlichkeitsmuster, Normen, Werte und Haltungen und zu den abgeleiteten *states* der persönliche Beitrag zur

Überzeugungen eine große Bedeutung für das Therapieergebnis zu (S.291).

Nach Sandell (2004) werden Werte, Überzeugungen und Haltungen als therapeutische Haltung zusammengefasst, die „als der persönliche Hintergrund des Therapeuten aufgefasst werden [können], vor dem sich der therapeutische Prozess während der Behandlung entfaltet“ (Klug et al. 2008, S.83). In dem Stockholmer Forschungsprojekt untersuchten Sandell und Mitarbeiter (1999) Therapeutenvariablen, wie therapeutische Einstellungen und Ideale, die mit einem Selbsteinschätzungsfragebogen erhoben wurden (Sandell, Blomberg, Lazar, Schubert, Carlsson et al. 1999). Es konnten mehrere Typen identifiziert werden, wobei diejenigen Therapeuten (überwiegend Analytiker), die Einsicht und Neutralität hoch und Unterstützung und Freundlichkeit eher gering bewerten, nur bei Psychoanalysepatienten gute Ergebnisse erzielten, aber nicht bei Psychotherapiepatienten. Dagegen erzielten Therapeuten (u.a. auch Analytiker), bei allen sechs erhobenen Faktoren (z.B. Freundlichkeit, Unterstützung, aber auch Einsicht und Neutralität als therapeutische ideale Angaben) in beiden Patientengruppen gute Ergebnisse. Die Autoren schließen daraus, dass die „klassische“ psychoanalytische Haltung nur bei Psychoanalysen, nicht aber bei Psychotherapien eine erfolgreiche Behandlungsstrategie darstellt, während der „eklektische Typus bei beiden Gruppen erfolgreich war (ebd.; vgl. Sandell, Lazar, Grant, Carlsson, Schubert et al. 2006). Die schwedische Forschungsgruppe untersuchte auch die Berufserfahrung sowie die Selbsterfahrung als Therapeutenvariable (Sandell, Carlsson, Schubert, Broberg, Lazar et al. 2002). Es zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen klinischer Erfahrung des Therapeuten und dem Therapieergebnis, d.h. je mehr Erfahrung der Therapeut aufweisen kann, desto besser ist das Therapieergebnis (ebd.). Dagegen legt ein Befund einer weiteren Studie nahe, dass Patienten von Therapeuten mit einer langen Lehrtherapie bzw. -analyse nur eine geringe oder keine Symptomreduktion erreichten (Sandell, Carlsson, Schubert, Grant, Lazar et al. 2006), wobei nicht ausgeschlossen wird, dass dabei weitere Moderatorvariablen eine Rolle

spielen.¹⁰⁵ Um die therapeutische Haltung zu erfassen wurde ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung entwickelt¹⁰⁶, der in einer sehr großen Stichprobe (451 Therapeuten unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen) eingesetzt wurde und es zeigte sich, dass sich psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapeuten sowie Verhaltenstherapeuten hypothesen- und theoriekonform signifikant hinsichtlich ihrer therapeutischen Haltungen unterscheiden (Klug, Henrich, Kächele, Sandell & Huber 2008)¹⁰⁷. In einer großangelegten Studie untersuchten Orlinsky & Rønnestad (2005) ca. 4000 Psychotherapeuten aus verschiedenen Ländern hinsichtlich ihres persönlichen und professionellen Wachstums mittels Selbsteinschätzungsfragebögen. Aufgrund der Ergebnisse unterscheiden sie vier Typen von Therapeuten, die „hilfreichen“, die „kämpferischen“, die „unbeteiligten“ und die „gestressten“ Therapeuten, während nur die ersten beiden hilfreich für den Therapieprozess sind (S.84)¹⁰⁸.

Befunde aus der Forschungsliteratur legen nahe, dass nicht nur die Bindungsrepräsentation bzw. der Bindungsstil von Patienten für den Therapieprozess und das -ergebnis von Bedeutung ist, sondern auch die des Psychotherapeuten (Meyer & Pilkonis 2002, S.376). In einer Studie zeigt sich, dass unsicher-verstrickte Therapeuten mit ihren Klienten mehr „in die Tiefe gehen“ als unsicher-vermeidende (Dozier, Kelley & Barnett 1994). Eine neuere Studie erfasst die Bindungsrepräsentation von psychodynamischen Psychotherapeuten und untersucht differenziell, ob die Bindungsrepräsentation des Therapeuten Auswirkungen auf die Therapieergebnisse ihrer Patienten haben (Schauenburg, Buchheim, Beck,

¹⁰⁵ Die teilweise widersprüchlichen Befunde aus anderen Studien zum Effekt von Berufserfahrung und Selbsterfahrungen, die möglicherweise in Wechselwirkung mit anderen Variablen stehen und bei denen es sich möglicherweise um Selektionseffekte handeln könnte, werden von den Autoren diskutiert (Sandell et al. 1999, 2002, 2006). Siehe dazu auch Beutler et al. (2004).

¹⁰⁶ Der *Therapeutic Attitude Questionnaire* bzw. *Fragebogen der therapeutischen Haltung* (ThAt, Klug et al. 2008) ist die deutsche Übersetzung des *Fragenbogen zur therapeutischen Identität* (TherId, Sandell et al. 1999). Dabei schätzen Therapeuten den eigenen therapeutischen Stil, ihre Annahmen über Wirkfaktoren der Psychotherapie, sowie über Psychotherapie und Persönlichkeit ein.

¹⁰⁷ Die Faktoren Neutralität und Unterstützung unterscheiden signifikant zwischen den drei Gruppen, dagegen differenzieren die technikbezogenen Faktoren nur geringfügig (Klug et al. 2008).

¹⁰⁸ Übersetzung nach Kächele (2006, S.12)

Nolte, Brenk-Franz et al. 2010). Es konnte jedoch kein Haupteffekt festgestellt werden, dennoch ist Bindungssicherheit des Therapeuten mit einem besseren Therapieergebnis und einer besseren therapeutischen Beziehung assoziiert (ebd.).

In einer Übersichtsarbeit fassen Ackerman & Hilsenroth (2003) zusammen, welche Therapeutencharakteristika und Behandlungstechniken sich nachweislich positiv auf die therapeutische Beziehung und auf das Behandlungsergebnis auswirken. Zu den persönlichen Eigenschaften mit positiven Effekten zählen z.B. Flexibilität, Erfahrung, Ehrlichkeit, Respekt, Interesse, Aufmerksamkeit, Wärme, Offenheit, Freundlichkeit und zu den Behandlungstechniken zählen vor allem supportive und aktive Techniken, sowie die Würdigung bereits erreichter Therapieerfolge, Aufmerksamkeit dem Erleben gegenüber des Patienten und akkurate Deutungen (Ackerman & Hilsenroth 2003).

Wie die Eigenschaften des Therapeuten von Patienten wahrgenommen werden, wurde untersucht, indem die Selbsteinschätzung der Therapeuten zur Einschätzung der therapeutischen Allianz in der frühen Therapiephase durch den Patienten in Beziehung gesetzt wurde (Nissen-Lie, Trygve Monsen & Rønnestad 2010). Ein wesentlicher Anteil der Variabilität in den qualitativen Unterschieden der therapeutischen Beziehung aus Patientenperspektive wird durch die Unterschiede zwischen Therapeuten erklärt, d.h. dass es einigen Therapeuten tatsächlich besser gelingt, positive therapeutische Beziehungen aufzubauen als anderen. Eine gute therapeutische Beziehung war unter anderem mit einem warmen interpersonalen Beziehungsstil und hoch entwickelten relationalen Fähigkeiten assoziiert, wobei Letzteres negative Effekte hatte, wenn die Variable warmer Beziehungsstil kontrolliert wurde, d.h. ohne menschliche Wärme waren die differenzierteren Beziehungsfähigkeiten nicht mehr förderlich. Ein weiterer Befund zeigt, dass das Erleben von Schwierigkeiten in der therapeutischen Situation wesentlich war, aber während erwartungsgemäß eine „negative persönliche Reaktion“ auf Schwierigkeiten mit einem negativen therapeutischen Effekt assoziiert war, zeigte der Faktor berufliche Selbstzweifel überraschenderweise einen positiven Einfluss. Dies wird damit erklärt, dass diese Haltung Demut und Sensibilität widerspiegelt,

was sich förderlich auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung auswirkt (ebd.). Die verschiedenen Eigenschaften der Therapeuten bergen nicht nur positive, sondern auch negative Effekte auf den Therapieprozess. Diesem Thema haben sich bisher nur wenige Autoren gewidmet (z.B. Strupp, Hadley, Gomes-Schwartz 1977; Eaton, Abeles & Gutfreund 1993; Strupp 1995¹⁰⁹; Pfäfflin & Kächele 2001, S.480f, ebd. 2005, S.47; Übersicht bei Mohr 1995 sowie Ackerman & Hilsenroth 2001¹¹⁰). Auch wenn zum aktuellen Zeitpunkt viele Fragen zum Einfluss der Therapeutenvariable offen sind, untersuchen Therapieprozessforscher zunehmend deren klinische Bedeutung und bringen so ein wenig Licht in den „dunklen Kontinent“¹¹¹.

2.5.5 Der Einfluss der therapeutischen Dyade

2.5.5.1 Die Einzigartigkeit der therapeutischen Dyade

Die Einzigartigkeit des analytischen Prozesses ist in der Einzigartigkeit der Interaktion ihrer Beteiligten begründet. Sowohl Patient als auch Analytiker tragen zur Entwicklung des psychoanalytischen Prozesses bei, wobei der Prozess eines jeden analytischen Paares einzigartig ist (Lichtenberg et al. 1992, S.97). Der Analytiker und der Patient entwickeln eine „private Sprache“, mit bedeutungsschwangeren Hinweisen, symbolischen Gesten und anderen Merkmalen, die für Außenstehende nicht zugänglich sind (Schlesinger 1994). Selbst bei ähnlichen theoretischen Überzeugungen und Persönlichkeiten gäbe es keine zwei Analytiker, die auf dieselbe Art und Weise reagieren (Lichtenberg et al. 1992, S.97) oder dieselbe Deutung geben würden (A. Freud 1954). Durch die Komplexität der Interaktionen im

¹⁰⁹ Für Strupp (1995) steht bei der Frage, welche Faktoren zu Misserfolg führen, an erster Stelle die Reaktion des Therapeuten auf u. sein Umgang mit negativer Übertragung (S.73).

¹¹⁰ In ihrer Übersichtsarbeit fassen die Autoren Therapeutenmerkmale zusammen, die sich nachweislich negativ auf den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung auswirken, wie z.B. Rigidität, Unsicherheit, Distanziertheit, Angespanntheit, Abgelenktheit/Zerstreuung. Zu den Therapietechniken, die sich negativ auswirken und eine Verschlimmerung von Beziehungsbrüchen fördern, zählen das übermäßige Strukturieren der Therapie, unangemessene Selbstöffnung, unnachgiebige Übertragungsdeutung und unangemessenes Schweigen (Ackerman & Hilsenroth 2001).

¹¹¹ Dieser Ausdruck bezieht sich auf Klug et al. (2008): „Die Therapeutenvariable: Immer noch ein dunkler Kontinent?“

analytischen Prozess ist dieser, vor allem auf Grundlage standardisierter Verfahren, schwer zu erfassen.

Jede Patient-Analytiker-Dyade hat ihre eigene einzigartige Interaktion mit seinen eigenen nichtreplizierbaren Merkmalen (Kantrowitz, 1995; Ablon & Jones 2005; Lichtenberg 2007, S.25). Ablon und Jones (2005) konnten mit einer empirischen Untersuchung zeigen, dass es nicht lediglich *den einen* analytischen Prozess gibt, sondern dass therapeutische Prozesse in jeder therapeutischen Dyade einzigartig sind. Säuglingsforscher und an deren Ergebnisse orientierte Analytiker¹¹² halten die Subjektivität des Analytikers in der therapeutischen Dyade als essenziell für den analytischen Prozess, der fortwährend sowohl durch die eigene Selbstregulierung als auch durch die Interaktion beeinflusst wird (Beebe & Lachmann 2005, S.212).

2.5.5.2 Das Konzept der therapeutischen „Passung“

Das Konzept der therapeutischen Passung („therapeutic match“) zwischen Patient und Therapeut bezieht sich darauf, wie Patienten- und Therapiecharakteristika in der jeweiligen Dyade wechselseitig den therapeutischen Prozess beeinflussen. Es ist ein dynamisches Konzept der sich während des analytischen Prozesses entfaltenden und verändernden Interaktionen in der therapeutischen Dyade (Kantrowitz 2002). Der Prozess der Passung ist sehr individuell und erfordert Beachtung und Einschätzung, da ein Therapeutenwechsel notwendig sein kann, wenn die Passung nicht gegeben ist (Emde 1988). Die Passung wird häufig fälschlicherweise als Zufall oder „schicksalhaft gegeben“ missverstanden, es ist aber bis zu einem gewissen Grad von einer „gemeinsam erarbeitete[n]“ Passung auszugehen (Rudolf 1995).

Inwiefern müssen Patient und Therapeut bzw. Analytiker zusammenpassen und was macht eine „gute“ Passung aus? Es gibt

¹¹² In diesem Zusammenhang hat die *Boston Process Change Study Group* (BPCSG; 2010) ein relationales Modell aus dyadischer Perspektive aufgestellt, in welchem implizites Beziehungswissen und Momente der Begegnung (*moments of meeting*), zwei sich gegenseitig ergänzende und veränderliche Prozesse in einer gemeinsam gestaltenden und sich in Mikroprozessen verändernden Interaktion wesentliche Elemente der therapeutischen Veränderung sind.

verschiedene theoretische Modelle von einer Passung bzw. Nichtpassung zwischen Patient und Analytiker bzw. Therapeut anhand deren Persönlichkeitsorganisation im weitesten Sinne. Während einige Autoren die Auffassung vertreten, dass eine konkordante¹¹³ Passung eine gute therapeutische Arbeit ermöglicht, sind andere der Meinung, dass eine komplementäre Passung die ideale Basis für einen guten therapeutischen Prozess ist. Riemann (1974) stellt auf der Grundlage seiner Unterscheidung von Hauptstrukturmerkmalen zwischen Patient und Therapeut verschiedene Passungen dar, die jeweils sehr spezifische Implikationen für den analytischen Prozess haben (S.126f)¹¹⁴. Für Frank (1981) ist die Konvergenz zwischen den Werthaltungen von Therapeut und Patient von zentraler Bedeutung für das Gelingen einer Psychotherapie (1981; vgl. auch Frank & Frank 1991, S.30). Kantrowitz (1995, 2002) argumentiert, dass neben den therapeutischen und empathischen Fähigkeiten des Therapeuten, die subtilen Aspekte vom Charakter und Konflikt beider, des Patienten und des Analytikers, sowie deren Wechselwirkung einen zentralen therapeutischen Faktor in der analytischen Arbeit begründen. Eine Ähnlichkeit zwischen den persönlichen Charakteristika¹¹⁵ des Analytikers und denen der konflikthaft eingeschränkten Persönlichkeitszüge des Patienten sind dem analytischen Prozess abträglich, insbesondere wenn diese Ähnlichkeit dem Analytiker nicht bewusst ist, während andere persönliche Eigenschaften des Analytikers, die eine Verbindung mit denjenigen des Patienten eingehen, den analytischen Prozess fördern können (Kantrowitz 1986).

Baudry (1991) ist der Auffassung, dass ein schizoider Patient womöglich besser mit einem emotional zurückhaltenden Analytiker arbeiten

¹¹³ Die Begriffe „konkordante und komplementäre“ Passung nimmt Bezug auf H. Rackers (1960/2002) „komplementäre und konkordante Gegenübertragung“.

¹¹⁴ Nach Riemann (1974) fühlt sich ein depressiver Patient bei einem Analytiker mit depressiven Strukturanteilen aufgehoben, während sich ein schizoider Patient wenig von ihm angesprochen fühlt und seine Abwehr noch gestärkt würde (S.138f). Seine Ausführungen legen eher eine konkordante als eine komplementäre Passung nahe, wobei diese Dichotomisierung seinen differenzierten Darstellungen nicht gerecht würde.

¹¹⁵ Diese Charakteristika schließen Gegenübertragungsreaktion, persönliche Einschränkungen, blinde Flecken, Persönlichkeitszüge und -stile und persönliche Werte und Überzeugungen, die nicht in einem Konflikt verwurzelt sind (Kantrowitz 1986) aus. Die eigene Einschätzung des Analytikers hinsichtlich der therapeutischen Passung ist durch seine eigenen blinden Flecken und anderen Gegenübertragungsphänomenen eingeschränkt (Kantrowitz 2002).

kann, wohingegen ein depressiver Patient zwar auf subtile Nuancen im Tonfall des Analytikers reagieren könnte und doch die depressive Stimmung seines Analytikers kaum bemerkt (Baudry 1991). Goodman (2010b) schlägt ein Modell vor, das aufbauend auf den vier möglichen Kombinationsmöglichkeiten zwischen deaktivierenden und hyperaktivierenden¹¹⁷ Interaktionsstrukturen der Beziehungs- und Emotionsregulierung aufseiten des Patienten und des Therapeuten und damit vier mögliche idealtypische therapeutische Passungen beschreibt¹¹⁸ (S.93).

2.5.5.3 Forschungsergebnisse zur therapeutischen „Passung“

Die Betrachtung der therapeutischen Dyade unter dem Aspekt der Passung zwischen Patient und Analytiker bzw. Psychotherapeuten unterscheidet sich von störungsspezifischen Ansätzen der Forschung, indem interpersonelle Prozesse als dynamischer Prozess im Therapieverlauf im Mittelpunkt stehen. Der Fokus auf die Passung zwischen Patient und Analytiker betrachtet die dynamischen Effekte der Interaktionen des Charakters und Konflikts beider Teilnehmer des Prozesses, der zwischen ihnen entsteht (Kantrowitz 2002). Die therapeutische Passung ist weder ein prädiktives noch ein statisches Konzept, sondern es bezieht sich vielmehr auf einen sich entfaltenden Prozess, der sich während des Verlaufs der analytischen Arbeit bewegt und verändert (ebd.). Aus der Studie mit dreizehn Fällen an einem Bostoner psychoanalytischen Institut, die von Kantrowitz (1986, 1995, 2002; Kantrowitz, Katz, Greenman, Morris, Paolitti et al. 1989; Kantrowitz Katz, Paolitto 1990) über mehrere Jahre hinweg untersucht wurden, zeigte sich

¹¹⁷ Goodman und auch die Studien von Tyrell (→Kap. 2.5.1.2) beziehen sich auf die Unterscheidung zwischen deaktivierenden und hyperaktivierenden Bindungsstrategien nach Cassidy & Kobak (1988), vergleiche auch Mikulincer & Shaver (2007).

¹¹⁸ So ist z.B. die Passung von Therapeut und Patient, bei der beide deaktivierende/vermeidende Strategien verwenden, eher *steril*, eher „glatt“ und mit wenig emotionaler Erregung, während die Interaktionsstrukturen von hyperaktiven/verstrickten Patienten und Therapeuten *chaotisch* ist, d.h. mit geringen Grenzen, hohem Arousal und unterreguliertem Affekt gekennzeichnet. Dagegen sind die nichtkomplementären Passungen eines vermeidenden Therapeuten und eines verstrickten Patienten von *containing* gekennzeichnet, sowie mäßige emotionale Erregung, klare Grenzen und optimale Differenzierung und die umgekehrte Passung ist *expressiv*, ebenfalls charakterisiert durch mäßige emotionale Erregung und flexiblen Grenzen (S. 93-99).

daß es nicht nur auf die persönlichen Eigenschaften des Patienten oder des Analytikers ankommt, sondern wie diese zusammenpassen (ebd.). Die Beschreibungen, die von den Patient-Analytiker-Paaren angeboten wurden, deuten darauf hin, „daß der Einfluss ihrer Ähnlichkeiten und Unterschiede über die Zeit hinweg wahrscheinlich für das Ergebnis der Analyse wichtiger ist, als die zu Beginn erkennbaren Eigenschaften von entweder nur dem Patienten oder nur dem Analytiker.“ (Kantrowitz 1997, S.69) Das schließt nicht aus, dass es Eigenschaften von Patienten und Analytikern gibt, die von Anfang an besser oder schlechter zusammenpassen, „sind der systematischen Aspekt ihrer Interaktionen, ihre Resonanzen und Dissonanzen und ihre gemeinsame Fähigkeit oder Unfähigkeit in der Entwicklung der ‚blinden Flecke‘ oder der Überbrückung der Unterschiede, die sich über den Verlauf der analytischen Arbeit entwickeln, wahrscheinlich zentral für das Ergebnis.“ (ebd.).

Die Einschätzung der therapeutischen Passung (auf einer fünfstufigen Skala von schlecht bis ausgezeichnet) durch Patienten und Therapeuten in psychodynamischer Psychotherapie stimmte bei etwa einem Drittel der Dyaden in ihrer Einschätzung nicht überein, während eine übereinstimmende positive Beurteilung der Passung auch mit den Fragen zur Beurteilung der therapeutischen Beziehung, dem Therapieprozess und -ergebnis korrelierte (Dolinsky, Vaughan, Luber, Mellman & Roose 1998).

Bisher untersuchten nur wenige Studien der klinischen Bindungsforschung Bindungsrepräsentation von Psychotherapeuten und Patienten und wie sich deren Passung auf den Prozess auswirken. Aufgrund ihrer Studien vertreten Dozier und Kollegen die Auffassung, dass eine nichtkomplementäre Passung zwischen Therapeut und Patient eine optimale therapeutische Passung darstellt. Die Ergebnisse sind, dass Patienten optimal davon profitieren, wenn sich die sekundäre Bindungsstrategie¹¹⁹ des Therapeuten von denen des Patienten unterscheiden (z.B. Tyrell, Dozier, Teague, Fallot, 1999; Bernier & Dozier 2002). Patienten (mit schweren psychiatrischen Störungen) mit deaktivierenden Strategien arbeiteten besser mit Therapeuten (hier: Sozialarbeiter/ *case manager*), die weniger

¹¹⁹ Die sekundären Bindungsstrategien sind Emotionsregulationsmuster und Beziehungsmodi, die auf den bindungsaktivierenden Erfahrungen mit Bindungspersonen aus der eigenen Kindheit basieren (Goodman 2010, S.91)

deaktivierend sind, und umgekehrt tendierten Patienten mit weniger deaktivierenden Strategien dazu, besser mit Therapeuten zu arbeiten, die vermehrt deaktivierend in der Interaktion sind (Tyrell, Dozier, Teague & Fallot 1999).

In einer Studie wurden Studenten im Patient-Therapeut-Rollenspiel u.a. untersucht, inwiefern sich die Bindungsstile auf Empathie und Umgang mit Beziehungsbrüchen in der Dyade auswirkt (Rubino, Barker, Roth & Fearon 2000). Die Reaktionen von Probanden in der Therapeutenrolle, die als ängstlich eingestuft wurden, waren weniger empathisch vor allem mit den ängstlicheren und den sicheren Probanden in der Patientenrolle (ebd.). In einer aktuellen klinischen Studie wurden die Bindungsrepräsentation sowohl von Patienten als auch von ihren Therapeuten erfasst und der Einfluss der verschiedenen Passungen auf die therapeutische Beziehung (hier: „hilfreiche Beziehung“) untersucht (Petrowski, Nowaki, Pokorny & Buchheim 2011). Hypothesenkonform beurteilten ängstliche Patienten mit sehr verstrickten und desorganisierten Merkmalen die Beziehung mit bindungsvermeidenden Therapeuten als hilfreicher als mit bindungsverstrickten Therapeuten (ebd.). Die Befunde zeigen, dass weitere Forschungen notwendig sind, um zu klären, wie sich bestimmte Passungen im Therapieprozess auswirken, welche prognostisch günstig sind und welche nicht. Zu untersuchen ist auch, ob z.B. Fehlpassungen (mismatch, mismatch) anhand von Therapeuten- und Patientenmerkmalen bestimmt werden können oder ob sich diese im Verlauf verändern können oder ob die therapeutische Dyade vielmehr wie eine Partnerschaft ist, die durch den therapeutischen Prozess selbst geschaffen wird (vgl. Dolinsky et al. 1998). Dafür ist es notwendig, das Konzept der Passung zu operationalisieren und dieses Phänomen im Längsschnitt zu untersuchen (ebd.). Die Untersuchungen von Kantrowitz und Mitarbeitern haben erstmals systematisch die Passung zwischen Analytiker und Patient über Jahre in Katamnesen untersucht. Weitere Studien sollten diese mit größeren Stichproben und mit neueren Forschungsmethoden replizieren. Die Untersuchung des interpersonellen Austausches der sog. „In-Session-Interactions“ zwischen Patient und Therapeut und deren Einfluss auf die therapeutische Beziehung, ist eine vielversprechende Forschungsstrategie

auf dem Gebiet der Therapieprozessforschung (Ackerman & Hilsenroth 2003). Im Folgenden soll eine empirisch begründete Theorie dazu vorgestellt werden.

2.5.5.4 Die Theorie der Interaktionsstrukturen von Enrico E. Jones

Das Konstrukt der Interaktionsstruktur und der damit verbundenen Theorie von Enrico E. Jones (2000) ist eine Theorie des therapeutischen Handelns (*Theory of Therapeutic Action*), welche die getrennten Schwerpunkte von den Effekten der therapeutischen Techniken und der therapeutischen Beziehung überbrückt. Interaktionsstrukturen beziehen sich auf die Präsenz und die Bedeutung von sich wiederholenden, interaktiven Mustern in der therapeutischen Dyade, welche die Oberfläche von Verhalten und Emotionen erfassen (Jones 2001, S.225). Die Untersuchung und Aufdeckung der Interaktionsstrukturen ermöglicht zu verstehen, wie die Interventionen des Therapeuten zu Veränderungen beim Patienten führen (Jones 2001, S.224f). Die Interaktionsstrukturen werden als sich wiederholende und sich wechselseitig beeinflussende Interaktionen zwischen Therapeut und Patient definiert und als fundamentaler Aspekt der therapeutischen Handlung (therapeutic action) betrachtet (Ablon & Jones, 2005). In Sinne eines bipersonalen Modells mit einer Zwei-Personen-Komponente beschreiben sie einen reziproken Prozess in der therapeutischen Dyade, in denen einzigartige und repetitive Interaktionsmuster entstehen, die zur therapeutischen Veränderung beitragen. Auch wenn diese vielfältig sind, zeichnet sich doch ein dominantes Muster. Sie reflektieren die psychologische Struktur sowie unbewusste Prozesse des Patienten *und* des Therapeuten, sie werden von beiden gemeinsam kreiert und beeinflussen sich gegenseitig.

„Interaktionsstrukturen erlauben die Berücksichtigung sowohl von intrapsychischen als auch von interpersonellen Aspekten, denn das Intrapsychische bildet eine wichtige Basis für die Manifestationen im interpersonalen und interaktiven Feld. Interaktionsstrukturen beziehen sich nicht nur darauf, wie sich die Konflikte des Patienten in der Übertragung abbilden, sondern auch auf charakteristische Weise, in denen der Therapeut auf solche Konflikte reagiert. Diese Interaktionsmuster sind die beobachtbaren Komponenten von Übertragung und Gegenübertragung in Handlungen und Emotionen. (...) agierten und emotional erfahrenen Komponenten des Selbst-

und Objektrepräsentanzen in der therapeutischen Situation. Diese Interaktionsmuster repräsentieren nicht alles, was das dynamische Unbewusste enthält. Sie sind die manifesten, behavioralen Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung...“ (Jones 2001, S.225; vgl. Jones 2000, S.308)

Ob diese Interaktionsmuster vom Therapeuten interpretiert werden oder nicht, ob sie dem Patienten bewusst werden oder nicht, liegt an der jeweiligen therapeutischen Dyade, an individueller Abwehr oder ist abhängig von der jeweiligen therapeutischen Orientierung. Jones (2000) zeigt, dass der Umgang mit den Interaktionsstrukturen unterschiedlich gehandhabt wird und zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann. Das Herzstück der Prozessforschung konzentriert sich auf die Veränderlichkeit der analytischen Dyaden (Jones 2000, S.269). Ziel ist es, der empirischen Prozessforschung mit diesen Dyaden interaktionelle Muster zugänglich zu machen. Durch die Identifizierung dieser Strukturen, wird es möglich zu untersuchen, „wie diese kausal mit der Veränderung des Patienten verbunden sind“ (Jones 2001, S. 225). Zukünftige Forschung sollte anhand einer größeren Stichprobe untersuchen, inwiefern der analytische Prozess im Allgemeinen und repetitive Interaktionsstrukturen im Besonderen ein positives Behandlungsergebnis bewirken (Ablon & Jones, 2005).

2.6 Die Persönlichkeitstheorie von Sidney J. Blatt

2.6.1 Die Dimensionen „Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“

Die psychodynamische *Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie* von S.J. Blatt und Kollegen (Blatt & Shichman 1983; Blatt & Blass 1990, Blatt 2008) ist theoretisch begründet¹²³ und empirisch gestützt

¹²³ Blatt bezieht sich auf zahlreiche philosophische und persönlichkeitspsychologische Theorien sowie auf psychoanalytische Konzeptionen, die vereinfacht gesagt zwischen dem Streben nach Nähe und Distanz differenzieren. So z.B. Freuds (1914) Unterscheidung zweier Typen der Objektwahl, dem „narzisstischen Typus“ und dem „Anlehnungstypus“ (S. 54), und Balints (1955) „oknophilen“ und „philobathen“ Charaktertyps sowie Bowlbys (1969, 1988) Bindungs- und Explorationssysteme, um nur einige zu nennen (siehe dazu Blatt 2008, S.27f). Obwohl Blatt & Riemanns (1961,1974) Unterscheidung den depressiven und den schizoiden Typus nicht zitiert, weisen diese ebenfalls Ähnlichkeiten mit Blatts

(Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S.318). Grundlage der Theorie sind zwei „Polaritäten des Erlebens“ die psychologischen Dimensionen „Bezogenheit“ bzw. Beziehung (*relatedness*) und „Selbstdefinition“ bzw. Identität (*self-definition*). Die Dimension *Bezogenheit* umschreibt die Fähigkeit, reziproke und empathische Beziehungen mit wichtigen Anderen herzustellen und zu erhalten. *Selbstdefinition* bezieht sich dagegen auf die Entwicklung einer integrierten und differenzierten Identität. Selbstdefinition und Bezogenheit stehen einander als Polarität gegenüber. Es handelt sich dabei um interaktive Dimensionen, die sich im Laufe der menschlichen Entwicklung entfalten (Blatt & Blass 1990) und die dazu beitragen, dass sich Selbst- und Objektrepräsentationen zunehmend differenziert und integriert entwickeln und zu einer wertschätzenden gegenseitigen Bezogenheit führen (Blatt & Auerbach 2003). Eine gut integrierte psychische Struktur eines Individuums ist durch ein Gleichgewicht eines reifen Niveaus der Selbstdefinition *und* reziproken Beziehungen mit wichtigen Anderen gekennzeichnet. Die beiden Dimensionen stehen als zwei parallel und zirkulär verlaufende Entwicklungslinien in einem dialektischen Verhältnis zueinander und bilden den Rahmen eines dynamischen Interaktionsmodells der Persönlichkeit und Psychopathologie. Befriedigende zwischenmenschliche Beziehungen ermöglichen einer Person Kohärenz und Integrität zu erfahren (Blatt & Behrends 1987).

Im Gegensatz zu den Theoretikern, die Einsicht als wichtigsten innerpsychischen Prozess betrachten, trifft dies nach Blatt & Behrends (1987) auf die Internalisierung des Basisprozesses zu, durch den jegliche psychologische Entwicklung stattfindet. Nach Blatts Theorie ist der erste Schritt des Internalisierungsprozesses auf jeder Stufe psychologischer Entwicklung der Aufbau einer mutual befriedigenden reziproken Beziehung mit einer anderen Person (Blatt & Behrends 1985, 1987). Dies bedeutet, dass Individuen zwischenmenschliche Beziehungen hinsichtlich bestimmter grundlegender psychologischer Bedürfnisse erleben, die sich mit zunehmender psychologischer Reifung verändern. Der zweite Schritt des

Unterscheidung von anaklitischer und introjektiver Persönlichkeitskonfiguration und Psychopathologie auf.

Internalisierungsprozesses nach Blatt ist die unvermeidbare Störung der Mutter-Kind-Einheit, die zum Erleben einer „Unvereinbarkeit“¹²⁴ führt.

Im Verlauf des normalen dialektischen Entwicklungsprozesses von Bezogenheit und Selbstdefinition kann dieser durch komplexe Interaktionen zwischen biologischen Dispositionen und frühen traumatischen oder konflikthafter Erfahrungen gestört werden. Dies kann zu Beeinträchtigungen und Vulnerabilitäten führen, die mit aktuellen belastenden Lebensereignissen eine Wechselwirkung eingehen und somit eine Reihe psychologischer Schwierigkeiten und Störungen auslösen (Blatt 2008, S. 165). Diese Belastungen in der Entwicklung, die durch Internalisierungsprozesse verarbeitet werden, haben eine Störung oder Beeinträchtigung auf der betroffenen Entwicklungslinie zur Folge (z.B. Blatt 1974; Blatt, Shahar & Zuroff 2001; Blatt, 2004). So lässt sich ein übermäßiges und verzerrtes Bemühen um das Herstellen und Aufrechterhalten interpersoneller Beziehungen beobachten. Dies umschreibt die sog. *anaklitische*¹²⁵ Psychopathologie, die sich durch Angst und Trauer durch Trennung oder Verlust und in einer gesteigerten Abhängigkeit von wichtigen Anderen auszeichnet. Übermäßige und verzerrte Versuche zur Herstellung und Aufrechterhaltung des eigenen Selbstkonzepts definieren dagegen die sog. introjektiven „Konfigurationen“ der Persönlichkeit oder Psychopathologie (Blatt & Shichman 1983). Die Menschen sind überaus selbstkritisch und perfektionistisch, sie haben ein fragiles Selbstwertgefühl, leiden unter Versagensängsten und Selbstvorwürfen und neigen verstärkt zur Selbstkontrolle und einem hohem Leistungsideal. Dabei handelt es sich nicht um Charakterisierungen, die spezifisch für ein bestimmtes Störungsbild sind, sondern sie beschreiben eine übermäßige Betonung oder Übertreibung auf einer der beiden psychologischen Dimensionen *Bezogenheit* oder *Selbstdefinition*, was zu einer Vermeidung auf der anderen Dimension führt (Blatt et al. 2002, S.318).

¹²⁴ In Anlehnung an George Klein (1976) sprechen Blatt und Behrends (1985, 1987) bei diesen Entwicklungskrisen von erlebten Unvereinbarkeiten („*experienced incompatibilities*“).

¹²⁵ Der Begriff „anaklitisch“ (*griechisch*: sich anlehnen). bezieht sich auf René Spitz' (1945) Konzept, im Zusammenhang mit der anaklitischen Depression bei deprivierten Säuglingen. Dagegen bezieht sich „introjektiv“ auf die introjierte Normen und Werte, aber auch von Schuld usw.

Die anaklitische und introjektive Konfigurationen der Persönlichkeit und Psychopathologie stehen einander wie zwei Pole auf den beiden Dimensionen *Bezogenheit* und *Selbstdefinition* gegenüber (Blatt & Shichman 1983; Blatt & Blass 1990). Diese ermöglichen als Patientenvariablen differenziell hinsichtlich typspezifischer Besonderheiten in Therapieresponse und Vulnerabilitäten zu untersuchen, die für die klinische Arbeit und die Forschung nützlich sind.

Auf der Grundlage dieser psychoanalytischen und persönlichkeits-theoretischen Konzeptualisierungen basiert auch eine Depressionstheorie (Blatt 1974, 1995, 1998, 2004; Blatt, D’Afflitti & Quinlan 1976; Blatt & Shichman 1983 Blatt & Behrends 1987; Behrends & Blatt 1985; Blatt & Blass 1990, 1996). Diese Theorie unterscheidet zwischen der anaklitischen und der introjektiven Depression anhand von zwei Hauptthemen, Angst vor Trennung und Verlust einerseits und Angst vor dem Scheitern andererseits. Das von einem (befürchteten) Objektverlust ausgelöste Erleben wird mit der sog. anaklitischen Depression in Zusammenhang gebracht und Erfahrungen, die von Gefühlen des Scheiterns, der Schuld und anderen Beeinträchtigungen des Selbstwertgefühls gekennzeichnet sind, mit der sog. introjektiven Depression (Blatt & Shahar 2005, S.140). Bei dieser Auffassung wird Depression nicht als Krankheit betrachtet, sondern als „Verzerrungen der normalen Entwicklung zweier fundamentaler psychischer Prozesse: Beeinträchtigt sind die Entwicklung der Fähigkeit zu interpersonaler Bezogenheit sowie der Erwerb einer Selbstdefinition oder einer Identität“ (Blatt, Luyten, Corveleyn 2005, S.864). Depressive Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer frühen Lebensgeschichte, in ihrer Persönlichkeitsorganisation, in ihrem interpersonalen Stil und in der Art ihres depressiven Erlebens sowie in der Qualität ihrer Selbst- und Objektrepräsentationen (Blatt 2004, S.15). Diese Betrachtung der Depression ermöglicht eine differenzierte Untersuchung hinsichtlich der zugrundeliegenden Vulnerabilitäten und Bedürfnisse, die sowohl klinisch als auch für die Forschung von Bedeutung sind¹²⁶.

¹²⁶ In Studien wurden Geschlechtsunterschiede gefunden, die nahelegen, dass unter den anaklitischen Patienten häufiger Frauen als Männer sind (Übersicht bei Blatt 2004, S.183).

2.6.2 Differenzielle Therapieresponse anaklitischer und introjektiver Patienten

Studien haben gezeigt, dass Therapieresponse und Therapieerfolg eines Verfahrens bei Patienten mit anaklitischer Persönlichkeit oder Depression anders sind als bei introjektiven Patienten. Zur Unterscheidung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten eignen sich vier Fragebögen aufgrund ihrer Faktorstruktur: der *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ; Blatt, D'Afflitti & Quinlan 1979), die *Sociotropic-Autonomy-Scale* (SAS; Beck, Epstein, Harrinson & Emery 1983), der *Personal Style Inventory* (PSI; Robins & Luten 1991) und die *Dysfunctional Attitudes Scales* (DAS; Weissman & Beck 1978). Eine weitere Möglichkeit wendeten Blatt & Ford (1994) an, indem sie die klinischen Aufzeichnungen zu Therapiebeginn anhand der qualitativen Kriterien¹²⁷ von anaklitischen und introjektiven Konfigurationen einschätzten (S.70f). Zwei unabhängige Rater ordneten die Patienten einer der beiden Gruppen zu, wobei eine sehr gute Übereinstimmung erzielt werden konnte. Durch die Unterscheidung zwischen den beiden Ausprägungen dieser Patientenvariable kann die Identifizierung klinisch relevanter Unterschiede bezüglich Therapie- und Veränderungsprozessen untersucht werden.

Blatt untersuchte die Daten aus drei großen Psychotherapiestudien mithilfe dieser Differenzierung. Eine der Fragestellungen der Menninger-Studie (Wallerstein 1986) war, welcher Patiententypus eher von Psychoanalyse profitierte und welcher von supportiv-expressiver Psychotherapie¹²⁸, da angenommen wurde, dass diesen Verfahren verschiedene therapeutische Veränderungsmechanismen zugrunde liegen (Blatt 2008, S.274) Blatt und Mitarbeiter untersuchten die Daten von 33 Patienten der Menninger-Studie unter Berücksichtigung der „Pre-treatment“-Patientenvariable anaklitisch vs. introjektiv mit verschiedenen Verfahren¹²⁹. Insgesamt profitierten beide Patientengruppen von Psychoanalyse, wobei introjektive Patienten mehr von Psychoanalyse als von Psychotherapie und

¹²⁷ Eine Zusammenfassung der Kriterien ist auf S. 233 (Anhang) aufgeführt.

¹²⁸ Einer stützende Psychotherapie, die überwiegend in den USA angewendet wird

¹²⁹ U.a. wurde die *Mutuality of Autonomy (MOA) Scale* (Urist & Shill 1982) zur Erfassung von Objektrepräsentationen anhand des Rorschach-Tests eingesetzt.

anaklitische Patienten nur von Psychotherapie profitierten. Der Zustand anaklitischer Patienten verschlechterte sich sogar im Verlauf einer Psychoanalyse (Blatt & Shahar 2004).

Es zeigte sich, dass Psychoanalyse signifikant¹³⁰ mehr zur Reduktion maladaptiver interpersoneller Muster bei selbstreflektierten und grüblerischen (introjektiven) Patienten beiträgt, während die supportiv-expressive Psychotherapieform im Gegensatz dazu nur bei interpersonell abhängigen, häufig weniger reflektierenden und emotional instabileren (anaklitischen) Patienten wirksam war (Blatt 1992; Blatt, Shahar & Zuroff 2002; Blatt & Shahar 2004). Die Ergebnisse werden so interpretiert, dass Patienten, deren interpersoneller Stil durch Neigung zur Abhängigkeit von wichtigen Anderen charakterisiert wird, mehr von direkterer Interaktion mit dem Therapeuten profitieren, was in der Psychotherapie eher der Fall ist als in der „klassischen“ Psychoanalyse. Dagegen kommt die Psychoanalyse als nondirektive Behandlungsform Patienten, die mit Themen wie Autonomie und Perfektionismus beschäftigt sind, in ihrer Persönlichkeitsstruktur entgegen. Die Übereinstimmung zwischen den zentralen Persönlichkeitsmerkmalen und wichtigen Aspekten in der therapeutischen Situation trägt zur Art und Wirksamkeit des Therapieergebnisses bei (Blatt et al. 2002, S.321).

Auch die Ergebnisse des Yale-Riggs Project zeigen, dass Patienten unterschiedlicher Persönlichkeitskonfigurationen unterschiedlich auf verschiedenartige Aspekte des Therapieprozesses reagieren (Blatt 2008, S.9). In diesem Forschungsprojekt wurden 90 psychisch schwer beeinträchtigte Patienten in einer offenen stationären und psychoanalytisch orientierten Einrichtung untersucht, die intensiv und hochfrequent (vierstündig) in Langzeitpsychotherapie behandelt wurden (Blatt & Ford 1994, S.29f; Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S.320). Introjektive Patienten zeigten nach ca. fünfzehn Monaten eine Veränderung in der Intensität ihrer Symptome und ihren kognitiven Funktionen, während anaklitische Patienten sich langsamer und vornehmlich in der Qualität ihrer zwischenmenschlichen Beziehungen veränderten. Somit veränderten sich die Patienten beider

¹³⁰ Die Interaktion zwischen Patient und Behandlungsform war hoch signifikant ($p < .001$). Damit ist die Wirksamkeit eines therapeutischen Verfahrens in Abhängigkeit der jeweiligen „pre-treatment“ Persönlichkeitskonfiguration bzw. -störung zu beurteilen.

Gruppen jeweils in den Bereichen, die für die jeweilige Konfiguration den zentralen Problembereich darstellen. Es zeigte sich somit ein differenzielles Therapieergebnis für die beiden Gruppen, sowohl hinsichtlich der Art und der Dauer der Veränderung. Diese Ergebnisse bestätigen, dass Patienten unterschiedlicher Persönlichkeitskonfigurationen unterschiedlich auf verschiedenartige Aspekte des Therapieprozesses reagieren (Blatt & Ford 1994, S.201; Blatt 2008, S.9) und sich auch darin unterscheiden, wie sich die Veränderung in anaklitischen und introjektiven Patienten manifestiert. Zumindest in frühen Phasen des Behandlungsprozesses scheinen sich Patienten primär hinsichtlich derjenigen Dimensionen zu verändern, die am meisten in ihrer Persönlichkeitsorganisation dominieren (ebd.). Patienten mit anaklitischer Persönlichkeitskonfiguration erreichen bessere Therapieergebnisse durch unterstützende und beziehungsorientierte Interventionen in der Psychotherapie, während die introjektiven Patienten besser auf interpretative und explorative Aspekte des therapeutischen Prozesses reagieren (Blatt & Ford 1994, S.201; Blatt et al. 2006).

Dieses Vorgehen wurde auch auf eine weitere große angelegte Studie angewendet. Das *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP; Elkin et al. 1989; Elkin 1994) ist eine vergleichende Psychotherapiestudie zur Depression mit drei manualisierten Kurzzeittherapien (kognitiv-behaviorale (CBT), interpersonelle Therapie (IPT)¹³¹ und psychopharmakologischer Therapie¹³²). Es zeigte sich kein Unterschied in der generellen Wirksamkeit zwischen den drei untersuchten Therapieformen (Elkin et al. 1994, S.971). Blatt und Mitarbeiter (Blatt, Quinland, Pilkonis & Shea 1995; Blatt, Zuroff, Bondi, Sanislow & Pilkonis 1998; Zuroff, Blatt 1999) untersuchten den Einfluss der „Pre-treatment“-Variablen. Nicht der Faktor „emotionale Anerkennung“, sondern lediglich der Faktor „Perfektionismus“, der mit dem introjektiven Typus assoziiert ist, war signifikant und sagte ein schlechteres Therapieergebnis vorher (Blatt et al. 1998; 2000). „Perfektionismus“ beeinflusst auch den Patientenbeitrag der therapeutischen Beziehung (aber nicht den des Therapeuten), indem er die Beziehung zwischen Therapiebeziehung und -ergebnis vermittelte und somit

¹³¹ Nach Klerman & Weissman (1993)

¹³² eine kombinierte Behandlung mit einem Antidepressiva (*Imipramin*) unter psychiatrischer Begleitung („*clinical management*“)

die entscheidende Mediatorvariable für diesen Zusammenhang darstellte (Zuroff, Blatt, Sotsky, Krupnick, Martin, Sanislow, Simmens 2000). Somit hängt Perfektionismus als Patientenvariable mit Störungen in der therapeutischen Beziehung zusammen und führt zu schlechteren Therapieergebnissen (ebd.). Die wichtigsten Faktoren, die den Therapieerfolg vorhersagten, waren die Qualität der therapeutischen Beziehung und die „Pre-treatment“-Patientenvariablen anaklitisch und introjektiv (Blatt & Zuroff 2005).

Auf dieser theoretischen Grundlage können empirisch validierte Patientenvariablen erfasst und in die Psychotherapieforschung eingeführt werden, die nicht ausschließlich störungsspezifisch sind, sondern die sich auf die Persönlichkeitsstruktur beziehen (Blatt & Shahar 2004; Blatt & Zuroff 2005). Anaklitische und introjektive Menschen erfahren die Welt unterschiedlich, sprechen unterschiedlich auf Behandlungstechniken an und sie zeigen unterschiedliche Veränderungsprozesse (Blatt & Zuroff 1992, Blatt & Felsen 1993, Blatt et al. 2002, S.321). Die Sensibilisierung für die Unterschiedlichkeit der beiden Gruppen kann dem Therapeuten helfen, besser auf die jeweiligen Bedürfnisse der Patienten einzugehen (Blatt & Felsen 1993). Im klinischen Kontext zeigen Patienten mit unterschiedlicher Persönlichkeitskonfigurationen unterschiedliche Bedürfnisse, interpersonelle Schwierigkeiten und Erwartungen an den Therapeuten, welche unterschiedliche Interventionen und Strategien in der Behandlung erforderlich machen. Insbesondere introjektive Patienten brauchen von Anfang an das Gefühl, dass die Umgebung unterstützend und akzeptierend ist, wodurch ihre Fähigkeit verbessert wird, den therapeutischen Prozess aktiv zu beginnen und dadurch besser zu verstehen, wie ihre eigenen negativen Erwartung von sich und anderen sie darin einschränken, produktive und zufriedenstellende zwischenmenschliche Beziehungen aufzubauen (Blatt, Shahar & Zuroff 2002, S.328).

2.6.3 Weitere Forschungsergebnisse zu Blatt's Theorie

Die dichotome Klassifikation von anaklitischen und introjektiven Patienten kann eine hohe Reliabilität und Validität aufweisen (Blatt 1992; Blatt & Ford, 1994). Einschränkend ist festzuhalten, dass es Patienten gibt, die sowohl anaklitische als auch introjektive Charakteristika aufweisen. Diese Menschen entwickeln eine besonders instabile Persönlichkeitsorganisation, da sie auf beiden Dimensionen beeinträchtigt sind und eine „doppelte Vulnerabilität“ aufweisen (Blatt et.al. 2002, S.326). Die Daten aus dem Riggs-Yale Project wurden erneut differenziert, indem der „gemischte“ Typus als dritte Ausprägung der Patientenvariable hinzugenommen wurde (Shahar, Blatt & Ford 2003). Dieser gemischte Typus zeigt zu Behandlungsbeginn eine besonders ausgeprägte Schwere der Störung und wider Erwarten profitieren diese Patienten besonders von der psychoanalytischen Behandlung (ebd.).

Auf theoretischer und empirisch überprüfter Grundlage wurden vier Formen depressiven Erlebens unterschieden: „Selbstkritik“ und „Abhängigkeit“, wobei letztere zwischen der maladaptiven Subform „Bedürftigkeit“ und der adaptiven „Verbundenheit“ differenziert (Zuroff, Moskowitz, Wielgus, Powers & Franko 1983). In einer aktuellen Studie wurde die Beziehung zwischen Abwehrformationen¹³³ und depressivem Erleben untersucht (Campos, Besser & Blatt 2011). Es zeigte sich, dass die Abwehrformationen hypothesenkonform mit den vier Formen depressiven Erlebens in Zusammenhang stehen, wobei lediglich der adaptive Typus „Verbundenheit“ keinen signifikanten Zusammenhang mit den Abwehrformationen zeigt und damit deutlich wird, dass die Differenzierung zwischen adaptiven und maladaptiven Aspekten der Dimension „Abhängigkeit“ klinisch sinnvoll und erforderlich ist. In einer weiteren aktuellen Studie wurde gezeigt, dass selbstkritischer Perfektionismus in einem signifikanten Zusammenhang mit erhöhten Depressionswerten¹³⁴ bei

¹³³ Die Autoren verwenden den *Defense Mechanisms Inventory* (DMI; Ihilevich & Gleser, 1986, 1991), der fünf Abwehrformen unterscheidet: „Turning against object“ (Angriff auf das Objekt), „Projection“ (Rechtfertigung eigener Aggression gegen Objekt mit negativer Zuschreibung), „Principalization“ (i. S. e. Spaltung von Affekt und Inhalt bei Konflikten), „Turning against self“ (gegen sich selbst gerichtete Aggression), „Reversal“ (positive oder neutrale Response auf das frustrierende Objekt).

¹³⁴ Die Depressionswerte wurden mit dem *Depressive Experiences Questionnaire* (DEQ;

Patienten mit chronischem Erschöpfungssyndrom (CFS) stehen (Luyten, Kempke, Van Wambeke, Claes, Blatt et al. 2011), die mit Ärger und Selbstkritik verbunden waren, wie sie für die introjektive Persönlichkeitskonfiguration charakteristisch sind.

Die Differenzierung zwischen verschiedenen Pathologien und Persönlichkeitskonfigurationen im Zusammenhang mit den Dimensionen *Beziehung* und *Selbstdefinition* bilden sich auch in den Selbst- und Objektrepräsentationen ab. Unterschiede der Therapieresponse auf die analytische Behandlung werden auch in den Veränderungen der inhaltlichen und strukturellen Organisation ihrer Selbst- und Objektrepräsentationen deutlich (Blatt & Ford 1994, S.201; Blatt 2008, S.9).

Auf dieser Grundlage basiert die *Differentiation-Relatedness-Scale* (Diamond et al. 1991)¹³⁵, die auf derselben theoretischen Grundlage Blatts aufbaut und zehn verschiedene Stufen des Niveaus von Selbst- und Objektrepräsentationen unterscheidet. Die Selbst- und Objektbeziehungen sind hierarchisch organisiert in einem Bereich zwischen diffus und fragmentiert bis flexibel und differenziert (Diamond et al. 1991; Vermote et al. 2011) und eignen sich zur Erfassung der strukturellen Veränderung im Therapieverlauf. Sie ermöglicht durch die Beschreibungen von wichtigen Anderen, die Selbst- und Objektrepräsentanzen einzustufen. Dadurch ist eine strukturelle Veränderungsmessung möglich beispielhaft vorgestellt wurde (vgl. Kap. 2.3.2). Im Rahmen der therapeutischen Beziehung sollte ein Prozess geschaffen werden, der beeinträchtigte interpersonelle Repräsentationen verändert in adaptivere Selbst- und Objektrepräsentationen und gegen Ende sollten diese differenzierter und integrierter sein und eine bessere Fähigkeit aufweisen, gegenseitige zwischenmenschliche Beziehungen zu unterhalten (Blatt, Auerbach, Ayrán 1998, S.70).

Die klinische Bindungsforschung entwickelte Instrumente zur Erfassung der Repräsentationen von Bindungserfahrungen, die aus verinnerlichten Beziehungserfahrungen hervorgingen. Dies ist eine wichtige Schnittstelle, an der sich Bindungstheorie und -forschung und

Blatt, Afflitti, & Quinlan 1976) erhoben.

¹³⁵ Die DRS wird im methodischen Teil in Kap. 4.4.3 ausführlich vorgestellt.

Psychoanalyse gegenseitig bereichern können (Levy & Blatt 1999), wobei die Gemeinsamkeiten und Unterschiede auch kritisch diskutiert werden (Diamond & Blatt 1994; Levy & Blatt 1999; Blatt & Levy 2003). Levy & Blatt (1999) kritisieren, dass das Konzept des inneren Arbeitsmodells als statisches Konzept beschrieben wird, welches durch das analytische Konzept der Objektbeziehungen durch seine entwicklungsbezogene Dynamik bereichert werden könnte. Eine Untersuchung in einer nichtklinischen Stichprobe zur Beziehung zwischen Bindungsstil mittels Fragebogen¹³⁶ und dem Inhalt sowie der Struktur von Repräsentationen der Eltern, die anhand von Narrativen erfasst wurden, bestätigte dies (Levy, Blatt & Shaver 1998). Es zeigte sich erwartungsgemäß, dass sicher gebundene Probanden positivere und differenziertere Elternrepräsentationen haben als unsicher gebundene (ebd.).

Die anaklitische und introjektive Konfiguration weist Ähnlichkeiten mit den nicht sicheren Bindungsstilen auf, die sich ebenfalls entweder übermäßig mit *Beziehung* oder *Selbstdefinition* im Sinne der psychologischen Dimensionen beschäftigt (Blatt 2008, S.68). Der Zusammenhang zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten mit den unsicheren Bindungsmustern (verstrickten und dem vermeidenden¹³⁷) einerseits und mit Subtypen von desorganisierten Bindungsqualitäten (hilflos-introvertiert und negativ-intrusiv¹³⁸) werden aufgezeigt (Blatt & Levy 2003). Untersuchungen zur Beziehung zwischen Bindungsmustern und Objektrepräsentationen wurden durchgeführt (Levy, Blatt & Shaver 1998). Probanden mit sicherer Bindung beschreiben wohlwollende Elternrepräsentationen auf differenzierte und elaborierte Art und Weise, während vermeidende Probanden weniger differenzierte und mehr strafende und übelwollende Elternrepräsentationen aufzeigten und ängstlich-ambivalente Probanden schilderten ihre Eltern als strafend und wohlwollend (ebd.). Diese Verfahren zur Differenzierung von Patienten und zur Einschätzung ihrer inneren Repräsentationen können vielfältig eingesetzt werden und verbinden eine psychoanalytisch orientierte Theorie mit empirischer Forschung.

¹³⁶ Hier wurde der *Attachment Style Self-Ratings* (Bartholomew & Horowitz 1991) eingesetzt.

¹³⁷ nach Bartholomew & Horowitz (1991)

¹³⁸ nach Lyons-Ruth, Bronfman & Atwood (1999) und Lyons-Ruth (2001).

3 Fragestellungen und Hypothesen

3.1 Fragestellungen

Im Mittelpunkt steht die Frage nach der Rolle, die die Konfiguration der Persönlichkeit bzw. Pathologie des Patienten für den Therapieprozess spielt. In dieser Arbeit soll untersucht werden, ob es Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen (anaklitisch und introjektiv) im Therapieprozess und in der therapeutischen Beziehung gibt. Es interessiert nicht nur, ob und inwiefern sie sich insgesamt unterscheiden, sondern auch, ob es systematische Unterschiede im Zeitverlauf gibt.

Daran schließt sich die Frage an, ob es differenzielle Unterschiede hinsichtlich der Therapieresponse bei anaklitischen und introjektiven Patienten gibt und ob sie sich in Bezug auf die erreichten Ergebnisse unterscheiden. Es interessiert in diesem Zusammenhang, welche Prozessvariablen zu einer positiven therapeutischen Veränderung beitragen. Es soll gezielt untersucht werden, welche Rolle die therapeutische Beziehung dabei spielt. Des Weiteren soll geklärt werden, inwiefern die Subkomponenten der therapeutischen Beziehung (Patientenbeitrag, Therapeutenbeitrag und Zusammenarbeit) relevant für die therapeutische Veränderung sind.

Schließlich soll ermittelt werden, inwieweit sich der therapeutische Stil auf das Therapieergebnis (bzw. die therapeutische Veränderung) auswirkt bzw. ob bestimmte Techniken oder Haltungen dabei relevant sind. Bei der therapeutischen Passung interessiert, ob sich Passungen, die sich in den Ausprägungen relevanter Variablen ähnlich sind, günstig oder ungünstig auf den Veränderungsprozess auswirken.

3.2 Hypothesen

1. Hypothese

Die Hypothese 1 bezieht sich auf die Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen.

Die Hypothese 1a besagt, dass sich die Therapieprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden. Zudem wird erwartet, dass sich die Prozesse auch im Zeitverlauf unterscheiden und dass die anaklitischen Patienten größere Schwankungen im Verlauf aufweisen als introjektive.

In der Hypothese 1b wird behauptet, dass sich die therapeutische Beziehung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheidet. Dieser Unterschied bildet sich über alle Sitzungen und im Zeitverlauf zwischen den Gruppen ab.

2. Hypothese

In der Hypothese 2 geht es um die therapeutische Beziehung und die therapeutische Veränderung.

Die Hypothese 2a besagt, dass es einen Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Veränderung gibt.

In der Hypothese 2b wird behauptet, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die therapeutische Veränderung vorhersagt.

3. Hypothese

Die Hypothese 3 bezieht sich auf die therapeutische Veränderung.

In der Hypothese 3a wird die Behauptung aufgestellt, dass sich anaklitische und introjektive Patienten in der therapeutischen Veränderung bzw. im Therapieerfolg unterscheiden.

Die Hypothese 3b besagt, dass sich generell erfolgreiche Therapieprozesse von nicht erfolgreichen unterscheiden.

4. Hypothese

In der Hypothese 4 geht es um Moderationseffekte.

In der Hypothese 4a wird behauptet, dass die therapeutische Beziehung als Moderator zwischen der Patientenpersönlichkeit und der therapeutischen Veränderung wirkt.

Und in der Hypothese 4b wird postuliert, dass der therapeutische Stil des Therapeuten die therapeutische Veränderung beeinflusst.

5. Hypothese

In der Hypothese 5 wird die Behauptung aufgestellt, dass Therapien mit komplementären Passungen zwischen Patienten und Therapeuten erfolgreicher sind als Therapien mit konkordanten Passungen.

4 Methoden

4.1 Die Psychotherapieforschungsprojekte

4.1.1 Das Forschungsprojekt *Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt* (MBWP)

Das *Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt* (MBWP) des Departments Psychologie an der *Ludwig-Maximilians-Universität München* führt eine naturalistische Psychotherapiestudie durch, die ambulante psychoanalytische Langzeittherapien prospektiv untersucht¹³⁹. Im Mittelpunkt steht die multimodale Prozessforschung, die sowohl auf Einzelfallebene als auch im gruppenstatistischen Design sowohl mit qualitativen als auch quantitativen Methoden untersucht. In Kooperation mit Analytikern der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.* werden die Behandlungsverläufe von zwanzig Patienten erforscht, indem in regelmäßigen Abständen Sitzungen auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert werden.

Die Patienten werden von Forschungsmitarbeitern zu mehreren Zeitpunkten vor und während des Therapieverlaufs sowie katamnestisch untersucht. Dabei werden zahlreiche Forschungsmethoden eingesetzt. Deren Kombination erlaubt die Untersuchung vielfältiger klinisch relevanter Fragestellungen und Konstrukte sowie die Kreuzvalidierung der Instrumente. Darunter sind das *Psychotherapy Prozess-Q-Sort* (Jones 2000), die *Plananalyse* (Sampson & Weiss 1986), die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* (OPD-2; Arbeitskreis OPD 2006), das *Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan & Main 1985), die *Reflective Functioning Scale* (RFS; Fonagy et al. 1998) u.a. Es wurde beispielsweise untersucht, inwiefern sich die reflexive Funktion der Patienten durch die analytische Psychotherapie verändert (Hörz, Mertens, Isphording, Levy & Taubner 2010) oder inwieweit diagnostische Einschätzungen anhand des analytischen Erstgesprächs und der OPD-Diagnostik eine Übereinstimmung erzielen (Erhardt, Mertens, Benecke, Zehetleitner & Hörz 2010).

¹³⁹ Das Forschungsprojekt wird von Prof. Dr. Wolfgang Mertens geleitet und von der Köhler-Stiftung finanziell gefördert.

4.1.2 Die *Ulmer Textbank*

Die *Ulmer Textbank* der *Universitätsklinik Ulm* ist das weltweit größte Computerarchiv mit psychotherapeutischen Texten. Zahlreiche therapeutische Gespräche, Berichte und Behandlungen sind anhand von Audio- bzw. Videoaufzeichnungen dokumentiert und können mithilfe spezieller computergestützter Verfahren¹⁴⁰ analysiert werden. Diese umfangreiche Datengrundlage ermöglicht sowohl Querschnitts- als auch Längsschnittsuntersuchungen. Mit differenzierten computerlinguistischen Methoden kann beispielsweise nach bestimmten Themen oder mit anderen Filtern gezielt gesucht und ausgewertet werden (Übersicht bei Mergenthaler & Kächele 1994, 2006). Am bekanntesten ist die Einzelfallstudie der Amalie X, eine ca. fünfjährige Psychoanalyse, die anhand von Transkripten mit zahlreichen Methoden untersucht wurde, wie etwa Luborskys *Zentrales Beziehungskonfliktthema* (Albani, Thomä & Kächele 2002) oder mit dem *Adult Attachment Interview* (Kächele, Leuzinger-Bohleber, Buchheim & Thomä 2006; Übersicht bei Kächele, Schachter & Thomä 2009).

4.1.3 Das *Berkeley Psychotherapy Program* und das *Psychotherapy Research Program*, Boston

Das *Berkeley Psychotherapy Research Project* der *Universität von Kalifornien, Berkeley* ist eine Langzeitpsychotherapiestudie, bei der Patienten mit Depressionen mit psychodynamischer Psychotherapie behandelt wurden¹⁴¹. Die Psychotherapiesitzungen wurden an der Universitätsambulanz für Psychotherapie (*Psychology Clinic*) durchgeführt. Alle Sitzungen wurden auf Video aufgezeichnet und es wurden regelmäßig Forschungsinterviews durchgeführt. Einige der eingesetzten Fragebögen erfassen die Perspektive des Patienten, als auch die des Therapeuten. Die vollständigen Therapieverläufe und diagnostischen sowie standardisierten Ergebnismaße sind dazu geeignet, korrelative Studien im Hinblick auf

¹⁴⁰ Das Textbank-Verwaltungssystem wurde von Mergenthaler (1985; 1986) entwickelt.

¹⁴¹ Das *Berkeley Psychotherapy Research Project* wurde von Prof. E.E. Jones (†2005) geleitet.

wirksame Prozessvariablen durchzuführen. Die Prozess- sowie Prozessergebnisstudien wurden überwiegend mit dem PQS ausgewertet. Aufgrund der Vielzahl an Sitzungen eignen sich die Daten auch für zahlreiche methodische Ansätze, sowohl für Einzelfallstudien als auch für gruppenstatistische Ansätze (vgl. Kap. 2.2.6).

Das Therapiearchiv des *Berkeley Psychotherapy Program* wurde an das *Psychotherapy Research Program*¹⁴² am *Massachusetts General Hospital* der *Harvard Medical School* in Boston übergeben. Dort werden die Daten in neueren Studien weiter erforscht und neue Einzelfälle ambulanter Therapien der psychiatrischen Abteilung (*Out-Patient Psychiatry*) in das Archiv aufgenommen.

4.2 Stichprobe

Die Stichprobe besteht aus N = 29 Patienten, die im Rahmen ihrer therapeutischen Behandlung an einem Forschungsprojekt teilgenommen haben und deren Behandlungsverläufe in einem der vorgestellten Archive dokumentiert sind. Aus München wurden fünfzehn Patienten, die mit analytischer Psychotherapie behandelt wurden, aufgenommen, aus der Ulmer Textbank vier Patienten¹⁴³, die mit psychodynamischer¹⁴⁴ Therapie behandelt wurden, und aus der amerikanischen Stichprobe weitere zehn Patienten, ebenfalls mit psychodynamischer Therapie. Letztere setzt sich zusammen aus neun Patienten aus dem Psychotherapieprojekt in Berkeley und einem weiteren Patienten aus dem Bostoner Psychotherapieprogramm¹⁴⁵. Alle Patienten wurden über die Bedingungen der Studienteilnahme vor Therapiebeginn aufgeklärt und haben ihr schriftliches Einverständnis gegeben. In dieser retrospektiven Untersuchung

¹⁴² Der Projektleiter ist Dr. Stuart Ablon, der bei Prof. Jones studierte und arbeitete.

¹⁴³ Die Fälle wurden ausgewählt, wenn folgende Kriterien erfüllt waren: Es handelt sich um psychodynamische bzw. tiefenpsychologische Psychotherapie, die Sitzungen beinhalten mehr als 60 Sitzungen und dauern mindestens ein Jahr.

¹⁴⁴ Hier wird nicht zwischen psychodynamischer und tiefenpsychologischer Therapie unterschieden. „Psychodynamisch“ gilt als Überbegriff für Psychotherapien, die auf psychoanalytischen Annahmen basieren, sich aber in der Behandlungstechnik und dem Rahmen von der Psychoanalyse unterscheiden und in den englischsprachigen Ländern üblich ist.

¹⁴⁵ Die amerikanischen Stichproben werden als eine Stichprobe behandelt.

werden nur abgeschlossene bzw. vollständige Therapieverläufe berücksichtigt, sodass keine Angaben über Dropouts gemacht werden können.

Es handelt sich um eine heterogene Stichprobe, wie es für naturalistische Studien charakteristisch ist. Während für die Studienteilnahme in Berkeley das Vorliegen einer depressiven Erkrankung vorausgesetzt war, handelt es sich in der Münchner Stichprobe um eine diagnostisch heterogene Gruppe. Vollständige systematische statusdiagnostische Befunde psychischer Störungen liegen für die deutschen Stichproben nicht vor.

Die kooperierenden $N = 26$ Therapeuten sind entweder Psychoanalytiker oder psychodynamische Psychotherapeuten. Die Psychoanalytiker sind voll ausgebildet¹⁴⁶ und arbeiten in freier Praxis (München), oder in der Universitätsklinik (Ulm), während die Psychotherapeuten¹⁴⁷ Mitarbeiter einer universitären Einrichtung (Berkeley) oder einer Universitätsklinik (Boston) sind.

4.3 Die Intervention

Alle Patienten wurden entweder mit psychoanalytischer oder psychodynamischer bzw. tiefenpsychologischer Psychotherapie¹⁴⁸ behandelt. Es handelt sich um Langzeitpsychotherapien, die mindestens 70 Sitzungen beinhalten und mindestens ein Jahr dauern. Die analytischen Psychotherapien wurden im „Couch-Setting“ durchgeführt, d.h. der Patient liegt während der Behandlung, bei überwiegend drei Wochenstunden. Dagegen fanden die psychodynamischen Therapien im Sitzen statt und waren ein- oder zweistündig. Da es sich um eine naturalistische Studie handelt, unterscheiden sich die Fälle in der Behandlungsdauer und in der

¹⁴⁶ an einem Institut der *Deutschen Psychoanalytische Vereinigung* (DPV) oder der *Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V.* (DPGT)

¹⁴⁷ Sie verfügen über eine sog. *licence* (vergleichbar mit der deutschen Approbation) und einen PhD in „Clinical Psychology“ aus einem psychodynamisch orientierten Universitätsprogramm.

¹⁴⁸ Hier wird der Begriff „psychodynamisch“ sowohl für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als auch für die im englischen Sprachraum zusammengefasste „psychodynamic psychotherapy“ verwendet.

Sitzungsanzahl. Die Therapie wurde bei den niedergelassenen Therapeuten in der eigenen Praxis durchgeführt und bei den an universitären Ambulanzen arbeitenden Therapeuten in der jeweiligen Einrichtung ambulant behandelt.

Die Studie in Berkeley fand in den neunziger Jahren statt, während die Psychotherapien in Ulmer bereits in den achtziger Jahren durchgeführt wurden. Die Münchner Behandlungen wurden in den 2000er Jahren durchgeführt. Die Sitzungen wurden entweder auf Video (Berkeley und Boston) oder auf Audio (Ulm und München) aufgezeichnet.

4.4 Die Forschungsinstrumente

4.4.1 Das *Psychotherapy Process Q-Sort*

Für die empirische Erfassung des Therapieprozesses wird das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones 1985; 2000¹⁴⁹; dt. Albani et al. 2000, 2008) verwendet. Das PQS ist ein Forschungsinstrument, mit dem der therapeutische Prozess quantitativ beschrieben werden kann. Es besteht aus 100 Items, welche von zwei unabhängigen Ratern danach eingeschätzt werden, wie repräsentativ die Beschreibung jedes einzelnen Items für die gesamte Therapiesitzung ist. Die Methode eignet sich, um Audio- oder Videoaufzeichnungen oder Verbatimprotokolle von Therapiestunden zu untersuchen (Jones 2000, S.280).

Die 100 Items werden auf einer neunstufigen Skala (von (1) *sehr uncharakteristisch* über (5) *neutral* bis (9) *sehr charakteristisch*) eingeschätzt, die auf einer Normalverteilung basiert, wobei die Items in einer bestimmten Anzahl den jeweiligen Skalenwerten zugeordnet werden müssen, die in einer erzwungenen Normalverteilung angeordnet werden (vgl. Tab. 2 und Abb.1., S.265). Die Zuordnung kann mit Karten für jedes Item erfolgen, die entsprechend den Skalenwerten 1 bis 9 zugeordnet werden, wobei in neuerer Zeit der Einsatz einer Excel-Tabelle mit „Markups“ bevorzugt verwendet wird.

¹⁴⁹ Die deutsche Übersetzung des PQS stammt von Albani et al. (2000), die überarbeitete Version des PQS- R von Ablon, Levy & *Psychotherapy Research Program* (2012).

Die Untersuchungseinheit bezieht sich auf eine ganze Therapiesitzung und nicht nur auf Segmente daraus. Die im PQS verwendeten sprachlichen Definitionen sind schulenneutral. Die Einschätzung sollte unabhängig von einer bestimmten theoretischen Orientierung erfolgen, vielmehr sollte sie sich auf die beobachtbaren Verhaltensanker beziehen. Als Orientierungshilfe dient ein Kodiermanual (Jones 2000, S. 317f; Ablon et al. 2000, 2008, 2012, S.593; S.244f), in dem die Items beschrieben werden und Beispiele für die „charakteristische“ oder „uncharakteristische“¹⁵⁰ Seite auf der Skala aufgeführt und erläutert werden. Als Orientierung gilt, dass die Prozessvariablen anhand der Items als besonders charakteristisch gelten, die für die jeweilige Sitzung von wesentlicher Bedeutung sind. Es handelt sich um ein ipsatives Verfahren, d.h. die jeweilige Therapiesitzung dient als Ausgangspunkt und nicht der Bezug auf andere Sitzungen derselben Dyade oder gar andere Patienten. Dabei sollen die besonders charakteristischen Aspekte erfasst werden und von jenen für die betreffende Sitzung weniger wichtigen differenziert werden.

Die PQS-Items erfassen verschiedene Komponenten des Therapieprozesses. Darunter sind Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben (z.B. Item 97: *„Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen“*), die Interventionen und Haltungen des Therapeuten erfassen (z.B. Item 62: *„Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema“*) und solche, die Interaktionen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten beschreiben (z.B. Item 47: *„Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern“*) sowie thematische Inhalte der Sitzung (z.B. Item 63: *„Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema“*).

Das PQS hat eine gute Reliabilität und Validität über eine Vielzahl an unterschiedlichen Stichproben (z.B. Ablon & Jones 1999, 2002). Die Interrater-Reliabilität über alle 100 PQS-Items (Cronbachs Alpha) erreichte

¹⁵⁰ Mit „uncharakteristisch“ wird Bezug genommen auf die andere Seite der meist bipolar formulierten Items, die jedoch ebenso wichtig sind, wie die „charakteristischen“. Z.B. Bei Item 7 („Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt)“) wäre „ängstlich und angespannt“ sehr charakteristisch z.B. Skalenpunkt 9. Wenn der Patient dagegen ausgesprochen „ruhig und entspannt“ ist, was für die Beschreibung der Sitzung ein wichtiges Merkmal ist, dann wird dem Item z.B. der Wert 1 gegeben.

konsistent Koeffizienten zwischen .83 und .89 für Raterpaare und auf der Ebene einzelner Ratings (Pearson-Korrelationen) zwischen .50 und .95. Die Konstruktvalidität und die diskriminante Validität konnte ebenfalls über Studien hinweg gezeigt werden (z.B. Jones & Pulos 1993; vgl. bei Ablon et al. 2011).

4.4.2 Unterscheidung zwischen Patienten- und Therapeutenvariablen

4.4.2.1 Die Differenzierung der Persönlichkeitskonfigurationen

Um Patienten hinsichtlich persönlichkeitspezifischer Charakteristika zu differenzieren, wird die psychodynamische *Theorie der Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie* von S.J. Blatt (Blatt & Shichman 1983; Blatt & Blass 1990; Blatt 2008) als theoretische Grundlage verwendet. In diesem dialektischen Ansatz werden zwei dimensionale Persönlichkeitskonfigurationen mit psychopathologischer Relevanz, die anaklitische oder abhängige und die introjektive oder selbstkritische Persönlichkeitskonfiguration unterschieden. Diese Differenzierung der Persönlichkeitsorganisation ist geeignet, um systematisch Patientenvariablen in die Psychotherapieforschung einzuführen, wodurch Veränderungsprozesse differenziell untersucht werden können (Blatt et al. 2006).

Das Vorgehen der diagnostischen Unterscheidung von anaklitischen und introjektiven Patienten orientiert sich an dem *Riggs-Yale Project* (Blatt & Ford 1994, S.70). Damit werden eine kategoriale und eine dimensionale Einschätzung der Persönlichkeitskonfiguration vorgenommen. Die kategoriale Unterscheidung in anaklitisch oder introjektiv wird anhand des ersten Messzeitpunktes vorgenommen. Sie orientiert sich an den inhaltlichen Kriterien für jede Konfiguration, die sich beispielsweise bei der Subjekt- oder Objektorientierung, der Art der Abwehr, zentralen Konfliktthemen usw. unterscheiden (vgl. S. 233). Für die dimensionale Einschätzung wird eine 100stufige Skala eingesetzt, in der Patienten innerhalb ihrer jeweiligen Konfiguration ein Wert zugeordnet wird. Auf dieser Skala stehen sich die anaklitischen und die introjektiven Konfiguration gegenüber, wobei der Cut-

off-Wert bei 50 liegt (vgl. S.234). Somit beschreibt der Bereich zwischen 1 und 49 die anaklitische Konfiguration, wobei kleinere Werte eine stärkere Ausprägung bedeuten. Werte zwischen 51 und 100 bilden die introjektive Konfiguration ab, wobei hier größere Werte eine stärkere Ausprägung bedeuten¹⁵¹. Der mittlere Bereich bildet somit eine geringere Ausprägung ab. Es handelt sich um Personen, die eine ausgewogenere und gesündere bzw. nur eine ausgewogenere Persönlichkeitsstruktur aufweisen. Diese Skala heißt im Folgenden *Anaklitisch-Introjektiv-Skala* (Ana-Int-Skala). Mit diesem Vorgehen wird ein kategorialer und ein dimensionaler Wert für jeden Patienten in jeder Sitzung ermittelt. Dadurch ist nicht nur eine Einschätzung bezüglich der jeweiligen Sitzung möglich, sondern auch eine Erfassung von Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur über den Zeitverlauf bei wiederholten Einschätzungen zu verschiedenen Zeitpunkten im Therapieprozess.

Die Differenzierung zwischen den beiden Persönlichkeitstypen auf der Basis von klinischen Aufzeichnungen¹⁵² erreichte eine gute Übereinstimmung zwischen den Ratern ($r = .92$; $p < .001$; Blatt 1992; Blatt & Ford 1994, S.71; Blatt & Shahar 2004; Blatt 2008, S.207).

4.4.2.2 Die Differenzierung der therapeutischen Haltungen

Neben den Patientenvariablen wurden auch Therapeutenvariablen erfasst. Es wurde eine Einschätzung für den Therapeuten gegeben, ob die therapeutische Haltung einer der beiden Dimensionen („Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“) zuzuordnen ist oder beiden. Bei diesem Vorgehen wurde auch festgehalten, ob der Therapeut eher „beziehungsorientiert“ oder „differenzierungsorientiert“ arbeitet oder gar beide Arbeitsweisen bzw. Haltungen vertreten sind. Die Einschätzung wird wie für die Patienten auf Sitzungsebene vorgenommen, wobei Sitzungen in einer zufälligen Anordnung verblindet ausgewertet werden.

¹⁵¹ Diese Skala dient bei Blatt & Ford (1994) der Einschätzung, wie sicher sich die Rater mit ihrer binären Zuordnung waren. Die dimensionale Einschätzung ist somit eine Modifikation des Vorgehens und wird von S.J. Blatt positiv bewertet (persönliche Mitteilung 27.1.2011).

¹⁵² Dieses Vorgehen wurde adaptiert, da anstelle der klinischen Aufzeichnungen der Therapeuten zu Therapiebeginn die Sitzung des ersten Messzeitpunktes verwendet wird.

In Anlehnung an die Theorie von Blatt (2008) wurde ein Vorgehen entwickelt, um zwischen Therapeuten in Bezug auf ihre therapeutische Haltung zu diskriminieren¹⁵³. Dabei werden relationale und emotional unterstützende Haltungen und Techniken als „beziehungsorientiert“ bezeichnet und solche, aus einer eher emotional distanzierteren, neutraleren Haltung mit deutenden Techniken, als „differenzierungsorientiert“.

Mithilfe dieser Kategorisierung kann die therapeutische Passung zwischen Patient und Therapeut untersucht werden. Die beziehungsorientierte Haltung und die anaklitische Persönlichkeitskonfiguration beziehen sich vorrangig auf die Dimension „Bezogenheit“, während die introjektive Konfiguration und die „differenzierungsorientierte“ Haltung Bezug nehmen auf die Dimension „Selbstdefinition“. Folglich wird eine „konkordante“ oder eine „komplementäre“ Passung angenommen, wenn Patient und Therapeut derselben bzw. der komplementären Dimension zugeordnet werden. Somit ergeben sich vier mögliche Passungen zwischen Patienten und Therapeuten, die entweder eher auf der Dimension „Bezogenheit“ oder „Selbstdefinition“ anzuordnen sind (Tab. 3).

Tab.3. *Therapeutische Passungen (konkordant und komplementär) zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten mit beziehungsorientierten und differenzierungsorientierten Therapeuten*

Therapeut Patient	„beziehungs- orientiert“	„differenzierungs- orientiert“	„gemischt“
anaklitisch	konkordant	komplementär	komplementär
introjektiv	komplementär	konkordant	komplementär

Therapeuten, die beide Haltungen vereinen und nicht eindeutig zugeordnet werden können, gelten als „gemischter“ Typus und werden stets als komplementär betrachtet, weil sie zumindest teilweise nicht konkordant sind.

¹⁵³ Dieses Vorgehen wird im Rahmen dieser Studie erprobt.

4.4.3 Die *Differentiation-Relatedness Scale*

Zur Erfassung der Selbst- und Objektrepräsentationen wird die *Differentiation-Relatedness Scale* (DRS; Diamond et al. 1991, 2012)¹⁵⁴ eingesetzt. Diese Skala baut ebenfalls auf der Konzeptualisierung der psychologischen Dimensionen „Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“ auf, der die theoretische Annahme zugrunde liegt, dass im Laufe der psychologischen Entwicklung der Selbst- und Objektrepräsentanzen sowohl eine individuierte Selbstdefinition als auch eine gegenseitige Bezogenheit mit wichtigen Anderen angestrebt wird (Blatt & Shichman 1983). Auf einer zehnstufigen Skala wird zwischen verschiedenen Stufen der Repräsentationen unterschieden, bei denen als definierte Stufen Ordinalskalenniveau angenommen wird. Die Skala reicht von der Stufe 1 „Beeinträchtigung der Selbst- und Objektgrenzen“ bis zur Stufe 10 eines „integrierten und empathischen Selbst mit reziproken und komplexen Beziehungen“. Je höher die absolute Zahl der Stufe, desto größer ist der Grad an psychischer Gesundheit. Mit zunehmendem Niveau der Objektrepräsentation sind die Affekte, die Narrative und die Beziehungen differenzierter. Das Kodiermanual (Diamond et al. 1991) enthält detaillierte semantische Definitionen der einzelnen Stufen, die durch Beispiele ergänzt werden¹⁵⁵.

Die DRS wurde entwickelt, um auf Grundlage des *Object Relations Inventory* (ORI; Blatt, Wein, Chevron & Quinlan 1979) das Niveau der Selbst- und Objektrepräsentationen vorzunehmen. In dieser Studie wird die DRS anhand der Therapiesitzungen eingeschätzt. Dafür müssen ausreichend Informationen einer Selbstbeschreibung sowie mindestens einer

¹⁵⁴ Es wurde das englische Originalmanual verwendet, da das Manual nicht auf Deutsch vorliegt. Übersetzungen im Text stammen von der Autorin. Im Anhang sind die Stufen des DRS aufgeführt (vgl. Manaulausschnitt S.237-242).

¹⁵⁵ So wird z.B. Stufe 6 als „auftauchende, ambivalente Konstanz, Kohäsion und eine auftauchende Vorstellung von Bezogenheit“ definiert. Weiter heißt es im Manual: „Beschreibungen auf dieser Übergangsstufe reflektieren eine auftauchende Verfestigung von verschiedenen Aspekten vom Selbst und von Anderen, die in etwas integrierteren, stabilen Repräsentationen ausgedrückt werden. Beschreibungen sind gekennzeichnet durch zögerliche, fragwürdige oder ambivalente Bewegungen in Richtung dieser Integration und Stabilisierung (...). Beispiel *Selbstbeschreibung*: „Etwas, das ich früher nicht hatte, ist Selbstvertrauen. Ich werde sozialer als Person. Ich achte auf mich selbst. (...)“; *Vaterbeschreibung*: „(...) Er hat Schwierigkeiten, seinen Ärger zu kontrollieren, manchmal lässt er es an anderen aus, entweder verbal oder körperlich. Es gibt Zeiten, da ist er ernst und manchmal ist er spaßig. (...)“ (Ausschnitt aus dem DRS-Manual: Diamond et al. 1991, S. 27f).

Objektbeschreibung eines wichtigen Anderen (*significant other*) vorliegen (z.B. Mutter, Vater, Partner, Therapeut), anhand derer das Repräsentationsniveau beurteilt werden kann. Es wird stets ein Wert für die Selbst- und ein Wert für die Objektrepräsentation vergeben. Falls mehrere wichtige Andere beschrieben werden, wird ein Mittelwert gebildet¹⁵⁶. Somit können die Veränderungen sowohl von Selbst- als auch von Objektrepräsentationen im Zeitverlauf untersucht werden.

Die Interrater-Reliabilität der DRS (adjustierte *Intraclass Correlation ICC*) ist über Studien hinweg gut (durchschnittlich $ICC = 0.83$; Diamond et al. 1991; Stayner 1994; Diamond et al. 1991; Vermote 2005), ebenso die Konstruktvalidität (siehe Blatt, Auerbach & Ayrar 1998; Blatt & Auerbach 2003). Die DRS kann zudem valide zwischen psychiatrischen Patienten und nichtklinischen Probanden diskriminieren (Luyten, Meganck, Jansen, De Grave, and Corveleyn 2006) sowie zwischen sicher und nicht sicher gebundenen Probanden (Levy et al. 1998). Zudem korreliert ein niedriger DRS-Wert mit Suizidalität (Twomey, Kaslow & Croft 2000) (vgl. Kap. 2.3.2).

4.4.4 Die *California Psychotherapy Alliance Scales*

Die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS; Gaston & Marmar, 1993) besteht aus verschiedenen Versionen, die aus drei Perspektiven erfasst werden können: der des Patienten, der des Therapeuten und der eines unabhängigen Raters¹⁵⁷ (CALPAS-R). Letztere Version wird hier verwendet. Das Instrument erfasst vier aus der Theorie abgeleitete Dimensionen der therapeutischen Beziehung bzw. Bündnisses. Die einzelnen Skalen erfassen sowohl die jeweilige Mitwirkung des Patienten und des Therapeuten zur therapeutischen Beziehung als auch ihr beidseitiges Einvernehmen bezüglich der Arbeitsstrategien und Ziele der Therapie. Die Skala „Arbeitsfähigkeit des

¹⁵⁶ Dieses Vorgehen wurde auf dem *Research Training Program* der *International Psychoanalytic Association* (IPA) am *Yale Child Study Center* erarbeitet und von Patrick Luyten vorgeschlagen (persönliche Mitteilung, 9.4.2009).

¹⁵⁷ Hier wird lediglich die Rater-Version verwendet und dargestellt. Die CALPAS liegt bisher nicht auf Deutsch vor.

Patienten“¹⁵⁸ („*Patient Working Capacity*“, PWC) bezieht sich auf die Fähigkeit des Patienten, in der Analyse mitzuarbeiten. Sie wird von übertragungsbedingten Reaktionen differenziert und bezieht sich auf die konkrete Arbeit mit und an relevanten Themen, sowie der Fähigkeit des Patienten, sich mit eigenen Anteilen auseinander zu setzen¹⁵⁹. Die „Mitarbeit des Patienten“ („*Patient Commitment*“, PC) dagegen bezieht sich auf die Bereitschaft, sich auf eine affektive Beziehung einzulassen im Sinne einer „unanstößigen positiven Übertragung“ (Freud 1912a), oder den Konzeptualisierungen, die sich auf frühe Beziehungserfahrungen beziehen, und ermöglichen, dem Therapeuten vertrauensvolle Gefühle entgegen zu bringen (vgl. Zetzel 1956; Stone 1961) und auch durch schmerzhaft emotionale Prozesse zu gehen. Die Skala „Patient-Therapeut-Übereinstimmung im Hinblick auf Ziele und Strategien“ („*Working Strategy Consensus*“, WSC) reflektiert den Grad der Übereinstimmung oder Diskrepanz zwischen Patient und Therapeut, entweder implizit oder explizit, hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens und der Therapieziele (vgl. Bordin 1979). Dieses beidseitige Einvernehmen bezüglich der Zusammenarbeit ist nicht auf eine Zielformulierung, wie sie beispielsweise für verhaltenstherapeutische Ansätze charakteristisch ist, zu reduzieren. Es kann darin auch abgebildet werden, dass sich der Patient vom eher neutralen Therapeuten mehr Anleitung und Rat wünscht, als er von ihm tatsächlich bekommt.

Die vierte Skala bezieht sich auf das „einfühlende Verstehen und Engagement des Therapeuten“ („*Therapist Understanding and Involvement*“, TUI) und orientiert sich an Freuds (1913) Auffassung eines „Attachieren“ des Patienten an den Arzt, was eine Einfühlung aufseiten des Analytikers erfordert. Auffassungen einer förderlichen therapeutischen Haltung in Anlehnung an Rogers (1957) sind ebenfalls hier enthalten. Zu dieser Subskala gehören nicht nur die Empathie, sondern beispielsweise auch auf den jeweiligen Prozess und Kontext abgestimmte Deutungen.

¹⁵⁸ Die Übersetzung aus dem Englischen der Skalenbezeichnungen wurde von Hank & Krampen (2008) übernommen.

¹⁵⁹ In diesem Zusammenhang wird Bezug genommen auf Konzepte wie die „therapeutische Ichspaltung“ (Sterba 1934), den Patienten als „Mitarbeiter“ zu gewinnen und mit ihm einen „Pakt“ zu schließen (Freud 1937) sowie das „Arbeitsbündnis“ (Greenson 1957).

Die CALPAS beinhaltet 24 Items, wobei jeweils sechs Items einer der vier Subskalen zugeordnet werden. Die Items werden auf einer siebenstufigen Skala geratet, die von 1 („trifft überhaupt nicht zu“) bis zu 7 („trifft absolut zu“) bewertet werden. Alle Items werden durch die Rater auf dieser Skala eingeschätzt und die Mittelwerte der aufsummierten Items der jeweiligen Subskala ergeben einen Wert für die jeweilige Subskala, wobei der Mittelwert über alle Items den Gesamtwert für die Qualität der therapeutischen Beziehung abbildet. Ein höherer Wert bedeutet eine bessere Qualität der therapeutischen Beziehung und deren Subkomponenten. Auf theoretischer Ebene sind die einzelnen Subskalen relativ unabhängig voneinander konzeptualisiert und die Rater sollten ihre Einschätzung unter dieser Annahme abgeben.

Die CALPAS-R wurde in mehreren Studien hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften überprüft. Dieses Instrument weist eine gute Reliabilität bezüglich der internen Konsistenz (Cronbachs Alpha; $\alpha = 0.93$) und Interrater-Reliabilität (ICC = 0.76)¹⁶⁰ auf, wobei keine Daten zur Test-Retest-Reliabilität vorliegen (Cahill, Barkham, Hardy, Gilbody, Richards et al. 2008). Die CALPAS-R zeigt eine adäquate Kriteriumsvalidität, wobei in Langzeittherapien jedoch nur die Subskala „Arbeitsfähigkeit des Patienten“ (PWC) 25 bis 30 % der Gesamtvarianz des Therapieergebnisses aufklärte.¹⁶¹ Die faktorielle Validität wurde mittels Faktorenanalyse überprüft und zeigte, dass sich die Skalen auf vier verschiedene Faktoren beziehen (Cahill et al. 2008). Doch die Skalen korrelieren miteinander und mit dem Gesamtscore (zwischen $r = .33$ und $r = .83$), daher sind sie aus empirischer Sicht nicht unabhängig voneinander, wobei die therapeutenbezogene Skala die geringste Interkorrelation mit den anderen Skalen aufweist (ebd.).

¹⁶⁰ Diese Werte beziehen sich auf die Interrater-Reliabilität mit zwei Ratern aus verschiedenen Studien (siehe Cahill et al. 2008). Nach CALPAS-Manual werden jedoch drei Rater gefordert. Im Manual werden ICC zwischen .89 und .98 (Gaston 1990, unveröffentlicht) berichtet. Die Interrater-Reliabilität wird mit der Intraclass Correlation Coefficient [ICC 2,2] berechnet und sollte mindestens eine gute Übereinstimmung ($ICC \geq .70$) erreichen.

¹⁶¹ Die Skala PWC sagt 25 bis 30 % ($p < .05$) des Therapieergebnisses (Verbesserung der Symptome und der interpersonellen Probleme) vorher.

4.5 Das Forschungsdesign

Methoden der Prozessforschung werden eingesetzt, um die Behandlungsverläufe von 29 Patienten in psychoanalytischer oder psychodynamischer Psychotherapie zu untersuchen. Es handelt sich um eine naturalistische Längsschnittstudie, bei der die Daten retrospektiv erhoben wurden, d.h. dass die Behandlungen zum Zeitpunkt der Auswertung bereits abgeschlossen oder zeitlich sehr weit fortgeschritten waren.

Grundlage der Erhebungen sind jeweils vier Messzeitpunkte zu regelmäßigen Abschnitten bei jedem Therapieverlauf, die stets die gesamte Sitzung umfassen. Zu jedem Messzeitpunkt wurden alle vier Forschungsinstrumente auf jede einzelne Sitzung angewendet. Somit ergibt sich ein Forschungsdesign aus 29 [Patienten] x 4 [Messzeitpunkte] x 4 [Instrumente] (vgl. Tab. 4).

Tab.4. Übersicht der eingesetzten Instrumente zur Erfassung der Patientenvariablen (Ana-Int, DRS), des Therapieprozesses (PQS) und der therapeutischen Beziehung (CALPAS) mit der jeweiligen Anzahl der dazugehörigen Items und Werte sowie der Ratings der 29 [Patienten] x 4 [Messzeitpunkte (MZP)] x 4 [Instrumente]

Instrument \ Anzahl	Items	Werte	MZP	Ratings
Ana-Int (kategorial & dimensional)	2 x 2	2	4	116
Bez.-Diff. ¹⁶² (kategorial)	3	1		
DRS (Selbst und Objekt)	10	2 x 1	4	116
CALPAS	24	5	4	116
PQS	100	100	4	116
Ratings gesamt (Summe)	141	110	-	464

Die Behandlungsverläufe liegen als Video- oder als Audioaufzeichnung, letztere teilweise auch als Transkript vor. Die Messzeitpunkte wurden in Abhängigkeit von der Gesamtlänge der jeweiligen Behandlung in regelmäßigen zeitlichen Intervallen a priori ausgewählt, sodass eine Sitzung am Anfang, eine nach dem ersten Drittel, eine weitere nach dem zweiten Drittel und eine am Ende der Behandlung für jeden

¹⁶² Die Zuordnung der Therapeuten in Bezug auf seine therapeutische Haltung wurde als „beziehungsorientiert“, „differenzierungsorientiert“ oder „gemischter Typus“ klassifiziert, (siehe oben).

Patienten vorlagen. Da die Behandlungsdauer zwischen den Therapien variiert, wurden die zu untersuchenden Sitzungen jeweils in Bezug auf die Gesamtanzahl der Sitzungen ausgewählt.¹⁶³

Die diagnostische Unterscheidung zwischen der anaklitischen und introjektiven Konfiguration dient der Erfassung der Patientenvariable und erlaubt die Unterscheidung zwischen den beiden Gruppen. Neben der Beurteilung des Patienten wurde auch der Therapeut eingeschätzt hinsichtlich einer Orientierung an der Dimension „Bezogenheit“ oder an der Dimension „Selbstdefinition“ und entweder als „beziehungsorientiert“, differenzierungsorientiert“ oder als „gemischter Typus“ klassifiziert, wie bereits ausgeführt wurde.

Die Einschätzung der strukturellen Ebene des Patienten mithilfe des DRS ermöglicht dagegen die Differenzierung innerhalb der Gruppen und die Erfassung der Veränderungsprozesse. Die therapeutische Veränderung beim vierten und letzten Messzeitpunkt gilt hier als Ergebnismaß. Das PQS dient der Erfassung und Quantifizierung des Therapieprozesses, das Aussagen zu Prozessvariablen sowohl in Bezug auf Patienten als auch auf Therapeuten sowie deren Interaktion erlaubt. Mit dem CALPAS wird die therapeutische Beziehung beurteilt, die ebenfalls zwischen Patienten- und Therapeutenbeitrag unterscheidet sowie deren Zusammenarbeit bewertet. Somit werden verschiedene Konstrukte erfasst und können miteinander in Beziehung gesetzt sowie deren Veränderung über die Zeit ermittelt werden.

¹⁶³ So wäre beispielsweise bei einer 100stündigen Therapie, der erste Messzeitpunkt (MZP) zu Therapiebeginn, der zweite MZP nach etwa 33 Sitzungen, der dritte nach ca. 66 Sitzungen und der vierte kurz vor der letzten Sitzung ausgewählt worden. Wenn eine Therapie doppelt so lang dauert, dann werden die Sitzungen ebenso ausgewählt, dass jeweils nach ca. einem Drittel der Therapie ein Prozessausschnitt anhand einer Sitzung untersucht wird. Die erste Messung sollte nach Möglichkeit zwischen der dritten und fünften Sitzung erfolgen, da sich die therapeutische Beziehung zu dieser frühen Phase als besonders guter Prädiktor bewährt hat (vgl. Kap. 2.4.3, S.45f).

4.6 Das Vorgehen

Die Sitzungen wurden von unabhängigen Ratern¹⁶⁴ ausgewertet, die sowohl für den Messzeitpunkt als auch für den jeweiligen Patienten verblindet waren, indem den Sitzungen Codenummern in einer zufälligen Auswahl zugeordnet wurden. Diese codierten und anonymisierten Datenträger wurden den Ratern von Forschungsmitarbeitern des jeweiligen Projekts für eine bestimmte Zeit zur Verfügung gestellt. Nachdem die Rater die Sitzungen unabhängig voneinander ausgewertet haben, wurden die Auswertungen den jeweiligen Projektmitarbeitern vorgelegt. Die Rater wurden regelmäßig von erfahrenen Therapieforschern supervidiert. Zusätzlich fand nach jeweils zehn ausgewerteten Sitzungen eine sog. Kalibrierung statt, bei dem einzelne Sitzungen diskutiert wurden, um zu überprüfen, ob es nicht nur eine statistische Übereinstimmung, sondern auch einen Konsens zum klinischen Eindruck zwischen den Ratern gab.

Der erste Teil der Datenerhebung erfolgte in einem Zeitraum von einem Jahr, an der amerikanischen Teilstichprobe überwiegend mit dem PQS. Um einen Rater-Bias zu vermeiden, wurden nicht alle Ratings von der Autorin erhoben, zudem wird das PQS stets von zwei unabhängigen Ratern ausgewertet. Anschließend wurden die Ulmer Daten geratet. Mit einem zeitlichen Abstand von mehreren Monaten wurden die Sitzungen aus dem amerikanischen Archiv erneut ausgewertet, diesmal im Hinblick auf die diagnostische Unterscheidung zwischen den Konfigurationen der Patienten (anaklitischen und introjektiv) sowie dem jeweiligen Ausprägungsgrad auf der Ana-Int-Skala. Analog dazu wurde der therapeutische Stil (beziehungsorientiert und differenzierungsorientiert) klassifiziert. Zudem wurde die strukturelle Einschätzung auf der DRS vorgenommen. Nach weiteren Monaten wurden die Sitzungen ein drittes Mal ausgewertet, schließlich mit dem CALPAS zur Erfassung der therapeutischen Beziehung.

¹⁶⁴ Die Rater waren stets Doktoranden oder Studenten im Fach Klinische Psychologie. Bei den meisten Ratings war die Autorin eine der Rater, wobei ihr teilweise Ratings zur Verfügung gestellt wurden. Alle Rater des PQS der hier vorgestellten Studie haben ein intensives Training absolviert und eine gute Reliabilität mit den „Master-Ratern“ (Dr. Levy und Dr. Ablon) erreicht.

Im zweiten Teil der Datenerhebung wurden die Münchner Sitzungen nach demselben Vorgehen mit dem PQS von zwei Ratern ausgewertet. Anschließend wurde die Bewertung der Patientencharakteristika (Ana-Int-Skala und DRS) vorgenommen und im dritten Jahr die CALPAS-Ratings in der Münchner Studie mit einem weiteren Rater¹⁶⁵.

In einem ersten Schritt ordnen unabhängige Rater den jeweiligen Patienten anhand der einzelnen und vollständigen Therapiesitzung auf der Grundlage der Synopsis (Blatt & Ford 1994, S.277) dem anaklitischen *oder* introjektiven Typus zu. In einem zweiten Schritt beurteilen sie auf einer Skala von 0 bis 100, in welchem Ausmaß diese Zuordnung die Persönlichkeit und die Psychopathologie widerspiegelt, wobei die Rater nicht über den tatsächlichen Messzeitpunkt informiert sind. Aufgrund der Zuordnung zum ersten Messzeitpunkt werden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt, die für die weitere Datenanalyse herangezogen werden. Anschließend wurde die diagnostische Differenzierung zwischen den beiden Persönlichkeitskonfigurationen sowie die DRS zur Erfassung des Strukturniveaus angewendet (vgl. S.234). Dabei werden anhand des Manuals (Diamond et al. 1991) jeweils ein Wert für die Selbstrepräsentation und ein Wert für die Objektrepräsentation vergeben. Die Einschätzung der therapeutischen Beziehung mit der CALPAS wurde als letzter Schritt im Ratingprozess durchgeführt.

Das PQS erfordert durchgehend zwei zertifizierte Rater, während die CALPAS lege artis drei Rater und die Unterscheidung der Blattschen Persönlichkeitstypen sowie die DRS von einem geschulten Rater ausgewertet werden kann. Dabei sollte jedoch zumindest bei einer Teilstichprobe ein zweiter Rater hinzugezogen werden.

Die vier verschiedenen Forschungsinstrumente wurden zu allen Messzeitpunkten innerhalb jeder der 29 Behandlungsverläufe angewendet. Der kombinierte Methodeneinsatz mit der DRS und der diagnostischen

¹⁶⁵ Die Datenerhebung wurde über einen Zeitraum von ca. drei Jahren durchgeführt. Durch die großen zeitlichen Abstände zwischen den Ratingsphasen sollte erreicht werden, dass ein Rating einer Sitzung mit einem Instrument durch ein vorheriges Rating mit einem zweiten Instrument, z.B. PQS und CALPAS, nicht verzerrt wird. Die Autorin war bei den meisten Ratings, jedoch nicht bei allen PQS-Ratings an der Datenerhebung bzw. Auswertungsphase beteiligt, während mehrere Rater für die Zweitratings hinzugezogen wurden.

Zuordnung ermöglicht sowohl eine kategoriale als auch eine dimensionale Differenzierung zwischen den beiden Persönlichkeitsgruppen einerseits sowie einen Vergleich der Patienten innerhalb der anaklitischen und introjektiven Konfiguration andererseits. Die Methodenkombination richtet sich auf die Erfassung der Konstrukte (therapeutische Beziehung, Ausprägung der Persönlichkeitskonfiguration, der Passung usw.) und den Veränderungsprozess des Patienten einerseits sowie die Interaktionsstrukturen der jeweiligen Dyade andererseits.

4.7 Definition des Therapieerfolgs

Das Therapieergebnis ergibt sich aus der Strukturveränderung des Patienten, die anhand von zwei Skalen erfasst wird, wobei insgesamt drei Werte ermittelt werden. Dieser wird anhand der Skala zur Einschätzung der Ausprägung der anaklitischen und introjektiven Dimension (Ana-Int-Skala) sowie der *Differentiation-Relatedness Scale* (DRS) definiert, wobei Letztere zwischen der Selbstrepräsentation (DRS-Selbst) und der Objektrepräsentation (DRS-Objekt) differenziert. Dabei wird „Therapieerfolg“ definiert als eine positive Veränderung auf mindestens einer Skala bzw. für einen Score. Um dieses Kriterium zu erfüllen, muss auf der DRS mindestens eine höhere Stufe und auf der Ana-Int-Skala mindestens zehn Punkte erreicht werden, um eine klinisch sinnvolle Unterscheidung zu erhalten.¹⁶⁶ Die Betrachtung der therapeutischen Veränderung bezieht sich auf den gesamten Therapieverlauf und auf die verschiedene Messzeitpunkte. Der vierte Messzeitpunkt bildet zugleich das Therapieende ab und daher können Werte aus der letzten erhobenen Sitzung nicht mehr zu einem weiteren Messzeitpunkt, z.B. Katamnese, in Beziehung gesetzt werden.

Zusätzlich wird der *Reliable Change Index* (RCI) nach Jacobson und Truax (1991) erfasst, um die klinische signifikante Veränderung auf der Individuumsebene zu erfassen. Dieser Index ermöglicht zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Veränderungen zu unterscheiden.

¹⁶⁶ Dieses Vorgehen wurde nach eingehender Diskussion im Doktorandenseminar erarbeitet.

4.8 Statistische Methoden

Reliabilitätsberechnungen

Die Berechnung der Interrater-Reliabilität wurde entsprechend der Fragestellung und in Anlehnung an die Autoren der jeweiligen Instrumente durchgeführt. Die Interrater-Reliabilität des PQS wird mit der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson berechnet. Dabei müssen zwei Rater mindestens eine Übereinstimmung von $r \geq .50$ erreichen. Die Übereinstimmung bei der binären Unterscheidung zwischen anaklitisch und introjektiv sowie die der therapeutischen Haltung wird mit Cohens Kappa berechnet, da es sich hierbei um nominale Daten handelt. Die Übereinstimmung in den Einschätzungen zwischen den Ratern auf der Ana-Int-Skala und bei der *Differentiation-Relatedness Scale* (DRS)¹⁶⁷ wurden mit der Intraclass-Korrelationskoeffizient ICC¹⁶⁸ berechnet. Bei der CALPAS wird ebenfalls der ICC angewendet (Gaston & Marmar 1993). Bei allen vorliegenden Ratings von zwei Ratern wurde zudem die interne Konsistenz mit Crohnbachs Alpha berechnet.

Statistische Methoden zur Hypothesenüberprüfung

Die Datenanalyse wurde mit der Statistik-Software *PASW Statistics 19* (SPSS; *Statistical Package of Social Sciences*; IBM) ausgewertet. Zunächst wird eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalysen mit Varimax-Rotation) mit den PQS-Daten über alle Messzeitpunkte auf Personenebene durchgeführt, d.h. dass die Teilnehmer (N= 29) die Variablen darstellen. Das Ergebnis charakterisiert Therapieprofile bzw. PQS-Profile, die von den Patienten in unterschiedlicher Ausprägung repräsentiert werden. Jeder Patient stellt somit eine Messung eines Therapieprofils dar. Die folgenden Faktorenanalysen werden stets auf Sitzungsebene (N = 116) berechnet, um Faktoren zu ermitteln, die den Therapieprozess

¹⁶⁷ Die DRS ist grundsätzlich ordinalskaliert, da von distinkten Stufen ausgegangen wird und nicht von einem dimensional Ausprägungsgrad (Blatt, Auerbach & Ayrar 1998, S.83). Dennoch wurden bei der Einschätzung Zwischenstufen vergeben, da die strukturellen Unterschiede zwischen den Stufen groß sind und nicht ausreichend in dieser Stichprobe differenzieren. Zudem wurden für den Wert des DRS-Objekts Mittelwerte gebildet, sofern mehr als ein wichtiger Anderer beschrieben wurde

¹⁶⁸ Es handelt sich um die *Intraclass Correlation* (ICC [2;2]) nach Shrout & Fleiss (1979)

charakterisieren, wobei die PQS-Items die Variablen darstellen. Das Ergebnis präsentiert Verlaufsformen, die den Therapieprozess unabhängig vom Patienten charakterisieren und die mit Hilfe der PQS-Items gemessen werden. Jedes Item stellt somit eine Messung eines oder mehrerer punktueller Veränderungen dar, die die Dimensionen des Therapieprozesses erfassen können. Um zu überprüfen, ob sich die Therapieprozesse zwischen den Gruppen unterscheiden, werden die PQS-Ratings auf Sitzungsebene für anaklitische und introjektive Patienten getrennt gerechnet. Diese Differenzierung wird sowohl über alle Messzeitpunkte durchgeführt, als auch über einzelne Messzeitpunkte, um Unterschiede über den Zeitverlauf anhand von ermittelten Faktoren zu untersuchen.

Aufgrund der Stichprobengröße wird der exakte Test nach Fisher als Signifikanztests für die Unterschiede gewählt, da der Chi-Quadrat-Test nicht durchgeführt werden kann, weil die Bedingung, dass in jeder Zelle der Vierfeldertafel die erwartete Anzahl > 5 sein muss, nicht erfüllt ist. Da sich die PQS-Items auf Beschreibungen des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen beziehen, werden für die Faktorenanalyse drei Faktoren angenommen. Mittelwertsunterschiede der Faktorscores werden durch t-Tests berechnet.

Die Übereinstimmung bzw. der Zusammenhang zwischen den PQS-Ratings der vorliegenden Stichprobe mit den Prototypen nach Ablon und Jones (1998, 1999) werden anhand von Korrelationsanalysen (nach Pearson) berechnet. Um die Verläufe der therapeutischen Beziehung, die anhand des CALPAS operationalisiert sind, zu messen, wird eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung gewählt. Vorab wird mit einer univariaten Prüfung getestet, welche Kontroll- bzw. Störvariablen signifikant sein könnten. Dabei werden fünf Modelle gerechnet, wobei jeweils eine der vier Subskalen und der Gesamtwert als abhängige Variable und die Patientengruppe, die Messzeitpunkte und ggf. die signifikanten Kontrollvariablen als unabhängige Variable eingehen. Ebenso wird als statistisches Modell eine univariate Varianzanalyse gewählt, um die therapeutische Veränderung über den Zeitverlauf zu berechnen sowie Effekte von Prozessvariablen auf das Therapieergebnis bzw. Veränderung zu erfassen. Dabei wird stets zwischen zwei Zeiträumen unterschieden, in

denen eine Veränderung eintreten kann. Da der vierte Messzeitpunkt die letzte Erhebung darstellt, werden stets die Effekte vom ersten, zweiten und dritten Messzeitpunkt auf den vierten berechnet. Mit multivariaten Varianzanalysen können unterschiedliche Verlaufsformen (z.B. linear usw.) ermittelt werden.

Für die Berechnung der therapeutischen Veränderung werden zwei Ansätze gewählt. Zunächst wird eine neue ordinalskalierte Variable eingeführt, die vier Stufen unterscheidet: keine Veränderung, eine Veränderung auf einer Skala, eine Veränderung auf zwei Skalen und eine Veränderung auf drei Skalen. Auf dieser Grundlage wird die Häufigkeit und die Ausprägung deskriptiv dargestellt.

Anschließend wird der *Reliable Change Index* (RCI)¹⁶⁹ berechnet, um die statistische Signifikanz der Veränderung der Patienten durch die therapeutische Behandlung zu ermitteln. Dabei wird ebenfalls jeweils der Einfluss der ersten drei Messzeitpunkte auf den vierten ermittelt. Durch einen Cut-off-Wert kann ermittelt werden, ob eine klinische Signifikanz erreicht wurde oder nicht. Anhand dieser Unterscheidung wird eine dichotome Variable eingeführt, die zwischen erfolgreichen und nichterfolgreichen Therapieverläufen differenziert. Dies ermöglicht mittels t-Test unabhängiger Stichproben die PQS-Items zwischen diesen beiden zu Gruppen vergleichen. Um Moderatoreffekte zu identifizieren werden univariate Varianzanalysen durchgeführt, und anschließend ordinale Regressionsmodelle gerechnet. Schließlich wird mithilfe eines nonparametrischen Rangsummentest (Mann-Whitney-U-Test) auf Medianunterschiede zwischen den Gruppen getestet, z.B. um Unterschiede zwischen Patienten oder Dyaden zu überprüfen.

¹⁶⁹ Der RCI ist die Division der Veränderung durch den Standardfehler der Differenz. Er wird berechnet, indem die durchschnittliche Standardabweichung des Index zu MZP 1 bis 4 berechnet wird (und mit dem Faktor Wurzel ($2 \cdot (1 - \text{Reliabilität})$) multipliziert wird. Die Reliabilität wurde als mittlere Reliabilität aus dem Cronbachs Alpha der Skalen DRS (Selbst und Objekt) und Ana-Int-Skala geschätzt.

5 Ergebnisse

5.1 Deskriptive Ergebnisse

Stichprobe: Patienten

In der Stichprobe ($N = 29$) sind 22 Frauen (76%) und sieben Männer (24%), die zu Therapiebeginn zwischen 21 und 51 Jahre alt sind ($M = 31.86$; $SD = 8.64$; $Med = 30$), wobei der Anteil der unter 40jährigen bei 83 % liegt (Tab. 5). In der Teilstichprobe aus dem Münchner Projekt *MBWP* sind zwölf Frauen und drei Männer, in der amerikanischen Stichprobe sind sechs Frauen und vier Männer, während aus der *Ulmer Textbank* vier Frauen und keine Männer in die Gesamtstichprobe einfließen (siehe Abb.2).

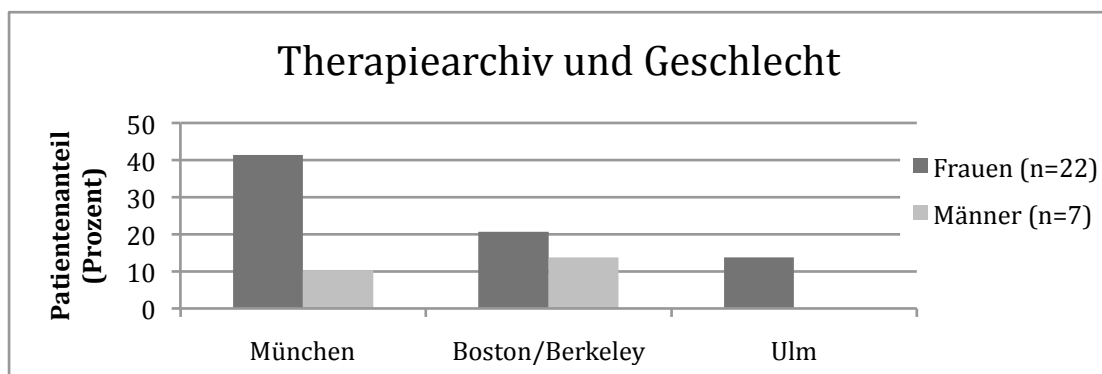


Abb.2. Geschlechterverhältnis der Patienten in jedem der drei Therapiearchive München, Boston/Berkeley, Ulm

Der höchste Schulabschluss der teilnehmenden Patienten ist wie folgt verteilt: fünf (17.3%) haben die Mittlere Reife, sechzehn (55.1%) das Abitur (bzw. High-School-Abschluss) und drei (10.3%) haben einen Abschluss einer Hochschule bzw. eines Colleges, bei den restlichen fünf (17.3%) fehlen die Angaben. Unter den Teilnehmern sind zwölf (41.4%) Berufstätige, davon drei (10.3%) Selbstständige sowie Personen mit freien Berufen, elf (37.9%) Studenten, drei (10.3%) Hausfrauen und Arbeitslose, bei weiteren 10.3% fehlen die Angaben. Die Angaben zum Familienstand der Teilnehmer ebenfalls zu Therapiebeginn zeigen, dass siebzehn (59%) ledig sind, sieben (24%) der Teilnehmer verheiratet oder in eheähnlicher Lebensgemeinschaft und vier (14%) getrennt lebend oder geschieden sind (Tab. 5). Die meisten Teilnehmer sind kinderlos, während sechs (20.6%) aus der Gesamtstichprobe Kinder haben.

Tab. 5. Soziodemographische Daten Alter, Familienstand, Bildungsniveau, aktuelle berufliche Tätigkeit der Stichprobe N = 29 Patienten in Häufigkeiten (und Prozent)

Geschlecht	Frauen	Männer			
	22 (76.9%)	7 (24.1%)			
Alter	M	SD	Min	Max	
	31.86	8.64	21	51	
Familienstand	ledig	verheiratet / eheähnlich	geschieden/ getrennt	verwitwet	Angabe fehlt
	17 (59%)	7 (24%)	4 (14%)	0	1 (3%)
Bildungsniveau	Mittlere Reife	Abitur/ High School	Universität/ College	Angabe fehlt	
	5 (17.3%)	16 (55.1%)	3 (10.3%)	5 (17.3%)	
Berufliche Tätigkeit (aktuell)	Selbstständig	Angestellt	Student	Arbeitslos/ Hausfrau	Angabe fehlt
	3 (10.3%)	9 (31.1%)	11 (37.9%)	3 (10.3%)	3 (10.3%)

Unter den 29 Patienten leiden 27 (93%) zu Therapiebeginn unter einer Major Depression. Als Hauptdiagnose nach ICD-10¹⁷⁰ wurde bei sechzehn Patienten (55.2%) eine Affektive Störung diagnostiziert, bei fünf Patienten (17.2%) eine Angststörung und bei einer Patientin eine Essstörung, bei einem Patienten eine Substanzabhängigkeit und bei jeweils drei weiteren eine somatoforme und bei einem weiteren Patienten eine sexuelle Störung (vgl. zusammengefasst in „andere Diagnosen“ in Tab. 6). An Persönlichkeitsstörungen¹⁷¹ leiden 12 (41.3%) Patienten, darunter sind vier (13%) vom Cluster A, drei (10%) vom Cluster B und sechs (17.2%) vom Cluster C. Bei acht Patienten (28%) liegt keine Persönlichkeitsstörung vor und bei neun (31%) fehlen die Angaben. Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht, wobei auf eine Darstellung in Kreuztabellen aufgrund der geringen Stichprobengröße verzichtet wird (Tab. 6). Es wird deutlich, dass es sich um

¹⁷⁰ World Health Organization. (2008)

¹⁷¹ Nach DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). In verschiedenen Forschungsprojekten wurden unterschiedliche Diagnosesysteme verwendet.

eine heterogene Stichprobe handelt, obgleich die Mehrheit der Patienten

Depression	Ja		Nein		
	27 (93.1%)		2 (6.9%)		
Hauptdiagnose	Depression		Angststörungen	Andere Diagnosen	
	16 (55.2%)		5 (17.2%)	8 (27.6%)	
Persönlichkeitsstörung	keine	Cluster A	Cluster B	Cluster C	Angabe fehlt
	8 (27.6%)	4 (13.8%)	3 (10.3%)	5 (17.2%)	9 (31%)

unter Depressionen leidet.

Tab. 6 Diagnosen der Patienten (N=29) aus der Stichprobe in Häufigkeit (Prozent)

Im Rahmen dieser Arbeit ist die psychische Struktur basierend auf der vorgestellten Theorie von Interesse. Bei der Unterscheidung zwischen anaklitischer und introjektiver Persönlichkeitskonfiguration¹⁷² sind vier (13.8%) anaklitische und 25 (86.2%) introjektive Patienten. Unter den anaklitischen Patienten sind drei Frauen und unter den introjektiven 19 Frauen (Abb. 3).

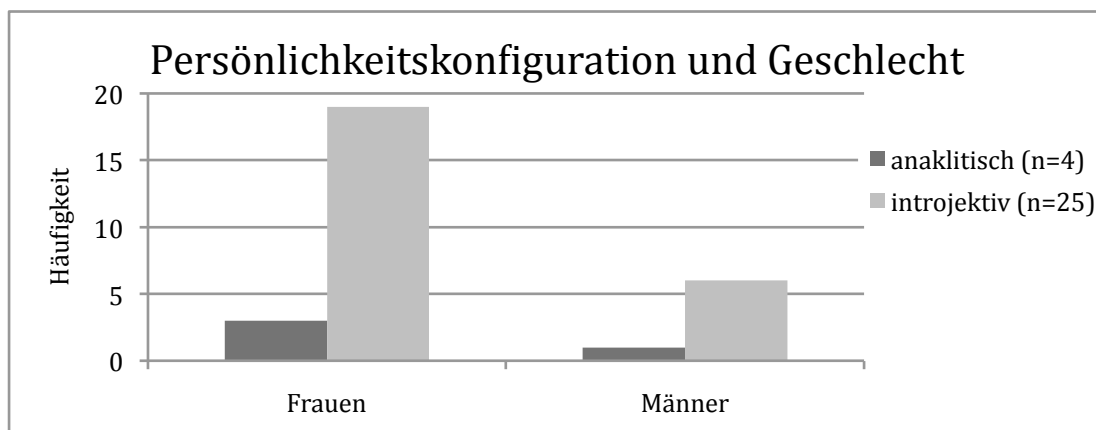


Abb. 3. Verteilung Persönlichkeitskonfiguration und Geschlecht der Patienten (N=29) (in Prozent)

Stichprobe: Therapeuten

¹⁷² Auf der Sitzungsebene waren ca. 90% (105 Sitzungen) eindeutig einer der beiden Gruppen zuzuordnen, während die erste Raterin bei den übrigen einen gemischten Typus für möglich hielt. Diese bleiben in dieser Studie unberücksichtigt.

In der vorliegenden Stichprobe sind 26 TherapeutInnen und Therapeuten, darunter ist ein Therapeut, der vier Patientinnen behandelte. Unter den TherapeutInnen sind vierzehn Frauen (53.8%) und zwölf Männer (46.2%). Von den 22 Patientinnen wurden zwölf (54.5%) von Therapeutinnen behandelt, zehn (45.5%) von Therapeuten, während zwei von sieben (28.6%) männlichen Patienten von Therapeutinnen und fünf (71.4%) von männlichen Therapeuten behandelt wurden. Somit gibt es unter den 29 therapeutischen Dyaden siebzehn (58.6%) gleichgeschlechtliche therapeutische Dyaden. Unter den zwölf (41.4%) gemischtgeschlechtlichen Dyaden gibt es zehn (34.5%) Dyaden von Patientinnen und Therapeuten und zwei (6.9%) Dyaden von Patienten und Therapeutinnen (Abb.4).

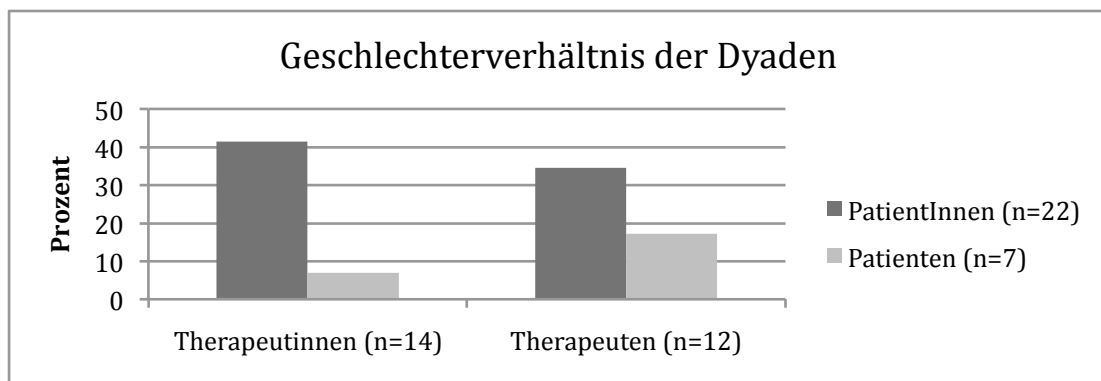


Abb. 4. Verteilung des Geschlechts zwischen TherapeutInnen und PatientInnen in N= 29 therapeutischen Dyaden

Alle teilnehmenden Psychoanalytiker¹⁷³ haben mehr als fünf Jahre Berufserfahrung, während unter den Psychotherapeuten vier mehr als fünf Jahre und zwei weniger als fünf Jahre Berufserfahrung aufweisen (bei vier weiteren fehlen die Angaben). In dieser Stichprobe sind alle sechzehn Therapeuten (61.5%) aus den deutschen Teilstichproben (München und Ulm) Psychoanalytiker und alle zehn (38.5%) Psychotherapeuten aus der US-amerikanischen Stichprobe Klinische PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen (Tab. 7).

¹⁷³ Hier wird nun nicht mehr nach Geschlecht differenziert. Die männliche Berufsbezeichnung „Psychoanalytiker“ und „Psychotherapeut“ sowie „Patienten“ gilt erneut für beide Geschlechter gleichermaßen. Bei dem Begriff „Therapeuten“ wird nicht zwischen Psychoanalytikern und Psychotherapeuten differenziert.

Therapie- ausbildung \ Variable	Land		Geschlecht	
	Deutsch- land	USA	Frauen	Männer
Psychotherapeut	0	16 (61.5%)	4 (15.4%)	6 (23.1%)
Psychoanalytiker	10 (38.5%)	0	10 (38.5%)	6 (23.1%)
Gesamt (N=26)	10 (38.5%)	16 (61.5%)	14 (53.9%)	12 (46.2%)

Tab.7. Kreuztabelle für Therapieausbildung, Land und Geschlecht der Therapeuten

Von den Behandlungen waren fünfzehn (51.7%) psychoanalytische Psychotherapien (dreistündig im Liegen) und vierzehn (48.3%) psychodynamische Psychotherapien (ein- oder zweistündig im Sitzen). Das heißt, dass fünfzehn Psychoanalytiker psychoanalytische Psychotherapien durchgeführt haben. Alle psychodynamischen Psychotherapeuten sowie ein Psychoanalytiker haben psychodynamische Psychotherapien durchgeführt, wobei der Psychoanalytiker vier Patienten behandelte (vgl. Abb. 5).

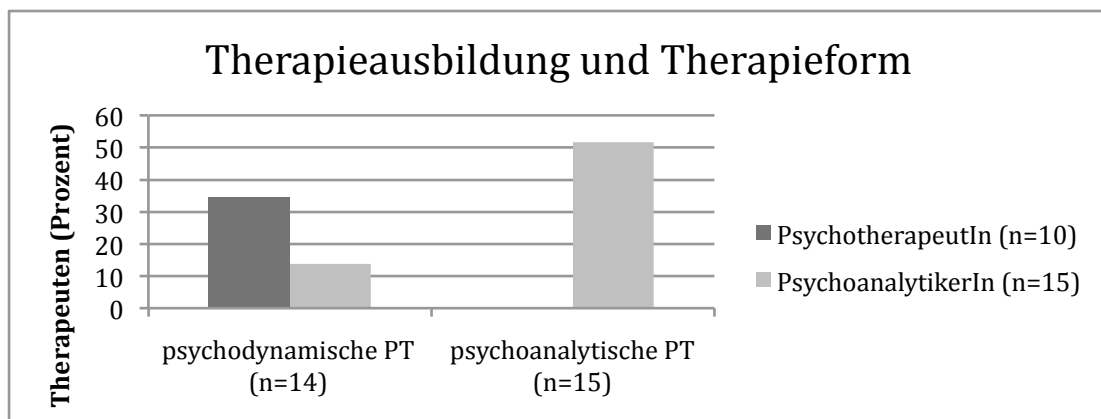


Abb. 5. Verhältnis der Ausbildung des Therapeuten und der angewendeten Therapieformen psychodynamische und psychoanalytische Therapie (PT)

Therapieverfahren

Von den 29 Behandlungen waren fünfzehn (51.7%) psychoanalytische Psychotherapien (dreistündig im Liegen) und vierzehn (48.3%) psychodynamische Psychotherapien (ein- oder zweistündig im Sitzen). Die

Behandlungsdauer lag durchschnittlich bei 45 Monaten, und die Gesamtanzahl der Sitzungen lag durchschnittlich bei 251 Stunden (durchschnittlich zu je 50 Minuten). Psychoanalytische Psychotherapien hatten meist eine etwa doppelt so lange Behandlungsdauer wie psychodynamische Psychotherapien und etwa doppelt so viele Sitzungen (siehe Abb. 6).

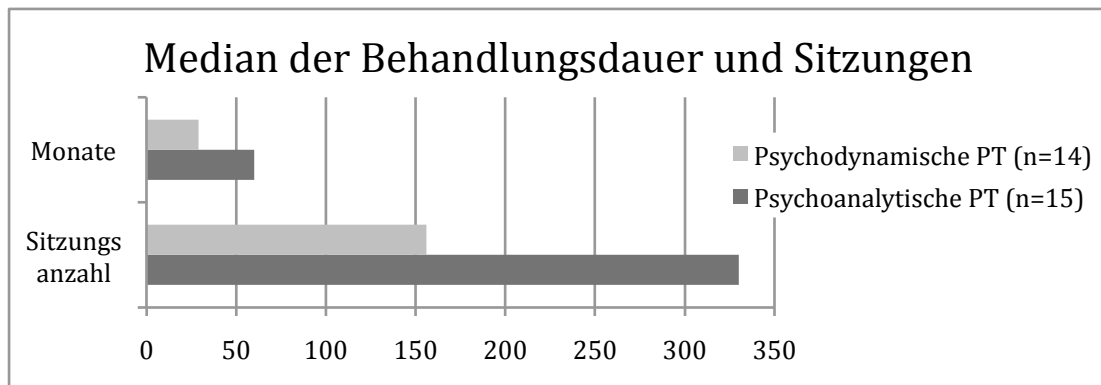


Abb. 6 Median zur Anzahl der Sitzungen und der Behandlungsdauer in Monaten für die psychodynamische und für die psychoanalytische Psychotherapie (PT)

Die Anzahl der Sitzungen in psychodynamischer Psychotherapie lag bei mindestens 79 und höchstens 208 Sitzungen, während sie bei der psychoanalytischen Therapie zwischen 330 und 450 Stunden liegt (Tab. 8).

Tab. 8. Mittelwert (M), Standardabweichung (SD), Median (Med), Minimum (Min.) und Maximum (Max) der Gesamtzahl der Sitzungen und der Behandlungsdauer (in Monaten) gesamt und je Therapieform

Therapieform	Variable	M	SD	Med	Min.	Max.
Psychodynamische PT	Gesamtzahl Sitzungen	152	37.7	156	79	208
	Dauer (Monate)	27.4	8.9	29	15	37
Psychoanalytische PT	Gesamtzahl Sitzungen	343.2	55.0	330	250	450
	Dauer (Monate)	59.6	15.3	60	36	84
Gesamt	Gesamtzahl Sitzungen	250.9	106.5	250	79	450
	Dauer (Monate)	45.1	19.5	42	15	84

Die Erhebungen erfolgten zu unterschiedlichen Zeitpunkten in Bezug auf die durchschnittliche Behandlungsdauer, jedoch in regelmäßigen zeitlichen Abständen in Bezug auf den jeweiligen zu untersuchenden

Behandlungsprozess¹⁷⁴. Da die Therapieverläufe dieser naturalistischen Studie in Behandlungsdauer und Anzahl der Sitzungen sehr verschieden sind, unterscheiden sich die Messzeitpunkte in Bezug auf ihre jeweilige Sitzungszahl.

Tab.9 Sitzungszahl zu den vier Messzeitpunkten (MZP) zwischen psychodynamischer (n=14) und psychoanalytischer Therapie (n=15) mit Mittelwerten (M), Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max)

Therapieform	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	M (SD)		M (SD)		M (SD)		M (SD)	
Psychodynamische PT	4.43 (1.16)		51.36 (13.92)		103.57 (28.02)		150.36 (43.01)	
Psychoanalytische PT	7.07 (7.01)		82.60 (4.12)		164.87 (7.52)		243.13 (13.07)	
	Min / Max		Min / Max		Min / Max		Min / Max	
Psychodynamische PT	3	8	26	70	52	140	153	205
Psychoanalytische PT	2	20	74	92	153	188	219	283

Die Messzeitpunkte wurden anhand der Gesamtsitzungszahl in jedem Verlauf ausgewählt, sodass jede Messung nach einem Drittel im jeweiligen Behandlungsverlauf erfolgt. (Tab. 9). Der erste Messzeitpunkt lag möglichst zwischen der dritten und fünften Sitzung, der zweite nach dem ersten Drittel, der dritte nach dem zweiten Drittel und der vierte Messzeitpunkt war eine der letzten Sitzungen.

¹⁷⁴ Dieses Vorgehen wurde an die Gegebenheiten der Münchner Stichprobe angepasst, da in dieser jeweils ein zeitlicher Abstand von 80 Stunden zugrunde liegt bei geplanten 240 Sitzungen. Aufgrund dessen wurde bei den anderen Archiven darauf Bezug genommen und zu Beginn die Sitzungen ausgewählt, die den Therapieprozess ebenfalls in Drittel aufteilen. Dies war möglich, da die meisten Behandlungen bereits abgeschlossen waren.

5.2 Reliabilitätsanalyse

Die Unterscheidung in anaklitische und introjektive Konfigurationen wurde bei 16 von 29 Patienten (55.2%) beim ersten Messzeitpunkt zur Identifizierung der „Pre-treatment Characteristic“ von einem zusätzlichen Rater ausgewertet. Dabei stimmten sie bei vierzehn Patienten (87.5%) dieser Teilstichprobe in der dichotomen Einschätzung überein. Es handelt sich um eine moderate Übereinstimmung (Cohens Kappa¹⁷⁵ $\kappa = .58$) und die interne Konsistenz ist akzeptabel (Cronbachs Alpha¹⁷⁶ $\alpha = .74$) (vgl. Tab. 10). Die Einschätzung des Therapeuten hinsichtlich seiner therapeutischen Haltung zwischen beziehungsorientiert und differenzierungsorientiert wurde in 14 Fällen (44.8%) von 29 Dyaden zum jeweils ersten Messzeitpunkt eingeschätzt. Dabei wurde ebenfalls eine moderate Übereinstimmung ($\kappa = .53$) und eine nahezu akzeptable interne Konsistenz ($\alpha = .68$) erreicht.

Die dichotome Unterscheidung zwischen anaklitischer und introjektiver Persönlichkeitskonfiguration wurde nicht nur bei den jeweils ersten Messzeitpunkten vorgenommen, sondern für die Erfassung der therapeutischen Veränderung für alle $N = 116$ Sitzungen. Dabei wurde für 37 (31.9%) Sitzungen ein zweiter unabhängiger Rater hinzugezogen. Hierbei war sowohl die Übereinstimmung ($\kappa = .93$) als auch die interne Konsistenz ($\alpha = .97$) hervorragend (vgl. Tab.10).

Bei 25 Sitzungen (22%) aus allen $N=116$ Sitzungen schätzten jeweils zwei Rater auf der 100-Punkt-Skala die dimensionale Bewertung der anaklitischen bzw. introjektiven Konfiguration ein. Die dimensionale Einschätzung auf der 100-Punkt- Skala¹⁷⁷ zwischen den Ratern war sehr gut ($ICC^{178} = .91$) ebenso die interne Konsistenz ($\alpha = .96$) (vgl. Tab.10).

¹⁷⁵ Cohen (1968); nach Landis & Koch (1977) sind Cohen's Kappa-Werte $\kappa < 0$ als schlecht, 0.0-0.20 gering, 0.21-0.40 als ausreichend, 0.41-0.60 als mäßig/moderat, 0.61-0.80 als gut/substanziell, 0.81-1.00 als fast perfekte Übereinstimmung zu betrachten (vgl. auch Wirtz & Caspar 2002)

¹⁷⁶ Der Koeffizient von Cronbachs Alpha bei einem Wert $< .5$ unakzeptabel, $.6 > \alpha \geq .5$ schwach, bei $.7 > \alpha \geq .6$ fragwürdig; bei $.8 > \alpha \geq .7$ akzeptabel, bei $.9 > \alpha \geq .8$ gut und bei $\alpha \geq .9$ ausgezeichnet (vgl. Streiner & Norman 1989)

¹⁷⁷ Die Einschätzung erfolgte nach dem Prozedere von Blatt & Ford (1994, S.70f).

¹⁷⁸ Intraclass Correlation ICC [2,2] (nach Shrout & Fleiss 1979)

Bei der DRS-Skala wurden die beiden Variablen der Selbstrepräsentation (DRS-Selbst) und die Objektrepräsentation (DRS-Objekt) bei 12 von 116 Sitzungen (10.3%) von einem weiteren unabhängigen Rater¹⁷⁹ eingeschätzt. Die interne Konsistenz der Ratings war sehr gut ($\alpha = .77$) und die Interrater-Reliabilität ist gut (ICC = .63) (vgl. Tab.10).

Tab.10. Übersicht über den Anteil der Ratings mit 2 Ratern und Angaben zur Reliabilität (Cronbachs Alpha) und der jeweilige Reliabilitätsmaß und –koeffizient (Kappa oder Mittelwert (M) der ICC)

	MZP	Anzahl Sitzungen	2. Rater Anzahl (Prozent %)	Cronbach's Alpha	Reliabilitätsmaß	Kappa bzw. M
Ana-Int-dichotom	1	29	16 (55.2%)	.74	Kappa	.58
Passung (Bez-Diff)	1	29	14 (44.8%)	.70	Kappa	.53
Ana-Int-dichotom	1 - 4	116	37 (31.9%)	.97	Kappa	.93
Ana-Int-Skala	1 - 4	116	25 (21.6%)	.95	ICC	.91
DRS	1 - 4	116	12 (10.3%)	.77	ICC	.63
CALPAS	1 - 4	116	91 (78.4%)	.84	ICC	.81
PQS	1 - 4	116	116 (100%)	.83	Pearson	.71

Beim CALPAS wurden in 91 von N=116 Sitzungen (78.4%) jeweils ein weiterer Rater eingesetzt. Die interne Konsistenz zwischen den Ratings ist sehr gut ($\alpha = .84$) und durchschnittliche Interrater-Reliabilität ist ebenfalls sehr gut (ICC = 0.81). Beim PQS werden grundsätzlich alle Sitzungen von zwei Ratern ausgewertet, aus deren Ratings Mittelwerte gebildet werden. Die interne Konsistenz beim PQS¹⁸⁰ ist sehr gut ($M = 0.83$; $SD = 0.61$; $Min. = 0.67$; $Max. = 0.95$) und die Interrater-Reliabilität des PQS ist ausreichend bis gut bis sehr gut (Mittelwert der Pearson-Korrelation $r = 0.71$; $SD = 0.89$; $Min.$

¹⁷⁹ Die unterschiedliche Anzahl an Zweitratings ist auf die geringe Verfügbarkeit weiterer Rater zurückzuführen, die mit dem Verfahren vertraut genug sind und auch deutsch- und/oder englischsprachige Sitzungen raten können. Unter den zweiten Ratern waren neben Doktoranden auch Ratings von vier Senior Psychotherapieforschern, die jeweils eine Sitzung gegengelernt haben, mit denen die Autorin und erste Raterin eine hohe Übereinstimmung erzielte.

¹⁸⁰ Bei 101 Sitzungen (87%) der PQS-Daten liegen der Autorin nur die Mittelwerte und nicht die Einzelratings vor, somit beziehen sich die Angaben zur internen Konsistenz nur auf diese, die Korrelationskoeffizienten für die Interrater-Reliabilität liegt für alle PQS-Daten vor.

= 0.5; *Max.* = 0.90). Insgesamt sind die Reliabilitätswerte zumindest zufriedenstellend bei den kleinen Teilstichproben (auf Personenebene) und gut bis sehr gut bei der gesamten oder größeren Teilstichprobe (auf Sitzungsebene). Daher werden die folgenden Berechnungen mit den Ratings des ersten Raters durchgeführt, außer beim PQS werden *lege artis* die Mittelwerte beider Rater verwendet.

5.3 Überprüfung der Hypothesen

5.3.1 Überprüfung der Hypothese 1a

Es wurde Hypothese 1 a untersucht, ob sich die Therapieprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden. Dabei wird angenommen, dass sie über alle Sitzungen sowie im Zeitverlauf unterschiedlich sind.

Eine explorative Faktorenanalyse über alle Messzeitpunkte auf Patientenebene wurde durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich die Prozesse dieser beiden Typen auf der Patientenebene unterscheiden. Es konnten bei der Hauptkomponentenanalyse zwei Faktoren mit einem Eigenwert > 1,0 mittels Varimax-Rotation extrahiert werden, wobei jeder Faktor ein Therapieprofil abbildet. Anaklitische und introjektive Patienten weisen auf den Faktoren 1 und 2 unterschiedliche Faktorscores auf.

Anschließend wurde untersucht, ob der Unterschied zwischen den beiden Therapieprofilen signifikant ist. Dafür wurde der *Exakte Test nach Fisher* durchgeführt, der auch bei einer geringen Anzahl an Beobachtungen zuverlässige Ergebnisse liefert¹⁸¹. Es zeigt sich eine Tendenz zur Signifikanz ($p = .08$; $\alpha \leq .05$), wodurch die Nullhypothese, die besagt, dass sie sich nicht unterscheiden, nicht abgelehnt werden konnte. Es besteht folglich eine Tendenz hinsichtlich zwei sich voneinander unterscheidende Profile der Therapieprozesse. Es kann angenommen werden, dass der p-Wert signifikant werden würde, wenn eine größere Stichprobe vorläge. Es deutet

¹⁸¹Der Chi-Quadrat-Test kann nicht durchgeführt werden, weil die Bedingung, dass in jeder Zelle der Vierfeldertafel die erwartete Anzahl > 5 sein muss, nicht erfüllt ist.

sich an, dass sich die Therapieprozesse zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden. Nachdem die erste Faktorenanalyse auf Patientenebene durchgeführt wurde, folgt im nächsten Schritt eine Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse) mit Varimax-Rotation auf der Sitzungsebene über alle Messzeitpunkte. Es konnten zwei Faktoren extrahiert werden, deren rotierte Summe quadrierter Ladungen > 5.0 ist. Auf jedem Faktor laden drei Items (> 0.65) und sie laden nicht bzw. nur sehr gering auf dem jeweils anderen Faktor (siehe Tab. 11). Nachdem die beiden gefundenen Profile signifikant zusammenhängen mit den Gruppen (anaklitisch und introjektiv), kann man im Folgenden auch davon sprechen, dass sich die Gruppen diesbezüglich unterscheiden.

Tab. 11. Faktorenanalyse über Patienten als Variablen, zwei Faktoren für PQS-Items mit Faktorladungen > 0.65

PQS-Item	PQS-Item Beschreibung	Faktor 1 »Therapeutenbeitrag«	Faktor 2 »Patientenbeitrag«
89	Therapeut stärkt die Abwehr (vs. stärkt sie nicht)	0.85	0.09
45	Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein (vs. nimmt sie nicht ein).	0.70	0.17
66	Therapeut beruhigt den Patienten (vs. beruhigt ihn nicht).	0.65	0.17
73	Patient fühlt sich der Therapie verpflichtet.	0.09	0.80
95	Patient fühlt sich unterstützt	0.26	0.79
72	Patient versteht das Wesen der Therapie.	0.07	0.75

Der Faktor 1 wird durch drei Therapeuten-Items beschrieben: Der Therapeut stärkt nicht die Abwehr (Item 89-r)¹⁸², ist nicht supportiv (45-r) und bestätigend (65-r). Das wird daher als »Therapeutenbeitrag« bezeichnet. Der Faktor 2 wurde »Patientenbeitrag« genannt, der diese durch folgende Patienten-Items beschreibt: Der Patient ist beteiligt (73), erfährt die Therapie als hilfreich (95) und versteht, was in der Therapie erwartet wird (72). Es zeigt sich, dass der Therapeut bei anaklitischen Patienten aktiver und

¹⁸² Die Richtung der Items wird durch die Mittelwerte auf der Ratingskala bestimmt. Für Faktor 1 lagen die Mittelwerte < 5 , sodass der „uncharakteristische“ Pol des Items gilt, während bei Faktor 2, die Mittelwerte > 5 sind. Hier geht es jedoch um die Faktorstruktur.

weniger mit supportiven Techniken in Erscheinung tritt, z.B. aktiv unterstützt, während sich die Prozesse der introjektiven Patienten durch die aktive Mitarbeit des Patienten auszeichnen.

Die Items in der nachfolgenden Tabelle (Tab. 12) sind charakteristisch¹⁸³ für die Therapieprozesse auf der Ebene einzelner Sitzungen, sowohl für die Sitzungen der anaklitischen als auch der introjektiven Patienten.

Der Patient hat keine Schwierigkeiten, den Therapeuten zu verstehen (Item 5-r), er fühlt sich von ihm verstanden (14-r), ist aktiv beteiligt (15-r), bringt selbst relevante Themen zur Sprache (88) und drückt intensive Gefühle aus (56). Dabei verhält sich der Patient eher angepasst (20-r) und nimmt die Kommentare und Bemerkungen des Therapeuten an (42-r), er fühlt sich sicher und vertraut dem Therapeuten (44-r). Der Therapeut lässt sich charakterisieren als einfühlsam (6) und affektiv bezogen (9), er nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (28), fragt nach (31) und paraphrasiert Mitteilungen des Patienten (65), er kommuniziert klar und verständlich (46), ist nicht herablassend (51-r), sondern freundlich und rücksichtsvoll (77-r). Er benennt wiederkehrende Muster im Verhalten und Erleben des Patienten (62), dabei wirkt er selbstsicher und zuversichtlich (86) und stärkt nicht die Abwehr (89-r). Die Sitzungen haben einen spezifischen Fokus (23) und es werden zwischenmenschliche Beziehungen oder aktuelle bzw. rezente Lebenssituationen besprochen (69) (vgl. Tab.12).

¹⁸³ Der Therapieprozess lässt sich mittels Items aus dem PQS beschreiben, da die Einschätzung auf den Extremwerten der Skala, die charakteristischsten Items widerspiegeln. Es wurde diejenigen ausgewählt $M \leq 3$ und $M \geq 7$, da die mittleren Werte aus der Skala (4 bis 6) den neutralen Bereich charakterisieren und damit die Items, die nicht zutreffen. Dabei ist entscheidend, dass sie sich auf derselben Seite, d.h. > 5 oder < 5 befinden, da dies der Cut-off der bipolar formulierten Items ist. Bei der Interpretation ist zu beachten, dass Werte > 5 die Itembeschreibung als „charakteristisch“ erhalten und die < 5 als „uncharakteristisch“. Letztere sind nicht weniger bedeutend. Dies soll vielmehr verdeutlichen, dass der andere „Pol“ des bipolar formulierten Items gemeint ist.

Tab. 12. Die Items, die für Sitzungen der anaklitischen (Ana; n = 16) und introjektiven (Int; n = 104) Patienten charakteristisch sind, mit gerundeten Mittelwerten (M) (entweder ≤ 3 oder ≥ 7) ¹⁸⁴ über alle Messzeitpunkte

PQS-Item	Beschreibung	Ana n=16 (M)	Int n=114 (M)
5-r	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (vs. keine Schwierigkeiten, ihn zu verstehen). (<i>reversed</i>)	3	2
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (vs. ist unempathisch).	8	8
9-r	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert). (<i>reversed</i>)	2	2
14-r	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden (vs. fühlt sich verstanden). (<i>reversed</i>)	2	2
15-r	Patient initiiert keine Themen, ist passiv (vs. ist aktiv und initiiert Themen). (<i>reversed</i>)	2	2
20-r	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung (vs. der Patient verhält sich angepasst). (<i>reversed</i>)	3	3
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus (vs. keinen Fokus).	8	7
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (vs. nimmt ihn nicht richtig wahr).	8	7
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.	7	7
42-r	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an) (<i>reversed</i>)	2	2
44-r	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher). (<i>reversed</i>)	2	2
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.	7	7
51-r	Der Therapeut verhält sich herablassend (vs. er verhält sich nicht herablassend). (<i>reversed</i>)	3	3
56-r	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen (vs. er drückt intensive Gefühle aus)(<i>reversed</i>)	3	3
62	Der Therapeut benennt ein sich wiederholendes Thema des Patienten.	8	7
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8	7
65	Der Therapeut klarifiziert oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7	7

¹⁸⁴ M > 5 besagt, dass der erste Teil der Item-Beschreibung gilt und M < 5, dass der zweite Teil gilt. Da die Items meist bipolar formuliert und auf einem Kontinuum angesiedelt sind und sie nach dem Grad ihrer Salienz zugeordnet werden müssen, ist die Ausprägungs- und ihre Richtung entscheidend. Zum besseren Verständnis wurde die in dem jeweiligen Fall gültige Aussage fett markiert und die Item-Nr mit „-r“ als *reversed* gekennzeichnet. Es wurde auf Mittelwerte zwischen 2 und 8 gerundet, d.h. dass die Extremwerte der Skala 1 und 9 darin enthalten sind.

Fortsetzung Tab. 12.

PQS-Item	Beschreibung	Ana n=16 (M)	Int n=114 (M)
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8	7
77-r	Der Therapeut ist taktlos (vs. freundlich, rücksichtsvoll). <i>(reversed)</i>	2	2
86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).	7	7
88	Der Patient bringt relevante Themen zur Sprache.	7	7
89-r	Der Therapeut stärkt die Abwehr (vs. stärkt nicht die Abwehr). <i>(reversed)</i>	3	3

Die Prozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden sich hinsichtlich einiger charakteristischer Items. Sitzungen von anaklitischen Patienten lassen sich neben den für beide Gruppen gültigen Merkmale durch bestimmte Items beschreiben. Der Therapeut macht Äußerungen, die dem Patienten das Erzählen erleichtern sollen (3), versucht jedoch nicht ihn zu beruhigen (66-r), sondern weist auf die Verwendung von Abwehrstrategien hin (36) und interpretiert unbewusste Wünsche, Motive und Gefühle (67) sowie Situationen mit realen Personen aus dem Leben des Patienten (40). Der Patient ringt nicht um Selbstkontrolle, sondern zeigt seine Gefühle (70), die Beziehung hat keinen rivalisierenden Charakter (39-r), sondern der Patient fühlt sich wohl in der Abhängigkeit vom Therapeuten (8-r) (vgl. Tab.13).

Tab. 13. Die charakteristischsten Items mit gerundeten Mittelwerten (M) nur für die Sitzungen der anaklitischen Patienten (es gelten die fettmarkierten Beschreibungen, da die Richtung der bipolar formulierten Items durch die Höhe der Mittelwerte der Ratings gegeben sind, reversed Items sind mit (-r) markiert vgl. Fußnote 184, S.126)

PQS-Item	Beschreibung	Ana n=16 (M)
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.	7
8-r	Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit). (reversed)	3
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin.	7
39-r	Die Beziehung hat einen rivalisierenden Charakter (vs. hat keinen solchen). (reversed)	3
40	Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.	8
66-r	Der Therapeut beruhigt den Patienten (vs. beruhigt ihn nicht). (reversed)	2
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7
70-r	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (vs. ringt nicht um Selbstkontrolle oder hat keine Schwierigkeiten damit). (reversed)	3

Introjektive Patienten beginnen im Gegensatz zu den anaklitischen Patienten die Sitzung damit, dass sie sich unvermittelt mitteilen (25). Das Selbstbild wird fokussiert (35), und der Patient setzt sich mit seinen eigenen Anteilen an seinen Schwierigkeiten auseinander (58-r) (vgl. Tab. 14).

Tab.14. Die charakteristischsten Items mit gerundeten Mittelwerten der Ratings nur für die introjektiven Patienten.

PQS-Item	Beschreibung	Int n=114 (M)
25-r	Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde, zu beginnen (vs. hat keine Schwierigkeiten damit). (reversed)	3
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	7
58-r	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen (vs. setzt sich damit auseinander). (reversed)	3

Anschließend wurde überprüft, ob sich die Profile des Therapieprozesses von anaklitischen und introjektiven Patienten über den Zeitverlauf unterscheiden. Nachdem die Faktorenanalyse über alle Messzeitpunkte dargestellt wurde, soll im Folgenden untersucht werden, ob es Faktoren gibt, anhand derer sich die Prozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten im Therapieverlauf unterscheiden. Im ersten Schritt wurden dafür drei Faktoren angenommen¹⁸⁵ und mithilfe einer weiteren explorativen Faktorenanalyse überprüft, welche Items auf den einzelnen Faktoren am höchsten laden (siehe Tab. 15). Der Faktor 1 wurde »Patient lässt sich ein« benannt und wird durch Items charakterisiert, die beschreiben, dass der Patient sich sicher (44-r) und verstanden fühlt (14-r) und den Therapeuten positiv (1-r) und nicht ambivalent erlebt (49-r). Faktor 2 heißt »Therapeut deckt auf«, da er Muster im Verhalten und Erleben des Patienten thematisiert (62) und z.B. unbewusste Wünsche (67) sowie Abwehr (36) und Eigenverantwortung anspricht (76). Faktor 3 heißt »Therapeut meidet Ratschläge« und besteht aus zwei Items, die beschreiben, dass der Therapeut keine Ratschläge erteilt (27-n) und den Patienten nicht ermuntert, neue Verhaltensweisen auszuprobieren (85-n)¹⁸⁶ (Tab.15).

¹⁸⁵ Die Annahme von drei Faktoren bezieht sich auf verschiedene Studien mit dem PQS, indem drei Faktoren extrahiert wurden (z.B. Jones & Pulos 1998), die zwischen dem Patienten, dem Therapeuten und deren Interaktion differenzieren.

¹⁸⁶ Die letzten beiden Items liegen im mittleren Bereich der Normalverteilung (Werte +/- 5), was bedeutet, dass sie neutral und nicht charakteristisch für die Sitzungen sind (vgl. Tab.2,S. 265 Anhang).

Tab. 15. Items mit Faktorladung $\geq .55$ auf drei der extrahierten Faktoren: »Patient lässt sich ein«, »Therapeut deckt auf«, »Therapeut meidet Ratschläge«. Die gültigen Beschreibungen sind fett gedruckt¹⁸⁷, reversed Items (-r), neutrale Items (-n)

PQS-Item	Item-Beschreibung	Faktor 1 »Patient lässt sich ein«	Faktor 2 »Therapeut deckt auf«	Faktor 3 »Therapeut meidet Ratschläge«
44-r	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	0.72	0.16	-0.18
14-r	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden (vs. er fühlt sich verstanden).	0.66	0.27	0.10
1-r	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten (vs. äußert positive oder freundliche Gefühle).	0.63	-0.03	-0.04
49-r	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente Gefühle (vs. keine ambivalenten Gefühle).	0.57	-0.05	-0.15
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin.	0.12	0.80	-0.05
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle, Überzeugungen.	-0.21	0.79	-0.09
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.	-0.11	0.74	0.19
62	Der Therapeut benennt ein sich wiederholendes Thema beim Patienten.	-0.14	0.59	-0.09
27-n	Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun).	-0.09	0,262	0.67
85-n	Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen auszuprobieren (vs. tut dies nicht).	0.04	-0,045	0.56

Im nächsten Schritt wird untersucht, ob sich die beiden Gruppen im Therapieverlauf voneinander unterscheiden, d.h. ob es Unterschiede hinsichtlich der drei Faktoren über den Therapieverlauf anhand der vier Messzeitpunkte gibt. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die anaklitischen und

¹⁸⁷ Die Richtung der Items ergibt sich stets durch die Höhe der Mittelwerte der Ratings. Hier verzeichnen die Faktoren 1 und 3 Mittelwerte < 5 und es gilt somit die Beschreibung auf der entgegen gesetzten Seite der bipolar formulierten Items. Diese Items sind „reversed“ und mit „-r“ markiert.

introjektiven Patienten auf allen drei Faktoren zum Messzeitpunkt 2 unterscheiden. Die Faktorladungen zeigen eine eindeutige Dreierstruktur bei der Untersuchung des Zeitverlaufs, da kaum Nebenladungen auftreten.

Zum ersten Messzeitpunkt besteht kein Unterschied, dann driften beide Gruppen stark auseinander und schließlich nähern sie sich zum dritten und vierten Messzeitpunkt wieder aneinander an, was sich graphisch abbilden lässt (Abb. 8 bis 10). Dieser Befund wurde mittels t-Test auf Signifikanz geprüft. Dabei zeigt sich, dass sich die drei Faktoren beim zweiten Messzeitpunkt signifikant ($p \leq .05$) voneinander unterscheiden, während die Unterschiede zwischen den Faktoren bei den Messzeitpunkten 1, 3 und 4 nicht signifikant sind. Folglich gibt es eindeutig Unterschiede in den Therapieverläufen zwischen den beiden Gruppen anaklitisch und introjektiv, der sich insbesondere zum zweiten Messzeitpunkt und somit nach dem ersten Drittel des Therapieverlaufs zeigt.

Die Ergebnisse zeigen, dass bei anaklitischen Patienten der Faktor 1 (*»Patient vertraut«*) vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt stark abnimmt, zum dritten wieder ansteigt und beim vierten fast wieder auf dem Ausgangsniveau ist, während der Verlauf der introjektiven Patienten weniger Schwankungen aufweist und zum zweiten sowie zum vierten Messzeitpunkt etwas ansteigt (Abb.7). D.h. dass das Vertrauen von anaklitischen Patienten in den Therapeuten mehr Schwankungen aufweist als introjektive Patienten und insbesondere zum zweiten Messzeitpunkt einen Rückgang des Vertrauens deutlich wird.

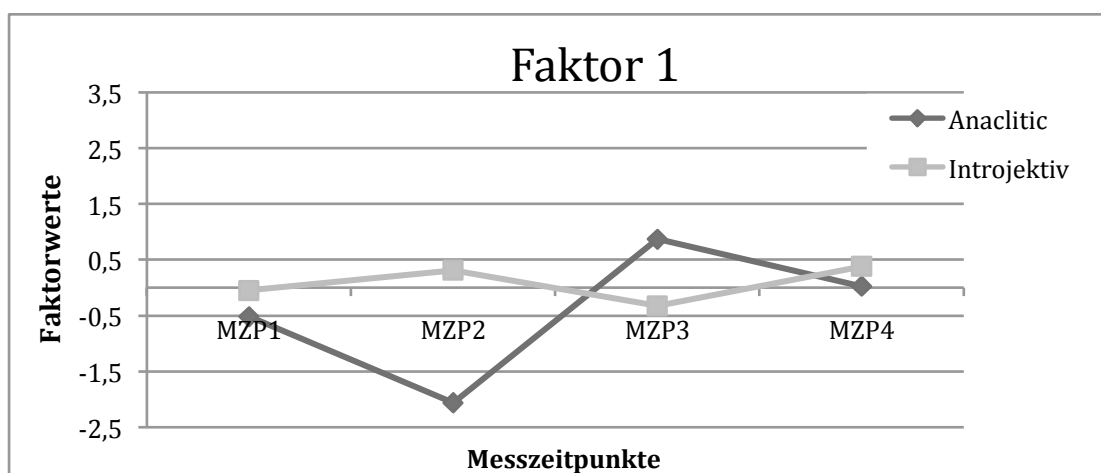


Abb. 7a. Faktor 1 *»Patient lässt sich ein«* im Verlauf über die Messzeitpunkte (MZP 1 bis 4) von anaklitischen und introjektiven Patienten.

Ebenfalls zum zweiten Messzeitpunkt verzeichnet der Faktor 2 («Therapeut deckt auf») einen deutlichen Anstieg bei anaklitischen Patienten, während er bei introjektiven nahezu unverändert ist vom ersten zum zweiten Messzeitpunkt. Zu den letzten beiden Messzeitpunkten unterscheiden sie sich dagegen kaum (Abb.8). Somit wird deutlich, dass Therapeuten bei anaklitischen Patienten vermehrt aufdeckend arbeiten und beispielsweise unbewusste Gefühle und die Abwehr thematisieren als bei introjektiven.

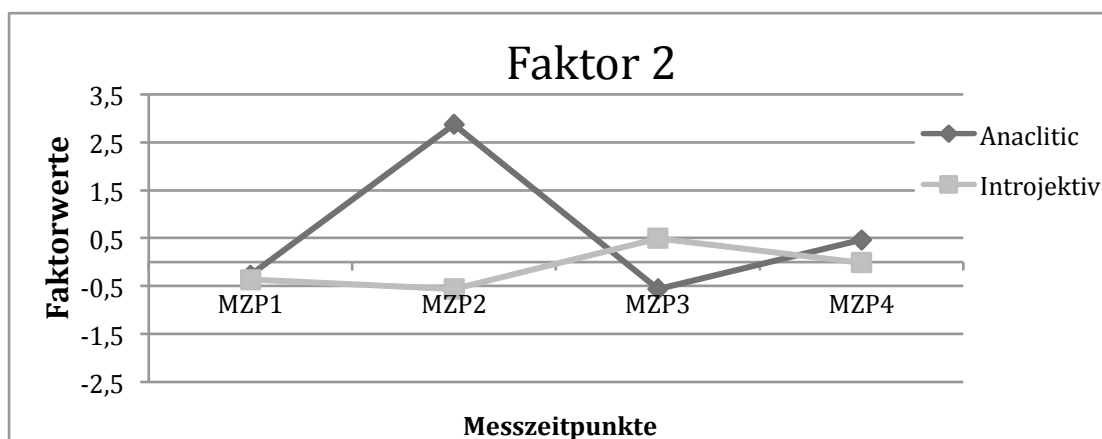


Abb. 7b. Faktor 2 »Therapeut deckt auf« im Verlauf über die Messzeitpunkte (MZIP 1 bis 4) von anaklitischen und introjektiven Patienten.

Der Verlauf des Faktors 3 («Therapeut meidet Ratschläge») verzeichnet bei anaklitischen Patienten einen Anstieg zum zweiten Messzeitpunkt, eine Abnahme zum dritten Messzeitpunkt, und zeigt keine Veränderung zum vierten bzw. letzten Messzeitpunkt (Abb. 9). Dagegen verändert sich der Faktor bei den introjektiven Patienten kaum. Der Verlauf zeigt einen leichten Rückgang zum zweiten Messzeitpunkt und einen Anstieg zum dritten und ist nahe des Ausgangsniveaus beim vierten Messzeitpunkt. D.h. dass Therapeuten bei anaklitischen Patienten zum zweiten Messzeitpunkt weniger Ratschläge geben oder zu anderen Verhaltensweisen auffordern, als Therapeuten bei introjektiven Patienten.

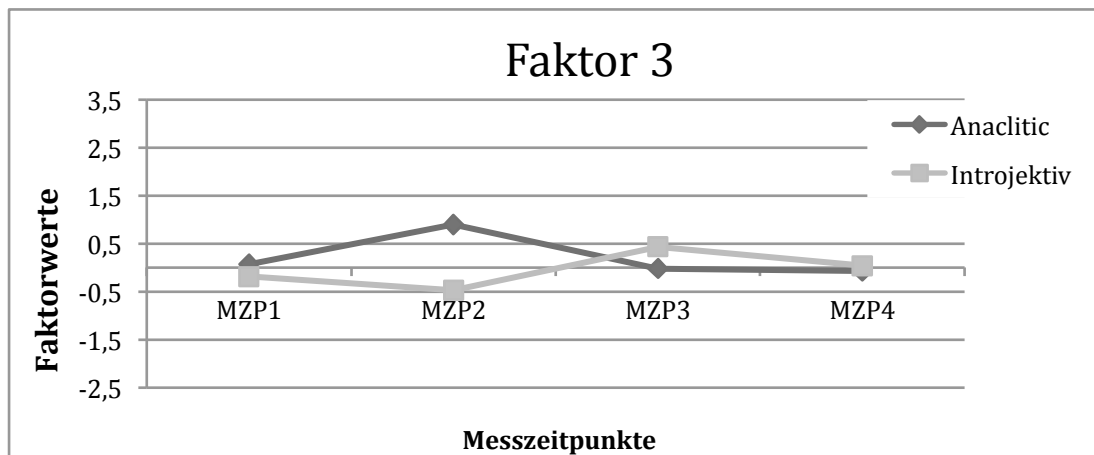


Abb. 7c. Faktor 3 »Therapeut meidet Ratschläge« im Verlauf über die Messzeitpunkte (MZIP 1 bis 4) von anaklitischen und introjektiven Patienten.

Die Schwankungen hinsichtlich der ermittelten Faktoren in den Therapieverläufen von anaklitischen und introjektiven Patienten bestätigen unterschiedliche Prozesse in Bezug auf den zeitlichen Verlauf. Insbesondere beim zweiten Messzeitpunkt wird der Unterschied deutlich. Die Signifikanzunterschiede zwischen den beiden Gruppen beim zweiten Messzeitpunkt zeigen somit eine gegensätzliche Richtung in der Ausprägung aller drei Faktoren. Somit geht das Vertrauen der anaklitischen Patienten zurück, während zeitgleich die Therapeuten weniger Ratschläge geben und mehr aufdeckend arbeiten, während bei introjektiven Patienten ein dazu gegensätzlicher Verlauf verzeichnet wurde. Somit kann die Hypothese 1a, dass sich die beiden Prozesse unterscheiden, bestätigt werden.

Nachdem bestätigt werden konnte, dass sich die Therapieprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten über alle Sitzungen als zu den einzelnen Messzeitpunkten unterscheiden, soll nun getestet werden, ob sie sich auch anhand der Prototypen unterscheiden.

Wie bereits dargestellt wurde, sind in der Gesamtstichprobe 25 introjektive Patienten (86%) und vier anaklitische Patienten (14%). Darunter ist eine anaklitische Patientin, die in den ersten beiden Messzeitpunkten der anaklitischen Gruppe zugeordnet wurde, während sie im dritten und vierten Messzeitpunkt der introjektiven Gruppe zugeordnet wurde¹⁸⁸. Dadurch ergibt

¹⁸⁸ Die anaklitische Konfiguration in den ersten beiden Messzeitpunkten war bei dieser Patientin hoch ausgeprägt, sowie die introjektive für den dritten und vierten Messzeitpunkt.

sich, dass auf der Untersuchungsebene „Therapiesitzung“ 22 Sitzungen vom anaklitischen und 94 Sitzungen vom introjektiven Typus in die Analyse eingehen, da bei den Patienten jeweils vier Messzeitpunkte untersucht wurden. Als Zuteilung zu einer der beiden Gruppen gilt jedoch stets die erste Messung, da die Persönlichkeitsvariable als „Pre-treatment“-Variable in die Untersuchung einfließt. Diese gilt für die Unterscheidung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten und damit für den Gruppenvergleich.

Zuerst wurde untersucht, ob sich die Prozesse der anaklitischen und introjektiven Patienten hinsichtlich der Prototypen idealtypischer Sitzungen für psychodynamische, kognitiv-behaviorale (CBT) nach Ablon und Jones (1998) und interpersonelle Psychotherapie (IPT) (Ablon & Jones 1999) unterscheiden. Die Ratings aller Sitzungen wurden getrennt nach den Sitzungen anaklitischer und introjektiver Patienten mit jedem der drei Prototypen korreliert. Dafür wurden die Mittelwerte der einzelnen PQS-Items über alle Ratings der jeweiligen Gruppe berechnet. Es zeigt sich ein mäßiger positiver Zusammenhang sowohl zum psychodynamischen Prototypen ($r = .47$ und $r = .53$) als auch zum CBT-Prototypen ($r = .52$ und $r = .55$) bei den beiden Gruppen, während der Zusammenhang zum Prototypen der Interpersonellen Therapie (IPT) geringer ausfällt ($r \leq .36$).

Das Ergebnis anhand der Korrelationskoeffizienten wurde durch einen t-Test bestätigt, der zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen gibt, was in der graphisch Darstellung anschaulich wird (Abb.8).

Daher unterscheidet sie sich von den anderen Probanden, die über alle vier Messzeitpunkte derselben Gruppe zugeordnet wurden.

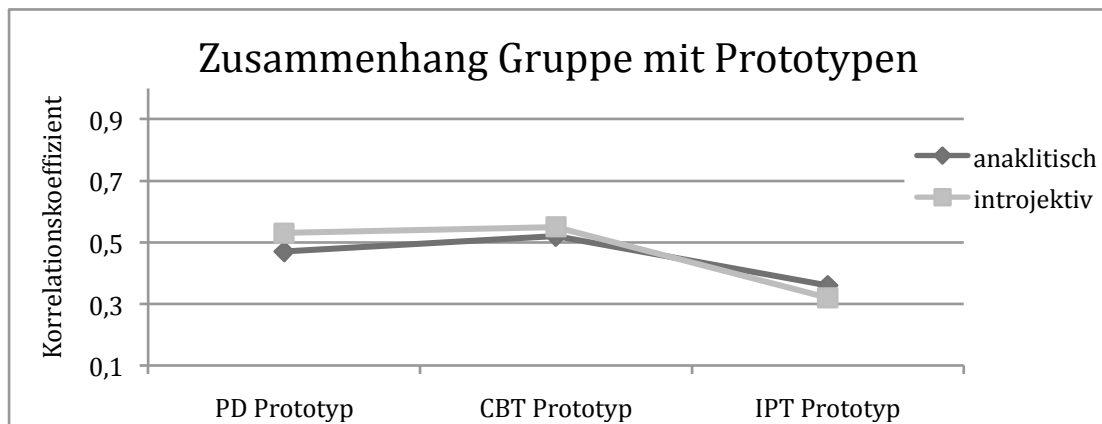


Abb.8 Die Korrelationskoeffizienten zwischen den gemittelten Ratings aus den Sitzungen der anaklitischen ($n=4$) und introjektiven ($n=25$) Patienten jeweils mit den drei Prototypen psychodynamisch (PD), kognitiv-behavioral (CBT) und Interpersonelle Therapie (IPT)

Im Gegensatz zu den Ergebnissen aus der Faktorenanalyse und dem Signifikanztest auf Unterschiede in den Faktorscores, die eine Tendenz zur Signifikanz für unterschiedliche Prozesse aufweisen, zeigen die beiden Gruppen anhand der verfahrensspezifischen Prototypen keine Unterschiede.

Da es sich um zwei unterschiedliche Therapieverfahren handelt, psychoanalytische ($n = 15$) und psychodynamische Therapie ($n = 14$), wurde auch überprüft, ob sich diese bezüglich der Prototypen unterscheiden. Auch hier ergab sich kein Unterschied: Die Korrelationskoeffizienten sind sehr ähnlich. Die Ergebnisse zeigen, dass beide Therapieformen zu dem psychodynamischen Prototypen ($r = .52$ bzw. $r = .51$) und zu dem CBT-Prototypen ($r = .53$ bzw. $r = .54$) jeweils einen mittleren positiven Zusammenhang bzw. zu dem IPT-Prototypen einen niedrigen positiven Zusammenhang ($r = .33$ bzw. $r = .31$) aufweisen (Abb.9).

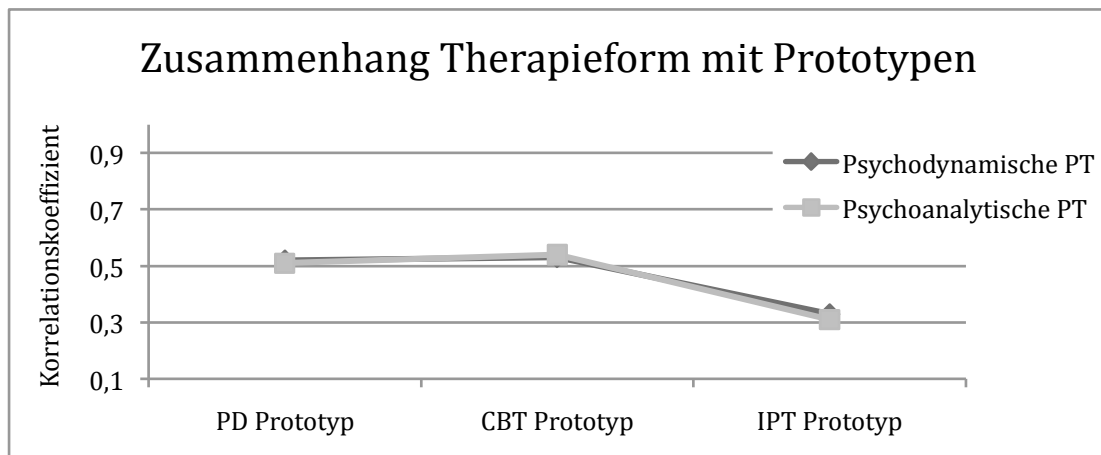


Abb. 9 Die Korrelationskoeffizienten zwischen den gemittelten Ratings aus den Sitzungen der psychodynamischen (n=14) und der psychoanalytischen Therapie (n=15) jeweils mit den drei Prototypen psychodynamisch (PD), kognitiv-behavioral (CBT) und Interpersonal (IPT)

Die Therapieadhärenz zum psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Prototypen ist für beide Therapieformen somit nur mäßig ausgeprägt. Ein Test auf Mittelwertsunterschiede (t-Test) zwischen den gemittelten PQS-Ratings und jedem der drei Prototypen ist jeweils für jeden Messzeitpunkt nicht signifikant und bestätigt diese Ergebnisse. Somit zeigt sich zwischen den beiden Therapieformen hinsichtlich der Prototypen kein Unterschied, auch nicht im Zeitverlauf.

5.3.2 Überprüfung der Hypothese 1b

Die Hypothese 1b besagt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung bei anaklitischen Patienten mehr Schwankungen unterliegt als die bei introjektiven Patienten.

Um zu überprüfen, ob sich die therapeutische Beziehung in den Sitzungen von anaklitischen und von introjektiven Patienten unterscheiden wurde zunächst ein t-Test für unabhängige Stichproben zwischen den Werten der CALPAS-Subskalen und den CALPAS-Gesamtwert zwischen den beiden Gruppen unter Berücksichtigung aller Messzeitpunkte gerechnet. Die Mittelwerte sind ähnlich (siehe Tab.16) und der t-Test ist nicht signifikant in allen Berechnungen. D.h. dass sich die Qualität der therapeutischen

Beziehung, die anhand des CALPAS erfasst wurde, zwischen den beiden Gruppen nicht unterscheidet.

Tab. 16. CALPAS-Subskalen und des Gesamtwertes über vier Messzeitpunkte von Sitzungen mit anaklitischen (n=14) und introjektiven Patienten (n=102) mit Mittelwerte (und Standardabweichung)

CALPAS-Subskalen Sitzungen nach Konfiguration	Patient working capacity (PWC)	Patient Commitment (PC)	Working Strategy Consensus (WSC)	Therapist Understanding and Involvement (TUI)	CALPAS Gesamtwert
Anaklitisch (n=14)	4.1 (1.1)	4.4 (1.0)	4.7 (1.0)	5.3 (1.1)	4.5 (0.9)
Introjektiv (n=102)	4.7 (1.1)	4.7 (1.0)	4.5 (1.3)	5.1 (1.4)	4.7 (1.1)

Um zu überprüfen, ob sich die Verläufe der therapeutischen Beziehung zwischen den Gruppen anaklitisch und introjektiv unterscheiden, wurde eine univariate Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung durchgeführt. Es wurden zunächst die Kontrollvariablen bzw. Störvariablen getestet und geprüft, ob sie einen signifikanten Einfluss auf den mittleren CALPAS-Wert besitzen (Zwischensubjekteffekte, d.h. ob Patienten in Abhängigkeit der Kontrollvariable generell unterschiedliche CALPAS-Werte aufweisen) und ob sie einen Einfluss auf den Verlauf haben (Innersubjektkontraste, d.h. ob Patienten in Abhängigkeit von der Kontrollvariable unterschiedliche Veränderungen im CALPAS-Wert aufweisen). Es wurden Kontrollvariablen bezüglich der Patienten, der Therapeuten, der Behandlung und allgemeiner Variablen getestet.

Zuerst wurden die Kontrollvariablen des Patienten getestet. Diese sind das Geschlecht, das Alter, die Diagnose „Major Depression Disorder“ (MDD) sowie das Bildungsniveau (höchster Abschluss einer Bildungseinrichtung). Während Geschlecht, Alter und Depressionsdiagnose keinen Einfluss auf die Ausprägung und den Verlauf der CALPAS-Werte zeigen, gibt es signifikante Interaktionen jeweils zwischen den beiden patientenbezogenen Subskalen (PC, PWC) sowie dem Gesamtwert und dem Bildungsniveau des Patienten, jedoch nicht hinsichtlich der Qualität der Zusammenarbeit (WSC) und der therapeutenbezogenen Subskala (TUI). Hier sind ebenfalls nur die Zwischensubjekteffekte und nicht die Innersubjektkontraste signifikant. D.h.

dass sich die Ausprägung der Mitarbeit (PC) und der Arbeitsfähigkeit (PWC) des Patienten in Abhängigkeit des Bildungsniveaus auf den Ausprägungsgrad der Variablen „Patientenmitarbeit“ (PC) und „Patientenarbeitsfähigkeit“ (PWC) auswirkt, aber nicht auf deren Verlauf über die Messzeitpunkte.

Tab.17. ANOVA über Kontrollvariablen Bezug auf die signifikanten Kontrollvariablen mit den CALPAS-Subskalen sowie dem CALPAS -Gesamtwert mit Zwischensubjekteffekten (ZKE) und Innersubjektkontrasten (ISK). Die Ergebnisse sind anhand der p-Werte der Effekte dargestellt¹⁸⁹.

Kontroll- variable	CALPAS- PWC		CALPAS-PC		CALPAS- WSC		CALPAS- TUI		CALPAS- Gesamt	
	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK
Patient										
Bildung	.02*	.17	.05*	.19	.11	.17	.24	.99	.04*	.35
Therapeut										
Ausbildung	.00*	.20	.00*	.94	.00	.21	.01*	.33	.00 ***	.33
Therapie										
Frequenz	.00***	.24	.00***	.14	.00***	.27	.01**	.47	.00 ***	.13
Land	.00**	.20	.00**	.40	.00**	.21	.01*	.33	.00 ***	.33
Archiv	.00***	.37	.00**	.27	.00***	.44	.02*	.60	.00 ***	.47
Zeitraum 1980-1985	.00***	.35	.018*	.02*	.01*	.06	.23	.65	.01 **	.08

*** signifikant auf 0,1%-Niveau, ** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Die Richtung des signifikanten Unterschieds zeigt sich dahingehend, dass Patienten mit einem höheren Bildungsgrad (Universität bzw. College) signifikant höhere Werte ($M = 5.50$; $SE = 0.45$; $p \leq .05$) bei den aufgeführten Variablen aufweisen, als Patienten mit einem niedrigeren Bildungsgrad (Mittlere Reife: $M = 4.05$; $SE = 0.35$; Abitur: $M = 4.96$; $SE = 0.20$) (vgl. Tab.18., S. 267).

Anschließend wurden für die Therapeuten die Variablen Geschlecht, Berufserfahrung und Ausbildung (Psychoanalytiker oder Psychotherapeut) getestet. Während Geschlecht und Berufserfahrung keine Auswirkungen auf die CALPAS-Werte und den CALPAS-Verlauf haben, zeigen sich signifikante Interaktionseffekte für die Ausbildung des Therapeuten. Diese wirken sich für die Zwischensubjekteffekte für alle vier Subskalen und für den Gesamtwert

¹⁸⁹ Aufgrund der umfangreichen Tabellen werden hier nur die Effekte mit p-Werten dargestellt ohne F-Werte mit Freiheitsgraden.

des CALPAS aus, jedoch nicht für die Innersubjektkontraste. D.h. dass die Ausbildung des Therapeuten Einfluss auf den jeweiligen CALPAS-Wert hat, deren Verlauf in der Zeit jedoch nicht beeinflusst. Dabei zeigt sich, dass psychodynamische Psychotherapeuten signifikant höhere CALPAS-Werte ($M = 5.41$; $SE = 0.22$) aufweisen als Psychoanalytiker ($M = 4.31$; $SE = 0.16$). D.h. die Mitarbeit (PC) und Arbeitsfähigkeit (PWC) des Patienten, die Übereinstimmung über die Arbeitsstrategien (WSC) und das Verständnis bzw. das Engagement des Therapeuten (TUI) sowie der Gesamtwert der therapeutischen Beziehung sind signifikant höher ausgeprägt bei Psychotherapeuten als bei Psychoanalytikern (vgl. Tab. 17 und 18).

Als Kontrollvariablen, welche die therapeutische Behandlung betreffen, wurden die Variablen Therapieform (psychodynamische vs. psychoanalytische Therapie), die Therapiefrequenz (ein-, zwei- oder dreistündig) sowie die „Behandlungsdauer“ getestet. Es zeigen sich keine signifikanten Effekte für die Behandlungsdauer und die Therapieform. Die Grafik lässt durchaus auf unterschiedliche Verläufe bei den beiden Therapieformen schließen (siehe Abb. 10), doch offensichtlich reicht die Fallzahl nicht aus.

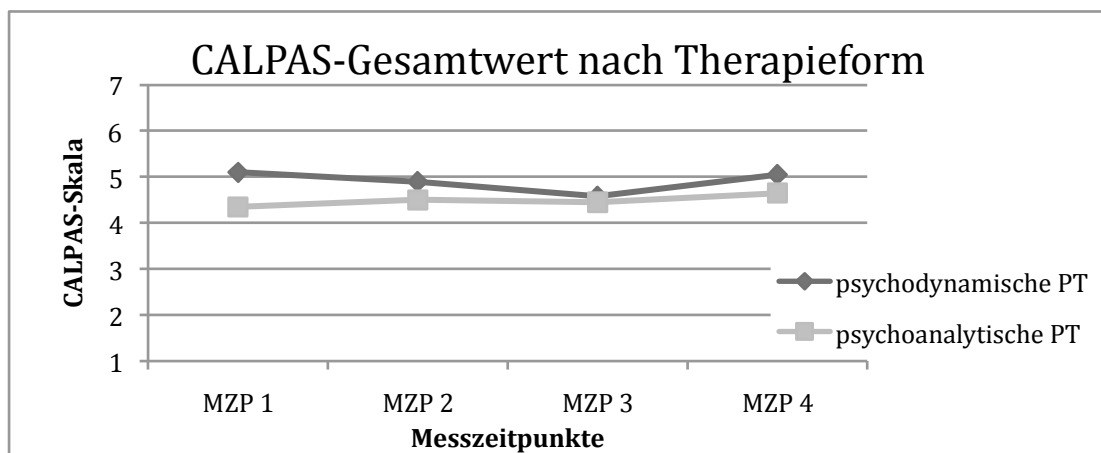


Abb.10. CALPAS-Gesamtwert nach Therapieform psychodynamische Therapie ($n=14$) und psychoanalytische Therapie ($n=15$) über die vier Messzeitpunkte

Im Gesamtmittel liegen zwar die CALPAS-Werte der Patienten mit psychodynamischer Therapie über denen der Patienten mit psychoanalytischer Therapie, aber der Unterschied ist nicht signifikant ($p = .18$). Auch der Interaktionseffekt zwischen Therapieform und dem

Messwiederholungsfaktor ist nicht signifikant, d.h. es können im Gesamtverlauf weder lineare noch quadratische noch kubische unterschiedliche Verläufe zwischen den Therapieformen angenommen werden.

Doch alle CALPAS-Werte haben eine signifikante Interaktion mit der Therapiefrequenz, jedoch nur für die Zwischensubjekteffekte und nicht für die Intersubjektkontraste. D.h. dass die Ausprägung sowohl der Mitarbeit (PC) und der Arbeitsfähigkeit des Patienten (PWC), als auch das Engagement des Therapeuten (TUI) und die Übereinstimmung in der Zusammenarbeit (WSC) sowie der Gesamtwert in Abhängigkeit der Variable Therapiefrequenz unterschiedlich ausfallen, was sich jedoch nicht auf den Verlauf über die Messzeitpunkte innerhalb der jeweiligen Gruppe bezieht. Die Richtung des Mittelwertunterschieds ist positiv und zeigt, dass die Werte der Therapien mit zwei Wochenstunden ($M = 5.40$; $SE = 0.18$) signifikant höher ($p < .001$) sind als die der einstündigen Therapien ($M = 3.74$; $SE = 0.27$), wobei die Werte der dreistündigen Therapien dazwischen liegen ($M = 4.44$; $SE = 0.17$). D.h. dass die zweistündigen Therapien innerhalb der Stichprobe signifikant die besten Werte für die Beziehungsqualität erreichten, während die einstündigen signifikant die niedrigsten Werte aufweisen und die dreistündigen bessere Werte als die einstündigen jedoch geringere Werte als die zweistündigen Therapien haben (Tab.18, S. 267).

Als allgemeine Kontrollvariablen wurden das Land, in dem die Therapie durchgeführt wurde (Deutschland, USA), das Archiv (München, Ulm, Boston/Berkeley), aus welchem die Teilstichproben entstammen, getestet sowie der Einfluss des Zeitraums, in der die Therapie stattgefunden hat, auf die Beziehungsqualität. Alle drei Variablen zeigen signifikante Interaktionen. Die Variablen „Land“ und „Archiv“ interagieren signifikant für alle vier Subskalen und den Gesamtwert des CALPAS jedoch nur als Zwischensubjektfaktoren. D.h. dass sowohl die Variable „Land“ als auch die Variable „Archiv“ Einfluss auf die Ausprägung aller vier CALPAS-Subsubskalen und den -Gesamtwert hat, jedoch nicht deren Verlauf beeinflusst. Die Richtung der Mittelwertunterschiede zeigt, dass die amerikanischen Behandlungen signifikant bessere Werte ($M = 5.41$; $SE = 0.26$; $p < .001$) aufweisen als die deutschen ($M = 4.31$; $SE = 0.16$), wobei

innerhalb der beiden deutschen Stichproben die Ulmer Therapien signifikant niedrigere Werte ($M = 3.66$; $SE = 0.32$) aufweisen als die Münchner (Tab.18).

Signifikant waren auch die Interaktionen zwischen der Kontrollvariable „Zeitraum 1“ (1980-1985) für die patientenbezogenen Subskalen (PC, PWC), die Subskala der Zusammenarbeit (WSC) und der Gesamtwert des CALPAS für die Zwischensubjektfaktoren, aber nicht für die therapeutenbezogene Subskala (TUI). Die einzige signifikante Interaktion als Innersubjektcontrast zeigte sich zwischen der Variable „Zeitraum 1“ (1980-1985) und der Subskala „Patientenmitarbeit“ (PC). D.h. dass der Zeitraum der Therapie Einfluss auf den Verlauf der Mitarbeit des Patienten (PC) hatte, jedoch nicht auf den Verlauf der anderen Subskalen oder den Gesamtwert. Therapien, die im Zeitraum 1 (1980-1985) ($M = 3.44$; $SE = 0.33$) und im Zeitraum 4 (2000-2005) ($M = 4.21$; $SE = 0.20$) stattgefunden haben, hatten signifikant niedrigere Werte im CALPAS als die übrigen Zeiträume (vgl. Tab. 17).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Patienten mit Hochschulabschluss eine signifikant bessere Mitarbeit und besseres Engagement zeigen als Patienten ohne Hochschulabschluss. Therapien von psychodynamischen Psychotherapeuten haben im Gegensatz zu den von Psychoanalytikern durchgeführten signifikant positivere Werte für die therapeutische Beziehung, auch in Bezug auf die vier einzelnen Subskalen. Eine Therapie mit einer Frequenz mit zwei Wochenstunden hat eine bessere Beziehungsqualität als eine einstündige Therapie, wobei die dreistündigen Therapien Werte zwischen den ein- und den zweistündigen haben. Die US-amerikanischen Therapien verzeichnen signifikant höhere Werte für die therapeutische Beziehung als die deutschen, wobei innerhalb der deutschen Teilstichproben die Münchner Dyaden bessere Werte aufweisen als die Ulmer. Zudem haben Patienten, die die Therapie in dem früheren Zeitraum (1980-1985) gemacht haben, eine geringere Qualität in der therapeutischen Beziehung, als solche in den Therapien, die zu einem späteren Zeitraum durchgeführt wurden (Tab. 19).

Die Kontrollvariablen, die in den vorangegangenen Berechnungen signifikante Effekte besitzen, werden in die multivariaten Hauptmodelle übernommen. Waren Kontrollvariablen im multivariaten Modell nicht

signifikant, so wurden sie entfernt. Die folgende Übersicht enthält neben der Variable Patientenpersönlichkeit (anaklitisch/ introjektiv) somit nur signifikante Kontrollvariablen (Tab. 20).

Tab. 20. ANOVA über Patientengruppen und signifikante Kontrollvariable mit Subskalen sowie Gesamtwert der CALPAS mit Zwischensubjekteffekten (ZKE) und Innersubjektkontrasten (ISK)

Variable	CALPAS-PWC		CALPAS-PC		CALPAS-WSC		CALPAS-TUI		CALPAS-Gesamt	
	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK
Anaklitisch/ Introjektiv										
linear	.35	.94	.64	.74	.87	.16	.94	.16	.77	.35
quadratisch		.32		.96		.80		.41		.52
Kubisch		.12		.25		.50		.44		.21
Ausbildung Therapeut										
linear	.00**	.21	.00 **	.39	.00**	.17	.01*	.27	.00***	.29
quadratisch		.24		.81		.80		.83		.86
kubisch		.59		.86		.92		.86		.95

*** signifikant auf 0.1%-Niveau, ** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Offensichtlich spielt die Ausbildung des Therapeuten für das generelle Niveau der CALPAS-Werte durchgängig eine wichtige Rolle (Tab.20). Über einen unterschiedlichen Gruppenverlauf kann jedoch nichts ausgesagt werden¹⁹⁰. Die Unterscheidung nach den Patientengruppen anaklitisch und introjektiv zeigt in der graphischen Darstellung höhere Werte für die introjektive Gruppe und mehr Schwankungen für die anaklitische (Abb.11). Jedoch werden die Effekte nicht signifikant.

¹⁹⁰ Das generelle Problem bei den Varianzanalysen mit Messwiederholung ist jedoch, dass nur Modelle der gleichen Form zwischen den Gruppen verglichen werden können, d.h. es wird geprüft, ob zwei lineare Verläufe unterschiedliche Steigungen haben. Es kann jedoch nicht geprüft werden, ob eine Gruppe einen linearen Verlauf aufweist und die andere einen nichtlinearen.

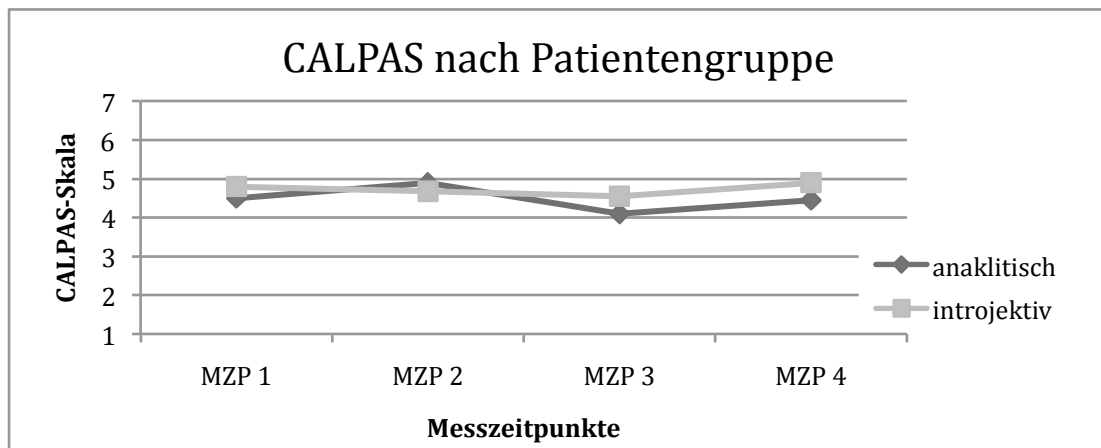


Abb. 11. CALPAS-Gesantwert nach Patientengruppe anaklitisch (n=4) und introjektiv (n=25) über die vier Messzeitpunkte

Abhilfe schafft hier die Variante, den Datensatz aufzuteilen nach anaklitischen und introjektiven Patienten und für jede Gruppe separat ein Modell zu rechnen. Zeigt sich hier, dass unterschiedliche Modellformen für die beiden Gruppen signifikant werden, kann das derart interpretiert werden, dass zumindest unterschiedliche Verlaufsformen angenommen werden müssen (Tab. 21).

Tab. 21. ANOVA über die signifikanten CALPAS-Skalenwerte differenziert nach anaklitischen (Ana) und introjektiven (Int) Patienten sowie nach Ausbildung des Therapeuten

Variable	CALPAS-PWC		CALPAS-PC		CALPAS-WSC		CALPAS-TUI		CALPAS-Gesamt	
	Ana	Int	Ana	Int	Ana	Int	Ana	Int	Ana	Int
Verlauf										
Konstante	.01 **	.00 ***	.00**	.00 ***	.01 **	.00 ***	.02* ***	.00 ***	.00 **	.00 ***
linear	.56	.26	.69	.52	.65	.84	.06	.62	.57	.89
quadratisch	.44	.16	.90	.27	.99	.14	.92	.26	.81	.13
kubisch	.44	.49	.44	.24	.60	.38	.86	.71	.59	.51
Ausbildung Therapeut										
ZSE	.32	.00 **	.24	.00 **	.35	.00 **	.61	.02* ***	.09	.00 **
linear	.43	.30	.69	.34	.51	.07	.03 *	.15	.68	.24
quadratisch	.32	.42	.59	.52	.70	.65	.77	.72	.67	.98
kubisch	.03* ***	.70	.44	.59	.98	.90	.66	.96	.54	.75

*** signifikant auf 0.1%-Niveau, ** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Für den Verlauf lassen sich nach wie vor keine signifikanten Unterschiede feststellen. Dies ist sicher auch der kleinen Stichprobengröße der beiden Subgruppen geschuldet. Zumindest zeigen sich aber Tendenzen. Während die Mitarbeit des Patienten (PC) bei den introjektiven Patienten einen quadratischen Verlauf ahnungsweise vermuten lässt, ist dies bei den anaklitischen Patienten nicht der Fall. Dort zeigen sich allerdings zwei signifikant unterschiedliche kubische Verläufe in Abhängigkeit von der Ausbildung des Therapeuten. Die Arbeitsfähigkeit des Patienten (PWC) zeigt, in Abhängigkeit von der Therapeutenausbildung, tendenziell gegenläufige lineare Verläufe, jedoch nur für die introjektiven Patienten (vgl. Abb. 12a,b; S. 266). Das Verständnis und Engagement des Therapeuten (TUI) weist bei den anaklitischen Patienten signifikant unterschiedliche lineare Verläufe in Abhängigkeit von der Therapeutenausbildung auf (Abb. vgl. 13a,b; S. 266). Der Gesamtwert des CALPAS lässt schließlich nur bei den introjektiven Patienten einen eventuell quadratischen Verlauf vermuten.

Unterscheiden sich zwei Gruppen hinsichtlich der Form ihrer Verläufe, so ist noch nicht gesagt, dass der Verlauf einer Gruppe stärker schwankt als der einer anderen, d.h. eine größere Varianz aufweist. Um dies zu testen, wurde abschließend ein nichtparametrischer Ansatz gewählt. Je Patient wurde die Varianz seines Verlaufs berechnet, die als Maß für die Kontinuität seines Therapieprozesses angesehen werden kann. Anschließend wurden die beiden Gruppen mittels eines Mann-Whitney-U-Tests auf signifikante Unterschiede in der Kontinuität getestet. In der Tat zeigt sich nun, dass für die Skala CALPAS-PWC eine signifikant stärkere Schwankung des Verlaufs angenommen werden kann, wenn die Patienten anaklitisch sind, da der Durchschnittsrang der Varianzen signifikant höher ist als bei den introjektiven Patienten. D.h. der Verlauf der Arbeitsfähigkeit (PWC) von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheidet sich.

Teilt man die Gruppen auf nach der Ausbildung des Therapeuten, so stellt sich heraus, dass diese stärkere Schwankung nur bei psychoanalytisch ausgebildeten Therapeuten signifikant ($p < .05$ einseitig) wird (vgl. Tab. 21). Zusätzlich zeigt sich eine Tendenz zu einer stärkeren Schwankung anaklitischer Patienten in der Skala CALPAS-TUI. Das bedeutet, dass sich die Arbeitsfähigkeit der anaklitischen Patienten nur dann von introjektiven

Patienten unterscheidet, wenn sie von Psychoanalytikern behandelt wurden. Es deutet sich an, dass anaklitische Patienten bei Psychoanalytikern weniger gut mitarbeiten können. Unter Berücksichtigung der halb so großen Stichprobenzahl in den jeweiligen Subgruppen ist das ein bemerkenswertes Ergebnis.

Aufgrund der unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen an die Fragestellung kann letztlich geschlossen werden, dass in der Tat für anaklitische und introjektive Patienten unterschiedliche Verlaufsformen und/oder unterschiedliche Schwankungen in den CALPAS-Skalen angenommen werden können, was die Ergebnisse der Hypothese 1a ebenfalls bekräftigt. Zudem kann die Hypothese 1b als bestätigt gelten, da die Verläufe von anaklitischen Patienten stärkere Schwankungen aufweisen, als diejenigen von introjektiven.

5.3.3 Überprüfung der Hypothese 2a

Die Hypothese 2a bezieht sich auf die Annahme, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung einen Zusammenhang mit der therapeutischen Veränderung aufweist. Die therapeutische Veränderung wird mit einer Veränderung auf der *Differentiation-Relatedness-Skala* (DRS), mit jeweils einem Wert für die Selbstrepräsentation (DRS-Selbst) und einem Wert für die Objektrepräsentation (DRS-Objekt), sowie mit der *Anaklitisch-Introjektiv-Skala* (Ana-Int-Skala) erfasst. Vorab wurde eine univariate Prüfung durchgeführt.

Zunächst wurden die Kontrollvariablen getestet. Es wurde jeweils geprüft, ob die Kontrollvariablen einen signifikanten Einfluss besitzen auf den mittleren Wert der Therapie-Variable (Zwischensubjekteffekt; d.h. ob Patienten in Abhängigkeit von der Kontrollvariable generell unterschiedliche Werte für DRS-Selbst, DRS-Objekt, Ana-Int-Skala) und ob sie einen Einfluss besitzen auf den Verlauf (Innersubjektcontrast; d.h. ob Patienten in Abhängigkeit von der Kontrollvariable unterschiedliche Veränderungen in DRS-Selbst, DRS-Objekt und Ana-Int aufweisen). Die Ana-Int-Skala wurde transformiert, damit Veränderungen in die gleiche Richtung sowohl für anaklitische als auch für introjektive Patienten auch die gleiche inhaltliche

Bedeutung besitzen. Die Ergebnisse der signifikanten Kontrollvariablen werden in folgender Tabelle dargestellt (Tab. 22).

Tab. 22. ANOVA mit Kontrollvariablen, die einen signifikanten Einfluss auf zumindest einer Skala (DRS-Selbst, DRS-Objekt-, Ana-Int-Skala) aufweisen; mit Zwischensubjekteffekten (ZSE) und Innersubjektkontrasten (ISK) mit Ergebnissen (*p*-Werte der Effekte).

Kontrollvariable	DRS-Selbst		DRS-Objekt		Ana-Int (transformiert)	
	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK
Patient						
Bildungsniveau	.11	.03*	.14	.59	.79	.88
Therapie						
Frequenz	.03*	.92	.03*	.48	.19	.72
Allgemein						
Archiv	.00**	.84	.00**	.56	.06	.35
Zeitraum 1(1980-85)	.02*	.76	.00**	.58	.21	.44

*** signifikant auf 0.1%-Niveau, ** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Nur das Bildungsniveau des Patienten beeinflusst signifikant den Verlauf der therapeutischen Veränderung insofern, als positive Veränderungen auf der Skala DRS-Selbst um so steiler erfolgen, je höher die Ausbildung des Patienten ist. Dies trifft insbesondere auf Patienten mit einem Universitäts- oder College-Abschluss zu. Patienten, die mit nur einer Wochenstunde behandelt werden, weisen insgesamt signifikant geringere Werte auf DRS-Skala auf, sowohl für die Selbst- als auch für die Objektrepräsentation. Das Gleiche gilt für Patienten aus dem Ulmer Archiv und für solche, die im Zeitraum 1 (1980-1985) die Therapie begonnen haben. Keine Kontrollvariable hatte einen signifikanten Einfluss auf die Ana-Int-Skala, mit der die Veränderung der Persönlichkeitskonfiguration erfasst wurde (vgl. Tab. 23). Die Kontrollvariablen, die signifikante Effekte besitzen, werden in die multivariaten Hauptmodelle übernommen und solche, die keine signifikanten Effekte aufweisen, wurden entfernt. Die folgende Übersicht enthält neben der Variable CALPAS somit nur signifikante Kontrollvariablen (Tab. 23)

Tab. 23. ANOVA über die CALPAS und die Skalen zur Erfassung der Struktur zeigt die Kontrollvariablen, die einen signifikanten Einfluss auf zumindest einer Skala (DRS-Selbst, DRS-Objekt-, Ana-Int-Skala) aufweisen; mit Zwischensubjekteffekten (ZSE) und Innersubjektkontrasten (ISK) mit Ergebnissen (p-Werte der Effekte)

Kontroll- variable	DRS-Selbst		DRS-Objekt		Ana-Int (transformiert)	
	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK
CALPAS						
linear	.51	.88	.02*	.38	.29	.50
quadratisch		.76		.71		.54
kubisch		.13		.95		.19
Bildung Patient						
linear	.18	.04*				
quadratisch		.74				
kubisch		.08				
Frequenz						
linear			.01*	.36		
quadratisch				.46		
kubisch				.00		

** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Wie die Tabelle (Tab. 23) zeigt, hat die therapeutische Beziehung, die mit dem CALPAS-Gesamtwert erfasst wurde, keinen signifikanten Einfluss auf die Therapieverläufe, die anhand der drei Skalen (DRS-Selbst, DRS-Objekt, Ana-Int) gemessen werden. Allerdings gehen höhere CALPAS-Werte mit generell höheren Werten auf DRS-Objekt einher, d.h. dass es einen Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und der Höhe der Objektrepräsentationen gibt. Patienten mit einem höheren Bildungsabschluss weisen signifikant steilere Verläufe in DRS-Selbst auf als Patienten ohne Hochschulabschluss. Somit wirkt sich ein höheres Bildungsniveau positiv auf die Verbesserung der Selbstrepräsentation aus. Patienten mit häufigerer Therapiefrequenz haben insgesamt höhere Werte auf DRS-Objekt. D.h. wenn eine Therapie mehr als einmal in der Woche stattfindet, wirkt sich das positiv auf die Entwicklung der Objektrepräsentation aus. Auch weisen die Patienten unterschiedlich kubische Therapieverläufe auf (Tab. 23). Nachdem der CALPAS-Gesamtwert keinen Einfluss auf die therapeutische Veränderung anhand der drei Skalen zeigt, werden die Modelle schließlich mit den CALPAS-Subskalen gerechnet, um ein

detaillierteres Bild zu erhalten. Dabei werden signifikante Kontrollvariablen berücksichtigt (Tab. 24)¹⁹¹.

Der Wert der CALPAS-Subskala WSC besitzt einen Einfluss auf die Veränderung von DRS-Objekt derart, dass hohe Werte in dieser Skala auch eine stärkere positive Veränderung in DRS-Objekt zu Folge haben. D.h. dass eine bessere Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut (WSC) eine größere Veränderung der Objektrepräsentation (DRS-Objekt) bewirkt. Die Subskalen WSC und PC besitzen in dieser Codierung auch einen signifikant positiven Zwischensubjekteffekt, da höhere Werte dieser Subskalen generell mit besseren Werten auf der Ana-Int-Skala einhergehen. D.h. dass sowohl die Zusammenarbeit in der Dyade (WSC) als auch die Mitarbeit des Patienten (PC) sich positiv auf das Niveau der Persönlichkeitskonfiguration (Ana-Int-Skala) auswirken. Diese Patienten sind von vornherein und über den ganzen Therapieprozess gesehen näher am „Idealwert“ 50, bei dem anaklitisch und introjektiv die geringste Ausprägung haben. Dagegen zeigen die beiden anderen CALPAS-Subskalen, Patientenmitarbeit (PC) und Therapeutenbeitrag (TUI) keine Effekte. Der positive Effekt eines höheren Bildungsabschlusses auf die Veränderung der Selbstrepräsentation wurde bereits berichtet. Die Behandlungsfrequenz zeigt hier keine signifikanten Effekte (Tab. 24).

¹⁹¹ Aufgrund der umfangreichen Tabellen wird hier auf die Darstellung der deskriptiven Ergebnisse verzichtet.

Tab.24. ANOVA über signifikante Kontrollvariablen sowie die CALPAS mit den Skalen DRS (Selbst und Objekt) und Ana-Int mit Zwischensubjekteffekten (ZSE) und Innersubjektkontrasten (ISK) mit Ergebnissen (p-Werte der Effekte)

Variable	DRS-Selbst		DRS-Objekt		Ana-Int (transformiert)	
	ZSE	ISK	ZSE	ISK	ZSE	ISK
CALPAS PWC						
linear	.72	.51	.40	.23	.62	.57
quadratisch		.53		.87		.98
kubisch		.53		.80		.04
CALPAS PC						
linear	.86	.86	.45	.41	.00**	.63
quadratisch		.79		.25		.22
kubisch		.29		.57		.22
CALPAS WSC						
linear	.45	.31	.14	.04*	.01**	.77
quadratisch		.97		.13		.66
kubisch		.22		.43		.04*
CALPAS TUI						
linear	.82	.13	.45	.90	.47	.55
quadratisch		.72		.26		.77
kubisch		.81		.66		.13
Bildung Patient						
linear	.14	.05*				
quadratisch		.81				
kubisch		.16				
Frequenz						
linear			.10	.19		
quadratisch				.28		
kubisch				.08		

** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Die Hypothese 2a wird dahingehend bestätigt, dass es zumindest teilweise Interaktionen zwischen der therapeutischen Beziehung und der Veränderung gibt. D.h. dass sich zwei Subskalen der CALPAS, die Zusammenarbeit (WSC) und die Mitarbeit des Patienten (PC), positiv auf zwei Skalen der therapeutischen Veränderung, auf die Objektrepräsentation und auf die Ausprägung der Persönlichkeitskonfiguration, auswirken.

5.3.4 Überprüfung der Hypothese 2b

In der Hypothese 2b wird behauptet, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung die therapeutische Veränderung vorhersagt. Im Folgenden wird der Einfluss der therapeutischen Beziehung zu Therapiebeginn (CALPAS

beim ersten Messzeitpunkt) auf die therapeutische Veränderung im Therapieverlauf (DRS und ANA-INT vom ersten zum vierten Messzeitpunkt) untersucht. In diesem Modell ist eine prädiktive Analyse enthalten. In einer nichtparametrischen Analyse kann schließlich noch die Korrelation zwischen den CALPAS-Werten und den Werten für die therapeutische Veränderungen von den Messzeitpunkten 1 bis 4 geschätzt werden, ohne dass dabei zwischenzeitliche Schwankungen eine Rolle spielen (Tab. 25).

Tab.25. Korrelationen mit Koeffizienten zwischen den CALPAS-Skalen und den Skalen zur Erfassung der therapeutischen Veränderung über alle Patienten (N=29)

Skala \ CALPAS	DRS-Selbst	DRS-Objekt	Ana-Int
PWC	.00	-.29	-.07
PC	.02	-.15	-.06
WSC	.18	.07	.17
TUI	.24	.09	.28*
Gesamtwert	.18	-.05	.11

*** signifikant auf 0.1%-Niveau, ** signifikant auf 1%-Niveau, * signifikant auf 5%-Niveau

Es zeigt sich eine signifikante positive Korrelation zwischen der therapeutenbezogenen Subskala (TUI) der CALPAS und der therapeutischen Veränderung von Messzeitpunkt 1 nach Messzeitpunkt 4 in der Ana-Int-Skala ($r = 0.28$; $p = .05$) (Tab. 25). Dieser Wert, gemessen zu Beginn der Therapie, sagt somit die therapeutische Veränderung über den Zeitverlauf voraus. D.h. höhere Werte für das Verständnis und Engagement des Therapeuten (TUI) sagen eine positive therapeutische Veränderung hinsichtlich der Persönlichkeitskonfiguration über den Therapieverlauf voraus. Bei der CALPAS-Subskala Arbeitsfähigkeit des Patienten (PWC) gehen geringere Werte mit generell geringeren Werten auf der Skala DRS-Objekt einher ($r = -0.29$; $p = .07$). Zudem geht ein Wert unter 4 auf dieser CALPAS-Subskala zu Messzeitpunkt 1 ebenfalls einher mit einer schlechteren Prognose in DRS-Objekt. Das bedeutet, dass eine geringere Arbeitsfähigkeit eine geringere Veränderung der Objektrepräsentation

vorhersagt. Die weiteren Korrelationen sind nicht signifikant und auch nicht tendenziell.

Wie bereits in der vorherigen Berechnung gezeigt wurde (Tab.24), besitzen Patienten mit hohen Werten in der Mitarbeit (PC) und in der Zusammenarbeit (WSC) zum ersten Messzeitpunkt höhere Werte auf der Ana-Int-Skala; eine Prognose hinsichtlich der therapeutischen Veränderung lässt sich jedoch nicht abgeben. Es lässt sich jedoch sagen, dass alles in allem der Therapeutenbeitrag (TUI) und die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient (WSC) wesentlicher für die therapeutische Veränderung zu sein scheinen als der Patientenbeitrag (PC und PWC).

Die Nullhypothese wird verworfen, da ein signifikanter Zusammenhang aufgezeigt wurde. Die Hypothese 2b wird angenommen, da zwei wesentliche Komponenten der therapeutischen Beziehung, der Therapeutenbeitrag (TUI) sowie die Zusammenarbeit in der Dyade (WSC), eine positive therapeutische Veränderung voraussagen. Diese bilden sich ab auf der Skala DRS-Objekt für die Veränderung der Objektrepräsentation und der Ana-Int-Skala für die Veränderung der Persönlichkeitskonfiguration. Die Veränderung der Selbstrepräsentation auf der DRS-Selbst scheint nicht durch die therapeutische Beziehung beeinflusst zu werden.

5.3.5 Überprüfung der Hypothese 3a

Um die Hypothese zu überprüfen, ob sich anaklitische und introjektive Patienten hinsichtlich des Therapieerfolgs unterscheiden, werden zwei Vorgehen gewählt. Zunächst werden die Ergebnisse für die therapeutische Veränderung der Patienten auf deskriptiver Ebene veranschaulicht.

Wie bereits dargestellt wurde, werden die DRS-Skala mit jeweils einem Wert für die Selbst- und einem für die Objektrepräsentation, sowie der Wert auf der Ana-Int-Skala für die Bestimmung der psychischen Struktur herangezogen. Die Veränderungsmessung anhand dieser Werte über die vier Messzeitpunkte dient der Erfassung der therapeutischen Veränderung. Die durchschnittlichen Werte der Veränderung auf den Skalen DRS jeweils für die Selbst- und Objektrepräsentation über die vier Messzeitpunkte. Die

durchschnittliche Veränderung über alle Patienten nimmt im Zeitverlauf zu, wobei der Verlauf nicht linear ist wie die graphische Darstellung zeigt (Abb. 14.a,b). Die deskriptive Statistik ist tabellarisch dargestellt (Tab. 26 und 27, S. 270).

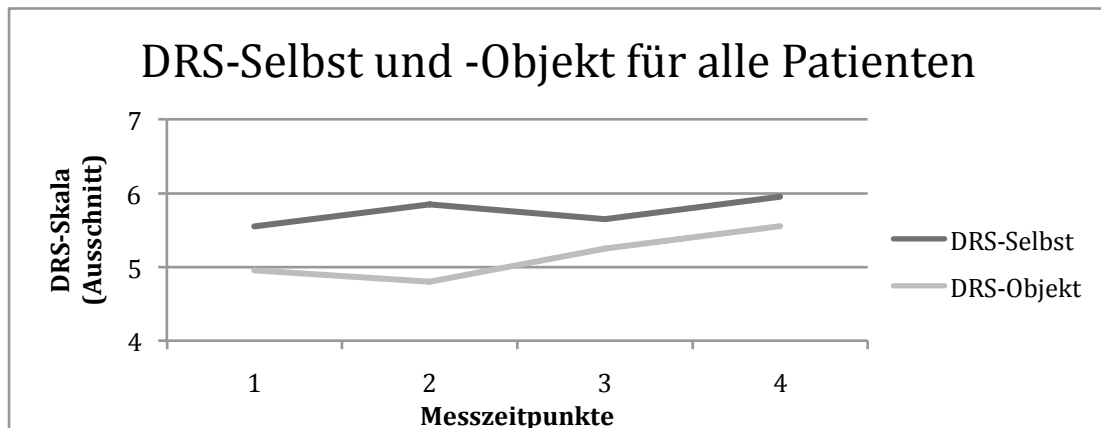


Abb. 14.a. Die therapeutische Veränderung auf der DRS für die Selbst- und Objektrepräsentation für alle Patienten (N=29) über die vier Messzeitpunkte

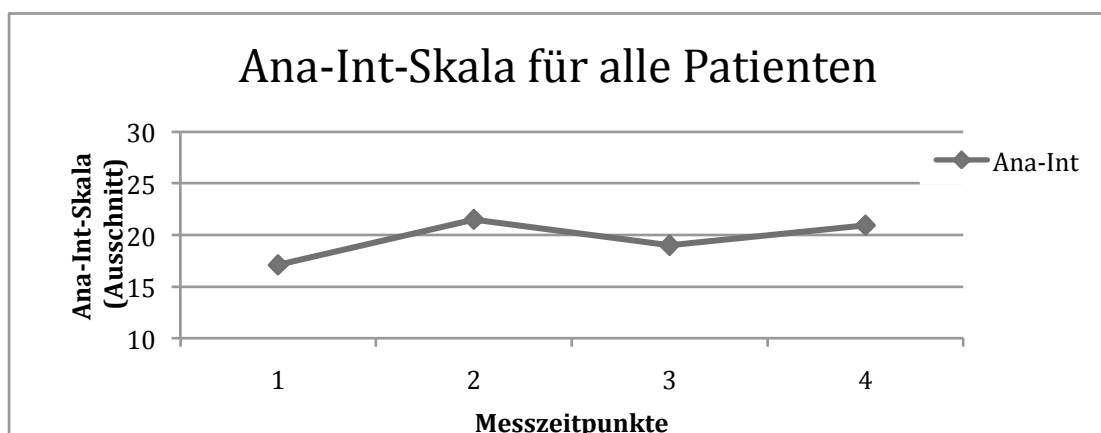


Abb. 14.b. Die therapeutische Veränderung der Persönlichkeitskonfiguration Ana-Int-Skala (transformiert, vgl. Fußnoten 190) für alle Patienten (N=29) über die vier Messzeitpunkte

Für die Erfassung der therapeutischen Veränderung und deren Darstellung in Häufigkeiten wurde eine ordinalskalierte (quasi-metrische) Veränderungsskala mit vier Ausprägungen gebildet. In dieser Skala wird unterschieden zwischen keiner Veränderung oder einer Verschlechterung (0), einer positiven Veränderung auf einer Skala (1), eine Veränderung auf

zwei Skalen (2) und eine Veränderung auf drei Skalen (3). Eine therapeutische Veränderung ist hier definiert als mindestens eine Stufe auf einer Skala (DRS) bzw. für 10 Punkte (Ana-Int-Skala) im Verlauf vom ersten bis zum vierten und letzten Messzeitpunkt¹⁹³. Für diese Darstellung ist es zunächst unerheblich, um welche Skala es sich handelt. Es soll im Folgenden quantitativ dargestellt werden, wie viele Patienten sich in welchem Zeitraum positiv verändert bzw. nicht verändert haben (Tab. 28).

Tab. 28. Häufigkeiten und Prozentzahlen der Patienten mit und ohne therapeutische Veränderung nach Zeiträumen (jeweils vom Messzeitpunkt (MZP) 1, 2, 3 zum vierten)

Therapeutische Veränderung	1. bis 4. MZP		2. bis 4. MZP		3. bis 4. MZP	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
keine Veränderung	23	79,3	21	72,4	14	48,3
Therap. Veränderung	6	20,7	8	27,6	15	51,7
Gesamt	29	100	29	100	29	100

In der graphischen Abbildung wird anschaulich, dass die Veränderungen im Zeitverlauf zunehmen und ausbleibende Veränderungen abnehmen (Abb.15).

¹⁹³ Bei der Ana-Int-Skala muss berücksichtigt werden, dass sich bei dieser Skala die Richtung beim Cut-off-Wert 50 ändert, da ab 50 die Ausprägung der introjektiven Konfiguration zunimmt und unter 50 die der anaklitischen abnimmt. Um mit dieser Skala rechnen zu können wurde die Skala transformiert und folgender Algorithmus verwendet: der Wert 50 wird subtrahiert und bildet den Absolutwert. Dieser Wert wird nochmals von 50 subtrahiert, damit 0 den schlechtesten Wert ergibt und 50 den besten. Beispiel: 1. MZP: Person A hat einen Wert von 30 → wird 30. Person B hat einen Wert von 85 → wird 15; 4. MZP: Person A hat sich verbessert auf 35 → wird 35. Person B hat einen Wert von 70 → wird 30. Somit ist die Verbesserung von Person A = 35-30 = 5. Die Verbesserung von Person B = 30-15 = 15. Person A hat keinen Therapieerfolg, Person B hat einen Therapieerfolg. Um diese 100-Punkt-Skala mit der 10-stufigen DRS besser vergleichen zu können wurde der Wert auf der Ana-Int-Skala jeweils durch 10 dividiert.

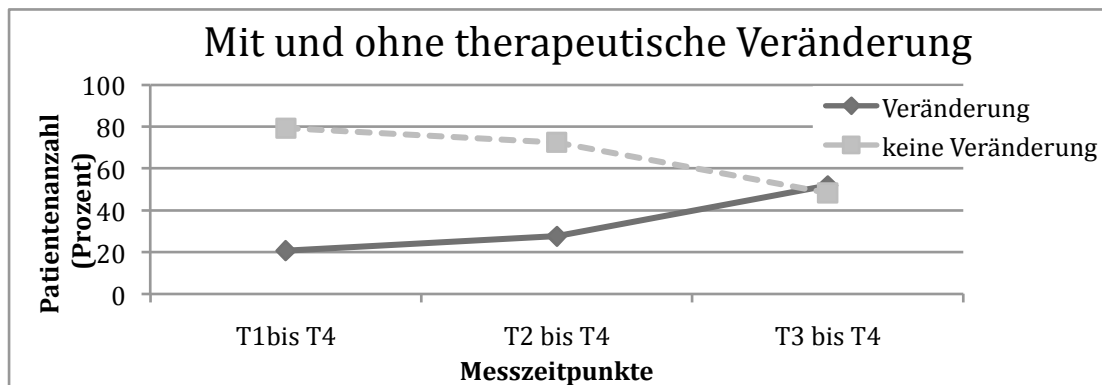


Abb. 15. Prozentzahl der Patienten mit und ohne therapeutische Veränderung differenziert nach Messzeitpunkten (T)

Differenziert man danach, auf wie vielen Skalen eine positive therapeutische Veränderung erreicht wurde, zeigt sich, dass vom ersten zum vierten und letzten Messzeitpunkt etwas mehr als die Hälfte der Patienten (55,1%) auf mindestens einer Skala eine positive therapeutische Veränderung zeigen, während die anderen Patienten keine positive therapeutische Veränderung aufweisen (vgl. Tab. 29).

Tab.29 Häufigkeiten und Prozentzahlen der Patienten mit und ohne therapeutische Veränderung nach Zeiträumen (Messzeitpunkt (MZP) 1,2,3 jeweils zum 4)

Therapeutische Veränderung	1. bis 4. MZP		2. bis 4. MZP		3. bis 4. MZP	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Keine Veränderung	13	44,9	17	58,6	12	41,4
Veränderung 1 Skala	5	17,2	7	24,1	13	44,8
Veränderung 2 Skalen	5	17,2	5	17,2	1	3,4
Veränderung 3 Skalen	6	20,7	0	0	3	10,3
Gesamt (1 bis 3 Skalen)	16	55,1	12	41,3	17	58,5
Gesamt	29	100	29	100	29	100

Unter denjenigen mit positiver therapeutischer Veränderung über den gesamten Therapieverlauf (vom ersten bis vierten Messzeitpunkt) zeigen jeweils ca. 17% auf Veränderungen auf einer bzw. auf zwei Skalen, während ca. 20% eine Veränderung auf allen drei Skalen erreichen. Bei einer Differenzierung zwischen den Messzeitpunkten zeigt sich, dass eine positive Veränderung auf einer Skala vom zweiten zum vierten (24.1%) und vom dritten zum vierten Messzeitpunkt (44.9%) zunimmt, während die Häufigkeit

der Veränderungen auf zwei oder drei Skalen im Verlauf anhält oder abfällt (vgl. Tab.29 und Abb. 15).

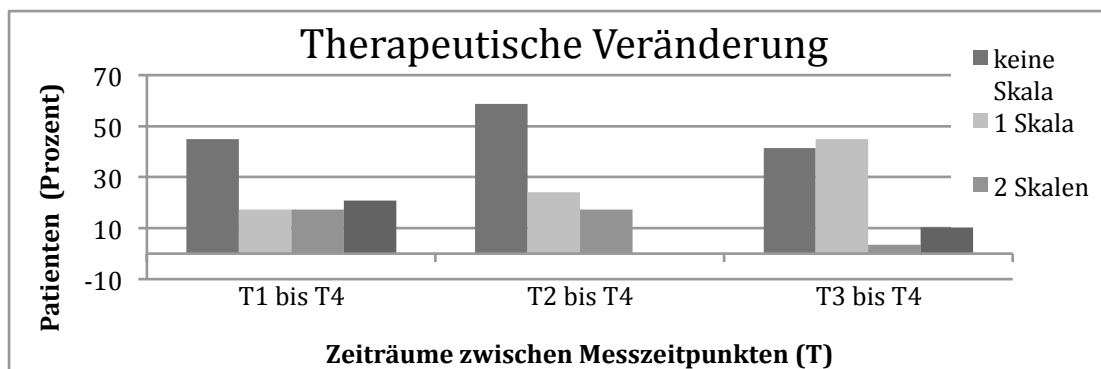


Abb. 16. Prozentzahl der Patienten (N=29) mit und ohne (positive) therapeutische Veränderung differenziert nach Messzeitpunkten.

Die Veränderungen der Gesamtstichprobe auf den einzelnen strukturbezogenen Skalen DRS-Selbst, DRS-Objekt und ANA-INT über den Zeitverlauf wird graphisch dargestellt (siehe Abb.14. a,b). Differenziert nach den beiden Persönlichkeitskonfigurationen anaklitisch und introjektiv zeigt sich, dass sie sich kaum unterscheiden, wobei die Varianz bei den introjektiven Patienten größer ist. Im Folgenden wird dargestellt in welchen Häufigkeiten therapeutische Veränderungen, differenziert nach der Anzahl der relevanten Skalen, keine Veränderungen in der vorliegenden Stichprobe auftreten.

Tab. 30. Kreuztabellen von Patientenanzahl (Häufigkeit), die mit therapeutischer Veränderung („Ja“) und ohne („Nein“) für alle drei Zeiträume der Veränderung

Therapeutische Veränderung	1. bis 4. MZP			2. bis 4. MZP			3. bis 4. MZP		
	Ja	Nein	Gesamt	Ja	Nein	Gesamt	Ja	Nein	Gesamt
keine Skala 0	9	4	13	11	6	17	7	5	12
1 Skala 1	3	2	5	5	2	7	7	6	13
2 Skalen 2	5	0	5	5	0	5	0	1	1
3 Skalen 3	6	0	6	0	0	0	0	3	3
Gesamt	13	6	29	21	8	29	14	15	29

Die Tabelle (Tab. 30) zeigt die Beobachtungen bezüglich der therapeutischen Veränderungen vom Messzeitpunkt 1, 2 und 3 jeweils zum

vierten. Beispielhaft soll die Veränderung bzw. fehlende Veränderung vom ersten zum vierten Messzeitpunkt erläutert werden. Dabei haben sich neun Patienten auf keiner Skala verändert, d.h. sie weisen weder Verbesserungen und noch Verschlechterungen auf, vier Patienten haben sich auf keiner Skala verbessert, aber auf einer Skala verschlechtert, drei haben sich auf genau einer Skala verbessert und auf keiner der beiden anderen Skalen verschlechtert, fünf Patienten haben sich auf zwei Skalen verbessert und auf der dritten nicht verschlechtert, sechs Patienten haben sich auf allen drei Skalen verbessert.

Das zweite Vorgehen zur Erfassung der therapeutischen Veränderung setzt die Annahme einer metrischen Skala voraus. Dafür wurde der *Reliable Change Index* (RCI Jacobson & Truax, 1991) berechnet, um zu überprüfen, inwieweit sich die Patienten in den jeweiligen Gruppen hinsichtlich der jeweils individuell erreichten therapeutischen Veränderung unterscheiden. Der Index liegt für alle Patienten über dem gesamten Therapieverlauf (Messzeitpunkt 1 bis 4) im Schnitt bei $RCI = 1.2$, vom zweiten zum vierten Messzeitpunkt bei 0.55 und vom dritten zum vierten Messzeitpunkt bei 0.8 (Tab.31). Differenziert man nach den beiden Gruppen anaklitisch und introjektiv, zeigen sich höhere Werte für die Veränderung bei anaklitischen Patienten ($M = 1.54$) als bei introjektiven Patienten ($M = 1.15$) über den gesamten Therapieverlauf. In der graphischen Darstellung wird anschaulich, dass das Ausmaß der Veränderung zwischen den Zeiträumen variiert und sich insbesondere ein starker Rückgang zum zweiten Zeitraum (MZIP 2 bis 4) für die anaklitischen Patienten abzeichnet, d.h. dass es dort kaum mehr zu einer Veränderung kommt (Abb. 15). Dies spricht grundsätzlich dafür, dass der größte Unterschied, wie nicht anders zu erwarten, zwischen MZIP 1 und 4 besteht, wobei nach einer anfänglichen starken Veränderung diese etwas abflacht.

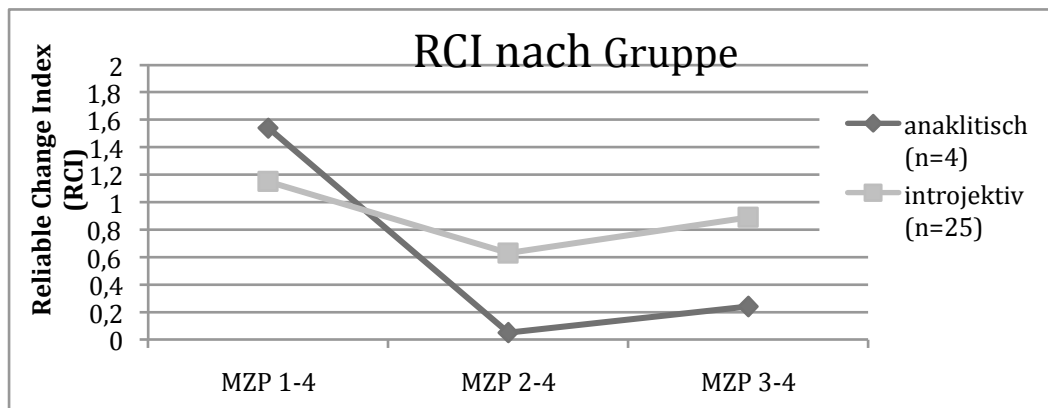


Abb.17. Reliable Change Index (RCI) zwischen den Patientengruppen anaklitisch (n=4) und introjektiv (n=25) für die Veränderung von den Messzeitpunkten 1, 2 und 3 jeweils zum vierten Messzeitpunkt

Die Ergebnisse des RCI spiegeln auch den Eindruck aus den vorhergehenden Ergebnissen zur therapeutischen Veränderung wider, dass es Schwankungen im Therapieverlauf gibt. Es zeigt sich auch ein Unterschied zwischen den beiden Therapieformen. Der RCI für die psychodynamische Therapie ist größer ($RCI = 1.44$) als für die psychoanalytische Therapie ($RCI = 0.99$) über den Zeitverlauf (Tab. 31).

Tab.31. Der Reliable Change Index (RCI) für die Gesamtstichprobe (N=29), sowie nach Patientengruppe als auch nach Therapieform differenziert, für jeweils vom Messzeitpunkt (MZIP) 1,2,3 zum MZIP 4

Therapie- verläufe \ Zeitraum	MZIP 1-4	MZIP 2-4	MZIP 3-4
Anaklitisch (n=4)	1.54	0.05	0.24
Introjektiv (n=25)	1.15	0.63	0.89
Psychodynamische PT (n=14)	1.44	0.55	0.82
Psychoanalytische PT (n=25)	0.99	0.55	0.78
Gesamte Stichprobe (N=29)	1.20	0.55	0.80

Nach Jacobson & Truax (1991) sind die Veränderungen, die einen Wert des RCI größer als 1.96 erreichen, nicht nur statistisch, sondern auch klinisch signifikant. Betrachtet man die individuellen Ergebnisse aus dieser Perspektive, so zeigt sich über alle vier Messzeitpunkte, dass zwölf (41.4%) Patienten eine klinisch signifikante Veränderung erreichen, während

siebzehn (58.6%) Patienten diese nicht erreichen. Unter letzteren sind Patienten, die sich nicht (n=5; 17.2%) oder mäßig (n=7; 21.1%) veränderten oder sich sogar verschlechterten (n=5; 17.2%).

Tab.32. Häufigkeiten und Prozentzahlen der Patienten mit und ohne klinisch signifikante Veränderung anhand der Reliabe Change Index (RCI)

Signifikante Verbesserung Therapieform	Ja RCI > 1.96		Nein RCI < 1.96	
	N	%	N	%
Anaklitisch (n=4)	3	10.3	1	3.4
Introjektiv (n=25)	9	31.0	16	55.2
Psychodynamische PT (n=14)	7	24.1	7	24.1
Psychoanalytische PT (n=15)	5	17.2	10	34.5
gesamt	12	100	17	100

Ein Test auf Unterschiede zwischen den Patientengruppen wird signifikant (Cohen's Kappa $\kappa = .05$). Drei der vier anaklitischen Patienten verbesserten sich signifikant, während 9 von 16 introjektiven Patienten diesen Indexwert erreichten. Die Therapieformen unterscheiden sich hinsichtlich der erfolgreichen Therapien tendenziell signifikant voneinander ($\kappa = .05$), was sich auch anhand der Häufigkeiten andeutet (Tab. 32).

Aufgrund der Stichprobengröße ist dieses Ergebnis nur deskriptiv zu bewerten. Daher wurde ein anderer Ansatz, die bereits vorgestellte ordinalskalierte Erfassung der Anzahl der Veränderungen, verwendet, um dieses Ergebnis zu überprüfen. Es wurde getestet, ob die Persönlichkeitskonfiguration anaklitisch oder introjektiv einen Einfluss auf die therapeutische Veränderung hat mithilfe eines Rangsummentests (Mann-Whitney-U-Test). Dabei wurde erneut für die drei Zeiträume differenziert (analog zu oben). Der p-Wert ist nicht signifikant, woraus folgt, dass es keinen Unterschied zwischen den Gruppen gibt.

Somit kann die Hypothese 3a nach dieser Überprüfung nicht angenommen werden, da sich anaklitische und introjektive Patienten hinsichtlich des Therapieerfolgs nicht unterscheiden. Allerdings gilt hier zu beachten, dass dieses Ergebnis nur als vorläufig angesehen werden sollte,

da das Missverhältnis in der Gruppengröße nur für die introjektiven Patienten eine verlässliche Abbildung des Therapieverlaufs ermöglichte. Zukünftige Untersuchungen sollten hier versuchen, mehr anaklitische Patienten einzubinden.

5.3.6 Überprüfung der Hypothese 3b

Die Hypothese 3b besagt, dass sich die Prozesse von erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien unterscheiden. Das Erfolgskriterium stellt das Erreichen eines RCI > 1.96 dar. Analog zur vorhergehenden Differenzierung wurde eine neue dichotome Variable gebildet. Anhand der vorgestellten klinisch signifikanten therapeutischen Veränderung mithilfe des RCI, die zwischen „erfolgreichen“ und „nicht erfolgreichen“ Therapien unterscheidet. Anschließend wurde ein t-Test auf Mittelwertsunterschiede zwischen den erfolgreichen und den nicht erfolgreichen Therapieverläufen über alle PQS-Items des ersten Messzeitpunkts durchgeführt. Es zeigen sich bei einer Anzahl von Items signifikante bzw. tendenziell signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen (Tab. 33.a).

Die Patienten mit einer klinisch signifikanten Veränderung zeichnen sich im Gegensatz zu denjenigen Patienten, die diese nicht erreichten, dadurch aus, dass sie weniger besorgt über ihre etwaige Abhängigkeit vom Therapeuten sind (8-r), sich angepasster verhalten (20-r) und dass unangenehme Gefühle in der Therapie nicht im Vordergrund stehen (26-r). Zudem sind sie kooperativer (87-r) nehmen die Bemerkungen des Therapeuten eher an (42-r), und setzen sich mit ihren eigenen Anteilen an den Problemen auseinander (58-r), ohne sich dabei selbst anzuklagen (71-r).

Der Therapeut in den erfolgreichen Therapien ist empathischer (6), der Therapeut gibt mehr Ratschläge (27), benennt die Erfahrung bzw. das Verhalten des Patienten (62), klarifiziert mehr (65) und bezieht sich bei Interpretationen vermehrt auf andere Personen (40) und erklärt, wie deren Verhalten zu verstehen sei (43). Zudem sind Therapeuten in den Therapien mit erfolgreicher therapeutischer Veränderung freundlicher (77-r) und weniger neutral (93-r). Die erfolgreicheren Therapien haben eher einen

spezifischen Fokus in der Sitzung (23), es geht nicht um kognitive Themen (30-r) und Unterbrechungen spielen keine Rolle (75-r). Es muss jedoch beachtet werden, dass manche dieser Items nahe dem neutralen Bereich liegen und daher nicht als besonders charakteristisch angesehen werden können, sich aber dennoch signifikant von den weniger erfolgreichen Therapien unterscheiden oder auch auf dem 10%-Niveau signifikant werden. Anhand der Mittelwerte wird deutlich, inwiefern sich die Prozessvariablen zwischen erfolgreichen und den nicht erfolgreichen Therapien unterscheiden (Tab. 33).¹⁹⁴ Es wurde hier nur der erste Messzeitpunkt berücksichtigt, da in den vorhergehenden und nachfolgenden Berechnungen deutlich wurde, dass diese frühen Messungen eine hohe prädiktive Aussagekraft für das Therapieergebnis haben.

¹⁹⁴ Die Tabelle mit der vollständigen deskriptiven Statistik ist im Anhang aufgeführt (Tab. 33.b., S.272 Anhang)

Tab. 33.a. PQS-Items, die signifikant zwischen erfolgreichen (ja) und nicht erfolgreichen (nein) Therapien unterscheiden mit t-Wert und Mittelwerten (M). (Reversed Items (M < 5 sind mit (-r) gekennzeichnet und es gilt die entgegengesetzte Seite bzw. fett gedruckte Markierung)

PQS Item	Beschreibung	T-Wert	M ja	M nein
6	Der Therapeut ist empathisch.	2.03	8.21	7.12
8-r	Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit). (reversed)	-1.75	3.38	4.09
20-r	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung (vs. der Patient verhält sich angepasst). (reversed)	-2.20*	2.25	3.24
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus (vs. keinen Fokus).	1.97	7.79	6.91
26-r	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (vs. keine unangenehmen Gefühle) (reversed)	-2.17*	5.50	6.82
27	Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen	2.97*	4.88	3.79
30-r	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen (vs. sind kein Thema). (reversed)	-2.60*	4.50	5.74
40	Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.	1.92	6.79	6.00
42-r	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an). (reversed)	-1.98	1.54	2.29
43	Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei	3.94**	5.62	4.01
58-r	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken oder Motiven, auseinanderzusetzen (vs. setzt sich damit auseinander) (reversed)	2.29*	3.08	2.00
62	Therapeut benennt etwas in der Erfahrung/ dem Verhalten des Patienten	1.73	26.60	6.92
65	Der Therapeut klarifiziert (...) oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	2.52*	7.50	6.38
71-r	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld (vs. keine derartigen Gefühle) (reversed)	-3.64**	4.79	6.74
75-r	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert (vs. nicht thematisiert). (reversed)	-2.23*	4.58	4.97
77-r	Der Therapeut ist taktlos (vs. rücksichtsvoll und freundlich)(reversed)	-2.31*	1.83	2.47
87-r	Der Patient kontrolliert (vs. ist kooperativ). (reversed)	-3.04*	2.92	4.59
93-r	Der Therapeut ist neutral (vs. äußert seine Meinung) (reversed für erfolgreiche Therapie)	-2.07	4.30	5.88

Die Hypothese 3b kann bestätigt werden, da sich Therapien mit und ohne klinisch signifikante Veränderung anhand von zahlreichen PQS-Items signifikant voneinander unterscheiden.

5.3.7 Überprüfung der Hypothese 4a

Hier wurde die Hypothese überprüft, ob die therapeutische Beziehung als Moderator zwischen der Patientenpersönlichkeit und der therapeutischen Veränderung wirkt.

Zunächst wurden für die Überprüfung des Einflusses der therapeutischen Beziehung (anhand des CALPAS) auf das Therapieergebnis nichtparametrische Korrelationen berechnet. Die drei Zeiträume zwischen zwei Messzeitpunkten (analog zu Hypothese 3) wurden gesondert berücksichtigt, um eventuelle Einflüsse im zeitlichen Verlauf zuordnen zu können. Hier wurde die gesamte Stichprobe zusammen berücksichtigt, da ein Gruppeneffekt nach der vorhergehenden Berechnung ausgeschlossen werden kann. Zunächst werden der CALPAS-Gesamtwert und die CALPAS-Skalen gesondert berechnet. Hierbei wurden keine signifikanten Ergebnisse erzielt. Die univariaten und nichtparametrischen Analysen zeigen, dass weder die Patientenpersönlichkeit noch die CALPAS-Skalen einen signifikanten Einfluss auf die positive therapeutische Veränderung besitzen.

Anschließend wird zunächst eine Varianzanalyse durchgeführt, um zu überprüfen, ob die therapeutische Beziehung einen moderierenden Einfluss auf die therapeutische Veränderung hat. Dabei kann unmittelbar ein Moderatoreffekt modelliert werden¹⁹⁵.

Die Ergebnisse der univariaten Varianzanalyse zeigen keine signifikanten Interaktionseffekte. Die therapeutische Beziehung beeinflusst somit den angenommenen (jedoch nicht vorhandenen) Effekt der Patientenpersönlichkeit auf den therapeutischen Erfolg nicht. D.h. es gibt keinen moderierenden Effekt mit dem CALPAS, der die Wirkung der

¹⁹⁵ Zeigen sich dort Hinweise auf einen möglichen moderierenden Einfluss der CALPAS-Skalen, so wird die Moderatorvariable separat berechnet und in einer ordinalen Regression geprüft, da die Zielvariable „therapeutischer Erfolg“ ordinal und somit nicht normalverteilt ist.

Patientenpersönlichkeit auf die therapeutische Veränderung beeinflusst. Zum Beleg, dass die Ergebnisse des korrekten, ordinalen Regressionsmodells sich nicht maßgeblich von denjenigen der ANOVA unterscheiden, wurden die Parameter geschätzt und als Moderatorvariablen eingesetzt (z.B. Patientenpersönlichkeit und CALPAS-Gesamtwert bzw. den einzelnen Subskalen zum ersten Messzeitpunkt als Moderatorvariable usw. Keiner der Moderatoren erweist sich jedoch als signifikant, was die obige Aussage bestätigt. Die Hypothese 4a wurde nicht bestätigt und muss verworfen werden, da sich kein moderierender Effekt zwischen Patientenpersönlichkeit und therapeutischer Veränderung gezeigt hat.

5.3.8 Überprüfung der Hypothese 4b

Um zu untersuchen, ob der therapeutische Stil Einfluss auf die therapeutische Veränderung des Patienten hat, wurden diejenigen PQS-Items untersucht, die zum ersten Messzeitpunkt einen signifikanten oder tendenziellen Einfluss auf den therapeutischen Erfolg besitzen. Der therapeutische Erfolg wurde definiert mit mindestens einer Veränderung von einer Stufe bzw. 10 Punkten auf einer Skala (siehe Hypothese 3a) und bezieht sich auf den gesamten Therapieverlauf (Messzeitpunkt 1 bis 4).

Es wird eine univariate Varianzanalyse über die PQS-Items durchgeführt und anschließend mit einer ordinalen Regression geprüft. Es zeigt sich, dass zwei PQS-Items (43 und 79) einen signifikanten Haupteffekt und damit einen Einfluss auf die therapeutische Veränderung haben. D.h. dass das „Interpretieren des Verhaltens anderer Personen“ (Item 43; $F = 9.05$; $df = 1$; $p < .01$) und das „Ansprechen von Stimmungsveränderungen des Patienten“ (Item 79; $F = 5.78$; $df = 1$; $p < .05$) zu Therapiebeginn sich positiv auf die therapeutische Veränderung auswirkt.

Um mögliche Moderationseinflüsse durch die therapeutische Beziehung zu prüfen, wurden die CALPAS-Scores in das Modell aufgenommen. Dabei zeigen sich auf dem 10%-Niveau signifikante Moderatoreffekte für Item 43 und den Gesamtwert des CALPAS sowie für CALPAS-PWC mit Item 43 und Item 79. D.h. dass die therapeutische

Beziehung besser ist und der Patient besser mitarbeiten kann (PWC), wenn der Therapeut das Verhalten anderer interpretiert (Item 43). Zudem wirkt sich das Ansprechen von Stimmungsschwankungen (Item 79) positiv auf die Arbeitsfähigkeit des Patienten (PWC) aus. Aufgrund der wenigen moderierenden Effekte einzelner PQS-Items und unspezifischen Befunde muss die Hypothese 4b verworfen werden. D.h. dass der therapeutische Stil keinen moderierenden Effekt auf die therapeutische Veränderung hat.

5.3.9 Überprüfung der Hypothese 5

Die Hypothese 5 nimmt an, dass komplementäre Passungen zwischen Patient und Therapeut erfolgreicher sind als nicht komplementäre Passungen. Wie bereits dargestellt wurde, bestehen konkordante Passungen aus anaklitischen Patienten mit beziehungsorientierten Therapeuten oder aus introjektiven Patienten mit differenzierungsorientierten Therapeuten (vgl. Tab. 3, S.100). Dagegen bilden anaklitische Patienten mit differenzierungsorientierten Therapeuten sowie introjektive Patienten mit beziehungsorientierten Therapeuten komplementäre Passungen. Der „gemischte“ Typus wird stets als komplementär behandelt, da zumindest teilweise nichtkonkordante Anteile vorliegen.

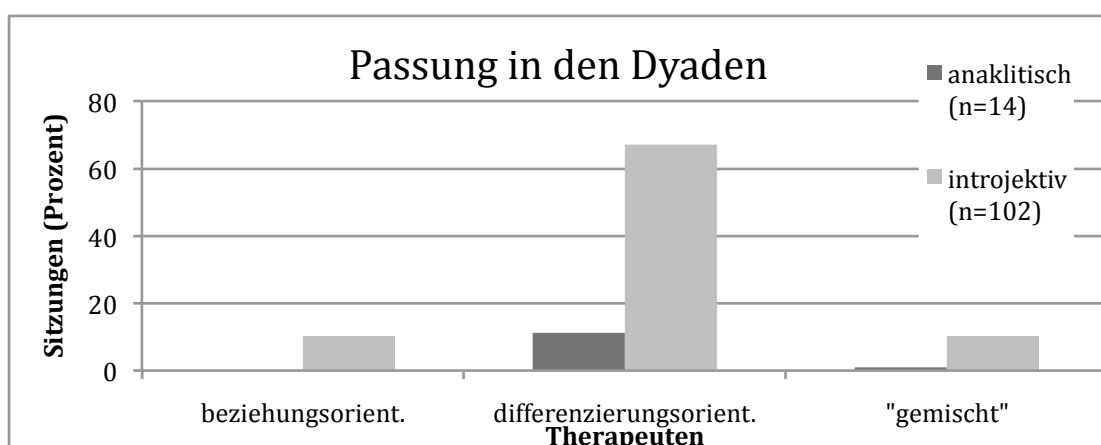


Abb. 18. Die Passungen zwischen der Patientenvariable (anaklitisch, introjektiv) und der Therapeutenvariable (beziehungsorientiert, differenzierungsorientiert, „gemischter“ Typus) in Prozentzahlen auf Sitzungsebene (N = 116)

Im Folgenden wird die Häufigkeitsauszählung konkordanter und komplementärer Paare zu den drei Messzeitpunkten dargestellt, wobei der vierte Messzeitpunkt nicht ausgewertet wird, da zu diesem Zeitpunkt bereits die Therapie nahezu abgeschlossen ist und somit keine Wirkung auf eine Veränderung mehr erfasst werden kann und weitere Erhebungen nicht vorliegen. Es zeigt sich, dass zu den drei Messzeitpunkten, dass jeweils ca. Zweidrittel (durchschnittlich 66.6%) der therapeutischen Dyaden zu jedem Messzeitpunkt eine konkordante Passung aufweisen, während ein Drittel eine komplementäre Passung haben (vgl. Tab. 34).

Tab. 34. Häufigkeiten und Prozentzahlen der konkordanten und komplementären therapeutische Passungen auf Dyadenebene zu den Messzeitpunkten 1,2, und 3

Messzeitpunkt Passungen	1. MZP		2. MZP		3. MZP	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
konkordant	19	65,5	20	69	19	65,5
komplementär	10	34,5	9	31	10	34,5
gesamt	29	100	29	100	29	100

Die konkordanten Paare setzen sich stets aus introjektiven Patienten und differenzierungsorientierten Therapeuten zusammen, es gibt keine Dyaden aus anaklitischen Patienten und beziehungsorientierten Therapeuten (Abb. 16). Und die komplementären setzen sich aus 10.3% introjektiven Patienten mit beziehungsorientierten Therapeuten zusammen oder aus 11.2% anaklitischen Patienten mit differenzierungsorientierten Therapeuten bzw. mit 10.3% gemischten Therapeuten zusammen¹⁹⁶.

Es wird nun untersucht, ob Medianunterschiede im therapeutischen Erfolg vorliegen, je nachdem ob Komplementarität oder Konkordanz in der therapeutischen Passung vorliegt. Dabei wird die Sitzungsebene berücksichtigt. Anschließend wird ein nichtparametrischer Signifikanztest (Mann-Whitney-U-Test) durchgeführt, bei dem zwischen komplementärer und nichtkomplementärer Passung unterschieden wird und jeweils der

¹⁹⁶ Diese Zahlen beziehen sich auf die Sitzungsebene, da die Einschätzungen über die Messzeitpunkte variieren, jedoch nur minimal.

Einfluss der ersten drei Messzeitpunkte auf den vierten und letzten Messzeitpunkt überprüft wird.

Es zeigt sich, dass komplementäre Dyaden konsequent höhere Therapieerfolge verzeichnen, d.h. es werden im Median auf mehr Skalen positive Veränderungen erzielt. Allerdings ist nur die Komplementarität im ersten Messzeitpunkt für die positive therapeutische Veränderung für den gesamten Therapieverlauf vom ersten zum vierten Messzeitpunkt signifikant ($p < .01$), jedoch nicht für die anderen Messzeitpunkte.

Die aus der Theorie abgeleitete Hypothese, dass Komplementarität zwischen wesentlichen Patienten- und Therapeutencharakteristika das Therapieergebnis positiv beeinflusst, bedeutet eine günstigere therapeutische Passung, da sie eher zu positiven Therapieverläufen führt. Offenbar spielt es nachhaltig die größte Rolle, dass der Therapeut zu Beginn der Therapie eine komplementäre Haltung bzw. einen komplementären Stil zur Patientenpersönlichkeit einnimmt.

5 Diskussion

5.1 Diskussion der Ergebnisse

Die verschieden große Anzahl von anaklitischen und introjektiven Patienten in dieser Stichprobe stellt die differenzielle Untersuchung methodisch vor Schwierigkeiten. Dennoch konnten signifikante Ergebnisse erzielt werden. Die zwei ermittelten Therapieprofile unterscheiden sich tendenziell voneinander, was jedoch an einer größeren Stichprobe überprüft werden müsste. Die charakteristischen PQS-Items für die Gesamtstichprobe zeigen eine große Überlappung zahlreicher Prozessvariablen, die für beide Gruppen charakteristisch sind. Getrennt für beide Gruppen zeigt sich ein Bild, das im Einklang mit den theoretischen Annahmen steht. Typisch für anaklitische Patienten ist beispielsweise, dass sie sich in der Abhängigkeit eines wichtigen Anderen (hier: dem Therapeuten) wohl fühlen, während introjektive Patienten sich selbstkritisch hinterfragen.

Die Schwankungen in den Prozessen anaklitischer Patienten zeigen, dass nach dem ersten Drittel der Therapie die therapeutischen Interventionen weniger Halt gebend und gleichzeitig aufdeckend sind, was mit einem Rückgang der Bereitschaft, sich einzulassen einhergeht. Eine therapeutische Haltung, mit der Therapeuten ihre zur Abhängigkeit neigenden anaklitischen Patienten implizit oder explizit dazu auffordern, ihre psychische Innenwelt intensiver zu explorieren und sich weniger anzulehnen, könnte dazu führen, dass diese sich wenig gehalten und unterstützt fühlen, was ihre Angst vor dem Alleinsein verstärken könnte. Dagegen zeigt sich bei den introjektiven Patienten anhand der Faktoren im Zeitverlauf die entgegengesetzte Richtung, mit weniger aufdeckendem und neutralem therapeutischen Handeln und zunehmendem Vertrauen in den Therapeuten durch den Patienten. Diese Ergebnisse spiegeln Befunde von Blatt und Mitarbeiter wider, die zeigen, dass anaklitische und introjektive Patienten sehr unterschiedlich auf verschiedene Interventionen ansprechen (z.B. Blatt & Ford 1994, S.201; Blatt & Shahar 2004). Sie schlussfolgerten aus ihren Studien, dass insbesondere introjektive Patienten insbesondere zu Beginn das Gefühl brauchen, unterstützt und akzeptiert zu werden (Blatt, Shahar &

Zuroff 2002, S.328) und dass anaklitische Patienten stärkere Schwankungen im Therapieprozess aufweisen (Blatt und Shahar 2004). Diese Ergebnisse wurden bestätigt und Prozessunterschiede wurden auf empirischer Grundlage aufgezeigt.

Bei der Überprüfung, ob sich die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auch anhand der Prototypen nach Ablon und Jones (1998, 1999) aufzeigen lassen, wurde deutlich, dass die Prozesse in dieser Hinsicht sogar sehr ähnlich sind. Die Unterscheidung nach Therapieformen führt zu ähnlichen Ergebnissen. Obwohl es sich ausschließlich um psychodynamische und psychoanalytische Psychotherapien handelt, ist der Zusammenhang zum psychodynamischen und zum kognitiv-behavioralen Prototyp nahezu gleich. Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden von Ablon & Jones (1998) dahingehend überein, dass psychodynamische Therapien einen ebenso großen Zusammenhang mit dem CBT-Prototypen aufweisen können, wie mit dem psychodynamischen Prototyp.

Es sollte jedoch kritisch hinterfragt werden, inwieweit der psychodynamische Prototyp die reale Behandlungspraxis abbildet. So stehen beispielsweise nicht in jeder psychoanalytischen Therapiesitzung Übertragungs- und Traumdeutungen im Mittelpunkt, die bei dem psychodynamischen Prototypen als idealtypisch gelten. Zudem differenziert der Prototyp nicht zwischen psychoanalytischer und psychodynamischer Therapie, wobei sich in dieser Stichprobe diese beiden Therapieformen bezüglich der Prototypen ohnehin nicht unterscheiden. Dies ist ebenfalls ein wichtiges Ergebnis. Da in der vorliegenden Studie die Zusammenhänge zwischen den beiden Therapieformen und den Prototypen nahezu identisch sind, erübrigte sich eine Überprüfung differenzieller Effekte zwischen dem Ausmaß der Adhärenz anhand der jeweiligen Prototypen auf den Therapieerfolg.

Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen beziehen sich nicht nur auf den Therapieprozess, sondern auch auf die therapeutische Beziehung. Diese Unterschiede bilden sich auch im Verlauf ab, dabei weisen anaklitische Patienten mehr Schwankungen im Verlauf über die Zeit auf als introjektive. Es konnte gezeigt werden, dass sich insbesondere die Arbeitsfähigkeit von anaklitischen Patienten von introjektiven unterscheidet,

allerdings nur, wenn sie von Analytikern behandelt wurden. Dieses Ergebnis wurde trotz der kleinen Anzahl an Personen in dieser Subgruppe signifikant und ist konform mit Blatts Befunden, dass anaklitische Patienten bei psychodynamischer Psychotherapie mehr profitieren, als in Psychoanalyse (Blatt & Shahar 2004). Es deutet sich an, dass dies auch für psychoanalytische Therapie gilt. Als These kann aufgestellt werden, dass möglicherweise das Bedürfnis der Patienten nach emotionaler Unterstützung durch Analytiker frustriert wird, die annehmen Patienten durch „Gratifizierung“ nicht helfen zu können. Eine alternative These könnte die erhöhte Ängstlichkeit und Ambivalenz bei anaklitischen Patienten sein, welche die Unterschiede und höheren Schwankungen erklären.

Die Gruppen unterscheiden sich in Abhängigkeit davon, ob sie von Analytikern oder Psychotherapeuten behandelt werden, obwohl es keine signifikanten Unterschiede zwischen psychodynamischer und analytischer Therapie in den Verlaufsformen der Beziehungsqualität anhand des CALPAS gibt. Die Verlaufsformen von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Mitarbeit und Arbeitsfähigkeit ebenso wie hinsichtlich des Therapeutenbeitrags. Dabei erreichten Verläufe mit Psychotherapeuten stets höhere Werte als diejenigen mit Psychoanalytikern. Möglicherweise sind die Forschungsinstrumente für analysespezifische Beziehungsaspekte wie Übertragung und Gegenübertragung nicht sensitiv genug, wie nachfolgend noch diskutiert wird.

Bemerkenswert ist jedoch, dass die Rolle der Ausbildung der Therapeuten für die Unterschiede in der therapeutischen Beziehung. Aus den Ergebnissen kann geschlossen werden, dass die Ausbildung entscheidend ist und nicht die angebotene Therapieform. Auch diese Ergebnisse müssen an einer größeren Stichprobe überprüft werden, idealerweise an genesteten Daten, in denen ein Analytiker mit verschiedenen Patienten psychodynamische sowie analytische Therapie durchführt im Vergleich mit psychodynamischen Therapeuten, die nur psychodynamische Therapie praktizieren. Somit könnte gezeigt werden, inwiefern sich psychodynamische Therapien, die von Psychotherapeuten durchgeführt werden und solchen, die von Analytikern durchgeführt werden, unterscheiden.

Die Erfassung von vier Messzeitpunkten hat sich in dieser Studie bewährt. Aufgrund der Fluktuationen im Therapieprozess sollten in Studien ausreichend Daten für jede Behandlung gesammelt werden, um eine repräsentative Auswahl für jeden Fall bereitzustellen (Hill & Lambert 2004, S.95). Schwankungen im Therapieverlauf müssen weiter untersucht werden. Verläufe können z.B. linear oder U-förmig sein, somit ist es bei der Prozessforschung notwendig, mehrere Sitzungen zu erfassen. Studien zeigen, dass entweder U-förmige quadratische Verläufe mit besseren Ergebnissen assoziiert sind (Kivlighan & Shaughnessy 2000) oder V-förmige Verlaufskurven die erfolgreicherer Therapien darstellen (Stiles et al. 2004). Für introjektive Patienten deutet sich in der vorliegenden Studie ein quadratischer Verlauf des generellen Niveaus der therapeutischen Beziehung an. Es sollte an einer größeren Stichprobe weiter untersucht werden, inwiefern bestimmte Verlaufskurven mit differenziellen Therapieergebnissen assoziiert sind.

Es wurden zahlreiche Variablen identifiziert, die die Beziehungsqualität sowie die therapeutische Veränderung beeinflussen. Ein höherer Bildungsabschluss der Patienten ist positiv mit deren Mitarbeit und Arbeitsfähigkeit assoziiert, wodurch das generelle Niveau der therapeutischen Beziehung beeinflusst wird. Zudem wirkt sich das Bildungsniveau auch auf den Verlauf einer positiven therapeutischen Veränderung der Selbstrepräsentation aus. Patienten mit einem Hochschulabschluss verändern sich signifikant mehr in ihrer Selbstrepräsentation als Patienten mit einem niedrigeren Abschluss.

Die Wochenfrequenz der Therapie spielt offensichtlich nicht nur bei der therapeutischen Beziehung, sondern auch bei der therapeutischen Veränderung eine wichtige Rolle. Diese Patienten mit einer einstündigen Behandlungsfrequenz erreichten eine geringere therapeutische Veränderung als Patienten, die mehrstündig behandelt werden. Doch zwischen einigen therapeutenbezogenen und therapierahmenspezifischen Kontrollvariablen liegt offensichtlich eine Konfundierung vor, wie sich mehrfach gezeigt hat. Diese betreffen „Therapiefrequenz“, „Archiv“, „Land“ und „Zeitraum“. Diese Ausprägungen sind spezifisch für bestimmte therapeutische Dyaden und beziehen sich somit auf ein und dieselbe Teilstichprobe. Ebenso sind die

therapeutischen Veränderungen bezüglich der Selbst- und Objektrepräsentation bei diesen Patienten am geringsten. Es hätte jedoch berücksichtigt werden müssen, dass diese Patienten unter denjenigen waren, die die geringsten Werte auf den strukturerfassenden Skalen bereits zum ersten Messzeitpunkt aufwiesen. Möglicherweise handelt es sich hierbei um besonders „schwierige“ Behandlungen mit strukturschwachen Patienten, wodurch die Etablierung und Aufrechterhaltung der Beziehung erschwert wurde. Die schlechteren Ergebnisse in diesen Dyaden dürfen jedoch nicht dahingehend interpretiert werden, dass diese Patienten auch den geringsten Therapieerfolg aufweisen, da innerhalb dieser Teilstichprobe, das Ausmaß der Veränderung zwischen den Patienten stark variiert.

Die therapeutische Beziehung wirkt sich wie erwartet auf das Therapieergebnis bzw. auf die strukturelle Veränderung aus. Zum einen besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Therapiebeziehung und der strukturellen Veränderung, zum anderen kann die therapeutische Beziehung zu Therapiebeginn die Veränderung über den gesamten Therapieverlauf vorhersagen. Es zeigte sich, dass der Beitrag des Therapeuten sowie die Qualität der Zusammenarbeit in der therapeutischen Beziehung einen Einfluss auf die therapeutische Veränderung haben, sowohl für eine positive Veränderung der Objektrepräsentation als auch für die Ausprägung der anaklitischen bzw. introjektiven Konfiguration, nicht jedoch auf die Selbstrepräsentation.

Dabei sagen hohe Werte zu Therapiebeginn eine Veränderung über den gesamten Therapieverlauf vorher. Der Gesamtwert der therapeutischen Beziehung sowie die anderen (patientenbezogenen) Subskalen weisen jedoch keine Effekte auf die therapeutische Veränderung aus. Dieses Ergebnis spricht dafür sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Strukturveränderung differenzierter zu betrachten, da ein globaler Gesamtwert nicht sensitiv genug ist, die spezifischen Zusammenhänge und Wechselwirkungen zu erfassen. Es ist anzunehmen, dass neue „korrigierende“ Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Beziehung maßgeblich dazu beitragen, dass sich insbesondere die Qualität der Objektbeziehungen verändern. Enttäuschungserwartung und Misstrauen beispielsweise weichen reiferen und differenzierteren Repräsentationen, die

eine Entwicklungsperspektive und kontextbezogene Bedingungen berücksichtigen können. Zudem wird die Bedeutung der Zusammenarbeit und der Übereinstimmung über Ziele und Aufgaben in der therapeutischen Dyade deutlich. Diese wird insbesondere in der pantheoretischen Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung (Bordin 1979) hervorgehoben, in der psychoanalytischen Literatur jedoch vielfach angezweifelt (z.B. Deserno 1990). Es ist klinisch gut nachvollziehbar, dass neue positive Beziehungserfahrungen in der tatsächlichen Zusammenarbeit im Sinne des Arbeitsbündnisses nach Greenson (1967) und nicht nur auf der Übertragungsebene wesentlichen Einfluss darauf nehmen, wie Andere innerlich repräsentiert sind.

Eine positive therapeutische Veränderung auf struktureller Ebene ist schwerer zu erreichen und mit langwierigeren Prozessen verbunden als die Erfassung des Therapieerfolgs auf symptomatischer Ebene, der hier nicht erfasst wurde¹⁹⁷. Deshalb kann z.B. keine Aussage über Symptomveränderung oder der Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens getroffen werden. Es ist aber davon auszugehen, dass eine solche Erfassung eine höhere Anzahl an „erfolgreichen“ Therapien in der vorliegenden Stichprobe verzeichnen würde als die Erfassung struktureller Veränderung.

Strukturelle Veränderungen beinhalten grundlegende und vielschichtige Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation. Für die Erfassung der therapeutischen Veränderung sowie des Therapieerfolgs wurden verschiedene Instrumente und Vorgehen gewählt, um bedeutsame Veränderungen möglichst differenziert erfassen zu können. So kann sich eine therapeutische Veränderung hinsichtlich der Selbst- und/ oder der Objektrepräsentation vollziehen sowie bezüglich der Ausprägung der Persönlichkeitskonfiguration, deren Unterscheidung klinisch relevant ist.

Grundsätzlich sind Deckeneffekte bei Patienten zu erwarten, die bereits eine relativ gute Struktur zu Behandlungsbeginn aufweisen, wie z.B. die Stufe 7 auf der DRS, die klinisch unauffälligen Personen entspricht (vgl. Blatt & Auerbach 2003) und ein ausreichend gutes Funktionieren ermöglicht.

¹⁹⁷ Aufgrund der sehr unterschiedlichen Ergebnismaße in den verschiedenen Archiven wurden diese im Rahmen dieser Arbeit nicht berücksichtigt.

Daher ist eine weitere Verbesserung in diesem Bereich nicht zu erwarten. Überraschenderweise gab es nicht nur eine beträchtliche Anzahl ohne therapeutische Veränderung, sondern auch einige Patienten, deren Werte sich anhand dieser Veränderungsmaße sogar verschlechterten. Da der entscheidende Wert für eine erreichte Veränderung der vierte und letzte Messzeitpunkt gegen Therapieende ist, bleibt offen, ob und inwiefern die strukturellen Einschätzungen bei einer Katamnese stabil bleiben oder sich weiter verändern.

Überraschend ist auch, dass die Veränderung der Selbstrepräsentation bei den meisten Patienten bereits zum zweiten Messzeitpunkt eintritt. Da persönlichkeitsstrukturelle Veränderungen bekanntermaßen sehr langsam vonstattengehen und sich erst gegen Ende einer Langzeittherapie oder gar erst zur Katamnese einstellen, ist dies ein bemerkenswerter Befund. Dagegen stellte sich eine Veränderung der Objektrepräsentation erwartungsgemäß erst zu einem späteren Zeitpunkt ein, was in Übereinstimmung mit Befunden aus anderen Studien steht. Die Veränderung der Persönlichkeitskonfiguration zeigt keinen linear positiven Verlauf. Durch die Differenzierung zwischen den einzelnen Messzeitpunkten wird deutlich, dass es Schwankungen der Werte gibt, d.h. dass eine Verbesserung zum zweiten und einer Verschlechterung zum dritten Messzeitpunkt auf einer Skala oder mehreren Skalen vorliegen kann. Diese Schwankungen sind nicht ungewöhnlich, denn ist es schwierig, anhand von Gruppenstatistiken diese Veränderungsprozesse erschöpfend zu erläutern. Die Ergebnisse basieren auf der Annahme, dass die strukturellen Zustände relativ stabil sind und sich nicht zwischen zwei zeitlich nahe beieinander liegenden Sitzungen verändern. Dies wurde jedoch mit den verwendeten Instrumenten noch nicht überprüft.

Es lässt sich anhand der Ergebnisse über die Veränderung zu den jeweiligen Messzeitpunkten jedoch keine Aussage über eine einheitliche Sitzungsanzahl treffen, da es sich um eine naturalistische Studie mit unterschiedlicher Behandlungsdauer und Gesamtzahl an Sitzungen handelt. Dies wäre in Prozessstudien mit mehr als vier Messzeitpunkten oder im Rahmen von Einzelfallstudien möglich. Festzuhalten bleibt dennoch, dass der Zeitpunkt der Veränderung eine große Rolle spielt, wie anhand der

Ergebnisse gezeigt werden konnte.

Die therapeutische Veränderung wurde auch dem *Reliable Change Index* nach Jacobson und Truax (1991) untersucht, der nicht nur die Erfassung einer statistischen sondern auch einer klinischen Signifikanz ermöglicht. Doch er stellt hohe Ansprüche an das Ausmaß einer Veränderung. Es zeigten sich Unterschiede in der therapeutischen Veränderung zwischen den beiden Gruppen. Anaklitische Patienten zeigen höhere Indexwerte für die therapeutische Veränderung als introjektive. Dieser Unterschied ist jedoch möglicherweise der kleinen Gruppengröße bei anaklitischen Patienten geschuldet und wurde nur in einem der beiden durchgeführten Tests bestätigt. Deskriptiv ist er jedoch von Bedeutung, da die anaklitischen die stärkeren Schwankungen aufweisen, sowohl im Therapieprozess als auch in der therapeutischen Beziehung. Die Ergebnisse der größeren introjektiven Gruppe sind dagegen aussagekräftiger.

Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der *Reliable Change Index* die individuelle Veränderung erfasst und die hier dargestellten Ergebnisse auf Gruppenebene zusammengefasst wurden. Daher müssen die Schlussfolgerungen berücksichtigen, dass es große Unterschiede innerhalb der Gruppen nicht nur hinsichtlich der Patientenpersönlichkeit gibt. Insbesondere in der Münchner und in der Ulmer Teilstichprobe variiert das Therapieergebnis stark. Zudem hat sich gezeigt, dass bei drei Patienten aus der Münchner Stichprobe die Therapie bei der 240. Stunde nicht wie geplant¹⁹⁸ abgeschlossen wurde, sondern die Behandlung weitergeführt wird. Diese drei Patienten verzeichneten beim vierten Messzeitpunkt keine Verbesserung in den strukturbezogenen Skalen. Unabhängig von dieser Einschätzung setzte sich der jeweilige Analytiker für die Weiterbehandlung ein, weil er vermutlich ebenfalls zu der Einschätzung kam, dass die notwendige und erwünschte Verbesserung noch nicht eingetreten ist. Dies ist in naturalistischen Studien nicht ungewöhnlich, doch damit bezieht sich der vierte Messzeitpunkt in diesen Fällen nicht auf eine Erhebung kurz vor Abschluss der Therapie, sondern auf eine Erfassung im fortgeschrittenen Therapieverlauf, was die Vergleichbarkeit einschränkt.

¹⁹⁸ Da die Münchner Therapieverläufe von den Krankenkassen finanziert werden, konnte man davon ausgehen, dass der üblicherweise gebilligte Rahmen von 240 Stunden eingehalten wird.

Die vielfältigen Prozessvariablen, die zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien unterscheiden, ergeben ein differenziertes Bild. So zeigt sich beispielsweise, dass in den erfolgreicheren Therapien die Patienten kooperativer und die Therapeuten empathischer sind, die Patienten weniger um ihre Unabhängigkeit besorgt und die Therapeuten weniger neutral sind. Erstaunlicherweise wurden die PQS-Items, welche die therapeutische Beziehung benennen, nicht als besonders charakteristisch eingeschätzt. wobei nach Darstellung des pantheoretischen Konzepts deutlich wurde, dass Patientenbeiträge, wie z.B. kooperatives und engagiertes Verhalten, sowie das empathische Verstehen des Therapeuten und die aktive Zusammenarbeit von essentieller Bedeutung sind. Diese wurden auch anhand der CALPAS erfasst und die Bedeutung der Subkomponente der Therapiebeziehung aufgezeigt. Prozessvariablen, die sich z.B. auf die Zusammenarbeit und die Mitarbeit beziehen, werden anhand andere PQS-Items abgebildet und finden sich in den Ergebnissen wieder. Diese zeigen, dass nicht notwendigerweise das Sprechen *über* die Beziehung einen wirksamen Bestandteil darstellt, sondern dass die Teilaspekte, der Beitrag des Patienten, des Therapeuten und deren Zusammenarbeit, wirksam sind. Bemerkenswert ist auch, dass die prototypischen Prozess-Items psychoanalytischer bzw. psychodynamischer Therapie, wie z.B. das Besprechen von Träumen und Phantasien oder Erinnerungen aus der Kindheit, nicht unter den für den Therapieerfolg wesentlichen Items sind. Wie zahlreiche Studien den Effekten von beispielsweise Übertragungsdeutungen zeigten, sind diese nicht so hilfreich und wirksam wie allgemein und insbesondere unter Analytikern angenommen wird (vgl. Kap. 2.4.7).

Entgegen der Annahme zeigte sich kein moderierender Effekt für die therapeutische Beziehung. Da die Patientenpersönlichkeit keinen signifikanten Einfluss auf die Beziehung zwischen Therapiebeziehung und therapeutischer Veränderung aufweist, kann auch kein Moderationseffekt eintreten. Möglicherweise ist die Varianz innerhalb der Daten aufgrund der Stichprobengröße zu gering.

Auch die Annahme, eines Einflusses des therapeutischen Stils wurde nicht bestätigt. Vermutlich ist das PQS nicht sensitiv genug, um einen

bestimmten oder mehrere therapeutischen Stile zu identifizieren, da die Items kontext- und interaktionsbezogen eingeschätzt werden und daher nicht das geeignete Instrument ist, um diese Frage beantworten zu können.

Die Überprüfung der Hypothese zum Einfluss der therapeutischen Passung auf die therapeutische Veränderung bestätigt die Annahme, dass die komplementäre Passung mit besseren Ergebnissen in der therapeutischen Veränderung assoziiert ist. Dies ist ein interessanter Befund, da in der Literatur entweder die komplementäre oder die konkordante Passung, wenn auch in Gestalt unterschiedlicher Konzepte, favorisiert wird (vgl. Kap. 2.5.5.2). Interessant ist dieses Ergebnis auch im Hinblick auf die relativ den fehlenden moderierenden Effekt der therapeutischen Beziehung für die therapeutische Veränderung in dieser Studie, vor allem da die Therapiebeziehung bzw. -allianz unbestritten der bestuntersuchte Wirkfaktor in der Therapieforschung ist. Der Befund, dass die Komplementarität nur zu Therapiebeginn bedeutsam ist, steht in Übereinstimmung mit der prädiktiven Validität der therapeutischen Beziehung zu Therapiebeginn (vgl. Kap. 2.4.3).

Doch die Ergebnisse zur therapeutischen Passung müssen mit Vorsicht interpretiert werden, da die Stichprobe selbst für binäre Unterteilungen klein und die jeweilige Anzahl an Dyaden in den verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten sehr unterschiedlich ist. Zudem konnte nur für eine kleine Teilstichprobe ein zweiter Rater zur Klassifizierung des Therapeuten hinzugezogen werden. Unter den gegebenen Einschränkungen sollte die Überprüfung dieser Hypothese mit dem vorgestellten Vorgehen an einer größeren Stichprobe unter Einbeziehung mehrerer Rater repliziert werden.

5.2 Diskussion der Methoden

Die Auswahl der Methoden soll eine möglichst umfassende Untersuchung des Therapieprozesses mithilfe differenzierter Fragestellungen gewährleisten. Anliegen dieser Arbeit ist es, durch die Methodenkombination ein differenziertes Bild der Prozesse zu geben und deren differenzielle Einflüsse auf den Verlauf zu geben.

Das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) hat sich in der empirischen Therapieprozessforschung in zahlreichen Studien bewährt (vgl. Kap. 2.2.6). Mit dem Q-Sort-Verfahren können die Therapieprozesse quantifiziert und so miteinander verglichen werden, was eine Auswertung mittels gruppenstatistischer Methoden ermöglicht. Dennoch ist dieses Vorgehen stets mit einem Informationsverlust verbunden. Der Einsatz qualitativer Verfahren mit inhaltsanalytischem Vorgehen wird den komplexen Interaktionen in der Psychotherapie auf der Ebene der spezifischen therapeutischen Dyade eher gerecht. Doch um Schlussfolgerungen auf Gruppenebene ziehen zu können, sind quantifizierende Verfahren notwendig. Das PQS mit seiner großen Anzahl an Items ist in dieser Hinsicht ein Instrument, das zentrale Phänomene im therapeutischen Prozess erfassen kann und dennoch eine statistische Überprüfung ermöglicht.

Die große Anzahl an Items eignet sich insbesondere für explorative Analysen. Um den Einfluss einer bestimmten Variable gezielt zu untersuchen, ergaben sich jedoch Schwierigkeiten. So konnten beispielsweise der Impacts des therapeutischen Stils nicht aufgezeigt werden. Möglicherweise eignet sich das PQS nicht ausreichend zur Erfassung des therapeutischen Stils, da die Items kontext- und interaktionsbezogen eingeschätzt werden müssen und daher nicht unabhängig voneinander sind. Die Items lassen sich zwar theoretisch in Patienten-, Therapeuten- und Interaktionsitems einteilen, doch sind zahlreiche Items nicht ausschließlich einer Kategorie zu zuordnen. Alternativ könnte man das PQS mit dem *Fragebogen zur Therapeutischen Haltung* (Klugt et al. 2008) kreuzvalidieren und somit aufzeigen, ob das PQS tatsächlich den therapeutischen Stil oder die therapeutische Haltung erfassen kann. Price und Jones (1998) haben in einer Studie zur Untersuchung der therapeutischen Beziehung und Therapieprozessen ein solches Vorgehen mit der CALPAS und dem PQS vorgestellt.

Auch die Multikollinearität der PQS-Items erschwert eine gezielte Untersuchung von übergeordneten Konstrukten. Die Untersuchung bestimmter Items, die einen signifikanten Zusammenhang aufweisen oder a priori angenommen werden, könnten mit anderen statistischen Methoden, wie beispielsweise der Zeitreihenanalyse, gezielt untersucht werden. Dieses

Vorgehen erfordert jedoch erheblich mehr Messungen, als in dieser Studie vorliegen.

Es wäre grundsätzlich übersichtlicher, wenn die Items stets in eine Richtung definiert würden, d.h. dass der sogenannte „charakteristische Pol“ des Items stets positiv *oder* negativ formuliert¹⁹⁹ ist, was die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse erleichtern würde. Zudem sind die Bezeichnungen „charakteristisch“ und „uncharakteristisch“ irreführend, da Letztere für die Beschreibung der Sitzung ebenso bedeutsam sind wie Erstere, während lediglich der „neutrale“ Bereich tatsächlich uncharakteristisch ist, da diese für die untersuchte Sitzung unerheblich sind (vgl. Tab. 2, S. 265.).

Die Unterscheidung zwischen zwei Patientengruppen, wie sie hier mithilfe der anaklitischen und introjektiven Konfigurationen vorgenommen wurde, erlaubt patientenspezifische Unterschiede im Therapieprozess und die differenzielle Therapieresponse zu untersuchen, die sich in zahlreichen Studien bewährt hat (Blatt 2008, S.253, vgl. Kap. 4.4.3). Dennoch ist die binäre Unterscheidung ein Kompromiss, da sie die Persönlichkeitsorganisation auf zwei, wenn auch zentrale Themenbereiche reduziert. Differenzierter wäre eine dimensionale Einschätzung auf beiden Dimensionen, da somit sowohl Aspekte der Bezogenheit als auch der Selbstdefinition möglich wären. So kann ein Patient, der hohe anaklitische Werte aufweist, da er in intimen Beziehungen zu Abhängigkeit neigt, dennoch hohe Leistungsideale haben, die zu einer Unzufriedenheit mit sich selbst und seiner Lebenssituation führen. Eine Patientin der vorliegenden Stichprobe zeigte beispielsweise in den ersten beiden Messpunkten ausgeprägte anaklitische Anteile, während in den letzten beiden Messzeitpunkten ihre hohen Ansprüche an sich selbst im Mittelpunkt standen, während die Beziehungen zu wichtigen Anderen nicht thematisiert wurden. Somit ist die Einschätzung der „Pre-treatment“-Charakteristika bei dieser Patientin nur eingeschränkt zutreffend, da andere zentrale Merkmale ihrer Persönlichkeitsstruktur nicht erfasst wurden. Für eine Einschätzung auf

¹⁹⁹ z.B. PQS-Item 6: *Der Therapeut ist einfühlsam (vs. der Therapeut hat kein einführendes Verständnis)*; PQS-Item 9: *Der Therapeut ist distanziert (vs. Der Therapeut ist emotional aufgeschlossen)*.

beiden Dimensionen wäre jedoch eine um einiges größere Stichprobe notwendig, wenn Cluster gebildet werden sollen oder Kategorien von vornherein angenommen werden. Wäre dies der Fall, so wäre dieses Vorgehen zu bevorzugen, da der Patient damit in seiner Persönlichkeit differenzierter dargestellt werden kann. Man könnte beispielsweise die Veränderung auf den Dimensionen, vorausgesetzt die Zweidimensionalität wird faktorenanalytisch nachgewiesen, ähnlich wie beim Zirkumplexmodell für Interpersonelles Verhalten (z.B. Kiesler 1983) festhalten und so die Veränderung anhand der Positionen zu der jeweiligen Achse verfolgen, wie es bereits vorgestellt wurde (z.B. Mongrain, Lubbers & Struthers 2004).

Die *Differentiation-Relatedness-Scale* (DRS) wurde gewählt, weil sie auf derselben theoretischen Grundlage mit den Dimensionen „Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“ basiert. Dennoch sind die Stufen auf der Skala im Gegensatz zu anderen Instrumenten zur Einschätzung strukturbezogener Konstrukte, wie z.B. der *Strukturachse* der OPD oder der Skala der *Reflexiven Funktion*, ordinalskaliert. Zunächst erscheinen die zehn semantisch definierten Stufen ausreichend auf dem Spektrum der psychischen Struktur zu differenzieren. Doch bei der Anwendung wurde deutlich, dass sie recht grobkörnig ist. Die verschiedenen psychopathologischen Formenkreise, wie z.B. psychotisch, Borderline-ähnlich, neurotisch und gut integriert, werden nachvollziehbar dargestellt. Doch bei der Einschätzung einer auf struktureller Ebene relativ homogener Stichprobe wie der vorliegenden, war die Entscheidung für eine der Stufen häufig ein Kompromiss. Der Bereich der Stufen 5 bis 7 bildet das Strukturniveau für neurotische Patienten ab. Dabei bieten drei Stufen lediglich eine eingeschränkte Möglichkeit eine differenzierte Einschätzung zu geben. Daher habe ich mich für das Vorgehen entschieden, Zwischenstufen zu vergeben, um den überwiegend neurotischen Patienten einigermaßen gerecht werden zu können. Es wäre wünschenswert, dass eine Überarbeitung der DRS mehrere Stufen zur Verfügung stellt, als sie es bisher tut, oder aber die Einschätzung von Zwischenstufen ermöglicht. In weiteren Studien wäre es wichtig, nicht nur zeitlich weit auseinander liegende Messzeitpunkte zu untersuchen, sondern auch zwei oder drei Sitzungen aus einem Zeitfenster, um die Retest-Reliabilität der DRS zu überprüfen.

Die DRS ermöglicht anhand der ausführlichen und klinisch relevanten Definitionen auf jeder Stufe die Einschätzung sowohl für die Selbst- auch für die Objektrepräsentation. Es wäre allerdings sinnvoll für Selbst- und Objektrepräsentationen, eigene Definitionen zu konzeptualisieren. Zudem sind die Beispiele für die jeweiligen Stufen stark an einer bestimmten Patientengruppe (Adoleszenten in stationärer Behandlung) orientiert, die eine eingeschränkte Orientierungsgrundlage für die notwendige klinische Inferenz des Raters bietet und damit die externe Validität möglicherweise einschränkt. Hilfreicher wären außerdem Beispiele von verschiedenen Patienten für jede Stufe und nicht nur von einem Patienten bzw. einer Patientin, wie es den Anschein in Manual macht.

Bisher wurde die Einschätzung auf der DRS anhand des strukturierten Interviews des *Object Relations Inventory* (ORI; Blatt et al. 1979) vorgenommen. Der Vorteil des standardisierten Vorgehens ist, dass gezielt Objektbeschreibungen von wichtigen anderen, wie Mutter, Vater, Partner usw. erfragt werden können, sodass ausreichende Informationen für eine Einschätzung vorliegen. In dieser Arbeit wurde die Einschätzung mit dieser Skala anhand von Therapiesitzungen durchgeführt und ist somit ein Pilotprojekt, was repliziert werden müsste. Es zeigt sich jedoch, dass mit wenigen Ausnahmen, auch in Therapiesitzungen ausreichend Material für die Einschätzungen vorliegt. Die Einschätzung für die Selbstrepräsentation war in allen Sitzungen möglich, während die Anzahl der Objektbeschreibungen variierte. Somit könnte bei den Objektbeschreibungen ein Bias vorliegen, da in einer Sitzung z.B. die Mutter beschrieben wird, in der nächsten der Vater und am Ende wieder die Mutter und der Partner. Wenn mehrere wichtige andere beschrieben werden, wird ein Mittelwert gebildet. Aus diesem Grund wurde stets die Person benannt und der individuelle Wert kann dieser zugeordnet werden (z.B. Mutter: DRS-Objekt = 5; Vater: DRS-Objekt = 6 usw.). In einer erneuten Auseinandersetzung mit diesen Daten wäre es interessant, die Veränderung der Objektrepräsentation in dieser Hinsicht zu untersuchen, wie es bereits vorgestellt wurde (Harpaz-Rotem & Blatt 2005; Werbart et al. 2011). Somit steht die Selbstrepräsentation bei dem vorgestellten Vorgehen auf einer solideren Grundlage als die

Objektrepräsentation, weil in Letztere unterschiedlich viele Personeneinschätzungen eingingen.

Die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS) wurde gewählt, weil sie sich auf psychoanalytische Konzepte bezieht, wie es im Manual dargestellt wird. Dennoch ist sie sehr an konkreten Verhaltensankern orientiert, was die Einschätzung der affektiven Beziehungskomponente erschwert. Während die Beurteilung der patientenbezogenen Subskalen zur Mitarbeit und Arbeitsfähigkeit unkompliziert erschien, war es schwieriger, die Zusammenarbeit und den Therapeutenbeitrag zu bewerten. Kritisch anzumerken ist vor allem, dass das Item 18 („*Therapist rigidly applies technique*“) nicht der therapeutenbezogenen Subskala, sondern der Subskala „Working Strategy Consensus“ zugeordnet wird. Dieses Item beschreibt eindeutig das Verhalten des Therapeuten und nicht die Zusammenarbeit, wodurch der Wert für Letztere u.U. verzerrt wird. Für das Erreichen einer guten Übereinstimmung zwischen den Ratern stellte sich die therapeutenbezogene Skala schwieriger dar als die anderen Skalen, was auch in der Übersichtsarbeit von Cahill et al. (2008) berichtet wurde. Dies hängt möglicherweise mit der eigenen Gegenübertragung der jeweiligen Rater zusammen und muss in den Kalibrierungsbesprechungen reflektiert werden. Das Item 22 („*Therapist does not misuse treatment to serve own needs*“) erfordert im Gegensatz zu den patientenbezogenen Items größere klinische Inferenz und ist schwer zu objektivieren. Ebenso stellt Item 16 („*Patient and therapist share same sense about how to proceed*“) die Rater häufig vor Schwierigkeiten, da dies eher deutlich wird, wenn es nicht der Fall ist und der Patient beispielsweise das therapeutische Vorgehen kritisiert, was jedoch eher selten vorkam.

Für einige patientenbezogene Items ist in mehreren Sitzungen kein Anhaltspunkt gegeben und somit nur bedingt einschätzbar. So ist beispielsweise die Beurteilung des Items 8 („*Patient is willing to make sacrifices, i.e., time and money*“) schwierig, sofern darüber nicht gesprochen wird und das Thema nicht auftaucht, denn dann ist weder eine niedrige (z.B. 1 = „*not at all*“) noch eine hohe Einschätzung (z.B. 7 = „*very much so*“) zutreffend. Deshalb haben sich die Rater darauf geeinigt, nichtrelevante Items einer Sitzung mit dem mittleren Wert 4 („*moderately*“) zu beurteilen. Doch

während der mittlere Bereich auf der Skala eines Q-Sort-Verfahrens ermöglicht, neutrale und nicht relevante Items als solche abzubilden, stellt dies bei einer angenommenen Likert-Skala eine Kompromisslösung dar, was möglicherweise die Ergebnisse verzerrt.

Kritisch betrachtet wird auch die Instruktion, die verschiedenen Skalen seien unabhängig voneinander zu beurteilen. Es ist unwahrscheinlich, dass beispielsweise ein Patient offen und vertrauensvoll auf einen wenig empathischen und zugewandten Therapeuten reagiert, oder dass die Mitarbeit des Patienten nicht unter einer mangelnden Übereinstimmung hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens leiden würde. Es ist vielmehr anzunehmen, dass es wechselseitige Einflüsse gibt. In diesen Daten zeigen sich hohe Interkorrelationen zwischen den Skalen, was auch in anderen Studien empirisch bestätigt wurde (z.B. Cahill et al. 2008).

Grundsätzlich ist die Differenzierung zwischen dem Patienten- und dem Therapeutenbeitrag sowie der Qualität der Zusammenarbeit dennoch hilfreich für die weitere Betrachtung. Eine Reduzierung auf einen Gesamtwert für die Beziehungsqualität würde dem Instrument und auch dem Konzept der therapeutischen Beziehung nicht gerecht. Die Bedeutung der Patienten- und der Therapeutenvariablen wurde von zahlreichen Autoren begründet (Clarkin & Levy 2004; Beutler et al. 2004), ebenso wie deren Bedeutung für die therapeutische Beziehung (z.B. Orlinsky et al. 2004, Norcross & Wampold 2011). Dennoch wird bei der Anwendung der CALPAS häufig auf die Differenzierung zwischen Patienten- und Therapeutenbeitrag verzichtet (z.B. bei Crits-Christoph et al. 2011), obwohl diese Werte anhand der Subskalen vorliegen. In der vorliegenden Studie hat sich die Berücksichtigung der Subskalen bewährt, anhand derer interessante Wechselwirkungen berichtet werden können, die mit einem Gesamtwert allein nicht ermittelt werden konnten.

Schließlich sollte geprüft werden, ob die CALPAS tatsächlich auch für analytische Therapien ausreichend sensitiv ist, um die komplexen Interaktionsprozesse zu erfassen. Trotz der theoretischen Orientierung an überwiegend psychoanalytischen Konzepten (vgl. Kap. 4.4.4), stellt sich die Frage, ob sie nicht doch überwiegend die manifesten Beziehungsaspekte, die beispielsweise das Bündnis betreffen, erfassen und weniger die

Übertragungs-/Gegenübertragungsbeziehung. Möglicherweise lassen sich die Unterschiede in der Beziehungsqualität zwischen Analytikern und Psychotherapeuten darauf zurückführen.

Es gibt meines Wissens kein Instrument, welches beispielsweise das Szenische Verstehen operationalisieren könnte. Womöglich wäre eine Methodenkombination zwischen dem CALPAS und dem *Zentralen Beziehungskonfliktthema* (Luborsky & Crits-Christoph 1990) aufschlussreich, um nicht erfasste Übertragungsvorgänge, wie beispielsweise Wünsche an den Analytiker und dessen Reaktionen darauf, besser zu erfassen. Somit könnte auch der Diskussion hinsichtlich der Frage, ob überhaupt ein Arbeitsbündnis in der Psychoanalyse bzw. in der analytischen Therapie existiert, eine empirische Grundlage gegeben werden.

Auch wenn die Befunde überzeugend wirken, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die therapeutische Beziehung die Wirkung ist und nicht die Ursache, da Korrelationen keine Aussagen über kausale Zusammenhänge oder Mediationen erlauben (Kazdin 2007). Die Meinungen über korrelative Ansätze in der Prozessergebnisforschung gehen auseinander. Während Stiles & Shapiro (1994) von „irreführenden Annahmen“ sprechen, die den meisten Prozessergebnisstudien zugrunde liegen und die zu methodischen Einschränkungen führen, hält Silberschatz (1994) diese für angemessen, sofern die Forschungsinstrumente adäquat konzeptualisiert sind (vgl. auch Hill & Lambert 2004, S.100). Daher sollte die reziproke oder bidirektionale Beziehung zwischen Symptomen und Therapieallianz weiter untersucht werden (Kazdin 2007).

5.3 Einschränkungen

Die relativ kleine Stichprobe stellt zweifelsohne eine Einschränkung der Studie dar. Hinzu kommt der unerwartet kleine Anteil an analytischen Patienten, wodurch die beiden zu vergleichenden Gruppen sehr unterschiedlich groß sind und eine Generalisierung der differenziellen Ergebnisse inferenzstatistisch eingeschränkt oder nur deskriptiv möglich ist.

Die Ergebnisse lassen aufgrund der Subgruppengröße verlässliche Schlussfolgerungen lediglich über introjektive Patienten zu.

Doch obwohl die Stichprobengröße auf der Personenebene relativ klein ist, liegt auf der Sitzungsebene aufgrund der vier Messzeitpunkte eine große Anzahl an Beobachtungen vor, welche die Untersuchung einer Fülle an möglichen Fragestellungen aus der Prozessforschung erlaubt. Nach wie vor stellt die Differenzierung zwischen zwei ungleich großen Gruppen auch auf der Sitzungsebene eine Einschränkung dar, was sich ebenfalls in der Studie gezeigt hat.

Neben der Größe der Stichprobe ist auch ihre Heterogenität problematisch. Die Behandlungen kommen aus zwei verschiedenen Ländern und vier Archiven bzw. Forschungsprojekten und umfassen einen Zeitraum von fast 30 Jahren, in denen die Therapien durchgeführt wurden. Während einige Patienten in freier Praxis behandelt wurden, fanden andere Therapien in einer Universitätsambulanz statt. In den amerikanischen Stichproben sind Patienten möglicherweise durch die kostenlose Behandlung motiviert an einer Studie teilzunehmen, während es in den deutschen Stichproben keinen finanziellen Vorteil bzw. keine Erleichterung wegen der Kostenübernahme durch die Krankenkassen mit sich bringt. Dies ist ein möglicherweise bedeutender Aspekt, der häufig unberücksichtigt bleibt.

Die Ergebnisse aus der Analyse der Kontrollvariablen zeigen, dass sich eine Konfundierung von Variablen eingestellt hat. Zudem wurden die soziodemographischen Daten und standarddiagnostischen Erhebungen nicht in allen Archiven gleichermaßen systematisch erfasst, sodass fehlende Angaben bei der Vielzahl an möglichen Ausprägungen die Ergebnisse verzerren können. So zeigen beispielsweise Patienten mit Universitätsabschluss eine höhere Verbesserung der Werte für die Selbstrepräsentation. Betrachtet man aber die manifeste Anzahl, auf die es zutrifft, muss das Ergebnis mit Vorsicht interpretiert werden. Und während in einem Archiv Persönlichkeitsstörungen miterfasst wurden, blieb dies in einem anderen Archiv aus. Ebenso fehlen diagnostische Angaben am Ende der Therapie in den deutschen Stichproben.

Alle untersuchten Behandlungen sind Langzeittherapien, wobei manche Therapien mehr als dreimal so lange andauerten wie andere.

Bemerkenswert ist unter diesem Gesichtspunkt, dass die therapeutische Veränderung von der Behandlungsdauer nicht beeinflusst wird, wohl aber von der Therapiefrequenz²⁰⁰. Während der Einfluss der Frequenz mit einer Konfundierung anderer stichprobenrelevanter Variablen erklärt werden kann (siehe oben), bleibt der Befund einer Bedeutsamkeit der Behandlungsdauer aus. Da es sich bei dieser Studie nicht um eine vergleichende Wirksamkeitsstudie handelt, können dazu keine Aussagen getroffen werden.

Hinzu kommt die Vielzahl an statistischen Tests, die in dieser Stichprobe durchgeführt wurden, wobei realistischerweise mit dem Auftauchen eines Alphafehlers gerechnet werden muss, d.h. dass ein Ergebnis zufällig signifikant wurde. Dennoch zeigen die Ergebnisse aus den verschiedenen Hypothesen auf inhaltlicher Ebene ein ähnliches Bild, z.B. anhand der extrahierten PQS-Items aus den Faktorenanalysen, deren Übereinstimmung bei der Vielzahl an Items und potenziellen Zusammenhängen nicht zufällig sein kann.

Die Adaptationen in der Anwendung der Instrumente, wie den Zwischenstufen bei der DRS, dem Mittelwert für die DRS-Objekt und dem mittleren Wert für CALPAS-Items, die wegen mangelnder Informationen nicht beurteilt werden konnten, stellen methodisch mögliche Fehlerquellen dar. Diese müssen im Zusammenhang mit der Methodenkritik, welche bereits ausgeführt wurde, betrachtet werden. Alle Instrumente wurden in der englischen Version verwendet, allerdings liegt lediglich das PQS in deutscher Übersetzung vor (Albani et al. 2000). Es gibt dazu keine Untersuchung, inwiefern die Sprache des Instruments und der zu analysierenden Daten die Auswertungen verzerrt. Unberücksichtigt blieb auch, ob die Informationsquelle, Video, Audio oder Transkript die Ratings beeinflussen.

Eine weitere Einschränkung stellt die ungleiche Anzahl an Zweitratings dar. Während beim PQS grundsätzlich zwei Ratings vorliegen, handelt es sich bei den anderen Stichproben lediglich um Teilstichproben, wobei bei der CALPAS drei Rater gefordert werden (Gaston & Marmar 1993). Es wurden aber überwiegend mehr als die konventionell üblichen

²⁰⁰ Wenige empirische Studien setzten sich mit der Frage nach der unterschiedlichen Stundenfrequenz auseinander (z.B. Freedman, Hoffenberg, Vorus, & Frosch 1999). Es wird aber abgelehnt, eine höhere Anzahl an wöchentlichen Sitzungen mit besserer Wirkung zu assoziieren (z.B. Huber et al. 2012). Siehe dazu auch die Dosis-Wirkung-Debatte (→ Kap. 2.2.1).

20% der Gesamtstichprobe zweifach geratet mit einer akzeptablen bis sehr guten Übereinstimmung. Alternativ zur Interrater-Reliabilität könnte ein Konsens-Rating einer Gruppe an Ratern eingesetzt werden. Doch es gibt bisher keine Studien, die zeigen, dass die verschiedenen Vorgehensweisen bei denselben Daten zu vergleichbaren Ergebnissen kommen (Hill & Lambert 2004, S.104).

5.4 Ausblick

In einer weiteren Studie sollen die Verläufe eines anaklitischen und eines introjektiven Patienten in Einzelfallstudien genauer betrachtet werden. Dafür eignet sich die Zeitreihenanalyse, in der z.B. jede zweite Sitzung, jedoch nicht weniger als 50 Sitzungen, in die Analyse eingehen. Dabei könnten auf mikroanalytischer Ebene Veränderungsprozesse aufgezeigt werden, die stärker differenzieren als bei vier Messzeitpunkten. Es müsste besser erforscht werden, inwiefern sich die Therapie- und Veränderungsprozesse zwischen den Patienten in Abhängigkeit ihrer Persönlichkeitskonfiguration auf der Einzelfallebene unterscheiden.

Die Untersuchung von Einzelfällen wäre nötig, um die Therapieprozesse eines anaklitischen und eines introjektiven Patienten exemplarisch darzustellen. Eine geeignete Methode die Interaktionsstrukturen der therapeutischen Dyade zu untersuchen, ist die Zeitreihenanalyse von Einzelfällen (Ablon & Jones, 2005). Dabei wird jede zweite Sitzung erfasst, da nicht nur möglichst viele Messzeitpunkte in die Analyse eingehen sollten, sondern diese auch in demselben zeitlichen Abstand zueinander liegen müssen. Dadurch kann der Entwicklungsverlauf unter der Berücksichtigung der Zeitdimension betrachtet und die Verschiedenheit und Ähnlichkeit der Prozesse unterschiedlicher Persönlichkeitstypen dargestellt werden. Dieses Modell kann den Einfluss von Patientencharakteristiken und therapeutischen Interventionen sowie vielfältige Interaktionen zwischen Patient und Therapeut im Therapieverlauf erfassen und ist daher ein geeignetes Forschungsmodell für die psychoanalytische Psychotherapieforschung (Jones 2000, S.266). Dieses

Vorgehen dient der differenziellen Veranschaulichung des Therapieprozesses der Persönlichkeitstypen und der Bestimmung der dem Veränderungsprozess zugrunde liegenden Interaktionsmuster. Die Zeitreihenanalyse wird eingesetzt, um die Hypothese zu untersuchen, dass es signifikante Unterschiede zwischen dem Therapieprozess eines anaklitischen und eines introjektiven Patienten, z.B. in der Stabilität der therapeutischen Beziehung, gibt. Zudem sollen die Veränderungsmechanismen in den Interaktionsstrukturen zwischen Psychoanalytiker und Patient differenziell untersucht und identifiziert werden. Die sog. „exponential smoothing method“ eignet sich für dieses Studiendesign, da es zufällige Fluktuationen in den Daten reduziert, in dem neueren Beobachtungen relativ mehr Gewicht gegeben wird in der Vorhersage zukünftiger Ereignisse als früheren Beobachtungen im Prozess. Diese Prozedur gewährt einen klaren Blick auf die dem Therapieprozess zugrunde liegenden Muster und eignet sich zur Untersuchung von Beziehungs- bzw. Interaktionsmustern (Hellerstein et al. 1998) sowie zur differenziellen Darstellung der Therapieprozesse.

Der Einfluss des Therapeuten ist von Bedeutung und wird in den meisten Studien, vor allem in den klinisch kontrollierten, vernachlässigt. Idealerweise sollten mehrere Therapieverläufe mit verschiedenen Patienten für jeden Therapeuten vorliegen. Somit könnten nicht nur die Unterschiede in der Effektivität zwischen den Therapeuten, sondern auch die „innerhalb“ eines Therapeuten erfasst werden. Dieses Vorgehen wäre auch für die Untersuchung der therapeutischen Beziehung sinnvoll. Sowohl der Beitrag des Therapeuten als auch der des Patienten tragen entscheidend zur therapeutischen Beziehung bei und daher sollten stets Variablen von beiden berücksichtigt werden. Therapieforscher weisen auf die Bedeutung der „In-session“-Variablen (z.B. Ackerman & Hilsenroth 2003) sowie auf die der Interaktionsstrukturen zwischen Patienten und Therapeuten (Ablon & Jones 2005) hin. Zukünftige Forschungsstrategien sollten den interpersonalen Austausch zwischen Patienten und Therapeuten und dessen Einfluss auf die Beziehungsentwicklung untersuchen und dabei quantitative und qualitative Methoden einsetzen, um die klinisch bedeutsamen Ergebnisse aus den Daten zu aufzuzeigen (Ackerman & Hilsenroth 2003). Zahlreiche

Therapieforscher heben die Bedeutung der Patientenvariablen (z.B. Blatt & Shahar 2004) und der Therapeutenvariablen hervor (z.B. Klug et al. 2008). Die Berücksichtigung von sowohl Patienten- als auch Therapeutenvariablen, die auf derselben konzeptuellen Grundlage aufbauen, würde zudem die Untersuchung des Einflusses der therapeutischen Passung erlauben. Dieser Ansatz ist zudem ökonomisch, da außer statistischen Analysen kaum zusätzlicher Zeitaufwand erforderlich wird.

In der Therapieforschung stellt die therapeutische Passung eine vernachlässigte Variable dar, obschon sie ein potenzieller Wirkfaktor ist. Die Studie von Kantrowitz und Mitarbeitern (1986, 1995, 2002) ist eine der wenigen Studien auf dem Gebiet und bezieht sich auf eine halb so große Stichprobe (N=13) wie so vorgelegte. Verschiedene Studien mit empirischen Ansätzen erfassen die Passung stets mit unterschiedlichen Methoden, sodass eine Vergleichbarkeit eingeschränkt wird. Bei der Untersuchung der therapeutischen Passung sollten nicht nur eine analytische Dyade, sondern mehrere Patienten mit einem Analytiker untersucht werden (Kantrowitz 1997, S.70). Ein analytisch gebildeter, externer Beobachter als Linse (*lense*) der Patienten-Analytiker-Passung kann die Perspektive des Analytikers erweitern und dadurch den Einfluss der Ähnlichkeiten und Unterschiede, welche die Beteiligten aufeinander haben, verdeutlichen (Kantrowitz 2000).

Vor allem für die Erfassung der therapeutischen Dyade sollten Methoden entwickelt werden, die diese systematisch erfassen können. Dies wäre möglich, wenn nicht nur Patienten- oder Therapeutenvariablen erfasst werden, sondern beide berücksichtigt werden und die auf einer ähnlichen theoretischen Grundlage liegen. Beispielhaft sind in diesem Bereich die Ansätze der klinischen Bindungsforschung, von denen noch weitere Studien zu erwarten sind. Auch das vorgestellte Vorgehen könnte eine Möglichkeit darstellen, die Passung und deren Rolle für die therapeutische Veränderung zu beurteilen, sofern es sich an einer größeren Stichprobe repliziert wird und sich dabei bewährt. Interessant wäre auch die Frage, ob die angenommene günstigere Passung mit einer qualitativ besseren therapeutischen Beziehung zusammenhängt, oder ob sie einen moderierenden Effekt auf die therapeutische Veränderung hat, der bei der therapeutischen Beziehung nicht gefunden wurde. Es bleibt zu untersuchen, wie sich die Passung im

weiteren Therapieverlauf auf das Ergebnis auswirkt oder wie groß die Gesamtvarianz des Therapieergebnisses ist, die die anfängliche Passung aufklärt.

Da die Qualität der therapeutischen Beziehung mit dem Therapieergebnis konfundieren kann und einzelne Sitzungen deutlich weniger Varianz aufklären als mehrere, sollten mehrere Messungen in einer Therapiephase erfasst und untersucht werden (Crits-Christoph et al. 2011). Zudem sollten genestete Daten verwendet werden, z.B. von einem Therapeuten, der mehrere Patienten behandelt. Da der Unterschied zwischen den Therapeuten variiert, können sich Studienergebnisse mit verschiedenen Therapeuten von solchen mit weniger Therapeuten mit mehreren Patienten unterscheiden.

Das vorgestellte Studiendesign ermöglicht zahlreiche weitere Fragestellungen und bietet somit die Grundlage, weitere Hypothesen an diesem oder einem um weitere Probanden erweiterten Datensatz zu überprüfen. Idealerweise würde mit den Patienten nach Abschluss der therapeutischen Behandlung ein strukturelles Interview, wie z.B. dem *Object Relations Inventory* (ORI; Blatt et al. 1979), durchgeführt werden. Ebenso wurde die Bedeutung von katamnestischen Erhebungen psychoanalytischer Therapien bestätigt, in der weitere Verbesserungen auf struktureller Ebene verzeichnet wurden, die auf die Behandlung zurückgeführt werden können (z.B. Abbass et al. 2011). Somit muss das vorliegende Ergebnis, dass lediglich etwas mehr als die Hälfte der Patienten in den untersuchten Therapieverläufen eine positive therapeutische Veränderung erreicht haben, unter diesen Gesichtspunkten diskutiert werden. Zudem sollte u.U. stichprobenartig überprüft werden, ob die Einschätzungen der strukturellen Merkmale in mehreren Sitzungen in einer Therapiephase stabil ist oder nicht. Interessant wäre auch, die Veränderung der Selbst- und Objektrepräsentationen inhaltsanalytisch zu untersuchen, um besser zu verstehen, wie sich die strukturellen Veränderungen konkret darstellen.

5.5 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit konnte einige Befunde aus der Forschungsliteratur bestätigen oder widerlegen sowie neue Zusammenhänge und Effekte aufzeigen. Strukturbezogene Patientenvariablen, wie sie vor Therapiebeginn bestehen, differenzieren zwischen zwei sich voneinander unterscheidenden Therapieprozessen, sowohl über alle Sitzungen als auch hinsichtlich spezifischer Unterschiede im Therapieverlauf. Unterschiede zeigen sich auch in der therapeutischen Beziehung. Es deutet sich an, dass anaklitische Patienten bei Analytikern weniger gut mitarbeiten (können), während dasselbe nicht für introjektive Patienten gilt. Die differenzielle Therapieresponse zwischen den beiden Gruppen, wie sie bereits aus anderen Studien berichtet wurden (z.B. Blatt & Ford 1994; Blatt & Shahar 2004) wurde bestätigt. Ebenso wurde die therapeutische Beziehung als vielfach bestätigter Prädiktor der therapeutischen Veränderung (Orlinsky et al. 1994) in dieser Studie aufgezeigt. Dagegen kann der geschlechtsspezifische Zusammenhang, dass Frauen häufiger anaklitisch und Männer häufiger introjektiv sind (Blatt & Ford 1994, S. 71) nicht bestätigt werden.

Als Beitrag zur Prozessforschung konnte mit dieser Arbeit gezeigt werden, dass die therapeutische Beziehung sowohl einen Einfluss auf die Veränderung der Objektrepräsentation als auch auf die Verbesserung der Persönlichkeitskonfiguration hat, dagegen zeigte sich kein Effekt für die Selbstrepräsentation. Diese wird jedoch durch das Bildungsniveau des Patienten beeinflusst. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen auch, dass sich Veränderungen in den Objektrepräsentationen langsamer vollziehen als Veränderungen in den Selbstrepräsentationen.

Die Unterschiede in der therapeutischen Veränderung bzw. im Therapieerfolg zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten lassen sich nur auf deskriptiver Ebene aufzeigen. Dagegen ist der Einfluss der Ausbildung des Therapeuten bedeutsam und es deuten sich relevante Unterschiede in den Auswirkungen zwischen psychoanalytischen und psychodynamischen Therapien an. Nachgewiesen konnte, dass sich die Prozesse von erfolgreichen von nicht erfolgreichen Therapien anhand von

spezifischen Prozessvariablen unterscheiden. Des Weiteren wurde die Bedeutung einer komplementären Passung zwischen dem therapeutischen Stil (beziehungsorientiert vs. differenzierungsorientiert) und der Persönlichkeitskonfiguration des Patienten (anaklitisch vs. introjektiv) nachgewiesen. Aus den Ergebnissen lassen sich klinische Implikationen ableiten. Therapeuten sollten dafür sensibilisiert werden, dass die jeweilige Persönlichkeitsstruktur des Patienten eine Abstimmung des therapeutischen Stils erforderlich macht. Sie sollten sich ihrer eigenen Charakteristiken, die ihren therapeutischen Stil bzw. ihre therapeutische Haltung beeinflussen und somit auch die Passung mit dem Patienten, bewusst machen. Zudem wurde deutlich, dass der jeweiligen Therapiephase eine wichtige Bedeutung für das Behandlungsergebnis zukommt, insbesondere während des frühen Zeitfensters in der therapeutischen Behandlung.

Die therapeutische Beziehung wird häufig als gegeben angenommen. Es müsste vielmehr reflektiert werden, dass beide Beteiligte und deren wechselseitige Abstimmung, diese beeinflussen. Zudem tragen die Interaktionen in den therapeutischen Dyaden, mit sich entfaltenden Mustern, die sich verfestigen oder verändern, maßgeblich zur therapeutischen Veränderung bei.

Anhand der Behandlungsverläufe mit den jeweiligen therapeutischen Dyaden wurden Wechselwirkungen zwischen Personencharakteristika, Interaktionsstrukturen und Beziehungsqualitäten aufgezeigt. Die Ergebnisse können nur unter der Linse der Gegenstandsbereiche der jeweiligen Forschungsinstrumente betrachtet werden. Diese Arbeit kann keine generalisierenden Aussagen darüber machen, welche Patienten anhand ihrer Persönlichkeitskonfiguration von welcher Therapie grundsätzlich am meisten profitieren. Sie liefert jedoch Anhaltspunkte, die die komplexen Wechselwirkungen hinsichtlich prozessrelevanter Phänomene reflektieren. Die spezifischen Unterschiede zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten und deren Bedeutung und Auswirkungen für die Beziehung, sowie die therapeutische Passung konnten aufgezeigt werden. Weitere Studien sollten untersuchen, inwiefern bestimmte therapeutische Techniken bzw. therapeutische Stile die jeweiligen Veränderungsprozesse förderlich beeinflussen und wie diese mit der therapeutischen Beziehung interagieren.

Mithilfe der Methoden der Prozessforschung konnte erneut bestätigt werden, dass die Unterschiede in den Prozessen nicht lediglich anhand der jeweiligen Therapieverfahren definiert werden können, sondern dass spezifische Interaktionsmuster in den Dyaden, die sich beispielsweise in der therapeutischen Beziehung und Passung abbilden, zu einem vertieften Verständnis über empirisch überprüfbare Veränderungsprozesse in der Psychotherapie beitragen können.

5.6 Schlussbemerkung

Die ungleiche Gruppenverteilung hinsichtlich der beiden Persönlichkeitskonfigurationen ist überraschend. Diskussionswürdig ist daher die hohe Anzahl an introjektiven Patientinnen in der Stichprobe. Da unter den teilnehmenden Patientinnen zahlreiche Studentinnen sind, könnte dies ein Hinweis darauf sein, dass Leistungsideale und hohe Selbstansprüche wichtige Themen sind, die durch die realen Anforderungen aktualisiert werden. Generalisierende Aussagen lassen sich aufgrund dieser Stichprobe nicht machen. Trotz alledem stellt sich die Frage, ob nicht doch gestiegene Anforderungen sowohl im beruflichen als auch im privaten Lebensbereich mit einer Zunahme an psychischen Belastungen und Erkrankungen zusammenhängen. Diese Frage können nur epidemiologische Studien beantworten. Soziologische Schriften beschäftigen sich seit einigen Jahren mit dem Phänomen des „erschöpften Selbst“ (Ehrenberg 1998/2008), des „flexiblen Menschen“ (Sennett 1998/2010) und den „Lebenskünstlern“ in einer individualisierten Gesellschaft (Baumann 2008/2009), die stets mit neuen Forderungen nach Selbstoptimierung konfrontiert sind. Aufgrund ihres vielschichtigen und fundierten Verständnisses über (nicht nur unbewusste) psychische Prozesse könnten Psychoanalytiker maßgeblich zu dieser Diskussion beitragen. Dabei sollten sie jedoch die realen und aktuellen Lebensbedingungen ausreichend mitberücksichtigen, wie auch die an realen Beziehungserfahrungen orientierten Bindungstheorie und -forschung in der Psychoanalyse zunehmend Akzeptanz erfährt.

6 Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird eine Prozess-Ergebnisstudie über Langzeitpsychotherapie behandelt, in deren Rahmen die Therapieverläufe von 29 Patienten aus drei Psychotherapiearchiven in ambulanter psychoanalytischer und psychodynamischer Psychotherapie untersucht werden. Mit empirischen Methoden der Prozessforschung werden die Therapie- und Veränderungsprozesse anhand von Video- oder Audioaufnahmen zu jeweils vier Sitzungen über den Therapieverlauf retrospektiv analysiert. Basierend auf der theoretischen Grundlage von S.J. Blatt (2008) zu den psychologischen Dimensionen „Bezogenheit“ und „Selbstdefinition“ werden die Patienten hinsichtlich ihrer Persönlichkeit bzw. Psychopathologie klassifiziert. Analog dazu werden auch Therapeutenvariablen für den therapeutischen Stil eingeführt, um die Dyaden auch hinsichtlich der therapeutischen Passung zu untersuchen.

Studien haben gezeigt, dass das Vorliegen einer anaklitischen (abhängigen) und introjektiven (selbstkritischen) Patientenpersönlichkeit Konsequenzen für die differenziellen Therapieverläufe und -responses haben. In dieser Arbeit wird untersucht, ob und inwiefern sich die Therapie- und Veränderungsprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten anhand von empirisch validierten Forschungsinstrumenten unterscheiden. Zudem wird überprüft, ob sich Unterschiede in der therapeutischen Beziehung manifestieren und inwieweit die Beziehung das Therapieergebnis beeinflusst. Zudem wird der Einfluss des therapeutischen Stils und der therapeutischen Passung auf das Therapieergebnis überprüft.

Die zu untersuchenden Konstrukte wurden mithilfe mehrerer Forschungsinstrumente aus der Beobachterperspektive erfasst. Das *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS; Jones 2000) wird eingesetzt, um die Therapieprozesse zu quantifizieren und die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS; Gaston & Marmar 1993) werden verwendet, um die therapeutische Beziehung zu erfassen. Das Niveau der Selbst- und Objektrepräsentationen wird mit der *Differentiation-Relatedness-Scale* (DRS; Diamond et al. 1991, 2012) beurteilt und die Klassifikation und Einschätzung der Ausprägung der anaklitischen bzw. introjektiven

Persönlichkeitskonfiguration wird in Anlehnung an Blatt & Ford (1994) durchgeführt. Verschiedene statistische Methoden werden für die Überprüfung der Hypothesen herangezogen und es werden zwei Ansätze gewählt, um zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien zu differenzieren.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Prozesse sowie die therapeutische Beziehung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden. Es kann jedoch nicht bestätigt werden, dass eine der beiden Gruppen erfolgreichere Therapieverläufe hinsichtlich der strukturellen Veränderung aufweist. Der Zusammenhang zwischen der therapeutischen Beziehung und der therapeutischen Veränderung wurde bestätigt und es konnte ein moderierender Effekt der Beziehung aufgezeigt werden. Erfolgreiche und nicht erfolgreiche Therapien unterscheiden sich anhand spezifischer Prozessvariablen, die Unterschiede in der therapeutischen Interaktion charakterisieren. Zudem konnte nachgewiesen werden, dass eine komplementäre Passung zwischen Patient und Therapeut bessere Therapieergebnisse erzielen als konkordante Passungen, während der Einfluss des therapeutischen Stils nicht bestätigt werden konnte. Die Wechselwirkungen zwischen Beziehung, Persönlichkeit und Passung und deren Auswirkungen auf die Therapieprozesse sowie klinische Implikationen werden diskutiert.

7 Literaturverzeichnis

- Abbass, A. A., Hanckock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006). *Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No.: CD004687.
- Abbass, A. A., Kisely, S., Kroenke, K. (2009). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Somatic Disorders. Systematic Review and meta-analysis of clinical Trials. *Psychother Psychosom*, 78, 265-274.
- Abbass, A. A., Town, J., Driessen, E. (2011). The Efficacy of Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depressive Disorders with Comorbid Personality Disorder. *Psychiatry*, 74, 58-71.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1998). How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(1), 64-75.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.
- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (2005). On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 541-568.
- Ablon, J. S., & Kächele, H. (2008). Vorbemerkungen. In C. Albani, J. S. Ablon, R. A. Levy, W. Mertens, & H. Kächele (Hrsg.), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones. Deutsche Version (PQS-R-D) und Anwendungen (5-7)*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Ablon, J. S., Levy, R., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216-231.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Smith-Hansen, L. (2011). Contributions of the Psychotherapy ProcessQ-set to Psychotherapy Research. *Research in Psychotherapy* 2011, 14, 14-48. <http://www.researchinpsychotherapy.net>
- Ablon, J. S., Levy, R. A. & the Psychotherapy Research Program Massachusetts General Hospital (2012). Psychotherapy Process Q-Set—Revised April, 2009. In : R.L. Levy, J.S. Ablon & H.Kaechele (Hrsg.) Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence. Series: Current Clinical Psychiatry. New York, Humana Press
- Ackerman, Steven J.;Hilsenroth, Mark J. (2001) A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 171-185.

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1 -33.
- Albani, C., Ablon, J. S., Levy, R. A., Mertens, W., & Kächele, H. (2008). *Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version (PQS-R-D) und Anwendungen*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Levy, R.A., Ablon, J.S., Jones, E.E. (2008). *Revidiertes Manual zum Psychotherapie Prozess Q-Set (PQS-E) von Enrico E. Jones- Deutsche Version (PQS-R-D)*. In: Cornelia Albani, J. Stuart Ablon, Raymond A. Levy, Wolfgang Mertens & Horst Kächele (Hrsg.). *Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen*: Ulm: Verlag Ulmer Textbank,
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Geyer, M., Kächele, H. (2006). Das Psychotherapieprozess Q-Sort von Jones. In H. Thomä & H. Kächele, (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie: Forschung* (263f). Heidelberg: Springer.
- Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U., Jones, E., Geyer, M., & Kächele, H. (2000). Die Methode des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort". *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie*, 48, 151-171.
- Allert, G., Dahlbender, R. W., Thomä, H., & Kächele, H. (2000). Behandlungstechnische und ethische Aspekte von Tonbandaufnahmen in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 8, 65-72.
- Alexander, L., & Luborsky, L. (1986). *The Penn Helping Alliance Scales*. In L. S. Greenberg & W. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (S. 325-366). New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson E.M. & Lambert M.J. (1995) Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 15:503–514.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (1996). *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. (3. Aufl. 2004). Stuttgart: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. (1.Auflage). Bern: Hans Huber Verlag.
- Bachrach, H. M., Galatzer-Levy, R., Skolnikoff, A., & Waldron, S. (1991). On the Efficacy Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 871-916.
- Bacal, H.A. (1985). Optimal Responsiveness and the Therapeutic Process. In: A. Goldberg (Hrsg.). *Progress in Self Psychology*, Bd. 1, S. 202-227. New York: Guilford.

- Bahr, S. S., Thombs, B. D., Pignotti, M., Bassel, M., Jewett, L., Coyne, J. C., & Beck, A. T. (2010). Is Longer-Term Psychodynamic Psychotherapy More Effective than Shorter-Term Therapies? Review and Critique of the Evidence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 208-216.
- Balint, M. (1955). Friendly Expanses – horrid Empty Spaces. *The International Journal of Psychoanalysis*, 36, 225-241.
- Barber, J. P., Conolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patient's Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1027-1032.
- Barkham, M.; Agnew, R.M. & Culverwell, A. (1993) The California Psychotherapy Alliance Scales: A pilot study of dimensions and elements. *British Journal of Medical Psychology*, 66 (2), 157–165.
- Bartholomew, K. & Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bateman, A. & Holmes, J. (1995). *Introduction to Psychoanalysis. Contemporary Theory and Practice*. London: Routledge.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Baudry, F. (1991). The Relevance of the Analyst's Character and Attitudes to his Work. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 39:917-938
- Baumann, Z. (2008). *The Art of Life*. Cambridge: Polity. dt. (2009). *Wir Lebenskünstler*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Bauriedl, T. (1984). Beziehungsanalyse. Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Beck, A.T., Epstein, N., Harrison, R. & Emery, G. (1983). *Development of the Sociotropy –Autonomy Scale: A Measure of personality factors in Psychopathology*. Unpublished Manuscript, University of Pennsylvania.
- Behrends, R. S. & Blatt S. J. (1985). Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanal Study Child*, 40, 11–39.
- Beebe, B. & Lachmann, F. (1994). Representation and internalization in infancy: Three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11 (2), 127-165.
- Beebe, B. & Lachmann F.M. 2005 *Infant Research And Adult Treatment. Co-constructing Interactions*. New York: Analytic Press
- Bernier, A. & Dozier, M. (2002). The client-counselor match and the corrective emotional experience: Evidence from interpersonal and attachment research. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39, 32-43.
- Beutler, L.E. (1995). Common Factors and Specific Effects. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(1), 79-82

- Beutler, L. E. (2002). *The dodo bird is extinct. Clinical Psychology: Science & Practice*, 9(1), 30-34.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist Variables. In A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Seitenzahl). New York: Wiley.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble S., & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (227-306). New York: Wiley.
- Blatt, S.J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic study of the child*, 29, 07-157.
- Blatt, S.J., D'Afflitti, J. & Quinlan, D.M. (1979). Depressive Experiences Questionnaire (DEQ). Unpublished research manual, Yale University, New Haven, CT
- Blatt, S. J., Wein, S. J., Chevron, E. S., & Quinlan, D. M. (1979). Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 388-397.
- Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (1994). Therapeutic change: An object relations perspective. New York: Plenum.
- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6, 87-254.
- Blatt, S. J., & Behrends, R. S. (1987). Internalization, Separation-Individuation, and the Nature of Therapeutic Action. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 279-297.
- Blatt, S. J., & Blass, R. B. (1990). Attachment and separateness. A dialectical model of the products and processes of development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 107-127.
- Blatt, S. J. (1990). Interpersonal relatedness and self-definition: Two Personality configurations and their Implications for Psychopathology and Psychotherapy. In J. L. Singer (Hrsg.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology and Health* .(S. 229-335). Chicago: University of Chicago Press.
- Blatt, S. J. (1992). The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis on anaclitic and introjective patients: The Menninger Psychotherapy Research Project Revisited. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 691-724.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562.

- Blatt, S.J. & Felsen, I. (1993): Different Kinds of Folks may Need Different Kinds of Strokes: The Effect of Patients' Characteristics on Therapeutic Process and Outcome, *Psychotherapy Research*, 3:4, 245-259
- Blatt, S. J., & Blass, R. (1995). Relatedness and self definition: A dialectic model of personality development. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerability in relationships* (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., Sanislow, C., & Pilkonis, P. A. (1998). When and how perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 423-428.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., & Ayran, M. (1998): Representational Structures and the Therapeutic Process. In J. M. Masling, & R. F. Bornstein (Hrsg.), *Empirical Studies of the Therapeutic Hour* (Seitenzahl). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., & Blass, R. (1996). *Relatedness and self definition: A dialectic model of personality development*. In G. G. Noam & K. W. Fischer (Eds.), *Development and vulnerabilities in close relationships*, (pp. 309-338). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A. & Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Blatt, S. J. (1999). Personality factors in the brief treatment of depression: Further Analyses of the NIMH Sponored Treatment for Depression Collaborative Research Program. In D.S. Janowsky (Hrsg.). *Psychotherapy indications and outcomes*. (S.23-45). Washington, D.C.: American Psychiatric Press
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., & Sanislow, C. A. (2000). Short and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Psychotherapy Research*, 10, 215-234.
- Blatt, S.J., Shahar, G., Zuroff, D.C.(2001). Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 449-454.
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D. C. (2002). *Anaclitic (sociotropic) and introjective (autonomous) dimensions*. In J. C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, (pp. 306-324). New York: Oxford University Press.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, an Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 102-150.
- Blatt, S. J. & Shahar, G. (2004). Psychoanalysis- with whom, for what and how? A comparison with psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52, 393-447.

- Blatt, S. J. & Shahar, G. (2005). A dialectical model of personality development and psychopathology: Recent contributions to understanding and treating depression. In J. Corveleyn, P. Luyten, & S. J. Blatt (Hrsg.), *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactionism model* (137-162). Leuven: Univeristy Press of Leuven Press.
- Blatt, S. J., & Zuroff, D. C. (2005). Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clinical Psychology Review*, 25, 459-486.
- Blatt, S. J., & Auerbach, J. S. (2003). Psychodynamic measures of therapeutic change. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 268-307.
- Blatt, S. J. (2004). *Experiences of depression. Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blatt, S. J., Auerbach, J. S., Zuroff, D. C., & Shahar, G. (2006). Evaluating efficacy, effectiveness, and mutative factors in psychodynamic psychotherapies. In PDM Task Force (Hrsg.), *Psychodynamic Diagnostic Manual* (Seitanzahl). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blum, H.P. (1992). Psychic Change: The Analytic Relationship(S) and Agents of Change. *International Journal of Psychoanalysis.*, 73:255-265
- Blum, H.P. (1991). Psychic Change: Developments in the Theory of Psychoanalytic Technique Pre-Published Papers for the 37th IPA Congress, Buenos Aires, 1991—Introduction. *International Journal of Psychoanalysis.*, 72:1-2
- Block, J. (1961/1978). *The Q-Sort Method in Personality Assessment and Psychiatric Research*. Springfield, IL: Chales C. Thomas.
- Bolognini, S. (2001) Empathy and the Unconscious. *Psychoanalytic Quaterly*, 70: 447-471
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, (Hrsg.), *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: Wiley, 13-37.
- Boston Process Change Study Group (2010). *Change in Psychotherapy. A Unifying Paradigm*. New York: Norton
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and Loss*. New York: Basic Books
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Basse. Parten-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge

- Brandl, Y., Bruns, G., Gerlach, A., Hau, S., Janssen, P. L., Kächele, H., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Rudolf, G., Schlösser, A.-M., Springer, A., Stuhr, U., & Windaus, E. (2004). Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. *Forum Psychoanalyse*, 20, 13-125.
- Brenner, C. (1979). Working Alliance, Therapeutic Alliance, And Transference. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 27S:137-157
- Brisch, K.H. (1999/2006). Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta
- Buchheim A, Kächele H (2002) Das Adult Attachment Interview und psychoanalytisches Verstehen. *Psyche Zeitschrift für Psychoanalyse* 56, 946-973
- Buchheim A, Strauss B, Kächele H (2002) Die differentielle Relevanz der Bindungsklassifikationen für psychische Störungen. Zum Stand der Forschung bei Angststörungen, Depression und Borderline-Persönlichkeitsstörung. *Psychother Psych Med* 52: 128-133
- Campos, R.C., Besser, A. & Blatt, S.J. (2011). The Relationships between Defenses and Experiences of Depression. An Exploratory Study, *Psychoanalytic Psychology*, 28 (2)
- Cassidy, J., & Kobak, R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky, & T. Nezworski (Hrsg.), *Clinical implications of attachment* (300-323). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cecero, J. J., Fenton, L. R., & Nich, C., et al (2001). The therapeutic alliance in focus. The psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 38, 1-11.
- Chused, J.F. and Raphling, D.L. (1992). The Analyst's Mistakes. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40:89-116
- Clarkin, J.F., Levy, K.N. Lenzenweger, M.F. Kernberg, O. (2007). Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928
- Cohen, J. (1968). Weighed kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213–220.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 159, 325-333.
- Crits-Christoph, P., Cooper, A., & Luborsky, L. (1990). The measurement of accuracy of Interpretations. In L. Luborsky, & P. Crits-Christoph (Hrsg.), *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method* (173-188). New York: Basic Books.
- Crits-Christoph, P., Barber, J., & Kurcias, J. (1993): The Accuracy of Therapists' Interpretations and the Development of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Research*, 3, 25-35.

- Crits-Christoph, P., & Connolly Gibbons, M. B. (2003). Research developments on the therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 332-349.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2006): Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance- fostering psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 16:03, 268-281
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B. Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessments. The Alliance–Outcome Correlation Is Larger Than you might Think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 267-278.
- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M. & Gallop, R. (2006): Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance- fostering psychotherapy, *Psychotherapy Research*, 16:03, 268-281
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Cronbach, L. J. (1953). Correlation between persons as a research tool. In O. H. Mowrer (Hrsg.), *Psychotherapy: theory and research* (376-389). New York: Ronald Press.
- DeFife, J. A. & Hilsenroth, M.J. (2011). Starting Off on the Right Foot: Common Factor Elements in Early *Psychotherapy Process*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21 (2), 172-191
- De Maat, S., De Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009). The effectiveness of longterm psychoanalytic therapy: a systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1-23.
- Deserno, H. (1990). *Die Analyse und das Arbeitsbündnis*. München-Wien: Internationale Psychoanalyse.
- Despland, J. N., de Roten Y., Despars J., Stiglar, M., & Perry, J. C. (2001). Contribution of patient defense mechanisms and therapist interventions to the development of early therapeutic alliance in a brief psychodynamic investigation. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 10, 155-164.
- DeWitt, K.N., Milbrath, C. and Wallerstein, R.S. (1999). Scales of Psychological Capacities. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 22:453-480
- Diamond, D., Blatt, S. J., Stayner, D. A., & Kaslow, N. (1991). *Differentiation-Relatedness scale of self and object representations.* (2012). *Manual for the Differentiation-Relatedness-Scale.[revised version]*. Unpublished research manual. New Haven, CT: Yale University.
- Diamond, D., & Blatt, S. J. (1994). Internal working models of attachment and psychoanalytic theories of the representational world: A comparison and critique. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Hrsg.), *Attachment in Adults. Clinical and Developmental Perspectives* (72-97). New York: Guilford Press.

- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The Relationship Between Adult Attachment Style and Therapeutic Alliance in Individual Psychotherapy. A Meta-Analytic Review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Advance online publication.
- Dolinsky, A., Vaughan, S. C., Luber, B., Mellman, L., & Roose, S. (1998). A match made in heaven? A pilot study of patient-therapist match. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 119-25.
- Dozier, M., Kelly, C.L., Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organization in treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(4), 793-800.
- Dozier, M., & Tyrell, C. (1998). The Role of Attachment in Therapeutic Relationships. In J. A. Simpson, & W. S. Rholes (Hrsg.), *Attachment Theory and Close Relationships* (230f). New York: Guilford Press.
- Dozier, M., Stovall, K.C. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Hrsg.). *Handbook of attachment* (S. 497-519). New York: Guilford
- Driessen, E., Cuijpers, O., de Maat, S. C. M., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 25-36.
- Dush, D.M. Hirt, M.L. & Schroeder, H.E. (1983). Self-statement Modification with Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 94, 408-422.
- Eagle, M.N. (1996). Attachment Research and Psychoanalytic Theory S. 105-150) In: J.M. Masling & R.F. Bornstein (Hg.) *Psychoanalytic Perspectives on Developmental Psychology*. (S. 3-17) Washington, D.C.: American Psychological Association
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi*. Paris: Odile Jacob /dt. (2008). *Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Erhardt, I., Mertens, W., Benecke, C., Hörz, S., & Zehetleitner, M. (2010). Kassenanträge für psychoanalytische Psychotherapie und OPD-2 im Vergleich. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 12, 79-106.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: E. Bergin & S.L. Garfield (Hrsg.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* [4. Ausgabe] S. 114-142- New York: Wiley
- Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA, Hedeker D (1995). "Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63 (5): 841-47.

- Erceg-Hurn, D. M. (2011). Psychodynamic Therapy for Somatic Disorder. Meta analysis Raises more Questions than Answers. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 182-183.
- Ermann, M. (1992). Die sogenannte Realbeziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 8, 281-299.
- Ermann, M. (Hrsg.) (1993): Übertragungsdeutungen als Beziehungsarbeit. In: Ders. (Hrsg.) *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse*. (S.50-67) Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Ermann, M. (1999). Ressourcen in der psychoanalytischen Beziehung. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 253-266.
- Ermann, M., Feidel, R., & Waldvogel, B. (2001). *Behandlungserfolge in der Psychotherapie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Eudell-Simmons, E. M., Stein, M. B., DeFife, J. A., & Hilsenroth M. J. (2005). Reliability and Validity of the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) in the Assessment of Dream Narratives. *Journal of Personality Assessment*, 85, 3, 325-333.
- Fäh, M. (1997). Sind Langzeitanalysen uneffektiv und unbezahlbar?. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stühr, U. (1997). *Psychoanalysen im Rückblick* (Hrsg.) *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese Forschung*. Gießen: Psychosozial, 320-469.
- Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M.E. (Hrsg.) (2001). *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fäh, M., & Fischer, G. (Hrsg.) (1998). *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Giessen: Psychosozial.
- Fenton, L. R., Cecero, J. J., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2001). Perspective Is Everything. The Predictive Validity of Six Working Alliance Instruments. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 262-268.
- Fonagy P., (2006). Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapies. In: PDM Taskforce (Hrsg.). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organisations.
- Fonagy P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.
- Fonagy P., & Target M. (2001). Die Ergebnisse von Psychoanalyse. Die Arbeit des Anna Freud Centre. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohlebe, & M. E. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (71-92). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5, for application to Adult Attachment Interview*. Unpublished Manuscript. United Kingdom: University College London.

- Fonagy, P., Kachele, H., Krause, R., Jones, E., Perron, R., Clarkin, J., et al. (2002). *An open door review of outcome studies in psychoanalysis (2nd ed.)*. London: International Psychoanalytical Association.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic Factors in Psychotherapy. *Am. Journal of Psychotherapy*, 25 (3), 350-361.
- Frank, J.D. & Frank, J.B. (1991). Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy. 3. Auflage. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Freud, S. (1912a). Zur Dynamik der Übertragung. In Ders. *Studienausgabe, Ergänzungsband 1975* (159-168). Frankfurt: Fischer.
- Freud, S. (1912b). Ratschläge für den Arzt bei der Psychoanalytischen Behandlung. In Ders. *Studienausgabe, GW Ergänzungsband 1975/2000* (169-169). Frankfurt/Main: Fischer.
- Freud, S. (1913). Zur Einleitung der Behandlung (Weitere Ratschläge zur der Technik der Psychoanalyse. In Ders. *Studienausgabe, GW Ergänzungsband 1975/2000* (181-204). Frankfurt/Main: Fischer.
- Freud S. (1914) Zur Einführung des Narzissmus. In Ders. *Studienausgabe, GW Bd III Psychologie des Unbewussten. (1975/2000)* (37-68). Frankfurt/Main: Fischer.
- Freud S. 1926[1927] Die Frage der Laienanalyse. In Ders. *Studienausgabe, GW Ergänzungsband. (1975/2000)* (37-68). Frankfurt/Main: Fischer
- Frosch, A. (2006). The Culture of Psychoanalysis and the Concept of Analyzability. *Psychoanalytic Psychology*, 23:43-55
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. Ausgabe, 2-113). New York: Wiley
- Garfield, S. L. (1997). The Therapist as a Neglected Variable in Psychotherapy. *Research. Clinical Psychology: Science and Practice*, 4 (1), 40-43.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (Hrsg.). (1986). *Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis* (3rd ed.) New York: Wiley.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1993). *Manual of the California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)*. Unpublished manuscript. Montreal, Canada: McGill University.
- Gaston, L., & Marmar, C. R. (1994). The California psychotherapy scales. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Hrsg.). *The working alliance: Theory, research and practice* (85 -108). New York:Wiley.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. (1991): Alliance Prediction of Outcome Beyond in-Treatment Symptomatic Change as Psychotherapy Processes. *Psychotherapy Research*, 1, 104-112.
- Gaston, L., Piper, W., Debbane, E., Bienvenu, J., & Garant, J. (1994). Alliance and Technique for Predicting Outcome in Short-and Long-Term Analytic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 4, 121-135.

- Gelso, C.J. & Carter, J.A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 296-306.
- George, C. Kaplan, N. & Main, M. (1985), *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Gill, M.M. (1982). Analysis of Transference, Vol.1, New York: International Universities Press.
- Gill, M.M. (1984). Transference: A Change in Conception or Only in Emphasis?. *Psychoanalytic Inquiry*, 4, 489-523.
- Gitzinger, I., Krämer, B., Kächele, H. „Don't think twice, it's all right“ – ein zweiter Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen. Psychoanalytische Katamnese im Blickwinkel der Psychotherapieforschung, In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (1997). Psychoanalysen im Rückblick (Hrsg.) Psychoanalysen im Rückblick. Methoden Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese Forschung. Gießen: Psychosozial, S. 267-279
- Goldfried, M. R., & Davila, J. (2005). The Role of Relationship and Technique in Therapeutic Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 421-430.
- Goodman, G. (2010a). *Transforming the Internal World and Attachment. Vol.1. Lanham. ML:Aronson*
- Goodman, G. (2010b). *Therapeutic Attachment Relationships. Interaction Structures and the Processes of Therapeutic Change. Lanham, ML:Aronson*
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Krawitz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., & Rudolf, G. (2009). Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research*, 19, 344-357.
- Grande, T., Rudolf, G., & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. In M. Leuzinger-Bohleber, & U. Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalytische Katamnesenforschung* (415-431). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.; Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44, 63-73.
- Greenberg L. S. (1986). Research Strategies. In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof (Hrsg.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook* (707-733). New York: Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1965). The Working Alliance and the Transference Neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181

- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1978). *Explorations in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press. *Deutsch*: (1982). *Psychoanalytische Erkundungen*. Kap. 11. Das Arbeitsbündnis und Übertragungsneurose. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grencavage, L.M. & Norcross, J.C.(1990). Where are the Commonalities Among the Therapeutic Common Factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21 (5), 372-378
- Hank, P. & Krampen, G. (2008). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1, S. 141-168). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Hatcher R. L., & Barends, A. (1996). Patients view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1326-1336.
- Hayes, J.A., Gelso, C.J. & Hummel, A.M. (2011). Managing Countertransference. *Psychotherapy*, 48, 88-97
- Henningssen, P., & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der evidencebased medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 366-375.
- Hentschel, U. (2005). Die therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. *Psychotherapeut*, 50: 385-393
- Hersoug, A.G., Høglend, P., Havik, O.E., & Monsen, J.T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and psychotherapy*, 83, 145-159.
- Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and the Therapeutic Relationship. Inextricably Intertwined in the Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 431-442.
- Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy process and outcome. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (84-135). New York: Wiley.
- Hilsenroth, M., Stein, M., & Pinsker, J. (2004). *Social Cognition and Object Relations Scale. Global Rating Method (SCORS-G)*. Unpublished manuscript. Garden City, NY: The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi, University.
- Hilsenroth M.J., Stein, M.B., & Pinsker, J. (2007). *Social Cognition and Object Relations Scale. Global Rating Method (SCORS-G; 3rd. ed.)* Unpublished manuscript. Garden City, NY: The Derner Institute of Advanced Psychological Studies, Adelphi, University

- Holmes, J. (1998). The Changing Aims of Psychoanalytic Psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 227-240.
- Høglend, P. (1994). *Quality of Object Relations Scale (QOR)*. (Unpublished Manual)
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Heyerdahl, O., Sørbye, Ø., Marble, A., Sjaastad, M. C., & Bentsen, H. (2000). Assessment of Change in Dynamic Psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9, 190-199.
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, S., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., Sørbye, Ø., Heyerdahl, O., & Johansson, P. (2008). *Transference Interpretations in Dynamic Psychotherapy. Do They Really Yield Sustained Effects? The American Journal of Psychiatry*, 165, 763-771.
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sørbye, Ø., Røssberg, J. I., Ulberg, R., Gabbard, G. O., & Crits-Christoph, P. (2011). Effects of Transference Work in the Context of Therapeutic Alliance and Quality of Object Relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Advance online publication
- Horvath, AO (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: the Working Alliance Inventory perspective. In: A.O. Horvath & L.S. Greenberg: *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. (109–128). New York: Wiley
- Horvath, A. O., Greenberg, L. (1986). The development of the Working Alliance Inventory: A research handbook. In L. Greenberg and W. Pinsoff (Eds.) *Psychotherapeutic Processes: A Research Handbook*, New York: Guilford Press.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38, 365-372.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J.C. Norcross (Hrsg.), *Psychotherapy relationships that work* (37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (Hrsg.). (1994). *The Working Alliance. Theory, Research and Practice*. New York: Wiley.
- Hörz, S., Mertens, W., Isphording, S., Levy, K. N., & Taubner, S. (2010). Changes of Reflective Functioning during Psychoanalytic Psychotherapies. Poster presented at the APsA-Meeting, New York, USA. Januar 2010.
- Howard K.I., Kopta S.M., Krause M.S. & Orlinsky DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41,159-164.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Huber, D., Henrich, G., Gastner, J., & Klug, G. (2011). Must all have prices? The Munich Psychotherapy Study. In S. Ablon, R. Levy, H. Kächele (Hrsg.), *Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy II*. New York: Humana Press.
- Huber, D., Henrich, G., Klug, G. (2005). The scales of psychological capacities. Measuring Change in psychic structure. *Psychotherapy Research*, 15, 445-456.
- Huber, D., & Klug, G. (2004). Scales of Psychological Capacities. The Munich Contribution to their Psychometric Qualities. In W. Bucci (Hrsg.), *The integration of clinical and research perspectives in psychoanalysis. A tribute to the work of Robert Wallenstein. Psychological Issues Monograph Series*. (Seitenzahl). Guilford, CT: International Universities Press.
- Huber, D., & Klug, G. (2005) Munich Psychotherapy Study (MPS): Preliminary results on process and outcome of psychoanalytic psychotherapy. A prospective psychotherapy study with depressed patients. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 55, 101.
- Huber, D., & Klug, G. (2006). Munich Psychotherapy Study (MPS): the effectiveness of psychoanalytic longterm psychotherapy for depression. In Society for Psychotherapy Research (Hrsg.), *Book of abstracts. From research to practice* (154). Ulm, Germany: Ulmer Textbank.
- Huber, D., Klug, G., von Rad, M. (2001). Die Münchner Prozess-Outcome-Studie. Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M.E. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (260-270). Stuttgart: Kohlhammer.
- Huber, D., Klug, G., Wallerstein, R. S. (2006). *Skalen psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1986). *Defense mechanisms. Their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, MI: DMI Associates.
- Ihilevich, D., & Gleser, G. C. (1991). *Defenses in psychotherapy. The clinical application of the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, MI: DMI Associates.
- Jacobs, T.J. (1986). On Countertransference Enactments. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34:289-307
- Jacobson, N.S., Follette, W.C., and Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15(4). Jacobson & Revenstorf, 1988;
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.

- Jakobsen, T., Mattanza, G., Hurt, J. (2005). Die Therapieverläufe. In G. Mattanza I. Maier, & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (83-109). Basel: Karger.
- Jakobson, T., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckert, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H., & Leichsenring, F. (2007). Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei spezifischen psychischen Störungen. Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 87–110.
- Jones, E. E. (1985). *Manual for the Psychotherapy Process Q-Set*. University of California at Berkeley, unpublished.
- Jones, E. E. (2000). *Therapeutic action. A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, NJ: Aronson.
- Jones E. E. (2001). Interaktion und Veränderung in Langzeitpsychotherapien. In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, & M.E. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (224-238). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jones, E. E., Cumming, J. D., & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Jones, E. E., Hall, S. A., & Parke, L. A. (1991). The process of change. the Berkeley Psychotherapy Research Group. In L. E. Beutler, & M. Crago (Hrsg.), *Psychotherapy Research. An International Review of Programmatic Studies* (99-106). Washington: American Psychological Association.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306-316.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Jones, E. E., & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study. Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 985-1016.
- Kantrowitz, J. L. (1986). The Role of the Patient-Analyst „Match“ in the Outcome of Psychoanalysis. *Annual of Psychoanalysis*, 14, 273-297.
- Kantrowitz, J. L. (1995). The Beneficial Aspects of the Patient-Analyst Match. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, 299-313.
- Kantrowitz, J.L. Ergebnisforschung in der Psychoanalyse: Rückblick und Neubewertung In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (1997). *Psychoanalysen im Rückblick* (Hrsg.) *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese-forschung*. Gießen: Psychosozial, S. 61-72
- Kantrowitz, J. L. (2002). The External Observer and the Lens of the Patient-Analyst Match. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 339-350.

- Kantrowitz, J., Katz, A. L., Greenman, D., Morris, H., Paolitto, F., Sashin, J., & Solomon, L. (1989). The patient-analyst "match" and the outcome of psychoanalysis. The study of 13 cases. Research in progress. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 893-920.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., & Paolitto, F. (1990). Follow-up of the Psychoanalysis Five-to-Ten Years after Termination. III. the Relation Between the Resolution of the Transference and the Patient-Analyst Match. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 655-678.
- Katzenstein, T., Ablon, J.S. & Levy, R.A. (2008). A naturalistic Treatment for Panic Disorder. In: R.A. Levy & J.S. Ablon (2008). *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice*. New York: Humana Press,
- Kadzin, A.E. (1999). The Meanings and Measurement of Clinical Significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 332-339.
- Kazdin, A. E. (2006). Arbitrary Metrics. *American Psychologist*, 61, 42-49.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kächele, H. (1992a). Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozeß. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 38, 227-239.
- Kächele, H. (1992b). Psychoanalytische Therapieforschung von 1930-1990. *Psyche, Zeitschrift für Psychoanalyse*, 46, 259-285.
- Kächele, H. (1992c). Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In H. Stühr & F. W. Denecke (Hrsg.), *Die Fallgeschichte*. Heidelberg: Asanger.
- Kächele (2005) Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren. Vorlesung Wintersemester 2005/06, Universität Ulm
- Kächele H (2006) Psychotherapeut/Psychotherapeutin: Person – Persönlichkeit – Funktion. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie* 11: 136-140
- Kächele, H. (2008). "Forscher und Praktiker - wer lehrt wen was?". *PTT Persönlichkeitsstörungen*, 12, 54-64.
- Kächele H, Thomä H (2008) Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg) *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 2. DGVT-Verlag, Tübingen, S 1179-1194
- Kächele, H. (2009). *Psychoanalytische Prozesse: Methodische Illustrationen und methodologische Reflexionen*. Dissertation, LMU München
- Kächele, H. (2010). Therapie-Manual. Forschungsmethode und/oder Praxisrealität. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 35, 239-248.

- Kächele, H. (2011). Allgemeine Prinzipien der Psychotherapie. In R. H. Adler (Hrsg.), *Uexküll Psychosomatische Medizin* (411-418). München, Jena: Urban & Fischer.
- Kächele, H., Schachter, J., Thomä, H. (2009). *From psychoanalytic narrative to empirical single case research. Implications for psychoanalytic practice*. New York: Routledge.
- Kächele, H., Schachter, J. & Thomä, H. (2009) *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research. Implications for Psychoanalytic Practice*. New York: Routledge
- Kächele, H., Schaumburg, C., & Thomä, H. (1973). Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. *Psyche - Z Psychoanal*, 27, 902-927.
- Kächele, H. & Thomä, H. (2006). *Psychoanalyse Therapie. Forschung*. Heidelberg: Springer.
- Kächele H., & Thomä, H. (2006). Psychoanalytische Therapieprozessforschung. In H. Thomä, & H. Kächele (Hrsg.). *Psychoanalytische Therapie: Forschung* (1-14). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Kächele, H., & Thomä, H. (2008). Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer, & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (1179-1194, Band 2). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., Grünzig, H.-J. (1988). Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue. scientific, clinical and ethical problems. In H. Dahl, H. Kächele, & H. Thomä (Hrsg.), *Psychoanalytic process research strategies* (179-194). Berlin Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Kernberg, O. F. (1988). Psychic Structure And Structural Change. An Ego Psychology-object Relations Theory Viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 315-337.
- Kernberg, O. F. (1993). Convergences and Divergences in Contemporary Psychoanalytic Technique. *International Journal of Psychoanalysis* , 74, 659-673.
- Kernberg, O. F. (1993). Nature and Agents of Structural Intrapsychic Change. In M. J. Horowitz, O.F. Kernberg, & E. M. Weinshel (Hrsg.), *Psychic Structure and Psychic Change. Essays in Honor of Robert S. Wallerstein* (327-344). Madison, CT: International Universities Press.
- Kernberg, O. F. (1997). The Nature of Interpretation. Intersubjectivity and the Third Position. *The American Journal of Psychoanalysis*, 57, 297-312.
- Kernberg, O.F. Widerstände gegen Forschung in der Psychoanalyse In: Leuzinger-Bohleber,M., Stuhr, U. (1997). Psychoanalysen im Rückblick (Hrsg.) Psychoanalysen im Rückblick. Methoden Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnese-forschung. Gießen: Psychosozial S. 39-45
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*65:110–136.
- Kiesler, D. J. (1983). "The 1982 Interpersonal Circle: A taxonomy for complementarity in human transactions." *Psychological Review*, 90, 185-214.

- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (1995). An analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 338–349.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 362–371.
- Klein, G.S.(1976). *Psychoanalytic Theory: An Exploration of essentials*. New York: International Universities Press
- Klerman, G.L. & Weissman, M.M. (1993). *New Applications of Interpersonal Psychotherapy*. Northvale, NJ: Aronson
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 54: 83-91
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis: An examination of the relationship between modes of observation and theory. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 7:459-483.; dt. (1977). *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Aufsätze zur psychoanalytischen Theorie, zu Pädagogik und Forschung und zur Psychologie der Kunst*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press./ dt. (1979). *Die Heilung des Selbst*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press/ dt. (1989). *Wie heilt die Psychoanalyse*. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Kordy, H., Kächele, H. (1996). Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In T. Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (490-501, 5.Aufl.). München: Urban & Schwarzenberg
- Körner J (1998). Einfühlung: Über Empathie. *Forum der Psychoanalyse*, 14: 1–17.
- Körner J (1989) Kritik der „therapeutischen Ichspaltung“. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 43:385–396.
- Kramer, U., De Roten, Y., Beretta, V., Michel, L., Despland, J.-N. (2009). Alliance Patterns over the course of short-term dynamic psychotherapy. The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19, 3-14.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 6, 6-31.
- Kriz, J. (2008). Welches sind adäquate wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychotherapieforschung? *PTT Persönlichkeitsstörungen*, 12, 3-11.
- Kutter, P. (2004). *Psychoanalytische Interpretation und empirische Methoden. Auf dem Weg zu einer empirisch fundierten Psychoanalyse*. Gießen: Psychosozial.

- Lambert, M.L. Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (2004). Introduction and Historical Overview. In M.J. Lambert (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3-15). New York: Wiley.
- Lambert, M.L. & Ogles (2004). In: M.J. Lambert (Hrsg.). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (139-193). New York: Wiley.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). "The measurement of observer agreement for categorical data". *Biometrics*, 33, 159–174.
- Langs, R. (1975). Therapeutic misalliances *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 77-105.
- Langs, R. (1978). The Listening Process New York: Jason Aronson, Inc.
- Leichsenring, F (2005a). Wirkungsnachweise psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapie. In Poscheschnik, G. (Hrsg). *Empirische Forschung in der Psychoanalyse*, (S. 201-220). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Leichsenring, F. (2005 b). Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective?: A review of empirical data. *International Journal of Psycho-Analysis*, 86: 841-868
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-1565.
- Leichsenring, F., Rabung, S., & Leibing, E. (2004). The Efficacy of Short-term Psychodynamic Psychotherapy in specific psychiatric disorders. A Meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208-1216.
- Leichsenring, Salzer, and Leibing (2010). Reply, letter to the editor. *American Journal of Psychiatry*, 167:1
- Leuzinger-Bohleber, M., Bahrke, U., Beutel, M., Deserno, H., Edinger, J., Fiedler, G., Haselbacher, A., Hautzinger, M., Kallenbach, L., Keller, W., Negele, A., Pfenning-Meerkötter, N., Prestele, H., Strecker-von Kannen, T., Stuhr, U., & Will, A. (2010): Psychoanalytische und kognitiv-verhaltenstherapeutische Langzeittherapien bei chronischer Depression. Die LAC- Depressionsstudie. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse*, 64, 782-832.
- Levenson, E.A. (1992). Mistakes, Errors, and Oversights. *Journal of Contemporary Psychoanal.*, 28:555-571
- Levy, K.N. and Blatt, S.J. (1999). Attachment Theory and Psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry*, 19:541-575
- Levy, K. N., Blatt, S. J., & Shaver, P. R. (1998). Attachment Styles and Parental Representations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 407-419.
- Levy, K.N. Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2004). Das Adult Attachment Interview (AAI) als Veränderungsmaß in der Behandlung von Borderline-Patienten. *Persönlichkeitsstörungen*, 8, 244-250

- Lichtenberg, J. D. (2007). *Kunst und Technik psychoanalytischer Therapien*. Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Lichtenberg, J.D., Lachmann, F.M., Fosshage, J.L. (1992). *Self and Motivational Systems. Toward a Theory of Psychoanalytic Technique*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that „everyone has won and all must have prizes“?* Archives of General Psychiatry, 32(8), 995-1008.
- Luborsky, L. (1976), Helping alliances in psychotherapy: The ground for a study of their relationship to its outcome. In: J. L. Claghorn (Hrsg.) *Successful Psychotherapy*, (S. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L. (1983). *Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. a global rating method*. Journal of Nervous and Mental Disease, 171(8), 480-491.
- Luborsky, L. (1984), Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive-Expressive (SE) Treatment. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & Auerbach, A. (1985), The therapeutic relationship in psychodynamic psychotherapy: The research evidence and its meaning for practice. In: R. Hales & A. Frances. (Hrsg.). *Psychiatry Update: The American Psychiatric Association Annual Review, Bd. 4*, (S. 550-561) Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcome*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (Hrsg.) (1990). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. New York: Basic Books
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In: A. Horvath & L. Greenberg (Hrsg.): *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. (S. 38-50). New York: Wiley
- Luborsky, L. (1995). Are Common Factors Across Different Psychotherapies the Main Explanation for the Dodo Bird Verdict That "Everyone Has Won So All Shall Have Prizes"? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2 (1), 106-109
- Luborsky, L. (1996a). Theories of Cure in Psychoanalytic Psychotherapies and the Evidence for Them. *Psychoanalytic Inquiry*, 16:257-264
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. (1997). The psychotherapist matters. comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-65.
- Luborsky L., Rosenthal R., Diguier L., Andrusyna T.P., Berman J.S., Levitt J.T., Seligman D.A. & Krause E.D., The Dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002, 9, 1: 2-12 (Commentaries [pp. 13-34]: D.L. Chambless; B.J. Rounsaville & K.M. Carroll; S. Messer & J. Wampold; K.J. Schneider; D.F. Klein; L.E. Beutler).

- Luyten, P., Blatt, S.J. & Mayes, L.C. (2012) Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy Research: The Need for a (Relatively) New Paradigm. R.A. Levy et al. (eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, Current Clinical Psychiatry, (S.345-359). New York: Humana Press
- Luyten, P., Meganck, S., Jansen, B., De Grave, C., & Corveleyn, J. (2006). *The assessment of object representations as part of a psychodynamic assessment battery: Preliminary results of the Leuven-Duffel Assessment Study (LeDAS)*. Poster presented at the 7th Joseph Sandler Research Conference, London March 4-5, 2006.
- Luyten, P., Kempke, S., Van Wambeke, P., Claes, S., Blatt, S. J., & Van Houdenhove, B. (2011). Self-critical Perfectionism, Stress Generation, and Stress Sensitivity in Patients with chronic fatigue Syndrome: Relationship with Severity of Depression, *Psychiatry*, 74 (1), 21-30
- Lyons-Ruth, K. (2001). The two-person construction of defenses: Disorganized attachment strategies, unintegrated mental states, and hostile/helpless relational processes. *Psychologist- Psychoanalyst*, 14-17.
- Lyons-Ruth K., Bronfman E., Atwood G. (1999). A relational diathesis model of hostile- helpless states of mind: Expressions in mother-infant interaction. In: Solomon J, George C, (Hrsg.) *Attachment disorganization*. New York, NY: Guilford Press; 1999:33-70.
- Mallinckrodt, B. (2010). The psychotherapy relationship as attachment: Evidence and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27, 262-270. doi: 10.1177/0265407509360905
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S. & Marziali, E. (1986). The Development of the Therapeutic Alliance Rating System. In Greenberg & Pinsof (Hrsg.), *The Psychotherapeutic Process: A Research Handbook*. New York, NY: Guilford.
- Martin, D. J., Garske, J. P., Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Meissner, S. J. (1996). *The Therapeutic Alliance*. New Haven, CT: Yales University Press.
- Mergenthaler E (1985) Textbank systems: computer science applied in the field of psychoanalysis. Berlin: Springer
- Mergenthaler E (1986) Die Ulmer Textbank - Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der Angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse. Berlin: Springer
- Mergenthaler, E. & Kächele, H. (1994). Die Ulmer Textbank. *Psychotherap Psychol Med* 44, 29-35
- Mergenthaler E, Kächele H (2006) Die Ulmer Textbank. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 274-281

- Mertens, W. (1990/2004). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band,2. (3. aktualisierte Auflage). Stuttgart: Kohlhammer
- Mertens, W. (1993) Psychoanalyse und analytische Psychotherapie. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (298-308). Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Mertens, W. (1997). Wirksamkeitsforschung in der Psychoanalyse. Psychoanalytiker nehmen Stellung. *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. München*, 1, 74-82.
- Mertens, W. (2004). Psychoanalyse. Geschichte und Methoden. [3. Aktualisierte Auflage]: München: Beck
- Mertens, W. (2005). *Psychoanalyse. Grundlagen, Behandlungstechnik und Angewandte Psychoanalyse*. 6. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer
- Mertens, W. (2000) Introspektion. In W. Mertens, & B. Waldvogel, *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (S. 356-361), Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W. (2008). *Einige Überlegungen zur randomisierten klinischen Studie („RCT“)*. Ludwig-Maximilians Universität München
- Mertens, W. (2012) Wie psychoanalytisch ist die OPD (OPD-KJ)? *Kinderanalyse*, 1
- Messer, S.B. (2002). Empirically Supported Treatments: Cautionary Notes. *Medscape General Medicine*, 4 (4)
- Messer, S.B. (2004). Evidence-based practice: beyond empirically supported treatments. *Professional Psychology: Research and Practice* ,35, 560-588.
- Messer S.B. & Wampold, B.E. (2002). Let's Face the Facts: Common Factors are more potent than specific therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25
- Meyer, A. E. (1998). Freud als Altlast. Psychoanalyseimmanente Hindernisse für die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse. In A. E. (Hrsg.) Meyer, *Zwischen Wort und Zahl. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie als Wissenschaft* (122-144). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. (2002). Attachment style. In: J.C. Norcross (Hrsg.) *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*, S.367–382. New York: Oxford University Press
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: Guilford Press.
- Milrod, B., Busch, F., Leon, A. C., Aronson, A., Roiphe, J., Rudden, M., Singer, M., Shapiro, T., Goldman, H., Richter, D., & Shear, M.K. (2001). A Pilot Open Trial of Brief Psychodynammic Psychotherapy for Panic Disorder. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 10, 239 – 245.
- Mohr, D. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Ciritical Review. *Clinical Psycholgoy: Science and Practice*, 2, 1-17.

- Mongrain, M., Lubbers, R., & Struthers, W. (2004). The power of love. Mediation of rejection in roommate relationships of dependents and self-critics. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 94-105.
- Nissen-Lie, H. A., Trygve Monsen, J., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627-646.
- Norcross, J. C. (Hrsg.) (2002). *Psychotherapy Relationships that works. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, 98-102.
- Obegi, J. H. (2008). The development of the client-therapist bond through the lens of attachment theory. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 431- 446.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process– outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 581–586.
- Suh, C, Strupp, H. & O'Malley, S. (1986). The Vanderbilt process measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. Greenberg and W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*, (pp. 285-323). New York: Guilford.
- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield, & A. Bergin (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. (4. Auflage) (S. 270-376). New York: Wiley & Sons
- Owen, J., & Hilsenroth, M. J. (2011). Interaction Between Alliance and Technique in Predicting Patient Outcome During Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 199, 384-389.
- Orlinsky, D. E., Howard, K. I. (1986). The relation of process to outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield, & A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Orlinsky, D., & Howard, K. I. (1987). A generic model of psychotherapy. *Journal Integrative Eclectic Psychother*, 6, 6-27.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5. Auflage. (307-389). New York: Wiley
- Owen, J., Quirk, K., Hilsenroth, M. J., & Rofolda, E. (2012). Working Through: In-Session Processes That Promote Between-Session Thoughts and Activities. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 161–167.

- Petrowski, K., Nowaki, K., Pokorny, D., & Buchheim, A. (2011). Matching the Patient of the Therapist: The roles of attachment status and the Helping Alliance. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 11, 839-844.
- Pfäfflin F., & Kächele, H. (2001). Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, 8, 69-91.
- Piper, W.E., Joyce, A.S., Azim, H.F.A. & Rosie, J.S. (1994). Patient characteristics and success in day treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 381-386.
- Piper, W. E., Joyce, A., McCallum, M., Azim, H., Ogrodniczuk, J. (2001). *Interpersonal and supportive psychotherapies: Matching therapy and patient personality*. Washington, DC: American Psychological Association
- Piper, W. E., Azim, H. F. A., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Transference interpretations, therapeutic alliance and outcome in short-term individual psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 48, 946-953.
- Piper, W. E., McCallum, M., Joyce, A. S., Rosie, J. S. & Ogrodniczuk, J. S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 525-552.
- Pole, N., Ablon, J. S., & O'Connor, L. E. (2008). Using Psychodynamic, Cognitive Behavioral, and Control Mastery Prototypes to Predict Change: A New Look at an Old Paradigm for Long-Term Single-Case Research. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 221-232. doi: 10.1037/0022-0167.55.2.221
- Pole, N., & Jones, E. E. (1998). The talking Cure Revisited: content analyses of a two-year psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8, 171-189.
- Jones, E. E., & Price, P. B. (1998). Interaction structure and change in psychoanalytic psychotherapy. In R. F. Bornstein & J. M. Masling (Eds.), *Empirical Studies of the Therapeutic Hour* (pp. 27-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Quintana, S. M. & Meara, N. M. (1990). Internalization of therapeutic relationships in short-term psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 123-130.
- Racker, H. (1960/2002). *Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik*. [6. Auflage]. München: Reinhardt
- Reister, G., & Tress, W. (1993). Empirisch-nomothetische Forschung. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (137-143). Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Riemann, F. (1961/2003). *Grundformen der Angst. Eine tiefenpsychologische Studie*, [35. Auflage]. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Riemann, F. (1974). *Grundformen helfender Partnerschaft. Ausgewählte Aufsätze*. München: Verlag J. Pfeiffer.
- Robins, C. J. & Luten, A. G. (1991). Sociotropy and autonomy: Differential patterns of clinical presentation in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 74-77.

- Robinson, L. A., Berman, J. S., & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rosenzweig, S. (1936). *Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy*. American Journal of Orthopsychiatry, 6, 412-415.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? Critical Review of Psychotherapy Research*. New York: Guilford Press.
- Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research*, 10, 408-420.
- Rudolf, G. (1991). Die Beziehung zwischen Psychotherapieforschung und psychotherapeutischer Praxis *Lindauer Texte*. (S.113-129)
<http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1991.pdf>
- Rudolf, G. (1995). Lindauer Texte. Zusammenspiel: Der Beitrag von Patient und Therapeut zum Therapieerfolg. *Lindauer Texte*. 201-221.
<http://www.lptw.de/archiv/lintext/LindText1995.pdf>
- Rudolf, G. (2006). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. 2. , neu bearbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., & Wilke, S. (2001a): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen. Zur Praxisstudie analytischer Langzeitpsychotherapie (PAL). In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. E. Beutel (Hrsg.), *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (238–259). Stuttgart: Kohlhammer.
- 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.
- Ryum, T., Stiles, T. C., Svartberg, M., & McCullough, L. (2010). The Role of Transference Work, the Therapeutic Alliance, and their Interaction in Reducing Interpersonal Problems among Psychotherapy with Cluster C Personality Disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 442-453.
- Safran, J. D., Muran, J., & Samstag, L. (1994) Resolving therapeutic ruptures: a task analytic investigation. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Hrsg.). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. New York: Wiley.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 447-458.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.

- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2001). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 38, 4.
- Safran, J. L., Muran, J. C., Wallner Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating Alliance-Focused Intervention for potential treatment failures: a feasibility study and descriptive analyses. *Theory, Research, Practice, Training*, 42, 412-531.
- Safran, J.D., Muran, J.C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48, 80-87.
- Sandell, R. (2001). Multimodale Analyse von temporären Interaktionen in der Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeit-Psychotherapien. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. E. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (203-214). Stuttgart: Kohlhammer.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Schubert, J., Carlsson, J., & Broberg, J. (1999). Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse nach Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 327-347.
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., Blomberg, J. (2002). Varieties of Therapeutic Experience and their Associations with Patient Outcome. *European Psychotherapy*, 3,
- Sandell, R., Carlsson, J., Schubert, J., Grant, J., Lazar, A., & Broberg, J. (2006). Therapists' therapies: The relation between training therapy and patient change in long-term psychotherapy and psychoanalysis. *Psychotherapy Research*, 16, 306-316.
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlsson, J., Schubert, J., & Broberg, J. (2006). Therapist Attitudes and patient outcomes. III. A latent class analysis of therapists. *Psychology and Psychotherapy Theory Research and Practice*, 79, 629-647.
- Sandler, J. (1973). Editorial. *International Journal of Psychoanalysis* 54:381-381
- Sandler, J. (1983). Reflections on Some Relations Between Psychoanalytic Concepts and Psychoanalytic Practice. *International Journal of Psychoanalysis*, 64:35-45
- Sandler, J. & Sandler, A. (1992). Psychoanalytic Technique and Theory of Psychic Change. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 15:35-51
- Sandler, J., & Dreher, A. U. (1996). *The problem of aim in psychoanalytic therapy*. London: Routledge.
- Schauenburg, H., Buchheim, A., Beckh, K., Nolte, T., Brenk-Franz, K., Leichsenring, F., Strack, M., & Dinger, U. (2010). The influence of psychodynamically oriented therapists' attachment representations on outcome and alliance in inpatient psychotherapy abstract. *Psychotherapy Research*, 20, 193-202.
- Schauenburg H. & Strauß B. (2002) Bindung und Psychotherapie. In: Strauß B., Buchheim A., Kächele H. (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung Theorien - Methoden - Ergebnisse*. S. 281-291. Stuttgart: Schattauer

- Schlesinger, H.J. (1994). How the Analyst Listens: The Pre-Stages of Interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 75:31-37
- Schors, R. (1993). Empirische Psychoanalyseforschung. In W. Mertens (Hrsg.). *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (267-274). Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Schut, A. J., Barber, J. P., Castonguay, Flanagan, K. M., Yamasaki, A. S., Bedics, J. D., & Smith, T. L. (2005). Therapist Interpretation, Patient-Therapist Interpersonal Process, and Outcome in Psychodynamic Psychotherapy for Avoidant Personality Disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 494-511.
- Seligman, M. E. P. (1995). The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50 (12), 965-974.
- Sennett, R. (1998). *The Corrosion of Character*. New York: Norton; dt. (2010). *Der flexible Mensch*. Die Kultur des Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag
- Shahar, G., Blatt, S. J., & Ford, R. Q. (2003). Mixed Anaclitic-Introjective Psychopathology in Treatment-Resistant Inpatients Undergoing Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychoanalysis Psychology*, 20, 84-102.
- Shedler, J. & Westen, D. (2004a). Dimensions of personality pathology: An alternative to the five factor model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754
- Shedler, J. & Westen, D. (2004b). Refining DSM-IV personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161 1350-1365
- Shedler, J. & Westen, D. (2006). Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Bridging the gulf between science and practice. In Alliance Task Force (Ed.), *Psychodynamic diagnostic manual (PDM)* (S. 573–613). Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Shedler, Jonathan and Westen, Drew (2007) 'The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP): Making Personality Diagnosis Clinically Meaningful', *Journal of Personality Assessment*, 89:1, 41 - 55
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65 (2), 98-109
- Shrout, P., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlation. Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
- Siefert, C. J., DeFife, J. A., & Baity, M. R. (2009). Process measures for psychodynamic psychotherapy. In R. A. Levy, & J. S. Ablon (Hrsg.). *Handbook of evidence-based psychodynamic. Bridging the gap between science and practice* (S. 157-178). New York: Humana Press.
- Siefert, C.J. & DeFife, J. (2012). Ten diverse Outcome Measures of Psychodynamic Psychotherapy Research. In: R.A. Levy, J.S. Ablon & H. Kächele (Hrsg.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence*, Current Clinical Psychiatry, New York: Humana Press

- Silberschatz, G. (1994). Abuse and disabuse of the drug metaphor in psychotherapy research: Hold on to the baby as you throw out the bath. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 949-95.
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J., & Gold, J. (2011). Therapeutic Interventions Related to Outcome in Psychodynamic Psychotherapy of Anxiety Disorder Patients. *Journal Nerv Mental Dis*, 199, 214-221.
- Smit, Y., Huibers, M. J. H., Ioannidis, J. P. A., van Dyck, R., van Tilburg, W., & Arntz, A. (2011). The effectiveness of long-term psychoanalytic psychotherapy. A meta-analysis of randomized controlled trials, *Clinical Psychology Review*, doi: 10.1016/j.cpr.2011.11.003
- Smith M L & Glass G V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Baltimore, ML: John Hopkins University Press.
- Rangell, L. (1992). The Psychoanalytic Theory of Change. *International Journal of Psychoanalysis*, 73:415-428.
- Spitz, R.A. (1945). Hospitalism—An Inquiry Into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Stayner, D. (1992). Revision and reliability of the differentiation-relatedness scale of self and object representations. Unpublished 2nd year thesis. New York: Columbia University.
- Stayner, D. (1994). The relationship between clinical functioning and changes in self and object representations in the treatment of severely impaired inpatients. Unpublished doctoral dissertation. New York: Columbia University.
- Steele, H., & Steele, M. (2008a). On the Origins of Reflective Functioning. In F. Busch (Hrsg.). *Mentalization: Theoretical Considerations, research findings, and clinical implications*. (133-158). New York: Analytic Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2008b). Ten Clinical Uses of the Adult Attachment Interview. In H. Steele, & M. Steele (Hrsg). *Clinical Applications of the Adult Attachment Interview* (3-30). New York: Guilford.
- Steele, H., Steele, M., & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19, 633-643.
- Stein, M. B., Siefert, C. J., Stewart, R. V., & Hilsenroth M. J. (2011). Relationship between the Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS) and Attachment Styles in a Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 512-523.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior*. Chicago: Univer. of Chicago Press.
- Stier, W. (1999). Empirische Forschungsmethoden. [2.Auflage]. Berlin: Springer

- Stiles W. B., Shapiro D. A., & Elliot, R. (1986). "Are all psychotherapies equivalent?". *American Psychologist*, 41, 165–180.
- Stiles, W. B., Shapiro, & D. A. (1989). Abuse of the Drug Metaphor in Psychotherapy Process-Outcome Research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Shapiro, W.B. & Shapiro, D.A.(1994). Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy Process-outcome Correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 62(5), Oct 1994, 942-948.s & Shapiro 1994
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped). *Journal of Counseling Psychology*, 51, 81-92.
- Stone, L. (1961). *The psychoanalytic situation: An examination of its development and essential nature*. New York: International Universities Press.
- Strauß (2004). Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren der Psychotherapie. In: H. Lang (Hrsg.). Was ist Psychotherapie und wodurch wirkt sie? Würzburg: Königshausen & Neumann, S.101-112
- Strauß, B. (2005). Über Unehrllichkeit in der Forschung. In: O.F. Kernberg, B., Dulz & J. Eckert (Hrsg.). Wir: Psychotherapeuten. Über sich und ihren unmöglichen Beruf. Stuttgart: Schattauer, S.327-337
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51, 5-14.
- Streiner D. L., & Norman G. R. (1989). Titel (64-65). New York: Oxford University Press.
- Strupp, H. (1995). The Psychotherapist's Skills Revisited. *Clinical Psychology. Science and Practice*, 2, 70-74.
- Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In L. S. Greenberg, & W. M. Pinsof. *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook*. New York: Guilford.
- Sullivan, H. S. (1940) Conceptions of Modern Psychiatry. *Psychiatry*, 3, 1-117.
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). Mentalization and Depression. The Role of mentalization in the Psychoanalytic treatment of chronic Depression. *Psychiatry*, 74, 49.
- Thomä, H. & Kächele, H. *Psychoanalytische Therapie*. [Band 3] *Forschung* (177-198). Heidelberg: Springer Medizin
- Thomä., H., Jimenez, J. P. & Kächele, H. (2006). Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung. In: H. Thomä, & H. Kächele. *Psychoanalytische Therapie*. [Band 3] *Forschung* (177-198). Heidelberg: Springer Medizin

- Thombs, B. D., Bassel, M., & Jewett, L. R. (2009). Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy.[author reply] *Journal of the American Medical Association*, 301(9), 932-933.
- Travis, L. A., Bliwise, N. G., Binder, J. L., Horne-Moyer, H. L. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 149-159.
- Tschuschke, V. (2005). Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin. Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 106-115.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyle, A., & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung. Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). *Psychotherapie Forum*, 17, 160-176.
- Twomey, H. B., Kaslow, N. J., & Croft, S. (2000). Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology*, 17, 313-335.
- Tyrrell, C.L., Dozier, M., Teague, G.B., Fallot, R.D. Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 725-733.
- Urist, J. & Shill, M. (1982). Validity of the Rorschach Mutuality of Autonomy Scales. A replication using exerted responses. In: R.H. Woody (Hrsg.). *Encyclopedia of clinical assessment*, 1, 821-833.
- Vaughan, S. C., Spitzer, R., Davies, M., & Roose, S. (1997). *Columbia Psychoanalytic Process Scale*, Research in Progress Meeting, American Psychoanalytic Association, Midwinter Meetings, New York.
- Vermote, R. (2005). *Psychoanalytically informed hospitalization-based treatment of personality disorders: A process-outcome study*. Unpublished doctoral dissertation, Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, Belgium.
- Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vertommen, H., Vandeneede, B., et al. (2011). Patterns of inner change and their relation with patient characteristics and outcome in a psychoanalytic hospitalization-based treatment for personality disordered patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 303-313.
- Waldron, S. (1996). *The Analytic Process Scales*. Coding Manual, unpublished manuscript.
- Waldron, S., Scharf, R., Crouse, J., Firestein, S.K., Burton, A., & Hurst, D. (2004). Saying the Right Thing at the Right Time. *Psychoanalysis Q.*, 73, 1079-1125 .
- Wallerstein, R. S. (1988). Assessment Of Structural Change In Psychoanalytic Therapy And Research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36, 241-261.
- Wallerstein R. S. (1989). The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. *Journal Consult Clinic Psychology*, 57, 195-205.

- Wallerstein, R.S. (1990). Psychoanalysis: the common ground. *International Journal of Psychoanalysis*, 71, 3-19.
- Wallerstein, R.S. (1991). Psychoanalysis: The Common Ground *International Journal of Psychoanalysis*, 72:166-167
- Wallerstein, R.S. (1994). Psychotherapy Research and Its Implications for a Theory of Therapeutic Change. *Psychoanalytic Study of the Child*, 49:120-141
- Wallerstein, R. S. (2001). Die Generationen der Psychotherapieforschung. Ein Überblick. In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, & M. E. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (38-60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wallerstein, R.S. (2006). Psychoanalytic Therapy Research: Its History, Its Present Status and Its Projected Future . In: PDM Taskforc (Hrsg.). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Washington, D.C: American Psychoanalytic Association, S. 425-445.
- World Health Organization. (2008). ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th Rev. ed.). New York, NY: Author.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate - Models, methods and findings* . Mahwah , NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Weinberger, J. (1995). Common Factors Aren't so Common: The Common Factors Dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*., 2 (1), 45-69
- Weiss, J., Sampson, H., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group (1986). *The Psychoanalytic Process. Theory, Clinical Observation & Empirical Research*. New York: The Guilford Press.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto, Ontario.
- Westen, D., Novotny, C. M., Thompson-Brenner, H. (2004). The Empirical Status of Empirically Supported Psychotherapies: Assumptions, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. München: Hogrefe
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.
- Zilberg, N.J., Wallerstein, R.S., DeWitt, K.N., Hartley, D. and Rosenberg, S.E. (1991). A Conceptual Analysis and Strategy for Assessing Structural Change. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 14:317-342
- Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S., Wielgus, M. S., Powers, T. A., & Franko, D. L. (1983). Construct validation of the dependency and self-criticism scales of the Depressive Experiences Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, 17, 226 –241.

- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sotsky, S. M., Krupnick, J. L., Martin, D. J., Sanislow, C. A., et al. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 114-124.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The Therapeutic Relationship in the Brief Treatment of Depression: Contributions to Clinical Improvement and Enhanced Adaptive Capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 130-140.
- Zuroff, D. C., Kelly, A. C., Leybman, J., Blatt, S. J., & Wampold, B.E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 682-697.

8 Verzeichnisse

8.1 Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Bd.	Band
Bsp.	Beispiel
d.h.	das heißt
dt.	deutsch
ebd.	ebendieser
engl.	englisch
et al.	(<i>lat.</i> et alii) und andere (Autoren)
f.	und folgende (Seiten)
ggf.	gegebenenfalls
i.S.e.	im Sinne einer/ eines
i.S.v.	im Sinne vom
Kap.	Kapitel
lat.	Latein
M	Mittelwert
Max	Maximum
m.E.	mit Einschränkung
Min	Minimum
MZP	Messzeitpunkt
Pat.	Patient
S.	Seite
SD	Standardabweichung
SE	Standardfehler
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
u.U.	unter Umständen
usw.	und so weiter
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

8.2 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1. (S.265) Erzwungene Normalverteilung eines PQS-Ratings
- Abb. 2. (S.114) Geschlecht der Patienten nach Therapiearchiven
- Abb. 3. (S.116) Persönlichkeitskonfiguration und Geschlecht Patienten
- Abb. 4. (S.118) Verteilung Geschlecht in therapeutischen Dyaden
- Abb. 5. (S.119) Ausbildung des Therapeuten und Therapieformen
- Abb. 6. (S.119) Sitzungsanzahl und Behandlungsdauer in Therapien
- Abb. 7.a (S.129) Verlauf Faktor 1 »Patient lässt sich ein« im Verlauf
- Abb. 7.b (S.132) Verlauf Faktor 2 »Therapeut deckt auf« im Verlauf
- Abb. 7.c (S.133) Verlauf Faktor 3 »Therapeut meidet Ratschläge« im Verlauf
- Abb. 8. (S.134) Korrelationen zwischen Patientengruppen und Prototypen
- Abb. 9. (S.135) Korrelationen zwischen Therapieform und Prototypen
- Abb. 10. (S.139) CALPAS-Gesamtwert nach Therapieform über den Verlauf
- Abb. 11. (S.143) Verlauf CALPAS-Werte nach Patientengruppe
- Abb. 12.a. (S.266) Arbeitsfähigkeit Pat./ Ausbildung Therapeut für anaklitisch
- Abb. 12.b. (S.266) Arbeitsfähigkeit Pat. / Ausbildung Therapeut für introjektiv
- Abb. 13.a. (S.267) Einfühlung u. Ausbildung Therapeut für anaklitisch
- Abb. 13.b. (S.267) Einfühlung u. Ausbildung Therapeut für introjektiv
- Abb. 14.a. (S.152) Veränderung auf DRS im Zeitverlauf
- Abb. 14.b. (S.152) Veränderung auf Ana-Int-Skala im Zeitverlauf
- Abb. 15. (S.154) Patienten mit und ohne Veränderung
- Abb. 16. (S.155) Patienten mit und ohne Veränderung nach MZP
- Abb. 17. (S.157) Veränderung anhand des RCI nach Patientengruppe
- Abb. 18. (S.164) Die Häufigkeiten therapeutische Passungen

8.3 Tabellenverzeichnis

- Tab. 0. Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Übersicht, S.232)
- Tab. 1.a (S. 262) Psychodynamischer Prototyp (Ablon & Jones 1998)
- Tab. 1.b (S. 263) CBT Prototyp (Ablon & Jones 1998)
- Tab. 1.c (S. 264) IPT Prototyps (Ablon & Jones 1999)
- Tab. 2. (S. 265) Kategorien des PQS mit Anzahl Items pro Skalenpunkt
- Tab. 3. (S.101) Therapeutische Passung anhand von Variablen
- Tab. 4. (S.106) Übersicht Forschungsinstrumente
- Tab. 5. (S.115) Soziodemographische Daten über Stichprobe der Patienten
- Tab. 6. (S.116) Diagnosen der Patienten
- Tab. 7. (S.118) Ausbildung, Land, Geschlecht der Therapeuten
- Tab. 8. (S.119) Sitzungsanzahl und Behandlungsdauer nach Therapieform
- Tab. 9. (S.120) Sitzungsanzahl zu den Messzeitpunkten nach Therapieform
- Tab. 10. (S.122) Übersicht Zweitrater und Reliabilität
- Tab. 11. (S.124) Faktorenanalyse auf Patientenebene mit zwei Faktoren
- Tab. 12. (S.126) Charakteristische Items für alle Patienten
- Tab. 13. (S.128) Charakteristische Items für anaklitischen Patienten
- Tab. 14. (S.128) Charakteristische Items für introjektive Patienten
- Tab. 15. (S.130) Faktorenanalyse auf Sitzungsebene mit drei Faktoren
- Tab. 16. (S.134) CALPAS für beide Gruppen im Verlauf
- Tab. 17. (S.138) ANOVA für CALPAS x Kontrollvariablen (alle)
- Tab. 18. (S.267) Mittelwerte der Kontrollvariablen für DRS
- Tab. 19. (S.267) Mittelwerte der Kontrollvariablen mit Effekten auf CALPAS
- Tab. 20. (S.142) ANOVA für CALPAS (Gruppe)
- Tab. 21. (S.143) ANOVA für CALPAS (nach Gruppe) (multivariat)
- Tab. 22. (S.146) ANOVA für DRS und Ana-Int x Kontrollvariablen
- Tab. 23. (S.147) ANOVA für CALPAS x DRS / Ana-Int (alle)
- Tab. 24. (S.149) ANOVA für CALPAS x DRS / Ana-Int (Gruppe)
- Tab. 25. (S.150) Korrelationen für CALPAS und DRS / Ana-Int
- Tab. 26. (S. 270) Mittelwerte für Veränderung DRS über MZP
- Tab. 27. (S. 270) Mittelwerte für Veränderung Ana-In über MZP
- Tab. 28. (S.153) Patienten mit und ohne Veränderung nach MZP
- Tab. 29. (S.154) Patienten mit und ohne Veränderung nach Zeitraum

- Tab. 30. (S.155) Therapeutische Veränderung nach Anzahl Skalen
- Tab. 31. (S.157) Reliable Change Index nach Patienten und Zeiträumen
- Tab. 32. (S.157) Patienten mit und ohne Veränderung nach RCI
- Tab. 33.a. (S.158) PQS-Items unterscheiden zwischen Therapieerfolg
- Tab. 33.b. (S.269) Statistische Werte zu Tab. 33.a
- Tab. 34. (S.165) Häufigkeiten der zwei therapeutischen Passungen

9 Anhang

9.1 Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Tab. 0. Übersicht der Wirkfaktoren (Auswahl aus der Literatur → Kap. 2.2.3, S.20)

Autor (Jahr)	Anzahl	Wirkfaktoren
Rosenzweig (1936)		Persönlichkeit des Therapeuten und des Patienten
Frank (1971)	6	Therapeutische Grundprinzipien: Emotionsgeladene und vertrauensvolle Beziehung zu einer helfenden Person, die Bereitstellung von neuer Informationen hinsichtlich der Beschaffenheit und Entstehung der Schwierigkeiten des Patienten, alternative Möglichkeiten, damit umzugehen, die Stärkung der Erwartung des Patienten, die Förderung von Erfolgserlebnissen, die sich der Patient z.B. durch aktive Teilnahme selbst zuschreiben kann und die Förderung emotionaler Erregung
Weinberger (1995)	5	der therapeutischen Beziehung, Erwartungen, Problemkonfrontation, Bemeisterung (<i>mastery</i>) und die Zuschreibung des Therapieerfolgs an und durch den Patienten.
Grawe (1995,1998)*	4	Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, aktive Hilfe zur Problembewältigung und motivationale Klärung
Luborsky (1996)* (für psychoanalytische Therapie)	7	Qualität der therapeutischen Beziehung, Korrektheit der Übertragungsdeutung, Akkuratheit der Deutung, Qualität des Selbstverständnisses des Patienten (u. die Einsicht), Veränderung der Übertragungsmuster, Fähigkeit zur Internalisierung und der Schweregrad der psychischen Störung des Patienten
Ulmer Wirkfaktoren Würfel, Kächele (2005)*	6	Förderung einer korrigierender emotionaler Erfahrung, welche neben supportiven und Verhaltensaspekten auch lerntheoretische Prinzipien integriert. Lernen, Handeln und Unterstützung, die jeweils in zwei Subkategorien unterschieden werden, wie z.B. „Unterstützung I“ (Katharsis, Identifikation mit dem Therapeut) und „Unterstützung II“ (Haltgebung, Therapeutische Allianz, Wärme usw.).
Lambert & Ogles (2004,S.172f)	3	Lern- und Handlungsfaktoren ²⁰¹ : „unterstützende Faktoren“; „Lernfaktoren“ und „Handlungsfaktoren“
DeFife & Hilsenroth* (2011)	3	Förderung positiver Erwartungen, Bereitstellung der Rollen (role preparation) und eine gemeinsam erarbeitete Formulierung von Zielen

* Basiert auf empirischen Studien

²⁰¹ Zu den Unterstützungsfaktoren („*support factors*“) zählen die Autoren z.B. die therapeutische Allianz, Vertrauen, die aktive Teilnahme des Therapeuten und des Klienten; zu den Lernfaktoren („*learning factors*“) zählen z.B. affektives Erleben, Feedback, Einsicht und zu den Handlungsfaktoren („*action factors*“) zählen z.B. Realitätsprüfung, Erfolgserfahrungen und Durcharbeiten. Die Liste der Komponenten umfasst ausschließlich empirisch untersuchte Konstrukte.

9.2 Merkmale Anaklitischer und Introjektiver Konfigurationen

(aus: Blatt & Ford 1994, S.277f.)

Konfiguration	Anaklitisch	Introjektiv
Orientierung	Objekt-orientiert	Selbst-orientiert
Zentrale Themen	Beziehung und Intimität als Themen; Sorgen über Vertrauen, Nähe, Zuwendung u. Zuneigung, Verlässlichkeit, Fähigkeit zu lieben, Sicherheit, Gegenseitigkeit	Selbstdefinition, Selbstkontrolle, Selbstwert, Identität; Das Selbst als eigenständige Einheit; Abgrenzung von anderen; Streben nach Autonomie und Integrität; Gefühle der Minderwertigkeit und Schuld; Größen- und Machtideen
Kompensationsversuche	Übermäßiges Bemühen, Beziehungsstörungen zu kompensieren oder aufrechtzuerhalten	Übermäßiges Bemühen, Gefühle der Unzulänglichkeit oder Versagen zu kompensieren
Konflikte (als Symptomausdruck)	Gegenseitige Beziehungen, libidinöse Themen, Vernachlässigung, Mangel an Fürsorge, Zuneigung, Liebe und Sexualität	Regulierung und Beherrschung von Affekten (z.B. Aggression) sich selbst und anderen gegenüber
Zentraler Wunsch	Geliebt zu werden	Anerkannt, respektiert und bewundert zu werden
Typische Beziehungserfahrungen	Vernachlässigung, Zurückweisung, unzuverlässig, unvorhersehbar oder übermäßig nachgiebig Fürsorge und Beziehungen	Streben um Abgrenzung, Selbstdefinition, Unabhängigkeit von kontrollierenden, intrusiven, strafenden und kritischen Anderen bestimmt die Art der Beziehungen
Beeinträchtigung	Entwicklung des Selbst	Entwicklung befriedigender Beziehungen
Abwehr	vorwiegend vermeidend: Verleugnung, Verdrängung; aber auch Ausagieren, Externalisierung	vorwiegend entgegenwirkend: Projektion, Spaltung, Umkehr, Ungeschehenmachen, Intellektualisierung, Identifikation mit dem Aggressor, Reaktionsbildung, Externalisierung,
Störungen/ Psychopathologie	anaklitische (abhängige) Depression, hysterische Persönlichkeitsorganisationen und Störungen; Nichtparanoide Schizophrenie	introjektive Depression (mit Schuldgefühlen), phallischer Narzissmus; Zwangsstörungen, Nichtparanoide Schizophrenie

9.3 Ratingformular

Anaklitisch- Introjektiv-Unterscheidung

(nach Blatt & Ford, 1994)

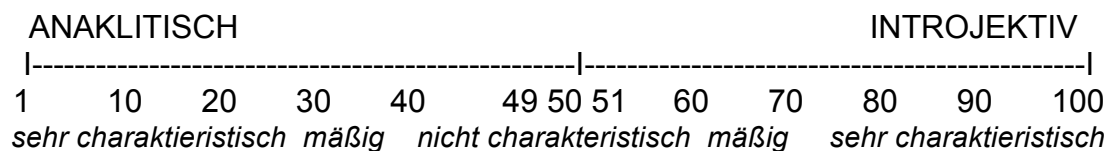
PatientIn:	Rater:
Sitzungscode:	Datum des Ratings:
Reale Sitzungsnummer:	Messzeitpunkt:

Schritt 1: Schätzen Sie anhand der vorgelegten Kriterien ein, ob der Patient/ die PatientIn primär der anaklitischen oder der introjektiven Konfiguration zuzuordnen ist.

anaklitisch	introjektiv

Schritt 2: Bitte schätzen Sie ein, wie stark die jeweilige Konfiguration ausgeprägt ist bzw. wie charakteristisch der Patient/ die PatientIn für diese ist anhand der 100stufigen Skala. Die Werte 1 bis 49 bilden die anaklitische Konfiguration ab, wobei bei 1 der Extremwert liegt. Die Werte 51 bis 100 bilden die introjektive Konfiguration ab, wobei 100 der extremste Wert ist.

Ana-Int-Skala: (Wert)



Begründung:

Beziehungsorientierte vs. Differenzierungsorientierte Therapeutischer Stil²⁰²

PatientIn:	TherapeutIn:
Sitzungscode:	Rater:
Reale Sitzungsnummer:	Datum des Ratings:
Messzeitpunkt:	Archiv:

Schritt 1: Bitte schätzen Sie ein, ob die Haltung des Therapeuten/ der TherapeutIn eher „beziehungsorientiert“ (primär relationale Interventionen), „differenzierungsorientiert“ (primäre deutende Techniken) oder sowohl als auch ist („gemischt“).

„beziehungsorientiert“	„differenzierungsorientiert“	„gemischt“

Begründung:

Schritt 2: Bitte kreuzen Sie nun in der Tabelle an, welche therapeutische Passung vorliegt.

Patient \ Therapeut	„beziehungsorientiert“	„differenzierungsorientiert“	„gemischt“
Anaklitisch	konkordant	komplementär	komplementär
introjektiv	komplementär	konkordant	komplementär

Konkordante Passung	Komplementäre Passung

Differentiation - Relatedness Scale

(DRS; Diamond et al. 1991, 2012)

PatientIn:	TherapeutIn:
Sitzungscode:	Rater:
Reale Sitzungsnummer:	Datum des Ratings:
Messzeitpunkt:	Archiv:

Stufe	Rating	Beschreibung (engl).
1		Self/other boundary compromise.
2		Self/other boundary confusion.
3		Self/other mirroring.
4		Self/other idealization or denigration.
5		Semi-differentiated, tenuous consolidation of representations through splitting (polarization) and/or by an emphasis on concrete part properties.
6		Emergent, ambivalent constancy (cohesion) of self and an emergent sense of relatedness.
7		Consolidated, constant (stable) self and other in unilateral relationships.
8		Cohesive, individuated, empathically related self and others.
9		Reciprocally related integrated unfolding self and others.
10		Creative, integrated constructions of self and other in empathic, reciprocally attuned relationships.

Selbstrepräsentation (S):	
----------------------------------	--

Objektrepräsentation (O):	<i>(ggf. Mittelwert)</i>	
<i>Objekt 1:</i>	<i>Objekt 2:</i>	<i>Objekt 3:</i>

Begründung:

9.4 Differentiation-Relatedness-Scale (Manualausschnitt)

Differentiation-Relatedness-Scale (DRS)

Beschreibungen der zehn Stufen (ohne Beispiele) aus dem Manual

(aus: Diamond, Blatt, Stayner & Kaslow 1991, S.15-38)

Level 1. Self/other boundary compromise (physical)

Basic physical cohesion/integrity of representation of self or other is compromised.

Descriptions at this level are characterized by severely compromised physical boundaries in which basic bodily cohesion or physical integrity is lacking or breached. The body of self or other may be experienced and described as permeated by or merged with the physical presence or properties of another person or something in the environment. Thoughts and feelings may seem unbounded and lack a firm sense of being anchored in a physically defined, intact, cohesive bodily self, for instance: ". . . my thoughts are go'in out of my head, around the world." These descriptions tend to reflect a sense of relational barrenness and may depict infusions or broadcasting of people's thoughts and feelings, as opposed to interpersonal communication across intact personal boundaries. For instance, "my upstairs neighbor watches my dreams on her TV at night when I'm asleep."

Level 2. Self/other boundary confusion (intellectual/affective)

Affective/intellectual boundaries of self or other are confused, fused, or compromised.

Self and other appear physically intact but thoughts and feelings are amorphous, undifferentiated or confused rather than defined and distinguishable. For instance, a description may consist of a single, global quality, often an action or imagistic impression (such as "Busy," without any elaboration). The other may also be described by naming internal affective states which lack any reference to interpersonal experience or a sense of interpersonal differentiation (for instance: "Worried. Unhappy."). A description may also consist only of a flood of details which fail to portray a distinguishable person to whom one is related interpersonally. It may also reflect a confusion, vagueness, or loss of mooring related to feeling overwhelmed in the attempt to describe self or other (for instance: "It's too much for me. I don't know. Don't know.") These descriptions reflect a sense of being lost in unformed, undefined, affective-cognitive experiences, rather than a sense of agency (e.g., refusing to answer) or self reflection.

Level 3. Self/other mirroring

Representation is as an extension or mirror reflection of self or other.

Descriptions at this level focus almost exclusively on characteristics of self and other that are virtually the same or exactly identical, such as aspects of physical appearance or body shape or size. These characteristics are described as unequivocally alike and often lack contextual specificity or conditionality. The other is related to as a mirror, a self-completing object, or an extension of the self, through which a tenuous sense of consolidation and stability of the representation is maintained.

Level 4. Self/other idealization or denigration

Representation of self or other is described in unitary, unmodulated, idealized or denigrated terms.

Descriptions at this level are characterized by extreme, one-sided idealization or denigration of self or other. This all-encompassing quality lacks any reference to conditionality or any sense of qualification or modulation. Idealization and denigration may at times be included in the same description but will appear as separate static extremes (or part properties) of self or other, but will lack the oscillation between extremes that is seen at the next level (Level 5). (See example #4 below.) The other is related to by idealizing or denigrating, which seems to provide a tenuous sense of consolidation and stability.

Level 5. Semi-differentiated, tenuous consolidation of self and other

Representation dominated by primitive splitting of experience of self or other into polarized extremes, or by rigid adherence to concrete properties to stabilize tenuous cohesion of self and other experience.

Descriptions at this level are most often marked by an oscillation between disparate aspects of one's experience of self and other that have been split into dramatically opposed, mutually exclusive polarities with an all-encompassing absolute quality. Extremes of relatedness might include, for instance, an overwhelming closeness versus an unbridgeable gulf or distance; invasive control versus abandonment; or intense rage versus idolizing love. Disparate aspects of self or others are experienced and grappled with but they are not integrated into a multi-dimensional modulated description. They are described in absolute, mutually exclusive terms, with little or no sense of contextual influences or temporal perspective such as placing one aspect in the past and the other in the present.

Level 6. Emergent, ambivalent constancy, cohesion, and an emergent sense of relatedness.

Descriptions at this transitional level reflect an emerging consolidation of disparate aspects of self and other that are expressed in somewhat more integrated, stable representations. Descriptions are marked by a hesitant, equivocal, or ambivalent movement toward this integration and stabilization. Level 6 descriptions may consist simply of a list of appropriate, role conventional characteristics (but not only concrete properties or characteristics as in level 5) which do not seem to reflect a sense of the uniqueness of the individual. Self descriptions are often characterized by trial identifications or distinctions that also convey a sense of tentative movement toward a more individuated and cohesive sense of self. Relatedness includes an emergent and equivocal sense of tolerance for and ability to bring together divergent aspects of interpersonal experience.

Level 7. Stable, consolidated, self and others in essentially unilateral relationships.

Descriptions at this level reflect consolidated and stable representations of self and other in which thoughts, feelings, needs, and fantasies are differentiated and more modulated. At this level, representations, include an increasing tolerance and integration of disparate aspects of experiences of self and other. Characteristics and qualities are described more conditionally, with some references to temporality and environmental context. These descriptions are often marked by expressions of sympathetic understanding such as attempts to recognize and take into account specific situational factors that can influence another's, or one's own, behavior or viewpoint. Cause and effect relationships are depicted in relatively uncomplicated, largely uni-directional terms. Self descriptions often emphasize a positive self-assertion, in which the subject's own opinions, interests, and qualities are defined and articulated. Descriptions of others also tend to emphasize specific distinguishing qualities and characteristics.

Level 8. Cohesive, individuated, empathically related self and other.

Descriptions at this level reflect a cohesive, nuanced and related sense of self and other in which varied characteristics and qualities are recognized and increasingly integrated. Aspects of the self and others are emphasized that distinguish and define a unique sense of identity. These descriptions often express an interest in understanding and differentiating feelings and motivations through interpersonal contact and communication, often reflecting references to potential or experienced differences between intentions and actual behavior. These descriptions also include references to using one's own thoughts and feelings to emphatically appreciate and understand the other. Behavior is often depicted in ways that suggest a more complex, context-related, understanding of cause and effect and an appreciation that a given action may have shades of meaning depending on its context. These descriptions also include a positive emphasis on a complex balance of independence and dependence in relationships, on career and work choices, and on future directions and possibilities, that reflect the experience of an increasingly stable and cohesive sense of identity.

Level 9. Reciprocally related, integrative, unfolding self and other.

In addition to an integrated, cohesive sense of self and other, descriptions at this level are marked by reciprocal affective and intellectual exchanges between self and other, in which the behavior of one affects the other and each makes a unique contribution to the relationship. Descriptions at this level include experiences of empathic identification with the other's internal frame of reference and affective experience, while maintaining one's own distinct, intact sense of self. These experiences of reciprocal, intersubjective relatedness are often experienced as enriching and/or transforming the self. Descriptions at this level reflect an appreciation that one's sense of self and other is continually unfolding and being articulated in complex, interpersonal matrices.

Level 10. Intersubjectively creative, integrative, empathically and reciprocally attuned self and other.

In addition to an articulated sense of integration and reciprocal relatedness, descriptions at this level are marked by a recognition that one participates in and contributes to the construction of systems of meaning that are interwoven with one's experience of self and other. These constructions are supported by an understanding of reality as an unfolding interplay of objective and subjective experience, rather than a series of "facts" existing entirely apart from one's subjective participation. Self and other are depicted as creative constructions or narratives that emerge from intrapersonal and interpersonal experiences, and are understood to shape and organize one's perspective on and perceptions of self/other experience. Descriptions at this level reflect an appreciation of a conscious and creative participation in the intersubjective process of constructing meaning and the relational matrices that contribute to an evolving sense of self and others.

9.5 CALPAS-R Rater-Version (Items)

CALPAS-Rater Version					(aus Gaston & Marmar, 1993)	
Item-Nr.	Beschreibung des Items			Sub-skala	Wert	Referenzstellen
1	Patient self-discloses thought, feelings, salient events, etc.			PWC		
2	Patient self-observes behaviors, thoughts, affects, etc.			PWC		
3	Patient explores own contribution to problems.			PWC		
4	Patient experiences affects in a modulated fashion.			PWC		
5	Patient works actively with therapist's comments.			PWC		
6	Patient deepens exploration of salient themes.			PWC		
7	Patient is confident that efforts will lead to change.			PC		
8	Patient is willing to make sacrifices, i.e., time and money.			PC		
9	Patient views therapy as important.			PC		
10	Patient has confidence in therapy and therapist.			PC		
11	Patient participates in therapy despite painful moments.			PC		
12	Patient is committed to go through process to completion.			PC		
13	Therapy proceeds in accord with patient's ideas of helpful change processes.			WSC		
14	Patient and therapist work together in a joint struggle.			WSC		
15	Patient and therapist agree about the kind of changes to make.			WSC		
16	Patient and therapist share same sense about how to proceed.			WSC		
17	Patient and therapist agree on salient themes.			WSC		
18	Therapist rigidly applies technique. (item reversed)			WSC		
19	Therapist is understanding of patient's suffering and subjective world.			TUI		
20	Therapist demonstrates non-judgmental acceptance and positive regard.			TUI		
21	Therapist demonstrates commitment to help and confidence in treatment.			TUI		
22	Therapist does not misuse treatment to serve own needs.			TUI		
23	Therapist demonstrates tact and timing.			TUI		
24	Therapist facilitates work on salient themes.			TUI		
Scores	PWC:	PC:	WSC:	TUI:		Total score:
Subskalen: Patient Working Capacity (PWC); Patient Commitment (PC) ; Working Strategy Consensus (WSC); Therapist Understanding and Involvement (TUI) Ratingsskala: 1 = not at all, 2 = A little bit, 3 = somewhat, 4 = moderately, 5 = Quite a bit, 6 = Quite a lot, 7 = Very much so						

9.6 Psychotherapy Process Q-Sort (Items)

Die 100 Items aus dem PQS -Manual

von E.E. Jones (2000) in deutscher Übersetzung Albani et al. (2008, S.42-74)

Item 1 Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Gefühle von Kritik, Abneigung, Neid, Verachtung, Wut oder Feindschaft gegenüber dem Therapeuten äußert, zum Beispiel der Patient wirft dem Therapeuten vor, die Therapie nicht genügend zu strukturieren. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle über den Therapeuten äußert, zum Beispiel dem Therapeuten Komplimente macht.

Item 2 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten lenkt, wie zum Beispiel Mimik, Erröten, Lachen, Räuspern oder Körperbewegungen. Der Therapeut weist zum Beispiel darauf hin, dass der Patient lächelt, obwohl er sagt, er sei wütend. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn das nonverbale Verhalten des Patienten nicht oder nur wenig thematisiert wird.

Item 3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Äußerungen oder das Verhalten des Therapeuten darauf hinweisen, dass er dem Patienten zuhört und ihn ermuntert fortzufahren, wie zum Beispiel hmmm, ja, sicher, richtig usw. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich der Therapeut nicht in dieser, das Erzählen erleichternden Art und Weise verhält (bezieht sich nicht auf Fragen und explorierende Kommentare). N.B. Die Beurteilung basiert auf der Absicht des Therapeuten, nicht auf der Wirkung, d.h. nicht darauf ob es gelingt, das Erzählen zu erleichtern.

Item 4 Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn darüber gesprochen wird, was der Patient in der Therapie erreichen möchte. Diese Wünsche oder Ziele können sich auf persönliche oder innere Veränderungen (Zum Beispiel: Ich habe die Therapie angefangen, um meine Depression zu überwinden.) oder Veränderungen der Lebensumstände beziehen (Ich bin gespannt ob die Therapie dazu führen wird, dass ich heirate). Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn weder Patient noch Therapeut auf mögliche Konsequenzen oder Folgen der Therapie Bezug nehmen.

Item 5 Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient durch die Bemerkungen des Therapeuten verwirrt zu sein scheint. Das kann sowohl Abwehrcharakter haben, als auch durch mangelnde Klarheit seitens des Therapeuten bedingt sein. Zum Beispiel sagt der Patient wiederholt "Wie bitte?", "Wie meinen Sie das?" oder zeigt auf andere Art und Weise, dass er nicht versteht, was der Therapeut meint. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Bemerkungen des Therapeuten problemlos versteht.

Item 6 Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch
Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut die Fähigkeit zeigt, die 'innere Welt' des Patienten so zu erfassen, als wäre es seine eigene; wenn der Therapeut sensitiv für die Gefühle des Patienten ist und dieses Verständnis in einer Art und Weise kommunizieren kann, die dem Patienten angemessen erscheint, zum Beispiel der Therapeut sagt etwas, das ein Verständnis dafür erkennen lässt, wie sich der Patient in einer bestimmten Situation gefühlt hat. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben scheint.

Item 7 Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).
Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Anspannung, Angst oder Unruhe zeigt. Dies kann durch direkte Aussagen geschehen, zum Beispiel: "Ich fühle mich heute nervös", oder indirekt durch Stimmeln, Stottern oder andere Indikatoren auf der Verhaltensebene. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient ruhig oder entspannt wirkt, oder sich wohl zu fühlen scheint.

Item 8 Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient durch die Abhängigkeit besorgt wirkt oder sich unwohl zu fühlen scheint, zum Beispiel ein Bedürfnis zeigt, sich vom Therapeuten zurückzuziehen oder er zeigt auf irgendeine Art und Weise die Besorgnis, er könne von der Therapie abhängig werden. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich der Patient in der Abhängigkeit wohl zu fühlen scheint. Das kann sich in Äußerungen von Hilflosigkeit zeigen, oder der Patient fühlt sich wohl oder zufrieden in einer abhängigen Beziehung zum Therapeuten. Als neutral beurteilen, wenn der Patient eine relative Unabhängigkeit in der therapeutischen Beziehung empfindet.

Item 9 Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber kühl, förmlich und unbeteiligt wirkt oder durch emotionale Zurückhaltung oder Rückzug gekennzeichnet ist. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut emotional aufgeschlossen für den Patienten und affektiv involviert erscheint.

Item 10 Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient wünscht oder versucht, die therapeutische Beziehung in eine gleichberechtigtere (mehr soziale) oder persönlichere und intime Beziehung zu verwandeln. Zum Beispiel: Der Patient macht sich Sorgen um den Therapeuten oder versucht etwas über das Privatleben des Therapeuten zu erfahren. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht zu versuchen scheint, größere Nähe zum Therapeuten herzustellen.

Item 11 Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Sexualität des Patienten besprochen wird. Dies kann in Form von Gesprächen über sexuelle Probleme oder sexuelle Gefühle, Phantasien oder aktuelle Erfahrungen des Patienten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient erzählt, dass er häufiger Sex mit seiner/seiner LiebesspartnerIn haben will. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht über sexuelle oder erotische Inhalte spricht.

Item 12 In der Stunde wird geschwiegen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn oft Schweigen oder bedeutsame Pausen oder einige ausgedehnte Schweigephasen auftreten. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn wenig geschwiegen wird. N.B. Kurze Pausen im Gespräch sollten nicht als Schweigen gewertet werden, es sei denn sie sind sehr häufig oder länger als einige Sekunden.

Item 13 Der Patient ist lebhaft.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient lebendig oder expressiv wirkt. Zum Beispiel: Der Patient reagiert lebhaft auf eine Interpretation des Therapeuten. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient gelangweilt, teilnahmslos oder leblos erscheint.

Item 14 Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Sorge darüber äußert oder den Eindruck vermittelt, sich missverstanden zu fühlen oder annimmt, dass ihn der Therapeut nicht verstehen kann. Zum Beispiel: Eine Witwe zweifelt die Fähigkeit des Therapeuten an, ihre Lage zu verstehen, da der Therapeut niemals in ihrer Situation war. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient irgendwie zum Ausdruck bringt, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt. Zum Beispiel: Der Patient sagt in Reaktion auf eine Bemerkung des Therapeuten: "Ja, genau das meine ich".

Item 15 Patient initiiert keine Themen, ist passiv.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient keine Gesprächsthemen oder Probleme einbringt, oder keine Verantwortung für den Verlauf der Stunde übernimmt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass er nicht weiß, worüber er sprechen soll. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Schweigen unterbricht oder Themen entweder spontan oder in Reaktion auf Nachfragen des Therapeuten einbringt und diese Themen aktiv (weiter)verfolgt oder vertieft.

Item 16 Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn im Gespräch somatische Themen oder körperliche Symptome betont werden. Zum Beispiel: Der Patient klagt über Müdigkeit oder Krankheit, über Kopf- oder Menstruationsschmerzen, schlechten Appetit und ähnliches. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn körperliche Beschwerden kein wichtiges Gesprächsthema sind.

Item 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut häufig interveniert. Nicht auf Grund der Angemessenheit der Interventionen beurteilen. Zum Beispiel erfolgt eine Wertung als sehr charakteristisch, wenn der Therapeut so aktiv ist, dass er häufig unterbricht oder eingreift, um eine Frage zu stellen oder eine Meinung zu äußern, oder er stark die Richtung in der Stunde vorgibt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut relativ selten interveniert und wenig Anstrengungen unternimmt, die Interaktion zu strukturieren, oder der Therapeut dazu neigt, der Führung des Patienten zu folgen, zum Beispiel: Der Therapeut gestattet es dem Patienten, die wesentlichen Gesprächsthemen einzubringen und hilft dem Patienten anschließend seine (des Patienten) Gedankengänge zu verfolgen.

Item 18 Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut den Patienten nicht offen oder subtil negativ beurteilt, "inakzeptables" oder problematisches Verhalten des Patienten auf eine Art und Weise exploriert wird, die dem Patienten das Gefühl vermittelt, wertgeschätzt zu sein. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Bemerkungen des Therapeuten oder sein Ton Kritik oder mangelnde Akzeptanz zum Ausdruck bringen. Eine eher extreme Platzierung erfolgt, wenn der Therapeut zum Ausdruck bringt, dass er den Charakterzüge oder die Persönlichkeit des Patienten als unangenehm empfindet. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin)

Item 19 Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die therapeutische Beziehung sexualisiert erscheint. Das kann variieren von einer warmen, erotisch gefärbten Beziehung, über schüchternem oder verführerischem Verhalten des Patienten bis zu offen geäußerten Wünschen nach sexueller Befriedigung. Zum Beispiel: Der Patient spricht über sexuelle Erfahrungen in einer Art und Weise, als wolle er das sexuelle Interesse des Therapeuten wecken. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die therapeutische Beziehung im Wesentlichen nicht sexualisiert erscheint. Eine eher extreme Platzierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Patient (oder der Therapeut) Themen oder Verhaltensweisen vermeidet, die als sexuelles Interesse, verstanden werden könnten, oder es wird versucht, erotische Gefühle in den Griff zu bekommen oder zu unterdrücken.

Item 20 Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn sich der Patient in einer Art und Weise verhält, die darauf zielt, eine emotionale Reaktion beim Therapeuten hervorzurufen. Zum Beispiel: Der Patient versucht Zurückweisung durch den Therapeuten auszulösen, indem er Verhaltensweisen an den Tag legt, die geeignet sind, den Therapeuten zu ärgern oder Inhalte der therapeutischen Vereinbarung verletzen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient besonders angepasst oder fügsam ist oder die Rolle des "guten Patienten" zu spielen scheint, um dem Therapeuten zu gefallen. (N.B. Platzierung in der uncharakteristischen Richtung impliziert, dass der Patient sich angepasst verhält.)

Item 21 Therapeutische Selbstöffnung

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut dem Patienten persönliche Informationen oder Reaktionen offenbart. Zum Beispiel: Der Therapeut erzählt dem Patienten etwas über seine Herkunft oder sagt zu dem Patienten: "Ich finde, dass sie ein sehr liebenswerter Mensch sind." Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich der Therapeut solcher Selbstöffnung enthält. Eine eher extreme Platzierung in dieser Richtung zeigt an, dass sich der Therapeut auch dann nicht öffnet, wenn der Patient ihn dazu drängt. Zum Beispiel: Der Therapeut antwortet nicht direkt, wenn der Patient fragt, ob er verheiratet ist.

Item 22 Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten fokussiert oder die Aufmerksamkeit darauf lenkt, speziell wenn die Absicht erkennbar ist, solche Gefühle zu mildern. Zum Beispiel: Der Therapeut bemerkt, dass sich der Patient offenbar schuldig fühlte, als er einmal nicht auf die ständigen Bitten seiner Tochter um Hilfe reagierte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht betont.

Item 23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn sich die Interaktion auf ein bestimmtes oder auf einige wenige Themen konzentriert. Zum Beispiel: Das

beherrschende Thema der Stunde war das Gefühl des Patienten, dass er es zeitlebens und in vielerlei Hinsicht nicht geschafft hat, den Erwartungen seines Vaters gerecht zu werden. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn zahlreiche Themen besprochen werden, oder das Gespräch irgendwie diffus wirkt.

Item 24 Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten ineffektiv oder unangemessen erscheinen und wenn seine Reaktion sich nicht ausschließlich aus der therapeutischen Interaktion ergibt, sondern sich möglicherweise aus den psychischen Konflikten des Therapeuten ableitet (zum Beispiel Gegenübertragungsreaktionen). Zum Beispiel: Der Therapeut scheint bestimmte Affekte zu vermeiden, die der Patient ausdrückt oder ausdrücken sollte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die persönlichen emotionalen Reaktionen des Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht unangemessen belasten.

Item 25 Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient am Anfang der Stunde Unbehagen oder Verlegenheit zeigt. Zum Beispiel: Nach längerem Schwiegen sagt der Patient: "Ich weiß nicht, worüber ich heute sprechen soll". Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Stunde direkt beginnt, ohne längere Pause oder Fragen des Therapeuten.

Item 26 Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Scham, Schuld, Furcht oder Traurigkeit im Verlauf der Stunde ausdrückt. Je extremer die Platzierung, umso intensiver der Affekt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient keine solch unangenehmen Gefühle ausdrückt.

Item 27 Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst er dazu gedrängt wird)

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut explizit Ratschläge gibt oder bestimmte Vorschläge macht, die der Patient annehmen oder ablehnen kann. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Vielleicht sollten Sie einen Rechtsanwalt fragen, wie die Erbschaft am besten zu handhaben ist.". Oder der Therapeut hält den Patienten an, verschiedene Optionen zu bedenken und jede Alternative abzuwägen. Zum Beispiel: Der Therapeut weist auf Möglichkeiten hin, die der Patient übersieht und hält den Patienten an, die Konsequenzen der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwägen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut keine Ratschläge gibt. Eine extreme Platzierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Therapeut solche Anleitung nicht gibt, auch wenn der Patient danach verlangt oder es vielleicht hilfreich wäre.

Item 28 Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut das Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung zutreffend wahrnimmt. Dies soll aus den Kommentaren, Interventionen oder der generellen Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber erschlossen werden. Die Beurteilung soll unabhängig von der Art der Therapie (zum Beispiel kognitiv-behavioral, psychoanalytisch) erfolgen, sie soll aus der Perspektive der jeweiligen Therapieform vorgenommen werden. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Weise den emotionalen Zustand, die Bedeutung dessen, was der Patient sagt oder die Art der Interaktion missversteht oder das Problem falsch formuliert.

Item 29 Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient davon spricht, dass er größere Distanz zu oder Unabhängigkeit von jemandem will (jedoch nicht vom Therapeuten). Zum Beispiel: Der Patient will endgültig frei vom Einfluss seiner Eltern sein. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht darüber spricht, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen.

Item 30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn im Gespräch spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont werden, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen. Zum Beispiel: Der Therapeut schlägt vor, die Überzeugung des Patienten näher zu betrachten, wonach er wertlos sei, wenn nicht alles, was er in Angriff nimmt, perfekt gelingt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn nur wenig oder gar nicht von solchen Überzeugungen oder Konstrukten die Rede ist.

Item 31 Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut Fragen stellt, um Informationen zu gewinnen oder den Patienten anhält, ein Erlebnis genauer zu beschreiben. Zum Beispiel der Therapeut fragt nach der Lebensgeschichte des Patienten oder danach, was dem Patienten durch den Kopf ging, als er zufällig einen Bekannten auf der Straße traf. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nicht aktiv versucht, Informationen zu erhalten.

Item 32 Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn eine neue Perspektive, eine neuer Zusammenhang, eine neue Haltung oder abgewehrte Inhalte im Verlauf der Stunde auftauchen. Zum Beispiel im Anschluss an eine Bemerkung des Therapeuten wirkt der Patient nachdenklich und sagt: "Ich glaube, das ist wahr. So habe ich das noch nie gesehen." Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn keine neue Einsicht im Verlauf der Stunde auftritt.

Item 33 Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient davon spricht, jemandem nahe zu sein oder vom Wunsch nach Nähe und Intimität (jedoch nicht auf den Therapeuten bezogen). Zum Beispiel: Der Patient berichtet, dass er einsam ist und nicht allein sein möchte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht über Nähe oder den Wunsch nach Nähe spricht.

Item 34 Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient dazu neigt zu externalisieren und andere oder äußere Umstände wegen seiner Schwierigkeiten anzuklagen. Zum Beispiel der Patient behauptet, dass seine Schwierigkeiten mit der Arbeit auf sein Pech mit Arbeitgebern zurückzuführen seien. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient selbst Verantwortung für seine Probleme übernimmt, zum Beispiel feststellt, dass misslungene Beziehungen das Resultat seiner ungeeigneten Partnerwahl sind.

Item 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn, im positiven oder im negativen, das Selbstkonzept oder Gefühle, Einstellungen oder Wahrnehmungen bezüglich der

eigenen Person ein Gesprächsthema sind. Zum Beispiel: Der Patient erzählt davon, dass es ihm gelegentlich schwer fällt für sich einzustehen, weil er sich dann als zu aggressiv erlebt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn das Selbstbild nur eine untergeordnete oder keine Rolle im Gespräch spielen.

Item 36 Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Abwehrmechanismen des Patienten, die darauf zielen, die Wahrnehmung bedrohlicher Informationen oder Gefühle zu verhindern, ein zentrales Thema darstellen. Zum Beispiel: Der Therapeut spricht an, dass der Patient seine Liebe zum Vater bezeugt, nachdem er kritische Bemerkungen über ihn gemacht hatte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn diese Art von Abwehrdeutungen in der Stunde nur eine untergeordnete oder keine Rolle spielen.

Item 37 Der Therapeut verhält sich "lehrerhaft".

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber der eines Lehrers gegenüber einem Schüler entspricht. Dies kann unabhängig vom konkreten Inhalt beurteilt werden. Der Therapeut kann z.B. Information vermitteln, Ratschläge geben oder Deutungen in Form einer Anweisung geben. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber keine Lehrer-Rolle einnimmt.

Item 38 Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn eine bestimmte Aktivitäten besprochen werden, die der Patient außerhalb der Therapie in Angriff nehmen soll, wie zum Beispiel die Gültigkeit einer bestimmten Überzeugung überprüfen, sich anders verhalten, als es der Patient üblicherweise tut oder sich bezüglich seiner Erkrankung zu belesen. Zum Beispiel: Es wird davon gesprochen, eine gefürchtete Situation oder ein gefürchtetes Objekt aufzusuchen, das der Patient üblicherweise vermeidet. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn nicht darüber gesprochen wird, solche Verhaltensweisen außerhalb der Therapie auszuprobieren.

Item 39 Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn entweder der Patient oder der Therapeut mit dem jeweiligen anderen rivalisiert. Dies kann in Form von Prahlen, sich aufwerten oder den anderen abwerten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient äußert, dass Therapeuten ein bequemes Leben führen, während er selbst im richtigen Leben steht und arbeitet. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn Patient und Therapeut nur wenig oder nicht rivalisieren.

Item 40 Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten auf bestimmte Personen beziehen. Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie fühlten sich verletzt und wütend, als ihre Mutter sie kritisierte." Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten nicht auf bestimmte Personen oder auf andere Aspekte des Lebens des Patienten beziehen. Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie scheinen dazu zu neigen, sich zurückzuziehen, wenn andere ihnen nahe kommen." (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)

Item 41 Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient über Vorhaben, Ziele oder den Wunsch nach Erfolg und Status spricht. Der Patient spricht zum Beispiel über seine Hoffnung, Rechtsanwalt zu werden und ein gutes Einkommen zu erzielen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient über eine Einengung bzgl. seiner Zukunftserwartungen spricht, entweder in Form realistischer Planung oder von Wunschdenken.

Item 42 Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient mit den Vorschlägen, Beobachtungen oder Interpretationen des Therapeuten meist nicht übereinstimmt oder sie ignoriert. Zum Beispiel wenn der Patient nach einer zentralen Interpretation des Therapeuten meint, er glaube nicht, dass dies den Punkt treffe. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen.

Item 43 Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut versucht, das Verhalten anderer Personen im Leben des Patienten zu interpretieren. Der Therapeut bietet zum Beispiel an, dass der/die LiebespartnerIn des Patienten Probleme mit Intimität habe. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut keine Äußerungen zur Bedeutung des Verhaltens anderer macht.

Item 44 Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber wachsam, misstrauisch oder argwöhnisch zu sein scheint. Der Patient fragt sich zum Beispiel ob ihn der Therapeut wirklich mag oder ob sich eine andere, versteckte Bedeutung in den Äußerungen des Therapeuten verbirgt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint.

Item 45 Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut eine supportive, anwaltsartige Haltung gegenüber dem Patienten einnimmt. Dies kann durch die Bestärkung von Handlungen des Patienten geschehen oder indem der Patient zu sozial kompetentem Verhalten ermutigt wird. Oder der Therapeut stimmt positiven Selbstbewertungen des Patienten zu, oder er betont die Stärken des Patienten, zum Beispiel: "Sie haben das in der Vergangenheit hinbekommen und können es wieder schaffen." Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut keine supportive Rolle in diesem Sinne einnimmt.

Item 46 Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Sprache des Therapeuten eindeutig, direkt und leicht verständlich ist. Bewerten Sie das Kommunikationsverhalten des Therapeuten als sehr charakteristisch, wenn sein Sprachstil originell, außergewöhnlich. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Sprache des Therapeuten diffus, zu abstrakt, stereotyp oder durch Jargon geprägt ist.

Item 47 Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut bereit und offen wirkt, Kompromisse einzugehen, wenn Unstimmigkeiten oder Konflikte auftreten.

Zum Beispiel: Wenn sich der Patient über den Therapeuten ärgert, versucht der Therapeut den Patienten zu beschwichtigen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut keine Anstrengungen unternimmt die Beziehung zu verbessern, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Item 48 Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut den Patienten anhält sich seine eigenen Gedanken zu machen, oder so zu handeln, wie der Patient es selbst für richtig hält. Zum Beispiel: Der Therapeut stellt fest, dass er jetzt gehört hat, was die Mutter des Patienten oder seine Kollegen denken, was der Patient tun soll, er aber noch nicht wisse, was der Patient selbst denke oder tun wolle. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht zum Thema macht.

Item 49 Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient gemischte Gefühle gegenüber dem Therapeuten äußert, oder wenn der Inhalt der Äußerungen über den Therapeuten nicht im Einklang mit seinem Verhalten bzw. seinem üblichen Benehmen steht, oder Gefühle verdrängt werden. Zum Beispiel: Der Patient stimmt einem Vorschlag des Therapeuten überschwänglich zu, fährt dann jedoch mit Äußerungen fort, aus denen hervorgeht, dass er sich über Personen ärgert, die ihm vorschreiben, was er zu tun habe. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn nur schwache Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber ausgedrückt werden.

Item 50 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut über Gefühle spricht oder sie betont, die der Patient für falsch, unangemessen oder gefährlich hält. Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass der Patient manchmal einen eifersüchtigen Zorn seinem erfolgreicheren Bruder gegenüber empfindet. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nicht dazu tendiert, emotionale Reaktionen zu betonen, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind.

Item 51 Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut den Patienten von oben herab zu behandeln scheint, als sei dieser weniger intelligent, kultiviert oder intellektuell. Dies kann aus der Art und Weise geschlussfolgert werden, wie der Therapeut Kommentare oder Ratschläge gibt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut mit seiner Art, seinem Ton, seiner Stimme oder der Art seiner Kommentare vermittelt, dass er sich nicht überlegen fühlt.

Item 52 Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient seine Probleme in einer Art und Weise darzustellen scheint, die auf die Hoffnung oder Erwartung schließen lässt, dass der Therapeut spezielle Vorschläge oder Ratschläge zu deren Lösung anbieten wird. Zum Beispiel: Der Patient äußert Unsicherheit darüber, ob er seine Partnerbeziehung beenden soll und fragt den Therapeuten, was er machen soll. Die Bitte um eine Lösung muss nicht explizit geäußert werden, sondern kann auch nur in der Art und Weise, wie der Patient das Problem darstellt, deutlich werden. Eher

am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich weder explizit noch implizit darauf zu verlassen scheint, dass der Therapeut seine Probleme löst.

Item 53 Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient damit beschäftigt zu sein scheint, was der Therapeut von seinem Verhalten denken könnte oder wie er vom Therapeuten bewertet wird. Zum Beispiel könnte der Patient sagen: "Sie denken wahrscheinlich, dass es dumm war, das zu tun.". Der Beurteiler kann dies auch aus dem Verhalten des Patienten schlussfolgern. Zum Beispiel: Der Patient prahlt mit seinen Leistungen, um den Therapeuten positiv zu beeindrucken. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht damit beschäftigt zu sein scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten zu sein scheint.

Item 54 Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich in einer leicht verständlichen Art ausdrückt und verhältnismäßig klar und fließend spricht. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient unzusammenhängend spricht, häufig abschweift und unbestimmt bleibt. Das kann sich manchmal darin äußern, dass es dem Beurteiler schwer fällt, den roten Faden in den Themen, die der Patient anspricht, zu verfolgen.

Item 55 Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Hoffnung oder Erwartung ausdrückt, dass die Therapie ihm helfen wird. Eine eher extreme Platzierung bedeutet, dass der Patient unrealistisch positive Erwartungen ausdrückt, d.h. dass die Therapie all seine Probleme lösen wird und dass sie ihn vor zukünftigen Schwierigkeiten schützen wird. Zum Beispiel: Der Patient drückt die Hoffnung aus, dass die Therapie zu schnellen Erfolgen führen wird. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Kritik an der Therapie äußert. Zum Beispiel: Er vermittelt Enttäuschung darüber, dass die Therapie nicht effektiver oder befriedigender verläuft. Eine eher extreme Platzierung bedeutet, dass der Patient Skepsis, Pessimismus oder Ernüchterung darüber äußert, was in der Therapie erreicht werden kann.

Item 56 Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.

Das Item bezieht sich auf die Haltung, die der Patient zu dem, was er berichtet, einnimmt; wie ernst er es zu nehmen scheint, aber auch wie offen sein Affektausdruck ist. Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient wenig emotionale Beteiligung zeigt, im Allgemeinen flach, unpersönlich oder indifferent ist (Spannung/Erregung kann vorhanden sein oder auch nicht). Eher als neutral einschätzen, wenn Affekt und Bedeutung zwar offensichtlich sind, der Patient diese aber kontrollieren kann und durch anderes, weniger affektives Material ausgleicht. Eine eher extreme Platzierung am uncharakteristischen Pol erfolgt, wenn der Patient intensive Gefühle ausdrückt, Gefühlsausbrüche hat und sich tief beunruhigt fühlt. (Als neutral einschätzen, wenn Affekt und Bedeutung zwar offensichtlich sind, der Patient aber damit umgehen kann.)

Item 57 Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut dem Patienten Aspekte der Therapie erklärt oder Fragen zum Behandlungsprozess beantwortet. Zum Beispiel: Der Therapeut reagiert auf eine direkte Frage oder Bitte des Patienten mit der Erläuterung, dass er es vorzieht, diese Frage nicht sofort zu beantworten, weil sich auf die Weise die Gelegenheit bietet, den Gedanken und

Gefühlen, die der Patient mit dieser Frage verbindet, besser nachzugehen. Mit diesem Item soll auch erfasst werden, wenn der Therapeut dem Patienten die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken vorschlägt oder ihn darin anleitet. Zum Beispiel: Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient versuchen soll, seine Gefühle wahrzunehmen oder seine Augen zu schließen und sich eine bestimmte Szene vorzustellen oder während der Stunde in der Phantasie ein Gespräch mit jemandem zu führen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut sich wenig oder gar nicht bemüht, das Rational der Behandlungstechnik zu erklären, obwohl ein gewisser Druck besteht oder es hilfreich sein könnte.

Item 58 Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich widersetzt, seine eigene Rolle bei der Aufrechterhaltung seiner Probleme zu untersuchen. Zum Beispiel: Der Patient umgeht, vermeidet oder verhindert er bestimmte Themen oder wechselt wiederholt das Thema, wann immer ein bestimmter Punkt angesprochen wird. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt, die emotional belastend oder erschütternd sein können, oder er in der Lage ist, diesen nachzugehen.

Item 59 Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Gefühle von Unzulänglichkeit, Unterlegenheit oder Unfähigkeit ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass nichts, was er in Angriff nimmt, wirklich so ausgeht, wie er es sich erhoffte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Gefühle von Effektivität, Überlegenheit oder sogar Triumph ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient zählt persönliche Erfolge auf oder beansprucht Beachtung für eine persönliche Eigenschaft oder Fähigkeit.

Item 60 Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Erleichterung erlebt, wenn er Zugang zu einem unterdrückten oder angestauten Gefühl gefunden hat. Zum Beispiel weint der Patient heftig über den Tod eines Elternteils und sagt dem Therapeuten dann, dass er sich besser fühlt, weil er diese Gefühle zulassen konnte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn auf das Erleben eines starken Affektes kein Gefühl der Erleichterung oder Entspannung folgt. Als neutral einordnen, wenn kathartische Erfahrungen kaum oder gar keine Rolle in der Stunde spielen. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn einer emotionalen Äußerung keine Erleichterung folgt.)

Item 61 Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient scheu, verlegen oder selbstunsicher oder im Extrem sogar verletzt oder gekränkt wirkt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient ungehemmt, zuversichtlich oder selbstsicher wirkt.

Item 62 Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten benennt. Zum Beispiel bemerkt der Therapeut, dass sich der Patient immer wieder seinen SexualpartnerInnen in einer Form anbietet, die geradezu dazu einlädt, ihn schäbig

zu behandeln. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut kein solches Thema oder wiederkehrendes Muster benennt.

Item 63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten oder seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen ein zentraler Fokus des Gespräches sind. (Ausgeschlossen davon sind Gespräche über die therapeutische Beziehung (dafür Item 98 verwenden) und Gespräche über Partnerbeziehungen (dafür Item 64 verwenden).) Zum Beispiel: Der Patient berichtet mehr oder weniger ausführlich, dass er unter den Konflikten mit seinem Chef leidet. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn ein Großteil der Stunde sich um Themen dreht, die nicht direkt mit Beziehungen zusammenhängen, zum Beispiel die Arbeitssucht des Patienten oder sein Karrierestreben oder seine Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und Essen. N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Beziehungserfahrungen, die weit zurückliegen. Dafür soll Item 91 verwendet werden, in dem es um Erinnerungen und Rekonstruktionen der Kindheit geht.

Item 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn in der Stunde über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Patient spricht über seine Gefühle für seine Partnerin. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn Liebesbeziehungen kein Thema in der Stunde sind. N.B. Diese Item bezieht sich auf die Qualität der Beziehung nicht auf den Familienstand. Zum Beispiel: Ein Gespräch über eine Ehe, in dem es nicht um Liebe und Romantik geht, würde bei diesem Item keine charakteristische Bewertung erhalten.

Item 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn ein Aspekt der Aktivität des Therapeuten darin besteht, dass er die affektive Stimmung, Äußerungen oder Ideen des Patienten neu formuliert oder umschreibt oder in eine etwas besser erkennbare Form bringt, um ihre Bedeutung zu verdeutlichen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Es scheint, als wollten Sie sagen, dass sie sich Sorgen darüber machen, was in der Therapie passieren wird." Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn Klarifikationen während der Stunde vom Therapeuten nur selten eingesetzt werden.

Item 66 Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut explizit versucht, die Ängste des Patienten zu lindern und dem Patienten Mut zu machen, dass es besser wird. Zum Beispiel sagt der Therapeut, dass er keinen Grund sieht, sich Sorgen zu machen, weil er sicher ist, dass das Problem gelöst werden kann. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut dazu neigt, solch explizite Unterstützung auch dann nicht zu gewähren, wenn er dazu gedrängt wird. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)

Item 67 Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf Gefühle, Gedanken oder Impulse lenkt, die möglicherweise nicht vollständig bewusst waren. Der Beurteiler muss versuchen, den Bewusstseinsgrad aus dem Kontext der Stunde abzuleiten (bei diesem Item soll die Deutung von Verhalten, das der Abwehr dient, nicht mit einbezogen werden - dazu Item 36 verwenden). Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut Material fokussiert, das dem Patienten völlig bewusst zu sein scheint.

Item 68 Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut oder der Patient zwischen den Phantasien des Patienten über ein Ereignis und der objektiven Realität differenzieren. Zum Beispiel: Der Therapeut unterstreicht, dass, obwohl der Patient Todeswünsche für den Verstorbenen gehegt haben mag, er nicht tatsächlich dessen Herzanfall verursacht hat. Verzerrte und fehlerhafte Annahmen sollten auch einbezogen werden, zum Beispiel nachdem der Patient wiederholt die Welt als bedrohlich beschrieben hat, fragt der Therapeut, wie er zu dieser Überzeugung gekommen sei. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich die Aktivität in der Stunde wenig auf verzerrte Wahrnehmungen der Realität bezieht.

Item 69 Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Patient oder Therapeut aktuelle oder kurz zurückliegende Lebensereignisse betonen. Zum Beispiel: Der Patient spricht über depressive Gefühle in Zusammenhang mit dem kürzlichen Tod seiner Frau. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn aktuelle Lebensereignisse keine wichtigen Themen in der Stunde waren.

Item 70 Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient versucht, starke Emotionen oder Impulse zu kontrollieren oder damit fertig zu werden. Zum Beispiel: Der Patient kämpft darum, die Tränen zurückzuhalten, obwohl er offensichtlich traurig ist. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich nicht zu bemühen scheint, die Gefühle, die er erlebt, zu kontrollieren, zurückzuhalten oder zu lindern, oder er kaum oder keine Schwierigkeiten hat, sie zu kontrollieren.

Item 71 Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich selbst Vorwürfe macht, sich schämt oder sich schuldig fühlt. Zum Beispiel: Der Patient behauptet, dass er den Selbstmord seiner Frau hätte verhindern können, wenn er mehr auf die schlechte Stimmung seiner Frau geachtet hätte. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nichts sagt, was auf Selbstanklage, Schamgefühle oder Gewissensbisse hinweist.

Item 72 Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient zu verstehen scheint, was von ihm in der Situation erwartet wird und was in der Therapie passieren wird. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient unsicher ist, verwirrt oder seine Rolle in der Therapie und was in der Situation erwartet wird missversteht.

Item 73 Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Therapie ernst zu nehmen scheint. Dies kann sich so äußern, dass er bereit ist Opfer zu bringen, um die Therapie fortzusetzen - bezüglich Zeit, finanzieller Mittel oder Unbequemlichkeiten. Dies kann sich auch in Form des Wunsches äußern, mehr von sich selbst zu verstehen, auch wenn dies psychische Belastung bedeuten kann. Zum Beispiel: Dem Patienten war es so wichtig, die Behandlung zu beginnen, dass er seinen wöchentlichen Golftermin aufgegeben hat, um zur Therapie zu kommen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient der Therapie gegenüber ambivalent wirkt oder nicht bereit zu sein scheint, die psychische Belastung, die die Therapie mit sich bringen kann, zu tolerieren. Das kann sich darin

äußern, dass er sich über die Kosten der Therapie beschwert, es Terminprobleme gibt, er Zweifel über die Effektivität der Behandlung äußert oder unsicher darüber ist, ob er sich verändern möchte.

Item 74 Es geht humorvoll zu.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Therapeut oder Patient im Verlauf der Stunde Humor zeigen. Dies kann auf Seiten des Patienten als Abwehr- oder Bewältigungsmechanismus erscheinen; der Therapeut kann einen Witz machen oder ironisch sein, um etwas zu betonen oder um die Entwicklung des Arbeitsbündnisses zu stärken. Zum Beispiel: Der Patient zeigt die Fähigkeit, über sich selbst oder seine missliche Lage zu lachen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Interaktion ernst, streng oder düster erscheint.

Item 75 Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient oder der Therapeut über Behandlungsunterbrechungen, z.B. wegen Ferien oder Krankheit, oder über das Ende der Therapie sprechen. Das beinhaltet alle Äußerungen, die sich auf Unterbrechungen oder das Ende beziehen - gleich ob es gewünscht oder gefürchtet wird oder droht. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn das Ansprechen von Unterbrechungen oder der Beendigung der Therapie vermieden zu werden scheint. Zum Beispiel: Eine bevorstehende längere Sommerpause wird zwar erwähnt, aber weder Therapeut noch Patient gehen näher darauf ein. Als "neutral" zuordnen, wenn Unterbrechungen oder Therapieende nicht thematisiert werden und es keinen Hinweis auf das Therapieende gibt.

Item 76 Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten zu vermitteln, dass der Patient handeln oder sich verändern muss, wenn sich seine Schwierigkeiten verbessern sollen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Lassen Sie uns doch mal genauer hinschauen, was sie selbst dazu beigetragen haben könnten, um diese Reaktion von einem anderen zu provozieren.". Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Aktivitäten des Therapeuten im allgemeinen nicht darauf zielen, den Patienten davon zu überzeugen, mehr Verantwortung zu übernehmen **oder** der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt.

Item 77 Der Therapeut ist taktlos.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Kommentare des Therapeuten so formuliert sind, dass sie der Patient wahrscheinlich als verletzend oder herabwürdigend empfindet. Diese Taktlosigkeit oder fehlende Sensibilität muss nicht auf einer Verärgerung oder Verwirrung des Therapeuten beruhen, sondern ist eher Ergebnis mangelhafter Technik, Umgangsformen oder verbaler Fähigkeiten. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Kommentare des Therapeuten von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt sind.

Item 78 Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich in einer Weise benimmt, die darauf zielt, dass der Therapeut ihn mag oder mit der der Patient versucht, Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beruhigung durch den Therapeuten zu erreichen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich nicht in dieser Weise verhält.

Item 79 Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut häufige oder auffällige Kommentare über Veränderungen in der Stimmung des Patienten oder der Qualität seines Erlebens macht. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt, dass der Patient sich in seinen Reaktionen auf die Bemerkungen des Therapeuten verändert hat - von einer Haltung "das kümmert mich einen Dreck" hin zu einem Gefühl von Betroffenheit, aber einem ernsthafteren Arbeiten an seinem Problem. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut Veränderungen in der Stimmung des Patienten in der Stunde nicht kommentiert.

Item 80 Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut das, was der Patient beschrieben hat, in einer Weise wiedergibt, die dem Patienten eine andere Sicht auf die Situation anbietet ("reframing", "kognitive Umstrukturierung"). Dem gleichen Sachverhalt wird eine neue (und gewöhnlich positivere) Bedeutung gegeben. Zum Beispiel: Nachdem ein Patient sich selbst Vorwürfe macht, weil er einen üblen Streit mit seinem Lebenspartner angefangen hat, sagt der Therapeut, dass dies vielleicht die Art und Weise ist, in der der Patient in dieser Beziehung ausdrücken kann, was er möchte. Bei der Bewertung dieses Items sollte ein konkretes Ereignis oder eine konkrete Erfahrung, die "reframed" wurde, identifiziert werden. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn dies keinen wichtigen Aspekt im Therapeutenverhaltens in der Stunde darstellt.

Item 81 Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient beschreibt betont, um das Erleben des Affektes zu intensivieren. Zum Beispiel: Der Therapeut legt nahe, dass die Interaktion, die der Patient eben beiläufig beschrieb, ihn möglicherweise ziemlich ärgerlich gemacht hat. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut das Erleben des Affektes nicht betont oder sich eher für die sachlichen Beschreibungen des Patienten zu interessieren scheint.

Item 82 Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut häufige oder wenige, ins Auge springende Bemerkungen über das Verhalten des Patienten in der Stunde macht, die ein neues Licht darauf zu werfen scheinen. Zum Beispiel bietet der Therapeut an, dass das Zuspätkommen des Patienten zur Stunde eine Bedeutung haben könnte oder der Therapeut bemerkt, dass der Patient schnell das Thema wechselt, sobald er über Gefühle zu sprechen beginnt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut das aktuelle Verhalten des Patienten in der Stunde nicht anspricht.

Item 83 Der Patient ist fordernd.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient mehr als die „üblichen“ Forderungen oder Fragen an den Therapeuten stellt oder ihn unter Druck setzt, seine Bitten zu erfüllen. Zum Beispiel: Der Patient fordert Termine am Abend, Medikamente oder sagt, dass er mehr Struktur oder Aktivität vom Therapeuten erwartet. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient zögerlich ist und sich zurückhält, angemessene und übliche Bitten an den Therapeuten zu richten, zum Beispiel fragt er nicht nach einem anderen Termin, obwohl sich der

vereinbarte Termin mit einem andern, für den Patienten sehr wichtigen Termin, überschneidet.

Item 84 Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Ressentiment, Ärger, Verbitterung, Hass oder Aggression äußert. (N.B. Hier geht es nicht um diese Gefühle dem Therapeuten gegenüber - dafür Item 1 verwenden!) Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn solche Gefühle nicht auftreten.

Item 85 Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut alternative Wege vorschlägt, mit anderen Menschen in Beziehung zu sein. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt den Patienten: "Was würde wohl passieren, wenn Sie Ihrer Mutter direkter sagen würden, wie sehr es Sie mitnimmt, wenn sie an Ihnen herumnörgelt". Eine extreme Platzierung bedeutet, dass der Therapeut mit dem Patienten Beziehungsverhalten erarbeitet oder der Therapeut mit dem Patienten neue Verhaltensweisen anderen gegenüber einübt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nicht dazu neigt, Vorschläge zu machen, wie der Patient sich anderen gegenüber verhalten soll.

Item 86 Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut sicher, zuversichtlich und nicht defensiv wirkt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut unsicher oder verwirrt erscheint oder in Verlegenheit ist.

Item 87 Der Patient kontrolliert.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient einen beherrschenden oder steuernden Einfluss in der Stunde ausübt oder die Stunde lenkt. Zum Beispiel: Er dominiert die Beziehung durch zwanghaftes Reden oder er unterbricht den Therapeuten häufig. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Beziehung nicht kontrolliert, sondern mit dem Therapeuten zusammenarbeitet.

Item 88 Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Beurteiler einschätzt, dass die Dinge, die der Patient zur Sprache bringt und über die er während der Stunde spricht, in Bezug auf die psychischen Konflikte wichtig sind oder dass die Themen von großer Bedeutung sind. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn das Gespräch in keinem oder nur schwachen Zusammenhang mit den zentralen Themen steht.

Item 89 Der Therapeut stärkt die Abwehr.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Haltung des Therapeuten durch ruhiges aufmerksames Entgegenkommen gekennzeichnet ist, das darauf zielt, es zu vermeiden, den Patienten emotional aus der Fassung zu bringen. Der Therapeut interveniert aktiv und hilft damit dem Patienten, störende Gefühle oder Gedanken zu vermeiden oder zu unterdrücken. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nichts tut, um die Abwehr zu stützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken.

Item 90 Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Trauminhalt oder Phantasien (Tagträume oder Träume im Schlaf) Gesprächsthemen sind. Zum Beispiel: Therapeut und Patient erforschen mögliche Bedeutungen eines Traumes, den der Patient in der Nacht vor der ersten Stunde hatte. Eher am uncharakteristischen Pol

platzieren, wenn über Träume oder Phantasien während der Stunde kaum oder gar nicht gesprochen werden.

Item 91 Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn ein Teil der Stunde dafür verwendet wird, um über die Kindheit oder Erinnerungen an die frühen Lebensjahre zu sprechen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn nur wenig oder gar keine Zeit für diese Themen verwendet wird.

Item 92 Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn einige Verbindungen oder bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen der aktuellen emotionalen Erfahrung des Patienten oder der Wahrnehmung der gegenwärtigen Ereignisse mit denen der Vergangenheit hergestellt werden. Zum Beispiel: Der Therapeut betont bzw. der Patient erkennt, dass eine aktuell erlebte Furcht davor, im Stich gelassen zu werden, von dem Verlust eines Elternteils während der Kindheit herrührt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn aktuelle und vergangene Erfahrungen besprochen, aber nicht miteinander in Verbindung gebracht werden. Als "neutral" einordnen, wenn diese Themen wenig oder überhaupt nicht besprochen werden.

Item 93 Der Therapeut ist neutral.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut dazu neigt, es zu unterlassen, seine Sichtweise oder Meinung zu den Themen, die der Patient bespricht, zu äußern. Er übernimmt die Rolle eines neutralen Kommentators, und die Sichtweise des Patienten auf die Dinge wird im Gespräch hervorgehoben. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt, wie es für den Patienten wäre, wenn er, als der Therapeut, es gutheißen würde, dass er seinen Ärger ausdrückt. Anschließend fragt er, wie es für den Patienten wäre, wenn er es kritisieren würde. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut seine Meinung äußert oder eine Position bezieht, sowohl ausdrücklich wie auch implizit. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt dem Patienten, dass es sehr wichtig ist zu lernen, seinen Ärger auszudrücken oder er sagt, dass die Beziehung, in der der Patient gerade ist, keine besonders gute ist und dass er sich überlegen sollte, sie zu beenden. N.B. Neutralität ist nicht gleichbedeutend mit Passivität. Der Therapeut kann aktiv sein, obwohl er eine neutrale Haltung einnimmt.

Item 94 Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Stimmung des Patienten melancholisch, traurig oder depressiv wirkt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient entzückt oder froh erscheint oder irgendwie den Eindruck vermittelt, dass er sich wohl fühlt oder glücklich ist.

Item 95 Der Patient fühlt sich unterstützt.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient in irgendeiner Form zu erkennen gibt, dass er den Therapeuten als hilfreich erlebt, er sich unterstützt oder erleichtert fühlt. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich über den Verlauf der Therapie enttäuscht fühlt, frustriert oder kontrolliert ist. (N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Ereignisse außerhalb der Therapie.)

Item 96 Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Therapeut und Patient die Terminplanung oder die Verlegung von Terminen oder das Honorar, den Zeitpunkt

der Zahlung usw. besprechen. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn diese Themen nicht besprochen werden.

Item 97 Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient offen und wenig blockiert ist. Er geht bei der Exploration seiner Gefühle und Gedanken über die üblichen Beschränkungen, Vorsicht, Bedenken und Empfindlichkeiten hinaus. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Äußerungen des Patienten zögerlich, gehemmt oder gezwungen wirken, Zurückhaltung oder vermehrte Kontrolle zeigen und nicht ungezügelt, frei und unkontrolliert sind.

Item 98 Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn über die therapeutische Beziehung gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Interaktion oder des interpersonellen Prozesses zwischen dem Patienten und ihm selbst. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn Therapeut und Patient nicht über die Art ihrer Interaktionen sprechen, d.h. sie beschränken sich auf Inhalte.

Item 99 Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Form die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses hinterfragt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Wie kommt es, dass das so ist?" oder "Ich frage mich, ob..." oder einfach durch eine Äußerung wie "Oh?". Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut Übereinstimmung und Zustimmung mit der Sicht des Patienten zeigt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Ich denke, Sie haben damit recht." oder "Es scheint als haben Sie diesbezüglich eine ganz gute Einsicht."

Item 100 Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut einige oder wenige auffällige Kommentare macht, die eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten dem Therapeuten gegenüber und gegenüber anderen wichtigen Personen im Leben des Patienten herstellen. Dies kann sich auf aktuelle Beziehungen und auf gegenwärtige und vergangene Beziehungen zu den Eltern beziehen (Verbindung zwischen der Übertragung und den Eltern). Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass er meint, der Patient befürchte manchmal, dass er ihn so wie die Mutter kritisieren würde. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn sich die therapeutische Aktivität während der Stunde wenig oder nicht auf die Zusammenhänge zwischen interpersonellen Aspekten der Therapie und Erfahrungen in anderen Beziehungen bezieht.

9.7 Weitere Tabellen und Abbildungen

Tab. 1a. Die 20 charakteristischsten Items des psychodynamischen Prototyps;
aus: Ablon & Jones (1998)

Table 1

Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Psychodynamic Technique Factor

20 Most characteristic items of ideal psychodynamic therapy		
PQS #	Item description	Factor score
90	P's dreams or fantasies are discussed.	1.71
93	T is neutral.	1.57
36	T points out P's use of defensive maneuvers, e.g. undoing, denial.	1.53
100	T draws connections between the therapeutic relationship and other relationships.	1.47
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic.	1.46
67	T interprets ward-off or unconscious wishes, feelings or ideas.	1.43
18	T conveys a sense of non-judgmental acceptance.	1.38
32	P achieves a new understanding or insight.	1.32
98	The therapy relationship is a focus of discussion.	1.28
46	T communicates with P in a clear, coherent style.	1.24
50	T draws attention to feelings regarded by P as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement).	1.17
11	Sexual feelings and experiences are discussed.	1.12
82	P's behavior during the hour is reformulated by T in a way not explicitly recognized previously.	1.12
35	Self-image is a focus of discussion.	1.11
91	Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion.	1.08
92	P's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.	1.05
62	T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct.	0.95
3	T's remarks are aimed at facilitating P's speech.	0.92
79	T comments on changes in P's mood or affect.	0.88
22	T focuses on P's feelings of guilt.	0.87

Note. Factor scores derived from expert psychodynamic therapists' (N=11) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

Tab. 1b. Die 20 charakteristischsten Items des kognitiv-behavioralen Prototyps;
aus: Ablon & Jones (1998)

Table 2

Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Technique Factor

20 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy		
PQS #	Item description	Factor score
38	There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	1.93
30	Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.	1.68
4	P's treatment goals are discussed.	1.51
85	T encourages P to try new ways of behaving with others.	1.49
17	T actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).	1.45
45	T adopts supportive stance.	1.43
23	Dialogue has a specific focus.	1.38
31	T asks for more information or elaboration.	1.37
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	1.35
27	T gives explicit advice and guidance.	1.32
80	T presents an experience or event in a different perspective.	1.28
86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).	1.21
37	T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	1.17
73	P is committed to work of therapy.	1.14
57	T explains rationale behind technique or approach to treatment.	1.13
88	P brings up significant issues and material.	1.09
72	P understand the nature of therapy and what is expected.	1.08
95	P feels helped.	1.06
28	T accurately perceives the therapeutic process.	1.05
48	T encourages independence of action or opinion in P.	1.02

Note. Factor scores derived from expert cognitive-behavioral therapists'(N=10) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

Tab. 1c. Die 20 charakteristischsten Item des interpersonellen Prototyps;
aus: Ablon & Jones (1999)

Table 2

Rank Ordering of Q-items by Factor Scores on Cognitive-Behavioral Technique Factor

20 Most characteristic items of ideal cognitive-behavioral therapy		
PQS #	Item description	Factor score
38	There is discussion of specific activities or tasks for the P to attempt outside of session.	1.93
30	Discussion centers on cognitive themes, i.e. about ideas or belief systems.	1.68
4	P's treatment goals are discussed.	1.51
85	T encourages P to try new ways of behaving with others.	1.49
17	T actively exerts control over the interaction (e.g. structuring, introducing new topics).	1.45
45	T adopts supportive stance.	1.43
23	Dialogue has a specific focus.	1.38
31	T asks for more information or elaboration.	1.37
69	P's current or recent life situation is emphasized in discussion.	1.35
27	T gives explicit advice and guidance.	1.32
80	T presents an experience or event in a different perspective.	1.28
86	T is confident or self-assured (vs. uncertain or defensive).	1.21
37	T behaves in a teacher-like (didactic) manner.	1.17
73	P is committed to work of therapy.	1.14
57	T explains rationale behind technique or approach to treatment.	1.13
88	P brings up significant issues and material.	1.09
72	P understand the nature of therapy and what is expected.	1.08
95	P feels helped.	1.06
28	T accurately perceives the therapeutic process.	1.05
48	T encourages independence of action or opinion in P.	1.02

Note. Factor scores derived from expert cognitive-behavioral therapists'(N=10) ratings of the Psychotherapy Process Q-set. PQS = Psychotherapy Process Q-set; T = therapist; P = patient.

Tab.2. PQS-Kategorien mit 9stufiger Skalen und der Anzahl anzuordnender Items

Kategorie	Anzahl der Items	Bezeichnung der Kategorie
9	5	extrem charakteristisch oder zutreffend
8	8	ziemlich charakteristisch oder zutreffend
7	12	einigermaßen charakteristisch oder zutreffend
6	16	ein wenig charakteristisch oder zutreffend
5	18	relativ neutral oder unwichtig
4	16	ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend
3	12	einigermaßen uncharakteristisch oder nicht zutreffend
2	8	ziemlich uncharakteristisch oder nicht zutreffend
1	5	extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend

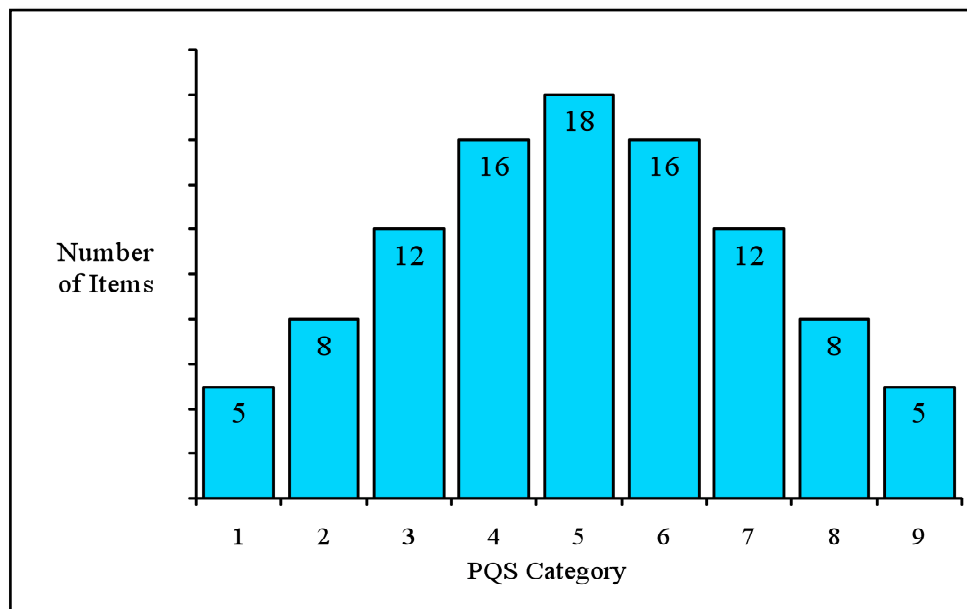


Abb.1. Erzwungene Normalverteilung eines PQS-Ratings, welche die Anzahl der Items für jeden Skalenpunkt bzw. -kategorie vorgibt ²⁰³

²⁰³ Verwendung der Abbildung mit freundlicher Genehmigung von John M. Kelley, Ph.D

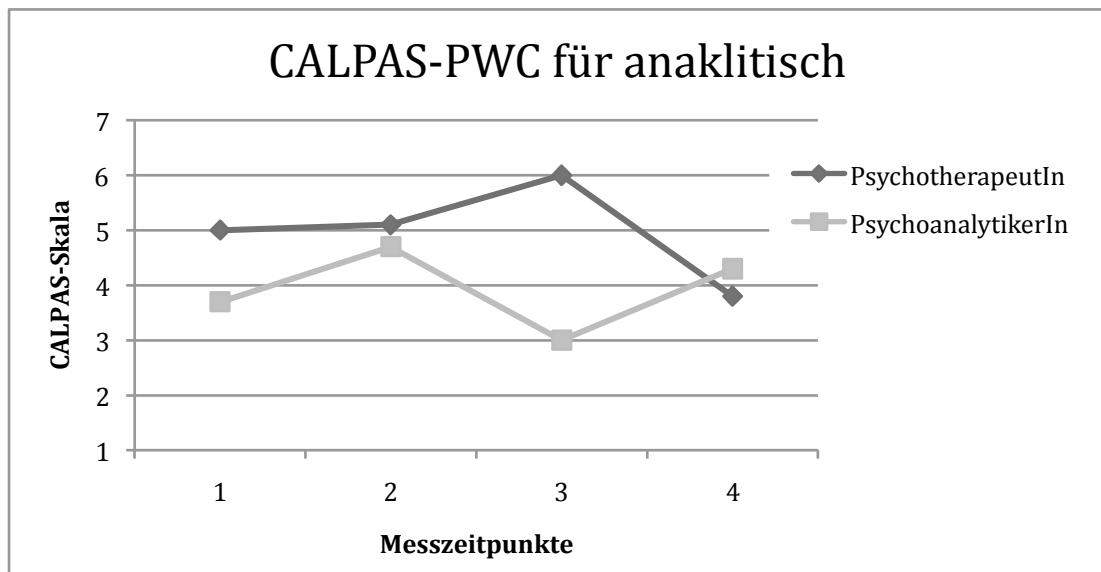


Abb. 12.a. Die CALPAS-Subskala PWC (Arbeitsfähigkeit der Patienten) für anaklitische Patienten (Hypothese 1b)

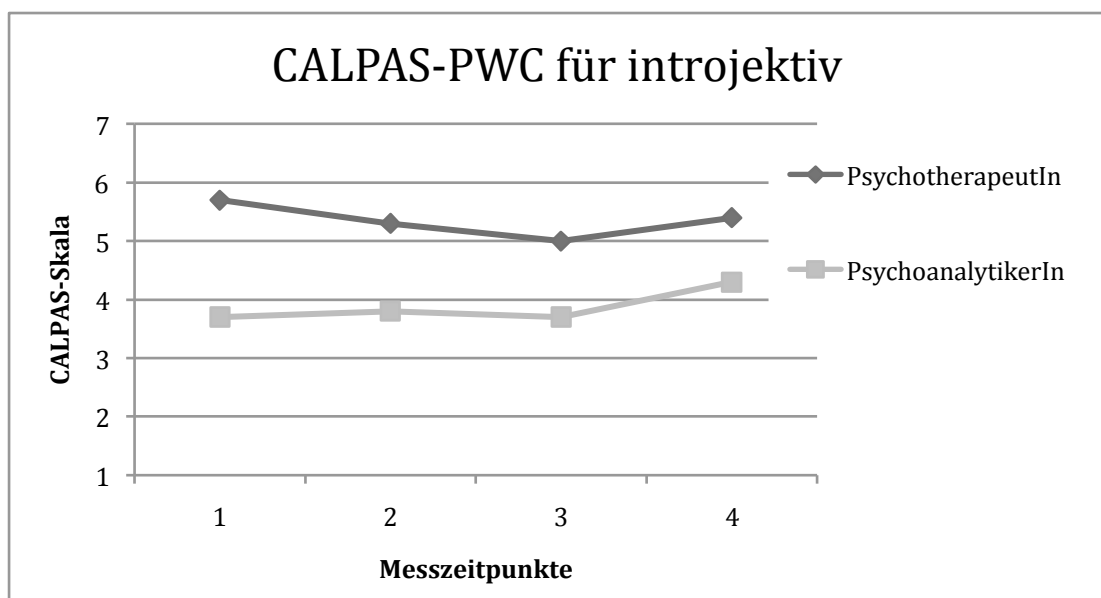


Abb. 12.b. Die CALPAS-Subskala PWC (Arbeitsfähigkeit der Patienten) für introjektive Patienten (Hypothese 1b)

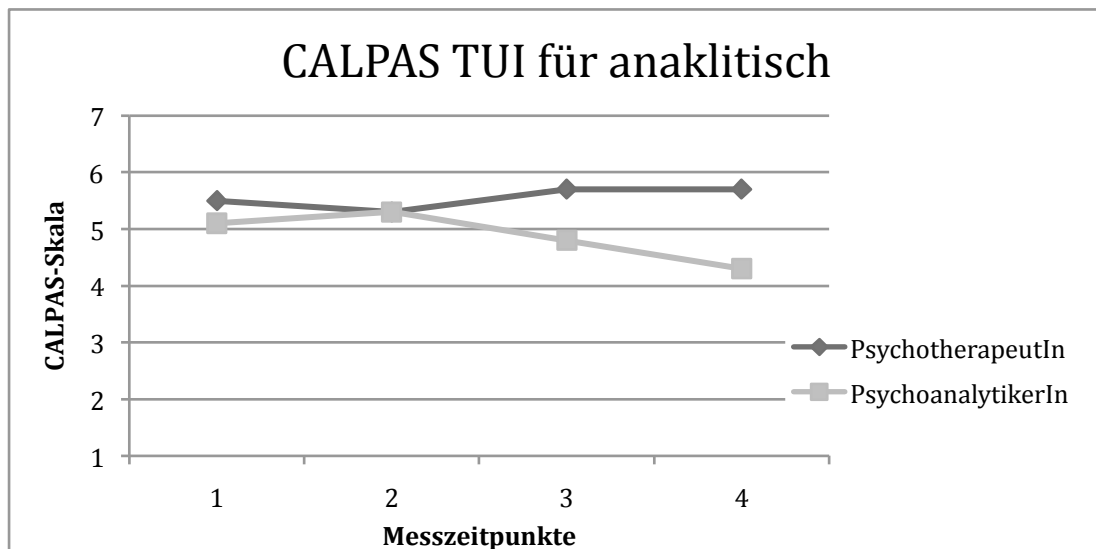


Abb. 13.a. Die CALPAS-Subskala TUI (Einfühlung und Verständnis des Therapeuten) bei anaklitischen Patienten (Hypothese 1b)

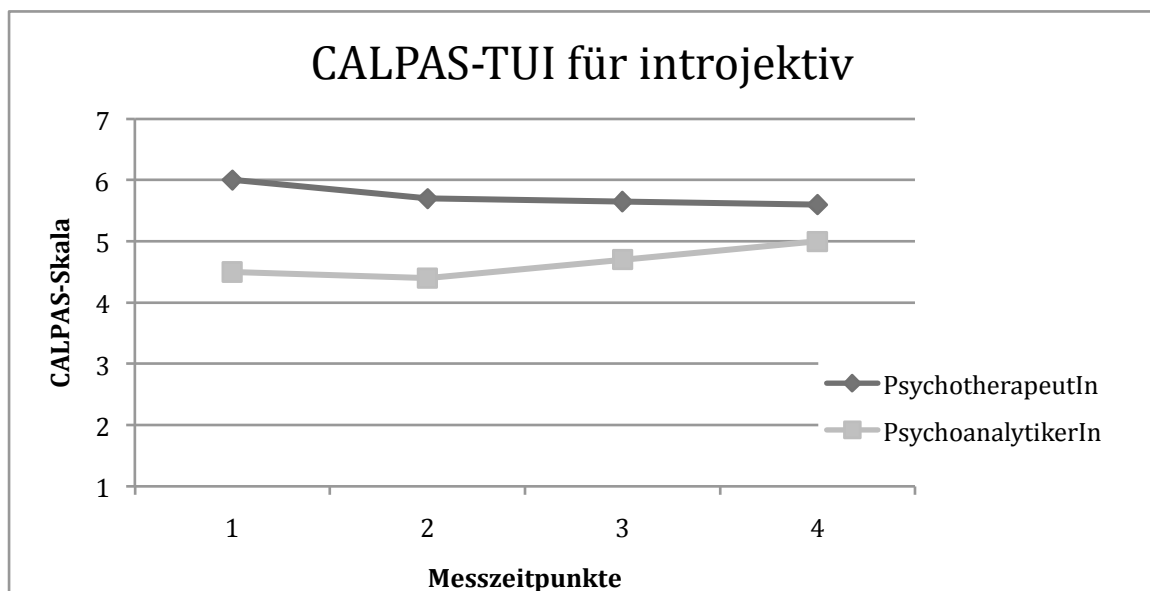


Abb. 13.b. Die CALPAS-Subskala TUI (Einfühlung und Verständnis des Therapeuten) bei introjektiven Patienten (Hypothese 1b)

Tab.18. Kontrollvariablen, die eine signifikante Interaktion mit DRS aufweisen: Ausbildung des Therapeuten, Therapiefrequenz (1-, 2-, 3-stündig), Therapiearchiv (Boston/Berkeley, Ulm, München), Zeitraum (in Jahresabschnitten) mit Mittelwerte *M* (Standardfehler *SE*) (Hypothese 1b)

Kontroll- variable		DRS-Selbst					DRS-Objekt					
Ausbildung (Therapeut)		Psychoanaly- tiker (n=15)		Psychotherapeut (n=14)								
<i>M (SE)</i>		5.59 (0.14)		5.86 (0.19)								
Frequenz		1-std.	2-std.	3-std.		1-std.	2-std.	3-std.				
<i>M (SE)</i>		5.05 (0.24)	5.82 (0.17)	5.81 (0.15)		4.62 (0.23)	5.33 (5.38)	5.38 (0.16)				
Therapie- archiv		Boston (n=10)		Ulm (n=4)		München (n=15)		Boston (n=10)		Ulm (n=4)		München (n=15)
<i>M (SE)</i>		5.86 (0.16)		4.81 (0.25)		5.8 (0.13)		5.37 (0.12)		4.28 (0.27)		5.36 (0.19)
Therapie- zeitraum		1 80-85	2 90-95	3 95-00	4 00-05	5 05-10	1 80-85	2 90-95	3 95-00	4 00-05	5 05-10	
<i>M (SE)</i>		4.8 (0.26)	5.56 (0.36)	5.75 (0.19)	5.86 (0.15)	5.93 (0.23)	4.28 (0.22)	5.62 (0.27)	5.19 (0.15)	5.45 (0.14)	5.37 (0.19)	

Tab. 19. Signifikante Kontrollvariablen mit Effekten auf CALPAS aus der ANOVA mit Richtung des Mittelwertunterschieds anhand der Mittelwerte (*M*) und Standardfehler (*SE*). (Hypothese 2b)

Kontrollvariable	Ausprägungen der Kontrollvariablen				
Bildung (Patient)	Realschulabschluss		Abitur/Highschool		Universität
<i>M (SE)</i>	4.05 (0.35)		4.96 (0.20)		5.5 (0.45)
Ausbildung(Therapeut)	Psychoanalytiker		Psychotherapeut		
<i>M (SE)</i>	4.31 (0.16)		5.41 (0.22)		
Therapiefrequenz	1-stündig		2-stündig		3-stündig
<i>M (SE)</i>	3.74 (0.27)		5.40 (0.18)		4.44 (0.17)
	5.40 (0.18)		4.44 (0.17)		
Therapiearchiv	Boston/Berkeley		Ulm		München
<i>M (SE)</i>	5.41 (0.20)		3.66 (0.32)		4.48 (0.16)
	3.66 (0.32)		4.48 (0.16)		
Zeitraum der Therapie	1	2	3	4	5
	1980-85	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10
<i>M</i>	3.66	5.27	5.27	3.66	5.27
<i>(SE)</i>	(0.35)	(0.50)	(0.50)	(0.35)	(0.50)

Tab.26. Therapeutische Veränderung auf der 10stufigen DRS (Selbst und Objekt) über die Messzeitpunkte 1 bis 4 für alle Patienten (N=29) mit Mittelwerten (M), Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max). (Hypothese 3a)

DRS	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Selbst	5.48	0.74	5.72	0.65	5.60	0.57	5.91	0.78
Objekt	5.02	0.63	5.10	0.81	5.18	0.60	5.51	0.71
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Selbst	4.00	7.00	4.00	7.00	2.00	6.50	5.00	8.00
Objekt	3.50	6.50	2.00	6.50	4.50	7.00	4.00	6.75

Tab.27 Therapeutische Veränderung der Persönlichkeitskonfiguration auf der 100-Punkt Ana-Int-Skala für alle Messzeitpunkte (MZP); getrennt nach anaklitisch (n=4) und introjektive (n=25). (Der Cutoff liegt bei 50.) Mittelwerten (M), Standardabweichung (SD), Minimum (Min) und Maximum (Max). (Hypothese 3a)

Skala	MZP 1		MZP 2		MZP 3		MZP 4	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Ana	23.75	9.47	28.75	8.54	31.67	10.41	31.67	18.93
Int	84.00	5.77	79.80	6.53	82.80	7.51	80.52	9.52
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Ana	10	30	20	40	20	40	10	45
Int	75	100	70	95	70	100	65	100

Tab. 33.b. T-Test zwischen Patienten mit (n=12) und ohne (n=17) signifikante Veränderung Reliable Change Index (RCI) (cut-off RCI = 1.96) über alle MZP. Mit (tendenziell) signifikanten PQS-Items zwischen den Gruppen; mit Mittelwerten (M), Standardabweichung (SD), T-Wert, Freiheitsgraden (df), p-Wert, Konfidenzintervallen (CI). Reversed Item mit (-r). (Hypothese 3b)

PQS	Signifikante Veränderung (RCI > 1.96)		Keine signifikante Veränderung (RCI < 1.96)		T-Test für Mittelwertsunterschiede bei unabhängigen Stichproben (zweiseitig)				
	Item	M	SD	M	SD	T-Wert	df	p-Wert	CI unten CI oben
6		8.21	0.84	7.12	1.97	2.03	23.04	.054	-0.02 2.20
8-r		3.38	0.96	4.09	1.24	-1.75	26.73	.092	-1.55 0.13
20-r		2.25	0.84	3.24	1.55	-2.20	25.61	.037	-1.91 -0.06
23		7.79	0.89	6.91	1.50	1.97	26.39	.059	-0.04 1.80
26-r		5.50	1.80	6.82	1.32	-2.17	19.10	.043	-2.60 -0.05
27		4.88	0.68	3.79	1.26	2.97	25.54	.006	0.33 1.83
30-r		4.50	0.67	5.74	1.79	-2.60	21.82	.016	-2.22 -0.25
40		6.79	1.05	6.00	1.15	1.92	25.03	.066	-0.06 1.64
42-r		1.54	0.54	2.29	1.43	-1.98	21.88	.060	-1.54 0.03
43		5.62	1.04	4.01	1.02	3.94	23.43	.001	0.73 2.34
58-r		3.08	1.52	2.00	0.73	2.29	14.60	.037	0.07 2.09
62		6.92	1.46	5.85	1.85	1.73	26.60	.096	-0.21 2.33
65		7.50	0.83	6.38	1.55	2.52	25.49	.019	0.20 2.03
71-r		4.79	1.30	6.74	1.56	-3.64	26.13	.001	-3.04 -0.85
75-r		4.58	0.42	4.97	0.51	-2.23	26.38	.034	-0.74 -0.03
77-r		1.83	0.49	2.47	0.98	-2.31	24.91	.030	-1.21 -0.07
87-r		2.92	1.14	4.59	1.81	-3.04	26.76	.005	-2.80 -0.54
93-r		4.30	2.38	5.88	1.43	-2.07	16.60	.055	-3.20 0.04

10 Lebenslauf

Dipl.-Psych. **Ingrid Erhardt** (geb. 13.09.1976 in Frunse)

Schulische und akademische Ausbildung

- 2008-2009 Forschungsaufenthalt Massachusetts General Hospital/
Harvard Medical School, Boston (USA)
- 2008-2010 Promotionsstudium Psychologie (Nebenfach
Psychopathologie)
- 2005 Auslandsaufenthalt Università degli Studi Padova (Italien)/
Erasmusprogramm
- 2003-2008 Psychologie (*Diplom-Studiengang*) LMU München
- 1996 Abitur Schillergymnasium Pforzheim

Psychotherapeutische Ausbildung

- 2009 – Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München
e.V. / in Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin
(nach PsychThG)
- 1997- 2001 Studium der Kreativen Therapie /Musiktherapie (*Bachelor*)
Hogeschool von Arnhem en Nijmegen (Niederlande)

Berufliche Tätigkeit

- 2009 – Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Dr. von Haunerschen
Kinderspital, LMU Klinikum der Universität München, Abteilung
Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie
- 2006-2008 Musiktherapeutin am Dr. von Haunerschen Kinderspital, LMU
Klinikum der Universität München, Abteilung Pädiatrische
Psychosomatik und Psychotherapie
- 2005-2006 Studentische Hilfskraft am Max-Planck-Institut für Kognitions-
und Neurowissenschaften, München
- 2005, 2006 Musiktherapeutin in der Klinik St. Irmingard, Abteilung
Psychosomatik/ Prien am Chiemsee
- 2001-2003 Musiktherapeutin am Bezirksklinikum Gabelsee,
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie/ Wasserburg
am Inn

Forschungsförderung

- 2010-2012 Promotionsstipendium der Köhler-Stiftung/Stifterverband der
deutschen Wissenschaft
- 2009 Research Grant *International Psychoanalytic Association*
- 2008 Hochschule International LMU München