
Strukturelle Veränderungen Psychodynamischer Therapiefoki in Langzeittherapien

Vergleich einer
Online- vs. Offline- Perspektive

Verena Hümmeler



München 2009

Strukturelle Veränderungen Psychodynamischer Therapiefoki in Langzeittherapien

Vergleich einer
Online- vs. Offline- Perspektive

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie

an der Ludwig-Maximilian-Universität

München

vorgelegt von

Verena Hümmeler

aus Erlangen

München, Juli 2009

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens
Zweitgutachter: PD Dr. phil. Markos Maragkos
Tag der mündlichen Prüfung: 06.07.2009

Es soll nicht genügen, dass man Schritte tue, die einst zum Ziele führen,
sondern jeder Schritt soll Ziel sein und als Schritt gelten.

Johann Wolfgang von Goethe

Danksagung

Nun liegt ein bedeutsamer Weg auf der Suche nach meiner eigenen analytischen Identität als Psychotherapeutin hinter mir. Einen entscheidenden Beitrag hierzu lieferten die intensive wissenschaftliche Arbeit am Projekt MÜBITROPAS unter Anleitung von Prof. Dr. Wolfgang Mertens sowie meine analytische Ausbildung bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse und am C.G. Jung Institut München.

Mein besonderer Dank gilt deshalb Herrn Prof. Dr. Wolfgang Mertens für sein Erfahrungswissen, an dem ich teilhaben durfte und für die persönliche Förderung und Unterstützung während der gesamten Promotionszeit. Ganz herzlich bedanken möchte ich mich außerdem bei meiner Lehranalytikerin Frau Dr. Lilian Otscheret und meinen Supervisoren, die mich während dieser ganzen Zeit im Rahmen meiner analytischen Ausbildung unterstützt und begleitet haben.

Darüber hinaus möchte ich mich bei meiner Projektpartnerin Claudia Denscherz Dank aussprechen, mit der ich unzählige Stunden Videomaterial gesichtet und bis zur Erschöpfung über die verschiedenen Fälle intensiv diskutiert habe. Es waren wertvolle Stunden, in denen ich aus der gemeinsamen Arbeit viel lernen konnte.

Zuletzt möchte ich mich bei Michael Tyrkas, meinem Freund und meinen Eltern, Beate und Alexander Hümmeler bedanken, die von der Bedeutsamkeit dieser Arbeit für mich wussten und mich begleiteten, indem sie fortwährend an mich und meine Fähigkeiten glaubten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	10
2. Theoretische Überlegungen	12
2.1. Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse	12
2.1.1. Psychoanalyse und Qualitätssicherung	14
2.1.2. Integration der Perspektiven – die Bedeutung der Evaluationsforschung	17
2.2. Behandlungsziele in analytischen Psychotherapien	18
2.2.1. Zielsetzung vs. Zieloffenheit in psychoanalytischen Therapien	18
2.2.2. Der Fokus im psychoanalytischen Prozess	21
2.2.3. Das Implizite bei der Zielgestaltung	23
2.3. Das Ziel struktureller Persönlichkeitsentwicklung	24
2.3.1. Entwicklungspsychologische Überlegungen zur Struktur	24
2.3.2. Einfluss der Psychotherapie auf die Strukturentwicklung	26
2.3.3. Erfassung struktureller Veränderungen	28
2.4. Entwicklung forschungsrelevanter Fragen	29
3. Forschungskontext der Arbeit	31
3.1. Das MÜBITROPAS-Projekt	31
3.2. Beschreibung der Patienten	31
3.3. Einbindung der Teilfragestellung	32
3.4. Methodik	33
3.5. Instrumente	34
3.5.1. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	34
3.5.2. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)	34
3.5.3. Die Kassenanträge	35
3.6. Datenanalyse	37
3.7. Hypothesen	37
4. Darstellung der Ergebnisse	39
4.1. Patient A	39
4.1.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	39
4.1.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	42
4.1.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient A	43
4.2. Patient B	47
4.2.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	47
4.2.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	49
4.2.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient B	51
4.3. Patient C	55
4.3.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	55
4.3.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	57
4.3.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient C	58
4.4. Patient D	61
4.4.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	61
4.4.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	63
4.4.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient D	65
4.5. Patient E	68

4.5.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	68
4.5.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	70
4.5.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient E	71
4.6.	Patient F	74
4.6.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	74
4.6.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	76
4.6.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient F	78
4.7.	Patient G	81
4.7.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	81
4.7.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	83
4.7.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient G	85
4.8.	Patient H	88
4.8.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	88
4.8.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	90
4.8.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient H	91
4.9.	Patient I	94
4.9.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	94
4.9.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	96
4.9.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient I	97
4.10.	Patient J	100
4.10.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	100
4.10.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	102
4.10.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient J	103
4.11.	Patient K	106
4.11.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	106
4.11.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	108
4.11.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient K	109
4.12.	Patient L	112
4.12.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	112
4.12.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	114
4.12.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient L	115
4.13.	Patient N	118
4.13.1.	Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki	118
4.13.2.	Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki	120
4.13.3.	Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient N	121
5.	Diskussion der Ergebnisse	124
5.1.	Zusammenfassende Darstellung des Gesamtergebnisses	124
5.2.	Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse	135
5.3.	Studienbezogene Einordnung der Ergebnisse	139
5.4.	Bewertung und Schlussfolgerung	141
5.5.	Wertung im wissenschaftlichen Kontext	143
5.6.	Resümierende Betrachtung und Überlegungen	147
5.6.1.	Strukturelle Veränderungen –was wirkt tatsächlich?	147
5.6.2.	Effektivität eines fokuserorientierten Vorgehens	151
5.6.3.	Was leisten die Instrumente für die Erfassung struktureller Veränderung?... ..	152
5.7.	Integration der Beziehungsanalyse – Erweiterung des Materials	154
5.8.	Weitere Überlegungen für die zukünftige Forschung	156
6.	Abschließende Bemerkungen	158

7. Literatur	160
8. Anhang	166
8.1. Erhebungsmethoden	166
8.2. Datengrundlage	169
8.3. Ergänzung und Erweiterung zum HUSS-Manual	175

1. Einleitung

In Abgrenzung zu anderen therapeutischen Verfahren verfolgt die psychoanalytische Behandlungsmethode psychischer Störungen das komplexe Ziel einer tief greifenden strukturellen Veränderung. Hierbei geht sie von einer strukturellen und konfliktbedingten Genese aus. Für den Wirksamkeitsnachweis bedarf es von der modernen empirischen Psychotherapieforschung ergänzend zu einer Evaluation des Outcome eine sorgfältige Reflexion des therapeutischen Prozesses. Für eine detaillierte und umfassende Untersuchung des komplexen Therapieprozesses stehen heute zahlreiche Methoden und Herangehensweisen zur Verfügung. Von besonderer Bedeutung für die Analyse des Behandlungsprozesses sind die drei folgenden Kernfragen: Welche Wirkfaktoren sind für eine Veränderung entscheidend, wie sind Prozessentwicklungen zu verstehen und wo setzt die Wirkungskraft analytischer Therapien an.

Die vorliegende Studie behandelt in ihrem Forschungsschwerpunkt die dritte Kernfrage, die sich mit dem Ort bzw. dem Ziel von Veränderungen beschäftigt. Die Arbeit ist in das Projekt „Münchner bindungs- und traumororientierte Psychoanalysestudie“ unter Leitung von Herrn Professor Dr. Wolfgang Mertens am Department Psychologie der LMU München eingebettet. Sie setzt sich mit den möglichen Indikatoren für eine tiefenstrukturelle Veränderung innerhalb des Therapieprozesses auseinander. Hierbei geht sie von der grundlegenden Annahme aus, dass sich bei einem Patienten nach der Eingangsdiagnostik sog. Foki erfassen lassen, die sich als „Knoten“ bzw. zentrale Problembereiche des unbewussten Geschehens herausstellen und die Störung mit verursachen sowie aufrechterhalten. Aufgrund der entscheidenden Bedeutung der Foki für die unbewusste Problematik wird von ihrer inhaltlichen Stabilität ausgegangen. Ferner wird vermutet, dass sich die Wirkung psychoanalytischer Behandlungen an den zentralen Foki im Sinne einer tief greifenden Strukturveränderung deutlich macht.

Ausgehend von der Annahme zentraler Problem-Foki im Therapieprozess stellt sich in einem weiteren Schritt die Frage, inwieweit es sich hierbei um implizite fokale Themen des Therapeuten handelt, die geplant oder ungeplant, bewusst oder unbewusst zu handlungsleitenden Kernelementen seiner Behandlung werden. Hierzu findet ein Vergleich zweier Perspektiven statt: Es werden Foki in der Forschungsperspektive (Offline-Perspektive) ermittelt und den Foki der Therapeutenperspektive (Online-Perspektive) gegenübergestellt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich demnach mit den drei zentralen Fragen:

- Führen psychodynamisch orientierte Langzeittherapien zu strukturellen Veränderungen?
- Wo lassen sich die strukturellen Veränderungen lokalisieren?
- Wie lassen sich die strukturellen Veränderungen erklären?

Die Hypothesen bewegen sich auf den folgenden Untersuchungsebenen:

- Ermittlung von zeitlich und inhaltlich stabilen Foki innerhalb der jeweiligen Perspektive.
- Strukturelle Veränderungen der Foki über den zeitlichen Verlauf.
- Übereinstimmung der Fokauswahl und Fokuseinstufung zwischen den beiden Perspektiven.

Die vorliegende Studie schließt den Behandlungsverlauf von 13 Patienten ein, die sich einer analytischen Psychotherapie unterzogen haben. Die Untersuchung erfolgt zu insgesamt vier Messzeitpunkten: zu Beginn, nach 80, nach 160 und nach 240 Stunden. Für die Auswahl der Foki in einer Offline-Perspektive wird die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) eingesetzt. Grundlage hierfür ist ein videografiertes diagnostisches Interview, welches zu Beginn und wiederholt im Behandlungsverlauf durchgeführt wird. In der Online-Perspektive werden die Foki initial auf der Basis des Erstantrages für die Krankenkasse und im Therapieverlauf mittels der Fortsetzungsanträge bestimmt. Als zentrales Untersuchungsinstrument für die Veränderungsmessung kommt die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) zum Einsatz.

Die Forschungsarbeit beginnt mit Kapitel 2, einer theoretischen Einführung in das Thema und den sich daraus ableitenden grundlegenden Überlegungen und Fragestellungen. Kapitel 3 wird das Forschungsprojekt vorstellen, die Einbindung der bearbeiteten Teilfragestellung darlegen und mit den Hypothesen zum Ergebnisteil überleiten. Im 4. Kapitel werden die Ergebnisse getrennt für alle 13 Patienten dargeboten und anschließend einzeln diskutiert. Im daran anschließenden Kapitel 5 *Diskussion der Ergebnisse* erfolgt eine zusammenfassende Darstellung der Gesamtergebnisse und daran anschließend die hypothesengeleitete Diskussion. Die vorliegenden Ergebnisse werden mit Befunden anderer Studien verglichen, der Stellenwert der Arbeit im Kontext der Forschung eingeordnet und Überlegungen für die Umsetzung in der Praxis formuliert. Die Arbeit wird mit Kapitel 6 *Abschließenden Bemerkungen* beendet.

2. Theoretische Überlegungen

2.1. Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss sich die Psychoanalyse zahlreichen Herausforderungen stellen, die einen wissenschaftlichen, einen gesellschaftlich-kulturellen, einen politischen oder finanziellen Ursprung haben. Allen gemeinsam ist, dass sie zu Hindernissen werden können, die das Bestehen der Psychoanalyse infrage stellen.

In Bezug auf den aktuellen Zeitgeist muss sich die Psychoanalyse mit der Lebensform der Globalisierung und Medialisierung des Lebens konfrontiert sehen. Der erfolgreichste Mensch im modernen Kapitalismus ist laut Sennett „*der flexible Mensch*“, der „*offen für kurzfristige Veränderungen zu sein [hat], ständig Risiken einzugehen [hat] und weniger abhängig von Regeln und förmlichen Prozeduren zu werden [hat]*“ (Sennett, 1998, S. 10). Eine hierbei wichtige Eigenschaft ist die „*Fähigkeit sich von der eigenen Vergangenheit zu lösen und Fragmentierungen zu akzeptieren*“ (ebd., S. 79). Demzufolge scheint es für den erfolgreichen Menschen, orientiert man sich an Sennett, hinderlich zu sein, sich einer langen aufwendigen psychoanalytischen Behandlung zu unterziehen. Diesem Druck in Folge der auf Kurzfristigkeit angelegten Gesellschaft, rasch Ergebnisse zu erzielen, ohne dabei nachhaltige Konsequenzen zu berücksichtigen, stehen langfristige Ziele entgegen. Die gesellschaftliche Veränderung nimmt auch Einfluss in die Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff und den damit verbundenen ökonomischen Überlegungen in der Krankenversorgung.

Diesem gesellschaftlichen Zeitgeist unterliegt auch die kommerziell ausgelegte Gesundheitspolitik. Der zusätzliche Kostendruck aufgrund der finanziellen Knappheit erzeugt weitere Forderungen, bei einem geringen Maß an Zeitaufwand den maximalen Erfolg zu erzielen (Mertens, 1997). Auch die Psychoanalyse wird mit Fragen nach den gesundheitsökonomischen Ergebnissen und der Qualität konfrontiert, die sicherlich auch ihre Berechtigung haben.

Infolge des politischen und finanziellen Drucks wird die wissenschaftliche Auseinandersetzung in der Psychotherapie immer stärker betont. Sie bildet die Grundlage für den Dialog mit den Gesellschaften, z. B. den Krankenkassen, und entscheidet über das Fortbestehen der Psychoanalyse als Leistung in der kassenärztlichen Versorgung. Obwohl der politische, finanzielle und gesellschaftliche Druck immer größer wird, herrscht innerhalb des

wissenschaftlichen Feldes immer noch kein gemeinsames konformes Auftreten der Vertreter der Psychoanalyse. Hier finden sich u. a. auch Quellen für den inneren Widerstand, der den Herausforderungen im Außen zusätzlich entgegensteht. Für viele praktizierende Analytiker besteht eine Unvereinbarkeit zwischen dem intimen, subjektiven und isolierten Gefüge der Analyse und der systematischen Erforschung und Objektivierung psychoanalytischer Erkenntnisse (Rudolf, 2005). Obwohl Forschung und Psychoanalyse - Wissenschaft und Therapiemethode - von Anfang an eng miteinander verbunden waren (Freud, 1999f), wird also immer wieder von unüberwindlichen Gegensätzen gesprochen. Kontroversen und Debatten zwischen Forschungsgegnern und Forschungsbefürwortern dauern noch heute an. Diese ambivalente Grundhaltung ermöglicht keine klare Positionierung, im Außen entstehen Zweifel und Angriffe auf die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit der Psychoanalyse. Ein gemeinsames konformes Bestreben und Auftreten ist allerdings dringend erforderlich, um die Zukunft der Psychoanalyse als Therapiemethode und Wissenschaft zu sichern (Kernberg, 2001).

Die psychoanalytischen Gesellschaften haben die Dringlichkeit dieser Auseinandersetzung erkannt und reagieren auf diesen Zeitgeist, indem sie Forschungsaktivitäten und Wissenschaftlichkeit auf ihrem Gebiet fördern (siehe hierzu Mertens, 2007). Zahlreiche namenhafte Forscher betonen heute nicht nur die Notwendigkeit, sondern auch die Unüberwindbarkeit der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Therapiemethode. Um die Besonderheit der Psychoanalyse zu bewahren und ihre Abgrenzung zu anderen Verfahren zu belegen, führen sie groß angelegte Forschungsprojekte mit dem Ziel der Wirksamkeitsüberprüfung durch (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2001). Außerdem herrscht ein wachsendes Bestreben, mit anderen Disziplinen, wie z. B. der Neurowissenschaft in Dialog zu treten. Kernberg (2001) betont, dass die Psychoanalyse als Wissenschaft nur im Kontakt und Austausch mit anderen Wissenschaften weiterhin existieren kann.

Ein Dialog mit den Nachbardisziplinen hat bereits stattgefunden und zu einem fruchtbaren Austausch zwischen der Psychoanalyse und der Neurowissenschaft geführt (Leuzinger-Bohleber, 2008). Neurowissenschaftler sprechen bereits von einer „*Neurowissenschaft des subjektiven Erlebens*“ (Solms & Turnbull, 2004). Der Annäherung seitens der Psychoanalyse an die Nachbardisziplinen verdanken wir heute auch die bedeutsamen Befunde aus der Emotionsforschung und der Entwicklungspsychologie. Letztgenannte Disziplin hat u. a. einen wichtigen Beitrag zu strukturellen Entwicklung geliefert, der im Kapitel 2.3 näher erläutert werden soll.

2.1.1. Psychoanalyse und Qualitätssicherung

Eine der zentralen Herausforderungen an die Psychoanalyse ist die Frage nach ihrer Effektivität und Effizienz. Dies berührt das Thema um die Qualitätssicherung in der Psychotherapie, welches insbesondere in der Debatte um die Finanzierung von Psychotherapien eine wichtige Rolle spielt. Im Sozialgesetzbuch V heißt es in Bezug auf die Qualität von Versorgungsleistungen in der Medizin:

„Die Leistungsbringer sind zur Sicherung und weiteren Entwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechend und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.“ (§135).

Die neuen Rahmenbedingungen für ambulante Psychotherapie beinhalten neben den zahlreichen Verfahren zur Standardisierung, wie z. B. manualisierte Therapien, Evidence Based Medicine, etc., auch qualitätssichernde Maßnahmen.

„Schließlich wurde in den Psychotherapie-Richtlinien die Absichtserklärung eingefügt, dass zum 01.01.2000 ein Verfahren zur Dokumentation psychotherapeutischer Leistungen und zur Evaluation der Prozess- und Ergebnisqualität zwischen den Vertragspartnern der Psychotherapievereinbarungen vereinbart werden soll.“ (Rüger et al., 2003, S. 7).

Eine weitere wichtige Veränderung in Bezug auf die Qualitätssicherung stellen die klaren Richtlinien für die Befähigung und fachliche Voraussetzung von Psychotherapeuten dar. (Psychotherapievereinbarungen, Teil B). Darüber hinaus werden Behandlungsentscheidungen nun zunehmend nach standardisierten und ökonomischen Gesichtspunkten vorgenommen. Im stationären Bereich wurden diese Strukturen aufgrund des zeitlichen Drucks und der strengen Finanzvorgaben schon früher eingeführt. Es wurden störungsspezifische Therapien entwickelt und eine begleitende Dokumentation vorgenommen (Laireiter, 2007). Allerdings wird deutlich, dass die Umsetzung von Qualitätssicherung in der Psychotherapie schwierig ist. Die Gesetzmäßigkeiten von Qualitätssicherung, wie sie heute in der Wirtschaft aufgestellt werden, lassen sich nicht exakt auf das System psychotherapeutischer Leistungen übertragen. Den Systemen liegen u. a. unterschiedliche Wertevorstellungen zugrunde. So stellt sich in Bezug auf psychotherapeutische Leistungen die Frage, was ein wünschenswertes Ergebnis sein könnte. Die Psychotherapie-Richtlinien geben hierzu klare Angaben: Hierbei geht es um die Heilung oder Linderung seelischer Krankheiten, nicht aber um eine *„die gesamten Lebensverhältnisse umfassenden psychosozialen Versorgung“* (R: D 3). Ausschlusskriterien für Psychotherapie werden definiert. Ein Schwerpunkt aktueller Qualitätssicherung liegt auf

der Ergebnisqualität. Dem steht die Auseinandersetzung vieler Praktiker mit der Struktur- und Prozessqualität gegenüber, da die strukturorientierte Prozessdiagnostik weitaus mehr dem Charakter und Absichten psychoanalytischer Therapien entgegenkommt.

Qualitätssicherung aus der Sicht der Gesundheitspolitik

Zur Abschätzung von Kosten und Nutzen hat die Gesundheitsökonomie zahlreiche Modelle entwickelt (Frasch & Neumann, 1999). Aus Sicht der Gesundheitspolitik wird zwischen Effektivität und Effizienz unterschieden (Laireiter, 2007). Die Effekte von Psychotherapie lassen sich in Bezug auf den finanziellen Aspekt allerdings nur schwer beurteilen. Eine sinnvolle und aussagekräftige Kosten-Nutzen-Analyse kann daher kaum realisiert werden, da sich z. B. Persönlichkeitsveränderungen, Besserung von Symptomen und von interpersonellen Problemen nicht in einen Wert übersetzen lassen. Behandlungskosten müssen bei Kosten-Nutzen-Studien aber mit dem Behandlungsnutzen ökonomisch messend verglichen werden. Gesundheitsökonomische Studien im Bereich der Psychotherapie befassen sich daher mit direkten und indirekten Faktoren. Direkte Kosten sind beispielweise Arztkonsultationen, Einnahme von Medikamenten, Kosten für Diagnostik und Behandlung; indirekte Kosten umfassen z. B. Arbeitsunfähigkeitstage und Krankenhaustage. Der Wert der Psychotherapie wird hierbei aber systematisch unterschätzt, da ein großer Anteil an Lebensqualität in keine ökonomische Entsprechung übersetzt werden kann (Rasting & Beutel, 2002). Wie rasch und heftig die Gesundheitspolitik auf kritische Hinweise hinsichtlich der Umsetzung von Psychotherapie und damit verbundenen Einsparungsmöglichkeiten reagiert, unabhängig von der Qualität der wissenschaftlichen Überprüfung, zeigt die kontroverse Auseinandersetzung in Folge der Veröffentlichung von Grawe et al. (1994). Seine „wissenschaftlich“ untermauerte Behauptung, Psychotherapie kann „schneller, billiger und effizienter“ durchgeführt werden, war hauptsächlich ein Vorwurf an psychoanalytische Langzeittherapien. Die übermäßige Wirkung seiner Aussage ist vermutlich auch ein Grund dafür, dass es zunächst nur wenige Psychoanalytiker gab, die sich kritisch mit der statistischen Sorgfalt seiner Daten auseinandersetzten; eine Ausnahme hierzu ist u. a. die Arbeit von Mertens (1994). Es dauerte an bis sich auch andere Forscher mit den methodischen und wissenschaftlichen Mängeln beschäftigten. Die groß angelegten und renommiertesten Therapiestudien zur Wirksamkeit von Langzeittherapien haben diese schwierigen methodischen und wissenschaftstheoretischen Fragen jedoch berücksichtigt (z. B. DPV- Studie von Leuzinger-Bohleber et al. 2002). Allerdings wird auch deutlich, welchen Herausforderungen und Schwierigkeiten die Forscher auf diesem Gebiet begegnen. So ist z. B. die Befragung des Patienten der direkte Zugang, um

Erfolge zu überprüfen, wobei es aber bei länger zurückliegenden Behandlungszeiträumen zu unverlässlichen Angaben kommen kann (Rasting & Beutel, 2002).

Qualitätssicherung aus Sicht der Psychoanalytiker

Die Qualität einer Psychotherapie aus der Perspektive von Psychoanalytikern wird sehr viel differenzierter, wenn auch nicht immer einheitlich betrachtet. Einigkeit besteht in Bezug auf die grundsätzliche Aufgabe von Psychotherapie: Die Störung soll beseitigt und positive Ziele, eine Norm erreicht werden (Rudolf, 2000). In diesem Konsens findet man eine Übereinstimmung mit den Forderungen aus dem Bereich der Gesundheitsökonomie. Darüber hinaus existieren aber zahlreiche weitere Zielvorstellungen und Veränderungskonzepte, die in Abhängigkeit von den Prozessmodellen und der Behandlungspraxis entwickelt werden.

Der Entwicklung von Therapiezielen in der Psychoanalyse geht eine lange Geschichte voraus. Sie steht in engem Zusammenhang mit den theoretischen Modellvorstellungen analytischer Schulen (Sandler & Dreher, 1999). Aus der Geschichte der Psychoanalyse geht hervor, dass die therapeutischen Ziele in der Psychoanalyse eng mit den Vorstellungen von seelischer Gesundheit sowie der Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff verbunden sind. Frühere von der Psychoanalyse unabhängige Konzeptionen verstanden Gesundheit als einen statischen Zustand. Von der WHO 1946 wurde Gesundheit als Zustand physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens verstanden. Allerdings fehlt in dem statischen Modell die Möglichkeit von Adaptions-, Akkommodation- und Bewältigungsfähigkeiten, mit denen ein Subjekt das Selbst in Interaktion mit der Umgebung reguliert. Neuere Entwürfe gehen daher von einem prozessualen Geschehen aus: Gesundheit ist das Ergebnis von Prozessen im Rahmen der gesamten Lebensspanne eines Individuums (Cummings, 1999). Hier zeigen sich Parallelen zu Überlegungen von der Entwicklung seelischer Gesundheit im Rahmen von psychoanalytischen Therapien. Neuere psychoanalytische Selbsttheorien (Bollas, 1992) verstehen in einer gesunden Entwicklung einen lebenslangen Prozess, der durch die psychoanalytische Behandlung unterstützt werden kann. Das Konzept seelischer Gesundheit umfasst ein Menschenbild aber auch eine Weltanschauung. Gesundheit wird demnach aber nicht als ein objektiv messbarer Zustand erfasst werden. Es ist vielmehr das Widerfahren von der Qualität des eigenen Lebens. Die Erfassung des Zugewinns an Lebensqualität lässt sich allerdings nur schwer operationalisieren.

Die Art der Operationalisierung von Zielvorstellungen hat jedoch Einfluss auf die Methode der Erfassung. Freud stand als naturwissenschaftlich ausgebildeter Arzt seinen Krankengeschichten, die „*wie Novellen zu lesen sind*“ mit gemischten Gefühlen gegenüber

(Freud, 1999a, S. 227). Er machte „*die Natur des Gegenstandes*“ für die Form der Krankengeschichten verantwortlich. Das Ziel einer inneren Veränderung lässt sich nun mal nicht direkt beobachten, sondern muss indirekt mittels interpretativer Techniken erschlossen werden. Allerdings schreibt er auch:

„Es ist zwar einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, dass Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen, aber die Technik, die der einen dient, widersetzt sich von einem gewissen Punkt an doch der anderen. Es ist nicht gut, einen Fall wissenschaftlich zu bearbeiten, solange eine Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.“ (Freud, 1999d, S. 380).

Die Psychoanalyse kann daher nicht auf qualitative und subjektive Aspekte bei der Erfassung des Behandlungsverlaufes verzichten.

2.1.2. Integration der Perspektiven – die Bedeutung der Evaluationsforschung

Aus der Darstellung beider Perspektiven geht hervor, dass sich die Zielvorstellungen aus der Sicht der Gesundheitsökonomie von jenen aus Sicht der behandelnden Psychoanalytiker unterscheiden. Fäh (1998) sieht die Notwendigkeit, ein „*interface*“ und eine Übersetzungstheorie zwischen Psychoanalyse und Gesundheitsökonomie zu schaffen, um das Übersetzungsproblem zu beheben, welches bei der Umsetzung von psychoanalytischen Zielen in ökonomische Nutzen-Kategorien entsteht. Er fordert, den langfristigen volkswirtschaftlichen Nutzen in Wirksamkeitsanalysen von Langzeittherapien stärker zu berücksichtigen. Es stellt sich hierbei allerdings die Frage, mit welchem qualitativen Datenverlust diese Übersetzungstheorie einhergeht. Buchholz (1997) befasst sich mit dem Verhältnis von Wissenschaft und Praxis und vertritt die Ansicht, dass Forscher und Praktiker mit unterschiedlichen Problemen zu tun und mit ungleichen Methoden zu arbeiten haben. Er behauptet, dass

„Forschung und Profession unterschiedliche Systeme sind, die füreinander Umwelten bilden. Dies impliziert, dass die Systeme die unterschiedlichen Welten, in denen sie leben, beachten und respektieren.“ (Buchholz, 2006, S. 448).

Rater stellen die Verbindung beider Bereiche dar und übersetzen qualitative Daten in quantitative. Hierbei verwenden sie ihre interpretativen und sozial-interaktiven Kompetenzen, um das Geschehen in der Praxis in Zahlen umzusetzen. Im Rahmen der Qualitätssicherung könnte die Arbeit der Rater an die Praktiker abgegeben werden, damit ihre subjektiven Fähigkeiten im Sinne der Evaluation an Bedeutung gewinnen. Die Studie der DPV (Leuzinger-Borleber, 2001) stellt beispielsweise einen geglückten Versuch dar, qualitative mit

quantitativen Daten zu kombinieren. Hierzu werden entsprechend einer multiplen Operationalisierung unterschiedliche Beurteilersysteme und Datenebenen verwendet.

Das Interesse an Psychotherapieforschung hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen. Hierfür ausschlaggebend ist sicherlich auch die Vielzahl an Methoden und Herangehensweisen, die das komplexe Geschehen in psychotherapeutischen Behandlungen differenziert abbilden können. Es sind aufwendige Verfahren und Instrumente zur Durchführung von Status- und Prozessdiagnostik konzipiert worden (siehe hierzu z. B. Rudolf et al., 2001; Klug & Huber, 2006), die dem Charakter psychoanalytischer Psychotherapien gerecht werden und ihn angemessen abbilden können.

Die Auseinandersetzung um Effizienz und Effektivität psychoanalytischer Behandlungen lässt sich ohne eine Beschäftigung mit den Zielvorstellungen und Veränderungskonzepten in analytischen Therapien nicht führen. Im nachfolgenden Kapitel wird der Frage nach den Zielen in Psychotherapien nachgegangen.

2.2. Behandlungsziele in analytischen Psychotherapien

In Zusammenhang mit der Beschäftigung von Wirksamkeitsnachweisen und der Qualitätssicherung von psychoanalytischer Therapie wurde die Frage um die Ziele in der Therapie bereits berührt. Zunächst hängen Zielvorstellungen davon ab, von wem sie definiert werden: von Patienten, Therapeuten oder Kostenträger. Im Rahmen der Qualitätssicherung wurde bereits deutlich, dass Vorstellungen in den verschiedenen Perspektiven Praktiker vs. Gesundheitsökonomie nur in dem übergreifenden Aspekt – einer Beseitigung der Störung – übereinstimmen. Die Frage um die Zielvorstellungen unter praktizierenden Psychoanalytikern kann allerdings nicht einheitlich beantwortet werden. Darüber hinaus erklären einige analytische Psychotherapeuten, dass sie ziellos an die Behandlung des Patienten herangehen. So stellt sich zunächst erst einmal die Frage nach der Zielsetzung vs. Zieloffenheit.

2.2.1. Zielsetzung vs. Zieloffenheit in psychoanalytischen Therapien

In der Psychoanalyse stellt die Offenheit für die therapeutische Entwicklung jedes einzelnen Patienten eine wichtige Grundhaltung dar. Der Psychoanalytiker macht sich zur Aufgabe, den Patienten in seiner jeweiligen Entwicklung zu fördern. Der Patient soll nicht von vornherein zu einem bestimmten typischen Fall mit bestimmten Entwicklungszielen erschaffen werden. Körner (2007) vermutet gerade in der Weigerung, die Wege und Ziele des Patienten zu planen, den Erfolg der Psychoanalyse. Jung (1929) vertritt mit Entschiedenheit die Position,

dass es sich bei jedem Patienten um eine individuelle Entwicklungsdynamik und spezifische Entwicklungserfordernisse handelt.

„Ich muss gestehen, dass ich mich in dieser Hinsicht (Komplexität psychischer Phänomene) so oft getäuscht habe, dass ich im konkreten Fall von allen theoretischen Voraussetzungen über die Struktur der Neurose und über das Können und Sollen des Patienten möglichst absehe. (...) In der Psychotherapie scheint es mir gerade zu ratsam, wenn der Arzt kein zu sicheres Ziel hat. Er kann es wohl kaum besser wissen als die Natur und der Lebenswille des Kranken.“ (ebd., S 81).

Die Forderung Bions (1970) enthält die Haltung in einer provokanten Position: *„NO memory, desire, understanding“* (ebd., S. 129). Dieser Forderung liegt die Annahme zugrunde, dass bei Unbekanntem und Neuen der Halt zu schnell in dem Bekannten gesucht und gefunden wird. Die Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten sind damit begrenzt. Schneider (2003) vertritt mit seinem Konzept der Afokalität eine ähnliche Position:

„Unter „Afokalität“ verstehe ich dementsprechend die unausgerichtet-zielunbestimmten Aspekte der analytischen Behandlungstechnik und Heilung; wesentliche Beispiele dafür sind die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ (Freud), Neutralität im Sinne der Gleichabständigkeit von „Ich“, „Es“ und „Über-Ich“ (A.Freud), „Reverie“, die Haltung eines träumerischen Ahnungsvermögens (Bion), und die Bereitschaft zur Rollen-Übernahme“ (ebd., S. 109).

In der Haltung der Afokalität ist laut Schneider die Position des Nicht-Wissens enthalten, bei der es sich um einen fundamentalen Bestandteil der Psychoanalyse handelt. In dieser Position des Nicht-Wissens unterscheidet sich die Psychoanalyse von den anderen Wissenschaften. Der Patient bekommt damit die Möglichkeit, das Eigene zu zeigen und zu erfahren, ohne dass er sich an das Bild des Psychoanalytikers anpassen muss. Schneider zitiert hier Freud, der bemerkt, *„dass die Bedeutung des in der Analyse Gehörten „erst nachträglich erkannt wird.“*“ (2003, S. 113). Man weiß auch um die Auseinandersetzung Freuds in Bezug auf die Zielsetzung einer Psychoanalyse. So existierte bei Freud eine klare Vorstellung von den Behandlungszielen, die er immer wieder entsprechend dem Stand seiner Theorieentwicklung neu formulierte. Nachdem er die Grenzen der Wirksamkeit psychoanalytischer Behandlung zunehmend erfahren musste, trennte er den analytischen Prozess vom therapeutischen Ziel. Wohingegen er dem Heilen und dem Forschen zunächst gleichermaßen Bedeutung beimaß, wurde dem analytischen Prozess nach und nach mehr Raum gegeben.

„Es ist nicht der therapeutische Erfolg, den wir an erster Stelle anstreben, sondern wir wollen den Patienten in den Stand setzen, seine unbewussten Wunschregungen bewusst zu erfassen.“

(Freud, 1999c, S. 284).

Allerdings fühlte er sich mit der Vorstellung, therapeutische Ziele völlig aufzugeben sehr unwohl (Freud, 1999d).

„Die Beseitigung der Leidenssymptome wird nicht als besonderes Ziel angestrebt, sondern ergibt sich bei regelrechter Ausführung der Analyse gleichsam als Nebengewinn.“ (Freud, 1999e).

Diese Spannungen zwischen Heilungs- und Forschungsziel haben sich durch sein ganzes Werk gezogen. Aus dem analytischen Behandlungsprozess abgeleitete Ziele wurden von ihm weiterentwickelt.

„Man wird sich nicht zum Ziel setzen, alle menschlichen Eigenarten zugunsten einer schematischen Normalität abzuschleifen oder gar zu fordern, dass der gründlich Analytierte keine Leidenschaften verspüren und keine inneren Konflikte entwickeln dürfe. Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt.“ (Freud, 1999f, S. 96).

Erkenntnisziel sowie therapeutisches Ziel standen in funktionalem Zusammenhang. Das Sicherinnern war das notwendige und hinreichende Mittel für die Heilung. Der Heilerfolg lag gemäß Freuds Auffassung letztendlich in der Freiheit des Ichs.

Thomä & Kächele (1996) sehen in der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und einem strategie- und zielgeleiteten Vorgehen keinen Widerspruch, sondern vielmehr zwei einander ergänzende Funktionen.

„Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund.“ (ebd., S. 438).

Sie plädieren für einen *strategiegesteuerten Behandlungsprozess*, der ein Prozessmodell einschließt, welches sich flexibel am jeweiligen Patienten orientiert. Es existieren also auch Gegenpositionen unter Analytikern, die im Gegensatz zu Schneider eine Fokussierung auf die zentralen Themen des Patienten zur Steuerung des Behandlungsprozesses befürworten. Zahlreiche Psychotherapeuten sind zudem an einer sorgfältigen Klärung diagnostischer

Aspekte und einer gemeinsamen Zielvereinbarung mit dem Patienten interessiert (Rudolf, 2001; 2006).

Selbst wenn zu Beginn der Behandlung keine expliziten Behandlungsziele vorliegen, so unterliegt jedem therapeutischen Handeln immerhin doch das implizite Ziel der Heilung bzw. Besserung. Das Fehlen jeglicher Ziele aus behandlungstheoretischer Perspektive ist demnach kaum zu begründen. Eine völlige Zieloffenheit erweist sich zudem als unvereinbar mit den Anforderungen im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien und der Qualitätssicherung. So heißt es z. B. im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien:

„Dabei geht es nicht um eine globale strukturelle Veränderung/ Nachreifung des Patienten. Vielmehr werden Patienten mit bis dahin ich-synton erlebten Persönlichkeitsstörungsanteilen als Hintergrund ihrer aktuellen interpersonellen Störung konfrontiert.“ (Rüger et al, 2003; S. 38)

Eine der realen Gegebenheiten der Psychotherapie unserer Zeit liegt darüber hinaus in der Notwendigkeit der Zeitbegrenzung. Überdies wird im Rahmen der Qualitätssicherung eine genaue Dokumentation der Behandlungsplanung einschließlich Zielformulierungen empfohlen (Hiller et al., 2007).

2.2.2. Der Fokus im psychoanalytischen Prozess

Die „Gegenposition“ zu einer völligen Zieloffenheit und Afokalität im Behandlungsprozess muss sich demnach nicht in einem starren Behandlungskonzept oder sogar einem standardisierten Therapieplan äußern. Klüwer (1995) sieht in seiner Konzeptualisierung eines Therapiefokus keinen Widerspruch zur Offenheit für Veränderungen und Entwicklungen. Auch der Fokus könne im Verlauf der Therapie immer wieder Wandlungen unterliegen. Balint (1973), der bereits als Erster den Begriff des Fokus verwendete, stellte bei der Konzeption der Fokaltherapie fest:

„Die Psychoanalyse hat sich zu immer längeren und komplizierteren therapeutischen Verfahren entwickelt. (...) Das innere Bedürfnis [nach kürzeren Therapien] hatte mit der Tatsache zu tun, dass die längere, kompliziertere psychoanalytische Behandlung zur Entstehung neuer Probleme und neuer Hindernisse geführt hatte, die der analytischen Kur entgegen standen.“ (ebd., S.14)

Er forderte vom Therapeuten eine genaue Formulierung des Fokus als Behandlungsrichtlinie. Im Ulmer Prozessmodell gehen Thomä & Kächele (1996) ebenfalls von der Notwendigkeit eines strategiegeleiteten Behandlungsprozesses aus, verstehen aber unter dem Fokusbegriff

„einen interaktionell hergestellten thematischen Schwerpunkt in der therapeutischen Arbeit, der sich aus dem Angebot des Patienten und der Verstehensleistung des Analytikers ergibt.“ (ebd., S. 443), wobei sie den kooperativen Moment in der gemeinsamen Erschaffung fokaler Themen betonen. In ihren Augen bedarf es eines Prozessmodells, welches der therapeutischen Aufgabe eine strukturierende Regelmäßigkeit verleitet. Eine fokale Prozesskonzeption lenkt die Aufmerksamkeit auf sich wiederholende Themen in der Behandlung, die über unbestimmte Zeiträume durchgearbeitet werden müssen. Die Abfolge der Foki ist dabei offen und orientiert sich an den unbewussten Austauschprozessen zwischen Therapeut und Patient. Rudolf & Grande (2006) plädieren ebenso für die Formulierung psychodynamischer Foki, die handlungsleitend als Therapieziele in der Behandlung eingesetzt werden sollen. Sie verstehen unter einem Fokus einen *Knoten* bestehend aus einem zentralen Problembereich des Patienten, welcher die Störung mit verursacht und aufrechterhält. Demzufolge muss sich an den zentralen Problemfoki als Verknüpfungspunkte in einem Netz von psychodynamischen Bezügen eine Veränderung vollziehen, damit ein therapeutischer Fortschritt verzeichnet werden kann. In Übereinstimmung mit Thomä & Kächele betonen die Forscher, dass der Fokus nicht von außen vorgegeben wird, sondern sich aus dem Material entwickelt, welches der Patient in die Stunde einbringt und durch den Therapeuten verstanden werden muss. Trotz Fokussierung muss der Therapeut seine offene Grundhaltung bewahren, d. h., dass er *„beweglich genug sein muss, um zwischen einer eher rezeptiven und einer aktiven fokussierenden Einstellung hin und her wechseln zu können.“* (Rudolf & Grande, 2006, S. 288). Die Aufrechterhaltung der dialektischen Spannung zwischen einer offenen Grundhaltung und einem fokussierten Vorgehen im Rahmen eines fokalthérapeutischen Ansatzes regt auch Mertens (2009) an. Rudolf & Grande (2006) empfehlen für die Planung einer fokusorientierten psychodynamischen Therapie die Anwendung der Instrumente OPD und HUSS, die in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung kommen und daher in Kapitel 3.5 vorgestellt werden. Boessmann & Remmers (2008) sehen ebenfalls die Notwendigkeit, Behandlungsziele im Sinne von Foki zu formulieren. In ihren Augen ergeben sich besonders bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit ihrem zeitlich hoch begrenzten Rahmen Schwierigkeiten, realistische Ziele zu entwickeln. Die Autoren stellen eine übersichtliche Struktur zur Therapieplanung und Fokusbearbeitung auf der Basis der OPD dar.

Die wissenschaftliche Überprüfung fokusorientierter Interventionen hat bereits stattgefunden. So existieren empirische Belege, dass die Ausrichtungen von Interventionen auf klar umschriebene Foki zu besseren Behandlungsergebnissen führen (Stasch et al., 2007).

2.2.3. Das Implizite bei der Zielgestaltung

Eine grundlegende implizite Zielvorstellung kann beinhalten, dem Patienten ein Therapieverfahren anbieten zu können, welches zu einer positiven Veränderung führen wird. Hierbei kann diese Veränderung mehr oder weniger klar definiert sein. Erste Ausformungen und Differenzierungen erfahren die Ziele im ersten Kontakt mit dem Patienten. Weitere Einschätzungen des Patienten in Bezug auf seine Persönlichkeit, seine psychische Struktur sowie die Psychopathologie im weiteren Verlauf der Behandlung werden die Ziel- und Prozessvorstellungen des Therapeuten ausformen. Wohingegen am Anfang die Prozessziele verstärkt im Vordergrund stehen, kommen im Laufe der Therapie zunehmend Ergebnisziele hinzu. Eine verbreitete Auffassung unter Psychoanalytikern besteht darin, dass es das lebensgeschichtliche Verständnis der Neurosenstruktur des Patienten und die daraus abgeleitete Psychodynamik sind, die zu mehr oder weniger klar umschriebenen Therapiezielen führen. Häufig sind es auch die aktuell wirksamen Faktoren, die eine Störung aufrechterhalten und die einer Klärung und Bearbeitung unterzogen werden müssen, damit eine Therapie erfolgreich sein kann (Boessmann & Remmers, 2008). Darüber hinaus beeinflussen die impliziten Konzepte des Therapeuten über die Prozessabläufe und -entwicklungen im Sinne einer wichtigen Steuerungsfunktion die Zielvorstellungen seiner Intervention. Auffassungen hinsichtlich Ablauf und Durchführung des Therapieprozesses orientieren sich an einem eigens entwickelten Bedeutungsraster (Thomä & Kächele, 1996). Eine Untersuchung von Westenberger-Breuer (2005) ergab, dass Psychoanalytiker einer impliziten Vorstellung von Zielen folgen, die in vier Bereiche eingeteilt werden können:

1. Veränderung der Symptome und Beschwerden
2. Veränderung in der Lebensführung
3. Strukturelle Persönlichkeitsveränderungen
4. Die Realisierung der Behandlungsmethode

Ausgehend von dem interaktionellen Beziehungsgeschehen im Therapieprozess muss dem Einfluss des Therapeuten bei der Zielbestimmung ein beachtlicher Anteil zugeschrieben werden. Sandell (2007) spricht von dem *therapeutischen Milieu*, welches vom Therapeuten angeboten wird und entscheidend zum Therapieerfolg beiträgt. „*Es stellt folglich eine kummulierende «Megaintervention» dar, d. h. den Tenor oder Stil, in dem sich der Therapeut in Relation zu seinem Patient verhält.*“ (ebd., S. 478). Hieraus lässt sich erahnen, wie wichtig es für den Therapeuten ist, sich seiner impliziten Modelle und Theorien immer wieder bewusst zu werden, um sie bezogen auf den einzelnen Patienten erneut zu überprüfen und zu

hinterfragen. Die Gefahr liegt in einer starren unreflektierten Anwendung von Modellvorstellungen auf unterschiedliche Patienten. Thomä & Kächele (1996) betonen einen heuristisch-kreativen Umgang mit den eigenen Prozessmodellen, d. h., die Modelle dürfen keine Rezeptfunktion annehmen. Vielmehr sollte der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf jene Informationen richten, die mit seinem Prozessmodell nicht übereinstimmen, um die eigenen Vorstellungen zu überarbeiten.

Westenberger-Breuer subsumiert unter die impliziten Ziele von Psychoanalytikern auch das Ziel der Symptomlinderung, welches mit den Vorgaben der Gesundheitspolitik im Einklang steht. Mit dem Ziel einer strukturellen Persönlichkeitsentwicklung grenzt sich die analytische Behandlungsmethode deutlich von anderen Behandlungsverfahren ab. Daher soll im Folgenden näher auf diese Zielvorstellung eingegangen werden. Hierzu bedarf es aber zunächst einer entwicklungspsychologischen Betrachtung der Persönlichkeitsstruktur.

2.3. Das Ziel struktureller Persönlichkeitsentwicklung

In der psychoanalytischen Literatur wird der Strukturbegriff unterschiedlich verstanden. Freud (1999d) verwendet den Begriff Struktur in Zusammenhang mit seinem Strukturmodell und der Unterteilung in die Instanzen Ich, Es und Überich. Der Strukturbegriff findet sich beispielsweise aber auch in Verbindung mit der Ich-Struktur (Rudolf, 2000) oder der Struktur der Objektbeziehungen (Kernberg, 2000). Eine einheitliche Konzeptualisierung des Begriffes ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorieschulen zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Einen wichtigen Einfluss auf das Verständnis der Struktur übten in den vergangenen Jahren die Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychologie aus.

2.3.1. Entwicklungspsychologische Überlegungen zur Struktur

Die psychoanalytischen Ansätze gehen heute einstimmig von einem prägenden Einfluss frühkindlicher Erfahrungen auf die erwachsene Persönlichkeitsstruktur aus. Demnach ist die Struktur Folge von Reifungsprozessen, die mittels zunehmender Integration und Differenzierung ablaufen. Es existiert ein umfassendes Entwicklungskonzept für die menschliche Persönlichkeit. Einen entscheidenden und prägenden Einfluss auf aktuelle Konzepte haben in den vergangenen Jahren die zahlreichen Befunde aus der empirischen Säuglings- und Kleinkindforschung sowie der Bindungsforschung ausgeübt. Letztgenannte Disziplin beschäftigte sich insbesondere mit dem Bindungsverhalten (Bowlby & Ainsworth, 2002), die Säuglings- und Kleinkindforschung setzte ihren Schwerpunkt auf die Erforschung von Interaktionen und Beziehungserfahrungen zwischen Säuglingen bzw. Kleinkindern und

ihren Bezugspersonen (Dornes, 1997; Stern, 2007). So ist der Säugling von Geburt an mit instinkthaften Fähigkeiten ausgestattet, die in seinem erwachsenen Gegenüber ebenfalls instinkthafte Fähigkeiten im Sinne einer Antwort auslösen. Daraus entwickelt sich ein hochspezifisches Beziehungssystem, in dem sich das erwachsene Gegenüber als Objekt zur Bedürfnisbefriedigung und für anstehende Entwicklungsaufgaben zur Verfügung stellt. Der Säugling erwirbt ein implizites Beziehungswissen, welches in Repräsentationen interpersonaler Ereignisse gespeichert wird (Stern, 2002). Grundlage hierfür ist das gemeinsame Verhandeln einer Abfolge von Anpassungsaufgaben, die zwischen Säugling und Bezugsperson stattfinden. Daraus resultiert ein individuelles Muster an Anpassungsstrategien oder nach Bowlby & Ainsworth (2001) auch „*innere Arbeitsmodelle*“ genannt. Diese frühen Beziehungserfahrungen stehen eng mit der Entwicklung von inneren Erfahrungsstrukturen und dem Aufbau eines Bindungssystems in Zusammenhang. Die Forschergruppe um Fonagy (2006) untersuchte z. B. die Zusammenhänge zwischen den frühen Beziehungserfahrungen und der Affektregulierung sowie Mentalisierung. Sie sehen in der Fähigkeit, interpersonales Verhalten im Hinblick auf psychische Zustände zu erfassen und zu verstehen, eine wichtige Voraussetzung, damit sich das Selbst ausgestalten kann und die Regulierung von Affekten möglich wird. Erst durch die Fähigkeit, sich und anderen mentale Zustände zuzuschreiben, kann ein psychisches Selbst entstehen. Hierzu bedarf es allerdings strukturgebende entwicklungsfördernde Objekte und ein stabiles Bindungssystem, damit sich diese Fähigkeiten und Strukturen ausbilden können. Es ermöglicht den Erwerb von „*Haupt-Selbstregulationsmechanismen des Gehirns (...), die ihrerseits das Individuum befähigen, in der Gesellschaft sinnvoll zu interagieren*“ (Fonagy & Target, 2004). Die Bindungserfahrung kann dann wiederum eine Determinante für emotionale, soziale und kognitive Fertigkeiten darstellen. Entwicklungspsychologie und Säuglingsforschung waren in den vergangenen Jahren in der Lage, die entscheidenden Schritte in der Ich-Entwicklung bis hin zur bewussten selbstreflexiven Instanz herauszuarbeiten. Hierzu wurden die Phasen der prä- und postnatalen Entwicklung unter Betrachtung der Beziehungsgefüges zwischen Säugling und Mutter detailliert analysiert. Aktuelle Ergebnisse aus der Hirnforschung bestätigten diese Befunde. Sie gehen davon aus, dass sich die Emotions- und Kognitionsentwicklung parallel zur neuronalen Entwicklung des kindlichen Gehirns vollzieht. Der Säugling verfügt von Geburt an über eine ausgeprägte Lernfähigkeit (Manica, 2008). Das noch reifende Gehirn wird ausschließlich von den emotionalen Beziehungserfahrungen geprägt. Von zentraler Rolle ist hier das limbische System, welches Affekte und Emotionen als Erlebniszustände abspeichert (Lück & Roth, 2007).

Daraus ableitend lässt sich erschließen, welche Folgen das Fehlen eines entwicklungsfördernden und strukturgebenden Objektes und damit das Ausbleiben wichtiger Beziehungserfahrungen nach sich ziehen können. Darüber hinaus liefern diese Forschungsbefunde allerdings auch wichtige Hinweise dafür, wie sich das halt gebende Objekt verhalten muss, um die strukturelle Entwicklung zu ermöglichen und zu fördern (Fonagy, 2006; Rudolf, 2007).

2.3.2. Einfluss der Psychotherapie auf die Strukturentwicklung

Die dargelegten Befunde und Erfahrungen beinhalten wichtige Anhaltspunkte für die therapeutische Haltung und die behandlungstechnischen Interventionen.

Fonagy et al. (2006) legen dar, wie sich die Affektregulierung durch Psychotherapie verändern kann. Sie behaupten, dass

„Die Psychotherapie dem Patienten die Gelegenheit gibt, mit dem inneren Ausdruck von Affekten zu experimentieren, (...), dass sich die Psychotherapie eine Art Als-ob-Modus des Funktionierens zunutze macht, indem der Therapeut als mitspielende Elternfigur agiert und in dieser Rolle dazu beiträgt, Phantasien und Imagination in der Art und Weise, wie der Patient seine Affekt reguliert, zu fördern.“ (ebd. S. 440).

Das zentrale Ziel liegt hierbei in der Veränderung der Beziehung zu den eigenen Affekten, um eine „*mentalisierte Affektivität*“ zu erwerben. Der Weg führt über die Affektidentifizierung, zur Affektmodulierung und zum Affektausdruck. Stern (2002) sieht in der „*gemeinsamen impliziten Beziehung*“ den Ort, an dem tief greifende dauerhafte Veränderungen in der Therapie stattfinden.

„Dieses Modell postuliert einen reziproken Prozess, in dem sich die implizite Beziehung in „Momenten der Begegnung“ verändert, und zwar durch Veränderungen in der „Art und Weise des Zusammenseins-Mit.“ (ebd. S. 102).

Nach Green (2007) tritt der Therapeut in den Entwicklungsprozess als eine Übertragungsfigur, aber auch als ein Entwicklungsobjekt ein. *„Der Therapeut als neues Entwicklungsobjekt ist ein entscheidender mutativer therapeutischer Faktor.“* (ebd., S. 43). Er stellt sich dem Patienten als Objekt zur Verfügung, damit ihm neue Beziehungserfahrungen gelingen werden und er neue emotionale Regulationsprozesse erwerben kann, welche die Fehlregulationen ersetzen. Erst in der therapeutischen Beziehung kann es möglich werden, dass das Affektleben wiederbelebt wird und Regulationsprozesse reaktiviert werden. Durch das gemeinsame Erleben und das Verbalisieren durch den Therapeuten, bekommen die

Gefühle eine Antwort und einen Sinn. Hurry (1998) schreibt hierzu: „*Die Psychoanalyse ist selbst eine spezifische Form der Entwicklungstherapie.*“ (ebd., S. 45). Die Entwicklungsarbeit konzentriert sich nicht nur auf Patienten mit strukturellen Defiziten, sondern ist Wirkfaktor in jeder Psychoanalyse. Aus der Übertragung heraus wird der Analytiker zu einem neuen Entwicklungsobjekt, welches sich anders verhält als das alte. Dabei muss er sich zwischen der deutenden Haltung und der Haltung als Entwicklungsobjekt bewegen. Kächele (2005) fasst im „*Ulmer Wirkwürfel*“ in Anlehnung an die Übersicht von Lambert & Bergin (1994) folgende Wirkdimensionen zusammen, die einen Beitrag zur „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ liefern (Kächele, 2005, S.7):

- *Unterstützung:* Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, weniger Einsamkeit, Bestätigung, Spannungsverminderung, Halt geben, therapeutische Allianz, Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz.
- *Lernen:* Affektives Erleben, Korrigierende emotionale Erfahrung, Erfahrung der persönlichen Wirksamkeit, Entdeckung der eigenen Subjektivität, kognitives Lernen, Einsicht, Vernünftigkeit, Rat geben.
- *Handeln:* Verhaltensregulation, kognitive Bewältigung, Ermutigung zur Exposition, Risiken eingehen, Bewältigungsbemühungen, Modelllernen, Übung, Realitätstestung, Erfahrung von Erfolg, Durcharbeiten.

Kächele konzentriert sich dabei auf die Wirkdimension des „*Durcharbeitens*“, bei der ein Patient seine kognitiv-affektive Einsicht unter empathischer Unterstützung und Förderung durch den Therapeuten für Veränderungen im Verhalten einsetzt. Es bedarf hierzu neuer inkongruenter Erfahrungen, die das bereits vorliegende kognitive Schema verändern, indem die bisherigen kongruenten Vorstellungen aufgebrochen werden. Rudolf (2005; 2007) vertritt in seinem Ansatz zur *Strukturbezogenen Psychotherapie*, der sich nicht aus der Entwicklungspsychologie, sondern aus klinischen Erfahrungen herleitet, die Ansicht, dass der Therapeut dem Patienten als ein entwicklungsförderndes Objekt zur Verfügung steht, „*das ihn darin unterstützt, sich selbst zu reflektieren, affektive Beziehungen aufzunehmen, zu kommunizieren und letztendlich gute Beziehungserfahrungen zu internalisieren.*“ (Rudolf, 2007, S. 233). Seine Methode richtet sich gezielt auf die Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen, lässt sich aber auch zur Förderung und Stabilisierung struktureller Funktionen einsetzen. In der therapeutischen Haltung liegt hierbei der Schwerpunkt auf der aktiven Unterstützung; an die Stelle von Deutungen treten antwortende Interventionen, um dem Patienten emotionale Reaktionen und Wahrnehmungen des Therapeuten zur Verfügung

zu stellen. Veränderungen am impliziten Unbewussten finden durch die *Spiegelnde Beschreibung* statt, indem der Therapeut dem Patient rückmeldet, wie dessen Verhaltensmuster emotional auf ihn wirken (Rudolf, 2005).

Neben handlungsleitenden Konsequenzen für die Bearbeitung struktureller Aspekte wird die Voraussetzung eines hierfür sinnvollen Behandlungssettings offenkundig. Bezug nehmend auf das Phasenmodell psychotherapeutischer Veränderungen von Lueger (1995) wird deutlich, dass die Bearbeitung interpersonaler Probleme einer längerfristigen therapeutischen Beziehung bedarf, da es sich um langsam voranschreitende Prozesse handelt. Strukturelle Veränderungen treten zeitlich versetzt nach Symptombesserung auf. Behandlungstechnisch lässt sich ableiten, dass erst das Setting einer längerfristigen Psychotherapie eine nachhaltige strukturelle Veränderung gewährleistet.

2.3.3. Erfassung struktureller Veränderungen

Im vorausgegangenen Kapitel wurde deutlich, dass psychotherapeutische Behandlungen einen fördernden und korrigierenden Einfluss auf die strukturelle Entwicklung ausüben. Es soll nun im Folgenden näher betrachtet werden, wo sich dieser Einfluss bemerkbar macht und wie er sich erfassen lässt.

Eine einheitliche Konzeptualisierung der Begriffe Struktur und strukturelle Veränderungen ist vor dem Hintergrund der verschiedenen psychoanalytischen Theorieschulen aktuell nicht möglich. Bei der Entwicklung von Erhebungsinstrumenten kann ein breiter Gültigkeitsanspruch nur in dem Sinne erfüllt werden, dass ein theorieübergreifender Ansatz verfolgt wird und Merkmale erfasst werden, die mit den verschiedenen Konzeptualisierungen von Struktur in Einklang stehen. Hierbei müssen spezielle Begriffe und theoretische Vorstellungen der unterschiedlichen psychoanalytischen Theorieschulen vermieden werden. Aktuell sind drei Erhebungsinstrumente verfügbar, die strukturelle Veränderungen objektiv und reliabel messen. Klug & Huber (2006) haben sich eingehend damit beschäftigt, wie sich strukturelle Veränderungen erfassen lassen. Sie haben das von Wallerstein (1991) konzipierte Messinstrument „*Scales of Psychological Capacities*“, welches in der DPV-Studie von Leuzinger-Bohrleber et al. (2002) bereits zum Einsatz kam, in eine deutsche Version mit dem Titel „*Die Skalen psychischer Kompetenzen*“ übersetzt, welches mittels Fremdeinschätzung zur Erfassung strukturell bedingter psychischer Kompetenzen befähigt. Die Beurteilung erfolgt auf der Basis eines videografierten oder audiodrafierten Interviews anhand von 17 Dimensionen (z. B. Flexibilität, Empathie, Affektregulation und Selbstkohärenz), die sich in weitere 35 Subdimensionen unterteilen lassen. Hiermit haben Klug & Huber ein Instrument

entwickelt, welches klinisch relevante Veränderungen stabil, valide und änderungssensitiv erheben kann.

Die Arbeitsgruppe um Rudolf (2000) hat sich eingehend mit einem Modell zur Veränderung in psychoanalytischen Therapien auseinandergesetzt. Dem zugrunde liegt die Erstellung eines erarbeiteten Konsensus über die psychodynamische Beschreibung psychischer Störungen. Hierzu wurde die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* der Arbeitsgruppe OPD (1998) konzipiert. Auf deren Basis wurde ein Instrument zur Veränderungsmessung erstellt, da die OPD zeitstabile Facetten, nicht jedoch die feinen Veränderungsschritte im Therapieprozess erfassen konnte. Im Rahmen der Arbeitsgruppe *Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL)* wurde ein Modell zur Erfassung von Veränderungen erstellt, die *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (nähere Erläuterung siehe hierzu Kapitel 3.5.2). Veränderungen werden hier in Form von Bewegungen sog. Foki auf der Skala deutlich. Unter einer Umstrukturierung verstehen die Autoren allerdings nicht nur Veränderungen im Strukturbereich, sondern der gesamten Persönlichkeitsorganisation. Die Forschergruppe konnte zahlreiche Erfahrungen mit dem Verfahren in Therapiestudien erwerben (Rudolf, 2002).

Von Weinryb & Rössel (1991) wurde das *Karolinska Psychodynamic Profile* entwickelt. Das Instrument ist ebenfalls in der Lage, stabile Aspekte der Persönlichkeitsstruktur vor einem psychodynamischen Hintergrund zu erfassen. Es zeichnet sich durch eine hohe Interrater-Reliabilität und befriedigende Validität aus. Die 18 Subskalen ermöglichen eine umfangreiche Erhebung der psychischen Strukturen und der Persönlichkeit, die sich in der Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und in den Beziehungen zu anderen spiegeln.

2.4. Entwicklung forschungsrelevanter Fragen

Auf Basis der theoretischen Vorüberlegungen fokussiert die vorliegende Arbeit die Verknüpfung der drei Themenschwerpunkte Effizienz und Qualitätssicherung (Kapitel 2.1), Zielsetzungen und Fokusbildung (Kapitel 2.2) sowie therapeutischer Einfluss auf strukturelle Veränderungen (Kapitel 2.3). Angesichts der theoretischen Ausführungen handelt es sich bei einer nachhaltigen strukturellen Veränderung um ein zentrales Ziel analytischer Langzeitpsychotherapien. Mit dieser Zielvorstellung grenzt sich die analytische Behandlungsmethode von anderen Therapieverfahren ab. Strukturelle Entwicklungsprozesse bewegen sich im Kontext eines interaktionellen Beziehungsgeschehens zwischen Therapeut und Patient und finden über den gesamten Therapieverlauf hinweg statt. Ein struktureller Wandel zeigt sich aufgrund der sich langsam voranschreitenden Veränderung zeitlich

verzögert. Neben dem Ziel einer strukturellen Veränderung existieren weitere Zielvorstellungen, die mehr oder weniger bewusst bzw. unbewusst sind. Sie besitzen einen steuernden Charakter und können in Form von konkreten Foki dem Behandlungsprozess dienlich werden. Therapiefoki können nicht nur einen diagnostischen sondern auch einen handlungsleitenden Charakter bekommen, was die Wirksamkeit von analytischen Psychotherapien zu erhöhen vermag. Unter dem Aspekt der Effizienz erscheint es behandlungstechnisch sinnvoll, umgrenzte Foki zu Beginn von Behandlungen zu bestimmen, die dem Ziel einer nachhaltigen Strukturveränderung folgen.

Aufgrund der resümierenden Überlegungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Lassen sich aus der Forscherperspektive zeitlich stabile Foki zu Beginn von analytischen Behandlungen auswählen?
- Bilden sich an diesen fokalen Themen strukturelle Veränderungen ab?
- Existieren die ausgewählten Foki auch in der Perspektive des Therapeuten bzw. geht der Therapeut von den gleich fokalen Zielen aus und bestimmen diese sein therapeutisches Vorgehen?

In der vorliegenden Arbeit wurden diese drei Kernfragen aufgegriffen und empirisch überprüft.

Im folgenden Kapitel erfolgt zu Beginn die Vorstellung der übergeordneten Studie MÜBITROPAS einschließlich der untersuchten Stichprobe. Daran anschließend wird die Teilfragestellung der Arbeit erläutert und die Methodik erklärt. Es folgt die Darstellung der verwendeten Erhebungsverfahren und die Erläuterung der Datenanalyse. Das Kapitel endet mit den Hypothesen.

3. Forschungskontext der Arbeit

3.1. Das MÜBITROPAS-Projekt

Bei dem Forschungsprojekt „Münchner Bindungs- und Traumforschungsorientierte Psychoanalyse Studie (MÜBITROPAS)“ handelt es sich um eine prospektive, einzelfallorientierte Studie mit ambulanten Patienten, indem sowohl Prozess- als auch Ergebnisorientierte Daten erhoben wurden. Die Patienten erhielten eine analytische Psychotherapie, die einen Umfang von 240 – 300 Stunden umfasste.

Der Studie liegt eine Zweiteilung in Bezug auf die zu erforschenden Themenbereiche bzw. Fragestellungen zugrunde. Bei einem Teil der Patienten wurden die Therapeuten mit bindungsforschungsrelevanten Fragen konfrontiert, um die entstehenden Auswirkungen der Sensibilisierung und der daraus folgenden Auseinandersetzung mit bindungsrelevanten Dimensionen zu erforschen. Der andere Teil der Therapeuten, die Kontrollgruppe, wurde auf das Arbeiten mit Träumen sensibilisiert, um den gewonnenen Traumgehalten Indikatoren für therapeutische Veränderungsprozesse auf struktureller Ebene zu entnehmen und eine Einordnung auf der HUSS vorzunehmen, die speziell für Träume entwickelt wurde. Diese letztgenannte Gruppe bekam keine Bindungssupervision und wurde somit nicht für bindungsrelevante Themen sensibilisiert.

Darüber hinaus wurden zahlreiche Fragestellungen herausgearbeitet, die von der oben genannten Zweiteilung unabhängig waren und sich u. a. auf die Eingangsdiagnostik, den Prozessverlauf, die (quasi) experimentellen Fragen in Bezug auf die zwei Gruppen, dem Ergebnis und die Katamnese beziehen. Die Bearbeitung erfolgte auf der Grundlage von verschiedenen Instrumenten, die über den gesamten Verlauf zu unterschiedlichen Messzeitpunkten zum Einsatz kamen. Sowohl die Therapeuten-Perspektive („Online-Perspektive“) als auch die Forscher-Perspektive („Offline-Perspektive“) wurden hierbei berücksichtigt. Der Schwerpunkt lag auf intensiven Einzelfallstudien, wobei eine gründliche Analyse „tiefenstruktureller Dimensionen“ erfolgte.

3.2. Beschreibung der Patienten

Bei der Studie handelt es sich um ein Kooperationsprojekt zwischen dem Institut für Klinische Psychologie an der Ludwig-Maximilian-Universität München (Leitung: Prof. Dr. W. Mertens) und der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.*

Insgesamt wurden 20 Patienten in die Stichprobe einbezogen, die von langjährig tätigen und erfahrenen analytischen Psychotherapeuten der *Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.* ambulant behandelt wurden. Die analytische Psychotherapie erstreckte sich über einen Zeitraum von 240-300 Stunden.

Die Auswahl der Patienten erfolgte nicht gebunden an krankheitsspezifische Vorgaben im Sinne symptomorientierter Kriterien auf der Basis von DSM IV und ICD 10, sondern gemäß der Vorgabe eines Screeningmerkmals. Hierzu wurde die Güte der Selbstwertregulation, welche mit dem *Narzissmus-Inventar* erhoben wurde, bestimmt. Argumentiert wurde mit der großen Vielfalt psychodynamischer Krankheitsbilder innerhalb einer nosologischen Einheit und der Schwierigkeit, motivierte Patienten und Therapeuten bei der Vorgabe von sehr spezifischen Einschlusskriterien zu finden. Darüber hinaus wurde auf ein Matching der „Experimental“- und der „Kontrollgruppe“ verzichtet; das naturalistische Design der Studie sollte die Praxisnähe absichern.

Die analytischen Psychotherapeuten erhielten im Rahmen der laufenden Psychotherapie keine Rückmeldung in Bezug auf die Forschungsergebnisse, um den Therapieprozess nicht zu beeinflussen. Die themenspezifischen Therapeutengruppen trafen sich allerdings gesondert regelmäßig im Abstand von 14 Tagen, um die themenrelevanten Inhalte aus der Diagnostik und dem Material des Patienten zu diskutieren.

In die Analyse und Bearbeitung dieser Forschungsarbeit gehen die Daten von den ersten 13 der insgesamt 20 Patienten ein.

3.3. Einbindung der Teilfragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Auswahl von psychodynamischen Therapiefoki in einem Online- vs. Offline- Perspektivenvergleich.

Vor dem Hintergrund der theoretischen Darstellung dieser Studie wird davon ausgegangen, dass sich in der Forscherperspektive (Offline) zu Beginn der Behandlung Foki bestimmen lassen, welche die Störung des Patienten mit verursachen und aufrechterhalten. An diesen fokalen Themen bilden sich in Folge der Behandlung strukturelle Veränderungen ab. Darüber hinaus wird vermutet, dass in der Therapeutenperspektive (Online) ebenfalls Vorstellungen über zentrale Aspekte der Problematik existieren, die mehr oder weniger explizit als fokale Themen formuliert werden. Demzufolge sollte es auf der Grundlage der Schwerpunktsetzungen bzw. zentralen Themen in den Kassenanträgen gelingen, Foki zu bestimmen, an denen sich Veränderungen im Laufe der Behandlung abzeichnen. Auf der Grundlage einer validen Auswahl und Einschätzung der Foki in der Offline-Perspektive und

einer validen Diagnostik in der Online-Perspektive, müsste es zu Übereinstimmungen kommen. Demzufolge wird in einem weiteren Schritt das Ausmaß an Übereinstimmung zwischen den Foki und deren Verläufen in beiden Perspektiven erhoben.

3.4. Methodik

Als Basis- bzw. Statusdiagnostik wurde in der Offline-Perspektive die *Operationalisierte Psychodynamischen Diagnostik (OPD)* durchgeführt, die zu Beginn der Therapie (T1) auf Basis eines videografierten OPD -Interviews erfolgte. Auf der Grundlage des Interviews wurden sog. „*OPD-Foki*“ nach Vorgabe des Manuals zur *Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)* ausgewählt, die in einem weiteren Schritt auf dieser Skala eingeschätzt wurden. Das Auswahlverfahren der Foki in der Offline-Perspektive verlief in drei Schritten: Zwei Rater sichten unabhängig voneinander die Interviews, auf deren Grundlage sie jeweils getrennt voneinander zu einer Auswahl und einem Rating kamen. Daraufhin wurden die Befunde miteinander verglichen und umfangreich diskutiert und in einem letzten Schritt nach Konsensusbildung in einem Gutachten festgehalten. Die zu T1 ausgewählten Foki wurden auf der Basis weiterer OPD-Interviews nach 80 Stunden (T2), nach 160 Stunden (T3) und nach 240 Stunden (T4) nach demselben Auswahlverfahren erneut überprüft und auf der HUSS bewertet.

In der Online-Perspektive wurde von dem behandelnden Therapeuten zu Beginn der Therapie ein Erstantrag (T1) sowie nach 160 (T3) und 240 (T4) Stunden Fortsetzungsanträge für die Krankenkasse angefertigt, die an die Forschungsgruppe weitergeleitet wurden. Auf der Basis des Erstantrages wurden durch einen der beiden Rater aus dem OPD-Auswahlverfahren gemäß der Manualvorgaben der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) sog. „*KASANT-Foki*“ ausgewählt und auf der Skala eingeschätzt. Das Auswahlverfahren verlief hierbei so, dass der Rater nach einem ausreichend großen zeitlichen Abstand zur Gutachtenerstellung für die OPD-Foki die Auswahl der KASANT-Foki traf, um Erinnerungen und Wiedererkennung soweit wie möglich auszuschließen. Hierbei wurden neben den ausgewählten Foki alle weiteren möglichen Foki notiert und diskutiert. Im Verlauf, nach 160 und nach 240 Stunden, wurden die zu T1 ausgewählten Foki überprüft, diskutiert und erneut eingeschätzt.

Daran anschließend erfolgte der Vergleich zwischen der Offline- und der Online-Perspektive hinsichtlich der Auswahl und der Einschätzung der Foki. Die Betrachtung fand auf einer inhaltlichen Ebene statt, auf der die konkrete Fokauswahl verglichen wurde. Neben der Überprüfung übereinstimmender Foki wurden aber auch die in den beiden Perspektiven

darüber hinaus diskutierten Problemaspekte der Patienten einander gegenübergestellt, um inhaltliche Konkordanzen festzustellen. Des Weiteren erfolgte der Vergleich der Fokusbeurteilung über den Behandlungsverlauf zwischen Online- und Offline-Perspektive., um Gemeinsamkeiten und Abweichungen zu erfassen.

3.5. Instrumente

3.5.1. Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Bei der OPD handelt es sich um ein Instrument zur Erfassung lebensbestimmender, dysfunktionaler Konflikte, struktureller Fähigkeiten und dysfunktionaler Beziehungsmuster. Ihre Entstehung im 1992 gegründeten Arbeitskreis „*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*“ ereignete sich vor dem Hintergrund unzureichender empirischer Beforschung psychodynamischer Therapien. Sie verfolgt die Zielsetzung, „*die symptomatologisch-deskriptiv orientierte Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern.*“ (Arbeitskreis OPD, 2006). Hiermit werden Veränderungen erfasst, die jenseits der Symptomatik liegen (vgl. Grande et al., 2001). Der OPD liegen fünf Achsen zugrunde: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen, Beziehung, Konflikt, Struktur, psychische und psychosomatische Störungen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10. Auf der Basis des OPD-Interviews, einer Zusammenführung von psychodynamischem Interview und strukturierenden Interviewstrategien, wird die Psychodynamik des Patienten auf den fünf Achsen eingeschätzt. Für die vorliegende Fragestellung wurde die Einschätzung der Problematik des Patienten nur auf den drei Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur vorgenommen. Die Kategorien und Dimensionen, die unter diese drei Achsen zusammengefasst sind, werden in Tabelle 4 im Anhang dargestellt.

3.5.2. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)

Angesicht der Tatsache, dass die OPD störungsspezifische Aspekte erfasst, die zeitlich relativ stabil sind, kann eine Veränderungsmessung nur unzureichend vorgenommen werden, da kleinere therapeutische Veränderungsprozesse nicht abgebildet werden können. Darüber hinaus muss das Ziel einer erfolgreichen psychodynamischen Therapie nicht in der Merkmalsreduktion liegen. Ein lebensbestimmender Konflikt kann erfolgreich bearbeitet worden sein, sodass er im Sinne einer Integration konstruktiv und produktiv im Leben umgesetzt und genutzt werden kann (Arbeitsgruppe OPD, 2006). Therapeutisch bedingte strukturelle Veränderungen müssen daher nicht unbedingt mit einer Minderung oder einem

Wegfall der gesamten Problematik einhergehen. Vielmehr definiert sich der Therapieerfolg in der Fähigkeit des Patienten, einen bewussten Zugang zu dem Problem zu bekommen und infolgedessen konstruktiv damit umgehen zu können.

Vor diesem Hintergrund wurde ein Instrument entwickelt, welches Veränderungen in Bezug auf den Entwicklungsstand des Patienten in der Auseinandersetzung und im Umgang mit seinen Problemen erfasst. Mithilfe der *Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)* (Rudolf et al., 2001) können Foki, die infolge des OPD-Befundes ausgewählt wurden, auf einer 7-stufigen Skala eingeschätzt werden. Die Stufen bilden die Veränderung im Rahmen einer zunehmenden Integration der Foki ab; der therapeutische Effekt wird als eine fokusbezogene strukturelle Veränderung auf der Skala definiert (siehe Tabelle 3 im Anhang). Eine gelungene *Umstrukturierung* bzw. *strukturelle Veränderung* beinhaltet laut der Autoren nicht nur die nachhaltige Veränderung im Strukturbereich, sondern die Wandlung der gesamten Persönlichkeitsorganisation.

Im formalen Aufbau ist die Heidelberger Umstrukturierungsskala an die Skala „*Assimilation of problematic experience scale*“ (*APES*) von Stiles et al. (1992) angelehnt. Das kognitiv akzentuierte Schema der therapeutischen Veränderung wurde auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, die sieben Stufen der APES-Skala wurden beibehalten.

Nach Formulierung eines Problemfokus kann dieser auf der Umstrukturierungsskala eingeschätzt werden. Der Gewinnung des Fokus liegen mehrere Möglichkeiten zugrunde; in der vorliegenden Studie wurden die Foki auf Basis des OPD-Befundes ermittelt. Die Autoren der HUSS schlagen vor, aus den drei Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur der OPD fünf Foki zu entnehmen, welche die Symptomatik und die Probleme des Patienten hervorrufen und aufrechterhalten. Damit es zu einer Besserung der Problematik kommt, muss sich in Bezug auf diese ausgewählten Foki eine deutliche Veränderung abzeichnen (Grande, 2001).

3.5.3. Die Kassenanträge

In der Online-Perspektive wurden die Kassenanträge der analytischen Psychotherapeuten bearbeitet, indem aus dem manifesten Text die zentralen Probleme bzw. die Foki auf den Achsen Konflikt und Struktur der OPD ausgewählt und auf der HUSS eingestuft wurden. Die Achse Beziehung konnte auf Basis der Kassenanträge nicht eingeschätzt werden, da hierfür nur unzureichend Material vorlag, welches eine vollständige psychodynamische Formulierung nicht ermöglichte.

Die Psychotherapie-Richtlinien unterliegen einer ätiologischen Grundorientierung.

„Psychotherapie, als Behandlung seelischer Krankheiten im Sinne dieser Richtlinien, setzt voraus, dass das Krankheitsgeschehen als ein ursächlich bestimmter Prozess verstanden wird, der mit wissenschaftlich begründeten Methoden untersucht und in einem Theoriesystem mit einer Krankheitslehre definitorisch erfasst ist. Die Theoriesysteme müssen seelische und körperliche Symptome als Ausdruck des Krankheitsgeschehens eines ganzheitlich gesehenen Menschen wahrnehmen und berücksichtigen. Sie müssen den gegenwärtigen, lebensgeschichtlichen und gesellschaftlichen Faktoren in ihrer Bedeutung für das Krankheitsgeschehen gerecht werden.“ (Rüger et al., 2003, S. 96)

Der Kassenantrag liefert im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien Informationen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung (siehe Tabelle 5 im Anhang).

„Seelische Strukturen werden in diesen Richtlinien verstanden als die anlagemäßig disponierenden und lebensgeschichtlichen Grundlagen seelischen Geschehens, das direkt beobachtbar oder indirekt erschließbar ist.“ (ebd., S. 96).

Der Therapeut ist dazu verpflichtet, die Störung zu beschreiben und diese in Zusammenhang mit der lebensgeschichtlichen Entwicklung und der gegenwärtigen Situation zu bringen. Hierzu schildert er die Spontanangaben, die Symptomatik, den psychischen Befund und die Krankheitsanamnese. Darüber hinaus beschreibt er die lebensgeschichtliche Entwicklung und die aktuelle Lebenssituation. In der Psychodynamik liefert der Therapeut eine

„Darstellung der neurotischen Entwicklung und des intrapsychischen neurotischen Konflikts mit der daraus folgenden Symptombildung.“ (ebd., S. 51).

Der Therapeut muss über ein umfangreiches ätiologisches Verständnis und Vorstellungen über die aufrechterhaltenden Faktoren der neurotischen Störung verfügen, wenn er den Erstantrag formuliert. Die Darstellung des psychodynamischen Herleitens und der Erklärung des Krankheitsgeschehens im Kassenantrag lässt die Schwerpunktsetzungen des Therapeuten, also die zentralen Aspekte der Problematik erkennen.

Der Fortsetzungsantrag nach 160 Stunden dient dazu, durch Ergänzungen bisherige Hypothesen in Bezug auf das Entstehen und die Aufrechterhaltung der neurotischen Erkrankung zu bestätigen und zu verdichten bzw. neue Erkenntnisse hinzuzufügen. Das würde für die Fokauswahl bedeuten, dass es entweder zu einer Bestätigung bisheriger Foki oder aber zur Verschiebung auf weitere Aspekte der Problematik aufgrund des zunehmenden Erkenntnisgewinns kommen kann. Der Fortsetzungsantrag legt die Betonung auf die Darstellung des bisherigen Therapieverlaufes, der für die Einschätzung der Veränderung der Foki auf der HUSS eine wichtige Rolle spielen wird. Nach 240 Stunden liefert der

Ergänzungsantrag zusätzlich zum Fortsetzungsantrag Material, welches über den Umgang des Patienten mit der Problematik sowie über seine Zielvorstellungen informiert. Auch hieraus können sich wiederum wichtige Hinweise für strukturelle Veränderungen ableiten.

3.6. Datenanalyse

Die Daten wurden mit nonparametrischen Testverfahren berechnet, da keine Normalverteilung der Daten vorlag. Um die Veränderung der Mittelwerte über den zeitlichen Verlauf zu erfassen, wurden T-Tests berechnet. Die Untersuchung von Zusammenhängen erfolgte auf der Basis von Korrelationen (Spearman-Rho), mit dem Chi²-Test und mit Kreuztabellen.

Für die Interpretation der Befunde wurde ein Signifikanzniveau von 5 % festgelegt. Die Berechnung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS 16.0 für Windows.

3.7. Hypothesen

Foki auf der Basis des OPD-Interviews (Offline- Perspektive)

- I. Auf der Basis des OPD-Erstinterviews lassen sich inhaltlich und zeitlich stabile Foki (OPD-Foki) auswählen.
- II. Jeder einzelne OPD-Fokus zeigt über die vier Messzeitpunkte hinweg einen stetigen Anstieg auf der Heidelberger Umstruktuirungsskala. Der Mittelwert der Gesamteinschätzung der Foki verändert sich über die vier Messzeitpunkte signifikant.
- III. Die Mittelwertdifferenz zwischen T3 und T4 der OPD-Foki erweist sich bei allen Patienten als signifikant.

Foki auf der Basis der Kassenanträge (Online-Perspektive)

- IV. Auf der Basis des Erstantrages durch den Therapeuten lassen sich inhaltlich und zeitlich stabile Foki (KASANT-Foki) auswählen.
- V. Jeder einzelne KASANT-Fokus zeigt über die Messzeitpunkte hinweg Veränderungen im Sinne eines zunehmenden Anstiegs auf der Heidelberger Umstruktuirungsskala. Der Mittelwert der Gesamteinschätzung der Foki verändert sich über die vier Messzeitpunkte signifikant.
- VI. Die Mittelwertdifferenz der KASANT-Foki zwischen T3 und T4 erweist sich bei allen Patienten als signifikant.

Perspektivenvergleich: Online vs. Offline

- VII. Die Auswahl der Foki auf der Basis des OPD-Interviews stimmt mit der Auswahl der Foki auf der Basis der Kassenanträge überein.
- VIII. Diese Übereinstimmung erweist sich über den zeitlichen Verlauf als stabil.
- IX. Die Einstufung der OPD-Foki stimmt mit dem Rating der KASANT-Foki überein, es kommt demnach zu keinen signifikanten Unterschieden zwischen den Perspektiven.

Zusammenhänge im Veränderungsverlauf

- X. Umso höher die Übereinstimmung der Fokusausswahl zwischen beiden Perspektiven, umso höher die inhaltliche Stabilität der Foki innerhalb der Perspektiven.
- XI. Umso höher die Übereinstimmung der ausgewählten Foki beider Perspektiven ausfällt, umso deutlicher der Anstieg auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala nach 240 Stunden.

4. Darstellung der Ergebnisse

Das folgende Kapitel liefert eine übersichtliche Darstellung der Ergebnisse getrennt für jeden der 13 Patienten. Aus Datenschutzgründen wurden in den folgenden Kapiteln 4 und 5 eine vollständige Anonymisierung der Patienten und Therapeuten vorgenommen, um Rückschlüsse auf die jeweiligen Personen zu vermeiden. Hierzu erfolgte zur Codierung der Patienten eine Zuordnung zu den ersten 13 Buchstaben des Alphabets. Außerdem wurde das Geschlecht vereinheitlicht. Die detaillierte Ausarbeitung meines empirischen Teils, die schweigepflichtgebundenes Material enthält, wurde nicht veröffentlicht. In Absprache mit Herrn Prof. Mertens kann dieser jedoch von Mitarbeitern des Forschungsprojektes „Münchner Bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie (MÜBITROPAS)“ eingesehen werden. Die Patienten werden in alphabetischer Reihenfolge einzeln dargestellt. Zunächst erscheinen die Auswertungen auf Basis des OPD-Interviews (OPD-Foki), davon unterteilt die Ergebnisse auf Basis der Kassenanträge (KASANT-Foki) und daran anschließend der Vergleich beider Perspektiven (OPD-KASANT-Vergleich) und die abschließende Diskussion.

4.1. Patient A

4.1.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Bei Patient A wurden folgende Foki auf der Grundlage des ersten OPD-Interviews ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Identitätskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Erfolg der Abwehr</i>
5	<i>Objektbezogene Affekte</i>

In der psychodynamischen Formulierung wird die Beziehungsgestaltung des Patienten hauptsächlich unter dem Gesichtspunkt der Selbstwertproblematik beschrieben:

I. Der Patient reagiert auf andere so, dass er (1) sich zurücknimmt und sich selbst entwertet, (2) sich abschottet und (3) andere zurückweist.

II. Der Patient erlebt andere immer so erlebt, dass (1) diese Ansprüche und Forderungen an ihn stellen, (2) ihn im Stich lassen und (3) ihn entwerten und beschämen.

III. Die anderen Objekte erleben den Patienten so, dass (1) er sich zurücknimmt und entwertet, (2) seine Selbstständigkeit besonders betont und (3) misstrauisch kontrolliert.

IV. Die Objekte erleben sich dem Patienten gegenüber so, dass (1) sie ihn besonders anerkennen, (2) sich rechtfertigen und (3) ihm zu viel Autonomie gewähren.

Die Items wurden auch zu den folgenden Messzeitpunkten beibehalten.

Bei dem Patienten ließen sich zwei umschriebene Konfliktthemen herausfinden, die als Foki bestimmt wurden: Als zentraler Fokus wurde der *Identitätskonflikt* ausgewählt; diesem in seiner Bedeutung nachgeordnet wurde der Fokus *Selbstwertkonflikt*. Als Strukturfoki wurden der Fokus *Erfolg der Abwehr* und der Fokus *Objektbezogene Affekte* ausgewählt.

Alle Foki wurde über die vier Messzeitpunkte beibehalten und zeigen sich inhaltlich stabil.

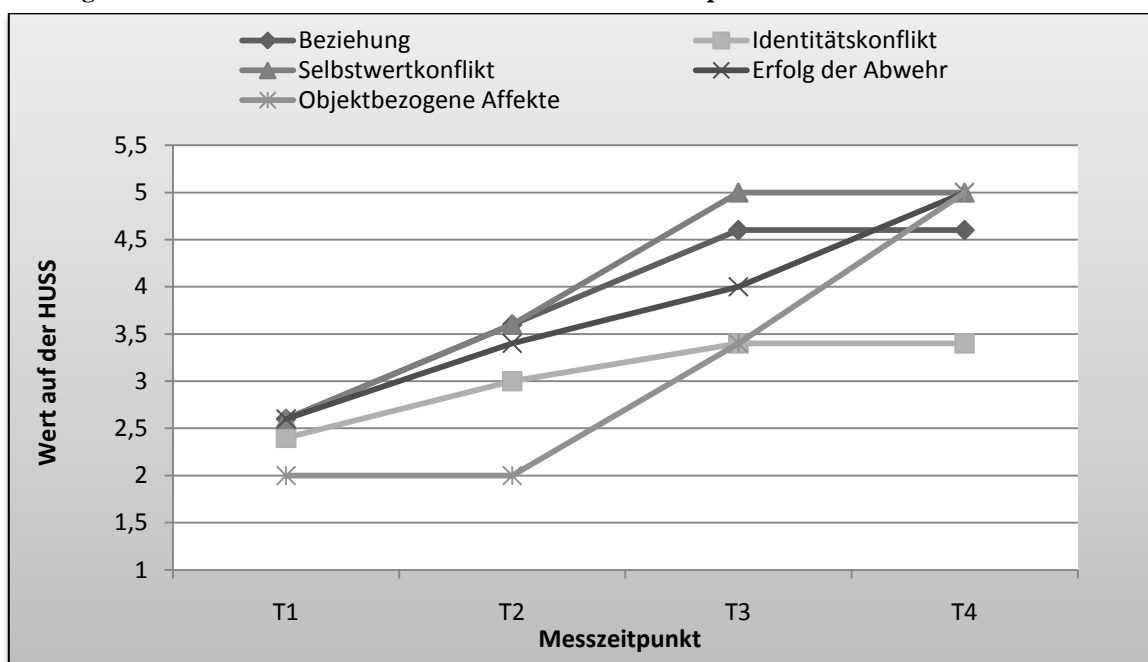
Einschätzung und Verlauf der OPD-Foki

Bei Betrachtung des Verlaufes über alle vier Messzeitpunkte konnte festgestellt werden, dass der Patient in der HUSS-Wertung der Foki zu T1 durchgehend zwischen Stufe 2 und 3 eingeschätzt wurde (siehe Tabelle 6 im Anhang). Im Verlauf zeigt sich allerdings, dass sich die einzelnen Foki in ihrer Wertung voneinander entfernen und sich unterschiedlich entwickeln.

In Abbildung 1 wird deutlich, dass es bei allen OPD-Foki zu einem Anstieg gekommen ist. Auffallend ist hierbei, dass sich die Verläufe sowohl innerhalb der Konfliktfoki als auch innerhalb der Strukturfoki unterschiedlich verhalten. Der Fokus *Identitätskonflikt* wird bereits zu T1 niedriger als der Fokus *Selbstwertkonflikt* eingestuft. Im Verlauf zeigt sich ein deutlicherer Anstieg beim Fokus *Selbstwertkonflikt* als beim Fokus *Identitätskonflikt*, obwohl eine inhaltliche Verknüpfung zwischen beiden Konfliktfoki festgestellt wurde. Hier bemerken die Rater, dass die Zentralität des *Identitätskonfliktes* nach 80 Stunden abgenommen hat. Damit verbunden gewinnt der Fokus *Selbstwertkonflikt* inhaltlich an Dominanz. Diese inhaltliche Gewichtung beider Konfliktfoki setzt sich über die Messzeitpunkte hinweg fort. Zu T4 bemerken die Rater, dass phänomenologisch keine Hinweise mehr für den *Identitätskonflikt* vorliegen, was die Einschätzung erschwert. So könnte die Auflösung des Konfliktes auf der einen Seite für eine Bewältigung sprechen, wobei hier allerdings die inneren Prozesse des Patienten in der Auseinandersetzung unklar geblieben sind. Auf der anderen Seite könnte es sich aber auch um ein Epiphänomen seiner Selbstwertproblematik gehandelt haben, die zu einer tiefen Verunsicherung und Identitätskrise zu Beginn der Behandlung geführt haben könnte.

Auch die Strukturfoki zeigen divergierende Verläufe. Der Fokus *Erfolg der Abwehr* zeigt bereits zu T2 einen deutlichen Anstieg von 0,8 Wertpunkten auf der HUSS. Der Fokus *Objektbezogene Affekte* hingegen verändert sich erst zu T3 mit einem deutlichen Anstieg von 1,4 Wertpunkten und erreicht im Vergleich zu allen anderen Foki den deutlichsten Zuwachs zu T4. Beide Strukturfoki erzielen ihre größte Veränderung zwischen T3 und T4, was dafür sprechen könnte, dass Veränderungen an der Struktur deutlich länger brauchen. Es wird von einer inhaltlichen Verknüpfung beider Strukturfoki gesprochen, was dazu geführt haben könnte, dass mit der Lockerung der Abwehr auch die Affektivität des Patienten zunehmen konnte.

Abbildung 1: Patient A Verlauf der OPD-Foki über die Messzeitpunkte



Ein Vergleich der Mittelwerte aller OPD-Foki über die einzelnen Messzeitpunkte lässt erkennen, dass bei Patient A nach 80 Stunden keine signifikanten Veränderungen festzustellen sind (MW t1: 2,40; MT t2: 3,12; MW-Diff.: -0,72; $p = 0,068$). Hingegen ist es aber zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,40; MW T3: 3,12; MW-Diff.: -1,68; $p = 0,042^*$) sowie zwischen der 80. und der 160. Stunde zu einem signifikanten Anstieg (MW T2: 3,12; MT T3: 4,08; MW-Diff.: -0,96; $p = 0,042^*$) der Foki gekommen ist. Die Differenz zwischen T3 und T4 erweist sich jedoch nicht mehr als signifikant (MW T3: 4,08; MT T4: 4,60; MW-Diff.: -0,52; $p = 0,180$), was vor dem Hintergrund des steilen Anstieges der Strukturfoki überrascht. Allerdings macht sich hier der Einfluss der Konflikte sowie der Beziehung deutlich, die ihren deutlichsten Anstieg zwischen 80 und 160 Stunden aufweisen.

4.1.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Bei Patient A wurden auf der Basis des Erstantrages folgende KASANT-Foki ausgewählt:

1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Selbstbild</i>
5	<i>Internalisierung</i>

Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurde als der zentrale Konflikt bei dem Patienten herausgearbeitet. Als zweitwichtigster Konflikt konnte der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als Fokus festgelegt werden. Beide Konflikte stehen inhaltlich in engem Zusammenhang. Der *Identitätskonflikt* wurde als ein weiterer wichtiger Konflikt diskutiert, aber verworfen, da sich die beschriebene Problematik angemessener durch den Fokus *Selbstbild* repräsentieren ließ. Als ein weiterer Strukturfokus wurde aus dem Bereich der Bindung die *Internalisierung* ausgewählt. Diskutiert wurde als ein wichtiger Bereich auf der Strukturachse auch der *Erfolg der Abwehr*; verworfen wurden dieser, da Teilbereiche der Abwehrproblematik bereits durch den Fokus *Selbstwertkonflikt* und den Fokus *Selbstbild* abgedeckt wurden.

Die KASANT-Foki wurden über den zeitlichen Verlauf hin beibehalten. Zu T2 wurde die Möglichkeit des *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonfliktes* diskutiert, da dieser Begriff vom Therapeuten verwendet wurde und es inhaltliche Belegstellen im Text gab. Der Fokus konnte letztendlich nicht in die Auswahl aufgenommen werden, da entschieden wurde, dass die Problematik durch den Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und den Fokus *Internalisierung* ausreichend abgedeckt ist. Bei diesem Patienten liegen Kassenanträge zu allen vier Messzeitpunkten vor.

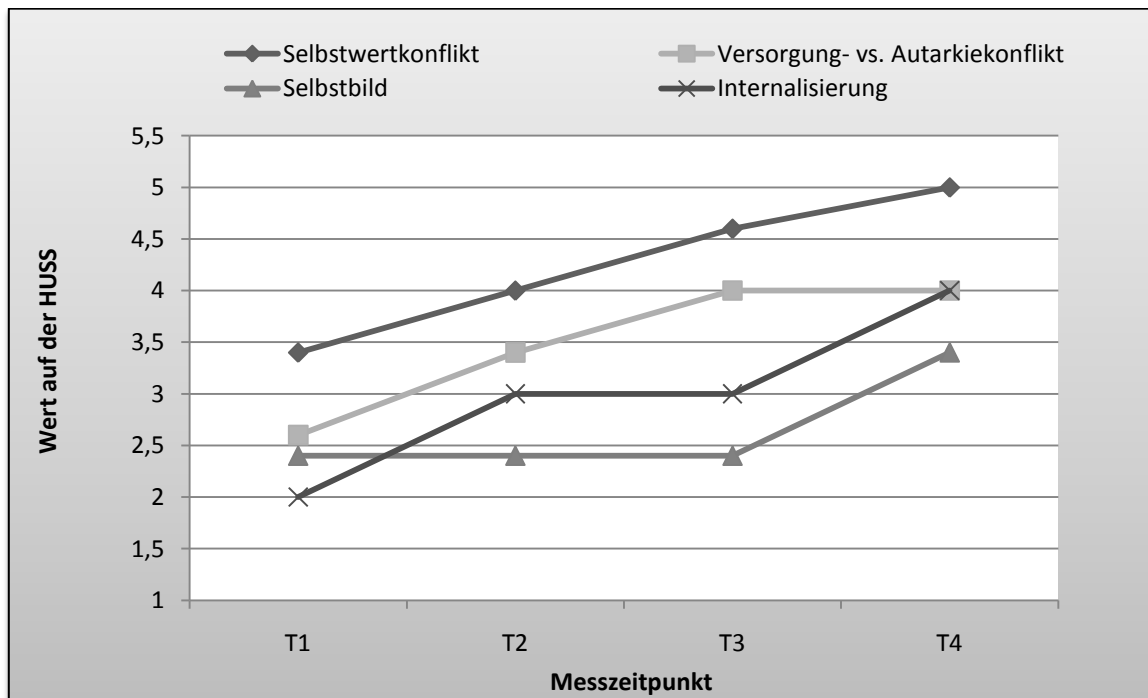
Einschätzung und Verlauf der KASANT-Foki

Bei der Betrachtung des Verlaufes zeigt sich ein deutlicher Anstieg über alle vier Messzeitpunkte. Patient A wurde zu T1 bei beiden Konfliktfoki höher als bei den Strukturfoki eingeschätzt und erzielt hier im Verlauf einen rascheren Anstieg. Beim Fokus *Selbstwertkonflikt* lässt sich nach 160 Stunden ein Anstieg um 1,2 Wertpunkte auf der HUSS feststellen, beim Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* um 1,4 Wertpunkte. Auf der Strukturebene nimmt der Anstieg zunächst nur langsam zu und erreicht die größte Differenz zwischen 160 und 240 Stunden. Man kann davon ausgehen, dass sich mit der Regulierung des

Fokus *Selbstwertkonflikt* und der Stabilisierung seines Selbstwertgefühls auch eine strukturelle Veränderung in Bezug auf das Selbstbild ergeben haben könnte.

Im Kassenantrag zu T4 gehen allerdings die Hinweise für die strukturellen Foki deutlich zurück, was eine Einschätzung schwieriger macht, als bei den vorherigen Messzeitpunkten. Man könnte annehmen, dass die beiden Foki weniger thematisiert werden, da sie an Dominanz und Gewichtung aufgrund der strukturellen Besserung verloren haben.

Abbildung 2: Patient A Verlauf der KASANT-Foki



Bei den KASANT-Foki zeigt sich nach 80 Stunden (MW T1: 2,60; MW T2: 3,20; MW-Diff.: -0,60; $p= 0,109$), zwischen dem Beginn und der 160. Stunden (MW T1: 2,60; MW T3: 3,50; MW-Diff.: -0,90; $p= 0,157$), zwischen der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 3,20; MW T3: 3,50; MW-Diff.: -0,72; $p= 0,182$) sowie zwischen der 160. und der 240. Stunden (MW T3: 3,50; MW T4: 4,10; MW-Diff.: -0,72; $p= 0,92$) kein signifikanter Zuwachs.

4.1.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient A

Der Vergleich der Foki in beiden Perspektiven (siehe Abbildung 3) zeigt nur eine Übereinstimmung beim Fokus *Selbstwertkonflikt*. Bei der Auswahl der Konfliktfoki findet zu T1 eine unterschiedliche Gewichtung in beiden Perspektiven statt. Im OPD-Interview steht der Fokus *Identitätskonflikt* an erster Stelle, im Kassenantrag wird der Fokus *Selbstwertkonflikt* als der bedeutsamste Konfliktfokus eingestuft. Im OPD-Gutachten zu T2 vermerken die Rater allerdings die zunehmende Dominanz des Fokus *Selbstwertkonflikt*, sodass hier von einer Annäherung gesprochen werden kann. Die Identitätsproblematik wird in

beiden Perspektiven unterschiedlich wahrgenommen, diskutiert und dargestellt. So wird auf der Basis des OPD-Interviews der Fokus *Identitätskonflikt* ausgewählt, auf der Grundlage des Erstantrages wird von einem strukturellen Problem ausgegangen und der Fokus *Selbstbild* bestimmt.

Der KASANT-Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* findet keine inhaltliche Entsprechung bei den OPD-Foki, was als Folge unterschiedlicher Übertragungen auf Interviewer und Therapeut verstanden werden kann. In der Online-Perspektive wird von einer engen Verknüpfung zwischen dem Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und Fokus *Selbstwertkonflikt* ausgegangen, da eine narzisstische Abwehr von Versorgungsbedürfnissen stattfindet. Man könnte vermuten, dass der Therapeut den abgewehrten Versorgungsaspekt der Problematik stärker wahrnimmt, als die Rater im Interview. In Bezug auf die Strukturfoki konnte keine Übereinstimmung zwischen den beiden Perspektiven festgestellt werden. Dies lässt sich vermutlich auch dadurch erklären, dass die beiden Perspektiven der Problematik eine unterschiedliche Gewichtung von Struktur- und Konfliktanteile beimessen. So wurde die Versorgungsproblematik des Patienten im Kassenantrag dem Konflikt zugeordnet, im OPD-Erstinterview wurden Anteile der Problematik durch die defizitäre Struktur des Patienten erklärt und der Fokus *Objektbezogene Affekte* ausgewählt. Die Rater in der Offline-Perspektive sprechen bei dem Patienten von der Abwehr durch Objektentwertung, sodass er seine Bedürfnisse nach Nähe und Bezogenheit zu anderen nicht spüren muss. In der Online-Perspektive vermittelt sich in der autarken Seite des Patienten stärker der Konfliktanteil.

Der Vergleich der Einschätzungen in beiden Perspektiven zeigt beim Fokus *Selbstwertkonflikt* im OPD-Interview zu Beginn eine niedrigere Einstufung (Stufe 3-) als im Kassenantrag (Stufe 3+); dies könnte mit der unterschiedlichen Gewichtung des Fokus in Zusammenhang stehen. Dem Patienten werden in der Online-Perspektive ein höherer Leidensdruck und eine ansatzweise Auseinandersetzung zugeschrieben, welche die Problematik in den Mittelpunkt rücken. Im weiteren Verlauf kommt es zu einer Annäherung der Fokusbeurteilung in beiden Perspektiven, sodass das Rating des Fokus *Selbstwertkonflikt* zu T2 und T3 nur um eine halbe Stufe abweicht. Nach 240 Stunden wird der Fokus gleichermaßen mit der Stufe 5 geratet.

Der OPD-Fokus *Identitätskonflikt* wurde zu T1 auf der Stufe 2+ eingestuft, was mit dem Strukturfokus *Selbstbild* aus dem Kassenantrag im Einklang steht, der ebenfalls mit 2+ geratet wurde. Der Verlauf der beiden Foki gestaltet sich jedoch völlig unterschiedlich: Der Strukturfokus zeigt sich bis zur 160. Stunde unverändert und steigt nach 240 Stunden um eine ganze Stufe auf 3+. Diese langsame Entwicklung unterstützt die Annahme, dass strukturelle Defiziten häufig erst im späten Verlauf eine Veränderung aufweisen. Der OPD-Fokus

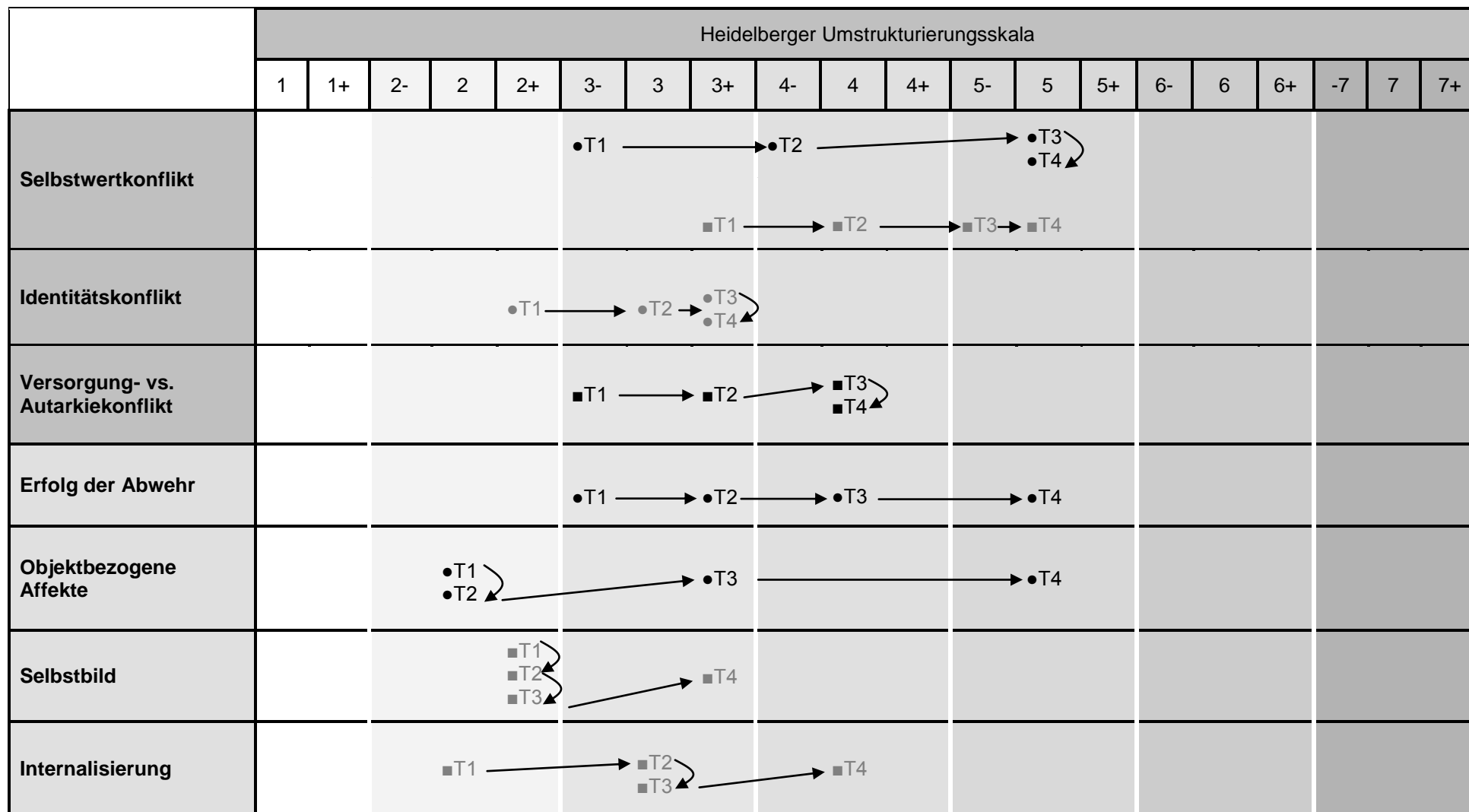
Identitätskonflikt hingegen steigt rasch von Stufe 2+ (T1), über Stufe 3 (T2) auf Stufe 3+ (T3) und bleibt hier auch zu T4. Man könnte überlegen, inwieweit der Konfliktanteil den Strukturanteil bei der Identitätsproblematik überdeckt hat und es deswegen zu der raschen Entwicklung des Konfliktes kam; darunter befand sich aber der defizitäre Strukturanteil, der sich nur langsam entwickelte.

Die Strukturfoki befinden sich zu Beginn mit Ausnahme des Fokus *Erfolg der Abwehr* (Stufe 3-) im Bereich der Stufe 2. Im Verlauf zeigt sich dann aber, dass die KASANT-Foki eine schlechtere Einstufung erhalten als die OPD-Foki. Die KASANT-Foki bewegen sich in kleineren Schritten und kommen über die Stufe 4 nicht hinaus. Die OPD-Foki hingegen erreichen jeweils die Stufe 5. Vielleicht könnte es daran liegen, dass der Schwerpunkt in den Kassenanträgen tendenziell mehr bei den Konflikten lag. Darüber hinaus sind die Hinweise für den strukturellen Bereich in der Online-Perspektive zu T4 deutlich zurückgegangen.

Ein Mittelwertvergleich innerhalb der beiden Perspektiven ergibt nur in der Offline-Perspektive signifikante Veränderungen, die zwischen T1 und T3 und T2 und T3 liegen. Der Vergleich der Mittelwerte zwischen beiden Perspektiven weist allerdings zu allen vier Messzeitpunkten keine signifikante Abweichung in der Einstufung auf.

Zusammenfassend kann bei Patient A festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven Foki auswählen ließen, die sich über den zeitlichen Verlauf als inhaltlich stabil erwiesen. Es ist jedoch nur zu einer Übereinstimmung in der Fokauswahl beider Perspektiven gekommen, alle anderen Foki unterscheiden sich, zeigen allerdings inhaltliche Überschneidungen. Der Patient erzielt in der Offline-Perspektive in Bezug auf die Strukturfoki eine deutlich höhere Einstufung als in der Online-Perspektive. Der gemeinsame Fokus *Selbstwertkonflikt* hingegen zeigt einen ähnlichen Verlauf und eine identische Einstufung nach 240 Stunden. Der Perspektivenvergleich der HUSS-Einstufungen lässt signifikante Veränderungen bei den OPD-Foki erkennen, die bei den KASANT-Foki nicht errechnen werden konnten. In beiden Perspektiven hat sich jedoch die Differenz zwischen T3 und T4 als nicht signifikant herausgestellt.

Abbildung 3: Patient A Übersicht zum Verlauf der OPD-Foki und der KASANT-Foki



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.2. Patient B

4.2.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Bei Patient B wurden folgende Foki zu T1 ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Subjekt-/ Objektdifferenzierung</i>
5	<i>Erfolg der Abwehr</i>

In der Formulierung der Psychodynamik wurden folgende Items ausgewählt:

I. Der Patient erlebt sich so, dass (1) er anderen besonders hilft und sie beschützt, (2) sich abschottet und unzugänglich macht. Er zeigt die Tendenz, (3) andere zu bestimmen und zu beherrschen, (4) sich zurücknehmen und selbst zu entwerten.

II. Der Patient erlebt seine Objekte so, dass (1) diese ihm besonders vertrauen und sich an ihn anlehnen. Darüber hinaus (2) fühlt er sich häufig von wichtigen Bezugspersonen kontrolliert und (3) in seiner Autonomie beschnitten.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er sich abschottet und unzugänglich macht, (2) er sich aber auch anpasst und unterwirft.

IV. Andere reagieren auf den Patienten so, indem (1) sie sich emotional abschotten und unzugänglich machen und (2) ihn zurückweisen, bis dahin, dass (3) sie resigniert aufgeben.

Die Items der Psychodynamischen Formulierung wurden im Verlauf beibehalten.

Der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* wurde als der bedeutsamste Konfliktfokus ausgewählt. Als zweitwichtigster Konfliktfokus wurde bei dem Patienten der *Selbstwertkonflikt* bestimmt. Als Strukturfoki wurden sowohl die *Subjekt-/ Objektdifferenzierung* als auch der *Erfolg der Abwehr* ausgewählt. Nach 80 Stunden wurde der Strukturfokus *Subjekt-/Objektdifferenzierung* verworfen, da der Patient in den beschriebenen Defiziten zu T1 so rasch Fortschritte entwickeln konnte, sodass ein tatsächliches strukturelles Defizit ausgeschlossen wurde. Da die Ablösungsproblematik an Bedeutung gewann, wurde der Fokus *Subjekt-/ Objektdifferenzierung* durch den Strukturfokus *Loslösung* ersetzt. Die Auswahl der Foki wurden nach 160 sowie 240 Stunden nicht mehr verändert.

Einschätzung und Verlauf der OPD-Foki

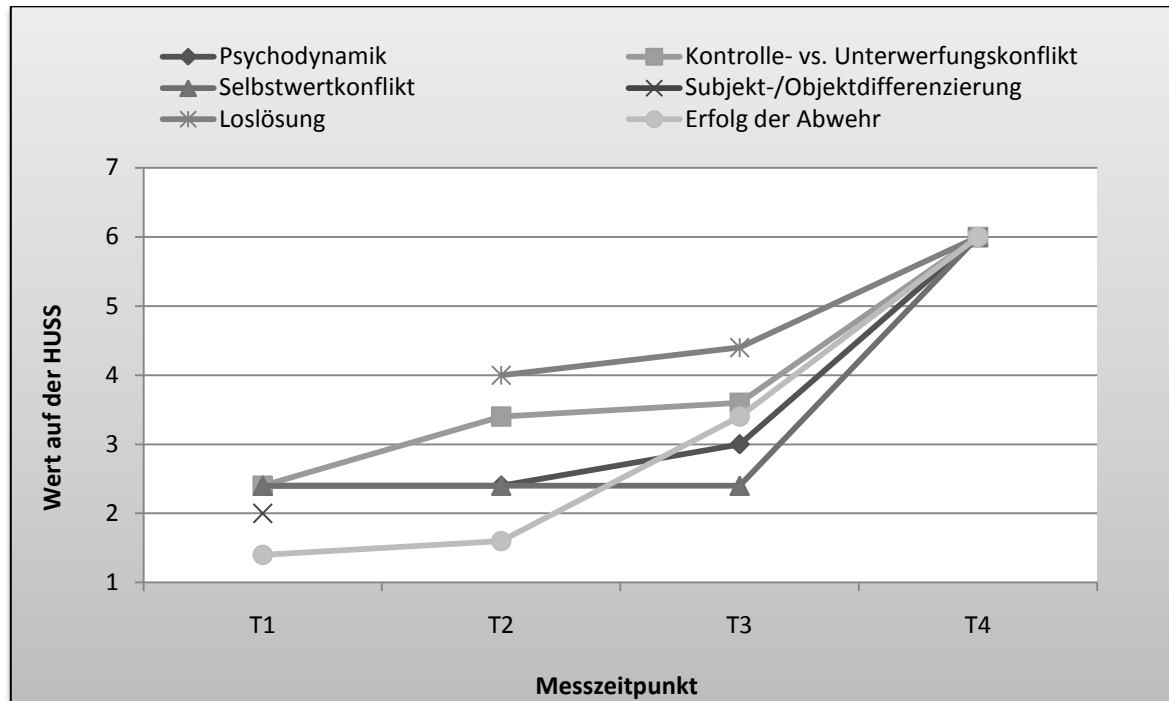
Das Rating der OPD-Foki zu T1 zeigt eine einheitliche Einschätzung im Bereich der Stufe 2 (siehe Tabelle 8 im Anhang). Eine Ausnahme bildet der Fokus *Erfolg der Abwehr*, der auf Stufe 1+ geratet wurde. Die Strukturfoki wurden bei dem Patienten tendenziell niedriger eingestuft als die Konfliktfoki. Abbildung 4 verdeutlicht bei allen OPD-Foki einen sehr unterschiedlichen Verlauf. Zu T2 bemerken die Rater einen deutlichen Rückgang der beschriebenen Selbstwertproblematik, welche den Patienten ursprünglich zur Therapie motivierte. Es blieb psychodynamisch unklar, was zu dem raschen Rückgang geführt haben könnte. Auch zu T3 schreiben die Rater: „Zum dritten Interview fällt auf, dass der Patient weder auf der Symptomebene noch auf der Erkenntnisebene eine Veränderung aufweist.“ Auffallend ist dann die späte Entwicklung des Fokus *Selbstwertkonflikt*: Nach 240 Stunden kommt es zu einem Wertpunktanstieg von 3,6 Punkten auf Stufe 4 der HUSS. Man könnte vermuten, dass eine Entwicklung über den Verlauf der Therapie stattgefunden hat, die in den Interviews bis zur 160. Stunde allerdings völlig unbemerkt blieb. Vielleicht könnte es auch die starre Abwehr des Patienten gewesen sein, die eine Veränderung hinsichtlich der Selbstwertproblematik lange Zeit nicht zuließ. Mit einer Lockerung der Abwehr (siehe Fokus *Erfolg der Abwehr*) und der strukturellen Stabilität erfuhr der Fokus *Selbstwertkonflikt* einen raschen Entwicklungsschub.

Zögerlich entwickelte sich der Bereich Beziehung (Psychodynamische Formulierung) des Patienten. Hier lässt sich erst nach 160 Stunden ein Anstieg um 0,6 Wertpunkte und nach 240 Stunden ein Anstieg um 3 Wertpunkte bzw. drei Stufen feststellen.

Die steile Entwicklung des Fokus *Erfolg der Abwehr* fällt ins Auge des Betrachters. Hierbei handelte es sich um einen Fokus, der sich zu Beginn im Bereich der „Nicht-Wahrnehmung“ des Patienten befand und sich schließlich um fünf Stufen verbesserte. Vielleicht liegt in diesem strukturellen Defizit auch der Motivator für den deutlichen Entwicklungsschub nach 160 Stunden.

Insgesamt ist der steile Anstieg aller Foki im Zeitraum von 160-240 Stunden auffallend. Dies bestätigt die Hypothese, dass sich strukturelle Veränderungen erst nach 160 Stunden abzeichnen.

Abbildung 4: Patient B Verlauf der OPD-Foki



Im Verlauf der Therapie zeigen sich nach 80 (MW T1: 2,15; MW T2: 2,45; MW-Diff.: -0,30; $p = 0,180$) sowie zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T2: 2,76; MW T3: 3,36; MW-Diff.: -0,60; $p = 0,109$) und zwischen der 80. und 160. Stunde (MW T1: 2,15; MW T3: 3,10; MW-Diff.: -0,60; $p = 0,068$) keine signifikanten Mittelwertdifferenzen. Zwischen der 160. und der 240. Stunde lässt sich allerdings ein signifikanter Anstieg des Mittelwertes verzeichnen (MW T3: 3,36; MW T4: 6,60; MW-Diff.: -2,64; $p = 0,043^*$).

4.2.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Die Auswahl der Foki auf der Basis der Kassenanträge sieht folgendermaßen aus:

1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Ödipal-sexueller Konflikt</i>
4	<i>Subjekt-/ Objektdifferenzierung</i>
5	<i>Loslösung</i>

Der *Selbstwertkonflikt* wurde als der bedeutsamste Konfliktfokus ausgewählt. Der Erstantrag liefert hierfür zahlreiche Hinweise. Demgemäß handelt es sich bei der Selbstwertproblematik um die zentrale Problematik, die bei dem Patienten den größten Leidensdruck auslöst und eine bewusstseinsnahe Motivation für die Therapie darstellt. Als zweitwichtigstes Konfliktthema wurde der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* bestimmt. Als ein dritter Konfliktfokus wurde der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* zu allen drei Messzeitpunkten

diskutiert. Es ließ sich allerdings feststellen, dass sich das Bindungsthema auf der strukturellen Ebene bewegt, sodass der Fokus *Loslösung* ausgewählt wurde. Im Bereich der Struktur wurde außerdem für den Fokus *Subjekt-/Objektdifferenzierung* entschieden. Zu T3 wurde auch der Fokus *Erfolg der Abwehr* diskutiert, allerdings zugunsten der anderen beiden Foki verworfen, da diese an Dominanz übertrafen. Die vier beschriebenen Foki wurden über den ganzen Verlauf der Therapie beibehalten.

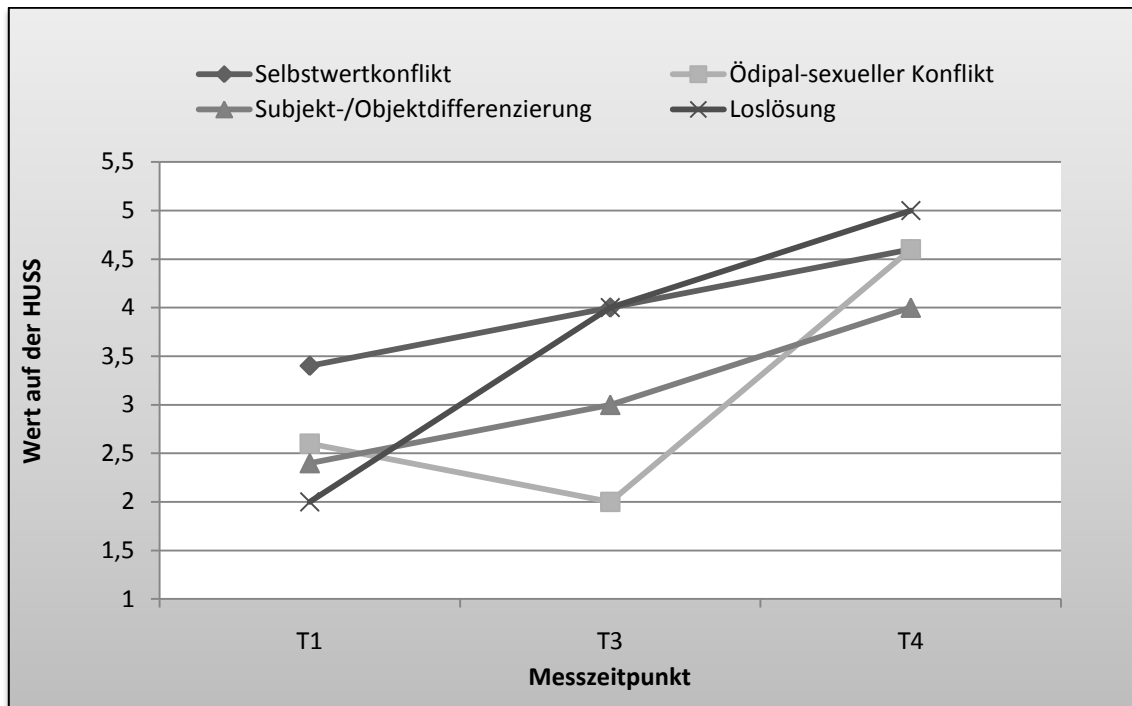
Einschätzung und Verlauf der KASANT-Foki

Das Rating weist eine divergierende Einschätzung der KASANT-Foki auf (siehe Tabelle 9 im Anhang). Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurde mit der Stufe 3+ zu T1 am höchsten eingestuft. Der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* und der Fokus *Subjekt-/Objektdifferenzierung* liegen bei 2+, der Fokus *Loslösung* bei Stufe 2. Im Verlauf der KASANT-Foki zeigt sich nach 160 Stunden ein Anstieg bei den Foki *Selbstwertkonflikt*, *Subjekt-/Objektdifferenzierung* und *Loslösung* (siehe Abbildung 5). Beim Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* kommt es nach 160 Stunden zunächst zu einem Abfall um 0,6 Wertpunkte. Im Fortsetzungsantrag ist der Konflikt kaum beschrieben worden; die wenigen Belegstellen konnten nicht mehr auf eine Tendenz zur Problemwahrnehmung hinweisen. Vermutlich war zu dieser Zeit der Konflikt wenig Thema in den Auseinandersetzungen. Nach 240 Stunden kam es allerdings wieder zu einem Anstieg um 2,6 Wertpunkte auf Stufe 5- der HUSS. Entweder hatte eine Auseinandersetzung mit der Problematik über den gesamten Verlauf stattgefunden, welche der Therapeut allerdings nicht thematisierte. Oder aber die Prominenz des Themas und die damit verbundene Bearbeitung führten zu dem plötzlichen Veränderungsschub. Darüber hinaus ist eine steile Entwicklung des Fokus *Loslösung* nach 160 Stunden zu beobachten, die auf der strukturellen Ebene den Boden für die Auseinandersetzung mit den Konfliktthemen geschaffen hat. Auffallend sind die kleinen Veränderungsschritte der zentralen Selbstwertproblematik, die zu Beginn bereits mit der Stufe 3+ und nach 240 Stunden auf Stufe 5- eingestuft wurde. Vielleicht liegt dies aber auch an der inhaltlichen Dominanz des Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt*, so dass die Selbstwertproblematik im Fortsetzungsantrag zu T4 in den Hintergrund getreten ist. Die Raterin spricht von der inhaltlichen Verknüpfung beider Konfliktfoki, die nach 240 Stunden deutlich zum Vorschein kommt und bei beiden Konfliktfoki zu der gleichen Einstufung geführt haben könnte.

Ein Mittelwertvergleich über die drei Messzeitpunkte ergab weder einen signifikanten Anstieg zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,60; MW T3: 3,25; MW-Diff.:

-0,65; $p= 0,257$), noch zwischen der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 3,25; MW T4: 4,55; MW-Diff.: -1,30; $p= 0,066$).

Abbildung 5: Patient B Verlauf der KASANT-Foki



4.2.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient B

Der Vergleich beider Perspektiven verdeutlicht, dass es bei drei Foki zu Übereinstimmungen hinsichtlich der Fokus-Auswahl gekommen ist. In beiden Perspektiven wurde der Fokus *Selbstwertkonflikt* ausgewählt, allerdings mit einer unterschiedlichen Gewichtung. Wohingegen dieser Fokus im Kassenantrag den bedeutsamsten Konfliktfokus darstellte, wurde er auf der Basis des OPD-Interviews dem *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* untergeordnet. Letztgenannter findet in den Kassenanträgen kaum eine inhaltliche Entsprechung. Lediglich zum Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* scheint es Überschneidungen zu geben. Bei den Strukturfoki finden sich Gemeinsamkeiten in Bezug auf den Fokus *Loslösung* und den Fokus *Subjekt-/Objektdifferenzierung*. Der OPD-Fokus *Erfolg der Abwehr* wurde auch im Rahmen der KASANT-Foki diskutiert, letztendlich aber nicht mit aufgenommen. Allerdings wird daran deutlich, dass die drei Strukturthemen in beiden Perspektiven eine zentrale Rolle spielen, auch wenn sie mit einer unterschiedlichen Gewichtung in den Kassenanträgen und den OPD-Interviews erwähnt wurden.

In Bezug auf die Einschätzung zu den drei Messzeitpunkten wird bei Patient B deutlich, dass die Einstufungen zu T1 größtenteils im Bereich der Stufe 2 liegen. Eine Ausnahme bilden der KASANT-Fokus *Selbstwertkonflikt*, der zu T1 bereits auf Stufe 3+ eingeschätzt wird (OPD-

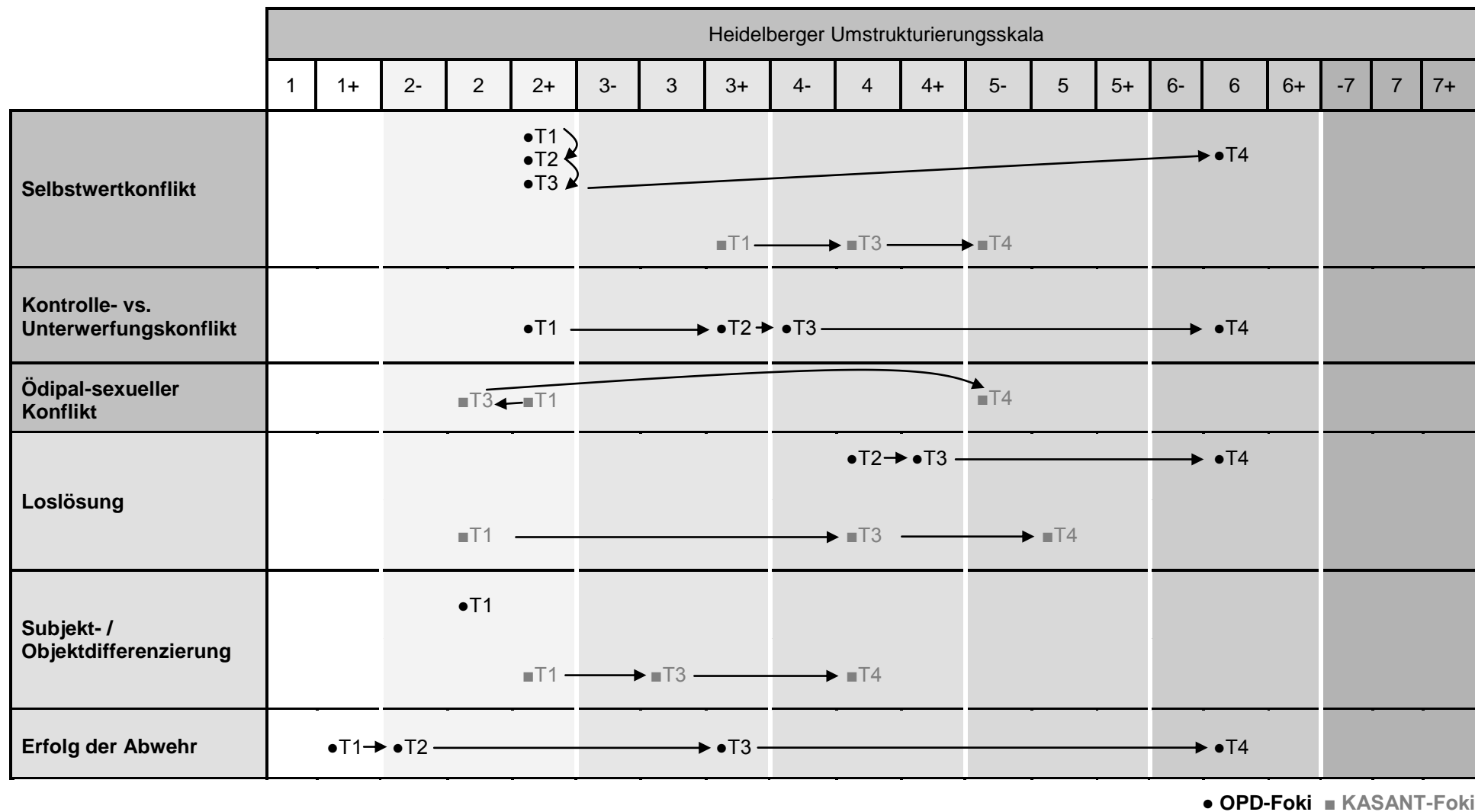
Fokus Selbstwertkonflikt zu T1: Stufe 2+) und der OPD-Fokus *Erfolg der Abwehr*, der zu Beginn bei 1+ startet. Obwohl in beiden Perspektiven ein deutlicher Anstieg zwischen T1 und T4 stattfindet, verlaufen die Foki über die Messzeitpunkte nicht nur sehr unterschiedlich, sondern erzielen zu T4 auch unterschiedliche Stufen auf der HUSS. Man könnte annehmen, dass sich die Hypothese damit bestätigt, dass es aufgrund der hohen Überschneidung in der Fokusausswahl zu dem deutlichen Anstieg der Foki gekommen ist. Hier fällt allerdings der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* auf, der eine deutliche Veränderung erzielt, obwohl es keine Entsprechung bei den KASANT-Foki gibt. Insbesondere ist hier der unterschiedliche Verlauf des gemeinsamen Fokus *Selbstwertkonflikt* zu erwähnen: Dieser zeigt in der Offline-Perspektive beginnend mit Stufe 2+ bis zur 160. Stunde keine Veränderung, in der Online-Perspektive verläuft er von Stufe 3+ über Stufe 4 (T3) zu Stufe 5- (T4). Der unterschiedliche Verlauf könnte die Annahme unter 4.2.1.2. bestätigen, dass sich eine Entwicklung des Fokus *Selbstwertkonflikt* ereignete, die in den OPD-Interviews zu T2 und T3 nicht zu erkennen war. In der Online-Perspektive hingegen bildet sich diese Entwicklung in dem Anstieg zwischen 160. und 240. Stunde ab.

Gründe für die Abweichungen im Rating liegen bei diesem Patienten u. a. in dem umfangreicheren und differenzierten Datenmaterial des OPD-Interviews. So konnte die Affektlage des Patienten aus dem OPD-Interview entnommen werden, nicht aber aus dem Kassenantrag. Auch die zeitliche Differenz zwischen dem Kassenantrag und der Durchführung des OPD-Interviews könnte eine Rolle gespielt haben. Signifikante Veränderungen konnten nur in der Offline-Perspektive zwischen der 160. und der 240. Stunde festgestellt werden. Der Vergleich der Mittelwerte zwischen den beiden Perspektiven ergab demnach einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung zu T4 (MW OPD = 6; MW KASANT = 4,55; MW-Diff.: 1,45; $p=0,016^*$).

Zusammenfassend lässt sich bei Patient B festhalten, dass sich in beiden Perspektiven zu Beginn Foki auswählen ließen, die sich als inhaltlich stabil über den zeitlichen Verlauf verhalten haben. Lediglich in der Offline-Perspektive kam es nach 80 Stunden zu einem Fokuswechsel innerhalb der Strukturfoki. Insgesamt hat eine hohe Übereinstimmung beider Perspektiven bei der Fokusausswahl stattgefunden: Ein Konfliktfokus und zwei Strukturfoki wurden gleichermaßen ausgewählt. Der Verlauf der Foki stellte sich in beiden Perspektiven allerdings sehr unterschiedlich dar, sodass der Mittelwertvergleich zwischen den Perspektiven einen signifikanten Unterschied zu T4 ergab. Der Patient erzielte in der Offline-Perspektive nach 240 Stunden eine deutlich höhere Einstufung als in der Online-Perspektive. In der

Offline-Perspektive erwies sich der Anstieg von T3 zu T4 als signifikant. In der Online-Perspektive ließen sich keine signifikanten Veränderungen feststellen.

Abbildung 6: Patient B Übersicht zur Auswahl und dem Verlauf der OPD-Foki und der KASANT-Foki



4.3. Patient C

4.3.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Bei Patient C wurden folgende Foki ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertregulation</i>
4	<i>Erfolg der Abwehr</i>
5	<i>Identität</i>

Die Psychodynamische Formulierung beinhaltet die nachstehenden Items:

I. Der Patient reagiert auf andere Objekte so, dass (1) er den Objekten trotzt und sich widersetzt, (2) er vor ihnen die Flucht ergreift und (3) sich zurücknimmt und selbst entwertet.

II. Der Patient erlebt seine Objekte so, dass diese immer wieder versuchen, (1) ihn zu bestimmen und zu beherrschen, (2) ihn angreifen und bedrohen und (3) ihn im Stich lassen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er misstrauisch kontrolliert, (2) sich besonders anvertraut, sich anlehnt und (3) resigniert aufgibt.

IV. Andere reagieren darauf, indem (1) sie sich ihm anpassen und sich unterwerfen, (2) ihm besonders helfen, ihn versorgen und beschützen und (3) sich vor ihm rechtfertigen.

Alle Items wurden über die vier Messzeitpunkte beibehalten.

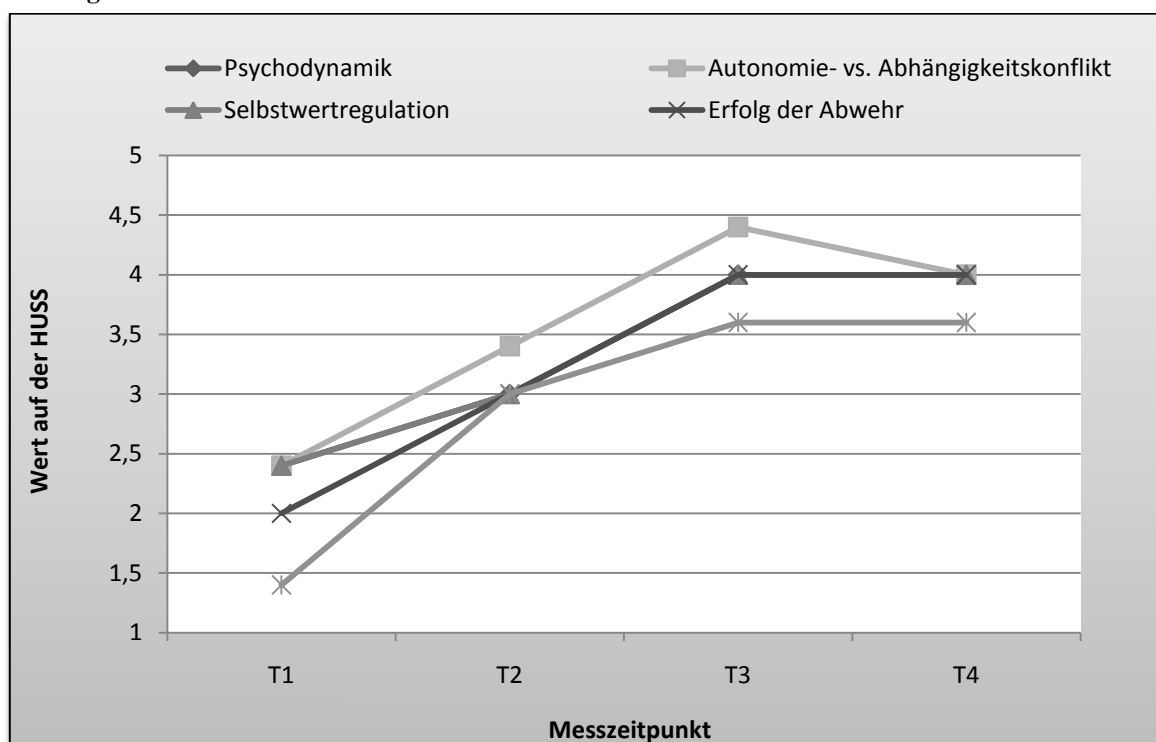
In der Auswahl der Foki wurde nur ein Konfliktfokus ausgewählt, der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt*. Alternativ wurde hierzu der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* diskutiert, wobei diese Problematik letztendlich als ein Sekundärphänomen des *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonfliktes* verstanden wurde. Die Rater schreiben: „Bei diesem Patienten fiel es uns sehr schwer, isolierte Konflikte zu bestimmen, da seine Problematik offensichtlich stärker in strukturellen Defiziten zu sehen ist.“ Daher wurde bei Patient C für insgesamt drei Strukturfoki entschieden: Die Foki *Selbstwertregulation*, *Erfolg der Abwehr* und *Identität*. Über die Messzeitpunkte hinweg blieben alle Foki stabil.

Einschätzung und Verlauf der OPD-Foki

Aus der Abbildung 7 geht hervor, dass die OPD-Foki zu Beginn zunächst unterschiedlich geratet wurden (siehe auch Tabelle 10 im Anhang). Die geringste Einstufung auf der HUSS erhielt der Strukturfokus *Identität* (Stufe 1+), es folgen der Strukturfokus *Erfolg der Abwehr*

mit Stufe 2 und der Strukturfokus *Selbstwertregulation* mit 3-. Der Konfliktfokus *Autonomie- vs. Abhängigkeit* wurde zu T1 mit Stufe 2+ geratet. Aus dem Verlauf wird ersichtlich, dass es bis zur 160. Stunde zu einem steilen Anstieg der Foki zwischen 1,6 und 2,6 Wertpunkten auf der HUSS gekommen ist. Während sich alle OPD-Foki zu T2 noch im Bereich der Stufe 3 befinden, werden sie nach 160 Stunden gleichermaßen im Bereich der Stufe 4 geratet. Es wirkt wie ein Höhepunkt in der Einstufung, da es nach 240 Stunden plötzlich zu einer Stagnation bzw. sogar zu einem leichten Abfall von 0,4 Wertpunkten bei dem Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* kommt. Hier ist zu erwähnen, dass es unmittelbar vor dem vierten OPD-Interview, also um die 240. Stunde herum, zu einem Abbruch der Therapie seitens des Patienten gekommen ist, der sich vermutlich in einem krisenhaften Einbruch bzw. phänomenologisch in Stagnation und Abfall geäußert haben könnte. So überrascht es nicht, dass sich das plötzliche Ende der Therapie am deutlichsten in Bezug auf den *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* bemerkbar macht. Die Foki *Psychodynamik* und *Selbstwertregulation* haben über die gesamte Therapie die gleichen Werte auf der HUSS erhalten, sodass die Linien den gleichen Verlauf der Grafik einnehmen.

Abbildung 7: Patient C Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwert-Vergleich der Foki über alle Messzeitpunkte hinweg ergibt einen signifikanten Anstieg zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 2,16; MW T2: 3,08; MW-Diff.: -0,92; $p=0,042^*$), dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,16; MW T3: 4,08; MW-Diff.: -1,92; $p=0,042^*$) und zwischen den 80. und 160. Stunde (MW T2: 3,08; MW T3: 4,08; MW-

Diff.: -1,00; $p= 0,025^*$). Die Veränderung zwischen der 160. und der 240. Stunde ist jedoch nicht signifikant (MW T3: 4,08; MW T4: 3,92; MW-Diff.: 0,16; $p= 0,157$).

4.3.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Bei Patient C wurden die folgenden vier Foki auf der Basis des Kassenantrages zu T1 ausgewählt:

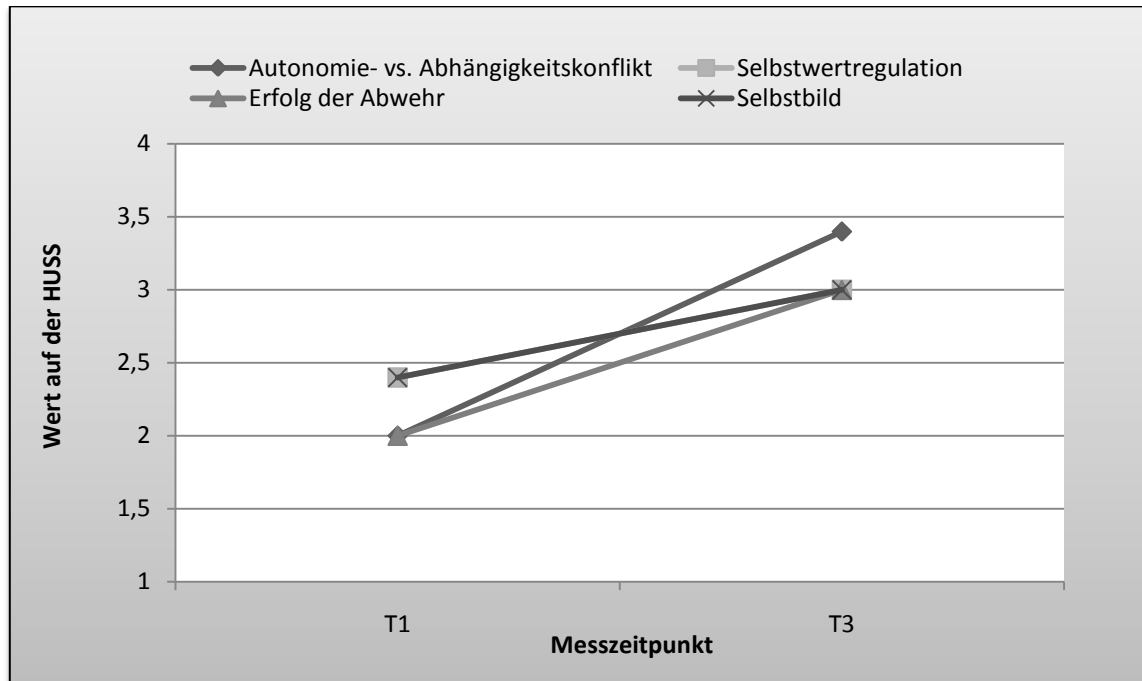
1	-
2	<i>Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertregulation</i>
4	<i>Erfolg der Abwehr</i>
5	<i>Selbstbild</i>

Der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* wurde als der bedeutsamste Konfliktfokus erachtet. Da im Erstantrag von einem mäßig bis geringem Strukturniveau gesprochen wird, wurden drei Strukturfoki ausgewählt: die Foki *Selbstwertregulation*, *Erfolg der Abwehr* und *Selbstbild*. Alle KASANT-Foki wurden auch nach 160 Stunden beibehalten. Darüber hinaus wurde die *Affektdifferenzierung* als ein weiterer möglicher Strukturfokus diskutiert, aber zugunsten der genannten Strukturfoki verworfen, da diese inhaltlich dominierten. Da es zu keiner Fortsetzung der Therapie nach 240 Stunden kam, liegt kein Verlängerungsantrag zu T4 vor.

Einschätzung und Verlauf der KASANT-Foki

Das Rating der KASANT-Foki zu T1 verdeutlicht eine nahezu einheitliche Einstufung im Bereich der Stufe 2 (siehe Tabelle 11 im Anhang). Bei Betrachtung des Verlaufes (Abbildung 8) zeigt sich nach 160 Stunden, dass sich alle KASANT-Foki auf die Stufe 3 bewegt haben. Eine Ausnahme bildet der Konfliktfokus, der sich nach 160 Stunden auf Stufe 3+ befindet. Der Anstieg bzw. die Mittelwertdifferenz von T1 zu T3 erweist sich als nicht signifikant. (MW T1: 2,20; MW T3: 3,10; MW-Diff.: -0,90; $p= 0,066$). Die Einschätzungen der Foki *Selbstwertregulation* und *Selbstbild* sind jeweils zu beiden Messzeitpunkten identisch, daher überschneiden sich beide Linien bzw. die *Selbstwertregulation* ist schwächer in der Abbildung zu sehen. Die größte Differenz erzielt der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt*. Gemäß der Darstellung in den Kassenanträgen hat es sich hierbei um ein zentrales Thema in der Therapie gehandelt.

Abbildung 8: Patient C Verlauf der KASANT-Foki



4.3.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient C

Der Vergleich der beiden Perspektiven zeigt eine hohe Übereinstimmung in der Auswahl der Foki. Beide Male wurde der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als zentrales Konfliktgeschehen ausgewählt. Ebenfalls gibt es eine Übereinstimmung hinsichtlich der Gewichtung der Foki. Aufgrund der Annahme einer überwiegend strukturellen Problematik wurden in beiden Perspektiven nur ein Konfliktfokus und drei Strukturfoki ausgewählt.

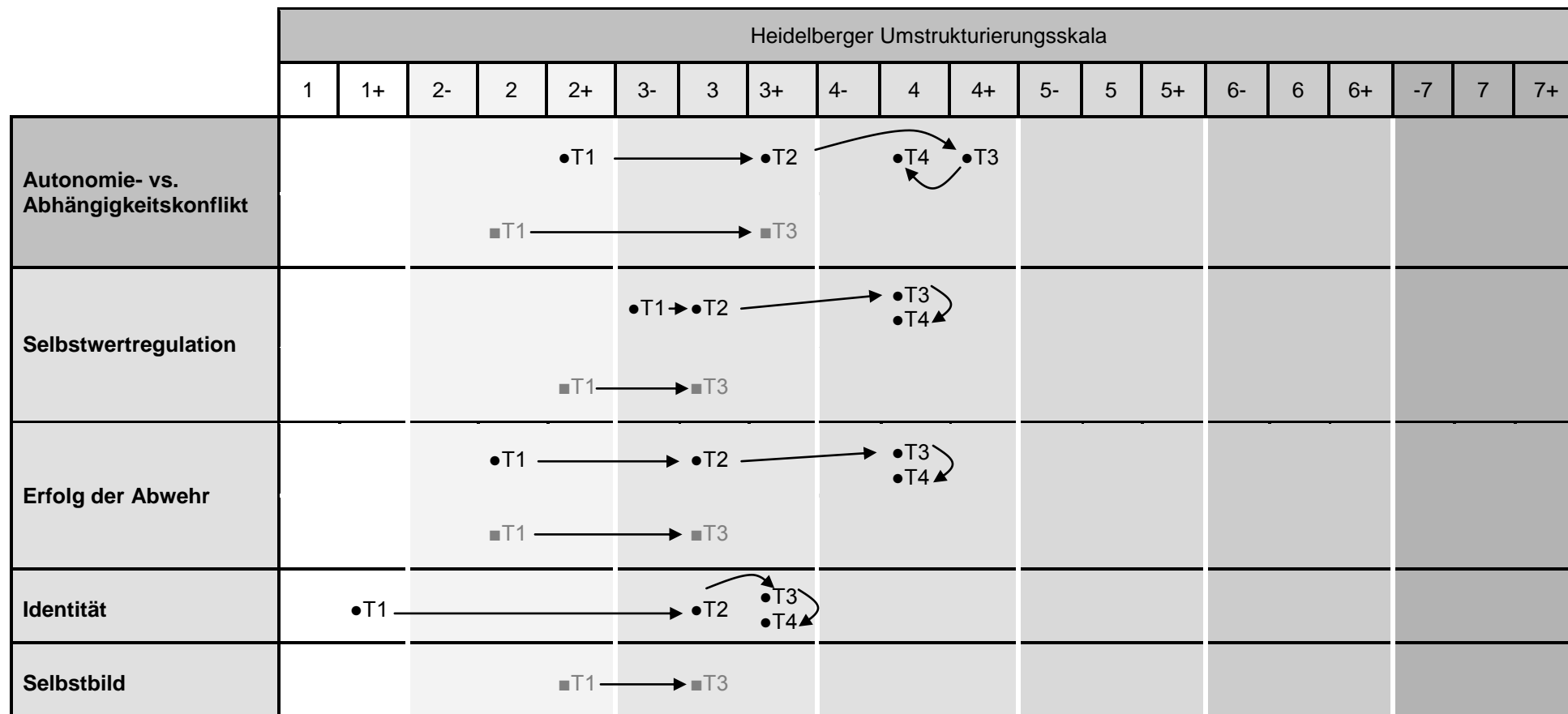
Darüber hinaus ergeben sich Übereinstimmungen hinsichtlich der Auswahl zweier Strukturfoki. So wurden in beiden Perspektiven der Fokus *Selbstwertregulation* und der Fokus *Erfolg der Abwehr* ausgewählt. Der dritte Strukturfokus wurde zwar unterschiedlich gewählt, (Offline-Perspektive: *Identität*, Online-Perspektive: *Selbstbild*) allerdings stammt er aus der gemeinsamen übergeordneten Kategorie *Selbstwahrnehmung*. In der Online-Perspektive wurde der Fokus *Identität* in Abgrenzung zum Fokus *Selbstbild* zusätzlich diskutiert. So ergeben sich es auch hier zumindest inhaltliche Überschneidungen.

Die Einstufung der gemeinsamen Foki erweist sich zu Beginn der Behandlung als nahezu identisch. Sowohl der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als auch der Fokus *Erfolg der Abwehr* wurden zu Beginn im Bereich der Stufe 2 eingestuft. Der Fokus *Selbstwertregulation* weist ebenso in beiden Perspektiven eine beinahe identische Einschätzung zu T1 auf. So wurde der Fokus in der Perspektive des Kassenantrages mit einer 2+, in der Perspektive des OPD-Interviews mit 3- eingeschätzt. Im Verlauf zeigt sich hier allerdings ein unterschiedliches Rating. In der OPD-Perspektive erzielt der Patient zu T3 mit

Stufe 4 einen größeren Anstieg auf der HUSS als in der KASANT-Perspektive (Stufe 3). Dieser unterschiedliche Verlauf der Einschätzung lässt sich bei allen Foki feststellen. Während sich die OPD-Foki zu T3 alle bereits im Bereich der Stufe 4 befinden, liegen die KASANT-Foki im Bereich der Stufe 3, eine Einstufung, die in der OPD-Perspektive bereits nach 80 Stunden erzielt wurde. Der ausführlichen Diskussion im Anhang B ist zusammenfassend zu entnehmen, dass im Kassenantrag zu T3 im Vergleich zum OPD-Interview keine Hinweise auf eine aktive Auseinandersetzung mit der Problematik existiert haben, die eine Einstufung im Bereich der Stufe 4 gerechtfertigt hätten. Die Abweichungen im Rating zu T3 könnten zum einen Folge einer weniger differenzierten Darstellungsweise in dem Kassenantrag sein, zum anderen könnte der Therapeut aufgrund des Übertragungsgeschehens bereits gespürt haben, dass das Arbeitsbündnis gefährdet war. So konnte er in Folge dieser Information nicht von einer aktiven Auseinandersetzung des Patienten ausgehen. Die Mittelwertvergleiche innerhalb der Offline-Perspektive erweisen sich bis zur 160. Stunde als signifikant, in der Online-Perspektive als nicht signifikant. Demnach erweist sich die Differenz der Einstufung zu T3 zwischen den beiden Perspektiven als signifikant.

Zusammenfassend kann bei Patient C festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven zu Beginn inhaltlich stabile Foki auswählen ließen, die sich über den gesamten Verlauf als konstant erwiesen haben. Die Auswahl ergab eine hohe Übereinstimmung zwischen den Perspektiven. So konnten der Konfliktfokus sowie zwei weitere Strukturfoki inhaltlich gleichermaßen ausgewählt werden. Trotz der hohen Übereinstimmung zeigen sich zu T1 nur leichte Abweichungen hinsichtlich des Ratings, deutlicher unterscheidet sich die Einschätzung dann aber zu T3, wo die übereinstimmenden Foki in der OPD-Perspektive um eine ganze Stufe höher eingeschätzt wurden. Dieser Unterschied erwies sich als signifikant. Der Patient konnte demnach auch nur in der Offline-Perspektive signifikante Veränderungen auf der HUSS über den zeitlichen Verlauf erzielen.

Abbildung 9: Patient C Vergleich von OPD- und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.4. Patient D

4.4.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Bei Patient D lauten die OPD-Foki zu T1 folgendermaßen:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Schuldkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Loslösung</i>
5	<i>Impulssteuerung</i>

Die Psychodynamische Formulierung des Patient D enthält nachfolgende Items:

I. Der Patient ist sehr darauf bedacht, (1) anderen besonders zu helfen, sie zu versorgen und zu beschützen. Er erlebt sich häufig so, dass (2) er sich an andere anpasst, sich unterwirft und (3) mit Kränkung und Rückzug reagiert.

II. Der Patient erlebt die Objekte immer so, dass (1) diese ihn bestimmen und beherrschen, (2) ihn missachten und ignorieren.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er zu viel Autonomie gewährt, (2) bestimmt und beherrscht, (3) trotzt, sich widersetzt, aber auch (4) unterwirft.

IV. Andere erleben sich ihm gegenüber so, dass (1) sie sich unterwerfen und sich anpassen, dass (2) sie ihm besonders helfen, ihn versorgen und beschützen, (3) sich ihm widersetzen und ihm trotzen.

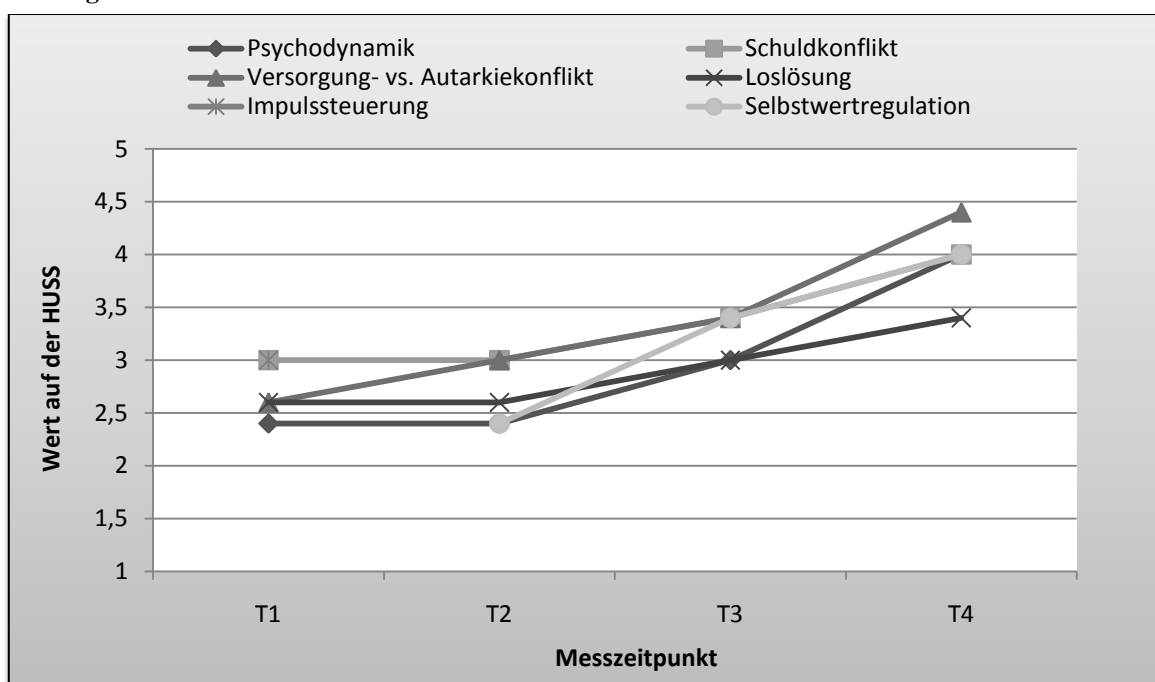
Alle Items der Psychodynamischen Formulierung wurden über die Messzeitpunkte beibehalten. Als zentraler und wichtigster Konfliktfokus wurde der *Schuldkonflikt* ausgewählt. Eine erste Gruppe von Ratern erklärte den *Ödipal-sexuellen Konflikt* als zweitwichtigsten Konfliktfokus. In der Überarbeitung durch die zweite Gruppe der Rater wurde allerdings festgestellt, dass es sich in Folge der sexuellen Traumatisierung um einen defizitären Umgang mit der Sexualität, nicht jedoch um einen Konflikt handelt. Daher wurde der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als zweitwichtigster Konfliktfokus bestimmt. Im Strukturbereich wurde zu Beginn sowohl der Fokus *Loslösung* als auch der Fokus *Impulssteuerung* ausgewählt. Nach 80 Stunden wurde durch die zweite Gruppe der Rater der Fokus *Impulssteuerung* durch den Fokus *Selbstwertregulation* ersetzt, da Aspekte der Impulssteuerung bereits durch den Fokus *Schuldkonflikt* abgedeckt wurden; außerdem erzeugte das Interview zu T2 die Notwendigkeit,

die Selbstwertproblematik als einen wichtigen Fokus festzuhalten. Alle übrigen Foki wurden beibehalten. Nach 160 und 240 Stunden wurde keine Veränderung mehr vorgenommen.

Einschätzung und Verlauf der OPD-Foki

Das Rating der OPD-Foki zu Beginn lässt erkennen, dass die Foki *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*, *Loslösung* und *Impulssteuerung* gleichermaßen im Bereich der Stufe 3 eingeschätzt wurden (siehe Tabelle 12 im Anhang). Der Fokus *Schuldkonflikt* wurde zu T1 nur mit Stufe 2 geratet. Der Verlauf der OPD-Foki zeigt einen zunächst nur langsamen Anstieg (siehe hierzu Abbildung 10): Nach 80 Stunden verändert sich der *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* um 0,4 Wertpunkte auf Stufe 3. Die übrigen Foki bleiben unverändert. Vermutlich greift die Therapie auf der Konfliktebene im Bereich Versorgung- vs. Autarkie zunächst rascher als in Bezug auf die Schuldproblematik, da die unbewussten Bedürfnisse des Patienten nach Versorgung und Zuwendung durch die Therapie befriedigt werden. Die rasche Veränderung beim Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* unterstützt die Annahme, dass es sich hierbei um einen zentralen Konflikt handelt.

Abbildung 10: Patient D Verlauf der OPD-Foki



Bis zur 160. Stunde bewegen sich alle Foki um 0,4 – 1,0 Wertpunkte nach oben und befinden sich damit im Bereich der Stufe 3. Den größten Anstieg kann der Fokus *Selbstwertregulation* verzeichnen, der sich um eine ganze Stufe (Stufe 3+) nach oben bewegt. Zwischen T3 und T4 verändern sich der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und der Bereich der Beziehung um

eine ganze Stufe nach oben. Auch die übrigen Foki, mit Ausnahme der *Loslösung*, ziehen auf Stufe 4 nach.

Ein Mittelwertvergleich über die einzelnen Messzeitpunkte zeigt keinen signifikanten Anstieg zwischen dem Beginn und der 80. Stunden (MW T1: 2,65; MW T2: 2,75; MW-Diff.: -0,10; $p=0,391$) sowie dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,65; MW T3: 3,20; MW-Diff.: -0,55; $p=0,066$). Allerdings erweisen sich die Fortschritte nach 160 Stunden (MW T2: 2,68; MW T3: 3,24; MW-Diff.: -0,56; $p=0,039^*$) sowie nach 240 Stunden (MW T3: 3,24; MW T4: 3,96; MW-Diff.: -0,72; $p=0,041^*$) als signifikant.

4.4.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Bei der Auswahl der KASANT-Foki wurden zu Beginn (T1) folgende Foki bestimmt:

1	-
2	<i>Schuldkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Selbstwertkonflikt</i>
5	<i>Loslösung/Internalisierung</i>

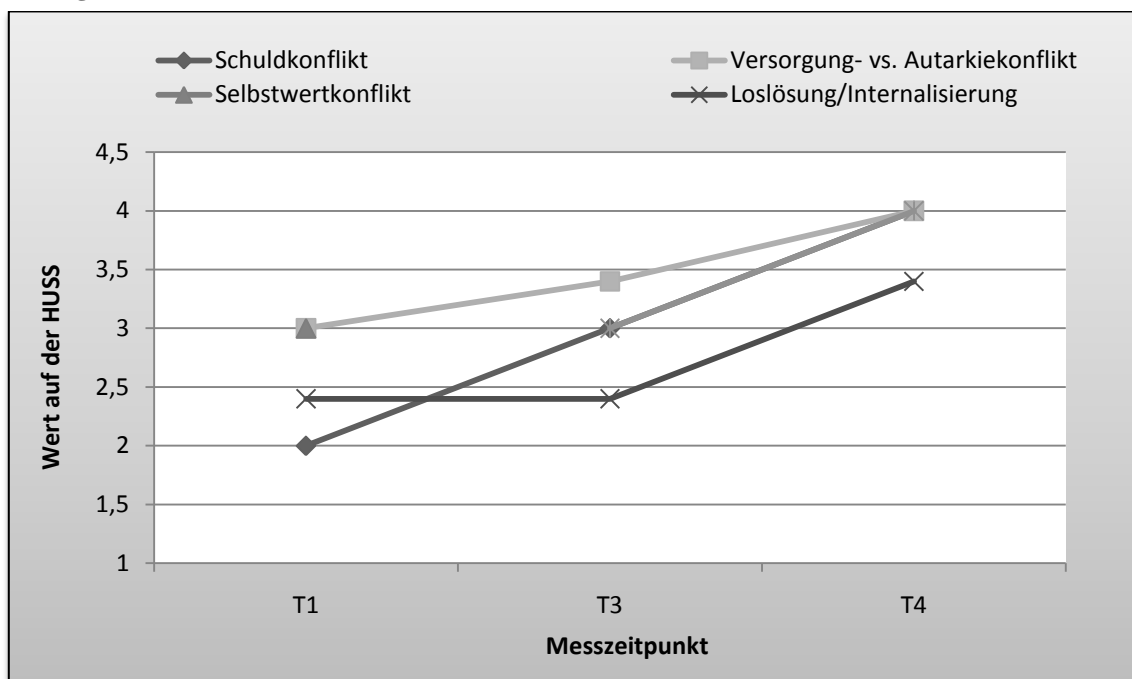
Als bedeutsamster Konfliktfokus wurde der *Schuldkonflikt* ausgewählt. Es wurden zwei weitere Konfliktfoki ausgewählt, da vom Therapeuten keine Frühstörungsanteile festgestellt wurden. Bei der Auswahl des Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonfliktes* handelt es sich um eine sichere Entscheidung, da ausreichend Hinweise im Kassenantrag vorhanden waren. Die Wahl des Fokus *Selbstwertkonfliktes* konnte hingegen nicht so sicher wie die beiden übrigen Konflikte getroffen werden, sondern erfolgte durch Ausschluss der übrigen Foki. In der Diskussion wurde auch der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* als ein möglicher Fokus besprochen, jedoch aufgrund der Traumatisierung, die bei dem Patienten vorlag, wieder verworfen. Bei dem Patienten schien der Bereich der Bindung strukturell defizitär, sodass sowohl der Fokus *Loslösung* als auch der Fokus *Internalisierung* gleichermaßen ausgewählt wurde. In dem Zusammenhang wurde auch der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als ein Fokus diskutiert, aber zugunsten des strukturellen Fokus verworfen. Ebenfalls wurde der Fokus *Impulssteuerung* zwar diskutiert, aber nicht ausgewählt, da der Fokus *Schuldkonflikt* einen Teil der Problematik abdeckt. Zudem sollte durch die Auswahl dreier Konflikte deutlich gemacht werden, dass bei dem Patienten keine Frühstörungsanteile vorliegen. Nach 160 Stunde wurde der Fokus *Selbstwertkonflikt* durch einen weiteren Strukturfokus, den Fokus *Impulssteuerung*, ersetzt, da für diesen zahlreiche Hinweise im Antrag vorlagen. Unterstützt wurde diese Entscheidung zusätzlich dadurch, dass der Therapeut seine Annahme über das

Vorliegen von Frühstörungsanteilen revidierte, so dass ein weiterer Strukturfokus angemessen erschien. Nach 240 Stunden wurde die Fokusauswahl beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Das Rating der KASANT-Foki zu T1 lässt eine Zweiteilung erkennen (siehe Tabelle 13 im Anhang): Die Foki *Schuldkonflikt* und *Loslösung & Internalisierung* wurden im Bereich der Stufe 2 geratet, die Konfliktfoki *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und *Selbstwertkonflikt* auf Stufe 3 (siehe Abbildung 11). Die beiden letztgenannten Konfliktfoki scheinen somit bewusstseinsnäher als die Schuldproblematik und das Thema Bindung, dabei handelt es sich bei dem *Schuldkonflikt* um die zentrale Thematik. Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wird zu T3 verworfen, was sich vermutlich schon zu T1 ankündigte, da es sich um keine sichere Entscheidung, sondern um *forced choice* durch Ausschluss anderer Konflikte handelte. Die übrigen Konfliktfoki zeigen nach 160 Stunden einen Anstieg zwischen 0,4 und 1,0 Wertpunkten. Auch nach 240 Stunden wird der Fokus *Schuldkonflikt* um eine ganze Stufe höher eingestuft (Stufe 4), der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* steigt um 0,6 Wertpunkte ebenfalls auf Stufe 4. Im Bereich der Bindung lässt sich ein Anstieg überhaupt erst nach 240 Stunden feststellen.

Abbildung 11: Patient D Verlauf der KASANT-Foki



Der Fokus *Impulssteuerung*, der erst nach 160 Stunden in die Auswahl aufgenommen wird, steigt von Stufe 3 auf Stufe 4. Damit verläuft er in völliger Übereinstimmung mit dem Fokus *Schuldkonflikt*, was die beiderseitige Beteiligung von Struktur- und Konfliktanteil an der

Problematik verdeutlicht. Man könnte vermuten, dass sich bei diesem Patienten die Struktur gerade im Bereich der Bindung noch verfestigen muss, damit sich deutlichere Veränderungen im Konfliktbereich abzeichnen.

Der Mittelwertvergleich zwischen den Messzeitpunkten ergab keine signifikanten Anstiege zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,46; MW T3: 2,93; MW-Diff.: -0,90; $p= 0,180$) sowie der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 2,95; MW T4: 3,85; MW-Diff.: -0,90; $p= 0,059$).

4.4.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient D

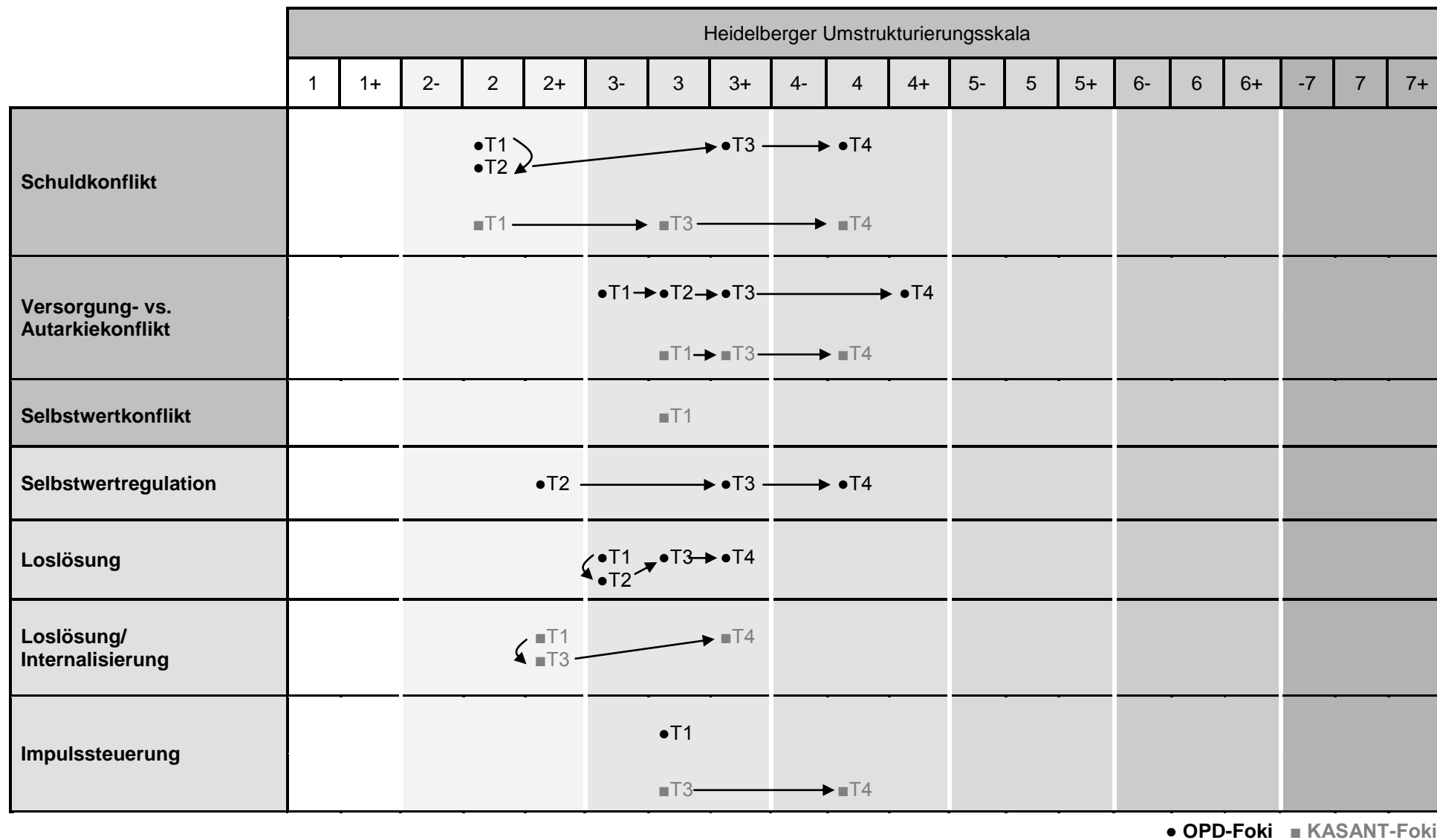
Der Vergleich zwischen der Auswahl der OPD-Foki und der KASANT-Foki zeigt mehrere Übereinstimmungen. Im Konfliktbereich wurde nach einer Überarbeitung weiterer Rater übereinstimmend der Fokus *Schuldkonflikt* und der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* ausgewählt. Es fällt ins Auge des Betrachters, dass in beiden Perspektiven heftig um den Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* gerungen wurde. Aus beiden Perspektiven wurde im Strukturbereich die *Loslösung* als ein wichtiger Fokus festgelegt. Auffallend ist die Entscheidung für bzw. gegen den Fokus *Impulssteuerung*. Wohingegen im OPD-Interview nach 80 Stunden entschieden wurde, dass die Problematik um die Impulssteuerung ausreichend durch den *Schuldkonflikt* abgedeckt wird und ein anderer Strukturfokus stärker an Bedeutung gewonnen hat, wird der Fokus in die Auswahl der KASANT-Foki nach 160 Stunden aufgenommen, da im Text zahlreiche Hinweise zu finden sind. Ähnlich verhält es sich mit der Selbstwertproblematik: Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wird in der KASANT-Perspektive nach 160 Stunden verworfen, der Fokus *Selbstwertregulation* nach 80 Stunden in die Auswahl der OPD-Foki aufgenommen. Vermutlich handelt es sich bei den Foki um zentrale Themen in der Problematik des Patienten, die allerdings in den unterschiedlichen Perspektiven eine andere Gewichtung erhalten, damit aber als wichtige Aspekte in der Therapie nicht verschwinden. Sowohl im Bereich der Selbstwert- als auch hinsichtlich der Schuldproblematik wird der mitwirkende Anteil von Konflikt und Struktur besonders deutlich, was eine differenzierte Einordnung womöglich zusätzlich erschwert hat.

In Bezug auf das Rating in beiden Perspektiven lässt sich ebenfalls eine hohe Übereinstimmung bei jenen Foki feststellen, die gleichermaßen ausgewählt wurden. Annähernd identisch verläuft der Fokus *Schuldkonflikt* in beiden Perspektiven; lediglich zu T3 zeigt sich eine Abweichung von einer halben Stufe. Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wird zu Beginn der Therapie mit der Abweichung einer halben Stufe eingeschätzt (OPD: 3-; KASANT: 3). Die Einordnung zu den folgenden Messzeitpunkten

erfolgte übereinstimmend auf denselben Stufen. Im Bereich der Bindung lässt sich zu T1 und T3 eine unterschiedliche Wertung der Foki erkennen, wobei man hier einschränkend feststellen muss, dass es sich bei dem Bindungsfokus in der KASANT-Perspektive auch um eine Kombination aus *Loslösung* und *Internalisierung* handelt. Zu T3 wurde hier jedoch der Fokus *Internalisierung* höher eingestuft als der Fokus *Loslösung*. Innerhalb beider Perspektiven konnte ein signifikanter Anstieg nur bei der Offline-Perspektive zwischen T2 und T3 und zwischen T3 und T4 errechnet werden. Ein Mittelwertvergleich zwischen der Einstufung der OPD- Foki und der KASANT-Foki zu den Messzeitpunkten T1, T3, und T4 ergab, wie aus der Grafik zu erwarten war, keinen signifikanten Unterschied.

Zusammenfassend ist bei Patient D festzuhalten, dass sich die Auswahl von klar umschriebenen und inhaltlich stabilen Foki zu Beginn als schwierig herausstellte. Das hat dazu geführt, dass in beiden Perspektiven Foki in ihrer Bedeutsamkeit gegeneinander aufgewogen wurden und eine Entscheidung in Abgrenzung zu übrigen Foki gefallen ist; darüber hinaus wurden in der Offline-Perspektive Foki sowohl im Konflikt- als auch im Strukturbereich verändert, in der Online-Perspektive kam es zu Fokusveränderungen im Strukturbereich. Es ist auffallend, dass in beiden Perspektiven inhaltlich ähnliche Foki diskutiert wurden. So kommt es letztendlich doch zu drei Übereinstimmungen in Bezug auf die Fokauswahl: Zwei Konfliktfoki und ein Strukturfokus aus dem Bereich der Bindung wurden gleichermaßen bestimmt. Die Entwicklungsverläufe der gemeinsam ausgewählten Foki beinhalten nur geringfügige Abweichungen. Dennoch weist nur die Offline-Perspektive signifikante Veränderungen auf, die u. a. zwischen T3 und T4 liegen.

Abbildung 12: Patient D Vergleich der OPD- und der KASANT-Foki im Verlauf



4.5. Patient E

4.5.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Auf der Basis des ersten OPD-Interviews wurden nachfolgende Foki ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt</i>
3	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
4	<i>Selbstwertregulation</i>
5	<i>Variabilität der Bindung</i>

Die Psychodynamische Formulierung wurde mit folgenden Items beschrieben:

I. Der Patient erlebt sich anderen Objekten gegenüber so, dass (1) er sich zurücknimmt und selbst entwertet, (2) sich anpasst und unterwirft und (3) Ansprüche und Forderungen an die Objekte stellt, dabei (4) die Objekte auch entwertet und beschämt.

II. Der Patient erlebt die anderen Objekte immer wieder so, dass diese beabsichtigen, (1) ihn zu entwerten und zu beschämen, (2) ihn ignorieren und ihn (3) bestimmen und beherrschen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er sich besonders anvertraut, (2) sich in besonderer Weise anlehnen möchte und (3) andere misstrauisch kontrolliert.

IV. Der Untersucher und andere reagieren auf den Patienten so, dass (1) sie ihn bestimmen und beherrschen, (2) ihm besonders helfen, ihn versorgen und beschützen und (3) ihn entwerten und beschämen wollen. Außerdem haben sie das Gefühl, (4) sich vor dem Patienten rechtfertigen zu müssen.

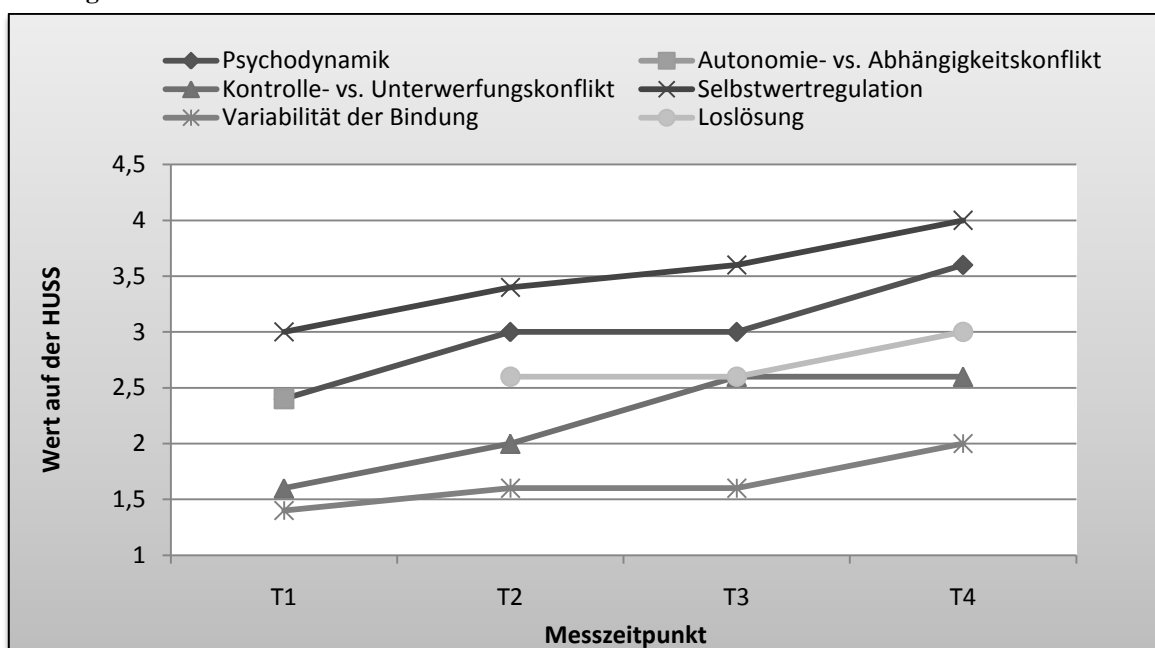
Bei der Auswahl der Konfliktfoki wurden zu Beginn der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* sowie der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* bestimmt. Aus dem Bereich der Struktur wurden der Fokus *Selbstwertregulation* und der Fokus *Variabilität der Bindung* in die Auswahl aufgenommen. Bei dem Fokus *Variabilität der Bindung* merken die Rater an, dass dieser Fokus „am wenigsten im manifesten Text des Interviews durch entsprechende Passagen zu belegen“ ist, nach reiflicher Überlegung jedoch trotzdem ausgewählt wurde. Nach 80 Stunden wurden die Frühstörungsanteile des Patienten offensichtlich deutlich, sodass das Thema um die Bindung in den strukturellen Bereich verlagert und der Strukturfokus *Loslösung* ausgewählt wurde. Bei dem Fokus *Selbstwertregulation* stellen die Rater bereits zu T1 fest, dass es sich hierbei um die zentrale Problematik im Bewusstsein des Patienten handelt, verbunden mit einem hohen

Leidensdruck. Alle Foki wurden bis auf den Fokus Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt über die Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der OPD-Foki

Das Rating der OPD-Foki zu T1 lässt erkennen, dass die Foki sehr unterschiedlich eingestuft wurden (siehe Tabelle 14 im Anhang). Beginnend mit dem Fokus *Variabilität der Bindung*, der auf der HUSS mit 1+ eingestuft wurde, folgen der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* mit 2-, der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeit* mit 2+, die *Psychodynamik* mit 2+ und der Fokus *Selbstwertregulation* mit der Stufe 3. Die Rater halten in der Beurteilung zu T1 fest: *Der Leidensdruck für seine soziale Ängstlichkeit ist sehr groß, er kommt an mehreren Stellen des Interviews darauf zu sprechen, sodass beim Untersucher der Verdacht aufkommt, der Patient halte sich eventuell ein Stück weit an diesem Symptom fest (im Sinne der Deckabwehr, (...)). Trotz dieses Fragezeichens sind Einsichtsfähigkeit, die Anerkennung als kontinuierliches, eigenes Problem und der Wunsch, an diesen Aspekten seiner Selbstwertproblematik etwas zu verändern, eindeutig gegeben.* Die angesprochene Dominanz der Selbstwertproblematik im Erleben des Patienten im Sinne einer Deckabwehr führt vermutlich dazu, dass er bei den übrigen Foki noch keine Problemwahrnehmung entwickeln konnte, und es damit verbunden zu einer geringeren Einstufung auf der HUSS kommt.

Abbildung 13: Patient E Verlauf der OPD-Foki



Im Verlauf fällt auf, dass bei den OPD-Foki diese Rangreihenfolge in der Einstufung beibehalten wird, d. h. der Patient erlangt nach 240 Stunden bei dem Fokus *Variabilität der*

Bindung, der am niedrigsten eingestuft wurde, nur die Stufe 2, bei dem Fokus *Selbstwertregulation*, der zu T1 am höchsten eingestuft wurde Stufe 4. Die größte Gesamteinwicklung zeichnet sich bei dem Fokus *Psychodynamik* ab, bei dem der Patient nach 240 Stunden einen Wertpunktanstieg um 1,2 auf die Stufe 4- erzielt. Man könnte vermuten, dass diese deutliche Veränderung im Bereich der Beziehung darauf zurückzuführen ist, dass der Therapeut seinen behandlungstechnischen Schwerpunkt auf die strukturellen Defizite des Patienten gelegt hat und es somit zu Fortschritten bei den Strukturfoki kommen konnte.

Die Mittelwertvergleiche zwischen T1 und T2 (MW T1: 2,10; MW T2: 2,50; MW-Diff.: -0,40; $p=0,066$), zwischen T1 und T3 (MW T1: 2,10; MW T3: 2,70; MW-Diff.: -0,60; $p=0,066$), zwischen T2 und T3 (MW T2: 2,52; MW T3: 2,68; MW-Diff.: -0,16; $p=0,180$) und zwischen T3 und T4 (MW T3: 2,68; MW T4: 3,04; MW-Diff.: -0,36; $p=0,059$) erweisen sich als nicht signifikant.

4.5.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Folgende Foki wurden bei Patient E auf der Basis des Erstantrages ausgewählt:

1	-
2	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Objektwahrnehmung</i>
5	<i>Impulssteuerung</i>

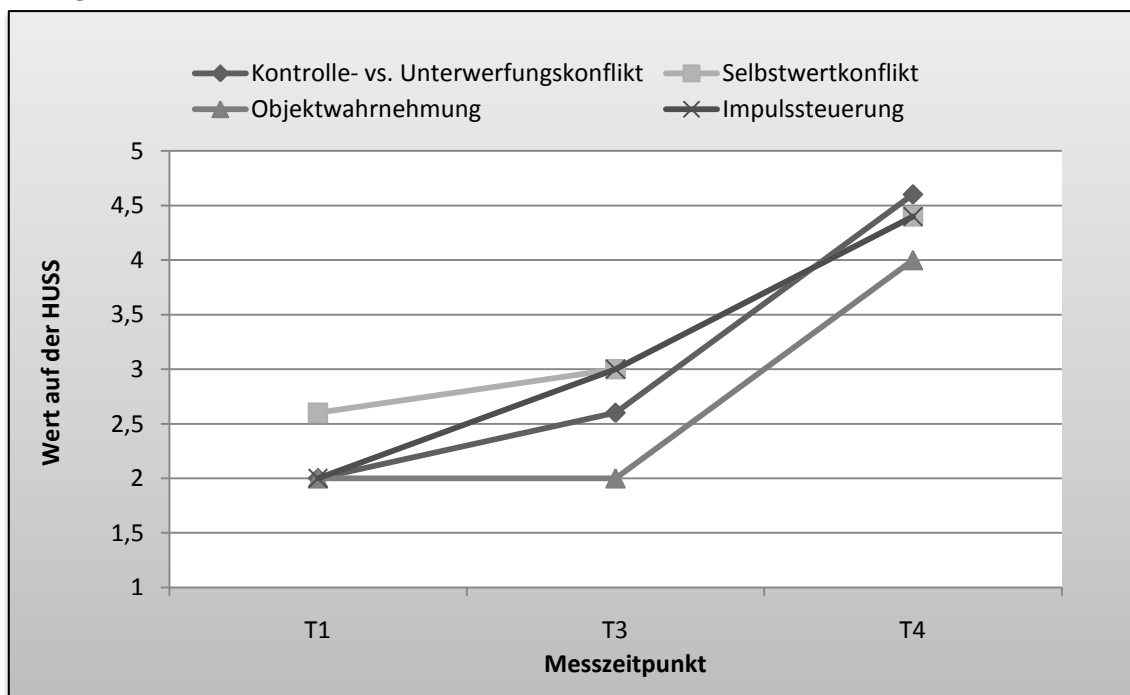
Neben dem *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* als den zentralen Konflikt wurde der *Selbstwertkonflikt* als ein weiterer wichtiger Fokus ausgewählt. Obwohl im Antrag festgehalten wurde: „*Es besteht kein wesentliches ich-strukturelles Defizit.*“ erfolgte aufgrund der inhaltlichen Belegstellen im Text eine Auswahl von zwei Konfliktfoki und zwei Strukturfoki. Auf der Strukturachse wurden als wichtige Foki die *Objektwahrnehmung* und die *Impulssteuerung* bestimmt. Alle Foki wurden über den zeitlichen Verlauf beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Die Einschätzung der KASANT-Foki zu T1 wurde fast durchweg im Bereich der Stufe 2 vorgenommen (siehe Tabelle 16 im Anhang). So wurden der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* und der Fokus *Impulssteuerung* auf Stufe 2 und der Fokus *Objektwahrnehmung* auf Stufe 2+ eingeschätzt. In Bezug auf den Fokus *Selbstwertkonflikt* befindet sich der Patient zu Beginn sogar auf der Stufe 3-. Bei Betrachtung der Fokusentwicklungen über den zeitlichen Verlauf wird deutlich, dass der Patient nach 160

Stunden in Bezug auf die Konfliktfoki nur einen Anstieg von einer halben Stufe erzielen konnte. Sehr divergent verlaufen die Strukturfoki: Hinsichtlich des Fokus Impulssteuerung konnte er Stufe 3 erreichen, bei dem Fokus Objektwahrnehmung ist er auf Stufe 2 geblieben. Dennoch zeigt der Patient eine deutliche Entwicklung von T1 zu T4, die im Bereich von 1,6 – 2,6 Wertpunkten liegt. Am deutlichsten lässt sich die Steigerung bei dem Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* erkennen, der sich zu T4 auf der Stufe 5- befindet. Sowohl der Fokus *Selbstwertkonflikt* als auch der Fokus *Impulssteuerung* haben sich auf die Stufe 4+ hinbewegt, der Fokus *Objektwahrnehmung* auf die Stufe 4.

Abbildung 14: Patient E Verlauf der KASANT-Foki



Die Mittelwertvergleiche zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergeben weder zwischen T1 und T3 (MW T1: 2,20; MW T3: 2,65; MW-Diff.: -0,45; $p=0,197$) noch zwischen T3 und T4 (MW T3: 2,65; MW T4: 4,35; MW-Diff.: -1,70; $p=0,063$) signifikante Werte.

4.5.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient E

Der Vergleich der beiden Perspektiven lässt erkennen, dass für den bedeutsamsten Konflikt unterschiedlich entschieden werden musste: So wurde in der Offline-Perspektive der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* zu T1, in der Online-Perspektive der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* als wichtigster Konfliktfokus ausgewählt. Zu T2 nähert sich diese unterschiedliche Gewichtung aneinander an, da der OPD-Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* wegfällt bzw. die Problematik durch einen Fokus aus dem Strukturbereich abgedeckt wird und somit nur noch ein Konfliktfokus übrig bleibt.

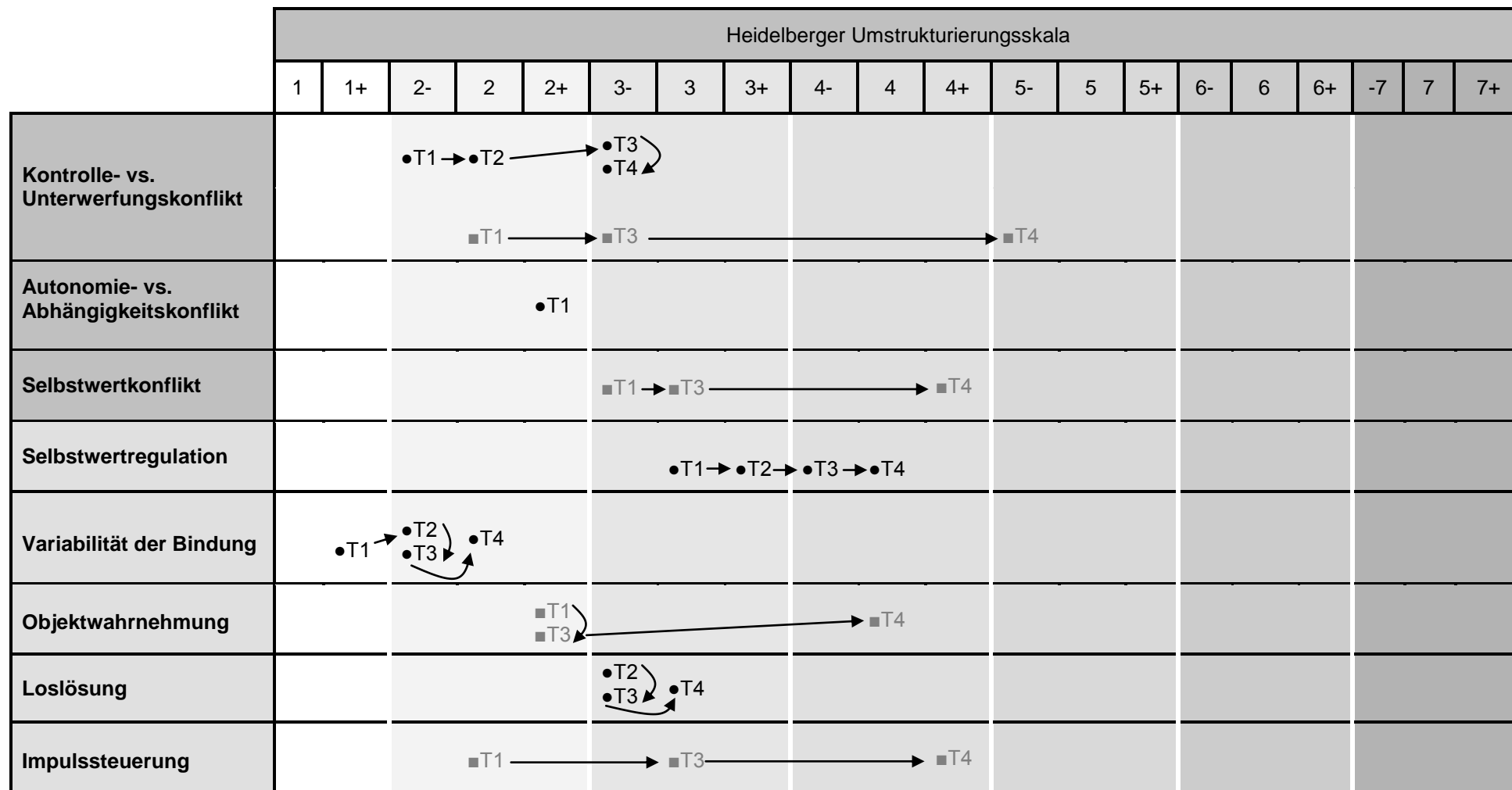
Übereinstimmend konnte lediglich der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* in beiden Perspektiven herausgefunden werden. Alle übrigen Foki unterscheiden sich in beiden Perspektiven. Eine inhaltliche Nähe zeigt sich bei der Auswahl des Fokus *Selbstwertregulation* in der Offline-Perspektive und dem Fokus *Selbstwertkonflikt* in der Online-Perspektive.

Bei der Einschätzung der Foki auf der HUSS lässt sich erkennen, dass der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* auf der Grundlage der OPD-Interviews um eine halbe Stufe schlechter eingestuft wurde (Stufe 2-) als der gleich benannte KASANT-Fokus (Stufe 2). Nach 160 Stunden erzielt der Fokus in beiden Perspektiven die gleiche Einstufung, verändert sich dann aber in der Offline-Perspektive nicht weiter, sondern bleibt auf Stufe 3-, wohingegen in der Online-Perspektive ein deutlicher Anstieg auf 5- zu verzeichnen ist. Die Raterin stellt hierzu die Überlegung an, dass der Therapeut Veränderungen im Kassenantrag beschreibt, die zwar für ihn beobachtbar aber von dem Patienten im OPD-Interview nicht beschrieben werden konnten. Weder in der Offline-Perspektive noch in der Online-Perspektive lassen sich bei Patient E signifikante Veränderungen feststellen.

Es lässt sich insgesamt über alle Foki hinweg erkennen, dass der Patient aus der KASANT-Perspektive deutlich höhere Werte auf der HUSS nach 240 Stunden erzielen konnte. So befinden sich alle KASANT-Foki zu T4 im Bereich der Stufe 4, der KASANT-Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* sogar auf Stufe 5-. Bei den OPD-Foki konnte nur der Fokus *Selbstwertregulation* einen Anstieg auf Stufe 4 erzielen, alle übrigen Foki befinden sich zu T4 im Bereich der Stufe 2 und 3. Der Mittelwertvergleich zwischen den beiden Perspektiven bestätigt diese Beobachtung durch einen signifikanten Unterschied der Einstufung zu T4 (MW OPD: 2,90; MW KASANT: 4,35; MW-Diff.: 1,45; $p = 0,016^*$).

Zusammenfassend kann bei Patient E festgehalten werden, dass in beiden Perspektiven Foki ausgewählt werden konnten, die sich als inhaltlich und zeitlich stabil herausstellten. Eine Ausnahme bildet der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* in der Offline-Perspektive, bei dem sich zwar die Problematik als inhaltlich stabil darstellte, der Strukturanteil jedoch nach 160 Stunden überwog. Übereinstimmend wurde nur ein einziger Fokus in beiden Perspektiven ausgewählt. Die übrigen Foki unterscheiden sich, wobei die Selbstwertproblematik in beiden Perspektiven diskutiert aber unterschiedlich dargestellt wurde. In der Online-Perspektive wurde der Patient tendenziell besser eingestuft als in der Offline-Perspektive, der Unterschied erweist sich allerdings nur zu T4 als signifikant. Insgesamt konnte Patient E allerdings weder in der Offline-Perspektive noch in der Online-Perspektive signifikanten Veränderungen erzielen.

Abbildung 15: Patient E Vergleich der OPD-Foki und der KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.6. Patient F

4.6.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Die Auswahl der OPD-Foki gliedert sich bei Patient F wie folgt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Selbstwertregulation</i>
4	<i>Internalisierung</i>
5	<i>Loslösung</i>

In der Beschreibung der Psychodynamik wurden folgende Items verwendet:

I. Der Patient erlebt sich so, dass (1) er anderen besonders hilft, sie versorgt und beschützt, (2) sich an die Objekte anklammert, (3) diesen aber auch trotz und sich widersetzt.

II. Der Patient erlebt seine wichtigen Objekte immer so, dass (1) sich diese an ihn anklammern, (2) ihn im Stich lassen und (3) gekränkt und beleidigt reagieren.

III. Andere erleben den Patienten immer wieder so, dass (1) er signifikante Objekte bewundert und idealisiert, (2) sich besonders in den Mittelpunkt stellt und (3) sich immer wieder zurücknimmt und sich selbst entwertet.

IV. Andere reagieren auf den Patienten, indem (1) sie diesen besonders akzeptieren und anerkennen, (2) ihm zu viel Autonomie gewähren und (3) die Flucht vor ihm ergreifen.

Bei der Auswahl der Konfliktfoki zu T1 mussten sich die Rater zunächst damit konfrontiert sehen, dass mehrere Konflikte inhaltlich als vorhanden erschienen, aber schlecht zu beurteilen waren. So war der Konflikt bei Patient F entweder zu wenig ausgeprägt; oder die Informationen über den Konflikt standen nicht im Einklang mit der Operationalisierung der OPD. Letztendlich wurde der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* ausgewählt, da dieser inhaltlich am stärksten vertreten war und sich somit als beurteilbar herausstellte. Es wurde jedoch auch zu den darauffolgenden Messzeitpunkten die Möglichkeit weiterer Konflikte diskutiert. Insbesondere kamen hier der *Ödipal-sexuelle Konflikt* und der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als Foki zur Sprache. Zu Beginn der Behandlung wurden die drei übrigen Foki dem Strukturbereich der OPD entnommen. Die Selbstwertproblematik wurde zunächst durch den Fokus *Selbstwertregulation* abgedeckt. Nach 80 Stunden wurde der Fokus *Selbstwertregulation* allerdings nach intensiver Diskussion zugunsten des Fokus *Selbstwertkonflikt* verworfen, da die Rater eine Dominanz des Konfliktanteils an der

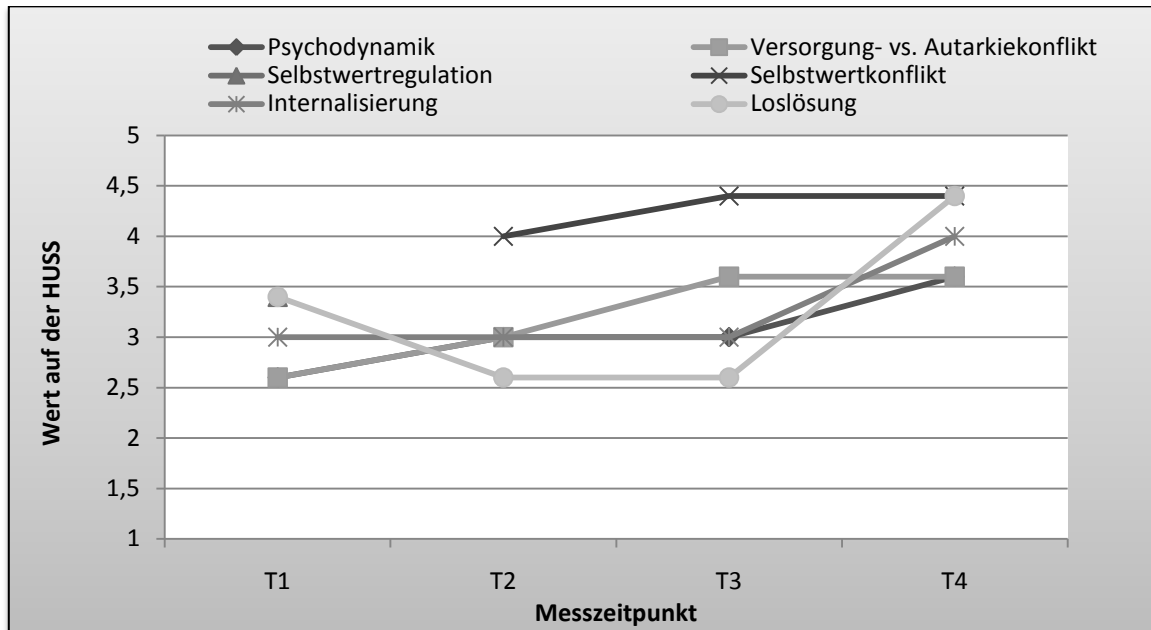
Problematik feststellten. Aus dem Bereich der Bindung wurden sowohl die *Internalisierung* als auch die *Loslösung* als Foki bestimmt und über den Verlauf beibehalten.

Verlauf der OPD-Foki

Alle OPD-Foki wurden zu Beginn im Bereich der Stufe 3 geratet (siehe Tabelle 16 im Anhang). Der Veränderungsverlauf zeigt bei allen Foki mit Ausnahme des Fokus *Loslösung* einen stetigen Anstieg. Die Foki *Psychodynamik*, *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt*, *Selbstwertkonflikt* und *Internalisierung* entwickeln sich gemäß einem Aufwärtstrend und erzielen nach 240 Stunden eine Veränderung von einer ganzen Stufe auf der HUSS. Auffallend ist der identische Verlauf des Fokus *Psychodynamik* und des Fokus *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt*, die sich beide nach 240 Stunden auf der Stufe 4- befinden. Aus Abbildung 16 geht hervor, dass die Konflikte einen rascheren Anstieg auf der HUSS aufweisen als die Foki aus dem Strukturbereich. So zeigt der Fokus *Internalisierung* ein konstantes HUSS-Niveau von Stufe 3 nach 160 Stunden. Erst nach 240 Stunden lässt sich ein deutlicher Anstieg verzeichnen. Beim Fokus *Loslösung* kommt es nach 80 Stunden zu einer Rückstufung von Stufe 3+ auf Stufe 3-. Die Rater stellen fest, „dass eine jetzige Auseinandersetzungen mit der Problematik höchst bedrohlich und Angst erzeugend“ für den Patienten sein könnte. Man könnte diesbezüglich vermuten, dass es hier zu einem krisenhaften Einbruch kam, der eine Verschlechterung des strukturellen Niveaus zur Folge hatte. Die Problematik bzw. die nun anstehenden Entwicklungsschritte in diesem Bereich erscheinen nach Meinung der Rater als von außen aufgezwungen, werden von dem Patienten aber nicht als problematisch erachtet. Auch nach 160 Stunden konnten die Rater nur partiell ein Problembewusstsein in Bezug auf den Fokus *Loslösung* erkennen. Nach 240 Stunden zeichnete sich aber auch hier ein deutlicher Entwicklungsschritt ab; so konnte der Patient einen Anstieg um eine ganze Stufe erreichen. Man muss in Betracht ziehen, dass es sich aber auch um eine überhöhte Einschätzung zu T1 gehandelt haben könnte. Allerdings spricht dagegen, dass der inhaltlich verwandte Fokus *Internalisierung* auf der HUSS zu T1 ähnlich eingeschätzt wurde.

Das Resultat nach 240 Stunden verdeutlicht eine leichte Tendenz zu einer höheren Einstufung bei den beiden Strukturfoki *Internalisierung* (Stufe 4) und *Loslösung* (Stufe 4+) sowie bei dem Fokus *Selbstwertkonflikt* (Stufe 4), der inhaltlich zu Beginn auf der Strukturachse angesiedelt worden war. Die Foki *Psychodynamik* und *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* konnten sich beide nur auf Stufe 4- bewegen.

Abbildung 16: Patient F Verlauf der OPD-Foki



Mittelwertvergleiche zwischen den Messzeitpunkten ergaben keine signifikanten Veränderungen zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 2,90; MW T2: 2,90; MW-Diff.: 0,00; $p= 1,000$), dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,90; MW T3: 3,05; MW-Diff.: -0,15; $p= 0,593$), der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 3,12; MW T3: 3,32; MW-Diff.: -,20; $p= 0,180$) sowie der 160. Stunde und der 240. Stunde (MW T3: 3,32; MW T4:4,00; MW-Diff.: -0,68; $p= 0,109$).

4.6.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Folgende Foki wurden auf Basis des Erstantrages ausgewählt:

1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Ödipal-sexueller Konflikt</i>
4	<i>Internalisierung & Loslösung</i>
5	<i>Selbst-/ Objektdifferenzierung</i>

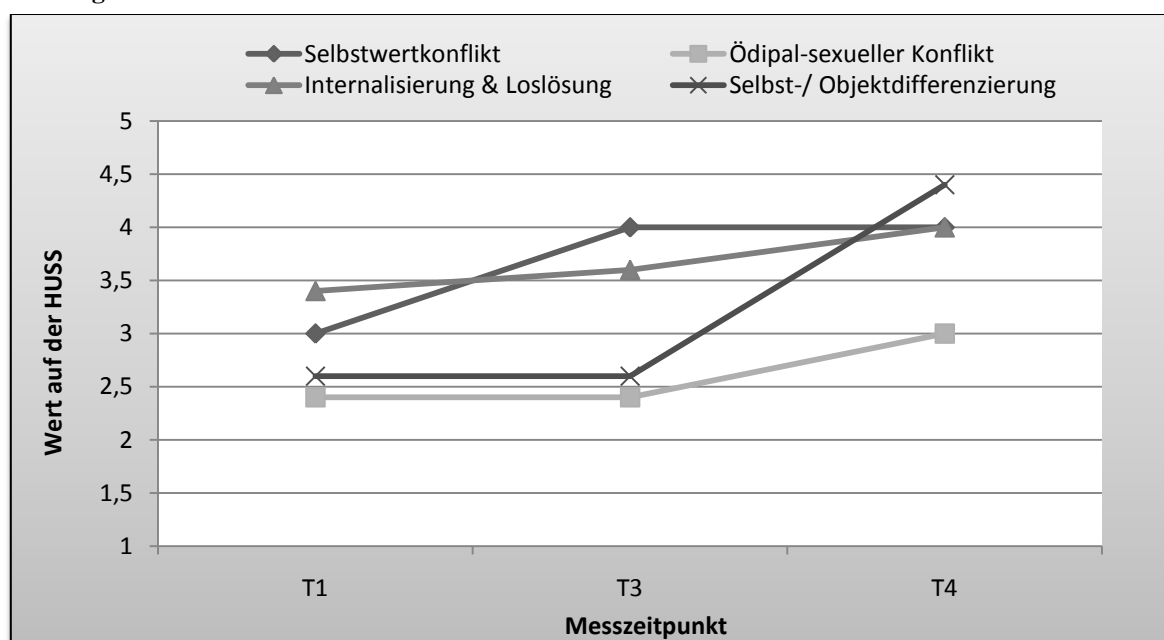
Der *Selbstwertkonflikt* wurde bei Patient F als der zentrale Konfliktfokus ausgewählt. Diesem Fokus nachgeordnet wurde der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt*, der mit dem Fokus *Selbstwertkonflikt* in engem Zusammenhang steht. Als ein weiterer möglicher Konfliktfokus wurde auch der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* und in Abgrenzung zum *Selbstwertkonflikt* der Fokus *Selbstwertregulation* diskutiert. Aus dem Bereich der Bindung wurden auf der Strukturachse der Fokus *Internalisierung* und der Fokus *Loslösung* aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe zu einem Fokus zusammengefasst und ein weiterer Fokus die *Selbst-/*

Objektdifferenzierung ausgewählt. Diskutiert wurde hier auch der Fokus *Selbstbild* als ein weiterer Strukturfokus. Alle zu T1 ausgewählten Foki wurden über die drei Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Bis auf den Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* (Stufe 2+) wurden alle übrigen KASANT-Foki zu T1 im Bereich der Stufe 3 eingeschätzt (siehe Tabelle 17 im Anhang). Dies begründet die Raterin u. a. mit der Beobachtung, dass der Patient noch völlig von außen mit der ödipal-sexuellen Problematik konfrontiert scheint. Bei der Betrachtung des Veränderungsverlaufs auf der HUSS (siehe Abbildung 17) lässt sich ein rascher Anstieg beim *Selbstwertkonflikt* verzeichnen, wobei es sich hier auch um die zentrale Problematik in den Auseinandersetzungen mit dem Therapeuten gehandelt haben muss. Die übrigen Foki steigen hingegen nur langsam an. So wird bei dem kombinierten Fokus *Internalisierung* und *Loslösung* nach 160 Stunden nur eine Veränderung von 0,2 Wertpunkten auf der HUSS erkennbar (Stufe 4-).

Abbildung 17: Patient F Verlauf der KASANT-Foki



Der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* sowie der Fokus *Selbst-/Objektdifferenzierung* zeigen keine Veränderung. Nach 240 Stunden lässt sich ein umgekehrtes Verlaufsmuster erkennen: Der Fokus *Selbstwertkonflikt* weist keine Veränderung auf. Die Raterin bemerkt diesbezüglich keine konstanten Veränderungen, der Patient befindet sich weiterhin auf der Stufe 4, in der aktiven Bewältigung. Vermutlich hat sich hier der Schwerpunkt von der Selbstwertproblematik auf andere Themen verschoben. Die übrigen Foki konnten einen

Anstieg von 0,4 bis 1,8 Wertpunkten auf der HUSS erzielen. So lässt sich hier die Hypothese stärken, dass die strukturellen Defizite länger brauchen, bis sich hier eine Veränderung abzeichnet.

Der Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergab keine signifikante Veränderung nach 160 Stunden (MW T1: 2,85; MW T3: 3,15; MW-Diff.: -0,30; $p=0,180$) sowie nach 240 Stunden (MW T3: 3,15; MW T2: 3,85; MW-Diff.: -0,70; $p=0,109$).

4.6.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient F

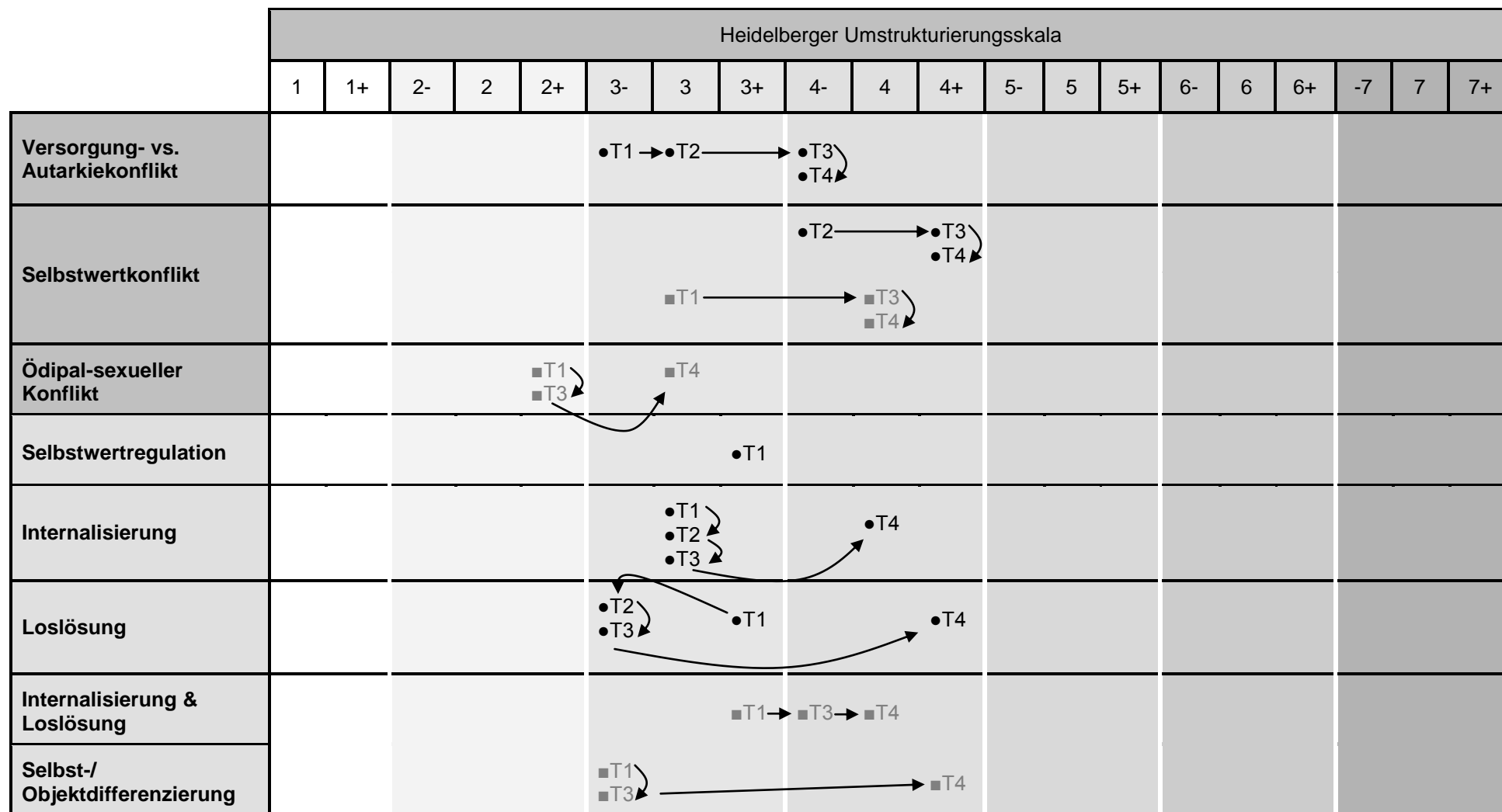
Im Vergleich der beiden Perspektiven lassen sich zunächst mehrere Übereinstimmungen hinsichtlich der Fokusauswahl erkennen: Sowohl auf der Basis des Erstantrages als auf Basis des OPD-Interviews zu T2 wurde der Fokus *Selbstwertkonflikt* bestimmt, wobei die Selbstwertproblematik inhaltlich auch im OPD-Interview zu T1 erfasst wurde, aber mit dem Fokus *Selbstwertregulation* abgedeckt wurde. Übereinstimmungen lassen sich darüber hinaus bei den Strukturfoki *Loslösung* und *Internalisierung* erkennen, wobei in der KASANT-Perspektive ein kombinierter Fokus gebildet wurde, in der OPD-Perspektive beide Foki getrennt voneinander untersucht und bewertet wurden.

Beim Rating der Foki in beiden Perspektiven lassen sich nur geringfügige Abweichungen hinsichtlich ihrer Einstufungen erkennen, die sich als nicht signifikant erwiesen haben. So bewegen sich mit Ausnahme des KASANT-Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* (Stufe 2+) alle Foki zu Beginn im Bereich der Stufe 3 und nach 240 Stunden im Bereich der Stufe 4. Auffallend ist der Verlauf des KASANT-Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt*, der nach 160 Stunden keine Veränderung zeigt, nach 240 Stunden erlangt dieser nur Stufe 3. Der OPD-Fokus *Selbstwertregulation* wird zugunsten des Fokus *Selbstwertkonflikt* nach 80 Stunden verworfen. Bei der Einschätzung des Fokus *Selbstwertkonflikt* lassen sich daher zu T1 und T2 noch keine Gegenüberstellungen zwischen den Perspektiven vornehmen. Vergleichen lassen sich hingegen die Einstufungen zu T3 und T4: Zu beiden Messzeitpunkten zeigt sich in der Offline-Perspektive eine geringfügig höhere Einschätzung (Stufe 4+) als in der Online-Perspektive (Stufe 4). Der Vergleich der Foki *Loslösung* und *Internalisierung* in beiden Perspektiven lässt bei dem kombinierten KASANT-Foki einen stetigen und rascheren Anstieg erkennen, der mit Stufe 3+ beginnt und sich über 4- auf die Stufe 4 hin entwickelt. Die getrennte Betrachtung beider Foki in der Offline-Perspektive weist einen davon völlig abweichenden Verlauf auf. Der OPD-Fokus *Internalisierung* befindet sich von T1 bis T3 auf Stufe 3 und zeigt seine erste Veränderung zu T4 auf Stufe 4. Der OPD-Fokus *Loslösung* wurde nach einer Einschätzung auf die Stufe 3+ zu Beginn, zu T2 sowie T3 auf die Stufe 3-

zurückgestuft. Nach 240 Stunden kommt es dann zu einem deutlichen Anstieg auf Stufe 4+. In beiden Perspektiven erweisen sich die Veränderungen über die Messzeitpunkte hinweg als nicht signifikant.

Zusammenfassend kann bei Patient F festgehalten werden, dass sich trotz der fortwährenden Diskussionen um die Fokusausswahl inhaltlich und zeitlich stabile Foki auswählen ließen. Eine Ausnahme bildet die Selbstwertproblematik in der Offline-Perspektive, die nach 80 Stunden in den Konfliktbereich gerückt wird. Darüber hinaus konnten mehrere Übereinstimmungen in der Auswahl der Foki festgestellt werden: Sowohl ein Konfliktfokus als auch ein Strukturfokus konnten in beiden Perspektiven gleichermaßen ausgewählt werden. Hier zeigen sich keine deutlichen Abweichungen hinsichtlich der Einstufung auf der HUSS. Auch das Rating der übrigen Foki lässt keine signifikanten Abweichungen zwischen beiden Perspektiven erkennen. Dennoch kann Patient F weder in der Offline-Perspektive noch in der Online-Perspektive signifikante Veränderungen auf der HUSS erzielen.

Abbildung 18: Patient F Vergleich der OPD-Foki und der KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.7. Patient G

4.7.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Für Patient G wurden die unten aufgelisteten OPD-Foki benannt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Selbstreflexion</i>
4	<i>Selbstbild</i>
5	<i>Ganzheitliche Objektwahrnehmung</i>

In die Formulierung der Psychodynamik wurden folgende Items aufgenommen:

I. Der Patient erlebt sich so, dass (1) er andere besonders akzeptiert und anerkennt, (2) diese angreift und bedroht und (3) seine Selbstständigkeit und Eigenart besonders betont.

II. Andere Objekte erlebt er häufig so, dass (1) diese ihn zurückweisen, (2) sich abschotten und unzugänglich machen, (3) ihn bestimmen und beherrschen.

III. Andere nehmen bei dem Patienten eine starke innere Tendenz wahr, (1) sich den Forderungen der Objekte anzupassen und sich zu unterwerfen, (2) signifikante Objekte zu entwerten und zu beschämen, (3) sich abzuschotten und emotional unzugänglich zu machen.

IV. Der Untersucher und andere reagieren so darauf, dass (1) sie ihm zu viel Autonomie gewähren, (2) ihn entwerten und beschämen, (3) ihn zurückweisen und den Kontakt verweigern.

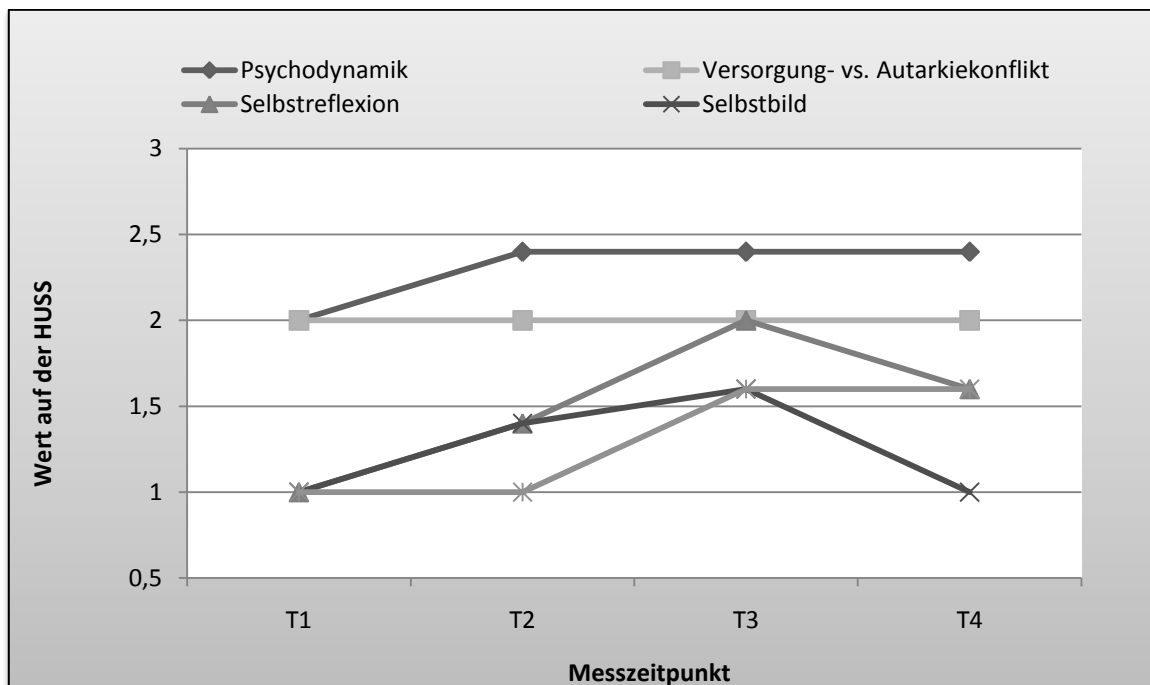
Bei der Auswahl der Konflikte wurde der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als einziger Fokus bestimmt. Auf der Strukturachse wurden hingegen drei Strukturfoki ausgewählt: Aus dem Bereich der Selbstwahrnehmung wurden sowohl die *Selbstreflexion* als auch das *Selbstbild* als zentrale Foki festgelegt. Darüber hinaus wurde die *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* als ein weiterer Strukturfokus ausgesucht. Die Auswahl der Foki wurde über alle Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der OPD-Foki

Die Einschätzung der OPD-Foki zu T1 lässt eine Zweiteilung erkennen (siehe Tabelle 18 im Anhang): Der Fokus *Psychodynamik* sowie der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wurden beide auf der Stufe 2 geratet. Bei den Strukturfoki *Selbstreflexion*, *Selbstbild* und *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* erfolgte die Einschätzung einheitlich auf Stufe 1. Die

Rater sprechen von einem tief greifenden strukturellen Identitätsdefizit, welches er „*projektiv in der Außenwelt verankert*“ hat. Bei der Betrachtung des Veränderungsverlaufs wird deutlich, dass der Patient nach 80 Stunden jeweils eine positive Veränderung von 0,4 Wertpunkten bei den Foki *Psychodynamik*, *Selbstreflexion* und *Selbstbild* erzielen konnte. Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* sowie der Fokus *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* blieben unverändert. Nach 160 Stunden lässt sich in Bezug auf die Strukturfoki ein Anstieg von 0,2-0,4 Wertpunkten feststellen. Hinsichtlich des Konfliktfokus und des Fokus *Psychodynamik* kann sich der Patient weder nach 160 Stunden noch nach 240 Stunden verändern. Die Rater vermerken nach 240 Stunden, dass der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* völlig in den Hintergrund getreten ist und sich nur schwer beurteilen lässt. Aufgrund des niedrigen Strukturniveaus stellen die Rater diesen Konflikt zu T4 in Frage und ziehen die Möglichkeit einer Nähe- vs. Distanzproblematik in Erwägung. Beim Fokus *Selbstwahrnehmung* ist zu T4 ein Rückgang zu verzeichnen, der sich mit dem krisenhaften Einbruch bzw. der Wiedervorstellung des Patienten in Zusammenhang bringen lässt. Der Fokus *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* zeigt zwischen der 160. und der 240. Stunde keine Veränderung.

Abbildung 19: Patient G Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich über die einzelnen Messzeitpunkte zeigt keinen signifikanten Anstieg zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 1,40; MW T2: 1,64; MW-Diff.: -0,24; $p=0,083$), dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 1,40; MW T3: 1,92; MW-Diff.: -0,52; $p=0,066$), der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 1,64; MW T3: 1,92; MW-Diff.: -0,56; $p=$

0,102) sowie zwischen der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 1,92; MW T4: 1,72; MW-Diff.: 0,20; $p=0,180$).

4.7.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Folgende Foki wurden in die Auswahl auf Basis des Erstantrages aufgenommen:

1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Ödipal-sexueller Konflikt</i>
4	<i>Internalisierung</i>
5	<i>Empathie</i>

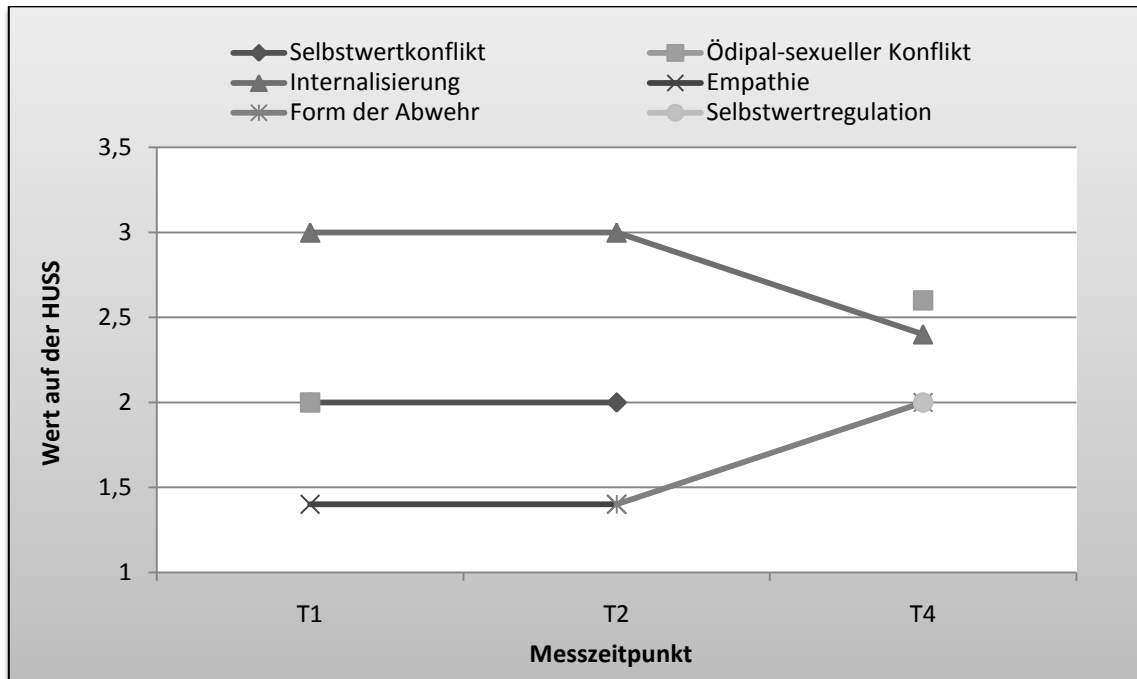
Bei der Auswahl der KASANT-Foki zu T1 wurden der *Selbstwertkonflikt* als zentraler Konfliktfokus sowie der *Ödipal-sexuelle Konflikt* als zweitwichtigster Konfliktfokus festgelegt. Diskutiert wurde auch der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als ein möglicher Fokus. Im Bereich der Struktur konnten der Fokus *Internalisierung* aus dem Bereich der Bindung und der Fokus *Empathie* aus dem Bereich der Objektwahrnehmung ausgewählt werden. Hier wurden ebenfalls die *Selbstwertregulation* und die *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* als weitere Foki besprochen. Zusätzlich zum Erstantrag lag bei Patient G ein Kassenantrag zu T2 sowie zu T4 vor. Nach 80 Stunden wurde der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* verworfen und ein weiterer Strukturfokus, der Fokus *Form der Abwehr* hinzugenommen. Dieser Entscheidung lagen nicht nur Hinweise im Text zugrunde, sondern auch die Beobachtung des Therapeuten, dass es zu einer überhöhten Einschätzung des Strukturniveaus zu T1 gekommen war. Erneut wurde nach 240 Stunden eine Veränderung in der Auswahl vorgenommen: Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurde zugunsten des Strukturfokus *Selbstwertregulation* verworfen und der Fokus *Ödipal-sexuelle Konflikt* wieder aufgenommen.

Verlauf der KASANT-Foki

Aufgrund der immer wieder eingetretenen Veränderungen in der Fokusausswahl lässt sich kein kontinuierlicher Verlauf der einzelnen Foki beobachten, was einen Vergleich der Einschätzung über mehrere Messzeitpunkte kaum möglich macht.

Abbildung 20 verdeutlicht die Bewegung der einzelnen Foki.

Abbildung 20: Patient G Verlauf der KASANT-Foki



Hinsichtlich der Einstufung zu T1 lässt sich erkennen, dass beide Konfliktfoki auf Stufe 2 geratet wurden. Bei den Strukturfoki kam es hingegen zu einer sehr unterschiedlichen Einschätzung: In Bezug auf den Fokus *Internalisierung* befindet sich der Patient auf Stufe 3. Der Fokus *Empathie* wird mit 1+ eingestuft.

Nach 80 Stunden lässt sich bei keinem der KASANT-Foki eine Veränderung erkennen. Der Mittelwertvergleich ergab hier demnach kein signifikantes Ergebnis. Der zu T2 neu aufgenommene Fokus *Form der Abwehr* wurde auf die Stufe 1+ geratet. Nach 240 Stunden wird der Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* wieder aufgenommen und zeigt im Vergleich zu T1 einen Anstieg um 0,6 Wertpunkte auf der HUUS. Auf der Strukturachse lässt sich hinsichtlich des Fokus *Internalisierung* nach 240 Stunden ein Abfall von 0,6 Wertpunkten erkennen, der Fokus *Form der Abwehr* hingegen steigt um 0,6 Wertpunkte an. Ein Mittelwertvergleich konnte nur zwischen T1 und T2 berechnet werden, da entweder keine gültigen Paare vorlagen oder der Standardfehler der Differenz Null betrug. Die Differenz der Mittelwerte zwischen dem Beginn und der 80. Stunde erwies sich als nicht signifikant (MW T1: 2,13; MW T2: 2,13; MW-Diff.: 0,00; $p= 1,000$). Für den Fokus *Selbstwertkonflikt* liegt nach 240 Stunden keine Einschätzung mehr vor, da dieser zugunsten des Fokus *Selbstwertregulation* verworfen wurde. Der neu aufgenommene Fokus *Selbstwertregulation* wird mit der Stufe 2 beurteilt. Neben den häufig wechselnden Foki in der Auswahl fällt auf, dass sich Veränderungen größtenteils im Strukturbereich abbilden.

4.7.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient G

Aus der nachfolgenden Abbildung wird die Vielzahl an Foki deutlich, die in beide Perspektiven aufgenommen wurden. Es lassen sich keine Übereinstimmungen in der Auswahl erkennen. Allerdings muss hierbei ergänzt werden, dass die zwei Strukturfoki aus der Offline-Perspektive in der Online-Perspektive als mögliche Foki diskutiert wurden. In der Offline-Perspektive konnten alle OPD-Foki über den gesamten Verlauf beibehalten werden, in der Online-Perspektive kam es immer wieder zu Veränderungen in der Auswahl. Diese Unsicherheit und Instabilität in der Auswahl wird dadurch unterstützt, dass in der letztgenannten Perspektive bereits in die Diskussion zu Beginn zahlreiche weitere Foki mit einbezogen wurden.

Darüber hinaus wurde in der Offline-Perspektive zu T1 eine andere Gewichtung von Konflikt- und Strukturfoki vorgenommen. So finden sich hier nur ein Konfliktfokus und drei Strukturfoki; in der Online-Perspektive wurden zu Beginn zwei Konfliktfoki und zwei Strukturfoki bestimmt; erst nach 80 Stunden kam es zur Neubewertung des Strukturturniveaus durch den Therapeuten und damit zu einer Annäherung, da drei Strukturfoki ausgewählt wurden. Trotz der Veränderungen in der Online-Perspektive konnte keine inhaltliche Annäherung an die Offline-Perspektive stattfinden.

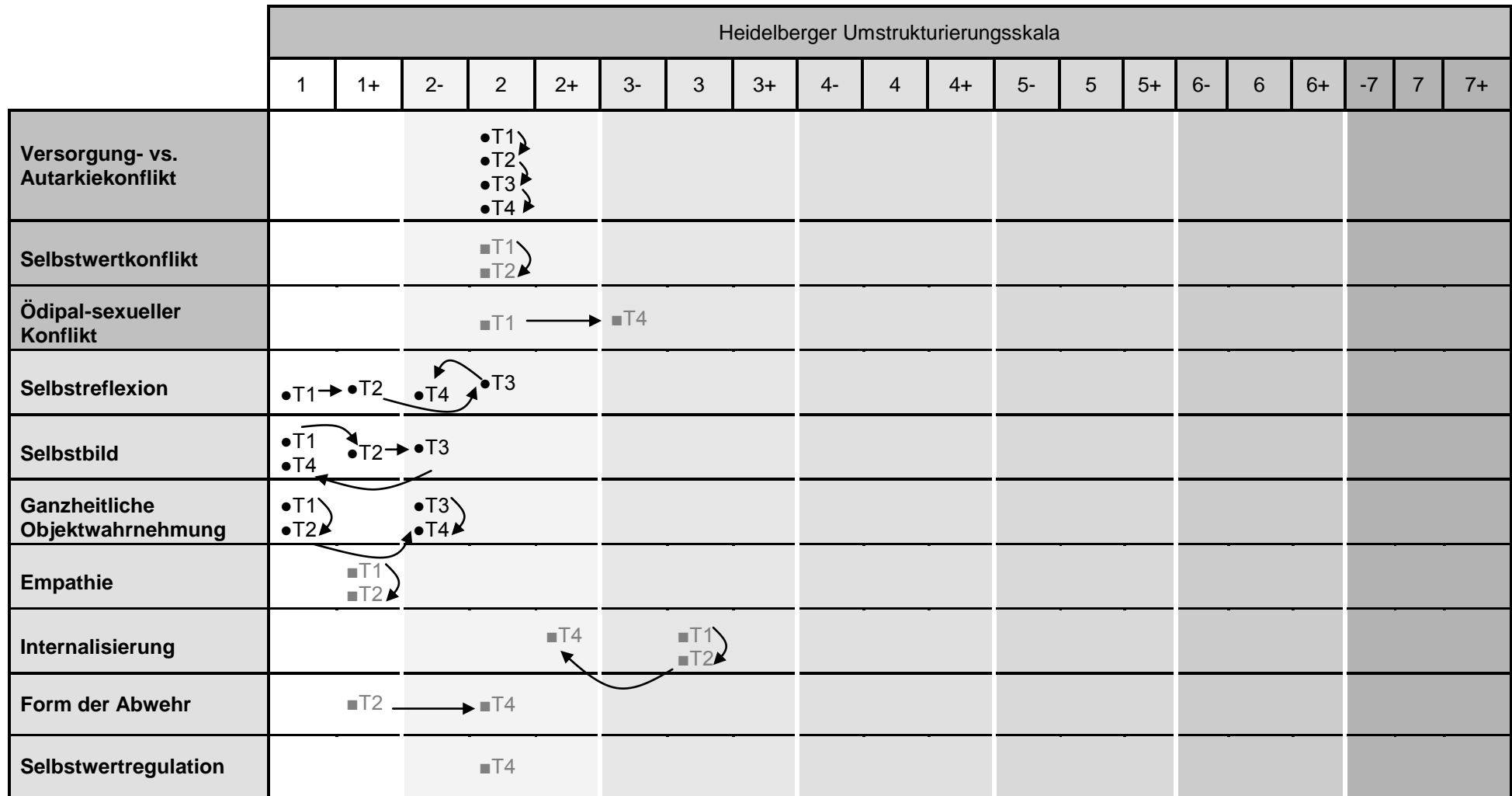
Bei der Einschätzung der Foki in beiden Perspektiven wird deutlich, dass die Einstufungen ausschließlich im Bereich von Stufe 1-2 vorgenommen wurden. Eine Ausnahme bildet der KASANT-Foki *Ödipal-sexueller Konflikt*, der sich nach 240 Stunden auf Stufe 3- befindet, sowie der KASANT-Foki *Internalisierung*, der sich bis zur 80. Stunde auf Stufe 3 hält, dann aber auf Stufe 2+ zurückgestuft wurde.

Die Betrachtung des gesamten Verlaufs zeigt, dass die übrigen Konflikte keine Veränderung auf der HUSS zeigen: Sowohl der OPD-Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wie auch der KASANT-Fokus *Selbstwertkonflikt* bleiben über den gesamten Verlauf auf Stufe 2. Veränderungen zeigen sich hingegen hauptsächlich im Bereich der Strukturfoki, die bis auf den Fokus *Internalisierung* und den Fokus *Selbstwertregulation* zu Beginn niedriger eingestuft wurden als die Konfliktfoki. Hierdurch wird deutlich, dass die Problematik des Patienten überwiegend im strukturellen Bereich verankert ist, an dem der Therapeut zu arbeiten scheint. Die OPD-Foki *Selbstreflexion* und *Ganzheitliche Objektwahrnehmung* sowie der KASANT-Fokus *Form der Abwehr* konnten einen Wertpunktzuwachs von 0,6 nach 240 Stunden erzielen. Bei dem OPD-Fokus *Selbstbild* und dem KASANT-Fokus *Internalisierung* kommt es nach 240 Stunden zu einem deutlichen Abfall, die KASANT-Foki *Empathie* und *Selbstwertregulation* zeigen keine Veränderung. Die Mittelwertvergleiche innerhalb beider

Perspektiven und zwischen beiden Perspektiven ergeben, wie zu erwarten, keine signifikanten Ergebnisse.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass es sich bei Patient G als schwierig herausstellte, inhaltlich und zeitlich stabile Foki in der Online-Perspektive auszuwählen. Zwar konnte in der Offline-Perspektive eine Stabilität annähernd erreicht werden. Dennoch wurde in zahlreichen Diskussionen immer wieder um die Existenz der Foki gerungen. Beim Konfliktfokus zeigt sich ein so deutlicher Rückgang der Problematik, dass die Rater diesen sogar infrage stellten. Darüber hinaus existieren keine gemeinsam ausgewählten Foki in beiden Perspektiven. Trotz der unterschiedlichen Auswahl der Foki erfolgte eine Einschätzung überwiegend im Bereich der Stufe 1 und 2, ohne hochgradige Abweichungen. Der Patient erzielte aber weder in der Offline-Perspektive noch in der Online-Perspektive signifikante Veränderungen über den gesamten Verlauf.

Abbildung 21: Patient G Vergleich von OPD- und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.8. Patient H

4.8.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Für Patient H wurden nach dem OPD-Erstinterview folgende Foki benannt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Identitätskonflikt</i>
5	<i>Loslösung</i>

In der Psychodynamischen Formulierung finden die nachstehenden Items Verwendung:

I. Der Patient erlebt sich so, dass (1) er sich seinen Objekten besonders anvertraut und sich bei ihnen anlehnt, (2) diese entwertet und beschämt, (3) sich zurücknimmt und (4) selbst entwertet.

II. Die Objekte erlebt er so, dass (1) diese ihn im Stich lassen, (2) immer wieder Ansprüche und Forderungen an ihn stellen, (3) ihn entwerten und beschämen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er andere besonders bewundert und idealisiert, (2) sich an Objekte anklammert, (3) seine Selbstständigkeit besonders betont, (4) besonders mit seinen Objekten rivalisiert.

IV. Andere reagieren darauf, indem (1) sie ihm besonders helfen, ihn versorgen und beschützen, (2) ihm zu viel Autonomie gewähren und (3) mit ihm rivalisieren.

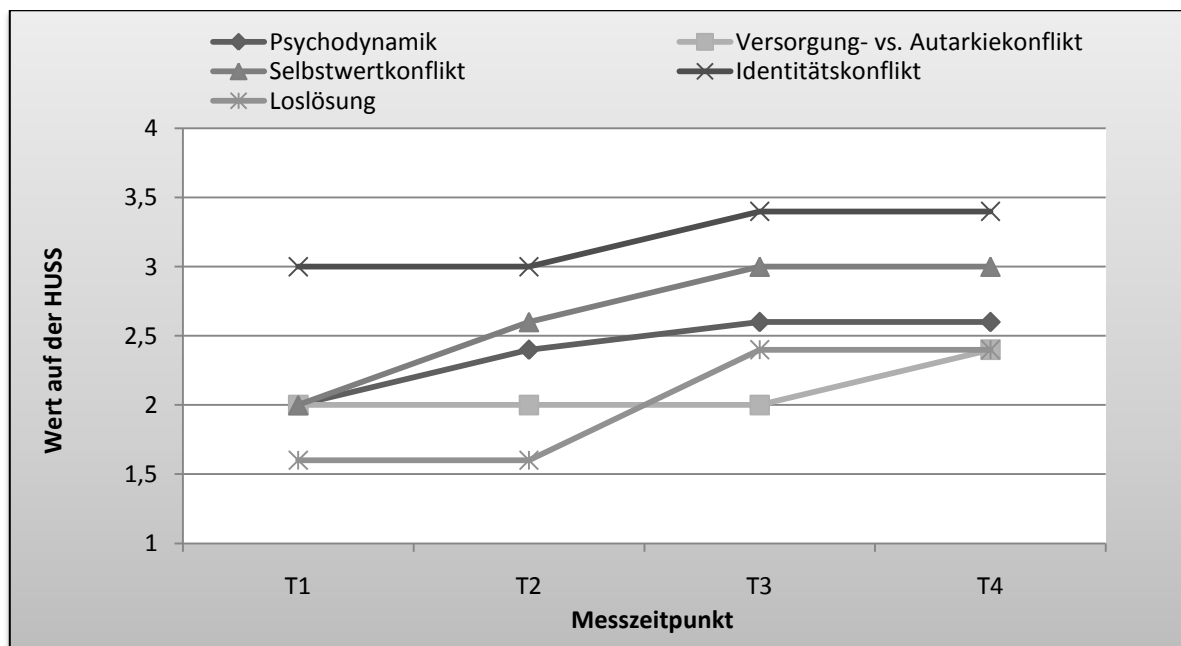
Bei der Auswahl der Foki wurde der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als zentraler Konfliktfokus deklariert. Es wurden zwei weitere Konflikte als Foki bestimmt: der *Selbstwertkonflikt* sowie der *Identitätskonflikt*. Auf der Strukturachse wurde die *Loslösung* aus dem Bereich der Bindung als Fokus festgelegt. Alle Foki wurden über die Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der OPD-Foki

Die Einstufung der OPD-Foki zu T1 wurde bei den drei Foki *Psychodynamik*, *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und *Selbstwertkonflikt* auf Stufe 2 vorgenommen (siehe hierzu Tabelle 20 im Anhang). Auffallend ist die deutlich höhere Einschätzung des Fokus *Identitätskonflikt* auf Stufe 3. Allerdings handelt es sich hier im Gegensatz zu den beiden anderen Konflikten um eine Problematik, die beim Patienten einer bewussten Wahrnehmung unterliegt und sich nicht

völlig ich-synton verhält. Der Strukturfokus *Loslösung* wurde zu Beginn am niedrigsten mit Stufe 2- eingeschätzt (siehe Abbildung 22). Es wird ersichtlich, dass alle OPD-Foki einen Anstieg auf der HUSS nach 240 Stunden verzeichnen können, der im Bereich von 0,4 und 1,0 Wertpunkten auf der HUSS liegt. Bei genauer Betrachtung des Verlaufs wird aber auch erkennbar, dass sich dieser Anstieg nur langsam in kleinen Schritten vollzieht. Der deutlichste Anstieg von 0,6 Wertpunkten lässt sich beim Fokus *Selbstwertkonflikt* nach 80 Stunden erkennen; hierbei handelt es sich auch um den Fokus, der nach 240 Stunden den größten Zuwachs von einer ganzen HUSS-Stufe erzielt. Der Fokus *Psychodynamik* verändert sich zu T2 um 0,4 Wertpunkte. Auffallend ist sicherlich das Ausbleiben einer Veränderung bei dem Fokus *Identitätskonflikt*, der zu T1 am höchsten eingestuft wurde. Hierfür könnte eine strukturelle Mitbeteiligung sprechen, was zur Folge haben könnte, dass eine deutliche Veränderung mehr Zeit benötigen würde. Nach 160 Stunden ist es bei allen Foki zu einem Anstieg gekommen, außer bei dem Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*, bei dem es sich um den „*lebensbestimmenden Konflikt*“ handelt. Der Patient wurde zu diesem Zeitpunkt weiterhin nur von außen mit dem Thema konfrontiert. Trotz der Zentralität, die sich dem Gutachten zu entnehmen ist, bildet sich eine Veränderung um eine halbe Stufe erst nach 240 Stunden ab. Allerdings handelt es sich hierbei auch um die einzige Veränderung zu T4. Die übrigen Foki bleiben unverändert.

Abbildung 22: Patient H Verlauf der OPD-Foki



Ein Mittelwertvergleich ergab keine signifikanten Zuwachs zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 2,12; MW T2: 2,32; MW-Diff.: -0,20; $p = 0,180$), zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,12; MW T3: 2,68; MW-Diff.: -0,56; $p = 0,068$), zwischen der 80.

und der 160. Stunde (MW T2: 2,32; MW T3: ,68; MW-Diff.: -0,36; p= 0,066) sowie zwischen der 160. Stunde und der 240. Stunde (MW T3: 2,68; MW T4: 2,76; MW-Diff.: -0,24; p= 0,317).

4.8.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Auf der Basis des Erstantrages wurde für Patient H die folgende Auswahl von Foki getroffen:

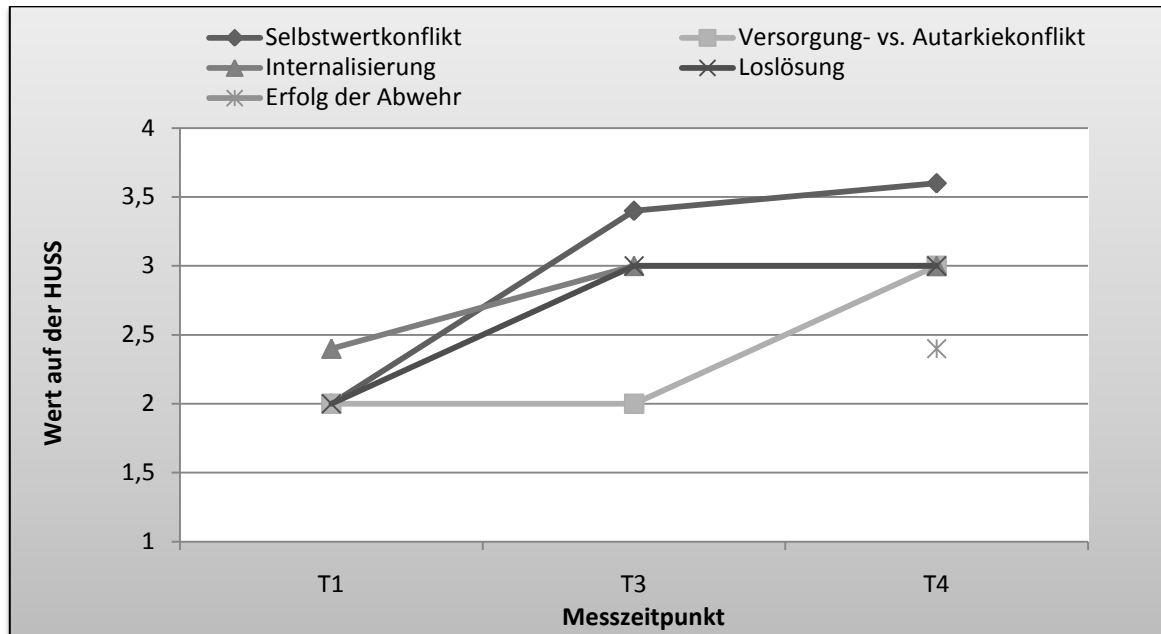
1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Internalisierung</i>
5	<i>Loslösung</i>

Der *Selbstwertkonflikt* wurde als der übergeordnete Konfliktfokus ausgewählt. Dieser konnte aus den Konflikten als einziger klar umgrenzter Fokus sicher festgelegt werden. Für den *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* als weiteren Konfliktfokus wurde mittels Ausschluss der übrigen Konflikte entschieden. In den Überlegungen zu dem zweiten Konfliktfokus wurde auch der *Ödipal-sexuelle Konflikt* diskutiert. Letztendlich sprachen im Erstantrag jedoch mehr Hinweise für den Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*. Die Auswahl der KASANT-Foki wurde auch nach 160 Stunden beibehalten. Nach 240 Stunden wurden die Foki *Internalisierung* und *Loslösung* zu einem Fokus zusammengefasst und ein weiterer Fokus *Erfolg der Abwehr* hinzugenommen.

Verlauf der KASANT-Foki

Alle KASANT-Foki wurden zu Beginn mit der Stufe 2 geratet, der Fokus *Internalisierung* wurde auf Stufe 2+ eingestuft (siehe Tabelle 21 im Anhang). Bei der Betrachtung des Verlaufs in Abbildung 23 fällt auf, dass es bei allen KASANT-Foki mit Ausnahme des Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* nach 160 Stunden zu einem deutlichen Anstieg gekommen ist, der im Bereich von 0,6 – 1,4 Wertpunkten auf der HUSS liegt. Zum Konfliktfokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* vermerkt die Raterin, dass kaum Hinweise gefunden werden konnten, es allerdings auch keinen anderen Konflikt gibt, der sich in seiner Bedeutsamkeit so klar hervorhebt, um gewertet zu werden.

Abbildung 23: Patient H Verlauf der KASANT-Foki



Der Fokus *Selbstwertkonflikt* weist mit einem Anstieg von Stufe 2 auf Stufe 3+ den größten Zuwachs auf. Nach 240 Stunden kommt es im Veränderungsverlauf zu einer umgekehrten Gewichtung. Der Fokus *Selbstwertkonflikt* verbessert sich lediglich um eine halbe Stufe bzw. 0,2 Wertpunkte, die Foki *Loslösung* und *Internalisierung* bleiben sogar unverändert. Jedoch lässt sich nun bei dem bisher unveränderten Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* ein deutlicher Anstieg von 1,0 Wertpunkten auf Stufe 3 erkennen, nachdem die abgewehrten Bedürfnisse nach Versorgung für den Patienten spürbar werden konnten. Ein Mittelwertvergleich über die drei Messzeitpunkte ergab weder zwischen T1 und T3 (MW T1: 2,10; MW T3: 2,85; MW-Diff.: -0,75; $p=0,109$) noch zwischen T3 und T4 (MW T3: 2,85; MW T4: 3,15; MW-Diff.: -0,30; $p=0,180$) signifikante Veränderungen.

4.8.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient H

Der Vergleich beider Perspektiven lässt eine hohe Übereinstimmung in der Auswahl der Konfliktfoki erkennen: Sowohl der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als auch der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurden in die Auswahl aufgenommen. Allerdings bekamen die Foki in beiden Perspektiven eine unterschiedliche Bedeutung zugesprochen, die aus der Abbildung 24 nicht hervorgeht. So wurde in der Offline-Perspektive der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*, in der Online-Perspektive der Fokus *Selbstwertkonflikt* als der wichtigste Konflikt bestimmt.

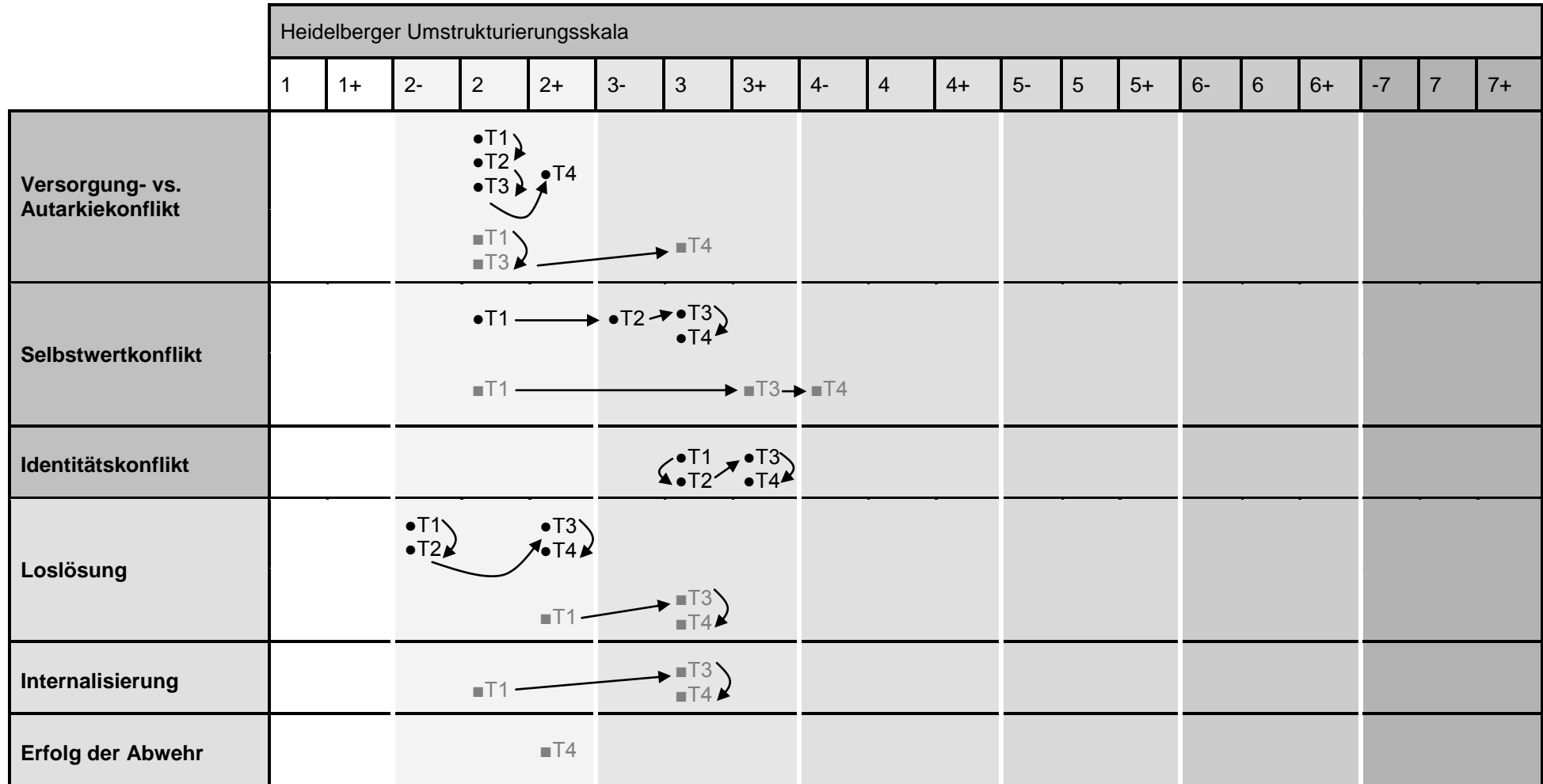
Auf der Basis der OPD-Interviews musste in Bezug auf das Verhältnis von Konfliktfoki zu Strukturfoki eine andere Gewichtung vorgenommen werden, als auf der Basis der Kassenanträge: Es wurde für einen weiteren dritten Konfliktfokus, den Fokus

Identitätskonflikt, entschieden und nur ein Strukturfokus bestimmt, wohingegen in der Online-Perspektive sowohl zwei Konflikt- als auch zwei Strukturfoki ausgewählt wurden. Im Bereich der Strukturfoki findet sich eine Übereinstimmung in Bezug auf den Fokus *Loslösung*.

Die Einstufung des Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* zeigt einen nahezu identischen Verlauf in beiden Perspektiven: Von Beginn an bis zur 160. Stunde befindet sich der Patient auf Stufe 2. Nach 240 Stunden erlangt er in der Offline-Perspektive allerdings nur einen Anstieg auf die Stufe 2+, in der Online-Perspektive hingegen auf die Stufe 3. Bei der Einschätzung des Fokus *Selbstwertkonflikt* zeigt sich zu Beginn ebenfalls eine identische Einstufung (Stufe 2) in beiden Perspektiven. Allerdings wird hier nach 160 Stunden ein unterschiedlicher Verlauf deutlich: In der Offline-Perspektive erreicht der Patient nach 160 Stunden die Stufe 3 und bleibt bei dieser Einschätzung auch nach 240 Stunden. In der Online-Perspektive befindet er sich allerdings nach 160 Stunden auf Stufe 3+ und bewegt sich nach 240 Stunden auf die Stufe 4-. Die Ersteinschätzung und der Verlauf des Strukturfokus *Loslösung* gestaltet sich in beiden Perspektiven ebenfalls unterschiedlich. Auf der Basis des OPD-Interviews wird der Patient zu T1 niedriger (Stufe 2-) als auf der Basis des Erstantrages (Stufe 2) eingeschätzt. Im Verlauf erzielt er in der Offline-Perspektive erst nach 160 Stunden eine Veränderung auf Stufe 2+, die nach 240 Stunden bestehen bleibt. Auf der Basis der Kassenanträge hingegen verändert er sich nach 160 Stunden auf Stufe 3, auf die er auch nach 240 Stunden eingestuft wird. Die Mittelwertvergleiche sowohl innerhalb beider Perspektiven als auch zwischen beiden Perspektiven ergaben keine signifikanten Unterschiede.

Zusammenfassend kann bei Patient H festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven inhaltlich und zeitlich stabile Foki auswählen ließen, die darüber hinaus eine hohe Übereinstimmung aufweisen. So konnten sowohl zwei Konfliktfoki als auch ein Strukturfokus gleichermaßen bestimmt werden. Trotz der Übereinstimmungen hinsichtlich der Auswahl in beiden Perspektiven haben sich Abweichungen in der Einstufung ergeben, die am deutlichsten zu T4 auftraten; diese erwiesen sich aber als nicht signifikant. Die Bewegungen der Foki auf der HUSS haben in beiden Perspektiven hauptsächlich im Bereich der Stufen 2 und 3 stattgefunden, sodass es hier zu keinen signifikanten Anstiegen gekommen ist.

Abbildung 24: Patient H Vergleich von OPD-Foki und KASANT-Foki im Verlauf



• OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.9. Patient I

4.9.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Folgende Foki wurde für den Patienten I auf der Basis des OPD-Erstinterviews ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Objektbezogene Affekte</i>
5	<i>Loslösung</i>

In der Psychodynamischen Formulierung wurden die nachstehenden Items verwendet:

I. Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass (1) er anderen besonders hilft, sie versorgt und beschützt, (2) er sich den Ansprüchen anderer anpasst und unterwirft, (3) anderen trotzt und sich widersetzt.

II. Andere erlebt er so, dass (1) diese ihn ignorieren, (2) Ansprüche und Forderungen an ihn stellen und (3) ihn zurückweisen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er häufig gekränkt und beleidigt reagiert, (2) andere entwertet und beschämt und (3) sich besonders in den Mittelpunkt stellt.

IV. Als Reaktion darauf reagieren die Objekte so, dass (1) sie ihm trotzen und sich ihm widersetzen, (2) an den Patienten Ansprüche und Forderungen stellen, (3) und ihn zurückweisen.

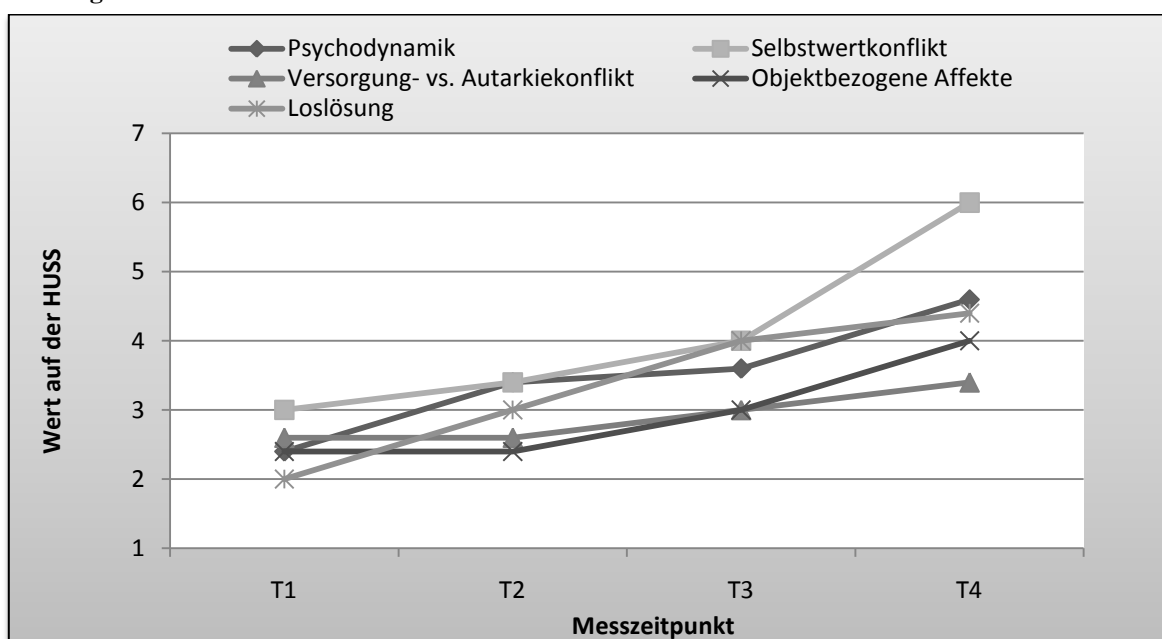
Als zentraler Konfliktfokus wurde bei dem Patienten zu Beginn der Behandlung der *Selbstwertkonflikt* ausgewählt. Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wurde diesem in seiner Bedeutung untergeordnet. Des Weiteren wurden aus dem Strukturbereich die Foki *Objektbezogenen Affekte* und *Loslösung* ausgewählt. Alle Foki wurden über die vier Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der OPD-Foki

Die Einstufung der OPD-Foki zu T1 lässt erkennen (Abbildung 25), dass die Konfliktfoki *Selbstwertkonflikt* (Stufe 3) und *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* (Stufe 3-) beide mit nur einer geringfügigen Abweichung im Bereich der Stufe 3 eingeordnet wurden, der Fokus *Psychodynamik* (Stufe 2+) sowie die Strukturfoki *Objektbezogene Affekte* (Stufe 2+) und *Loslösung* (Stufe 2) im Bereich der Stufe 2 (siehe Tabelle 22 im Anhang). Der Fokus

Selbstwertkonflikt entwickelt sich zunächst nur zögerlich um eine halbe Stufe nach oben auf Stufe 3+ (T2). Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* erzielt hier ebenfalls nur einen kleinen Anstieg, was der inhaltlichen Verknüpfung beider Konflikte entspricht. Vor diesem Hintergrund wäre allerdings auch weiterhin ein ähnlicher Verlauf beider Foki zu vermuten. Beim Fokus *Selbstwertkonflikt* kommt es dann jedoch zu einem deutlichen Zuwachs von Stufe 4 (T3) auf Stufe 6 (T4). Hingegen zeigt der Patient beim Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* nach 160 Stunden sowie nach 240 Stunden jeweils nur einen Zuwachs um eine halbe Stufe, von Stufe 3 (T3) auf Stufe 3+ (T4). Der Fokus *Objektbezogene Affekte* lässt nach 80 Stunden keinen Anstieg erkennen, erst nach 160 Stunde kommt es zur einer Veränderung von 0,6 Wertpunkten auf der HUSS, nach 240 Stunden zu einem Zuwachs von einer ganzen Stufe auf Stufe 4. Der Fokus *Loslösung* bewegt sich nach 80 und 160 Stunden jeweils um eine ganze Stufe nach oben. Im OPD-Gutachten zu T3 sprechen die Rater von einem zentralen Thema in der Therapie. Nach 240 Stunden erzielt dieser Fokus sogar einen Gesamtanstieg um 1,4 Wertpunkte auf die Stufe 4+, obwohl er ursprünglich am niedrigsten eingestuft wurde. Der Fokus *Selbstwertkonflikt*, der bereits zu T1 am höchsten auf der HUSS eingeordnet wurde, zeigt mit einem Anstieg von 3,0 Wertpunkten von Stufe 3 (T1) auf Stufe 6 (T4) die deutlichste Umstrukturierung. Den kleinsten Zuwachs kann der Patient in Bezug auf den Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* erzielen, der sich von Stufe 3- (T1) auf Stufe 3+ (T4) bewegt hat.

Abbildung 25: Patient I Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergab folgendes Ergebnis: Zwischen dem Beginn und der 80. Stunde kam es zu keinem signifikanten Anstieg auf der

HUSS (MW T1: 2,48; MW T2: 2,96; MW-Diff.: -0,48; $p= 0,102$), wohingegen sich zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 2,48; MW T3: 3,52; MW-Diff.: -1,04; $p=0,043^*$), zwischen der 80. Stunde und der 160. Stunde (MW T2: 2,96; MW T3: 3,52; MW-Diff.: -0,56; $p= 0,042^*$) sowie zwischen der 160. Stunde und der 240. Stunde eine signifikante Veränderung (MW T3: 3,52; MW T4: 4,48; MW-Diff.: -0,96; $p= 0,041^*$) errechnen ließ.

4.9.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Auf der Basis des Erstantrages wurden folgende Foki in die Auswahl der KASANT-Foki aufgenommen:

1	-
2	<i>Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Internalisierung</i>
5	<i>Impulssteuerung</i>

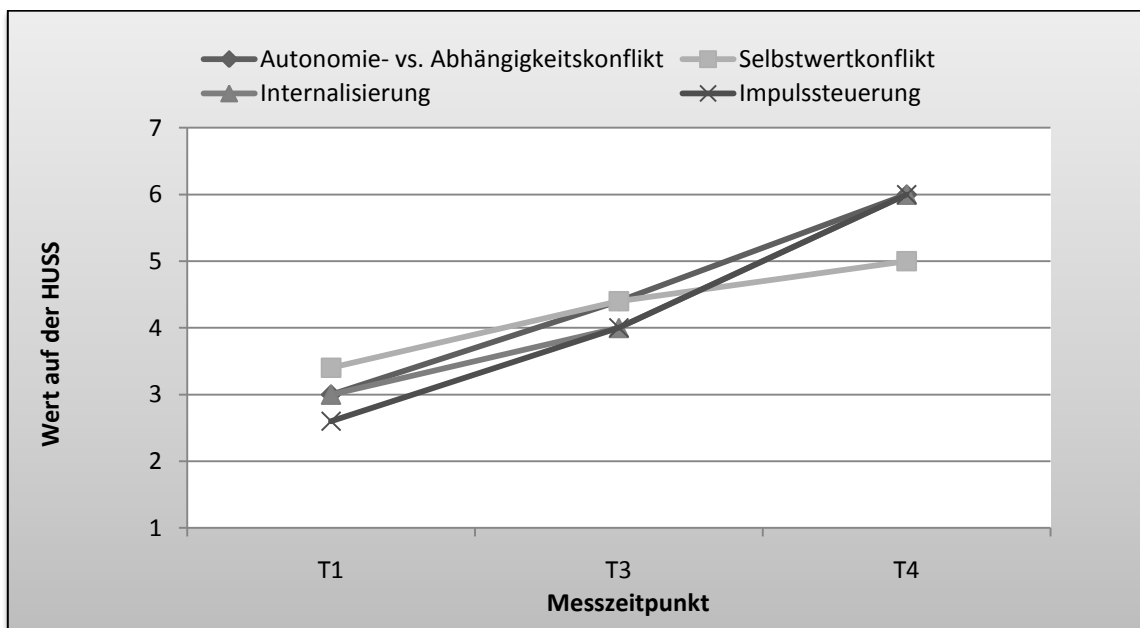
Auf der Konfliktachse wurde der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als zentraler Fokus sowie der *Selbstwertkonflikt* als zweitwichtigster Fokus ausgewählt. Darüber hinaus wurden der *Ödipal-sexuelle Konflikt* und der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als mögliche Konfliktfoki zumindest diskutiert. Zusätzlich wurden aus dem Bereich der Struktur die *Internalisierung* sowie die *Impulssteuerung* als bedeutsame Foki bestimmt. Hier wurden die *Selbstwertregulation* und die *Objektbezogenen Affekte* als mögliche Foki besprochen, allerdings zugunsten der letztlich ausgewählten Foki verworfen. Alle KASANT-Foki wurden über die Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Die Einstufung der KASANT-Foki zu T1 wurde einheitlich im Bereich der Stufe 3 vorgenommen (Tabelle 23 im Anhang): Sowohl der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als auch der Fokus *Internalisierung* wurden mit Stufe 3 geratet, der Fokus *Selbstwertkonflikt* mit Stufe 3+, der Fokus *Impulssteuerung* mit 3- (siehe Abbildung 26). Der Verlauf der KASANT-Foki zeigt nach 160 Stunden bei den Foki *Selbstwertkonflikt* und *Impulssteuerung* einen deutlichen Anstieg von 1,0 Wertpunkten, bei den Foki *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* und *Impulssteuerung* sogar um 1,4 Wertpunkte auf der HUSS. Aus dem Gutachten zum Kassenantrag nach 160 Stunden geht hervor, dass es sich bei der *Autonomie- vs. Abhängigkeitsproblematik* um ein zentrales Thema in der Therapie gehandelt haben muss. Von T3 zu T4 kommt es abermals zu deutlichen Anstiegen von 0,6 – 2,0

Wertpunkten, wobei die Strukturfoki hier den größten Zuwachs von jeweils zwei Stufen auf Stufe 6 erzielen. Stufe 6 konnte der Patient ebenfalls bei dem zentralen Konfliktfokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* erzielen. Obwohl es sich auch in Bezug auf den Fokus *Selbstwertkonflikt* um ein zentrales Thema in der Therapie gehandelt haben muss, erreichte der Patient nur die Stufe 5, da im Gutachten noch nicht von der Ausbildung neuer Strukturen gesprochen werden konnte.

Abbildung 26: Patient I Verlauf der KASANT-Foki



Der Mittelwertvergleich zeigt weder zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 3,00; MW T3: 4,20; MW-Diff.: -1,20; $p= 0,063$) noch zwischen der 160. Stunde und der 240. Stunde (MW T3: 4,20; MW T4: 5,75; MW-Diff.: -1,55; $p= 0,066$) einen signifikanten Anstieg.

4.9.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient I

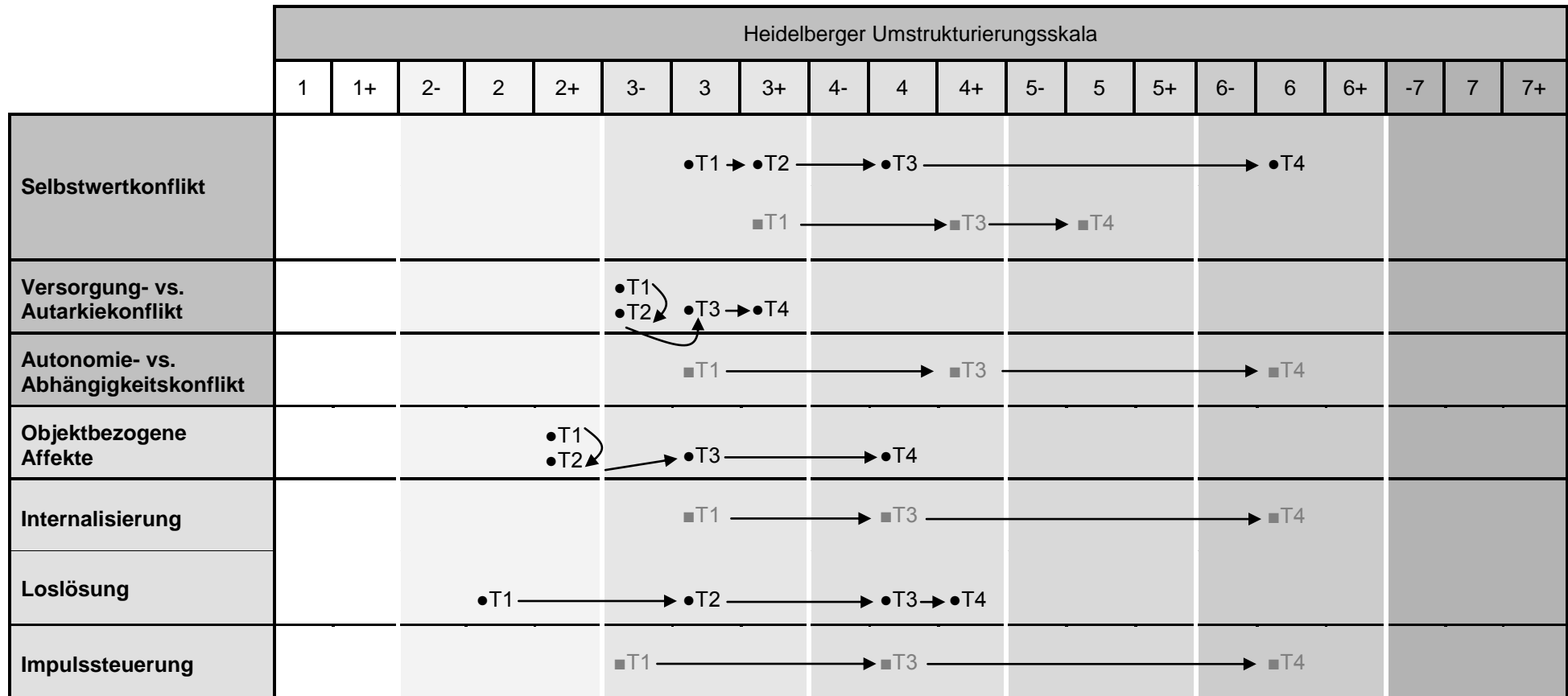
Der Vergleich beider Perspektiven lässt eine Übereinstimmung beim Fokus *Selbstwertkonflikt* erkennen, wobei dieser unterschiedlich gewichtet wurde. In der Offline-Perspektive handelt es sich um den zentralen Konflikt, in der Online-Perspektive um den zweitwichtigsten Konflikt. Der weitere Konfliktfokus wurde in beiden Perspektiven unterschiedlich gewählt. Auf Basis der OPD-Interviews wurde der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*, auf der Basis der Kassenanträge der Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* ausgewählt. Allerdings muss erwähnt werden, dass in der Online-Perspektive der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als ein möglicher Konfliktfokus diskutiert wurde. Hinsichtlich der Strukturfoki konnte es zu keiner Übereinstimmung kommen. Lediglich der Fokus *Internalisierung* in der Online-Perspektive

und der Fokus *Loslösung* in der Offline-Perspektive zeigen eine inhaltliche Nähe, da beide dem Bindungsbereich entstammen. Der in der Offline-Perspektive ausgewählte Fokus *Objektbezogene Affekte* wurde allerdings auch in der Online-Perspektive diskutiert.

Die Einschätzung des Fokus *Selbstwertkonflikt* verläuft in beiden Perspektiven bis zur 160. Stunde auf den gleichen Stufen der HUSS, jedoch mit geringfügigen Abweichungen: Der Fokus *Selbstwertkonflikt* startet in der Offline-Perspektive auf der Stufe 3, bewegt sich dann über Stufe 3+ (T2) auf die Stufe 4 (T3). In der Online-Perspektive befindet sich dieser Fokus zu T1 bereits auf Stufe 3+ und erreicht zu T3 die Stufe 4+. Eine deutliche Abweichung von einer ganzen Stufe zeigt sich allerdings dann zu T4. Hier wird der Fokus *Selbstwertkonflikt* in der Offline-Perspektive auf Stufe 6 und in der Online-Perspektive auf Stufe 5 geratet. Bei der Betrachtung der Beurteilung der übrigen Foki fällt im Gegensatz dazu auf, dass der Patient in der Online-Perspektive größere Entwicklungsschritte vollzieht als in der Offline-Perspektive. Eine Berechnung der Mittelwertdifferenzen innerhalb der beiden Perspektiven ergab aber nur in der Offline-Perspektive signifikante Werte. Auf der Basis der Kassenanträge wurde der Patient bereits zu T1 in allen Foki tendenziell höher eingestuft und erreichte zu T4 bei den Foki *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt*, *Internalisierung* und *Impulssteuerung* Stufe 6. Allerdings handelt es sich bei dem Fokus *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* auch um den zentralen Konfliktfokus in der Online-Perspektive. Man könnte also wie auch beim *Selbstwertkonflikt* in der Offline-Perspektive davon ausgehen, dass es mitunter aufgrund der Zentralität der Problematik in der Therapie zu diesem deutlichen Anstieg auf der HUSS gekommen ist. Die OPD-Foki wurden hingegen zu T1 tendenziell niedriger eingestuft und kam über die Stufe 4 (T4) nicht hinaus. Dennoch erweist sich der Unterschied in der Einstufung zwischen beiden Perspektiven als nicht signifikant.

Zusammenfassend kann bei Patient I festgehalten werden, dass in beiden Perspektiven klar umgrenzte Foki ausgewählt wurden, die sich über alle Messzeitpunkte stabil verhalten haben. In der Online-Perspektive ist es nach 240 Stunden zur Neuaufnahme eines zusätzlichen Strukturfokus gekommen, wobei die zu T1 ausgewählten KASANT-Foki aber beibehalten wurden. Es wurde nur ein Konfliktfokus in beiden Perspektiven gleichermaßen ausgewählt. Trotz dieser inhaltlichen Übereinstimmung ist es nach 240 Stunden bei diesem Fokus zu einer abweichenden Einstufung gekommen, so erhielt der Patient in der Offline-Perspektive eine deutlich höhere Einschätzung. Bei den übrigen Foki wurde er nach 240 Stunden in der Online-Perspektive jedoch durchweg deutlich höher eingestuft; der Unterschied erwies sich aber nicht als signifikant. Signifikante Veränderungen über den zeitlichen Verlauf wurden nur in der Offline-Perspektive festgestellt.

Abbildung 27: Patient I Vergleich von OPD-Foki und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.10. Patient J

4.10.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Es wurden folgende OPD-Foki in die Auswahl für Patient J aufgenommen:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Ödipal-sexueller Konflikt</i>
5	<i>Internalisierung</i>

Die Psychodynamik wurde mittels nachstehender Items formuliert:

I. Der Patient erlebt sich selbst so, dass (1) er andere bestimmt und beherrscht, (2) ausbeutet und manipuliert und (3) sich besonders anvertraut und anlehnt.

II. Der Patient erlebt seine Objekte immer wieder so, dass diese versuchen, (1) ihn zu bestimmen und zu beherrschen, dass (2) sie sich anpassen, sich unterwerfen und (3) ihn zurückweisen.

III. Andere erleben ihn so, dass (1) er wichtige Objekte entwertet und beschämt, dass (2) er besonders rivalisiert, (3) sich zurücknimmt und selbst entwertet.

IV. Andere reagieren auf sein Verhalten so, dass (1) sie sich anpassen und unterwerfen, (2) ihm trotzen, (3) sich widersetzen und ihn zurückzuweisen.

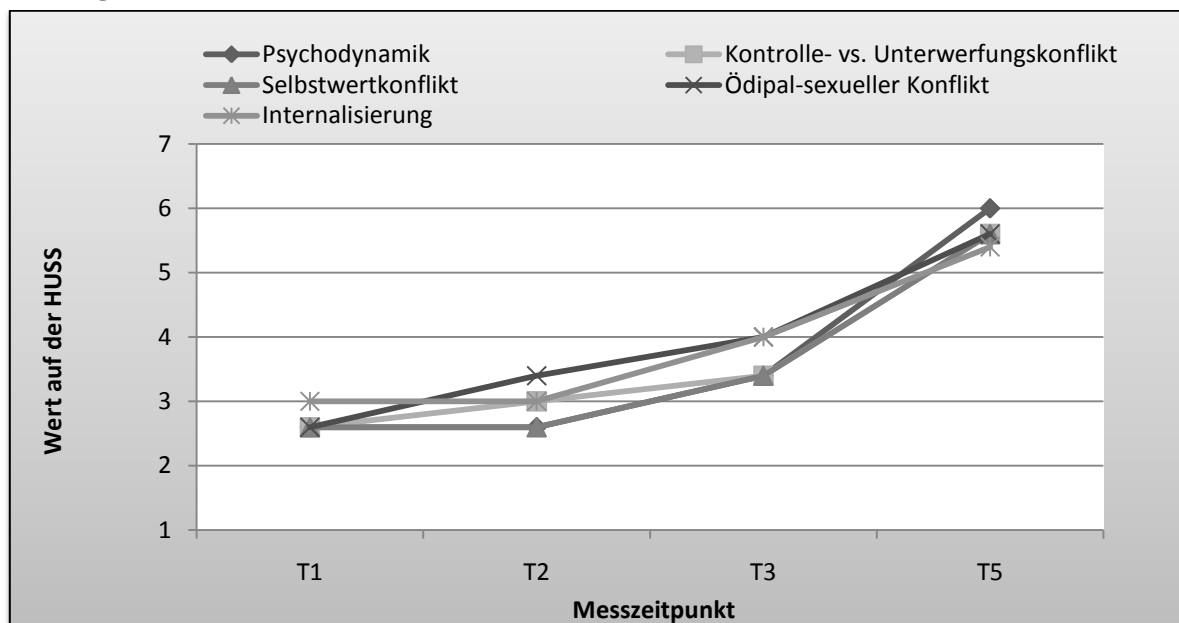
In Bezug auf die OPD-Foki wurden drei Konflikte ausgewählt, die bei dem Patienten eine zentrale Rolle spielen: der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* als der lebensbestimmende Konflikt sowie der *Selbstwertkonflikt* und der *Ödipal-sexuelle Konflikt* als weitere wichtige Konfliktfoki. Aus dem Bereich der Struktur wurde die *Internalisierung* als Fokus festgelegt. Darüber hinaus wurde die Identität als ein weiterer möglicher Strukturfokus diskutiert. Dieser wurde allerdings nach 80 Stunden nicht mehr in die Diskussion aufgenommen, sondern verworfen. Alle Foki wurden über die Messzeitpunkte beibehalten. Bei diesem Fall liegen OPD-Interviews zu T1, T2, T3 und T5 vor.

Verlauf der OPD-Foki

Bei der Einschätzung der OPD-Foki zu T1 wird ein nahezu identisches Rating erkennbar (siehe hierzu auch Tabelle 24 im Anhang): Alle OPD-Foki wurden auf der Stufe 3- eingestuft. Eine Ausnahme bildet der Fokus *Internalisierung*, der mit einer glatten Stufe 3 eingeschätzt

wurde. Aus dem Verlauf der OPD-Foki geht ein Anstieg bei allen Foki hervor (Abbildung 28). Dieser bewegt sich zunächst nur sehr zögerlich. So kommt es nach 80 Stunden nur bei den Foki *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* sowie *Ödipal-sexueller Konflikt* zu einem Anstieg um 0,4 – 0,8 Wertpunkte. Nach 160 Stunden weisen alle Foki eine Veränderung von 0,4 – 1,0 Wertpunkten auf der HUSS auf, wobei sich bis zu diesem Zeitpunkt bei dem Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* der Zuwachs am deutlichsten bemerkbar macht. So entwickelt sich dieser mit Beginn der Therapie von Stufe 3-, über die Stufe 3+ (T2) auf die Stufe 4 (T3). Zum vierten Messzeitpunkt (T5), der bei diesem Fall allerdings die 300. Stunde darstellt, zeigt sich ein sehr deutlicher Anstieg bei allen Foki, der zwischen 1,4 und 2,6 Wertpunkten liegt. Die drei Konfliktfoki befinden sich alle zu T5 auf Stufe 6-, der Fokus *Psychodynamik* auf Stufe 6 und der Strukturfokus *Internalisierung* auf Stufe 5+.

Abbildung 28: Patient J Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich bestätigt die deutliche Veränderung nach 160 und nach 300 Stunden. So zeigt sich zwischen dem Beginn und der 80. Stunde noch kein signifikantes Ergebnis (MW T1: 2,68; MW T2: 2,92; MW-Diff.: -0,24; $p= 0,180$). Zwischen dem Beginn und der 160. Stunde erweist sich der Zuwachs als signifikant (MW T1: 2,68; MW T3: 3,64; MW-Diff.: -0,96; $p= 0,039^*$). Ebenfalls konnte zwischen der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 2,92; MW T3: 3,64; MW-Diff.: -0,72; $p= 0,042^*$) sowie zwischen der 160. und der 300. Stunde (MW T3: 3,64; MW T5: 5,64; MW-Diff.: -2,00; $p= 0,001^{**}$) eine signifikante Veränderung errechnet werden.

4.10.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Auf der Basis des Erstantrages wurden folgende KASANT-Foki ausgewählt:

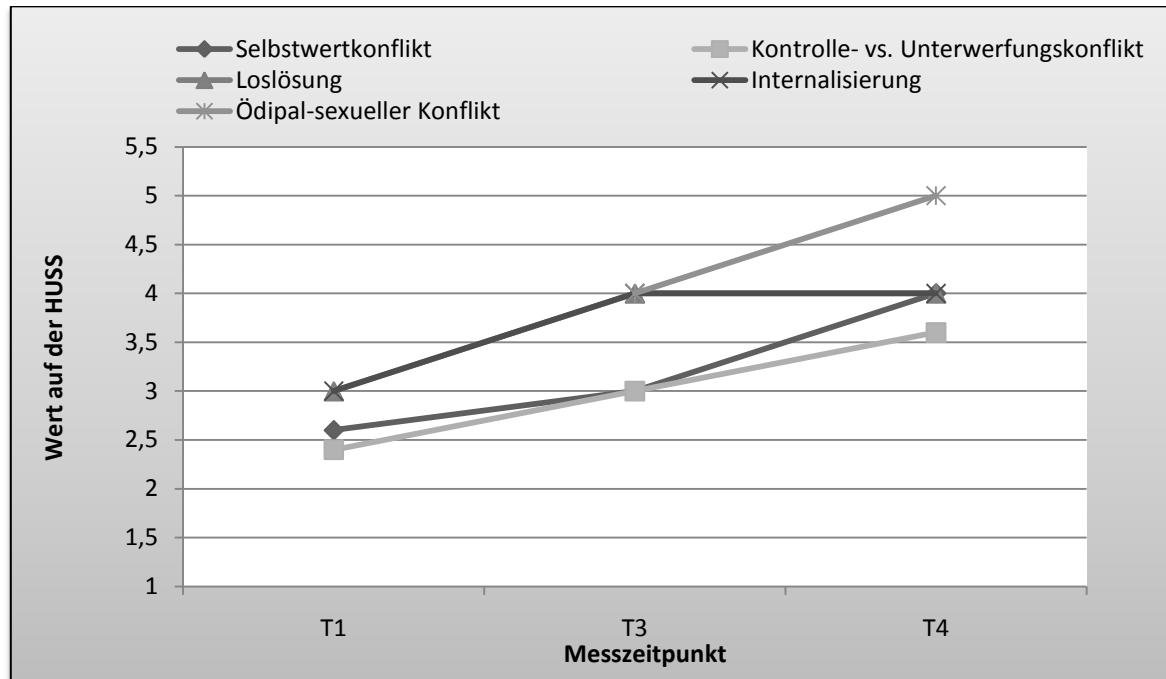
1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
4	<i>Loslösung</i>
5	<i>Internalisierung</i>

Bei Patient J wurde der *Selbstwertkonflikt* als zentraler Konfliktfokus festgelegt. Dem untergeordnet wurde der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt*. Aus dem Bereich der Bindung wurden zwei Foki bestimmt: der Fokus *Loslösung* und der Fokus *Internalisierung*. Nach 160 Stunden wurde für den zu T1 bereits diskutierten *Ödipal-sexuellen Konflikt* entschieden. In seiner Bedeutsamkeit wurde er dem *Selbstwertkonflikt* untergeordnet, aber über den *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* gestellt. Der Fokus *Loslösung* und der Fokus *Internalisierung* wurden aufgrund ihrer inhaltlichen Nähe zu einem Fokus zusammengefasst. Nach 240 Stunden wurde diese Auswahl beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Bei der Einstufung der KASANT-Foki zu T1 wird erkennbar, dass die Strukturfoki tendenziell höher als die Konfliktfoki eingeschätzt wurden (siehe Tabelle 25 im Anhang). Der zentrale Fokus *Selbstwertkonflikt* befindet sich zu Beginn auf Stufe 3-, der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* auf Stufe 2+. Die beiden Strukturfoki *Internalisierung* und *Loslösung* wurden zu T1 bereits mit Stufe 3 geratet. Es wird ein kontinuierlicher Anstieg aller Foki deutlich, wobei auffällt, dass die Strukturfoki einen deutlicheren Zuwachs erlangen als die Konfliktfoki (siehe Abbildung 29). Beide Strukturfoki befinden sich nach 160 Stunden bereits auf Stufe 4, die Konfliktfoki erst auf Stufe 3. Während die Konfliktfoki allerdings nach 240 Stunden eine positive Veränderung auf der HUSS vorweisen, kommt es im Bereich der Struktur zu einer Stagnation. So wird der kombinierte Bindungsfokus nach 240 Stunden abermals mit Stufe 4 geratet. Auffallend ist der deutliche Anstieg von einer ganzen Stufe des zu T3 hinzugefügten Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt*, der sich von Stufe 4 (T3) auf Stufe 5 (T4) bewegt. Dieser wurde in den Überlegungen der Auswahl zu T1 bereits in Erwägung gezogen. Es ist anzunehmen, dass der Fokus im Rahmen der Behandlung letztendlich doch eine zentrale Rolle bekommen hat, was allerdings zu T1 noch nicht in dem Maße abzusehen war.

Abbildung 29: Patient J Verlauf der KASANT-Foki



Der Mittelwertvergleich ergibt keinen signifikanten Anstieg zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,75; MW T3: 3,50; MW-Diff.: -0,75; $p=0,066$). Die Veränderung nach 240 Stunden erweist sich ebenfalls als nicht signifikant (MW T3: 3,60; MW T4: 4,12; MW-Diff.: -0,52; $p=0,102$).

4.10.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient J

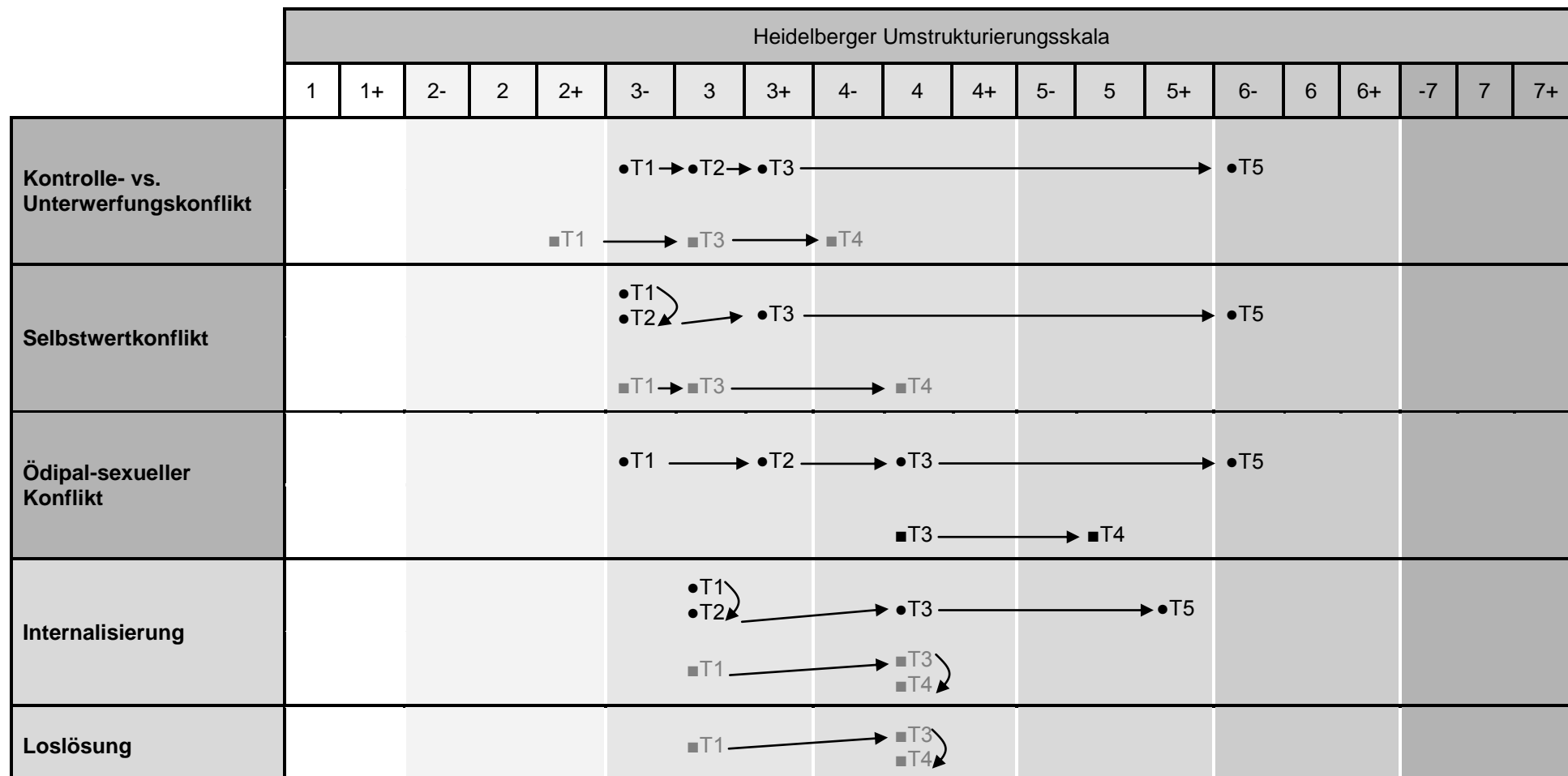
Bei der Auswahl der Foki in beiden Perspektiven wird eine hohe Übereinstimmung deutlich. Die drei Konfliktfoki *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt*, *Selbstwertkonflikt* und *Ödipal-sexueller Konflikt* erscheinen in beiden Perspektiven, auch wenn der *Ödipal-sexuelle Konflikt* in der Online-Perspektive erst zu T3 aufgenommen wurde. In Bezug auf die beiden erstgenannten Konflikte existiert allerdings in beiden Perspektiven eine unterschiedliche Gewichtung. Auf der Basis des OPD-Erstinterviews wurde der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* als der lebensbestimmende Konflikt ausgewählt, auf der Basis des Erstantrages der *Selbstwertkonflikt*. Im Bereich der Strukturfoki zeigt sich eine Übereinstimmung in Bezug auf den Fokus *Internalisierung*. In der Online-Perspektive wurde zu T1 für einen weiteren Strukturfokus, den Fokus *Loslösung*, entschieden, der zusammen mit dem Fokus *Internalisierung* dem Bindungsbereich noch mehr Gewicht verleihen sollte.

In dem Rating des Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* fällt der unterschiedliche Verlauf in beiden Perspektiven auf: In der Offline-Perspektive wird dieser Fokus höher eingeschätzt (Stufe 3-) als in der Online-Perspektive (Stufe 2+) und steigt rascher über die Stufe 3 (T2) auf die Stufe 3+ (T3) an. In der Online-Perspektive befindet sich der Patient zu

T3 hingegen erst auf Stufe 3. Die nachfolgenden Messzeitpunkte sind nicht mehr miteinander zu vergleichen, da in der Offline-Perspektive kein OPD-Interview zu T4 und in der Online-Perspektive kein Kassenantrag zu T5 vorliegt. Der Kassenantrag zu T4 zeigt eine Einstufung auf 4-, wohingegen das OPD-Interview zu T5 einen deutlichen Zuwachs auf Stufe 6- ergab. Bei der Einstufung des Fokus *Selbstwertkonflikt* fand zu Beginn in beiden Perspektiven ein identisches Rating auf Stufe 3- statt. Nach 160 Stunden erlangte der Patient in der Offline-Perspektive allerdings einen höheren Anstieg (Stufe 3+) als in der Online-Perspektive (Stufe 3). Der Patient zeigt auch bei diesem Fokus in der Offline-Perspektive einen deutlichen Anstieg nach 300 Stunden auf Stufe 6-. In der Online-Perspektive befindet er sich nach 240 Stunden noch auf Stufe 4. Bei der Beurteilung des Fokus *Ödipal-sexueller Konflikt* lässt sich nur der Messzeitpunkt zu T3 vergleichen, bei dem in beiden Perspektiven die Stufe 4 gewählt wurde. Nach 300 Stunden wird der Patient auch bei diesem Konfliktfokus in der Offline-Perspektive mit der Stufe 6- geratet. Im Kassenantrag zu T4 befindet er sich auf Stufe 5. Hinsichtlich des gemeinsamen Strukturfokus *Internalisierung* wird bis zur 160. Stunde ein identischer Verlauf in beiden Perspektiven erkennbar. Im weiteren Verlauf befindet sich der Patient im Kassenantrag zu T4 unverändert auf Stufe 4, im OPD-Interview zu T5 auf Stufe 5+. Die Mittelwertvergleiche innerhalb der beiden Perspektiven zeigen nur in der Offline- nicht aber in der Online-Perspektive einen signifikanten Anstieg nach 160 Stunden. Wohingegen die Mittelwertdifferenz von T3 zu T5 in der Offline-Perspektive signifikant ist, konnte in der Online-Perspektive nach 240 Stunden kein signifikantes Ergebnis errechnet werden. Mittelwertvergleiche zwischen beiden Perspektiven erweisen sich als nicht signifikant.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bei Patient J in beiden Perspektiven klar umgrenzte Foki ausgewählt wurden, die sich als zeitlich stabil erwiesen. In der Online-Perspektive wurde nach 80 Stunden ein bereits diskutierter Konfliktfokus zusätzlich hinzugenommen. Dadurch kam es allerdings auch zu einer Annäherung hinsichtlich der Gewichtung des Konflikt- und des Strukturanteils. Insgesamt konnten drei von vier Foki gleichermaßen in beiden Perspektiven ausgewählt werden und damit eine hohe Übereinstimmung erzielt werden. Trotz der hohen Übereinstimmung haben sich Abweichungen in der Einstufung ergeben, die sich aber als nicht signifikant herausstellten. Die Veränderung über die Messzeitpunkte hinweg erwies sich nur in der Offline-Perspektive als signifikant. Da zum Messzeitpunkt T4 keine Daten vorlagen, ließ sich nicht erfahren, inwieweit es zwischen T3 und T4 zu einem signifikanten Anstieg gekommen.

Abbildung 30: Patient J Vergleich von OPD-Foki und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.11. Patient K

4.11.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Die Auswahl der Foki auf der Basis des OPD-Interviews zu T1 lautet bei Patient K wie folgt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
4	<i>Impulssteuerung</i>
5	<i>Erfolg der Abwehr</i>

In der Psychodynamischen Formulierung wurden folgende Items verwendet:

I. Der Patient erlebt sich anderen gegenüber immer so, dass (1) er ihnen trotzt und sich widersetzt, (2) Ansprüche und Forderungen stellt und (3) gekränkt und beleidigt reagiert.

II. Der Patient erlebt seine Objekte immer wieder so, dass diese versuchen, (1) ihn zu bestimmen und zu beherrschen, (2) ihn im Stich lassen und (3) sich ihm gegenüber abschotten und unzugänglich machen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) dieser sie besonders akzeptiert und anerkennt, (2) besonders hilft, versorgt und beschützt und (3) sich besonders anvertraut und anlehnt.

IV. Andere erleben sich so, dass (1) sie dem Patienten besonders helfen, ihn versorgen und beschützen, (2) ihn besonders akzeptieren und anerkennen und (3) ihn misstrauisch kontrollieren.

Die Psychodynamische Formulierung wurde nach 80 Stunden von den Ratern durch folgende Items zu Punkt IV. ergänzt: Andere erleben sich dem Patienten gegenüber so, dass (4) sie sich abschotten und unzugänglich machen und (5) resigniert aufgeben.

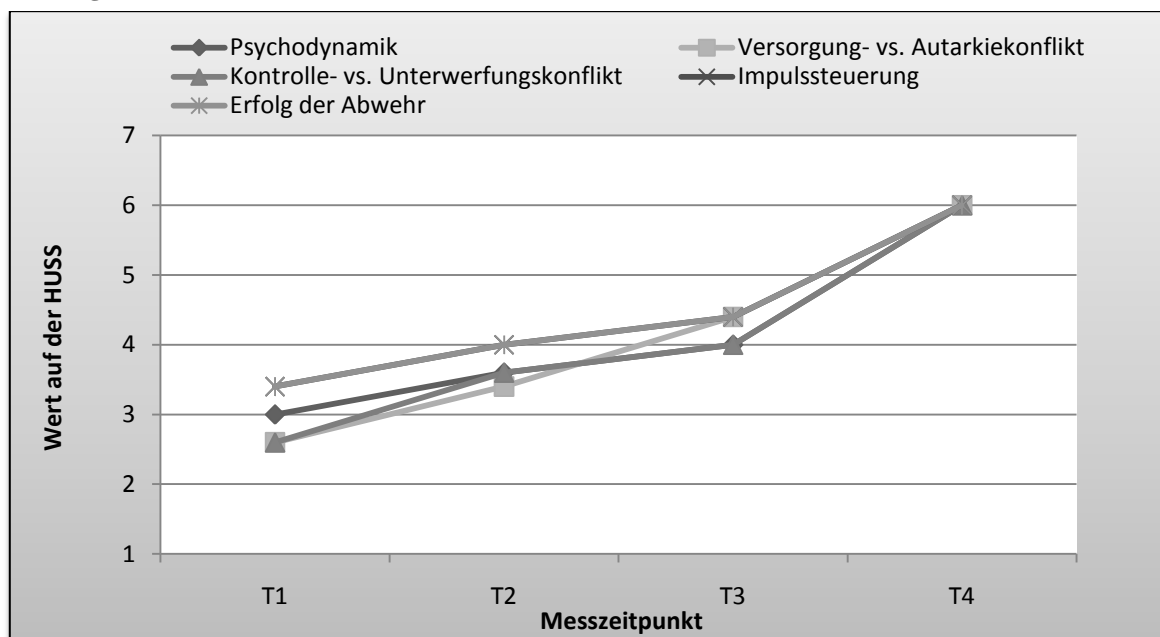
Bei der Auswahl der Konflikte wurde der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als der zentrale Konfliktfokus festgelegt. Dem untergeordnet wurde der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt*. Auf der Strukturachse wurden die *Impulssteuerung* und der *Erfolg der Abwehr* als zentrale Foki bestimmt. Die Foki blieben über alle vier Messzeitpunkte unverändert.

Verlauf der OPD-Foki

Die Einschätzung der OPD-Foki zu T1 demonstriert eine gleichmäßige Einstufung im Bereich der Stufe 3, wobei die Strukturfoki mit Stufe 3+ höher als die Konfliktfoki (Stufe 3-) und der

Fokus *Psychodynamik* (Stufe 3) geratet wurden (siehe Tabelle 26 im Anhang). Die Darstellung der Wertpunkte auf der HUSS zeigt einen kontinuierlichen Anstieg aller OPD-Foki. (siehe hierzu auch Abbildung 31) Auffallend ist hierbei der raschere Anstieg der beiden Foki auf der Strukturachse. So bewegt sich der Patient bereits nach 80 Stunden in Bezug auf den Fokus *Impulssteuerung* und den Fokus *Erfolg der Abwehr* auf der Stufe 4, wohingegen der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* mit der Stufe 3+ und der *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* mit der Stufe 4- geratet wurde. Man könnte vermuten, dass der Therapeut behandlungstechnisch zunächst strukturorientiert arbeitete. Nach 160 Stunden befinden sich allerdings alle Foki im Bereich der Stufe 4: Die beiden Strukturfoki sowie der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wurden mit Stufe 4+ geratet, der Fokus *Psychodynamik* und der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* mit Stufe 4. Nach 240 Stunden konnten sich alle Foki um annähernd zwei Stufen (1,6 – 2,0 Wertpunkte) auf Stufe 6 hinbewegen.

Abbildung 31: Patient K Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergab signifikante Veränderungen zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 3,00; MW T2: 3,72; MW-Diff.: -0,72; $p=0,039^*$), zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 3,00; MW T3: 4,24; MW-Diff.: -1,24; $p=0,039^*$), zwischen der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 3,72; MW T3: 4,24; MW-Diff.: -0,52; $p=0,034^*$) sowie zwischen der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 4,24; MW T4: 6,00; MW-Diff.: -1,76; $p=0,038^*$).

4.11.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Folgende Foki wurden bei Patient K auf der Basis des Erstantrages ausgewählt:

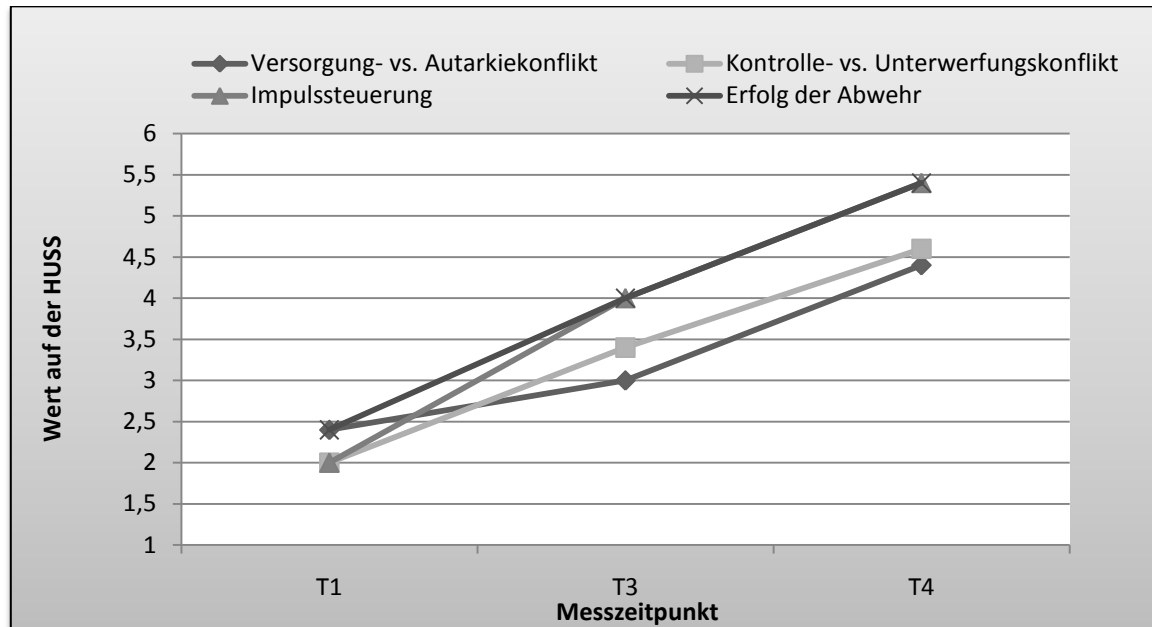
1	-
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt</i>
4	<i>Impulssteuerung</i>
5	<i>Erfolg der Abwehr</i>

Bei dem *Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt* handelt es sich um den lebensbestimmenden Konflikt, der als zentraler Fokus ausgewählt wurde. Diesem untergeordnet wurde der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt*. Im Bereich der Konfliktfoki musste auch der *Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt* als ein möglicher Fokus diskutiert aber u. a. deswegen verworfen werden, da der Patient grundsätzlich in der Lage war, Beziehungen zu führen. Weiterhin wurden die *Impulssteuerung* und der *Erfolg der Abwehr* als wichtige Foki auf der Strukturachse bestimmt. Darüber hinaus wurde auch die *Internalisierung* als ein möglicher Fokus in Betracht gezogen, aber verworfen, da die Bindungsproblematik als nicht bedeutungsvoll genug erschien, um sie als Fokus auszuwählen. Alle KASANT-Foki blieben über die drei Messzeitpunkte in ihrer Auswahl unverändert.

Verlauf der KASANT-Foki

Die Einstufung der KASANT-Foki erfolgte zu T1 durchweg im Bereich der Stufe 2 (siehe Tabelle 27 im Anhang). Bei Betrachtung des Verlaufs der KASANT-Foki zeigt sich ein stetiger Anstieg, wobei sich auf der Strukturachse deutlichere Veränderung (1,6 – 2,0 Wertpunkte) auf der HUSS abzeichnen als bei den Konfliktfoki (0,6 – 1,4 Wertpunkte). Beide Strukturfoki befinden sich nach 160 Stunden auf Stufe 4, der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* auf Stufe 3 und der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* auf Stufe 3+. Nach 240 Stunden kommt es zu einem nahezu identischen Zuwachs an Wertpunkten bei Konflikt- und Strukturfoki; allerdings wird der Vorsprung der Strukturfoki deutlich, die sich nun bereits beide auf Stufe 5+ befinden. Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wurde zu T4 mit 4+ geratet, der Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* mit 5- (siehe hierzu Abbildung 32).

Abbildung 32: Patient K Verlauf der KASANT-Foki



Der Mittelwertvergleich zeigt keine signifikante Veränderungen nach 160 Stunden (MW T1: 2,20; MW T3: 3,60; MW-Diff.: -1,40; $p=0,068$) sowie nach 240 Stunden (MW T3: 3,60; MW T4: 4,95; MW-Diff.: -1,35; $p=0,059$).

4.11.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient K

Der Vergleich beider Perspektiven verdeutlicht die hohe Übereinstimmung in der Auswahl der Foki. Sowohl die Konflikt- als auch die Strukturfoki wurden identisch ausgewählt. Darüber hinaus wurde auch die Gewichtung der Foki hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit gleichermaßen vorgenommen.

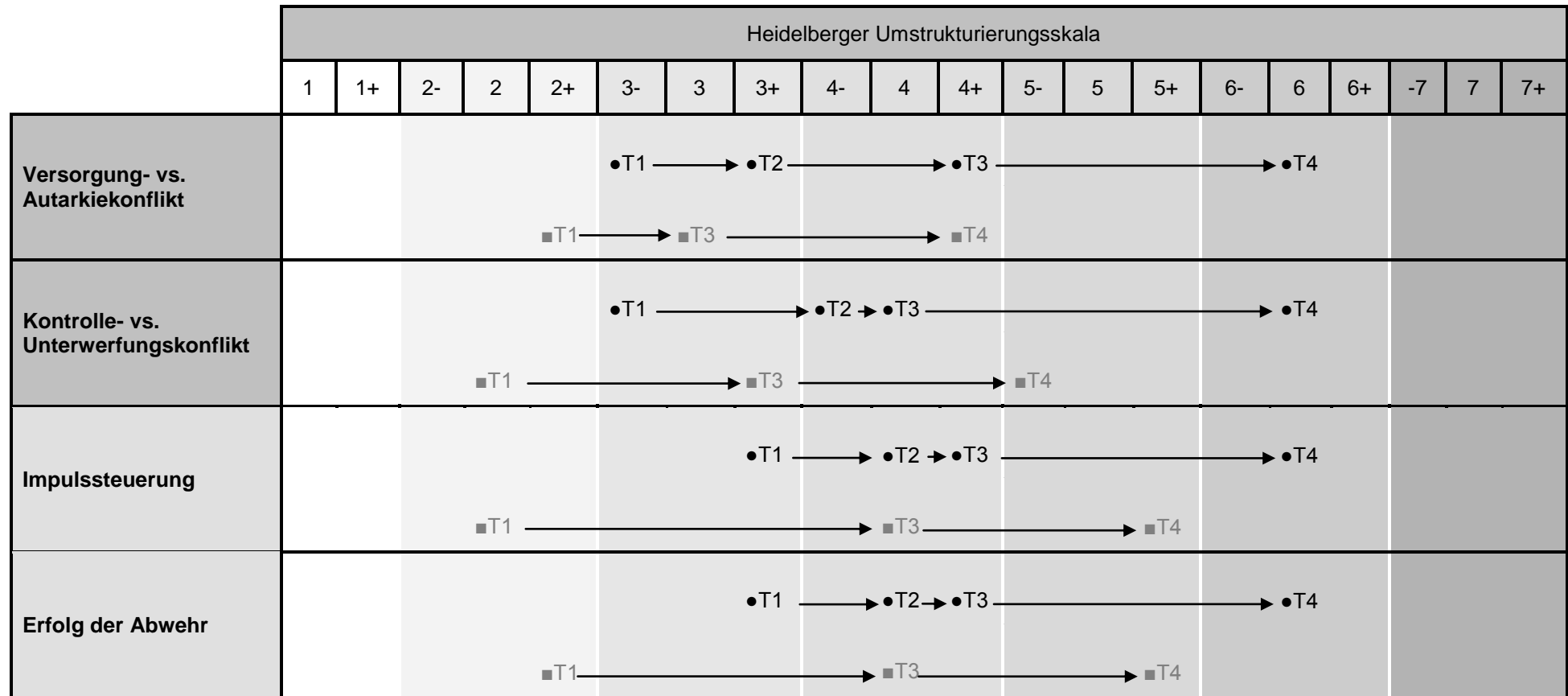
In der Einschätzung der vier gemeinsamen Foki zeigen sich über den gesamten Verlauf hinweg deutliche Unterschiede, die sich zwischen den Perspektiven sowohl zu T1 (MW OPD: 3,0; MW KASANT: 2,2; MW-Diff.: 0,8; $p=0,016^*$) als auch zu T4 (MW OPD: 6,0; MW KASANT: 4,95; MW-Diff.: 1,05; $p=0,016^*$) als signifikant herausstellten. Zunächst fällt auf, dass die KASANT-Foki zu Beginn und zu allen weiteren Messzeitpunkten niedriger geratet wurden, als die OPD-Foki. Der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* beginnt in der Online-Perspektive bei Stufe 2+, in der Offline-Perspektive mit Stufe 3-. Er bewegt sich in der Online-Perspektive über die Stufe 3 (T3) auf die Stufe 4+ (T4), wohingegen er in der Offline-Perspektive über Stufe 4+ (T3) auf Stufe 6 (T4) wandert. Sehr ähnlich verhält es sich auch in Bezug auf den Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt*. Hier erlangt der Patient im Erstantrag zwar nur Stufe 2 befindet sich aber nach 240 Stunden auf Stufe 5-. Entsprechend der Einschätzung auf der Basis der OPD-Interviews beginnt er hinsichtlich des Fokus *Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt* bei Stufe 3- und endet nach 240 Stunden auf Stufe 6.

Im Gegensatz zu den Konfliktfoki zeigen die Strukturfoki einen noch deutlicheren Unterschied bei der Ersteinschätzung zu T1 in die beiden Perspektiven. Hier liegen die KASANT-Foki bei Stufe 2 und Stufe 2+, die beiden OPD-Foki auf Stufe 3+. Allerdings verringert sich die Differenz zwischen den beiden Perspektiven im weiteren Verlauf. Nach 160 Stunden unterscheiden sich die beiden Perspektiven nur noch um eine halbe Stufe. Nach 240 Stunden erlangen die Strukturfoki in der Offline-Perspektive Stufe 6, in der Online-Perspektive Stufe 5+.

Der Mittelwertvergleich innerhalb der Perspektiven ergab in der Online-Perspektive nach 160 Stunden kein signifikantes Ergebnis; in der Offline-Perspektive konnte der Patient signifikante Veränderungen nach allen drei Messzeitpunkten erzielen.

Zusammenfassend kann bei Patient K festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven inhaltlich und zeitlich stabile Foki auswählen lassen. Die Auswahl der Foki verlief in beiden Perspektiven völlig übereinstimmend. Trotz der hohen Übereinstimmung kam es aber zu deutlichen Abweichungen in der Einstufung, die sich zu T1 und T4 als signifikant abweichend errechnen ließen. Darüber hinaus erlangte der Patient nur in der Offline-Perspektive signifikante Veränderungen über den gesamten Verlauf, die sich in der Online-Perspektive nicht erzielen ließen.

Abbildung 33: Patient K Vergleich von OPD- Foki und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.12. Patient L

4.12.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

Auf der Basis des ersten OPD-Interviews wurden folgende Foki bei Patient L ausgewählt:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Schuldkonflikt</i>
4	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
5	<i>Impulssteuerung</i>

In der Psychodynamischen Formulierung wurden die nachstehenden Items verwendet:

I. Der Patient erlebt sich in Bezug zu anderen immer so, dass (1) er besonders hilft, versorgt und beschützt, (2) sich zurück nimmt und entwertet und (3) sich absondert.

II. Der Patient erlebt seine wichtigen Objekte immer wieder so, dass (1) diese Ansprüche und Forderungen an ihn stellen, (2) ihn ignorieren und an die Seite drängen.

III. Andere erleben den Patienten so, dass (1) er Ansprüche und Forderungen stellt, (2) die Objekte entwertet und beschämt, (3) beschwichtigt und harmonisiert.

IV. Andere erleben sich in Bezug auf den Patienten so, dass (1) sie sich vor ihm rechtfertigen, (2) an ihn Ansprüche und Forderungen stellen, (3) ihm besonders helfen, ihn versorgen und beschützen.

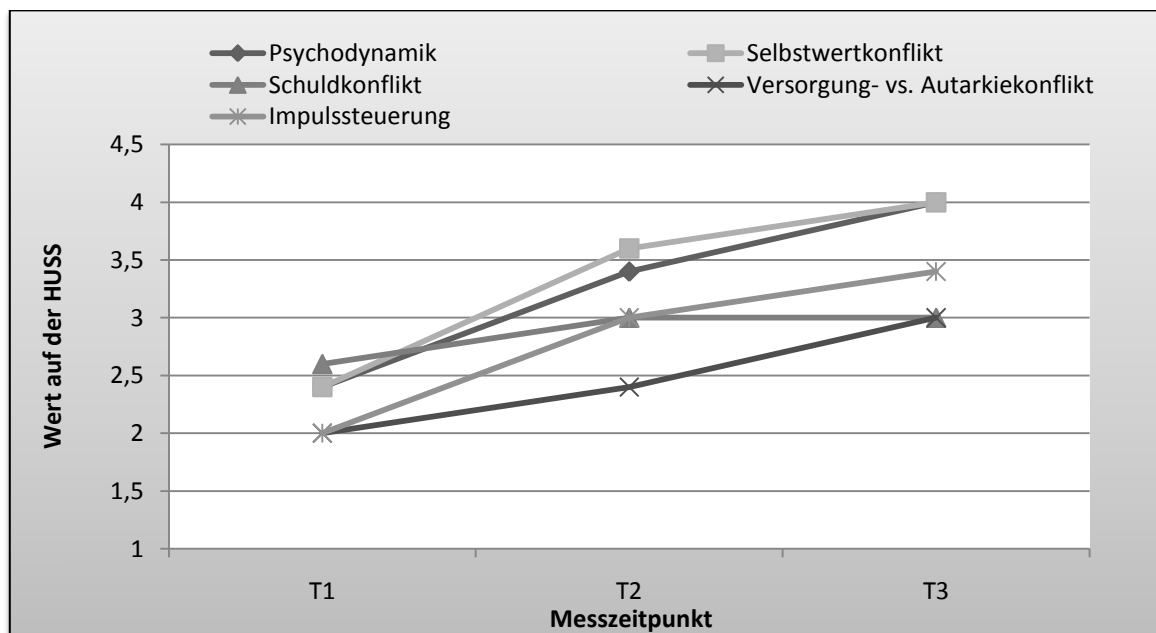
In der Diskussion um die Auswahl wurden drei Konflikte bestätigt: der *Selbstwertkonflikt* als der zentrale Fokus, der *Schuldkonflikt* und der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als weitere wichtige Foki. Auf der Strukturachse wurde nur der Fokus *Impulssteuerung* ausgewählt. Die Rater zu T1 vermerken, dass es bei Patient L zu langen Diskussionen in Bezug auf die Foki gekommen sei. Die OPD-Foki wurden dennoch über die drei Messzeitpunkte beibehalten. Bei diesem Patienten lagen OPD-Interviews zur Beginn, zur 80. und zur 160. Stunde vor.

Verlauf der OPD-Foki

Das Rating der OPD-Foki zu T1 verdeutlichte, dass alle Foki mit Ausnahme des Fokus *Schuldkonflikt* im Bereich der Stufe 2 eingeschätzt wurden: Der Fokus *Psychodynamik* sowie der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurden beide auf Stufe 2+ geratet, der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und der Fokus *Impulssteuerung* auf Stufe 2. Der Fokus *Schuldkonflikt* liegt zu T1 bereits auf Stufe 3-. Im Entwicklungsverlauf der OPD-Foki bildet sich ein stetiger

Anstieg ab, der sich bei allen Foki sehr ähnlich gestaltet (siehe Tabelle 28 im Anhang). Den größten Zuwachs erlangen nach 80 Stunden die Foki *Psychodynamik*, *Selbstwertkonflikt* und *Impulssteuerung* mit einem Wertpunkteanstieg von 1,0 – 1,2. Der Vorsprung dieser drei Foki bleibt auch nach 160 Stunden bestehen. So wird der Patient nach 160 Stunden bei den Foki *Psychodynamik* und *Selbstwertkonflikt* auf Stufe 4 eingeschätzt, bei dem Fokus *Impulssteuerung* erreicht er Stufe 3+. Der Fokus *Schuldkonflikt* zeigt bereits nach 80 Stunden nur einen Anstieg um eine halbe Stufe auf Stufe 3 und bleibt hier unverändert auch nach 160 Stunden stehen. Die Rater vermerken im Gutachten zu T3, dass die Schuldproblematik zwar deutlich zurückgegangen ist, dennoch aber keine weiterführenden Auseinandersetzungen stattgefunden haben, die es erlauben, den Patienten höherzustufen. Vielmehr scheint der Patient nun weniger mit der Problematik konfrontiert; eine aktive Auseinandersetzung und Bearbeitung hat nicht stattgefunden, sodass auszuschließen ist, dass sich alte Strukturen aufgelöst haben und neue entstanden sind. In Bezug auf den Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* erreicht der Patient ebenfalls nur Stufe 3.

Abbildung 34: Patient L Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten ergab folgendes Ergebnis: Zwischen dem Beginn und der 80. Stunde (MW T1: 2,28; MW T2: 3,08; MW-Diff.: -0,80; $p=0,041^*$) sowie zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,28; MW T3: 3,48; MW-Diff.: -1,20; $p=0,042^*$) ließ sich ein signifikanter Anstieg errechnen. Zwischen der 80. und der 160. Stunde (MW T2: 3,08; MW T3: 3,48; MW-Diff.: -0,40; $p=0,063$) erwies sich die Veränderung als nicht signifikant.

4.12.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Folgende KASANT-Foki wurden auf der Basis des Erstantrages bei Patient L ausgewählt:

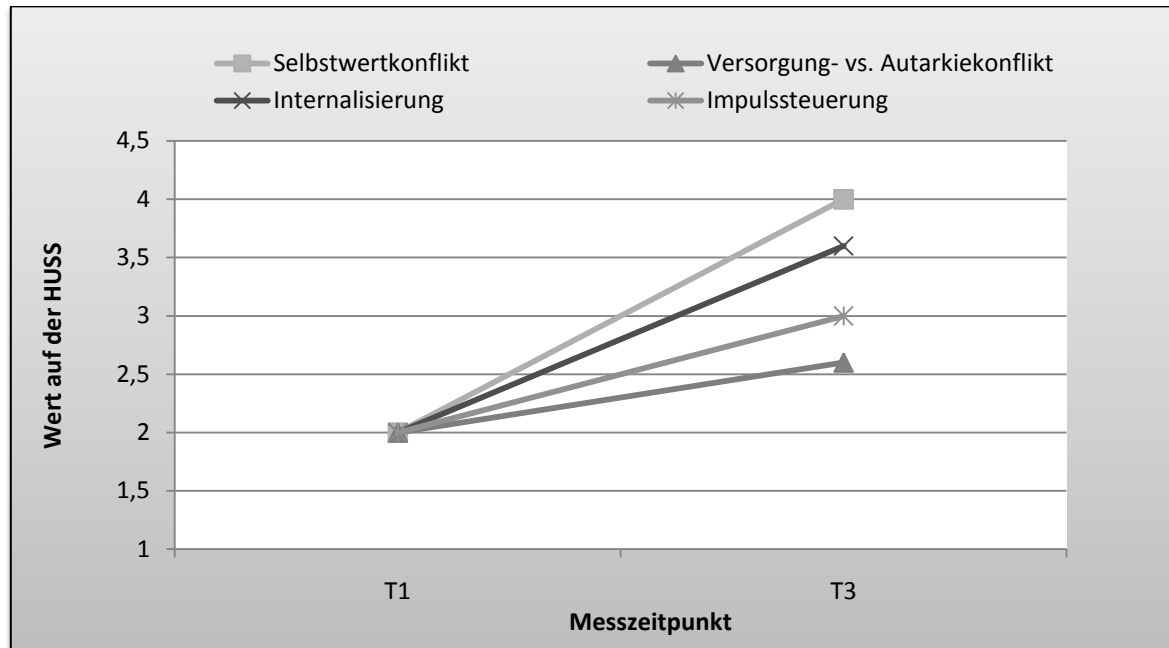
1	
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
4	<i>Internalisierung</i>
5	<i>Impulssteuerung</i>

Der *Selbstwertkonflikt* wurde als der wichtigste Konflikt eingeschätzt; diesem untergeordnet wurde in seiner Bedeutsamkeit der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*. Beide Konfliktfoki konnten sicher ausgewählt werden. Darüber hinaus wurde der *Ödipal-sexuelle Konflikt* als ein weiterer möglicher Fokus diskutiert, aufgrund der Dominanz der anderen beiden Konfliktfoki aber verworfen. Auf der Strukturachse wurde sowohl die *Internalisierung* als auch die *Impulssteuerung* als zentrale Foki bestimmt. Zusätzlich wurde als ein weiterer möglicher Fokus die *Selbst- und Objektdifferenzierung* besprochen, aber zugunsten des Fokus *Impulssteuerung* verworfen, da für diesen mehrere Hinweise vorlagen. Der Therapeut ging im Erstantrag von einem mittleren Strukturniveau aus, was für die Auswahl von jeweils zwei Konflikt- und zwei Strukturfoki sprach. Die Foki wurden auch nach 160 Stunden beibehalten. Für den Patienten L lagen die Kassenanträge zu T1 und T3 vor.

Verlauf der KASANT-Foki

Das Rating der Foki auf der Basis der Kassenanträge verdeutlicht zu T1 eine einheitliche Einstufung alle Foki auf Stufe 2 (siehe Tabelle 29 im Anhang). Bei der Betrachtung des Verlaufs fällt der Zuwachs des Fokus *Selbstwertkonflikt* um zwei Wertpunkte auf Stufe 4 auf. Auch der Fokus *Internalisierung* gewinnt an 1,6 Wertpunkten und befindet sich nach 160 Stunden auf Stufe 4-. Im Gegensatz dazu bewegt sich der Patient hinsichtlich des Fokus *Impulssteuerung* nur auf Stufe 3. Den geringsten Zuwachs zeigt der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*, trotz der inhaltlichen Verknüpfungen zum Fokus *Selbstwertkonflikt*. Der Patient befindet sich mit dem Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* nach 160 Stunden auf Stufe 3- (siehe hierzu auch Abbildung 35).

Abbildung 35: Patient L Verlauf der KASANT-Foki



Ein Mittelwertvergleich zwischen den beiden Messzeitpunkten ergab, dass es sich bei dem Anstieg von T1 zu T3 um keine signifikante Veränderung handelt (MW T1: 2,00; MW T3: 3,30; MW-Diff.: -1,30; $p = 0,068$).

4.12.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient L

Bei der Betrachtung der Foki in beiden Perspektiven fällt die Übereinstimmung hinsichtlich dreier Foki auf: So wurden die Foki *Selbstwertkonflikt*, *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und *Impulssteuerung* sowohl in der Online- als auch in der Offline-Perspektive ausgewählt. Ebenfalls wurde die Gewichtung der beiden Konfliktfoki *Selbstwertkonflikt* und *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* gleichermaßen vorgenommen. In beiden Perspektiven handelt es sich bei dem *Selbstwertkonflikt* um den bedeutsameren Konflikt und zentralen Fokus. In der Offline-Perspektive wurde allerdings für drei Konfliktfoki und nur einen Strukturfokus entschieden und der *Schuldkonflikt* als weiterer Fokus hinzugenommen. In der Online-Perspektive wurde für zwei Konfliktfoki und zwei Strukturfoki entschieden, wobei es sich bei dem zweiten Strukturfokus um den Fokus *Internalisierung* handelt.

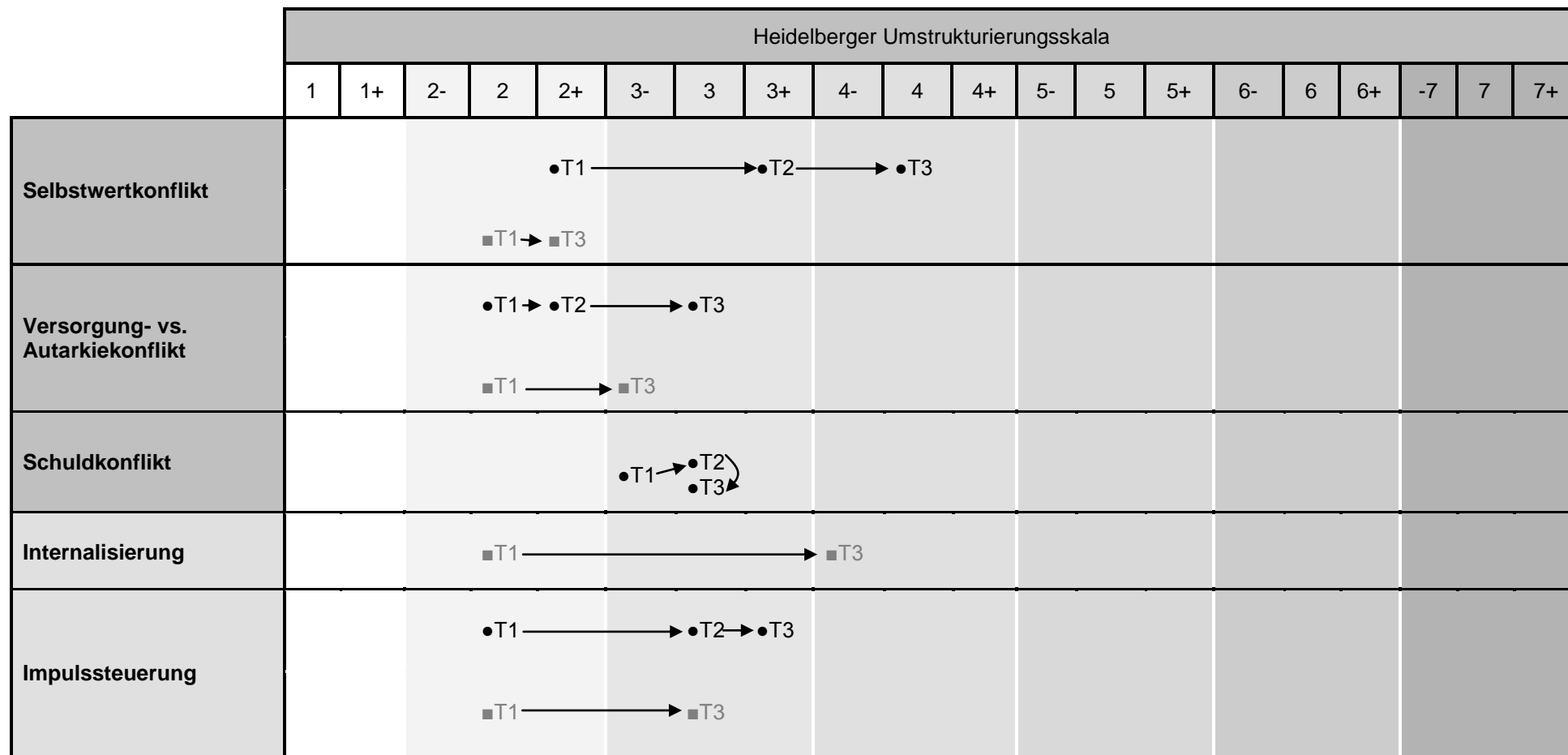
Bei dem Rating wurde trotz Übereinstimmungen hinsichtlich der Fokusauswahl Unterschiede bezüglich des Verlaufes deutlich, die sich aber als nicht signifikant herausstellten: Der Fokus *Selbstwertkonflikt* wurde in der Online-Perspektive um eine halbe Stufe niedriger eingeschätzt; er verläuft von Stufe 2 (T1) auf Stufe 2+ (T3). In der Offline-Perspektive befindet sich dieser Fokus schon zu Beginn auf Stufe 2+ und wandert über die Stufe 3+ (T2) auf Stufe 4 (T3). Ähnlich verhält es sich auch beim Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*.

Der Patient wird wiederum in der Online-Perspektive zu T1 auf Stufe 2 eingestuft und erlangt zu T3 Stufe 3-. In der Offline-Perspektive bewegt sich dieser Fokus beginnend bei Stufe 3- auf Stufe 3 (T2) und bleibt hier nach 160 Stunden unverändert. In Bezug auf den Fokus *Impulssteuerung* hat der Patient in beiden Perspektiven zu Beginn die Stufe 2 erhalten. Nach 160 Stunden befindet sie sich aber in der Online-Perspektive nur auf Stufe 3, in der Offline-Perspektive auf Stufe 3+.

Der Mittelwertvergleich der Differenzen zwischen T1 zu T3 ergab nur in der Offline-Perspektive einen signifikanten Anstieg nach 160 Stunden.

Zusammenfassend kann bei Patient L festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven inhaltlich und zeitlich stabile Foki auswählen ließen, die eine hohe Übereinstimmung aufweisen. Drei von vier Foki wurden gleichermaßen ausgewählt. Trotz der hohen Übereinstimmung kam es zu Abweichung hinsichtlich der Einstufung zwischen beiden Perspektiven, die sich aber als nicht signifikant herausstellten. Dennoch konnte der Patient lediglich in der Offline-Perspektive signifikante Veränderungen nach 80 und 160 Stunden erzielen.

Abbildung 36: Patient L Vergleich von OPD-Foki und KASANT-Foki im Verlauf



● OPD-Foki ■ KASANT-Foki

4.13. Patient N

4.13.1. Zusammenfassende Darstellung der OPD-Foki

Auswahl der OPD-Foki

In die Auswahl zu Beginn der Behandlung gingen bei Patient N folgende Foki ein:

1	<i>Psychodynamische Formulierung</i>
2	<i>Versorgung- vs. Autarkiekonflikt</i>
3	<i>Selbstwertkonflikt</i>
4	<i>Impulssteuerung</i>
5	<i>Internalisierung</i>

Die Items der Psychodynamischen Formulierung lauten wie folgt:

I. Der Patient erlebt sich anderen gegenüber so, dass (1) er sich zurücknimmt und selbst entwertet, (2) die Objekte ignoriert und (3) sich von den Objekten absondert.

II. Der Patient erlebt die Objekte immer so, dass (1) diese ihn an die Seite drängen und (2) ihn im Stich lassen.

III. Andere erleben, dass (1) der Patient sich anklammert, (2) seine Selbstständigkeit besonders betont und (3) gekränkt und beleidigt reagiert.

IV. Andere erleben sich dem Patienten gegenüber, dass (1) sie ihm besonders helfen, sie versorgen und beschützen, (2) Ansprüche und Forderungen an ihn zu stellen, (3) resigniert aufgeben und (4) flüchten.

In der Erlebensperspektive IV wurde nach 80 Stunden das Item (4) in „abschotten“ umgeändert.

Der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* wurde als der zentrale Fokus festgelegt. Als zweiwichtigster Konflikt wurde der *Selbstwertkonflikt* ausgewählt. Auf der Strukturachse kam es zur Auswahl der Foki *Impulssteuerung* und die *Internalisierung*.

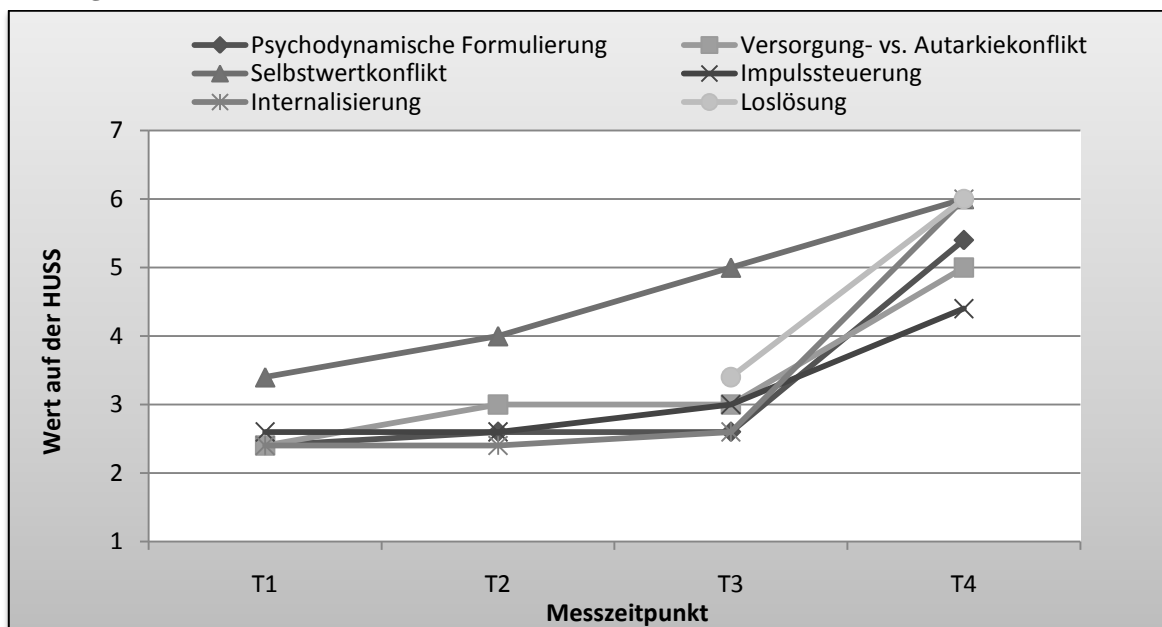
Nach 160 Stunden wurde der Bindungsfokus *Internalisierung* um den Fokus *Loslösung* erweitert und nach 240 Stunden beibehalten. Die übrigen Foki bestanden über alle Messzeitpunkte (T1 – T4).

Verlauf der OPD-Foki

In dem Rating der OPD-Foki zu T1 fällt auf, dass der Fokus *Selbstwertkonflikt* mit der Stufe 3+ am höchsten auf der HUSS eingestuft wurde (siehe Tabelle 30 im Anhang). Die Foki *Psychodynamik*, *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* und *Internalisierung* befinden sich auf

Stufe 2+, der Fokus *Impulssteuerung* auf Stufe 3-. Aus dem Verlauf der Wertpunkte auf der HUSS über die vier Messzeitpunkte hinweg lässt sich ein stetiger Anstieg bei allen Foki erkennen (siehe Abbildung 37). Auffallend ist hierbei der rasche und steile Anstieg des Fokus *Selbstwertkonflikt*, obwohl er zu Beginn nicht als der bedeutsamste Konflikt eingestuft wurde: Zu allen vier Messzeitpunkten hat er die höchste Einstufung erhalten und bewegt sich beginnend mit der Stufe 3- über die Stufe 4 (T2) und Stufe 5 (T3) auf die Stufe 6 zu T4. Wohingegen sich die übrigen Foki nach 80 und 160 Stunden nur langsam verändern, kommt es nach 240 Stunden zu einem deutlichen Anstieg von 1,4 – 2,4 Wertpunkten. Neben dem Fokus *Selbstwertkonflikt* zeigt sich ein deutlicher Anstieg auch im Bereich der Bindung nach 240 Stunden. Der kombinierte Fokus *Internalisierung* und *Loslösung* befindet sich zu T4 auf Stufe 6.

Abbildung 37: Patient N Verlauf der OPD-Foki



Der Mittelwertvergleich zwischen den einzelnen Messzeitpunkten liefert kein signifikantes Ergebnis nach 80 Stunden (MW T1: 2,64; MW T2: 2,92; MW-Diff.: -0,28; $p=0,102$). Die Differenz zwischen dem Beginn und der 160. Stunde erweist sich als signifikant (MW T1: 2,64; MW T3: 3,24; MW-Diff.: -0,60; $p=0,042^*$), wohingegen die Veränderung zwischen der 80. und der 160. Stunde wiederum nicht signifikant ausfällt (MW T2: 2,92; MW T3: 3,24; MW-Diff.: -0,32; $p=0,109$). Einen signifikanten Anstieg ergibt die Differenz zwischen der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 3,26; MW T4: 5,46; MW-Diff.: -2,20; $p=0,028^*$).

4.13.2. Zusammenfassende Darstellung der KASANT-Foki

Auswahl der KASANT-Foki

Auf Basis des Erstantrages wurden folgende KASANT-Foki bei Patient N ausgewählt:

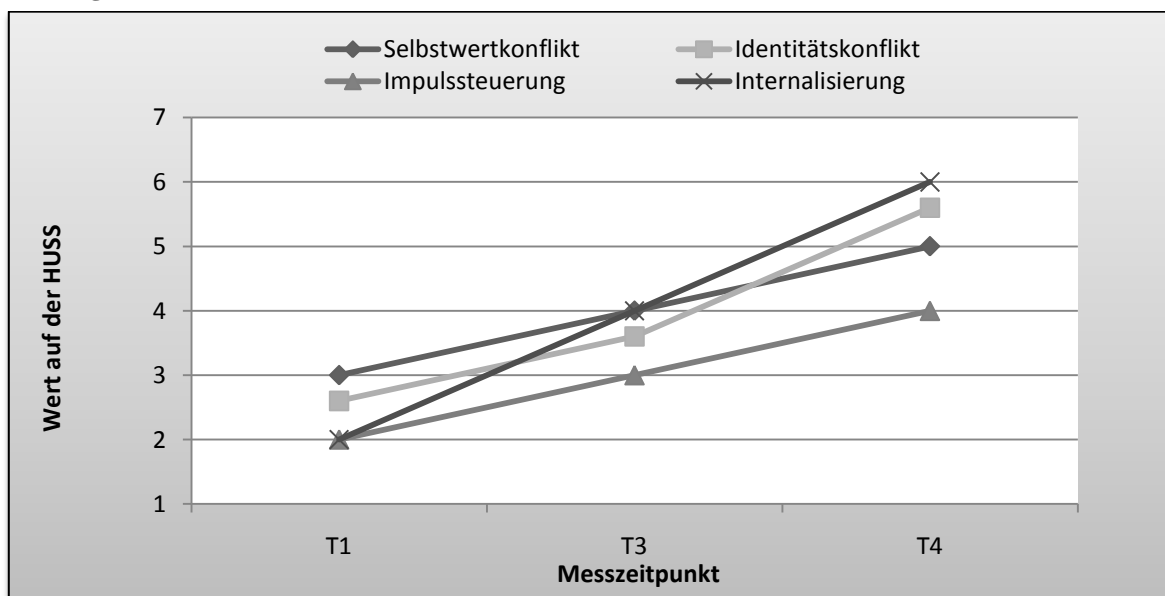
1	-
2	<i>Selbstwertkonflikt</i>
3	<i>Identitätskonflikt</i>
4	<i>Impulssteuerung</i>
5	<i>Internalisierung</i>

Der *Selbstwertkonflikt* wurde als der zentrale Fokus bestimmt. Als zweiwichtigster Konfliktfokus wurde der *Identitätskonflikt* ausgesucht. Zusätzlich wurde der Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt diskutiert. Die Bindungsproblematik wurde letztendlich aber in den strukturellen Bereich verlagert. Auf der Strukturachse wurden sowohl die *Impulssteuerung* als auch die *Internalisierung* als wichtige Foki ausgewählt. Darüber hinaus wurden im Bereich der Struktur auch die *Loslösung* und die *Selbst- /Objektdifferenzierung* in Betracht gezogen, allerdings zugunsten der *Internalisierung* verworfen, da die Bindungsproblematik bei Patient N eine hohe Bedeutung besaß. Alle Foki wurden über die drei Messzeitpunkte beibehalten.

Verlauf der KASANT-Foki

Bei der Einschätzung der KASANT-Foki zu T1 (siehe Tabelle 31 im Anhang) lässt sich erkennen, dass die beiden Konfliktfoki im Bereich der Stufe 3 eingeschätzt wurden, die Strukturfoki niedriger im Bereich der Stufe 2.

Abbildung 38: Patient N Verlauf der KASANT-Foki



Nach 160 Stunden fällt der gleichmäßige Anstieg jeweils um genau eine Stufe bei allen Foki auf. Eine Ausnahme bildet der Strukturfoki *Internalisierung*. Hier zeigt sich zu T3 ein Zuwachs von zwei Stufen auf Stufe 4. Nach 240 Stunden lassen sowohl der Fokus *Internalisierung* als auch der Fokus *Identitätskonflikt* den größten Anstieg von zwei Stufen erkennen. So befindet sich der Fokus *Internalisierung* auf Stufe 6, der Fokus *Identitätskonflikt* auf Stufe 6-. In Bezug auf den Fokus *Selbstwertkonflikt* konnte der Patient Stufe 5 erreichen, bei dem Fokus *Impulssteuerung* Stufe 4.

Der Mittelwertvergleich zwischen den Messzeitpunkten ergab zwischen dem Beginn und der 160. Stunde (MW T1: 2,40; MW T3: 3,65; MW-Diff.: -1,25; $p= 0,059$) sowie zwischen der 160. und der 240. Stunde (MW T3: 3,65; MW T4: 5,15; MW-Diff.: -1,5; $p= 0,063$) kein signifikantes Ergebnis.

4.13.3. Perspektivenvergleich und Diskussion von Patient N

Aus dem Vergleich der beiden Perspektiven wird ersichtlich, dass es zu Übereinstimmung in Bezug auf die Foki *Selbstwertkonflikt*, *Impulssteuerung* und *Internalisierung* gekommen ist. Allerdings wurde in beiden Perspektiven ein unterschiedlicher Konflikt als zentraler Fokus ausgewählt. Auf der Basis des Erstantrages wurde der Fokus *Selbstwertkonflikt* als der zentrale Fokus bestimmt, auf der Basis des OPD-Erstinterviews der Fokus *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt*. In beiden Perspektiven wurden im Verhältnis jeweils zwei Konflikt- und zwei Strukturfoki ausgewählt.

Die Einstufung der übereinstimmenden Foki verdeutlicht einen unterschiedlichen Verlauf. Der Patient wurde hinsichtlich des Fokus *Selbstwertkonflikt* in der Online-Perspektive niedriger eingestuft als in der Offline-Perspektive: Auf der Basis der Kassenanträge konnte er zunächst auf Stufe 3 (T1) geratet werden und bewegte sich dann über Stufe 4 (T3) auf Stufe 5 (T4). Das Rating des Fokus *Selbstwertkonflikt* in der Offline-Perspektive zeigt einen Verlauf beginnend mit Stufe 3+ (T1), über Stufe 4 (T2), Stufe 5 (T3) auf Stufe 6 (T4). In Bezug auf den Fokus *Impulssteuerung* erzielte der Patient zu T1 ebenfalls eine niedrigere Einstufung in der Online-Perspektive. So befindet er sich hier zu T1 auf Stufe 2, in der Offline-Perspektive auf Stufe 3-. In beiden Perspektiven wurde er zu T3 allerdings übereinstimmend auf Stufe 3 geratet. Nach 240 Stunden bewegt sich der Fokus *Impulssteuerung* in der Online-Perspektive auf Stufe 4, in der Offline-Perspektive auf Stufe 4+. Auffallend ist der unterschiedliche Verlauf bei dem Fokus *Internalisierung*. Trotz der unterschiedlichen Einstufung zu T1 und T3 wird der Patient zu T4 gleichermaßen in beiden Perspektiven auf Stufe 6 gesehen. Ein

Mittelwertvergleich der Einstufungen zwischen beiden Perspektiven stellte sich als nicht signifikant heraus.

Der Mittelvergleich innerhalb der beiden Perspektiven ergab signifikante Veränderungen nur in der Offline-Perspektive zwischen T1 und T3 sowie zwischen T3 und T4. Die Anstiege in der Online-Perspektive erwiesen sich als nicht signifikant.

Zusammenfassend kann bei Patient N festgehalten werden, dass sich in beiden Perspektiven inhaltlich und zeitlich stabile Foki auswählen ließen. In der Offline-Perspektive wurde die Auswahl nach 160 Stunden um einen Strukturfokus ergänzt. Dieser wurde in der Online-Perspektive aber ebenfalls diskutiert. Insgesamt kann von einer hohen Übereinstimmung in der Fokusausswahl zwischen beiden Perspektiven gesprochen werden. Geringfügige Abweichungen in der Einstufung zwischen beiden Perspektiven erwiesen sich als nicht signifikant. Dennoch konnten nur in der Offline-Perspektive signifikante Veränderungen errechnet werden. Mitunter erwies sich hier die Differenz zwischen der 160. und der 240. Stunde als signifikant.

5. Diskussion der Ergebnisse

Nachdem in dem vorliegenden Abschnitt die Ergebnisse in 13 Einzelfalldarstellungen präsentiert und mit einer Zusammenfassung beschlossen wurden, liefert das nun folgende Kapitel eine Übersicht des Gesamtergebnisses, um in einem weiteren Schritt die Hypothesen zu überprüfen (s. Kapitel 3.7.) und die Ergebnisse zu diskutieren. Um eine übersichtliche Darstellung zu gewährleisten, wird das Gesamtergebnis anhand von Unterkapiteln dargelegt, die sich an die Hypothesen anlehnen.

5.1. Zusammenfassende Darstellung des Gesamtergebnisses

Die nachfolgende Darbietung der Ergebnisse fokussiert die Schwerpunkte der Untersuchung. Diese beinhalten *die Auswahl der Foki* in beiden Perspektiven und damit verbunden *die Übereinstimmung der Fokusausswahl* zwischen den Perspektiven sowie den Aspekt der *strukturellen Veränderung der Foki über den Verlauf*. Abbildung 40 liefert eine Übersicht über die Befunde der 13 Patienten, entsprechend gegliedert nach den genannten Untersuchungsschwerpunkten.

Die Auswahl von Foki

Aus den Ergebnisdarstellungen der 13 Fälle geht hervor, dass sich bei den meisten Patienten klar umgrenzte Foki bestimmen ließen, die sich inhaltlich und zeitlich stabil verhielten. Der Auswahl ging bei jedem Fall eine umfassende Diskussion aller möglichen Foki voraus. Es ließ sich allerdings feststellen, dass die Auswahl auf der Basis der Kassenanträge schwieriger vorzunehmen war, als auf der Basis der OPD-Interviews. Dies lässt sich sicherlich dadurch erklären, dass die OPD-Interviews ein umfangreicheres Material zur Verfügung stellen, auf deren Grundlage die Auswahl getroffen wird. Darüber hinaus besitzt der OPD-Interviewer die Grundstruktur der OPD als Hintergrundinformation, welche ihn durch das Interview leitet und gewährleistet, dass er Informationen zu den Achsen abfragt. Die Kassenanträge hingegen liefern hierzu jedoch kein umfangreiches und darauf ausgerichtetes Material, was die Auswahl und Abgrenzung der Foki untereinander schwieriger macht. Daher wurden weitere mögliche Foki, die nicht in die Auswahl aufgenommen wurde, trotzdem im Gutachten beschrieben und diskutiert.

Abbildung 40: Übersicht der Ergebnisse zu den Hypothesen

	Anzahl der Übereinstimmungen	Anzahl der Veränderungen in der Fokusausswahl		Sign. Veränderungen im Verlauf		Sign. Diff. T3-T4	Diff. T1-T4	
		OPD	KASANT	OPD	KASANT		OPD	KASANT
A	1	-	-	T1-T3, T2-T3	-		2,2	1,5
B	3	1	-	T3-T4	-	OPD	3,9	2,0
C	3	-	-	T1-T2, T1-T3, T2-T3	-	T4 existiert nicht bei KASANT	1,4	
D	3	1	1	T2-T3, T3-T4	-	OPD	1,3	1,3
E	1	1	-	-	-		0,8	1,1
F	2	1	-	-	-		1,0	1,0
G	0	-	3	-	-		0,3	0,2
H	3	-	1	-	-		0,7	0,9
I	1	-	-	T1-T3, T2-T3, T3-T4	-	OPD	2,0	1,8
J	3	-	1	T1-T3, T2-T3, T3-T5	-	T4 existiert nicht		
K	4	-	-	T1-T2, T1-T3, T2-T3, T3-T4	-	OPD	3,0	2,8
L	3	-	-	T1-T2, T1-T3	-	T4 existiert nicht		
N	3	1	-	T1-T3, T3-T4	-	OPD	2,9	2,8

In einigen Fällen musste für die Entscheidung eine besonders intensive Auseinandersetzung um die Foki in Abgrenzung zu weiteren möglichen Foki erfolgen. Hierzu gehört z. B. die Fallbearbeitung von Patient L in der Offline-Perspektive, bei dem es erst nach langer Diskussion möglich war, klar umgrenzte Foki zu bestimmen. Ebenfalls ist hier Patient D zu nennen, bei dem sich diese Schwierigkeit in der Folgezeit so darstellte, dass eine Veränderung in der Auswahl vorgenommen werden musste. Als kompliziert erwies sich die Fallbearbeitung von Patient G in der Online-Perspektive, was zur Folge hatte, dass eine fortwährende Prüfung der Foki über die Messzeitpunkte hinweg erfolgen musste.

Sowohl in der Offline-Perspektive als auch in der Online-Perspektive musste bei jeweils fünf Fällen im Laufe der Behandlung eine Veränderung in der Auswahl der Foki vorgenommen werden (siehe Abbildung 40). Bei einigen Fällen führte die Bearbeitung zu einer Neuaufnahme eines Fokus, nicht immer aber zur Verwerfung eines anderen bereits gewählten Fokus. So wurde bei Patient N der OPD-Fokus *Internalisierung* um den Fokus *Loslösung* ergänzt. Eine Abweichung in der Fokauswahl konnte allerdings auch bedeuten, dass sich nicht die inhaltliche Problematik, sondern die Gewichtung von Konflikt- und Strukturanteil veränderte hatte und der Fokus in den jeweiligen Bereich verschoben werden musste.

Patient G stellt mit dreimaliger Veränderung der Fokauswahl in der Online-Perspektive eine Ausnahme dar. Es fällt allerdings auf, dass diese Revisionen nicht immer übereinstimmend in beiden Perspektiven vorgenommen wurden. Bei Patient G kam es zu mehrfacher Veränderung der Foki auf der Basis der Kassenanträge; auf der Basis der OPD-Interviews ließen sich zeitlich stabile Foki auswählen. Allerdings muss hier erwähnt werden, dass auch die Rater in der Offline-Perspektive zu jedem Messzeitpunkt intensiv um die Foki diskutierten. Man könnte vermuten, dass die Verwirrungen und Probleme bei der Einschätzung auf das niedrige Strukturniveau des Patienten zurückzuführen sind. Umschriebene Konflikte ließen sich bei diesem Patienten nur schwer festmachen. Vermutlich könnte die rigide und starre Abwehr des Patienten den Zugang zu seiner inneren Problematik erschwert haben. In der Beziehungsgestaltung lässt der Patient an das *Prinzip des Strukturellen Unvermögens* denken (Grande, 2007), bei dem es zu massiven strukturellen Defiziten im Selbsterleben kommt und in der Gegenübertragung mitunter Gefühle auftreten, sich von ihm unter Druck gesetzt zu fühlen, ihn beschwichtigen und mitregulieren zu müssen. Die Rater unterlagen einer ähnlichen heftigen Gegenübertragung, die eine Einstufung zusätzlich belastet haben könnte.

Bei Patient D wurde ausnahmsweise eine Veränderung in beiden Perspektiven nach 80 Stunden vorgenommen, was zur Folge hatte, dass jene Problematik, die in der einen Perspektive als Fokus verworfen in der anderen Perspektive neu aufgenommen wurde.

Die Übereinstimmungen der Fokusausswahl

Der Perspektivenvergleich ergab in acht Fällen eine hohe Übereinstimmung der Fokusausswahl. Bei sieben Fällen (Patient B, C, D, H, J, L, N) wurden drei von vier Foki gleichermaßen ausgewählt, in einem Fall (Patient K) kam es zur völligen Übereinstimmung. Allerdings muss hier hinzugefügt werden, dass bei vielen Patienten in der Diskussion von weiteren möglichen Foki zahlreiche inhaltliche Überschneidungen stattgefunden haben. So wurde eine bestimmte Problematik in einigen Fällen zwar nicht in die Auswahl aufgenommen, aber dennoch diskutiert. Hier ist z. B. Patient I zu erwähnen, bei dem der *Versorgung- vs. Autarkiekonflikt* als ein Fokus in der Offline-Perspektive in die Auswahl aufgenommen, in der Online-Perspektive jedoch nur diskutiert wurde. Ähnlich verhält es sich auch bei Patient A, bei dem nur ein Fokus in beiden Perspektiven gleichermaßen ausgewählt werden konnte. Dennoch wurde die Problematik um den *Identitätskonflikt*, die in der Offline-Perspektive als Fokus definiert wurde, in der Online-Perspektive zumindest besprochen und als ein möglicher Fokus in Erwägung gezogen. Ins Auge des Betrachters fällt wiederum Patient G, bei dem es zu keinen inhaltlichen Überschneidungen gekommen ist. Trotz der mehrfachen Fokusveränderungen in der Online-Perspektive konnte auch in Folge kein gemeinsamer Fokus erzielt werden. Im vorausgegangenen Unterkapitel wurden Überlegungen hierzu bereits angestellt.

Es wurde der Zusammenhang zwischen einer sicheren stabilen Fokusausswahl und der Anzahl an übereinstimmenden Foki in beiden Perspektiven überprüft. Hierzu fand eine Unterteilung der Patienten in zwei Untergruppen statt: Gruppe (\ddot{u} -) beinhaltet die Patienten mit keiner oder einer Übereinstimmung in der Fokusausswahl (Patient A, E, F, G, I). Gruppe (\ddot{u} +) umfasst Patienten mit drei oder vier Übereinstimmungen (Patient B, C, D, H, J, K, L, N). In einem weiteren Schritt wurden zwei Untergruppen hinsichtlich der Stabilität der Fokusausswahl gebildet: die Gruppe (s +) und die Gruppe (s -). Bei fünf Patienten (Patient A, C, I, K, L) blieben die Foki in beiden Perspektiven über den gesamten Verlauf stabil, sodass sie der Gruppe (s +) zugeordnet wurden. Acht Patienten (Patient B, D, E, F, G, H, J, N) gehören der Gruppe (s -) an. Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Untergruppen festgestellt werden kann (Chi-Quadrat, 008^a , $df= 1$; $p= 0,928$; Korr. Spearman-Rho: $0,025$). In der Untergruppe (s +) sollen jeweils zwei Patienten näher betrachtet werden: Prototypisch ist hier Patient K zu nennen, bei dem es zu keinen Veränderungen in der Fokusausswahl gekommen ist und der in beiden Perspektiven eine völlige Übereinstimmung in der Fokusausswahl erzielen konnte. Demgegenüber steht Patient

A, der bei wenigen Fokusübereinstimmungen aber eine hohe Fokusstabilität aufweist. In der Untergruppe (*s-*) werden ebenso zwei Patienten gegenübergestellt. So ist im Sinne eines Prototyps Patient G zu nennen, bei dem weder Übereinstimmungen in der Fokusauswahl noch stabile Foki zu ermitteln waren. Patient B hingegen weist bei einer hohen Übereinstimmung Veränderungen in der Fokusauswahl auf.

Tabelle 1: Zusammenhang zwischen Stabilität und Übereinstimmungen der Foki

			Stabilität		
			Hoch (<i>s+</i>)	Niedrig (<i>s-</i>)	Gesamt
Übereinstimmungen	Hoch (<i>ü+</i>)	Anzahl	3 (K, L, C)	5 (B, D, H, J, N)	5
		Erwartete Anzahl	1,9	3,1	5,0
	Niedrig (<i>ü-</i>)	Anzahl	2 (A, I)	3 (E, F, G)	8
		Erwartete Anzahl	3,1	4,9	8,0
Gesamt		Anzahl	5	8	13
		Erwartete Anzahl	5,0	8,0	13,0

(N= 13)

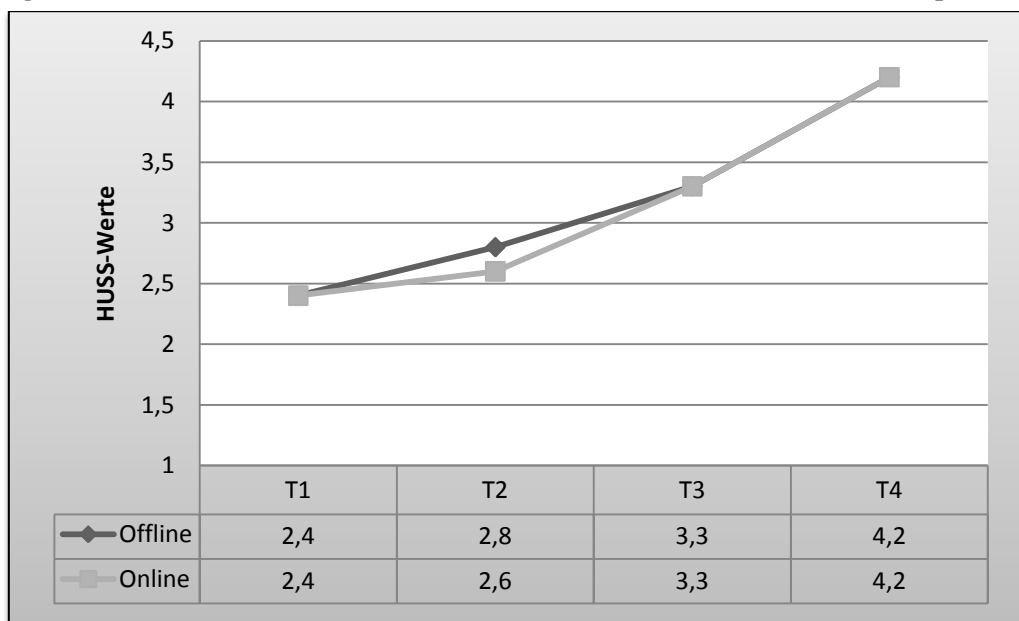
Die strukturellen Veränderungen der Foki im Verlauf

Nach Betrachtung aller Fallverläufe kann bei 11 Patienten ein stetiger Anstieg auf der HUSS festgestellt werden (siehe hierzu Abbildung 42 und Abbildung 43). Patient C und Patient G zeigen nach 240 Stunden eine leicht rückläufige Tendenz, die zwischen 0,1-0,2 Wertpunkte liegt. In beiden Fällen muss von einem krisenhaften Einbruch ausgegangen werden.

Insgesamt wird im Perspektivenvergleich der 13 Verläufe deutlich, dass es zwar zu Unterschieden in der Einstufung gekommen ist. Allerdings erweisen sich diese in den meisten Fällen als nicht signifikant (siehe Tabelle 32 im Anhang). Lediglich bei vier Patienten kam es zu Abweichungen in der Einstufung, die sich als signifikant herausstellte. In drei Fällen wurde der signifikante Unterschied zu T4 festgestellt. Deutliche Abweichungen hinsichtlich der Einschätzung zeigen sich bei Patient K, der zu T1 in der Online-Perspektive auf 2,2, in der Offline-Perspektive bei 3,0 sowie zu T4 in der Online-Perspektive bei 5,0 und in der Offline-Perspektive auf 6,0 eingestuft wurde. Auch bei Patient B und Patient E wurde die deutlichste Abweichung in der Einstufung zu T4 festgestellt. Patient C wurden nach 160 Stunden (T3) in der Online-Perspektive auf einem Mittelwert von 3,1, in der Offline-Perspektive bei 4,0 eingestuft. Obwohl es bei einigen Patienten zu unterschiedlichen Einstufungen zwischen beiden Perspektiven gekommen ist, die sich bei einigen sogar als signifikant erwiesen haben, zeigen die Durchschnittswerte zu den vier Messzeitpunkten eine völlige Übereinstimmung.

Abbildung 41 veranschaulicht den Verlauf, wobei sich die Linien beider Perspektiven überlappen. Die 13 Patienten haben mit einem durchschnittlichen Niveau von 2+ (2,4) in beiden Perspektiven begonnen, d. h. dass sie zu Beginn der Behandlung noch ungewollt von außen mit der Problematik konfrontiert wurden, wobei Ansätze bzw. Tendenzen zu einer vagen Problemwahrnehmung bereits vorhanden waren. Für eine ambulante Patientengruppe fällt der niedrige Ausgangswert auf der HUSS auf. So hätte man vermuten können, dass die Patienten mit einem höheren Ausgangswert in die Therapie einsteigen, was bedeutet hätte, dass sie mit vagen Vorstellungen über die eigene Problematik beginnen. Lediglich zwei von 13 Patienten sind in den Behandlungsprozess mit Stufe 3 eingestiegen. Nach 80 Stunden befindet sich die Stichprobe auf Stufe 3 (2,8), somit im Bereich der vagen Problemwahrnehmung, nach 160 Stunden auf Stufe 3+ (3,3). Nach 240 Stunden konnte ein HUSS-Niveau von Stufe 4 (4,2) erzielt werden, d. h., die Patienten haben zu diesem Zeitpunkt den Grad einer aktiven Auseinandersetzung erlangt.

Abbildung 41: Verlauf des durchschnittlichen Niveaus auf der HUSS zu den vier Messzeitpunkten



Ausgehend von dem kontinuierlichen Anstieg auf der HUSS kann vermutet werden, dass sich im Laufe der Therapie weitere Veränderungen auf der HUSS abzeichnen werden, welche vermutlich die eigentliche Umstrukturierung also den Wandel von alten in neue Strukturen beinhalten. Hierzu bedarf es aber der Analyse des 5. Messzeitpunktes.

Signifikante Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten konnten nur in der Offline-Perspektive errechnet werden: Neun Patienten erzielten einen signifikanten Anstieg, davon ergab sich bei fünf Patienten eine signifikante Veränderung zwischen der 160. und der 240.

Stunde. Allerdings muss hier einschränkend berücksichtigt werden, dass bei zwei von den neun Patienten mit signifikanten Veränderungen keine Werte zu T4 vorlagen.

Obwohl es nur bei einzelnen Patienten zu signifikanten Veränderungen auf der HUSS gekommen ist, ergab die Berechnung der Mittelwertdifferenzen über alle Patienten hinweg hoch signifikante Ergebnisse in beiden Perspektiven. (OPD: MW-Diff.: T1-T2: -0,38; $p=0,001^{**}$; MW-Diff.: T2-T3: -0,52; $p=0,000^{**}$; MW-Diff.: -0,88; 0,011*; KASANT: MW-Diff.: T1-T3: -0,86; $p=0,000^{**}$; MW-Diff.: T3-T4: -1,10; $p=0,000^{**}$).

Aus Abbildung 41 wird ebenfalls ersichtlich, welchen Anstieg die Patienten auf der HUSS erzielen konnten (Diff. T1-T4). In der Offline-Perspektive konnte ein durchschnittlicher Anstieg von 1,8 Wertpunkten, in der Online-Perspektive von 1,4 Wertpunkten erzielt werden. Um einen Zusammenhang zwischen der Anzahl an Fokusübereinstimmungen und der Veränderung auf der HUSS feststellen zu können, wurde gemäß dem Vorgehen von Stuhr et al. (2002) eine Unterteilung der Patienten in die Gruppe mit einem hohen ($a+$) und einem niedrigen Anstieg ($a-$) auf der HUSS vorgenommen. Der cut-off Wert für die Unterteilung der beiden Gruppen wurde bei einem Mittelwert von 1,8 (OPD-Foki) bzw. einem Mittelwert von 1,4 (KASANT-Foki) festgelegt. Die Gruppe ($a+$) erzielte demnach einen Anstieg von $> 1,8$ bzw. $>1,4$ Wertpunkten, die Gruppe ($a-$) einen Anstieg von $< 1,8$ bzw. $<1,4$ Wertpunkten auf der HUSS. Fünf Patienten fielen in die Gruppe ($a+$), sechs Patienten in die Gruppe ($a-$). Zwei Patienten mussten aus der Wertung genommen werden, da für diese kein T4 vorlag.

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen den Übereinstimmungen der Foki und dem Anstieg auf der HUSS

		Anstieg		
		Niedrig ($a-$)	Hoch ($a+$)	Gesamt
Übereinstimmungen	Niedrig ($\ddot{u}-$) Anzahl	3 (E, F, G)	2 (A, I)	5
	Erwartete Anzahl	2,7	2,3	5,0
	Hoch ($\ddot{u}+$) Anzahl	3 (C, D, H)	3 (B, K, N)	6
	Erwartete Anzahl	3,3	2,7	6,0
	Gesamt Anzahl	6	5	11
	Erwartete Anzahl	6,0	5,0	11,0

(N=11; ohne Patient J und Patient L, da für beide kein T4 vorliegt)

Ein Zusammenhang zwischen den vier Untergruppen konnte nicht festgestellt werden (Chi-Quadrat nach Pearson: 0,11; $df=1$; $p=0,740$; Korr. Spearman-Rho: 0,100). Ein hoher Anstieg auf der HUSS lässt sich demnach nicht auf eine hohe Anzahl übereinstimmender Foki zurückzuführen.

Eine genaue Betrachtung der Gruppe (*a-*) zeigt ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Patienten der Gruppe (*ü-*) und der Gruppe (*ü+*). Die Patienten E, F und G weisen bei einer niedrigen Anzahl an Übereinstimmungen in der Fokusausswahl einen geringen Anstieg auf der HUSS auf. Bei den Patienten B, K und N wird bei einer hohen Anzahl an übereinstimmenden Foki ein hoher Zuwachs auf der HUSS erkennbar. Zwei Patienten fallen in der Gruppe (*a-*) am meisten ins Auge. Es handelt sich um Patient G, bei dem vor dem Hintergrund bisheriger Diskussionen zu erwarten war, dass er in diese Gruppe fällt: Er zeigt keine Fokusübereinstimmungen zwischen den Perspektiven, keine inhaltlich und zeitlich stabilen Foki auf der Basis der Kassenanträge, keine signifikanten Veränderungen und keinen deutlichen Zuwachs nach 240 Stunden. Darüber hinaus fällt Patient C ins Auge, da dieser weniger in die Gruppe (*a-*) passt: Er weist neben inhaltlich und zeitlich stabilen Foki zahlreiche Übereinstimmungen in der Fokusausswahl auf. Zudem ergeben sich signifikante Veränderungen nach 80 und 160 Stunden. Dennoch liegt er in Bezug auf den Gesamtanstieg auf der HUSS in der Gruppe (*a-*). Die Betrachtung des Verlaufes von Patient C lässt erkennen, dass es nach einem deutlichen Anstieg auf der HUSS zu keiner Veränderung zwischen T3 und T4 gekommen ist. Vermutlich macht sich hier der Therapieabbruch unmittelbar vor dem OPD-Interview zu T4 bemerkbar.

Aus der Gruppe (*a+*) sollen ebenfalls zwei Patienten näher betrachtet werden. Es fällt Patient K auf, bei dem es sich um einen prototypischen Fall für diese Gruppe handelt: Er weist neben inhaltlich und zeitlich stabilen Foki in beiden Perspektiven eine hohe Übereinstimmung in der Fokus-Auswahl auf und erzielt signifikante Veränderungen und einen hohen Gesamtanstieg auf der HUSS. Darüber hinaus tritt Patient I hervor, da dieser keinen Prototypen für die Gruppe (*a+*) darstellt: Er weist zwar keine Veränderung in der Fokusausswahl auf und erzielt aber nur eine Fokusübereinstimmung. Dennoch kann er nach 160 Stunden eine signifikante Veränderung sowie einen hohen Gesamtanstieg auf der HUSS erlangen.

Bei der Betrachtung und Einordnung der Fälle hinsichtlich Auswahl und Verlauf der Foki fallen zwei Patienten wiederkehrend besonders auf, da sie in der gesamten Variationsbreite der Entwicklungsverläufe die Extrempole darstellen. Es handelt sich hierbei um Patient G, bei dem es nach 240 Stunden zu einem geringen Grad an struktureller Veränderung gekommen ist, und um Patient K, der einen deutlichen Zuwachs auf der HUSS verzeichnen konnte. Die beiden Patienten unterscheiden sich deutlich zu Beginn in ihrem mittleren Ausgangsniveau auf der HUSS. Patient G beginnt die Therapie bei einem mittleren Wert von 1,4, Patient K mit 3,0 auf der HUSS. Darüber hinaus werden bei Patient G drei Strukturfoki ausgewählt, es muss von einem mäßig bis geringen Strukturniveau ausgegangen werden. Bei Patient K werden

jeweils zwei Konflikt- und Strukturfoki bestimmt; hierbei handelt es sich um klar definierbare Foki, die in beiden Perspektiven übereinstimmend ausgewählt wurden. In der Fokusausswahl von Patient G treten deutliche Schwierigkeiten auf, voneinander abgrenzbare Problemfoki zu ermitteln; es existieren zwischen den Perspektiven keine Übereinstimmungen.

5.2. Hypothesengeleitete Diskussion der Ergebnisse

Anhand der zusammenfassenden Darstellung aller Ergebnisse im vorangegangenen Kapitel werden diese nun anhand der aufgestellten Hypothesen diskutiert.

Foki auf der Basis des OPD-Interviews (Offline-Perspektive)

Ausgehend von den 13 Falldarstellungen hat sich gezeigt, dass es nicht bei jedem Fall möglich war, bereits auf der Basis des OPD-Erstinterviews Foki auszuwählen, die sich zeitlich und inhaltlich stabil über den gesamten Verlauf verhielten. In der Offline-Perspektive kam es im weiteren Verlauf der Behandlung zur Überarbeitung der zu T1 ausgewählten Foki bei insgesamt fünf Patienten. Hierbei muss erwähnt werden, dass routinemäßig zu jedem Messzeitpunkt eine Überprüfung der Fokusauswahl stattgefunden hat, allerdings ließ sich die Auswahl in nur acht Fällen über den gesamten Verlauf fortwährend bestätigen. Zusammenfassend kann bei dieser Gruppe von fünf Patienten, bei denen eine Veränderung vorgenommen werden musste, festgehalten werden: Das Ausmaß der strukturellen Defizite konnte nicht gleich zu Beginn in ausreichendem Maße erfasst werden, sodass die Problematik nicht angemessen durch Strukturfoki abgedeckt wurde. Es benötigte weitere Interviews, um das strukturelle Defizit zu erfassen (z. B. Patient B, E). Umgekehrt kam es aber auch zu einer Verschiebung der Problematik aus dem Struktur- in den Konfliktbereich (Patient F). Darüber hinaus ereignete sich bei einigen Patienten ein Wechsel der Rater nach 80 Stunden, sodass weitere Rater-Perspektiven in die Diskussion eingeflossen sind, die Veränderungen in der Auswahl nach sich zogen (z. B. Patient D). Hypothese I lässt sich somit nicht bestätigen.

Obwohl es sich ausgehend von den OPD-Interviews bei den ausgewählten Foki um die zentralen Aspekte der Problematik des Patienten handelt, lässt sich nicht bei jedem Fokus eine kontinuierliche Veränderung im Sinne eines Anstieges auf der HUSS feststellen. In den meisten Fällen kam es aber nur zu einer zeitweisen Stagnation in der Bewegung eines Fokus (z. B. Patient H). Bei zwei Patienten (C, G) musste ein leichter Rückgang festgestellt werden. Bei einem Patienten (Patient G) blieb ein Fokus völlig unverändert. Die Berechnung von Mittelwertunterschieden über den gesamten Verlauf aller Foki ergab bei neun Patienten signifikante Veränderungen, die allerdings zu unterschiedlichen Messzeitpunkten stattgefunden haben. Nur ein Patient (Patient K) konnte signifikante Anstiege zu allen Messzeitpunkten erzielen. Am häufigsten stellte sich die Differenz zwischen T1 und T3 als signifikant heraus (Patient A, C, I, J, K, L, N). Hypothese II kann somit nicht bestätigt werden.

Ausgehend von der Überlegung, dass sich tief greifende Veränderungen im Bereich der Struktur erst nach einer längeren Therapiephase abzeichnen, wurde der Therapieabschnitt zwischen der 160. und der 240. Stunde stärker in das Zentrum der Betrachtung gerückt. Da allerdings bei zwei Patienten der Messzeitpunkt von T4 nicht vorlag, fallen diese aus der Wertung heraus. Von 11 Patienten konnten allerdings nur 5 Patienten eine signifikante Veränderung im Bereich T3 und T4 erzielen. Hypothese III lässt sich somit nicht bestätigen.

Foki auf der Basis der Kassenanträge (Online-Perspektive)

Die Ermittlung von inhaltlich und zeitlich stabilen Foki auf der Basis der Kassenanträge stellte sich aus bereits erwähnten Gründen schwieriger dar als auf der Grundlage der OPD-Interviews. In den meisten Fällen lag das Problem besonders darin, klar abgrenzbare Foki zu bestimmen. Häufig lieferte der Erstantrag Material, welches mehrere Foki in die Betrachtung rückte, eine Gewichtung hinsichtlich Zentralität und Bedeutsamkeit einzelner Foki dabei erschwerte. Hervorzuheben ist auch die häufige Verwendung des Autonomie- vs. Abhängigkeitskonfliktes durch die Therapeuten, wobei hier allerdings gründlich abzuwägen war, ob es sich um den so benannten Konflikt aus dem OPD-Manual handelt (z. B. Patient I). Bei vier Patienten musste eine Veränderung der Fokauswahl vorgenommen werden. Nochmals erwähnt sei die Tatsache, dass es nur einen Patienten gab, bei dem in beiden Perspektiven die Auswahl revidiert wurde. Die Gründe für eine Überarbeitung verhielten sich ähnlich zu denen in der Offline-Perspektive. So wurde auch hier erst über den Verlauf der Behandlung deutlich, dass die strukturellen Defizite ausgeprägter waren, als ursprünglich vermutet. Bei einem Patienten wurde erst in späteren Kassenanträgen die Bedeutsamkeit einer Problematik erkennbar, die zwar zu Beginn diskutiert, aber in die Fokauswahl nicht aufgenommen wurde. Bei insgesamt neun Patienten erwies sich die zu T1 getroffene Auswahl der Foki jedoch als stabil, was dafür sprechen könnte, dass auch die Therapeuten von einzelnen zentralen Aspekten oder Schwerpunkten in der Problematik des Patienten ausgegangen sind, die sich durch die Behandlung gezogen haben. Hierin könnte man einen Hinweis vermuten, dass auch bei den Therapeuten Problemfoki existiert haben, auch wenn diese nicht explizit benannt wurden. Diese fokalen Aspekte der Problematik haben sich wie ein roter Faden durch die Behandlung fortbewegt und wurden bei jedem Kassenantrag erneut überprüft. Die Hypothese IV lässt sich nicht bestätigen.

Die Betrachtung der 13 Entwicklungsverläufe der KASANT-Foki verdeutlicht bei den meisten Patienten einen kontinuierlichen Anstieg auf der HUSS. Eine Ausnahme bildet Patient G, bei dem ein Fokus völlig unverändert geblieben und es zu einer Rückstufung im

Verlauf der Behandlung gekommen ist. Bei wenigen Patienten kam es zu zeitbegrenzten Stagnationen. Trotz des stetigen Anstieges bei den meisten Patienten erwiesen sich die Differenzen aber nicht als signifikant. Die Hypothesen V und VI lassen sich damit nicht bestätigen.

Perspektivenvergleich: Online vs. Offline

Obwohl die Problematik bzw. die in Betracht gezogenen Foki bei den meisten Fällen in beiden Perspektiven sehr ähnlich diskutiert wurden, kam es letztendlich nur bei einem einzigen Patienten zu einer völligen Übereinstimmung in der Auswahl. Fünf Patienten fielen in die Gruppe (*ü-*) (0-2 Übereinstimmungen), acht Patienten in die Gruppe (*ü+*) (3-4 Übereinstimmungen). Die Hypothesen VII und VIII können somit nicht bestätigt werden.

Demnach überrascht es nicht, dass auch hinsichtlich der Einstufung Unterschiede zwischen den Perspektiven vorlagen, die von Patient zu Patient allerdings sehr divergierten (siehe hierzu auch Abbildung 44 im Anhang). So gab es beinahe identische Verläufe (z. B. Patient F), aber auch starke Abweichungen (z. B. Patient K). Bei vier Patienten lagen die Abweichungen im signifikanten Bereich. Bei drei Patienten (Patient B, E; K) existierte der signifikante Unterschied bei T4, bei einem Patienten (Patient C) bei T3. Der durchschnittliche Anstieg aller Patienten von T1- T4 unterschied sich jedoch zwischen den Perspektiven nur um 0,4 Punkte. So lag der durchschnittliche Gesamtanstieg in der Offline-Perspektive bei 1,8, in der Online-Perspektive bei 1,4 Punkten auf der HUSS. Hypothese IX lässt sich somit nicht bestätigen. Allerdings muss man hier ergänzen, dass es zwischen den beiden Perspektiven zu keinen Abweichungen kommt, wenn nicht jeder einzelne Patient, sondern alle HUSS-Werte gemittelt über die einzelnen Messzeitpunkte betrachtet werden. Das würde bedeuten, dass sich die Hypothese IX bezogen auf den Gesamtverlauf aller Patienten sogar bestätigen lassen würde.

Die Unterschiede in der Fokusauswahl zwischen beiden Perspektiven können auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden. Es sollen im Folgenden nur jene erörtert werden, die hierfür vermutlich am meisten verantwortlich waren. Es kann davon ausgegangen werden, dass alle Faktoren die nun erwähnt werden, einen Beitrag zur abweichenden Einschätzung zwischen den Perspektiven leisten:

a) Auf der Basis der Kassenanträge kam es zu anderen Foki als auf der Basis der OPD-Interviews, da sich die ätiologische Herleitung der Problematik durch die Therapeuten an deren Krankheitsverständnis und Schulenzugehörigkeit anlehnte. Aufgrund des interaktionellen Prozessgeschehens und der reziproken Beziehungsgestaltung wirkten auf die

Fokuserstehung und –bildung nicht nur die Symptomatik des Patienten, sondern auch die unbewussten Motivationsstrukturen des Therapeuten.

b) Es lagen Unterschiede im Medium der Datenübermittlung vor. In der Online-Perspektive arbeitete der Rater auf der Basis eines Kassenantrages und weiterer Fortsetzungsanträge. In der Offline-Perspektive wurde anhand von einem videografierten Interview geratet, in dem der Patient neben verbaler auch nonverbale Informationen mitteilte. Hierbei wurde für den Moment des Interviews ein Zusammentreffen zweier Personen beobachtet, aus deren Kontakt zahlreiche Informationen entstanden. Die Reaktionen des Patienten müssen somit auch vor dem Hintergrund der Beziehung zum Interviewer betrachtet werden.

c) Durch die behandlungsbegleitende Beforschung wurde die Untersuchungssituation als ein drittes Element eingeführt und könnte somit triangulierend gewirkt haben.

d) Bei den meisten Fällen existierten Unterschiede im Geschlecht der Rater und des Therapeuten, was damit verbunden zu abweichenden Gegenübertragungsgefühlen und unterschiedlichen Einschätzung geführt haben könnte.

e) Beiden Perspektiven lag eine unterschiedliche Datenbasis zugrunde. In der Online-Perspektive beinhaltete der Kassenantrag bereits eine Zusammenfassung der Problematik, eine ätiologisch orientierte Diagnostik sowie eine Interpretation in Form einer Psychodynamik. Die Fortsetzungsanträge verlagerten ihren Schwerpunkt auf die Berichterstattung des Behandlungsverlaufes. In der Offline-Perspektive war es Aufgabe der Rater, diese Informationen aus den OPD-Interviews zu erfassen und auf der Grundlage dieses Materials Foki zu bilden.

f) Bereits angesprochen wurde auch die divergente Gewichtung von Konflikt- und Strukturanteil an der Problematik, die sich in beiden Perspektiven unterschiedlich darstellte und somit zu verschiedenen Einschätzungen geführt haben könnte. Immerhin wurde der Kassenantrag auf der Basis von 5-7 probatorischen Sitzungen erstellt, das OPD-Gutachten nach einem ca. 1 ½ -ständigen Interview.

Diskussion untersuchter Zusammenhänge

Für die differenzierte Analyse struktureller Veränderungen von Therapiefoki wurden die folgende Faktoren einer näheren Betrachtung unterzogen und mit dem Grad der Umstrukturierung in Beziehung gesetzt. Berücksichtigt wurde hierbei:

- Der Faktor der **Fokusstabilität**: Gruppe ($s+$) vs. ($s-$)
- Der Faktor der **Fokusübereinstimmung**: Gruppe ($ü+$) vs. ($ü-$)
- Der Faktor des **Gesamtanstieges** auf der HUSS: Gruppe ($a+$) vs. Gruppe ($a-$)

Die Auswertung über alle 13 Patienten hinweg lässt keinen Zusammenhang zwischen der Auswahl von stabilen Foki und dem Gesamtanstieg sowie der Auswahl übereinstimmender Foki und dem Gesamtanstieg erkennen. Hieraus kann entnommen werden, dass sich das Ausmaß struktureller Veränderung weder auf die Stabilität von gewählten Therapiefoki noch auf die Übereinstimmung gewählter Foki zurückführen lässt. Um Zusammenhänge zu berechnen, bedarf es hier sicherlich einer größeren Stichprobe.

Hypothese X und XI kann ebenfalls nicht bestätigt werden.

5.3. Studienbezogene Einordnung der Ergebnisse

Nach der hypothesengeleiteten Diskussion der Befunde sollen diese nun im Folgenden durch den Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien, in denen sowohl die OPD als auch die HUSS zum Einsatz kamen, in ihrer Bedeutung eingeordnet werden.

Im Rahmen der Heidelberger *Praxisstudie Analytische Langzeittherapie* (PAL) wurde erstmals die *Heidelberger Umstrukturierungsskala* an 40 stationären Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der Neurosen, Psychosomatischen Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen angewendet (Grande et al., 1997). Das initiale Ausgangsniveau auf der HUSS befand sich bei einem durchschnittlichen Wert von 2+. Am Ende der Therapie hatten alle stationären Patienten ein durchschnittliches HUSS-Niveau von Stufe 4 erreicht, d. h., sie konnten ein basales Symptomverständnis und erste Schritte zur Auseinandersetzung und Bewältigung erwerben. Die Daten stimmen mit den Ergebnissen dieser Arbeit überein. Allerdings hätte man vermuten können, dass Patienten, die sich in eine stationäre oder eine ambulante Behandlung begeben, ein unterschiedliches Ausgangsniveau auf der HUSS aufweisen. Für stationäre Patienten erscheint eine Einstufung von Stufe 2 zu Beginn der Behandlung angemessen, da Therapiemotivation und Arbeitsbündnis meist noch nicht vorhanden sind. Grande et al. (1997) betonen, dass in die Stichprobe schwerer gestörte

Patienten eingeschlossen worden waren. Bei ambulanten Patienten hätte man im Vergleich dazu vermuten können, dass sie bereits mit einem höheren Problemverständnis in die Therapie einsteigen. Demzufolge könnte man Überlegungen anstellen, ob es sich auch bei der Stichprobe der vorliegenden Arbeit um schwerer gestörte Patienten gehandelt haben könnte. Das Datenmaterial aus beiden Perspektiven dieser Arbeit legt aber gleichermaßen dar, dass es ausschließlich um Patienten ging, die sich im Bereich eines mittleren Strukturniveaus befunden haben. Lediglich bei zwei Patienten muss davon ausgegangen werden, dass es sich um ein deutlicheres Ausmaß an strukturellen Defiziten gehandelt haben muss.

Die Instrumente OPD und HUSS wurden darüber hinaus in der eigentlichen Praxisstudie Psychoanalytische Langzeittherapie (PAL) eingesetzt, um die Behandlungsverläufe höherfrequenter und niederfrequenter Therapien in einer prospektiven Untersuchung zu vergleichen (Rudolf, 2001; 2002). Es wurden je 30 Therapieverläufe in beiden Untergruppen sowie weitere 30-50 Psychotherapien bei Jungianischen Therapeuten untersucht. Unter den Diagnosen fanden sich schwer ausgeprägte neurotische, psychosomatische Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Neben der OPD und der HUSS kamen weitere Instrumente zum Einsatz, die zur Untersuchung der Perspektive des Patienten, des Psychoanalytikers und des unabhängigen Beobachters herangezogen wurden. Eine vierte Perspektive aus Sicht der Krankenkassen sollte ebenfalls berücksichtigt werden. Bisher wurden hier nur Daten zu einzelnen Fällen veröffentlicht. Jedoch ließ sich zusammenfassend bereits feststellen, dass es Patienten in einer analytische Langzeittherapie gelungen war, nach einer intensiven Phase der Auseinandersetzung und Anerkennung auf den Weg der Umstrukturierung zu gelangen.

Vor dem Hintergrund, dass in der vorliegenden Arbeit Behandlungsverläufe nur bis zur 240. Stunde betrachtet wurden, kann dieses vorläufige Ergebnis der PAL-Studie bestätigt werden. Bis zum 4. Messzeitpunkt ist es der Stichprobe dieser Arbeit ebenfalls gelungen, sich mit der Problematik aktiv auseinanderzusetzen (Stufe 4), sodass im noch anstehenden nicht beforschten Behandlungsabschnitt eine Umstrukturierung erzielt werden kann.

Eine Forschungsgruppe um Agarwalla et al. (2007) beschäftigte sich mit der Fragestellung: „*Welche PatientInnen nehmen psychoanalytische Psychotherapien in Anspruch?*“ Vor diesem Hintergrund wurden 57 Patienten mit unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Messinstrumenten z. B. zu Symptomen (SCI-90) oder interpersonellen Problemen (IIP-C) befragt und untersucht. Darüber hinaus kam auf der Basis der OPD die HUSS zum Einsatz, um das Ausgangsniveau in der Auseinandersetzung mit der Problematik zu erfassen. Den Ergebnissen lässt sich entnehmen, dass fast die Hälfte der Stichprobe aus Patienten mit affektiven Störungen bestand, bei annähernd 30 % wurde eine Persönlichkeitsstörung, bei

33,3 % eine Komorbidität mehrerer Diagnosen festgestellt. Bei der Erhebung des Strukturniveaus wurde der größte Anteil der Patienten in dem Bereich eines mäßigen Strukturniveaus eingestuft. Die Befunde der Forschergruppe haben ergeben, dass in der ambulanten Patientengruppe mit gemischten Diagnosen ein durchschnittliches Ausgangsniveau von 2,4 auf der HUSS ermittelt werden konnte. Dieser Ausgangswert lässt sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bei einer wesentlich kleineren Stichprobe bestätigen.

5.4. Bewertung und Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann bezogen auf die Gesamtstichprobe festgehalten werden, dass sich überwiegend inhaltlich und zeitlich stabile Foki mit einer hohen Übereinstimmung in beiden Perspektiven auswählen ließen. Das Ausmaß struktureller Veränderung zeigt in beiden Perspektiven einen identischen Verlauf über alle vier Messzeitpunkte hinweg. Bezogen auf beide Perspektiven erwies sich der Anstieg nach 80, 160 und 240 Stunden hoch signifikant.

Darüber hinaus lässt sich hinsichtlich der vorliegenden Gesamtergebnisse feststellen, dass diese im Einklang mit bisherigen Untersuchungsbefunden stehen und den Einfluss analytischer Psychotherapien auf strukturelle Veränderungsprozesse bekräftigen. Zudem wird erkennbar, dass es sich hierbei um langsam fortschreitende Prozesse handelt. So bedarf es laut Untersuchungsergebnis 240 Therapiesitzungen bis es bei den Patienten zu einer Anerkennung und aktiven Auseinandersetzung mit der Kernproblematik kommt. Positive therapeutische Veränderungen zeigen sich stetig über den gesamten Behandlungsverlauf. Hier weichen die Ergebnisse vom erwarteten Ausgang ab: Der Behandlungsabschnitt zwischen 160. und 240. Stunde erlangt in Bezug auf das Ausmaß der Veränderung und der erzielten Stufe auf der HUSS keine zentrale Bedeutung im Prozess. Dementsprechend kann er in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung um die Notwendigkeit von Langzeittherapien (>160 Stunden) als eine wichtige Argumentationshilfe nicht dienen. Der folgende Behandlungsabschnitt (>240 Stunden) wird in dieser Diskussion eine entscheidende Rolle spielen, da die eigentliche Umstrukturierung, also das Verwandeln von alten in neue Strukturen als nächstes Veränderungsziel ansteht.

Die Befunde bestätigen die Annahme, dass sich bei den Therapeuten Problemschwerpunkte bzw. fokale Themen erkennen lassen, die sich kontinuierlich durch die Behandlung ziehen. Entgegen den Erwartungen existieren jedoch Unterschiede in der Fokauswahl beider Perspektiven. Trotz der Abweichungen lassen sich in Bezug auf die diskutierten Inhalte und das HUSS-Rating hohe Übereinstimmungen finden.

Die detaillierte Auswertung der vorliegenden Sequenz von Einzelfallanalysen verdeutlicht die Diskrepanz zwischen den Befunde und den erwarteten Ergebnissen. So wird erkennbar, dass es sich bei den 13 Patienten, die sich einem gleichen Behandlungsverfahren unterzogen haben, um unterschiedliche Entwicklungsverläufe innerhalb und zwischen den Perspektiven handelt. In beiden Perspektiven wurden in Bezug auf die Fokusausswahl zwar überwiegend ähnliche Themen diskutiert; dennoch existieren Unterschiede in der tatsächlichen Fokusausswahl und im Verlauf der Foki auf der HUSS. So muss demzufolge festgestellt werden, dass das Gesamtergebnis die Unterschiede in den Verläufen verschleiert. Darüber hinaus schränkt die Heterogenität der strukturellen Veränderungen innerhalb der Gesamtstichprobe eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ein. Die ermittelten Befunde beanspruchen ihre Gültigkeit nur für die untersuchten Fälle und müssen in weiteren Einzelfallanalysen bestätigt werden, damit die Generalisierbarkeit gewährleistet ist. Das auf die Gesamtstichprobe bezogene Ergebnis muss unter Berücksichtigung eines Datenverlustes vorsichtig betrachtet werden. Vielmehr bedarf es einer detaillierten Analyse der Variationsbreite der Ergebnisse. Der Versuch, das unterschiedliche Ausmaß struktureller Veränderung bei den Therapiefoki durch Faktoren wie Fokusstabilität und Fokusübereinstimmung zwischen den Perspektiven zu erklären, konnte keine einheitlichen Befunde hervorbringen. Dennoch liegt die Vermutung nahe, dass diese Faktoren einen Teil der Variationsbreite erklären. Hier muss genauer überprüft werden, was zu dem unterschiedlichen Ausmaß an Fokusstabilität und -übereinstimmung geführt haben könnte (z. B. Unterschiede in den Behandlungskonzepten, in der Persönlichkeit des Therapeuten), da hier ebenfalls Faktoren für die Erklärung der Heterogenität in den Verläufen zu finden sind.

In Bezug auf den Perspektivenvergleich ist sicherlich kritisch anzumerken, dass sich die Datengrundlage, auf der die Foki erhoben wurden, voneinander unterscheidet. Bei dem Kassenantrag handelt es sich um ein Verfahren zur Feststellung der Leistungspflicht durch die Krankenkassen. Es ist davon auszugehen, dass die Schilderungen im Kassenantrag stärker auf die Defizite und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten abzielen. Bereits erzielte Therapieerfolge werden vermutlich weniger in den Vordergrund gestellt. Der OPD-Interviewer hingegen wird durch gezieltes Fragen versucht haben, beide Seiten zu erfassen. Dieses Vorgehen sichert aber nicht ab, dass nicht auch ihm Informationen entgangen sind oder vorenthalten wurden. Schließlich stand ihm ein 1 ½ -stündige Interviews zur Verfügung, dem Therapeuten 5-7 probatorische Sitzungen bzw. bei den Fortsetzungsanträgen die bis dahin durchgeführten Therapiestunden.

Der Studie kritisch anzumerken ist auch die mangelnde Verblindung bei dem externen Untersucher, der sowohl die Auswahl der Foki auf der Basis der OPD-Interviews als auch auf der Basis der Kassenanträge vornahm. Die Einschätzungen und Gutachten zwischen der Online- und der Offline-Perspektive wurden zwar mit einer zeitlichen Verschiebung erstellt, die mögliche Erinnerungs- bzw. Wiedererkennungseffekte aber nicht vollkommen ausschließt.

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Reliabilität der Ergebnisse in der Online-Perspektive. Im Gegensatz zur Offline-Perspektive, in der das Material von zwei Ratern zunächst unabhängig geratet und erst in einem weiteren Schritt gemeinsam diskutiert wurde, um dann einen gemeinsamen Konsens zu finden, wurden die Daten in der Online-Perspektive nur von einem Untersucher bearbeitet.

5.5. Wertung im wissenschaftlichen Kontext

Das wachsende Forschungsinteresse am prozessualen Geschehen in analytischen Psychotherapien hat in den vergangenen Jahren zu einer Vielzahl von wichtigen Untersuchungsergebnissen geführt (z. B. Leuzinger-Bohleber et al., 2002). Eine entscheidende Errungenschaft ist die Konzeption von Erhebungsinstrumenten, die in der Lage sind, den komplexen Behandlungsprozess differenziert zu erfassen (Rudolf et al., 2000; Klug & Huber, 2006). Dem konnten breit angelegte Forschungsstudien folgen, welche die methodenadäquaten Instrumente zur Wirksamkeitsanalyse von Psychotherapien zum Einsatz gebracht haben (z. B. Rudolf et al., 2001; Leichsenring, et al., 2008). In der übergeordneten MÜBITROPAS ist im Rahmen eines multi-methodologischen Ansatzes eine Kombination aus mikro- und makroanalytischen Verfahren zur Status- und Prozessdiagnostik zum Einsatz gekommen. Die Studie verfolgt mitunter das Ziel, die Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien in Bezug auf die strukturellen Veränderungen differenziert zu beforschen, indem sie sich eingehend mit den strukturellen Indikatoren für therapeutische Veränderungsprozesse befasst und hierzu wichtige Beiträge liefert.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Ort struktureller Veränderungen. Für die Kombination aus Status- und Prozessdiagnostik kamen ausschließlich makroanalytische Instrumente zum Einsatz. Das Verfahren der Heidelberger Umstrukturierungsskala mit ihrer makroanalytischen Ausrichtung und der Möglichkeit einer qualitativen und quantitativen Auswertung legt sowohl eine Interpretation auf Einzelfallebene als auch auf der Ebene der Gesamtstichprobe nahe.

Die Kombination aus quantitativer und qualitativer Analyse

Durch die Kombination einer quantitativen und qualitativen Analyse wird ein methodisches Hauptziel der Arbeit erreicht. Die Nachteile beider Vorgehensweisen können somit ausgeglichen werden. Durch die quantitative Messanalyse wird der Erfolg der Therapie visuell anschaulich und messbar gemacht. Hier liegen eine methodische Stärke der Heidelberger Umstrukturierungsskala und ein wichtiger Beitrag der vorliegenden Arbeit: Der Erfolg, nämlich die für die analytische Psychotherapie spezifische Wirkung der strukturellen Veränderungen wurde quantitativ gemessen. Patienten lassen sich in Bezug auf den Grad ihrer Auseinandersetzung und Bewältigung von Problemen einordnen und hinsichtlich ihres Entwicklungsverlaufes über die Behandlung hinweg miteinander vergleichen. Die Gesamtergebnisse lassen sich mit den Befunden anderer Studien in Beziehung setzen. Die quantitative Verarbeitung und Auswertung der Daten aus der HUSS entspricht den Forderungen der Gesundheitspolitik und den Bedürfnissen der Kostenträger, die den Therapieerfolg in messbaren Größen erfassen möchten, um Kosten-Nutzen-Analysen durchführen zu können. Vor dem Hintergrund, dass der psychotherapeutische Prozess heute als ein komplexes interaktionelles Geschehen verstanden wird, lässt eine reine quantitative Interpretation auf einen hohen Datenverlust aufgrund der Simplifizierung der Ergebnisse schließen. Erst die Ergänzung um die qualitative Auswertung einschließlich einer prozessualen und reflexiven schulgebundenen Interpretation, die das Interaktionsgeschehen zu verstehen versucht und Aufschlüsse über das zustande gekommene Ergebnis liefert, wird dem psychotherapeutischen Prozess gerecht. Zahlreiche Studien haben sich für eine Kombination aus quantitativer Erfolgsmessung und qualitativer Prozessbeurteilung entschlossen, wobei häufig ausführliche Berichte der Therapeuten in die Analyse einbezogen wurden (Jacobsen, 2008). In der vorliegenden Arbeit liegen den ausgewählten und eingeschätzten Foki detaillierte Gutachten zugrunde, die den Entscheidungsprozess auf der Basis des Datenmaterials genau beschreiben.

Die differenzierte Einzelfallanalyse

Ein weiteres methodisches Charakteristikum der Arbeit liegt in der differenzierten Einzelfallanalyse. Die zunehmende Zusammenarbeit mit den Nachbardisziplinen hat auch die Psychotherapieforschung überzeugt, über die Metaanalysen hinaus wieder auf interpretative Einzelfallforschung umzusteigen. Immerhin handelt es sich bei der Beforschung des Einzelfalls bereits zu Freuds Zeiten um das ausschließliche Mittel und den klassischen Weg der Erkenntnisgewinnung (Freud, 1999a). Mit „*Die Menschen sind sehr verschieden*“

(Sandell, 2007, S. 464) unterstreicht Sandell die Notwendigkeit einer differentiellen Betrachtung einzelner Therapieverläufe in einer Stichprobe von mehreren Patienten. Mittelwertstatistiken führen zu einer groben Verzerrung und können das für die Dyade spezifische Prozessgeschehen verschleiern. Eine Generalisierung gruppenstatistischer Effekte kann folglich der Entwicklung des einzelnen Patienten nicht gerecht werden und Fehlschlüsse zur Folge haben. Mitunter ein Ziel von Einzelfallanalysen sind Exaktheit und Systematik bei der Überprüfung fallbezogener Hypothesen (Leuzinger-Bohleber, 2005). Hierzu bedarf es optimaler Weise einer multi-dimensionalen und multi-methodologischen Herangehensweise um eine umfassende Analyse eines Falles zu gewährleisten (siehe hierzu der Fall Amalie von Kächele et al., 2006). Auch die übergeordnete MÜBITROPAS bedient sich dieses Ansatzes, um das komplexe Ziel einer detaillierten Einzelfallanalyse zu erzielen. Darüber hinaus entspricht sie weitestgehend den Forderungen Buccis an zukünftige Forschungsvorhaben und deren Bearbeitung von Fallanalysen, die da lauten (Bucci, 2005, S. 329, übersetzt aus dem Englischen):

1. Die Integration einer Reihe von unterschiedlichen Messinstrumenten, deren Reliabilität und Validität bestätigt wurde, die sowohl eine mikro- als auch eine makroanalytische Analyseebene gewährleisten und die die zentralen Aspekte und Strukturinhalte des Patienten, die therapeutische Interaktion und den Veränderungsprozess erfassen.
2. Die Integration subjektiven Erlebens des behandelnden Analytikers mittels Aufzeichnung und Erfassung durch den Kliniker.
3. Die systematische Erhebung von Material durch erfahrene Kliniker, die eine makroanalytische Betrachtung vornehmen.
4. Die Verfügbarkeit von empirischen Daten und klinischem Material für die behandelnden Therapeuten, insbesondere im Rahmen von Supervisionen.
5. Die Einbindung des Projektes in einen theoretischen Kontext, in dem psychoanalytische Konzepte operationalisiert worden sind.
6. Der wissenschaftliche Austausch und die Weitergabe von Forschungsergebnissen im Rahmen der Prozessforschung, um den Zusammenhang zwischen strukturellen Veränderungen und Symptomen darzulegen. Dies legt die Forderung nach einem prospektiven und katamnestic Design im Sinne einer psychoanalytischen Prozess-Outcome-Forschung nahe.

In der Bearbeitung der Teilfragestellung konnten einzelne Forderungen Buccis umgesetzt werden. So erfolgte der Einsatz von makroanalytischen Instrumenten zur Beforschung des strukturellen Veränderungsprozesses in der Therapie sowie die Auswertung des Materials durch zwei erfahrene Kliniker. Der wissenschaftstheoretische schulenspezifische Kontext konnte gewährleistet werden.

Die Integration der Therapeutenperspektive

Ein weiteres wichtiges Charakteristikum der vorliegenden Arbeit ist die Berücksichtigung der Therapeutenperspektive (siehe Bucci, 2005 Punkt (2) der Forderungen). Die Online-Perspektive gewährleistet einen nahen Praxisbezug und damit verbunden eine hohe externe Validität (Zepf, 2005). Darüber hinaus lassen sich aus den Ergebnissen Rückschlüsse für eine Umsetzung in Praxis und Ausbildung formulieren. Dieser veränderte bzw. erweiterte Zugang in der Psychotherapieforschung reagiert auf die kritischen Forderungen der Therapeuten nach verständlichen und klaren Forschungsbefunden, die sich in der Praxis umsetzen lassen (Kriz, 1996). Die Berücksichtigung der Therapeutenperspektive wurde in der bereits erwähnten PAL-Studie (Jacobson et al., 2008) als ein entscheidendes Studiencharakteristikum formuliert, um das Analysespektrum über die reine Symptomreduktion zu erweitern. In der vorliegenden Arbeit konnte durch die Integration der Therapeutenperspektive eine Validierung der mittels OPD ausgewählten Foki bzw. ein Vergleich zwischen der Auswahl in beiden Perspektiven vorgenommen werden.

Die Integration verschiedener Untersucherperspektiven

Den „Schwächen“ interpretativer tiefenhermeneutischer Techniken (z. B. mangelnde Reliabilität, Objektivität und subjektgebundene Interpretation) wurde in dieser Arbeit entgegengewirkt, indem das Material auf der Basis der OPD-Interviews in einer Gruppe von mindestens zwei Ratern beurteilt und die Ergebnisse im Rahmen einer Konsensusbildung erzielt wurden. Die selbst-reflexive Betrachtung der gewonnenen Informationen, die Persönlichkeit der Rater und des Untersuchers, sowie dadurch bedingte unterschiedliche Perspektiven wurden zunutze gemacht, um die Subjektivität und Interaktionshaftigkeit des Prozesses zu erfassen.

„Die unabweisbare Subjektivitäts- und Interaktionscharakteristik mit ihren personalen und interpersonalen Effekten im epistemologischen System aus Subjekt, Objekt und Gegenstand/Thema wird nicht (unter der Störungs-/Fehler-Perspektive) minimiert, standardisiert und/oder ignoriert, sondern sie wird – gewissermaßen im Gegenteil –

thematisiert und als potentiell ergiebiges Erkenntnisfenster fokussiert“ (Lettau & Breuer, 2007).

Dieser Gegenentwurf der Autoren verläuft parallel zur intersubjektiven Wende in der Psychoanalyse, die zu der veränderten Annahme führt, dass der Analytiker nicht mehr als ein neutrales Objekt, sondern als Teilnehmer an dem interaktionellen Beziehungsgeschehen verstanden wird (Oranges, 2001). Übereinstimmend wird ebenfalls davon ausgegangen, dass der Einfluss des Therapeuten nicht als Fehlerquelle definiert wird, die es zu eliminieren gilt; vielmehr kann die reflexive Betrachtung der wechselseitigen Einflussnahme für den Erkenntnisprozess nutzbar gemacht werden. Dieser intersubjektive interaktionelle Prozess verlangt eine fortwährende Reflexion und Prozessanalyse, die durch die Integration verschiedener Perspektiven verbessert werden kann. In der vorliegenden Arbeit erlangt die reflektierende Interpretation und Wertung zweier Rater innerhalb der Offline-Perspektive eine Optimierung, indem diese Perspektive der Online-Perspektive gegenübergestellt wird.

Insgesamt betrachtet kann der vorliegenden Arbeit ein bedeutsamer Stellenwert im wissenschaftlichen Gesamtkontext eingeräumt werden, da sie Forderungen an eine systematische und detaillierte Erfassung des komplexen Therapieprozesses erfüllen konnte. Sie liefert wertvolle Befunde in der prozessnahen Erforschung analytischer Therapien und eine wichtige Diskussionsgrundlage verbunden mit weiterführenden Überlegungen und Fragestellungen, die im folgenden Kapitel ausgeführt werden sollen.

5.6. Resümierende Betrachtung und Überlegungen

5.6.1. Strukturelle Veränderungen –was wirkt tatsächlich?

Die Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien auf die Struktur des Patienten lässt sich durch die Ergebnisse in der vorliegenden Arbeit bestätigen. Die ermittelten Foki erweisen sich als wichtige Indikatoren für die Abbildung struktureller Veränderungen. Die heterogenen Behandlungsverläufe und das unterschiedliche Ausmaß an Umstrukturierung veranlassen zu einer genauen Betrachtung der Wirkmechanismen, um die Variationen im Ergebnis erklären zu können. Der vermutete Zusammenhang zwischen dem Outcome struktureller Veränderung und dem Vorhandensein von stabilen Problemfoki in zwei Perspektiven ließ sich nicht grundsätzlich bestätigen. Eine Erklärung hierfür könnte darin liegen, dass sich die Gültigkeit und Brauchbarkeit der Foki erst im Laufe der Therapie herausstellen ließ, sodass ein flexibler Wechsel von Foki bei einigen Fällen notwendig war, um eine Umstrukturierung zu erzielen. Hier ist z. B. die Verlagerung eines Fokus aus dem Konflikt- in den Strukturbereich bei

gleichzeitig bestehender inhaltlicher Ausgestaltung zu nennen. Aufgrund der dadurch erzielten Betonung des Strukturanteils konnte eine entsprechende Bearbeitung der Problematik erfolgen und demzufolge eine strukturelle Veränderung erreicht werden. Für einen möglichen Wandel in der Fokauswahl spricht auch der subjektiv-interaktionelle Charakter der therapeutischen Beziehung und der damit verbundene Einfluss unbewusster motivationaler Strukturen des Therapeuten in die Fokuserstellung und –bildung, d. h., dass Themen, die sich aus der Beziehung zwischen Patient und Therapeut herausbilden, einem Wechsel unterliegen können. Thomä & Kächele (1996) sprechen hier von dem „*Ergebnis eines unbewussten Austauschprozesses zwischen den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten seines Analytikers*“ (ebd., S. 440). Die interaktionelle Ausgestaltung der Foki einschließlich der Einflüsse durch das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in der therapeutischen Beziehung liefern vermutlich auch eine Erklärung für die Unterschiede in der Fokauswahl und –einschätzung beider Perspektiven. Die Erhebungsinstrumente leisten hierzu keinen Beitrag. Kapitel 5.6.3 wird sich vertieft mit den Grenzen von OPD und HUSS beschäftigen. Grande et al. (2001) betonen, dass es auch dann zu entscheidenden Veränderungen OPD basierter Foki kommt, wenn die zentralen Veränderungspunkte des Kliniklers an anderer Stelle liegen.

Neben der Möglichkeit, die Variationsbreite der Behandlungsergebnisse durch das Vorhandensein oder Fehlen klar umgrenzter Problemschwerpunkte zu erklären, muss von weiteren Mechanismen ausgegangen werden, die den strukturellen Outcome beeinflussen haben. Nach Sandell (2006) und Cooper (2008) ist bekannt, dass sowohl der Patient als auch der Therapeut die zwei wichtigsten Quellen der Variationsbreite darstellen. Den Faktor Patient betreffend lässt sich nur sehr schwer auseinanderhalten, welche Veränderungen tatsächlich dem Patienten und welche der Wirkung der Behandlung zuzuschreiben sind. Bei den Patienten der vorliegenden Arbeit konnten z. B. Unterschiede hinsichtlich des Strukturniveaus und des Ausgangswertes auf der HUSS, also dem Grad der bewussten Auseinandersetzung mit der Problematik, ermittelt werden, welche die Heterogenität der Behandlungsverläufe mit verursacht haben können. Zu berücksichtigen sind auch Unterschiede innerhalb der Gruppe der Therapeuten: So wurden die 13 Patienten bei 13 verschiedenen Therapeuten mit unterschiedlichen impliziten Behandlungskonzepten und Prozessmodellen behandelt. Laut Sandell (2006) beruht das dem Patienten angebotene *therapeutische Milieu* primär auf den professionellen Werten und Überzeugungen des Therapeuten. Ausgehend von den Darstellungen in Kapitel 2.2.1, dass sich tief greifende strukturelle Veränderungen nur durch die Arbeit in der Beziehung erzielen lassen, bedarf es

einer Analyse dieses komplexen Beziehungsgeschehens also letztendlich der Ergänzung einer differenzierten Betrachtung jeder einzelnen Therapeut-Patient-Dyade, um das Wechselspiel der Wirkmechanismen in dem komplexen Interaktionsgeschehen exakt zu beforschen und einen bedeutsamen Anteil an der Gesamtvarianz zu erklären.

Eine vollständige Aufklärung der Variationsbreite der Ergebnisse bzw. die umfassende Analyse der Wirkfaktoren kann durch diese Arbeit nicht gewährleistet werden. Hierzu bedarf es einer Feinauflösung des Behandlungsprozesses und einer ergänzenden Auswertung durch weitere Instrumente (siehe Kapitel 5.8).

Welche Erkenntnisse ergeben sich dennoch für die Praxis? Die Patienten der vorliegenden Stichprobe zeigen jeweils völlig unterschiedliche Entwicklungsverläufe. Eine Generalisierung der Befunde scheint aufgrund der Einzigartigkeit jedes Therapeut-Patienten-Paares und des sich daraus entwickelnden Therapieprozesses nicht möglich. Erst die differenzierte Einzelfallbetrachtung ermöglicht eine Analyse der wechselseitig aufeinander bezogenen Interaktionen und deren Einfluss auf strukturelle Veränderungen, um die Wirkweise des Prozesses zu verstehen. Was für den Bereich der Forschung gilt, lässt sich auch auf die praktische Anwendung übertragen. Psychoanalytiker müssen ihr Vorgehen bezogen auf den jeweiligen Patienten unter genauer Reflexion des intersubjektiven Beziehungsgeschehens fortwährend überprüfen und flexibel anpassen. Kazdin (2007) schreibt:

„Two patients in the same treatment conceivable could respond for different reasons. The complexities are critically important to understand because of a point made above, namely, the best patients care will come from ensuring that the optimal variation of treatment is provided. (S. 23).

Die Umsetzung eines optimalen patientenbezogenen Behandlungs- und Beziehungsangebotes widerspricht einer Standardisierung in Form von diagnosespezifischen Behandlungskonzepten und manualisierten Interventionsvorgaben. Demzufolge kann es keine vorgegebene Art und Weise geben, nach der sich Patienten behandeln und verändern lassen. Eine Vereinheitlichung therapeutischer Interventionen und die Reduktion auf einzelne Wirkmechanismen widersprechen zudem dem Subjektivitäts- und Interaktionscharakter einer therapeutischen Beziehung. Vielmehr bedarf es einer gezielten Ausbildung angehender Psychotherapeuten zur reflexiven Betrachtung des intersubjektiv-interaktionellen Prozesses unter Integration verschiedener Perspektiven. Im Rahmen von universitären Veranstaltungen finden bereits Forschungskolloquien und Diskussionsforen statt, die sich zur Aufgabe machen, durch Analyse des komplexen Interaktionsgeschehens am Einzelfall das eigene

reflexiv-analytische Betrachten zu schulen. In dem Zusammenhang ist das Forschungskolloquium unter Leitung von Herrn Prof. Mertens angelehnt an das Forschungsprojekt MÜBITROPAS zu nennen, in dem eine multiperspektivische und multimethodologische Auswertung und Interpretation von einzelnen Behandlungsverläufen und daran anschließender intensiver Diskussion unter Diplomanden und Doktoranden stattfindet. Buchholz und Wolff starteten 2007 die Einrichtung eines Promotionskollegs „Qualitative Psychotherapieprozessforschung“, um ausgehend von verschiedenen Perspektiven den Therapieprozess auf einer prozessualen und reflexiven Ebene zu betrachten. In der weiterführenden staatlich anerkannten Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten findet ebenso eine Förderung dieser reflexiven Betrachtung des Therapieprozesses unter Hinzuziehung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens statt, indem die behandelten Ausbildungsfälle engmaschig supervidiert und in kasuistisch-technischen Seminaren vorgestellt und diskutiert werden. Im Mittelpunkt der diagnostischen Betrachtung, Analyse und Interpretation steht hierbei das subjektive Erleben unter Berücksichtigung der eigenen Beteiligung. Eine sinnvolle Erweiterung dieser differenzierten Betrachtung im Rahmen der Ausbildungsfälle kann in einer Ergänzung um die wissenschaftlich-forschende Untersuchungsperspektive liegen, also in einem Austausch zwischen Forscher und Kliniker, der das intrapsychische und interaktionelle Geschehen in der Therapeut-Patient-Dyade eines Falles in den Fokus der Betrachtung rückt. Der angehende Psychotherapeut kann durch die Ergänzung um die mikroanalytische Betrachtung nicht nur die eigene reflexive Fähigkeit fördern, sondern implizite Prozessmodelle von Veränderungen immer wieder neu überarbeiten und revidieren. Darüber hinaus rücken die Persönlichkeit und das subjektive Erleben des Psychoanalytikers verstärkt in den Mittelpunkt; seine Beteiligung am Prozessgeschehen kann durch Integration seiner Perspektive zunehmend Beachtung finden (siehe hierzu Bucci, 2005). Eine gegenseitige Befruchtung hätte auch zur Folge, dass der geschlossene Kreislauf der Ausbildung aufbricht, in dem Dozenten den Ausbildungskandidaten Wissen vermitteln, die Kandidaten zu neuen Dozenten werden und wiederum genau diese Erfahrungen an neue Kandidaten weitergeben. Die Psychoanalyse als Wissenschaft kann sich nicht fortwährend aus sich heraus entwickeln (Körner, 2007); es benötigt den Anspruch, durch die psychoanalytische Ausbildung eine Wissenschaft zu vermitteln und den Austausch mit anderen Wissenschaften zu fördern. Allerdings bedarf es für die Zusammenführung von Forschung und klinischer Arbeit Strukturen, die einen Austausch und eine Zusammenarbeit ermöglichen. Ausbildungsinstitute müssen demzufolge

verstärkt mit den Universitäten zusammenarbeiten, indem sie z. B. gemeinsame Forschungsvorhaben planen und umsetzen.

5.6.2. Effektivität eines fokuserorientierten Vorgehens

Schließt das „optimale patientenbezogene Behandlungs- und Beziehungsangebot“, welches zunächst unvereinbar mit Vorgaben und Regelmäßigkeit erscheint, ein fokusergeleitetes Vorgehen aus? Prozesstheorien und Modelle über Therapieabläufe bilden für den Therapeuten ein wichtiges Grundgerüst, um therapeutisch tätig sein zu können. Selbst der Therapeut, der eine optimale auf den Patienten abgestimmte Behandlung gewährleistet, verfügt über eine modellhafte handlungsleitende Vorstellung, die eine gewisse Regelmäßigkeit mit einschließt. Implizite Modellvorstellungen bilden für den Therapeuten demnach eine wichtige Grundlage für Handlungsanweisungen, Bewertungskriterien und Zielvorstellungen, müssen aber einer offenen Grundhaltung nicht widersprechen. Vielmehr ist auch hier der flexible Umgang des Therapeuten in der Anwendung seiner Prozessmodelle und Veränderungskonzepte für eine erfolgreiche Behandlung erforderlich, der sich an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des jeweiligen Patienten orientiert. Dem Therapeuten muss der Einfluss seiner impliziten Vorstellungen auf das therapeutische Geschehen fortwährend bewusst bleiben. Wie Thomä & Kächele (1996) betonen, bedarf es eines heuristisch-kreativen Umgangs mit den eigenen Prozessmodellen, sodass die Vorstellungen anhand der beobachtbaren Informationen über das interaktionelle Geschehen fortwährend validiert werden. Demnach stellt sich weniger die Frage nach dem einzig effektiven Modell; es sollte vielmehr zu der Überlegung kommen, inwiefern sich Modellvorstellungen zur Ableitung effektiver therapeutischer Interventionen eignen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit konnten die Überlegenheit eines fokuserierten Vorgehens nicht grundsätzlich bestätigen. Dennoch zeigt sich an der Gegenüberstellung der zwei Prototypen der Stichprobe (Patient G, K), dass durch das Vorhandensein von klar definierten Problemschwerpunkten bei Patient K eine stringente Behandlungslinie im therapeutischen Vorgehen zu erkennen war. An den zentralen Problemfoki, die in einem psychodynamischen Netz von Verknüpfungen miteinander in Beziehung standen, konnte eine umfassende strukturelle Veränderung über die gesamte Problematik ersichtlich werden. In der Praxis könnte man sich demzufolge für eine Fokussierung im Sinne eines handlungsgeleiteten Vorgehens aussprechen. Darüber hinaus kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit abgeleitet werden, dass für ein effektives therapeutisches Vorgehen der flexible Umgang mit

den Foki von enormer Bedeutung ist. So konnte eine deutliche strukturelle Veränderung auch bei sich wandelnden Problemfoki erzielt werden.

Unterstützung erfährt das fokuserorientierte Vorgehen sicherlich durch die Forderungen im Rahmen des Gutachterverfahrens im Bereich der ambulanten Psychotherapie. Hier muss ein Behandlungsplan auf der Basis von diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einschließlich formulierter Zielvorstellungen vorgelegt werden. Ein fokussierendes Vorgehen kann geeignet sein, den Behandlungsprozess zu strukturieren und transparent zu machen. Im Rahmen der Qualitätssicherung kann ein fokuserorientiertes Vorgehen dazu verwendet werden, die Qualität der therapeutischen Arbeit sicherzustellen und zu dokumentieren. Für den Bereich der Ausbildung lässt sich in der Ermittlung von Foki und dem Verständnis ihrer psychodynamischen Verknüpfungen eine wichtige Hilfe im diagnostischen Prozess erkennen. Das Vorgehen nach psychodynamischen Therapiefoki kann eine wertvolle Strukturierungshilfe für den angehenden Psychotherapeuten darstellen, da das Durcharbeiten von Themenschwerpunkten für eine angemessene Segmentierung des Behandlungsprozesses und Erleichterung bei der Darstellung von Fallberichten sorgt (siehe hierzu Klüwer, 2009).

5.6.3. Was leisten die Instrumente für die Erfassung struktureller Veränderung?

In der vorliegenden Arbeit wurden Überlegungen zur Heterogenität innerhalb der Befunde angestellt. Darüber hinaus wurde diskutiert, warum die Ergebnisse vom erwarteten Ausgang abweichen. Für das vertiefte Verständnis der diskrepanten Befunde wird der Beitrag der Erhebungsinstrumente nun näher beleuchtet.

Die OPD trifft eine phänomenologisch- deskriptive Aussage über die psychodynamische Organisation der Persönlichkeitsstruktur zu einem bestimmten Zeitpunkt. Hierzu dienen psychodynamisch relevante diagnostische Achsen, um das komplexe Beziehungsgefüge abzubilden. Die Operationalisierungsvorschläge der zugrunde liegenden psychoanalytischen Konzepte verhalten sich in dem Spannungsverhältnis zwischen Klarheit und Eindeutigkeit sowie der Wahrung des dynamischen Gehaltes. Die Ergänzung um die HUSS hebt die Begrenzung einer ausschließlichen Statusdiagnostik auf. Bei der Erfassung struktureller Veränderungen durch die HUSS beinhaltet die Umstrukturierung eine nachweisbare Wandlung der gesamten Persönlichkeitsorganisation. Strukturelle Aspekte werden auf einer eigenen Achse beurteilt, bilden aber nur einen Teil der Persönlichkeitsstruktur als Ganzes. Für eine Veränderungsmessung der gesamten Struktur werden die zentralen Problembereiche aus dem gesamten Befundspektrum in Form von Foki herangezogen.

Beide Erhebungsinstrumente weisen darüber hinaus Grenzen auf, die einer kritischen Betrachtung unterzogen werden müssen. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um den Verzicht von Inhalten geht, die für die psychoanalytische Diskussion eine wesentliche Grundlage bilden. Im Vorliegenden soll nur auf diejenigen Diskussionspunkte eingegangen werden, die für die Arbeit relevant erscheinen. Vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen zur Entwicklung der Struktur (Kapitel 2.3.1) und dem Einfluss von Psychotherapie auf die strukturelle Entwicklung (Kapitel 2.3.2) soll die Leistung der Erhebungsinstrumente in Bezug auf die Erfassung strukturellen Veränderungen genauer betrachtet werden. Unter der Berücksichtigung, dass sowohl die Entwicklung als auch die Veränderung von Struktur maßgeblich durch das interaktionell-intersubjektive Wechselspiel einer Beziehung beeinflusst wird, lässt sich erkennen, dass die interpersonelle Begegnung in den Erhebungsverfahren wenig beachtet wird. Für die Diagnostik durch den Untersucher sind sowohl die anamnestisch reaktivierbare als auch die aktuelle Szene entscheidend. Darüber hinaus erschließt er aus den berichteten Interaktionen und Lebenserfahrungen die psychodynamische Struktur. Der Mangel an interaktionell-intersubjektiver Beziehungsdynamik offenbart sich insbesondere in der Beziehungsdiagnostik, mit deren Hilfe ein habituelles Beziehungsmuster im Rahmen einer doppelten Perspektivierung aufgedeckt wird. Das dysfunktionale habituelle Beziehungsmuster dient dem Patienten bei der Regulierung im zwischenmenschlichen Bereich und bei der Bewältigung seiner Konfliktneigung und seiner strukturellen Vulnerabilitäten. In die Beziehungsanalyse fließt das beobachtbare und beschreibbare Beziehungsverhalten des Patienten sowie das Erleben des Untersuchers ein. Unklar bleibt hierbei zum einen, was dem Beziehungsmuster zugrunde liegt (z. B. projektive Abwehr oder Ausdruck einer Überich-Problematik), und zum anderen, wie es sich in der therapeutischen Beziehung darstellt. Zudem ergeben sich z. B. Fragen nach Übertragung, Gegenübertragung und emotionaler Bezogenheit. So reduziert sich die Erfassung auf eine individualisierte Beziehungsdiagnose im Rahmen einer Einpersonen-Psychologie. Die HUSS setzt dieses Konzept fort. Im Rahmen der Veränderungsmessung beurteilt der Untersucher auf Basis der erlebbaren und beobachtbaren szenischen Darstellung und den Schilderungen des Patienten Bewältigungsschritte im Sinne einer zunehmenden Integration. Das Manual liefert Vorgaben für den intrapsychischen und interpersonellen Ausdruck der Problematik, für die *Fokusbezogene Veränderungen in der Realität* und die *Affektzustände*, ergänzend dazu die *Abgrenzung zu anderen Stufen* sowie 1-2 Beispiele. Da der Entwicklungsprozess in der therapeutischen Dyade mit diesen Kriterien nicht umfassend abgebildet wird, fehlen Informationen zum interaktionell-intersubjektiven

Beziehungsgeschehen, welche die Einstufung bzw. die Prozesse im Rahmen der Umstrukturierung erklären.

In der Erweiterung durch die Therapeutenperspektive lag in der vorliegenden Arbeit der Versuch, diagnostisches Material zur therapeutischen Beziehung zu ergänzen. Im methodischen Vorgehen musste allerdings auf die Bearbeitung der Beziehungssache in der Online-Perspektive verzichtet werden, da sich das habituelle Beziehungsmuster aus dem Kassenantrag nicht erschließen ließ. Für die Online-Perspektive bedeutete dies den völligen Verzicht auf Informationen über das Beziehungsgeschehen, welches sich lediglich aus den Konflikten und den Strukturanteilen der Problematik entnehmen ließ.

Angesichts der Tatsache, dass den interaktionellen Beziehungserfahrungen für strukturelle Veränderungen eine hohe Bedeutung zukommt, darf bei der Erfassung struktureller Wandlungsprozesse auf eine genaue Beziehungsanalyse nicht verzichtet werden. Beiden Erhebungsmethoden sind zwar Grenzen gesetzt, die mitunter beabsichtigt in Kauf genommen wurden, zugunsten der Schärfe und Klarheit, zuungunsten einer umfassenden ganzheitlichen Erfassung.

5.7. Integration der Beziehungsanalyse – Erweiterung des Materials

Die kritische Auseinandersetzung mit den Grenzen beider Erhebungsverfahren führt zu Überlegungen, die eine Erweiterung des Konzeptes einer Einpersonen-Psychologie in OPD und HUSS vorsieht und die Person des Therapeuten durch eine genaue Beziehungsanalyse stärker in den Vordergrund rückt. Das Vorgehen konzentriert sich hierbei auf zwei Bereiche: (1) Ausarbeitung des HUSS-Manuals im Bereich Beziehungsanalyse sowie (2) Erweiterung des zugrunde liegenden klinischen Materials für die Einschätzung.

(1) Im vorausgegangenen Kapitel wurden die relevanten Betrachtungsebenen im HUSS-Manual beschrieben, auf deren Basis eine Einstufung erfolgt. Bei der Erweiterung der Kriterien im Manual wird nun eine zusätzliche Ebene eingeführt, die eine genauere Beziehungsanalyse und damit die Erfassung des interaktionellen Geschehens in der therapeutischen Beziehung ermöglicht. Darüber hinaus werden zu jeder Stufe Fallbeispiele angefügt, die das Beziehungsgeschehen entsprechend dem HUSS-Niveau verdeutlichen. Die Ausarbeitung der zusätzlichen Ebene hat auf der Basis der vorliegenden Literatur zur Entwicklungspsychologie, Strukturentwicklung und zum intersubjektiv-interaktionellen Theorieverständnis stattgefunden. Die Beispiele entstammen der vorliegenden Stichprobe (mit Ausnahme von dem Beispiel zur Stufe 1). Die gesamte Erweiterung für das HUSS-Manual ist im Anhang zu finden.

(2) Die vorliegenden Befunde sprechen für eine Veränderung bzw. Ausdehnung des klinischen Materials, welches zur Einschätzung hinzugezogen wird. Um die Person des Therapeuten stärker in den Vordergrund zu rücken, bedarf es einer Datenbasis, die über das Interview mit einem externen Untersucher hinausgeht. Wilke & Pauli-Magnus (2008) wenden die HUSS auf Basis analytischer Stundenprotokolle an, um gezielt die strukturellen Veränderungen zu erfassen. Die Befunde der vorliegenden Arbeit sprechen für eine genaue Analyse von videografierten oder audiografierten Therapiestunden, um das Beziehungsgeschehen stärker zu fokussieren.

Der Vorschlag für zukünftige Forschungsaktivitäten mit der HUSS sieht folgenden Ablauf für das methodische Vorgehen vor: Vor Beginn der analytischen Psychotherapie wird von einem geschulten Interviewer ein OPD-Interview durchgeführt, welches als Grundlage für die OPD-Diagnostik dient. Die erhobenen Daten stellen den grundlegenden Status dar, von dem aus weitere Befunde erfasst werden. Die nun folgende OPD-Diagnostik und die daran anschließende Verwendung der HUSS werden im Behandlungsverlauf nicht mehr auf der Basis von weiteren OPD-Interviews vorgenommen, sondern auf der Grundlage von Therapiestunden, die in videografiert oder audiografiert Form vorliegen. Für das erste Rating (T1) auf der HUSS werden die probatorischen Sitzungen verwendet. Es wird empfohlen, die Erhebung auf der Grundlage von 3-5 Stunden vorzunehmen. Einstufungen zu weiteren Messzeitpunkten sollten ebenfalls auf einer zufälligen Auswahl von 3-5 Stunden um den jeweiligen Messzeitpunkt herum stattfinden.

Darüber hinaus wird empfohlen, die Beziehungsanalyse auch in der qualitativen Ausarbeitung des Ratings (Gutachten zur HUSS-Einstufung) stärker zu fokussieren, indem die erlebbare und beobachtbare szenische Darstellung in den Therapiestunden unter Hinzuziehung von Gegenübertragungsgefühlen genau beschrieben und ausgewertet wird.

Durch die stärkere Betonung und differenziertere Analyse des therapeutischen Beziehungsgeschehens wird eine genauere Einschätzung auf der HUSS möglich sein. Die Ergebnisvarianz innerhalb einer Stichprobe kann unter Berücksichtigung der Prozesse in der therapeutischen Beziehung umfassender erklärt werden.

Die Ergänzung des HUSS-Manuals sieht eine Erweiterung auf makroanalytischer Ebene vor. Um das interaktionelle Geschehen in der therapeutischen Beziehung darüber hinaus noch differenzierter zu erforschen, bedarf es Daten aus verschiedenen Erhebungsmethoden und zusätzlichen Betrachtungsperspektiven. Das anschließende Kapitel wird sich mit Überlegungen für weitere Forschungsvorhaben beschäftigen.

5.8. Weitere Überlegungen für die zukünftige Forschung

Zukünftige Forschungsvorhaben sollten sich im Rahmen einer differenzierten Analyse von Therapien auf eine Feinauflösung des Prozesses in seine verschiedenen Wirkprinzipien konzentrieren. Hier können z. B. folgende Aspekte von Interesse sein: eine genaue Betrachtung gewählter Interventionen durch den Therapeuten und damit verbundener Zielvorstellungen; die Ermittlung von zentralen Problemschwerpunkten, die in den Augen des Therapeuten zu dem jeweiligen Zeitpunkt durchgearbeitet werden müssen; die Erforschung von Schlüsselszenen- und Momenten, sog. „*now moments*“ im Sinne Sterns, und deren nachhaltiger Veränderungen für die therapeutische Beziehung; die detaillierte Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens aus den Schilderungen des Therapeuten; die Beforschung einer negativen Übertragung und der behandlungstechnische Umgang des Therapeuten. Die Erhebung dieser Informationen kann in einem nächsten Schritt mit der Fokuserwicklung auf der HUSS in Beziehung gesetzt werden, um Unterschiede in den Verläufen zu erklären. Um sich die unterschiedliche Entwicklung in der Umstrukturierung zu erklären, ist auch die Berücksichtigung der Patientenperspektive hilfreich. Von Interesse sind hier z. B. die Einschätzung der therapeutischen Beziehung, die Schilderung von Schlüsselerlebnissen und die Ermittlung von zentralen Problemfoki durch den Patienten.

In der vorliegenden Arbeit wurde nur eine begrenzte Anzahl an Indikatoren für strukturelle Entwicklungsprozesse untersucht. Eine weiterführende Forschungsarbeit sollte die Ergänzung um zusätzliche Indikatoren beinhalten. Da in der MÜBITROPAS Träume als mögliche tiefenstrukturelle Indikatoren näher untersucht werden, kann die Entwicklung der Traumhalte mit den Veränderungsprozessen in der HUSS verglichen werden, um eine weitere ergänzende Perspektive struktureller Veränderungen zu integrieren.

Über die MÜBITROPAS hinaus ist ein Vergleich mit weiteren Erhebungsmethoden, die sich gezielt mit der Erfassung von strukturellen Veränderungen befassen, sinnvoll, um eine Validierung der HUSS vorzunehmen. Interessant ist sicherlich die Gegenüberstellung von der HUSS und den *Skalen psychischer Kompetenz* (Klug & Huber, 2006), die als höchst reliabel, stabil und änderungssensitiv eingeschätzt wurden. Zur psychometrischen Überprüfung der Skalen wurde bereits ein Vergleich mit der Achse IV der OPD unternommen, bei dem es zu signifikanten Korrelationen gekommen ist. In einem weiteren Schritt kann der Prozessverlauf von analytischen Behandlungen sowohl mit den *Skalen psychischer Kompetenz* als auch vergleichsweise mit der *Heidelberger Umstrukturierungsskala* auf der Grundlage der drei OPD -Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur umfassend untersucht werden.

Aufgrund der Fülle des Datenmaterials wurden in der Arbeit nur 13 Patienten zu vier Messzeitpunkten untersucht. So wird es sinnvoll sein, die Stichprobe durch die restlichen Patienten in der MÜBITROPAS auf $N=20$ zu vergrößern und die Fragestellungen sowie Hypothesen in Bezug auf alle fünf Messzeitpunkte erneut zu diskutieren. Aufgrund der größeren Stichprobe kann es bei der Untersuchung von möglichen Zusammenhängen zwischen Fokusstabilität, Übereinstimmung der Foki in beiden Perspektiven und Anstieg der Foki über den Gesamtverlauf zu deutlicheren Ergebnissen kommen.

6. Abschließende Bemerkungen

«Es soll nicht genügen, dass man Schritte tue, die einst zum Ziele führen, sondern jeder Schritt soll Ziel sein und als Schritt gelten.» Johann Wolfgang von Goethe

Der psychoanalytische Prozess befindet sich in einer dialektischen Spannung zwischen der Notwendigkeit einer offenen kreativen Grundhaltung und der Notwendigkeit der Konkretisierung und Zielsetzung. Das Zitat weist auf einen wichtigen Aspekt analytischer Psychotherapien hin: Jeder (Entwicklungs-) Schritt ist eingebunden in einen Entwicklungsprozess und bestimmt somit den nächsten Schritt. Die Schritte bilden den Weg, gleichsam das Ziel, welches sich jedoch ändern kann. So entscheidet sich in jeder Therapiestunde aufs Neue, ob der Weg der letzten Stunde – das Bearbeiten eines Fokus - weiterverfolgt oder ein neuer eingeschlagen werden soll. Kein Schritt kann davon völlig losgelöst betrachtet werden – psychodynamische Verknüpfung der Foki -, denn er ist eingebettet in einen Verbund von aufeinanderfolgenden Schritten. Dadurch wird jeder Schritt für sich genommen sehr wertvoll, da er für die Ausführung des kommenden Schrittes verantwortlich ist.

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, wie sich hinter jedem einzelnen Schritt ein weiteres Ziel verborgen hat, symbolisch dargestellt durch die Stufen der HUSS. Häufig handelte es sich um implizite Ziele, die zumindest in der Therapeutenperspektive nicht ausformuliert wurden, aber dennoch leitend durch die Therapie geführt haben. Das eine Ziel kann es somit nicht geben, ein zielloses Umherwandern auch nicht. Vielleicht lässt sich deswegen das Thema um die Ziele in der Psychoanalyse nie erschöpfend diskutieren, denn es ist die Vielzahl an kleinen unbewussten und bewussten Entwicklungsschritten und Entwicklungszielen, die aus einem Kohärenzgefühl intuitiv in der Beziehung erschaffen werden. T. L. Brown, ein Naturwissenschaftler beschreibt stillschweigendes Wissen (zitiert bei Buchholz, 2006, S. 447) wie folgt:

„Diese Art des Wissens gewinnt man durch Erfahrungen in der Welt; es bildet die weitgehend unbewusste [!] Basis eines Großteils unseres Denkens und Handelns. Das implizite Wissen ist nicht kommunizierbar; auch wenn wir es tagtäglich benutzen, vermitteln wir dieses Wissen nicht explizit – weil wir dies nicht können.“

So überrascht es nicht, dass aus zwei sehr unterschiedlichen Perspektiven heraus die zentralen Problembereiche eines Patienten und deren Verläufe im therapeutischen Prozess mit hoher

Übereinstimmung erfasst werden konnten. Mit dem einen Unterschied, dass sie sich in der externen Perspektive stärker konkretisieren ließen als in der Online-Perspektive. Vielleicht handelte es sich hier aber auch um die Perspektive des Dritten, die Metaebene, auf der konkretisiert, sortiert und implizites Wissen in Worte verwandelt wird. Es wurde vor dem Hintergrund der theoretischen Ausführungen eingangs die Frage bzw. Überlegung aufgestellt, ob es sinnvoll sein könnte, zu Beginn der Therapie Foki zu bestimmen, auf die sich die Interventionen des Therapeuten konzentrieren, um damit die Wirksamkeit von Behandlungen zu erhöhen. Die hohe Übereinstimmung bei der inhaltlichen Diskussion der Problematik zwischen den beiden Perspektiven legt allerdings zunächst nahe, dass es einer explizite Formulierung von Foki in der therapeutischen Situation womöglich gar nicht bedarf, da sie implizit als grundlegende Themen des Patienten ohnehin anwesend sind. So braucht es in der Perspektive des Forschers eine konkrete Sprache und Ordnung, um das zu erfassen was in der Perspektive des Therapeuten implizites Wissen darstellt. Buchholz (2006) spricht von Forschung und Profession als zwei unterschiedlichen Systemen. Beide können voneinander profitieren, sollten sich aber nicht gegenseitig steuern.

„Was in der empirischen Welt einen Beitrag zur babylonischen Sprachverwirrung leistet, stellt in der professionellen Welt die Lösung dar.“ (ebd. S. 441).

Beiden Welten müssen aufgrund ihrer verschiedenen Systeme miteinander kommunizieren, damit sie weiterhin existieren können. Um den gemeinsamen Austausch zu ermöglichen, bedarf es seitens der Profession aber einer Sprache. So muss implizites Wissen letztendlich doch explizit benannt und konkretisiert werden, damit es einer Validierung und Überarbeitung zugänglich wird und in die Kommunikation mit den Forschern einfließt.

Die MÜBITROPAS von Herrn Mertens hat hierfür die Voraussetzungen geschaffen, dass dieser fruchtbare Austausch zwischen Forschern und Praktikern stattfinden kann.

7. Literatur

- Agarwalla, P., Knauss, C., Hunziker, H., Schneider, R., Küchenhoff, J. (2007): Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie: Welche PatientInnen nehmen psychoanalytische Psychotherapien in Anspruch? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 158, 5, 206 – 216.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Balint, M., Ornstein, P.H., Balint, E. (1973): Fokaltherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Bion, W. (1970): Attention and Interpretation. (S. 129). London: Tavistock Publication.
- Boessmann, U., Remmers, A. (2008): Behandlungsfokus. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Bollas, C. (1992): Genese der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bowlby, J., Ainsworth, M. (2001): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. München: E. Reinhardt.
- Bucci, W. (2005): Process research. In Person, E.S., Cooper, A.M., Gabbard, G.O. (Eds): Textbook of psychoanalysis. (pp. 317 – 333). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Buchholz, M. (1997): Psychoanalytische Professionalität. Andere Anmerkungen zu Grawes Herausforderung. *Forum der Psychoanalyse*, 13, 75-93.
- Buchholz, M. (2006): Profession und empirische Forschung in der Psychoanalyse – ihre Souveränität und Integration. *Psyche*, 5, 426-454.
- Cooper, M. (2008): Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy. London: Sage Publications.
- Dornes, M. (1997): Der kompetente Säugling. Frankfurt: Fischer.
- Fäh, M. (1998): Sind Langzeittherapien uneffektiv und unbezahlbar? In: Fäh, M., Fischer, G. (Hrsg.): Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. (S. 320-335) Gießen: Psychosozial Verlag.
- Fonagy, P., Target, M. (2004). Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In: Streeck-Fischer, A.: Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (S. 105 – 135). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E., Target, M. (2006): Affektregulierung, Mentalisierung und Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Frasch, K., Neumann, N. (1999): Ökonomische Aspekte psychotherapeutischer Verfahren in Psychosomatik und Psychiatrie Ein systematischer Literaturüberblick. *Nervenarzt*, 70, 387-390.
- Freud, S. (1999a): Studien über Hysterie. (S. 227). GW, Band 1. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1999b): Die Freudsche Psychoanalytische Methode. (S. 1-10). GW, Band 5. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1999c): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knabens. (S. 241- 377). GW, Band 7. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1999d): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. GW, Band 8, S. 375 – 387. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1999e): Psychoanalyse und Libidotheorie. (S. 226). GW, Band 8. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Freud, S. (1999f): Die endliche und die unendliche Analyse. (S. 59-99). GW, Band 16. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.
- Gerlach, A., Schlösser, A. M., Springer, A. (Hrsg.) (2003): Psychoanalyse mit und ohne Couch. Haltung und Methode. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.): Psychoanalyse im Rückblick. (S. 415-431) Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobson, T. (2001): Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213 – 233.
- Grande, T. (2007): Wie stellen sich Konflikt und Struktur in Beziehungen dar? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 144-162.
- Grawe, K. ; Donati, R. ; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- Green, V. (2007): Was können die Neurowissenschaften den Kindertherapeuten anbieten? Einige Probleme und Möglichkeiten. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 133, 23-47.
- Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F., Sulz, S. (2007): Lehrbuch der Psychotherapie. Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP-Medien.
- Hurry, A. (1998): Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Jacobsen, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Langer, M., Keller, W., Dilg, R., Stehle, S., Leichsenring, F., Grande, T. (2008): Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen in der PAL-Studie. *Forum der Psychoanalyse*, 24, 47-62.

- Jung, C.G. (1929): Ziele der Psychotherapie. GW, Vol. 16 Zürich: Rascher.
- Kächele, H. (2003): Psychoanalytische Therapieforschung. 1930-1990. *Psyche*, 46, 159 – 185.
- Kächele, H. (2005): Korrigierende emotionale Erfahrung – ein Lehr- und Lernprozess. Plenarvortrag am 13.04.2005 im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005. <http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf>
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H., Hölzer, M., Hohage, R., Jimenez, J., Leuzinger-Bohleber, M., Mergenthaler, E., Neudert-Dreyer, L., Pokorny, D., Thomä, H. (2006): Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387-425.
- Kazdin, A. E. (2007): Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kernberg, O. (2000): Handbuch der Borderline-Störung. Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O. (2001): Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M.: Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. (S. 61- 70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Klüwer, R. (1995): Studien zur Fokalthherapie. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Klüwer, R. (2009): Ein integratives Modell psychoanalytischer Ausbildung. *Psyche*, 63, 237-255.
- Klug, G., Huber, D. (2006): Die psychische Struktur in den „Skalen psychischer Kompetenz“. *Forum Psychoanalyse*, 22, 394-402.
- Körner, J. (2007): Die Attraktivität der Psychoanalyse im 21. Jahrhundert. In: Geus-Mertens (Hrsg.): Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert. (S. 21-29) Stuttgart: Kohlhammer.
- Kriz, J. (1996). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 3, 128-146.
- Laireiter, A. (2007): Dokumentation und Evaluation in psychotherapeutischen Behandlungsverläufen. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F., Sulz, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. (S. 377-394). München: CIP-Medien.
- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H. (2008): Die Göttinger Psychotherapiestudie . *Forum Psychoanalyse*, 24, 193 – 204..
- Lettau, A. & Breuer, F. (2007): Forscher/innen Reflexivität und qualitative sozialwissenschaftliche Methodik in der Psychologie. *Journal für Psychologie*, <http://www.journal-fuer-psychologie.de/home.html>, 15, 2.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.) (1997): Psychoanalyse im Rückblick. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., Beutel, M.E. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie. *Psyche*, 55, 193 – 276.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M. (2002): „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2005): Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche*, 5, 434-480.
- Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.) (2008): Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma. Stuttgart: Schattauer.
- Lück, M., Roth, G. (2007): Frühkindliche emotionale Entwicklung und ihre neuronalen Grundlagen. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, 133, 49-79.
- Lueger, R. (1995): Ein Phasenmodell der Veränderung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 267 – 278.
- Manica, M. (2008): Die Psychoanalyse im Dialog mit den Neurowissenschaften. In: Leuzinger-Bohleber, M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.): Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma. (S. 19-31) Stuttgart: Schattauer.
- Mertens, W. (1994). Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Zur empirisch verkleideten Berufspolitik von Klaus Grawe. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 40, 353-367.
- Mertens, W. (1997): Warum Psychoanalysen lange dauern. Gedanken zum angemessenen katamnestic Vorgehen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.): Psychoanalyse im Rückblick. (S. 182-202). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mertens, W. (2007): Stellungnahme der DGPT. („Methodenpapier“). <http://dgpt.de/dokumente/Stellungnahme%20der%20DGPT%20zum%20Methodenpapier.pdf>
- Mertens, W. (2009): Psychoanalytische Erkenntnishaltung und Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Oranges, D. M., Atwood, G.E., Stolorow, R. D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Poscheschnik, G. (Hrsg.). (2005): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rasting, M., Beutel, M. (2002): Gesundheitsökonomische Aspekte von Psychotherapie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M.: „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. (S. 110-129). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.

- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2001): Heidelberger Umstrukturierungsskala. Manual. Stand vom 03.08.2001 Unveröffentlichte Arbeit. Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg.
- Rudolf, G. (2002): Wie können strukturelle Veränderungen in analytischen Langzeitpsychotherapien empirisch erfasst werden? In: Bohleber, W., Drews, S.: Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart. (S. 546 – 566). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. (2005): Psychoanalyse und Forschung: Unüberwindbare Gegensätze? In: Poscheschnik, G. (Hrsg.): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse. (S. 63-76). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Rudolf, G., Grande, T. (2006): Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD-basierter Leitfaden. *Psychotherapeut*, 51, 276-289.
- Rudolf, G. (2007): Strukturbezogene Psychotherapie: Klinisch-therapeutische und entwicklungspsychologische Grundlagen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie*, 134, 223- 239.
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (2003): Kommentar Psychotherapie-Richtlinien. München: Urban & Fischer Verlag.
- Sandell, R. (2007): Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. In: Springer, A., München, K., Munz, D. (Hrsg.): Psychoanalyse Heute?! Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sandler, J., Dreher, A. U. (1999): Was wollen die Psychoanalytiker? Das Problem der Ziele in der Psychoanalytischen Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schneider, G. (2003): Fokalität und Afokalität in der (psychoanalytischen) tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Gerlach, A., Schlösser, A. M., Springer, A. (Hrsg.): Psychoanalyse mit und ohne Couch. Haltung und Methode. (S. 108 - 125). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Sennet, R., Richter, M. (1998): Der flexible Mensch. München: btb-Verlag.
- Solm, M., Turnbull, O. (2007): Das Gehirn und die innere Welt. Düsseldorf: Patmos.
- Steiner, J. (1989): The aim of psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 109-120.
- Stasch, M., Schmal, H., Hillenbrand, E., Cierpka, M. (2007): Fokusorientierte Interventionen mit der OPD in der stationären Psychotherapie: Effekte auf Ergebnis und Verlauf der Behandlung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 53, 309-323.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschiweiler-Stern, N., Tronick, E. (2002): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche*, 56, 974-1006.
- Stern, D. (2005): Der Gegenwartsmoment. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Stern, D. (2007): Die Lebenserfahrungen des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta.

- Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (2001): Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomä, H., Kächele, H. (1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Berlin: Springer.
- Weinryb, R., Rössel, R. (1991): Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 363, 1-23.
- Westenberger-Breuer, H. (2005): Das Behandlungsziel in der Psychoanalyse: Ein Konzept im interdisziplinären Vergleich. *Psychotherapie im Dialog*, 1, 120-123.
- Wilke, S. & Pauli-Magnus, C. (2008): Strukturelle Veränderungen im Spiegel analytischer Stundenprotokolle – Eine qualitative Untersuchung. (S. 220-234). In: Rudolf, G., Grande, T., Henningsen, P.: Die Struktur der Persönlichkeit. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Zepf, S. (2005): Die „empirische“ Beforschung der psychoanalytischen Therapie. (S. 77-110). In: Poscheschnik, G. (Hrsg.): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse. Gießen: Psychosozial-Verlag.

8. Anhang

8.1. Erhebungsmethoden

Tabelle 3: Heidelberger Umstrukturierungsskala

1. Nichtwahrnehmung des Problembereiches	1	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt „kein Problem“.	Bewältigung
	1+		
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2-	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen, von außen kommend erlebt.	
	2		
	2+		
3. Vage Fokuswahrnehmung	3-	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung: Ahnung eigener Verantwortung	
	3		
	3+		
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	4-	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive „Bewältigung“, Handeln	
	4		
	4+		
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich	5-	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zu „Passion“, Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung	Strukturelle Veränderung
	5		
	5+		
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	6-	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens/ Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	
	6		
	6+		
7. Auflösung des Fokus	7-	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltung	
	7		
	7+		

Tabelle 4: Dimensionen der drei OPD-Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur

OPD-Befund und Auswahlliste für die therapeutischen Foki
<p>Beziehung Individualisierte Formulierung eines habituell-dysfunktionellen Beziehungsmusters</p>
<p>Lebensbestimmende Konflikte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomie- vs. Abhängigkeit 2. Unterwerfung vs. Kontrolle 3. Versorgung vs. Autarkie 4. Selbstwert 5. Schuld 6. Ödipal-sexuelle Konflikte 7. Identität 8. Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
<p>Strukturelle Fähigkeiten/ Vulnerabilitäten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung <ol style="list-style-type: none"> a. Selbstreflexion b. Selbstbild c. Identität d. Affektdifferenzierung 2. Fähigkeit zur Selbststeuerung <ol style="list-style-type: none"> a. Affekttoleranz b. Selbstwertregulation c. Impulssteuerung d. Antizipation 3. Fähigkeit zur Abwehr <ol style="list-style-type: none"> a. Intrapsychische Abwehr b. Flexibilität der Abwehr 4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung <ol style="list-style-type: none"> a. Subjekt-Objekt-Differenzierung b. Empathie c. Ganzheitliche Objektwahrnehmung d. Objektbezogene Affekte 5. Fähigkeit zur Kommunikation <ol style="list-style-type: none"> a. Kontakt b. Verstehen fremder Affekte c. Mitteilen eigener Affekte d. Reziprozität 6. Fähigkeit zur Bindung <ol style="list-style-type: none"> a. Internalisierung b. Loslösung c. Variabilität der Bindung

(aus Rudolf & Grande, 2006, S. 278)

Tabelle 5: Aufbau der Kassenanträge

<p><u>Bericht zum Erstantrag</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Spontanangaben des Patienten2. Kurze Darstellung der lebensgeschichtlichen Entwicklung<ol style="list-style-type: none">a. Familienanamneseb. Körperliche Entwicklungc. Psychische Entwicklungd. Soziale Entwicklung mit Berücksichtigung der familiären und beruflichen Situation, des Bildungsgangs und der Krisen in phasentypischen Schwellensituationen3. Krankheitsanamnese4. Psychischer Befund zum Zeitpunkt der Antragsstellung<ol style="list-style-type: none">a. Emotionaler Kontakt, Intelligenzleistung und Differenziertheit der Persönlichkeit, Einsichtsfähigkeit, Krankheitseinsicht, Motivation des Patienten zur Psychotherapieb. Bevorzugte Abwehrmechanismen, ggf. Art und Umfang der infantilen Fixierung, Persönlichkeitsstruktur.c. Psychopathologischer Befund (z.B. Bewusstseinsstörung, Störung der Stimmungslage, der Affektivität und der mnestischen Funktionen; Wahnsymptomatik, suizidale Tendenzen)5. Somatischer Befund bzw. Konsiliarbericht6. Psychodynamik der neurotischen Erkrankung7. Neurosenpsychologische Diagnose zum Zeitpunkt der Antragsstellung8. Behandlungsplan und Zielsetzung der Therapie9. Prognose der Psychotherapie
<p><u>Bericht zum Fortführungsantrag</u></p> <ol style="list-style-type: none">1. Wichtige Ergänzungen zu den Angaben in den Abschnitten 1.-4. des Berichtes zum Erstantrag2. Ergänzungen zur Psychodynamik der neurotischen Erkrankung3. Ergänzungen zur neurosen-psychologischen Diagnose bzw. Differentialdiagnose4. Zusammenfassung des bisherigen Therapieverlaufes<ol style="list-style-type: none">a. Mitarbeit des Patienten, seine Regressionsfähigkeit bzw. –tendenz, Fixierung, Flexibilität,b. Angewandte Methoden, erreichte Effektec. (Bei Gruppentherapie: ..)5. Änderung des Therapieplanes und Begründung6. Prognose nach dem bisherigen Behandlungsverlauf

(Rüger et al., 2003, S. 137-138)

8.2. Datengrundlage

Tabelle 6: Patient A HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,6	3,6	4,6	4,6
Identitätskonflikt	2,4	3,0	3,4	3,4
Selbstwertkonflikt	2,6	3,6	5,0	5,0
Erfolg der Abwehr	2,6	3,4	4,0	5,0
Objektbezogene Affekte	2,0	2,0	3,4	5,0
MW	2,4	3,1	4,1	4,6

Tabelle 7: Patient A HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T2	T3	T4
Selbstwertkonflikt	3,4	4,0	4,6	5,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,6	3,4	4,0	4,0
Selbstbild	2,4	2,4	2,4	3,4
Internalisierung	2,0	3,0	3,0	4,0
MW	2,6	3,2	3,5	4,1

Tabelle 8: Patient B HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	2,4	3,0	6,0
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,4	3,4	3,6	6,0
Selbstwertkonflikt	2,4	2,4	2,4	6,0
Subjekt- / Objektdifferenzierung	2,0	-	-	-
Loslösung	-	4,0	4,4	6,0
Erfolg der Abwehr	1,4	1,6	3,4	6,0
MW	2,1	2,8	3,4	6,0

Tabelle 9: Patient B HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik			
Selbstwertkonflikt	3,4	4,0	4,6
Ödipal-sexueller Konflikt	2,6	2,0	4,6
Subjekt- / Objektdifferenzierung	2,4	3,0	4,0
Loslösung	2,0	4,0	5,0
MW	2,6	3,3	4,6

Tabelle 10: Patient C HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	3,0	4,0	4,0
Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt	2,0	3,4	4,4	4,0
Selbstwertregulation	2,6	3,0	4,0	4,0
Erfolg der Abwehr	2,4	3,0	4,0	4,0
Identität	3,0	3,0	3,6	3,6
MW	2,5	3,1	4,0	3,9

Tabelle 11: Patient C HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3
Psychodynamik	-	-
Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt	2,0	3,4
Selbstwertregulation	2,4	3,0
Erfolg der Abwehr	2,0	3,0
Selbstbild	2,4	3,0
MW	2,2	3,1

Tabelle 12: Patient D HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	2,4	3,0	4,0
Schuldkonflikt	3,0	3,0	3,4	4,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,6	3,0	3,4	4,4
Loslösung	2,6	2,6	3,0	3,4
Impulssteuerung	3,0			
Selbstwertregulation		2,4	3,4	4,0
MW	2,7	2,7	3,2	4,0

Tabelle 13: Patient D HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Schuldkonflikt	2,0	3,0	4,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	3,0	3,4	4,0
Selbstwertkonflikt	3,0	.	.
Loslösung/ Internalisierung	2,4	2,4	3,4
Impulssteuerung	.	3,0	4,0
MW	2,6	2,9	3,9

Tabelle 14: Patient E HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	3,0	3,0	3,6
Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt	2,4	-	-	-
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	1,6	2,0	2,6	2,6
Selbstwertregulation	3,0	3,4	3,6	4,0
Variabilität der Bindung	1,4	1,6	1,6	2,0
Loslösung	-	2,6	2,6	3,0
MW	2,2	2,5	2,7	3,0

Tabelle 15: Patient E HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik			
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,0	2,6	4,6
Selbstwertkonflikt	2,6	3,0	4,4
Objektwahrnehmung	2,0	2,0	4,0
Impulssteuerung	2,0	3,0	4,4
MW	2,2	2,7	4,4

Tabelle 16: Patient F HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,6	3,0	3,0	3,6
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,6	3,0	3,6	3,6
Selbstwertregulation	3,4	-	-	-
Selbstwertkonflikt	-	3,6	4,4	4,4
Internalisierung	3,0	3,0	3,0	4,0
Loslösung	3,4	2,6	2,6	4,4
MW	3,0	3,0	3,3	4,0

Tabelle 17: Patient F HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Selbstwertkonflikt	3,0	4,0	4,0
Ödipal-sexueller Konflikt	2,4	2,4	3,0
Internalisierung & Loslösung	3,4	3,6	4,0
Selbst-/ Objektdifferenzierung	2,6	2,6	4,4
MW	2,9	3,2	3,9

Tabelle 18: Patient G HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,0	2,4	2,4	2,4
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,0	2,0	2,0	2,0
Selbstreflexion	1,0	1,4	2,0	1,6
Selbstbild	1,0	1,4	1,6	1,0
Ganzheitliche Objektwahrnehmung	1,0	1,0	1,6	1,6
MW	1,4	1,6	1,9	1,7

Tabelle 19: Patient G HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T2	T4
Psychodynamik	-	-	-
Selbstwertkonflikt	2,0	2,0	-
Ödipal-sexueller Konflikt	2,0	-	2,6
Internalisierung	3,0	3,0	2,4
Empathie	1,4	1,4	-
Form der Abwehr		1,4	2,0
Selbstwertregulation		-	2,0
MW	2,1	2,0	2,3

Tabelle 20: Patient H HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,0	2,4	2,6	2,6
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,0	2,0	2,0	2,4
Selbstwertkonflikt	2,0	2,6	3,0	3,0
Identitätskonflikt	3,0	3,0	3,4	3,4
Loslösung	1,6	1,6	2,4	2,4
MW	2,1	2,3	2,7	2,8

Tabelle 21: Patient H HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Selbstwertkonflikt	2,0	3,4	3,6
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,0	2,0	3,0
Internalisierung	2,4	3,0	3,0
Loslösung	2,0	3,0	3,0
Erfolg der Abwehr			2,4
MW	2,1	2,9	3,0

Tabelle 22: Patient I HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	3,4	3,6	4,6
Selbstwertkonflikt	3,0	3,4	4,0	6,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,6	2,6	3,0	3,4
Objektbezogene Affekte	2,4	2,4	3,0	4,0
Loslösung	2,0	3,0	4,0	4,4
MW	2,5	3,0	3,5	4,5

Tabelle 23: Patient I HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Autonomie- vs. Abhängigkeitskonflikt	3,0	4,4	6,0
Selbstwertkonflikt	3,4	4,4	5,0
Internalisierung	3,0	4,0	6,0
Impulssteuerung	2,6	4,0	6,0
MW	3,0	4,2	5,8

Tabelle 24: Patient J HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T5
Psychodynamik	2,6	2,6	3,4	6,0
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,6	3,0	3,4	5,6
Selbstwertkonflikt	2,6	2,6	3,4	5,6
Ödipal-sexueller Konflikt	2,6	3,4	4,0	5,6
Internalisierung	3,0	3,0	4,0	5,4
MW	2,9	2,9	3,6	5,6

Tabelle 25: Patient J HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Selbstwertkonflikt	2,6	3,0	4,0
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,4	3,0	3,6
Loslösung	3,0	4,0	4,0
Internalisierung	3,0	4,0	4,0
Ödipal-sexueller Konflikt	-	4,0	5,0
MW	2,8	3,6	4,1

Tabelle 26: Patient K HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	3,0	3,6	4,0	6,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,6	3,4	4,4	6,0
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,6	3,6	4,0	6,0
Impulssteuerung	3,4	4,0	4,4	6,0
Erfolg der Abwehr	3,4	4,0	4,4	6,0
MW	3,0	3,7	4,2	6,0

Tabelle 27: Patient K HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik			
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,4	3,0	4,4
Kontrolle- vs. Unterwerfungskonflikt	2,0	3,4	4,6
Impulssteuerung	2,0	4,0	5,4
Erfolg der Abwehr	2,4	4,0	5,4
MW	2,2	3,6	5,0

Tabelle 28: Patient L HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3
Psychodynamik	2,4	3,4	4,0
Selbstwertkonflikt	2,4	3,6	4,0
Schuldkonflikt	2,6	3,0	3,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,0	2,4	3,0
Impulssteuerung	2,0	3,0	3,4
MW	2,3	3,1	3,5

Tabelle 29: Patient L HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3
Psychodynamik		
Selbstwertkonflikt	2,0	4,0
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,0	2,6
Internalisierung	2,0	3,6
Impulssteuerung	2,0	3,0
MW	2,0	3,3

Tabelle 30: Patient N HUSS-Werte der OPD-Foki

	T1	T2	T3	T4
Psychodynamik	2,4	2,6	2,6	5,4
Versorgung- vs. Autarkiekonflikt	2,4	3,0	3,0	5,0
Selbstwertkonflikt	3,4	4,0	5,0	6,0
Impulssteuerung	2,6	2,6	3,0	4,4
Internalisierung	2,4	2,4	2,6	6,0
Loslösung			3,4	6,0
MW	2,6	2,9	3,3	5,5

Tabelle 31: Patient N HUSS-Werte der KASANT-Foki

	T1	T3	T4
Psychodynamik	-	-	-
Selbstwertkonflikt	3,0	4,0	5,0
Identitätskonflikt	2,6	3,6	5,6
Impulssteuerung	2,0	3,0	4,0
Internalisierung	2,0	4,0	6,0
MW	2,4	3,7	5,2

Tabelle 32: Mittelwerte getrennt für beide Perspektiven zu allen vier Messzeitpunkten

	T1		T2		T3		T4	
	OPD	KASANT	OPD	KASANT	OPD	KASANT	OPD	KASANT
A	2,4	2,6	3,1	3,2	4,1	3,5	4,6	4,1
B	2,1	2,6	2,8	-	3,4	3,3	6,0	4,6
C	2,5	2,2	3,1	-	4,0	3,1	3,9	-
D	2,7	2,6	2,7	-	3,2	2,9	4,0	3,9
E	2,2	2,3	2,5	-	2,7	2,7	3,0	4,4
F	3,0	2,9	3,0	-	3,3	3,2	4,0	3,9
G	1,4	2,1	1,6	2,0	1,9		1,7	2,3
H	2,1	2,1	2,3	-	2,7	2,9	2,8	3,0
I	2,5	3,0	3,0	-	3,5	4,2	4,5	5,8
J	2,9	2,8	2,9	-	3,6	3,6	-	-
K	3,0	2,2	3,7	-	4,2	3,6	6,0	5,0
L	2,3	2,0	3,1	-	3,5	3,3	-	-
N	2,6	2,4	2,9	-	3,3	3,7	5,5	5,2
MW	2,4	2,4	2,8	2,6	3,3	3,3	4,2	4,2
SD	0,44	0,33	0,50	0,84	0,63	0,42	1,35	1,03

8.3. Ergänzung und Erweiterung zum HUSS-Manual

Stufe 1: Abwehr & Nichtwahrnehmung des Fokus

In den Beziehungen und Interaktionsstrukturen des Patienten wird die Problematik ausschließlich agiert. Zwischen Therapeut und Patient hat sich noch keine Arbeitsbeziehung entwickelt. Der Therapeut ist mit dem Erleben und Verstehen der szenischen Darstellungen beschäftigt. Es hat sich noch kein Miteinander, kein vertrauter Umgang eingestellt. Langsam entwickeln sich Interaktionsmustern auf der Basis von Übertragung und Gegenübertragung. Es kommt zu Handlungsdialogen zwischen Therapeut und Patient, die sich dem bewussten Erleben des Patienten noch völlig entziehen.

In der Gegenübertragung können bisweilen heftige Gefühle bis hin zu Spannungszuständen auftreten, die sich in körperlichen Reaktionen äußern können.

Die Interventionen des Therapeuten beinhalten ausschließlich das Containen und das Spiegeln.

Beispiel:

Der Patient ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht in der Lage, ein Problembewusstsein für seine Interaktionsstrukturen und Beziehungsmuster zu entwickeln. Im Gespräch fällt auf, dass sich sein Erleben ausschließlich auf die eigene Person konzentriert. Er spricht fortwährend von seinen Stärken und Talenten. Die eigene Wahrnehmung in seinen Schilderungen muss durch ein Gegenüber (durch Kopfnicken) andauernd bestätigt werden, andernfalls wirkt er irritiert und verunsichert. Für das Erleben seiner Bezugspersonen kann er hingegen keine angemessene Wahrnehmung entwickeln. Dies äußert sich mitunter darin, dass er seinem Gegenüber keinen Raum für Fragen oder Anmerkungen lässt. Die Empathielosigkeit (mangelnde Mentalisierungsfähigkeit) des Patienten erschwert den Kontakt und die emotionale Bezogenheit.

In der Gegenübertragung entstehen Gefühle von Ärger und Wut in Folge der Erwartungshaltung und den Forderungen des Patienten, fortwährend Bestätigung zu erlangen. Der Therapeut fühlt sich stark funktionalisiert, als Person von dem Patienten nicht gesehen.

Stufe 2: Ungewollte Beschäftigung & äußere Konfrontation mit dem Problembereich

Zwischen Patient und Therapeut entwickelt sich ein intersubjektiv-interaktionelles Feld durch das beginnende Wechselspiel von Übertragungen und Gegenübertragungen. Es findet eine Konzentration auf Themen statt, die sich wiederholt darstellen. Beim Patienten liegt allerdings noch kein bewusstseinsnahes Erleben oder emotionales Verstehen vor. Der Therapeut sieht sich mit Abwehr und Widerstand konfrontiert, daher können Deutungen noch nicht verstanden werden. Als zentrale Interventionen dienen das Containen, das Spiegeln, das Klären und vereinzelt Deutungen.

Beispiel:

Der Patient hat aufgrund seines interpersonellen Beziehungsmusters deutliche Probleme in der Außenwelt, vor allem mit der Partnerin, wo die Problematik am deutlichsten sichtbar wird. Er hat einen scharfen Blick für die Anteile der Anderen an den Beziehungsschwierigkeiten, kann aber die eigene Beteiligung nicht erkennen, bzw. nur als Fehlwahrnehmungen der Objekte repräsentieren. Die eigene Problematik wird projektiv abgewehrt. Zudem existiert eine deutliche Diskrepanz zwischen dem bewussten Selbsterleben

des Patienten und dem Erleben in der Außenperspektive. So beschreibt er sich selbst als besonders offen und tolerant, während der Untersucher wahrnimmt, dass er andere immer wieder entwerten und beschämen muss. Die projektiven Tendenzen werden auch in starken negativen Gegenübertragungsgefühlen deutlich, und dem Gefühl, sich aus dieser Gegenübertragung nicht wieder lösen zu können.

Der Therapeut kann den Patienten mit seinen Deutungen noch nicht erreichen. Der Patient beschäftigt sich im Gespräch mit ambivalenten Gefühlen der Therapie gegenüber. Er stellt den Sinn der Therapie infrage, überlegt die Behandlung abubrechen.

Stufe 3: Vage Problemwahrnehmung

Zwischen Patient und Therapeut entwickelt sich zunehmend eine Arbeitsbeziehung. Die Problematik setzt sich im Bewusstsein des Patienten immer mehr durch. Im Beziehungsgeschehen wiederholen sich infolge von Übertragung und Gegenübertragung spezifische Interaktionsmuster, die von dem Patienten zunehmend bewusster erlebt werden können. Hierfür ausschlaggebend kann eine sichere und stabile therapeutische Beziehung sein, welche die Entfaltung sowohl von positiven als auch von negativen Übertragungsanteilen erst ermöglicht. Fortschritte in der Mentalisierungsfähigkeit und der Affektivität können die Wahrnehmung für das Selbsterleben und das Erleben der anderen verbessern. Die therapeutische Beziehung ermöglicht einen gemeinsamen Zugang und ein tieferes Verständnis der intersubjektiven Umwelt. Der Patient wird für Interventionen zugänglicher, da die Problematik ich-syntoner wird und sich die Abwehr lockert. Der Therapeut interveniert über das Containen und Spiegeln hinaus immer mehr mit Deutungen. Er versucht, zu klären und vorsichtig zu konfrontieren.

Beispiel:

Der Patient zeigt in der Wahrnehmung seiner problematischen interpersonellen Verhaltensmuster ein uneinheitliches Bild. Während ihm manche Verhaltensweisen als eigenes Problem durchaus bewusst sind, hat er zu anderen Auffälligkeiten seiner interpersonalen Muster noch kaum Bezug. Hinsichtlich der bewusst erlebten Verhaltensprobleme entstehen bei ihm ein deutlicher Leidensdruck sowie die Anerkennung einer eigenen Beteiligung (soziale Isolierung, er sondert sich selber ab). Die Verantwortung wird durch Rationalisierung („*abends zu müde*“) aber auch ein Stück weit wieder abgewehrt. Zudem konnte er Einsicht in Aspekte der Objektwahrnehmung entwickeln. Hier ist der Patient bemerkenswert reflektiert und kann einräumen, dass dieses Bild der anderen wohl in vieler Hinsicht verzerrt und übertrieben ist. Er korrigiert seine Fehlwahrnehmung durch die Erkenntnis, dass sein starker Leistungsdruck und ihre Versagensängste zu einem hohen Maß „hausgemacht“ seien.

Durch das vage Problemverständnis greifen die Deutungen des Therapeuten nun häufiger, es kommt aufseiten des Patienten zu einem zunehmenden emotionalen Verständnis.

Stufe 4: Anerkennung und Erkundung des Problembereiches

Die Arbeitsbeziehung hat sich nun vollständig etabliert. Es bilden sich spezifische Interaktionsmuster in der therapeutischen Beziehung heraus, die sich als zentrales Geschehen bearbeiten lassen. Negative Übertragungsanteile bekommen nun zunehmend Raum in der Beziehung, müssen nicht mehr so stark abgewehrt werden. Übertragungswiderstände lassen sich bearbeiten. Der Patient weicht immer wieder auf Außenübertragungsschauplätzen aus, allerdings lassen sich Übertragungen bereits in der therapeutischen Beziehung thematisieren.

Zwischen Patient und Therapeut entsteht eine wachsende emotionale Bezogenheit. Die Beziehung vertieft sich, der Sinn der Behandlung wird nicht mehr infrage gestellt. Der Therapeut fühlt sich als Person einbezogen. Die Daseinsgewissheit des Therapeuten und das wachsende Selbstgefühl ermöglichen dem Patienten, die Problematik zu erkunden und aktiv anzugehen. Der Therapeut kann wagen, mehr zu konfrontieren und zu deuten.

Beispiel:

In Bezug auf die Psychodynamik seiner Beziehungen verfügt der Patient über ein vertieftes Verständnis. Damit verbunden entwickelt sich ein Wunsch nach Veränderung. Zum jetzigen Zeitpunkt ist ihm in Bezug auf die Objektwahrnehmung klar geworden, dass die Angst vor Kränkungen und Verletzungen mitunter Folge seines eigenen hohen Anspruches ist, nämlich alles perfekt und ohne Fehler zu bewältigen. Auf diese Erkenntnis reagiert der Patient, indem er versucht, dieser Angst vor Entwertung aktiv entgegen zu steuern (z. B. indem er eine große Geburtstagsparty veranstaltet). Insgesamt befindet er sich hinsichtlich der Objektwahrnehmung im Bereich der aktiven Bewältigung. In Bezug auf seine Tendenz, die eigene Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Bewertungen zu betonen, ist dem Patienten bewusst geworden ist, dass er von der Bewertung anderer sehr stark abhängig ist, und dadurch seine Ängste geschürt werden. Dies wird auch in der Beziehung zum Therapeuten erkennbar. Der Patient schildert, dass er sich nicht traue, gewisse Dinge in der Therapie zu äußern sowie Kritik zu üben; nach Therapieunterbrechungen käme es immer wieder zu Anlaufschwierigkeiten. Für den Therapeuten ist die Abwehr noch spürbar, da der Patient die interpersonellen Probleme noch sehr stark im Außen austrägt und bearbeitet. Seine Gegenübertragungsgefühle sind nun positiver gefärbt; er trägt nicht mehr das intensive Gefühl mit sich, den Patienten zu entwerten.

Stufe 5: Auflösung alter Strukturen im Problembereich

Im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung treten die spezifischen Interaktionsmuster wiederholt auf. Es kann zu einer ausgeprägten negativen Übertragung kommen, die mit heftigen Gefühlen bei Patient und Therapeut begleitet ist. Die Bearbeitung der Übertragung kann nun vermehrt in der therapeutischen Beziehung stattfinden, weniger in den Außenbeziehungen. Die Intensivierung der therapeutischen Beziehung führt vermehrt zu Begegnungsmomenten (D. Stern: „now moments“), die ein gemeinsames Erleben und Verstehen ermöglichen und damit verbunden von zentraler Bedeutung für den Veränderungsprozess werden. Die Abwehr des Patienten scheint deutlich gelockert, was mitunter zur derzeitigen Verunsicherung führt.

Der Therapeut steht als Container für die heftigen Gefühle zu Verfügung. Darüber hinaus kann er nun vermehrt deuten (neben genetischen Deutungen verstärkt Deutungen, die sich direkt auf das interaktionelle Geschehen beziehen).

Beispiel:

Der Patient konnte nach intensiver Arbeit an dem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen ein vertieftes Verständnis in seine sich wiederholenden interaktionellen Beziehungsmuster erlangen. In der Phase heftiger negativer Übertragungen erlebte er den Therapeuten im Rahmen der Beziehung als sicheres Objekt, der mit ihm Gefühle aushalten und durchleben konnte. Seine aktuelle Affektlage ist durch eine traurige verzweifelte Stimmung geprägt, da gewohnte Strukturen aufbrechen. Der Wunsch nach Versorgung durch andere Personen ist deutlich zurückgegangen, was zu einer Reduktion seiner Forderungen und Ansprüche geführt hat. Gemäß dieser reduzierten Anspruchshaltung fühlt er sich auf der einen Seite weniger von anderen im Stich gelassen. Auf der anderen Seite

sieht sich der Patient nun auch mit Gefühlen von Einsamkeit konfrontiert, da sich in dem Versorgungswunsch auch das Bedürfnis nach Bindung und Beziehung vermittelte. Dem kann er allerdings schon in kleinen Schritten entgegen wirken, indem er aktiver den Kontakt zu anderen sucht. Darüber hinaus erlebt er sich als offener; so ist es ihm gelungen, zusätzliche Beziehungen aufzunehmen. In Bezug auf die Eltern erlebt er sich wesentlich sicherer und kann sich demnach besser abgrenzen. Er beschreibt sich diesen gegenüber als *kritischer*, sodass er sich nun häufiger entsprechend äußern könne („*Der Ärger wird nicht mehr aufgehoben*“). Begleitend hierzu scheint sich aber auch ein versöhnlicher Umgang eingestellt zu haben. („*Keiner von beiden ist perfekt.*“)

Stufe 6: Neuordnung des Problembereiches

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung entwickelt sich beim Patienten zunehmend ein sicheres Selbstgefühl. Der Therapeut wird vermehrt als ein reales Gegenüber, als eigene Person mit eigenen Empfindungen erlebt. Hieraus entwickelt sich ein neues Selbstverständnis in Beziehungen. Eine neue Art des Mit-dem-andern-Zusammenseins. Dem Patienten vermittelt sich das Gefühl von Verantwortung und Sicherheit in Beziehungen. Sowohl aufseiten des Patienten als auch aufseiten des Therapeuten können bei dem Gefühl getrennter Subjekte eine tiefere emotionale Bezogenheit entstehen, die ein gemeinsames und gleichzeitiges Erleben verstärkt.

Heftige Gegenübertragungsgefühle beim Therapeuten sind zurückgegangen bzw. enthalten vermehrt positive Aspekte. Der Therapeut kann dem Patienten aufgrund des gesteigerten Selbstgefühls mehr zumuten, kann die Eigenaktivität des Patienten fördern.

Beispiel:

Der Patient konnte zu einem völlig neuen Selbsterleben in Beziehungen gelangen. Er ist in der Lage, sich von den Forderungen und Wünschen der Familie deutlich abzugrenzen, da er sich nicht mehr verantwortlich fühlt. Darüber hinaus kann er seine Bedürfnisse angemessen kommunizieren, sodass er diesbezüglich eine Befriedigung erlangt. Im Gegenzug fordert er sein Gegenüber dazu auf, dessen Bedürfnisse zu erfahren. Auf Zurückweisungen reagiert er nicht mehr gekränkt (z. B. bei Rückzug des Partners), sondern versucht das Beziehungsgeschehen zu thematisieren. Das führt dazu, dass er sich nicht mehr im Stich gelassen fühlt. Durch das Ausbilden eigener Hobbys ist er zudem in der Lage, die Interessen des Partners besser unterstützen zu können. Im Umgang mit Gefühlen von Ärger und Aggression, die nun aber deutlich seltener auftreten, hat er einen konstruktiven Umgang entwickelt. Im Gespräch wird die gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung deutlich. Der Patient wirkt in seinen Fortschritten sehr authentisch. Es gibt noch Tendenzen seitens des Patienten, in denen versorgende Anteile spürbar werden (wiederholt mehrmals bereits Gesagtes), die aber sicherlich auch zur Persönlichkeitsstruktur dazugehören.

Für die Stufe spricht neben den Gefühlen der Erleichterung und Beruhigung auch das neue Selbstverständnis des Patienten. Er ist in der Lage, andere ihm wichtige Personen angemessen zu beschreiben und wahrzunehmen. Es transportiert sich insgesamt eine sehr versöhnliche Haltung mit dankbaren Gefühlen (insbesondere dem Therapeuten gegenüber).

Stufe 7: Auflösung des Problems

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann der Patient eine korrigierende Beziehungserfahrung erleben und internalisieren. Übertragungsanteile können bearbeitet und aufgelöst werden. Die Integration der Erfahrung eines neuen Miteinander seins eröffnet dem

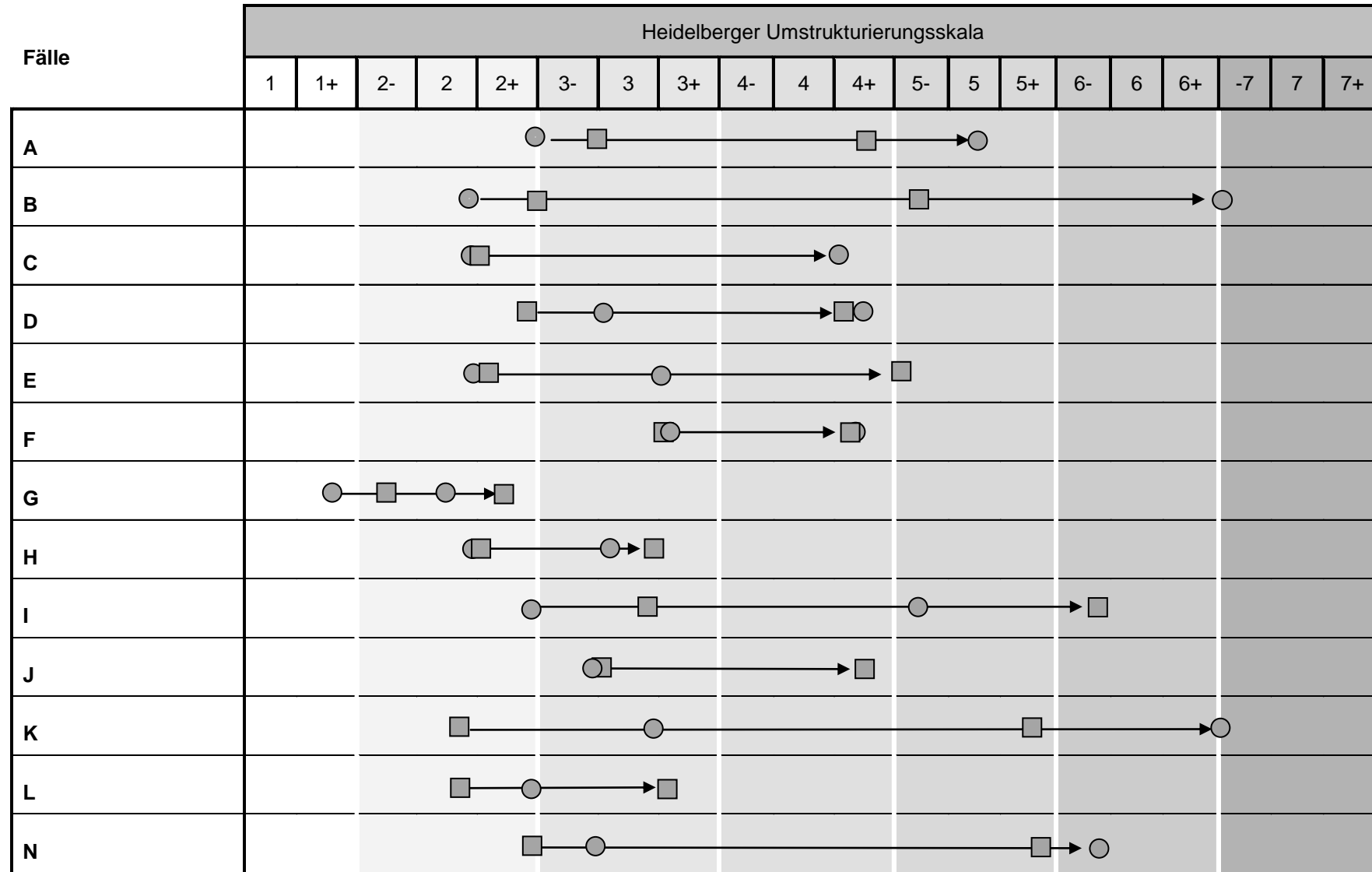
Patienten den Raum für eine Neugestaltung und Neuorientierung in Beziehungen. Der intersubjektive-interpersonelle Raum ermöglicht eine zunehmende Reflexivität und damit verbunden ein neues Selbstverständnis.

In den Gegenübertragungsgefühlen des Therapeuten können Gefühle von Akzeptanz und Integration entstehen. Der Patient wird als authentisch und emotional spürbar erlebt.

Beispiel:

Der Patient konnte das andersartige Erleben mit dem Therapeuten und in der therapeutischen Beziehung integrieren und zu einem völlig neuen Selbstverständnis gelangen. Problematische Beziehungsaspekte und spezifische Interaktionsstrukturen konnten aufgelöst werden und stehen dem Patienten nur noch in seinen Erinnerungen zur Verfügung. So kann er mit einem beruhigten Gefühl zurück schauen und feststellen, was er für sich erreichen konnte. Darüber hinaus ist er aber auch in der Lage, eine realistische Wahrnehmung für die eigene Begrenzung sowie die Grenzen im Rahmen von Beziehungen zu entwickeln. Dem Therapeuten gegenüber spricht der Patient von Wertschätzung und Dankbarkeit. Aus diesem Gefühl heraus ist es ihm möglich, einen guten Abschied mit dem Therapeuten zu finden und die Therapie zu beenden.

Abbildung 44: Gesamtübersicht der Verläufe T1-T4 beider Perspektiven



KASANT- Foki ■ OPD-Foki ●

Lebenslauf

Verena Hümmeler

Geboren am 25.01.1978 in Erlangen.

Ausbildung

1997	Abitur am Christian-Ernst-Gymnasium in Erlangen
1997 – 2002	Studium Diplom-Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt
2004	Fortbildung „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD)
2003-2008	Ausbildung Analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für Erwachsene bei der Münchner Arbeitsgemeinschaft für Psychoanalyse sowie am C. G. Jung-Institut München.
2006-2008	Analytische und tiefenpsychologische Zusatzausbildung für Kinder und Jugendliche
2008	Approbation als Psychologische Psychotherapeutin
Seit 09/07	Analytische Gruppenausbildung

Berufliche Tätigkeiten

2003-2004	Klinikum rechts der Isar der TU München, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
2004 – 2005	Klinikum rechts der Isar der TU München, Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie
Seit 2005	Psychotherapeutische Behandlung ambulanter Patienten in freier Praxis
2005 – 2006	Klinikum München-Großhadern, Psychoonkologie der III. Med. Klinik sowie am Klinikum rechts der Isar, Institut für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie.
2007-2009	Klinikum München-Großhadern, Psychoonkologie der III. Med. Klinik „Die Kindersprechstunde“, Behandlung von Kindern Krebskranker Eltern

Mitgliedschaften

Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP)
 Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)
 Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Psychosoziale Onkologie e. V. (DAPO)
 Psychotherapeutenkammer Bayern
 Netzwerk Psychosoziale Onkologie München N-PSOM