
**Eine empirische Prozess-Outcome-Untersuchung zur
Wirksamkeit und Wirkungsweise psychoanalytischer
Langzeitpsychotherapien**

– Gruppenstatistische Auswertungen und Einzelfallanalysen –

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Univ. Zsuzsanna Antal

aus

München

August 2012

Referent: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Wolfgang Mertens
Korreferent: Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Almuth Sellschopp
Tag der mündlichen Prüfungen: 05.07.2012

Für meinen Vater, Gyula Antal, der stets an mir glaubt und
für meinen Freund, Tuana, der seine Kräfte stets mit mir teilt.

*Köszönöm, hogy nem tartozom senkinek
Másnak, csupán néked, mindenért néked.
Ady Endre*

„Manchmal tun mir die Menschen leid: Sie greifen so sinn- und hoffnungslos nach allen Seiten... Man möchte Ihnen auf die Hand schlagen und sagen: ‚Lass das! Nimm die Hände weg! Sitz anständig da. Es wird jeder bekommen, was ihm zusteht, der Reihe nach.‘ Sie sind wirklich wie gierige Kinder. Sie wissen nicht, dass ihre Ruhe manchmal nur von der Geduld abhängt, dass die Harmonie, die sie mit einem ungenauen Wort Glück nennen, aus ganz einfachen Griffen entsteht und nicht mit verkrampter Aufmerksamkeit gesucht zu werden braucht... Du fragst, was die Wahrheit sei und wie Heilung und Fähigkeit zur Freude möglich seien. Ich will es Dir sagen, mein Lieber. Mit zwei Wörtern. Demut und Selbsterkenntnis. Das ist das ganze Geheimnis. Demut, das ist vielleicht ein zu großes Wort. Dazu braucht es schon Gnade, einen außergewöhnlichen Seelenzustand. Im Alltag reichen auch Bescheidenheit und das Bemühen, unsere wirklichen Sehnsüchte und Neigungen zu erkennen. Und dass wir sie uns ohne Hemmungen eingestehen. Und sie dann mit den gegebenen Möglichkeiten in Einklang bringen.“

Sàndor Màrai, aus: Wandlungen einer Ehe

Danksagung

Herrn Prof. Dr. Wolfgang Mertens gilt mein erster und ganz besonderer Dank für die Möglichkeit, im Rahmen des von ihm geleiteten Forschungsprojektes die nun vorliegende Arbeit schreiben zu dürfen. Durch die Teilnahme an seinem Projektseminar und das Verfassen dieser Arbeit konnte ich sehr wertvolles Wissen sammeln und mein Horizont in dem Themengebiet unglaublich erweitern. Auch gelang es mir dank seiner Hilfe, meine Fähigkeit zu systematischem Denken, Arbeiten und Schreiben zu schulen.

Frau Dr. Susanne Hörz danke ich sehr herzlich für die wertvollen fachlichen Hinweisen und Hilfestellungen sowie für die moralische und menschliche Unterstützung. Ich schätze sie sehr für ihre verständnisvolle, herzliche und zugleich professionelle Art.

Mein weiterer großer Dank gilt meiner Supervisorin in der Ausbildung, Frau Prof. Dr. Al-muth Sellschopp - dafür, dass sie sich, trotz ihrer eingeschränkten zeitlichen Möglichkeiten, bereit erklärt hat, meine Arbeit als Zweitgutachterin zu lesen und zu beurteilen sowie mich anschließend in dem Nebenfach Psychosomatische Medizin zu prüfen. Ganz besonders danke ich ihr für ihre menschliche Unterstützung und Warmherzigkeit.

Mein nächster großer Dank gilt Frau Andrea Lammers, meine Korrektorin und Lektorin, die ein wahrhaftig großer Schatz ist. Ich danke ihr für ihre klugen und kritischen *blauen* Kommentare.

Mein größter Dank gilt meinem Freund Dr. Tuana Ghaderi. Er stand die nun hinter mir liegende extrem arbeitsintensive Zeit mit mir durch und stellte sich dabei mit all seinen Bedürfnissen und Wünschen für mein Ziel bewundernswert diszipliniert und selbstlos zurück.

Schließlich möchte ich meinem Vater mit all meiner Tochterliebe danken. Dafür, dass er nie aufgehört hat, an mir zu glauben, mich zu lieben und dies mit Worten und Taten zu zeigen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ausschließlich unter Anleitung meiner wissenschaftlichen Lehrer und Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe.

München, den 05.08.2012

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	VII
Eidesstattliche Erklärung	IX
1 Einleitung	1
2 Theoretische Einbettung der vorliegenden Arbeit	11
2.1 Grundkonzepte und Behandlungsziele der psychoanalytischen Psychotherapien	12
2.1.1 Der psychoanalytische Prozess	13
2.1.2 Strukturelle Veränderung der Persönlichkeitsorganisation als Ziel der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie	16
2.1.3 Strukturbegriff in der Psychoanalyse und die Entwicklung struktureller Fähigkeiten	18
2.1.4 Modifizierte psychoanalytische Behandlungstechniken für Patienten mit strukturellen Störungen	19
2.2 Stand der Forschung	25
2.2.1 Entwicklung der empirischen Psychotherapieforschung	25
2.2.2 Die vier Generationen der analytischen Psychotherapieforschung	29
2.2.3 Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychoanalyse	36
2.2.4 Ziele und Vorgehensweisen des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungs-Projekt (MBWP)	42
3 Fragestellungen und abgeleitete Hypothesen	45
3.1 Hypothese 1: Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien auf die Persönlichkeitsstrukturelle Entwicklung der Patienten	45
3.1.1 Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung	47
3.1.2 Hypothese 1b: Umstrukturierung	48
3.2 Hypothese 2: Spezifische analytische vs. unspezifische allgemeine Wirkfaktoren in den analytischen Psychotherapien	49
3.2.1 Hypothese 2a: Größere Adhärenz mit dem psychodynamischen Prototyp	49

3.2.2	Post-hoc Hypothese 2b: Wirkung unspezifischer bzw. allgemeiner psychotherapeutischen Prozessmerkmale	50
3.2.3	Post-hoc Hypothese 2c: Einzigartigkeit der therapeutischen Dyaden	50
3.3	Hypothese 3: Behandlungstechnische Unterschiede in Bezug auf das jeweilige Strukturniveau der Patienten bzw. strukturabhängige Modifizierung der analytischen Technik	50
4	Untersuchungsmethodik	53
4.1	Methodenwahl	53
4.1.1	Explorative versus theoriegeleitete Forschung	54
4.1.2	Qualitative versus quantitative versus integrative Untersuchung	54
4.1.3	Einzelfallstudie versus Gruppenstatistik	55
4.1.4	Naturalistische versus kontrollierte Studien	58
4.1.5	Online- versus Offline-Forschung	60
4.2	Instrumente zur Messung struktureller Veränderungen sowie zur Prozessbeschreibung in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung	62
4.2.1	Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	63
4.2.2	Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)	71
4.2.3	Das Psychotherapie Prozess-Q-Set (PQS)	72
4.3	Erhebung und Beschreibung der Daten	79
4.3.1	Auswahl der Behandlungsfoki anhand des Manuals der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik-1 (OPD-1)	79
4.3.2	Quantitative Beurteilung der Therapiefortschritte bezüglich der ausgewählten Foki mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)	80
4.3.3	Quantitative Beschreibung des psychotherapeutischen Geschehens mit der Methode des Psychotherapie Prozess Q-Sets (PQS)	80
4.4	Stichprobenbeschreibung und Beschreibung des therapeutischen Settings	82
4.4.1	Beschreibung der Gesamtstichprobe	82
4.4.2	Beschreibung der Einzelfälle	83
4.5	Datenauswertungsverfahren	87
4.5.1	Deskriptive statistische Untersuchungen	87
4.5.2	Induktive bzw. interferenzielle statistische Untersuchungen	87
5	Darstellung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse	89
5.1	Hypothese 1: Nachweis der Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien auf die strukturelle Entwicklung der Patienten	89
5.1.1	Auswertung der Gesamtstichprobe	90
5.1.2	Einzelfall: Patient 16	103
5.1.3	Einzelfall: Patient 18	107
5.1.4	Einzelfall: Patient 19	111
5.1.5	Einzelfall: Patient 20	115

5.1.6	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 1 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext	119
5.2	Hypothese 2: Spezifische analytische vs. unspezifische allgemeine Wirkfaktoren in den analytischen Psychotherapien	134
5.2.1	Auswertung der Gesamtstichprobe	139
5.2.2	Einzelfall: Patient 16	144
5.2.3	Einzelfall: Patient 18	151
5.2.4	Einzelfall: Patient 19	158
5.2.5	Einzelfall: Patient 20	163
5.2.6	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 2 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext	169
5.3	Hypothese 3: Behandlungstechnische Unterschiede unter Berücksichtigung der Strukturniveaus der Patienten bzw. der strukturabhängigen Modifizierung der analytischen Technik	192
5.3.1	Ergebnisse für Gruppe A mit <i>gut bis mäßig</i> integriertem Strukturniveau	193
5.3.2	Ergebnisse für Gruppe B mit <i>mäßig</i> integriertem Strukturniveau	199
5.3.3	Ergebnisse für Patient 3 mit <i>mäßig bis gering</i> integriertem Strukturniveau	204
5.3.4	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den therapeutischen Prozessen in Abhängigkeit von den Strukturniveaus der Patienten	209
5.3.5	Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext	213
6	Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse	221
6.1	Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen	222
6.1.1	Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 1	223
6.1.2	Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 2	225
6.1.3	Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 3	230
6.2	Kritische Anmerkungen	233
6.3	Praxisbezug	237
6.4	Überlegungen für die zukünftige Forschung	239
7	Abschließende Bemerkungen	241
A	Beschreibung der PQS-Items	245
B	Mittelwerte und Standardabweichungen der PQS-Items	249
B.1	Gruppe	250
B.2	Gruppe A	252

B.3	Gruppe B	254
B.4	Einzelpatienten	256
C	HUSS-PQS-Korrelationen	267
C.1	Gruppe	268
C.2	Gruppe A	270
C.3	Gruppe B	272
C.4	Einzelpatienten	274
	Abkürzungsverzeichnis	284
	Literatur	288

Tabellenverzeichnis

4.1	OPD-1 Foki	67
4.2	HUSS - Heidelberger Umstrukturierungsskala	72
4.3	PQS-Items Gefühle des Patienten	74
4.4	PQS-Items Verhalten des Patienten	74
4.5	PQS-Items Haltung des Therapeuten	74
4.6	PQS-Items Interventionen des Therapeuten	75
4.7	PQS-Items Interaktion	76
4.8	PQS-Items Inhalt	76
4.9	Prototypische PQS-Items einer psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapie (Ablon u. Jones, 1998)	77
4.10	Prototypische PQS-Items einer interpersonalen Therapie (Ablon u. Jones, 2002)	78
4.11	Prototypische PQS-Items einer kognitive-behavioralen Therapie (Ablon u. Jones, 2002) und (Ablon u. Jones, 1998)	78
4.12	Kategorien der Items und die zu vergebende Anzahl in den einzelnen Kate- gorien	81
4.13	Übersichtstabelle der vorhandenen Huss-Daten über alle Patienten	83
4.14	Übersichtstabelle der vorhandenen PQS-Daten über alle Patienten	83
5.1	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe - Katamnese	92
5.2	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests für die Gruppe - Katamnese.	95
5.3	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe - laufende Therapie	97
5.4	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests für die Gruppe - laufende Therapie.	100
5.5	Die wichtigsten Konflikt- und Strukturfoki für die Gesamtgruppe	102
5.6	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 16	103
5.7	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 16	105
5.8	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 18	107
5.9	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 18	109
5.10	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 19	111
5.11	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 19	113
5.12	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 20	115
5.13	Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 20	117
5.14	Zusammenfassung der Ergebnisse von Hypothese 1a	119

5.15	Zusammenfassung der Ergebnisse von Hypothese 1b	119
5.16	Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf der Gruppe .	139
5.17	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf der Gruppe	140
5.18	Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 16	145
5.19	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 16	146
5.20	Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 18	151
5.21	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 18	152
5.22	Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Pa- tient 19	158
5.23	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 19	159
5.24	Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 20	163
5.25	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 20	164
5.26	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - GruppeA	194
5.27	T-Tests zu Gruppe A	194
5.28	Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe A (mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau)	196
5.29	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe A (mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau)	197
5.30	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe B	199
5.31	T-Tests zu Gruppe B	200
5.32	Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe B (mit mäßig integriertem Strukturniveau)	202
5.33	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe B (mit mäßig integriertem Strukturniveau)	203
5.34	HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 3	204
5.35	T-Tests zu Patient 3	204
5.36	Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Pa- tient 3 (mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau)	206
5.37	Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 3 (mit mäßig integriertem Strukturniveau)	207
5.38	Zusammenfassung Hypothese 3	209
A.1	Übersicht über die Definitionen der PQS-Items	246
B.1	PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe	250
B.2	PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe A	252
B.3	PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe B	254
B.4	PQS-Item 1 bis 100 für Patient 3	256
B.5	PQS-Item 1 bis 100 für Patient 16	258

B.6	PQS-Item 1 bis 100 für Patient 18	260
B.7	PQS-Item 1 bis 100 für Patient 19	262
B.8	PQS-Item 1 bis 100 für Patient 20	264
C.1	HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe	268
C.2	HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe A	270
C.3	HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe B	272
C.4	HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 3	274
C.5	HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 16	276
C.6	HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 18	278
C.7	HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 19	280
C.8	HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 20	282

Abbildungsverzeichnis

5.1	Zeitlicher Verlauf der Foki für die Gruppe - Katamnese (n=10)	93
5.2	Zeitlicher Verlauf der Foki für die Gruppe - laufende Therapie (n=7) . . .	98
5.3	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 16	104
5.4	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 18	108
5.5	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 19	112
5.6	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 20	116
5.7	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Gruppe A	195
5.8	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Gruppe B	201
5.9	Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 3	205

Kapitel 1

Einleitung

Die Krise der Psychoanalyse und der wachsende Legitimationsdruck

Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie werden laut Hartkamp (1997) von Fachfremden seit eh und je als suspekt und unheimlich angesehen und ihre Wirksamkeit wird stark in Zweifel gezogen. Bis vor wenigen Jahren konnten psychoanalytische Psychotherapeuten der Kritik an ihren Verfahrensweisen und deren Wirksamkeit nur wenig interdisziplinär akzeptierte und empirisch fundierte Belege entgegensetzen. Um in der internationalen fachwissenschaftlichen Diskussion noch überzeugen zu können, genügt der Verweis auf die dem Behandler evidente Effektivität und Effizienz längst nicht mehr (Hartkamp, 1997). Die Wirkmächtigkeit der psychoanalytischen Psychotherapie muss nun auch empirisch erforscht und belegt werden.

Sprach man vor zwanzig Jahren noch von einer weitgehend „hausgemachten“ Krise der Psychoanalyse in Sachen Forschung und Ausbildung (Thomä, 1993; Tuckett, 1994)¹, so geht es heute laut Stepansky bereits um die akademische Marginalisierung des ganzen Faches (Stepansky, 2009). Dagegen stehen die inzwischen gewachsene Anerkennung und Anschlussfähigkeit des psychoanalytischen Theorien-Pluralismus und die von einer relativ kleinen Gruppe von Analytikern – meist an Universitäten, nur höchst selten an freien Instituten – mühsam errungenen Fortschritte in der systematischen empirischen Forschung (Thomä u. Kächele 2007; Eagle u. Wolitzky, 2011, S. 792).

Speziell in Deutschland nimmt aufgrund der Kassenfinanzierung der analytischen Psychotherapien auch der gesundheitspolitische Legitimationsdruck stetig zu. Letztlich steht da-

¹Ein Zeichen dafür, dass und wie diese innere Krise weiterschwelt, ist beispielshalber, dass Eagle und Wolitzky sich unlängst genötigt sahen in ihrer Replik auf Hoffmans ebenso kontroversen wie von der scientific community auch mit Beifall bedachten Beitrag *Doublethinking Our Way to "Scientific" Legitimacy: The Desiccation Of Human Experience* (Hoffman, 2009) Merton Gills längst überwunden geglaubte Kritik aus dem Jahr 1994 ins Feld zu führen: „We may be satisfied that our field is advancing, but psychoanalysis is the only significant branch of human knowledge and therapy that refuses to conform to the demand of Western civilization for some kind of systematic demonstration of its contentions“ (Eagle u. Wolitzky, 2011, S. 798).

mit auch die soziale Errungenschaft einer Psychoanalyse „für alle“ nach dem Wunsch ihres Gründervaters Sigmund Freud und dem Berliner Modell Max Eitingons auf dem Spiel, die in der Bundesrepublik Deutschland mit der Aufnahme der ambulanten analytischen Psychotherapie in die kassenärztliche Versorgung im Jahr 1967 aufgrund der bahnbrechenden empirischen Studie von Dührssen und Jorswiek (1965) in besonderer Weise verwirklicht wurde². Heute sind in Deutschland psychische Erkrankungen, so der Befund von Lademann, Meertesacker und Gebhart (2006), je nach Kassenart an die dritte bis fünfte Position als Ursache für Krankheit und Arbeitsunfähigkeit vorgerückt und werden so ca. zehn Prozent des Budgets der Krankenkassen für die Finanzierung der Behandlung psychischer Erkrankungen verwendet (Lademann u. a., 2006, S. 123)³. Wollen die Psychoanalyse und die psychoanalytische Psychotherapie weiterhin Teil dieser kassenfinanzierten Leistungen sein, müssen sie mehr denn je ihre Wissenschaftlichkeit unter Beweis stellen.

Manchem Psychoanalytiker aus dem Ausland mag es dennoch als nahezu „paradiesisch“ erscheinen, dass in Deutschland in begründeten Fällen die Kassenfinanzierung einer psychoanalytischen Langzeitpsychotherapie von mindestens 160 Stunden mit einer maximalen Frequenz von drei Sitzungen pro Woche sowie mit der Möglichkeit einer Verlängerung auf bis zu 300 Stunden und in Ausnahmefällen sogar darüber hinaus möglich ist. Anne-Marie Sandler (2007) aus Großbritannien hat auf die Gefahren dieses scheinbar paradiesischen Zustandes hingewiesen: Die Therapie gerät auf diese Weise unter einem enormen Erfolgsdruck im Hinblick auf die Wirksamkeit ihrer Behandlungsmethoden, wobei zwei Maßnahmen zur Erfolgsmessung infrage kommen: ergebnisorientierte Studien und eine vermehrte Überwachung der Anwender. Letztere erfolgt in Deutschland mittels eines Gutachtensystems. Dies bedeutet, dass der behandelnde Analytiker regelmäßig Verlängerungsanträge an die Krankenkasse schreiben muss, in denen er die erreichten Fortschritte der Therapie zusammenfassen und die Notwendigkeit weiterer Sitzungen begründen muss. Dabei scheint es, so Sandler, besonders im Falle der Psychoanalyse, deren Begriffe ohnehin schwer zu definieren sind, sehr schwierig zu sein, sich auf annehmbare Kriterien für Therapiefortschritte

²Die Forscher ermittelten anhand von Patienten-Daten der AOK Berlin die Zahl der Krankenhausaufenthalte im Jahrfünft vor und nach einer 50-stündigen tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. In die Stichprobe wurden 125 neurotische Patienten aufgenommen und mit einer Wartekontrollgruppe, die aus nichtbehandelten Neurotikern und aus anderen durchschnittlichen Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)-Versicherten bestand, verglichen. Vor der Behandlung unterschied sich die durchschnittliche Dauer des Krankenhausaufenthalts der untersuchten Neurose-Patienten mit 26.1 Tagen und der nicht behandelten Neurotiker mit 25.6 Tagen kaum. Die nicht neurosekranken AOK-Versicherten verbrachten im Durchschnitt 10.4 Tage im Jahr im Krankenhaus. Nach ihrer psychotherapeutischen Behandlung sank die Dauer des Krankenhausaufenthalts bei den 125 untersuchten Neurose-Patienten jedoch auf nur noch 5.9 Tage im Jahr. Bei den unbehandelten Neurotikern betrug sie hingegen 23.9 Tage, bei den nicht Neurosekranken 11.7 Tage (Dührssen u. Jorswiek, 1965, S. 169).

³In Europa werden am häufigsten Angststörungen, Depressionen, somatoforme Störungen und Abhängigkeitserkrankungen diagnostiziert, in Deutschland dominieren affektive Störungen und neurotische Erkrankungen. Am stärksten betroffen sind Menschen im mittleren Alter. Jährlich werden in Banken, Versicherungen und anderen Dienstleistungsunternehmen mit etwa zehn bis zwölf Prozent doppelt so viele Arbeitnehmer wie im Baugewerbe krankgeschrieben. Dabei sind Männer durchschnittlich mit 30 Tagen pro Fall und Jahr etwa zwei Tage länger krank als Frauen (Lademann u. a., 2006, S. 125 f.).

und gute Behandlungsergebnisse zu einigen. Auf einem in Deutschland tätigen Psychoanalytiker, der an die Versorgung der Krankenversicherungen gebunden und davon finanziell und somit existenziell abhängig ist, lastet also ein enormer Druck, im Rahmen der genehmigten Sitzungen nachweisbare Ergebnisse zu erzielen. Dabei bestehe die Gefahr, dass die wichtigste Aufgabe der analytischen Arbeit übergangen werde, nämlich zu verstehen, was sich zwischen Analytiker und Patient ereignet, dafür eine Bedeutung zu finden und diese Bedeutung möglichst klar und präzise zu beschreiben. Eine weitere Gefahr liege darin, dass durch den Erfolgsdruck des Analytikers auch der Patient zunehmend unter Druck gerät, Erfolge zeigen zu müssen, was dem analytischen Ansatz einer freien persönlichen Entwicklung des Patienten eindeutig widerspreche und sich womöglich auch in Form von Widerständen des Patienten niederschlage (Sandler, 2007, S. 53 ff.).

Mit derartigen Folgen des Leistungsdruckes innerhalb und außerhalb des therapeutischen Settings müssen die in Deutschland arbeitenden und mit Krankenkassen abrechnenden Analytiker und ihre Analysanden umgehen. Was den wissenschaftlichen Nachweis der Wirksamkeit und Wirkungsweise des Verfahrens betrifft, so wird in der heutigen psychoanalytischen Psychotherapieforschung versucht, diesen ganz ohne bzw. mit möglichst geringem Eingriff in den analytischen Prozess, in der Regel im Rahmen von sogenannter *Offline-Forschung*, die von unabhängigen externen Forschern an audiographiertem und transkribiertem Stundenmaterial durchgeführt wird, zu erbringen.

Methoden zur Überprüfung von Effektivität und Effizienz

Bis vor Kurzem wurde die Wissenschaftlichkeit von Therapieverfahren ausschließlich mit *Effektivität* (engl. efficacy) und diese wiederum mit *Randomized Controlled Trial (RCT)-Studien* gleichgesetzt, die als Goldstandard des *Einheitlichen Bewertungsmaßstabes* (engl. Evidence-Based Medicine (EBM)) gelten. Dabei sind die wichtigsten Voraussetzungen für RCT-Studien erstens das Vorhandensein einer nicht behandelten Kontrollgruppe⁴, zweitens die zufällige Zuordnung der Patienten zu der Kontroll- sowie zu der Behandlungsgruppe, drittens ein standardisiertes, hochgradig detailliertes und explizit vorgegebenes therapeutisches Vorgehen und viertens die genaue Festlegung der Anzahl der Therapiesitzungen. Bei solchen Efficacy-Studien geht es im Großen und Ganzen nur um den Nachweis der spezifischen Wirksamkeit einer spezifischen therapeutischen Maßnahme. Es soll also nachgewiesen werden, dass die gemessenen Wirkungen ohne den Einsatz der Maßnahme ausbleiben und nicht auf andere Einflussgrößen zurückgeführt werden können (Benecke u. a., 2011, S. 205). Derartige Studien können zwar für bestimmte Psychotherapierichtungen, wie die kognitiv-behaviorale Psychotherapie (engl. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)), konzipiert werden, um die Effektivität der Therapiemethoden zu erforschen, jedoch nicht für die psychoanalytische Psychotherapie, da die oben genannten Kriterien auf diese nicht übertragbar sind. Zudem sagen sie, so Kriz (2004), lediglich darüber etwas aus, ob die Therapien wirken, jedoch nichts darüber, wie sie wirken und was genau in ihnen wirkt.

⁴In der Medizin spricht man von *Placebo*-, in der Psychotherapie von *Wartelisten-Gruppe*.

Die wissenschaftliche Debatte über die Erforschung der psychoanalytischen Psychotherapie müsse nun über die empirisch und quantitativ nachgewiesene Effektivität hinaus um die Perspektive der Wirksamkeit bereichert werden, wenn sie nicht völlig einseitig an der Realität vorbei argumentieren wolle (Kriz, 2004, S. 10). Weil die Psychoanalyse laut Nissen (2010) in komplex-dynamischen psychischen Prozessen und Strukturen operiert und die gesamte Persönlichkeit des Analysanden in der Übertragungs- und Gegenübertragungssituation behandelt, können deterministisch-nomologische RCT-Studien, die prinzipiell rein quantitativ, operativ formalisiert, standardisiert und häufig unter Laborbedingungen durchgeführt werden, die Komplexität des Geschehens im analytischen Prozess nicht abbilden. Ausschlaggebend für den Erfolg am Ende einer analytischen Psychotherapie, so Nissen weiter, bleibt doch die Wahrnehmung des Analysanden, inwieweit seelische Veränderungen stattgefunden haben, ob sich sein Selbst, seine Objektbeziehungen und sein Auf-der-Welt-Sein im Erleben positiv verändert haben (Nissen, 2010, S. 613 f.).

So wurde für die Wirksamkeit von Psychotherapien unter realen Praxisbedingungen der Begriff *Effizienz* (engl. effectiveness) eingeführt, für deren Untersuchung sich naturalistische oder quasiexperimentelle Studiendesigns am besten eignen. Diese weisen eine hohe externe Validität auf, was eine Übertragung ihrer Ergebnisse auf die Alltagspraxis erlaubt. Wie unter normalen Praxisbedingungen werden die Patienten, so Benecke (2011), nicht per Zufall den Behandlungsgruppen zugeteilt, sondern der Zugang zu den Behandlern und zur Behandlungsform erfolgt wie sonst auch üblich. Schließlich ist noch entscheidend, so Benecke weiter, dass die untersuchten Patienten denjenigen in der Alltagspraxis auch bezüglich ihrer Störungsbilder entsprechen, d.h. dass nicht nur Patienten mit isolierten, sondern auch solche mit komplexen und multimorbiden Störungsbildern untersucht werden (Benecke u. a., 2011, S. 205). Margraf (2009) weist zudem darauf hin, dass sich Effektivität und Effizienz ergänzen aber, ähnlich wie interne und externe Validität, nicht gegenseitig ersetzen können (Margraf, 2009, S. 14).

Nun müssen also, so die Aufforderung von Nissen (2010), auch Psychoanalytiker ihren eigenen Weg finden, um sowohl Effektivität als auch Effizienz ihrer Therapien zu belegen und dies auf eine Art und Weise, die sowohl für Vertreter der Kostenträger nachvollziehbar ist, als auch der Grundhaltung der Psychoanalyse treu bleibt. Die Psychoanalyse hat seines Erachtens lange genug die Entwicklung einer eigenen Methodologie und Methodik zur Erforschung ihres Gegenstandes vernachlässigt. Wenn sie nicht weiterhin gezwungen werden möchte, auf den Methodenkanon der rein quantitativ-deterministischen und der rein qualitativ-sozialwissenschaftlichen Forschung zurückzugreifen, muss sie ihre eigenen Methoden hervorbringen (Nissen, 2010, S. 616).

Exkurs: Die Bedenken der psychoanalytischen Community gegen die empirische Forschung

Lange Zeit führten Psychoanalytiker folgende Gründe für ihre zögernde Bereitschaft an,

die von ihnen durchgeführten Behandlungen zum Gegenstand forschender Beobachtung zu machen:

Erstens stelle jegliches Hinzutreten eines dritten Elements zu der dyadischen Beziehung von Analysand und Analytiker durch eine am unmittelbaren Therapieprozess nicht beteiligte, dritte Person (seien es Tonbandaufzeichnungen, Fragebogeninstrumente oder Befragungen und Interviews) einen Störfaktor für die Entfaltung des analytischen Prozesses dar. Der psychoanalytische Prozess sei demnach ein derart sensibles Geschehen, dass jeglicher Eingriff automatisch zu einer nachhaltigen Veränderung führen müsse. Diese Befürchtungen wurden mittlerweile mehrfach widerlegt. Wallersteins (2001) Hauptargumente für eine Forschung anhand transkribierter Tonbandaufnahmen sind u. a. die größere Vollständigkeit des untersuchten Materials, die wortwörtliche Exaktheit und seine Beständigkeit, der öffentliche Charakter der Datenbasis sowie die Möglichkeit, den therapeutischen Prozess vom Forschungsprozess zu trennen. Der letzte Punkt erlaubt auch, dem Bias entgegenzuwirken, das mit dem behandelnden Therapeuten als „Verunreiniger des Datenfilters“ in Zusammenhang zu bringen ist⁵ (Wallerstein, 2001b, S. 261). Es brauchte aber, so Kernberg (2001), „mehrere Jahre um auch nur einen kleinen Ausschnitt der psychoanalytischen Community zu überzeugen, dass psychoanalytische Sitzungen auf Tonband aufgezeichnet werden können ohne den psychoanalytischen Prozess fundamental zu stören“ (Kernberg, 2001, S. 66).

Zweitens behaupteten Kritiker der empirischen psychoanalytischen Psychotherapieforschung, so Sandell (2012), dass das Subjekt der Psychoanalyse, das Unbewusste, per definitionem unbeobachtbar sei und deshalb nicht anders als nach Art der Psychoanalyse erforscht werden könne – mit Sicherheit aber nicht durch „positivistische“ und „objektivistische“ Methoden. Gegen diesem Vorwurf ist einzuwenden, so Sandell weiter, dass Unbeobachtbarkeit nicht spezifisch für die Psychoanalyse, sondern für die ganze Wissenschaft *Psychologie* ist. So seien z.B. auch „Intelligenz“, „Erinnern“ und andere kognitive Prozesse nicht beobachtbar und wir haben es immer nur „mit Derivaten oder Indikatoren zu tun, mit Zeichen oder Spuren, sobald wir psychische Phänomene erforschen“ (Sandell, 2012, S. 167 f.). Es gebe also keinen Grund systematische empirische Forschung in Bezug auf die Psychoanalyse in Frage zu stellen, in anderen Bereichen der Psychologie aber nicht.

Ein weiterer Grund für die lang andauernde Zurückhaltung gegenüber der empirischen psychoanalytischen Psychotherapieforschung könnte darin liegen, dass man sich von der auf Resultate ausgerichteten Forschung der siebziger Jahre gerne zu der Annahme verführen ließ, alle Psychotherapien seien gleichermaßen wirksam⁶. Die Frage nach der besonderen Ef-

⁵„Briefly the major pro arguments were the greater completeness, verbatim accuracy, permanence and public character of the database, as well as the facilitation of the separation of the therapeutic from the research responsibility, with the ability then to bypass the subjectivities of the analyst as a contaminant of the data filter“ (Wallerstein, 2001b, S. 261).

⁶„Ein Teil der Psychotherapieforscher hat auf das Scheitern, bedeutende Unterschiede in der allgemeinen Wirkung verschiedener Psychotherapieverfahren aufzuzeigen, mit der Annahme der Nullhypothese reagiert.“

fektivität und Effizienz, aber auch nach den besonderen Wirkmechanismen und Prozesscharakteristika psychoanalytischer Psychotherapien schien damit für lange Zeit suspendiert. Vertreter dieser Auffassung sind bis heute überzeugt, dass auf der Basis von Kompetenzprofilen, die auf allgemeine psychotherapeutische Fähigkeiten (wie fachliche, personale und Beziehungskompetenz) Bezug nehmen, verfahrensübergreifende und integrative Behandlungstechniken entwickelt werden können, die sich, evidenzbasiert gesichert, als wirksam und damit als indiziert erweisen. Dagegen ist wieder mit Nissen (2010) zu erwidern, dass die Psychoanalyse diesem Standpunkt durch die Bestimmung ihrer eigenen wissenschaftlichen Standards entgegenwirken und beginnen muss, diese offensiv zu vertreten. Alles andere würde ihrem Untergang gleichkommen (Nissen, 2010, S. 620).

Auf einer anderen Ebene liegt die durchaus ernst zunehmende Kritik Buchholz' (2009) an älteren Forschungsansätzen der Psychotherapieforschung. Sie lautet, dass diese im Grunde genommen nie die Psychotherapie selbst, sondern stets nur den Patienten untersucht hätten. Sie hätten verschiedene Patientendimensionen vor und nach der Behandlung miteinander verglichen, ohne behaupten und sicher wissen zu können, dass die beobachteten Veränderungen der Patientenvariablen tatsächlich auf die Behandlung und auf das während der Behandlung Geschehene und nicht z.B. auf die Veränderung der äußeren Lebenssituation des Patienten oder Ähnliches zurückgeführt werden können. Wer aber die Psychotherapie untersuchen wolle, müsse sich der Tatsache stellen, dass man es dort nie lediglich mit einer Person, sondern auch stets mit einem Geschehen zu tun habe und dass der Verlauf einer Psychotherapie niemals von einer, sondern von mindestens zwei Personen bestimmt wird: dem Patienten und dem Therapeuten. Dies mache die Sache komplizierter, weise aber dem Therapeuten einen erheblichen Einfluss zu. Beide, Patient und Therapeut, seien Teile der therapeutischen Konversation und würden durch diese verändert (Buchholz, 2009, S. 12 f.)⁷.

Wenn sich die Psychoanalyse unter diesen Umständen zu einer von anderen wissenschaftlichen Disziplinen anerkannten Disziplin entwickeln möchte, ist die prozessorientierte Bestimmung ihres Gegenstandes der erste Schritt hierzu. Bereits die Tatsache, dass die Psychoanalyse bis heute keine psychoanalytische Krankheitslehre entwickelt hat, muss, so sieht es Joe Schachter, als Versäumnis gewertet werden: „Dass wir uns auf eine psychiatrische Nosologie berufen, der alle psychodynamischen Elemente fehlen, spiegelt nur ein weiteres

Sie sind von der Gültigkeit des sogenannten Dodo-Verdikts überzeugt, dem Schiedsspruch des Dodovogels aus dem Märchen *Alice im Wunderland* von Lewis Carroll (1865), dass alle gewonnen haben und einen Preis verdienen“. Das Dodo-Verdikt wurde von Stiles, Shapiro und Elliott (1986) auch als *Äquivalenzparadoxon* der Psychotherapie bezeichnet (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 68).

⁷Harry Guntrip, der bei Winnicott in Lehranalyse war, beschreibt die psychoanalytische Begegnung ebenfalls aus der interaktionellen Perspektive und antwortet auf die Frage, was Psychoanalyse sei: „, Psychoanalytic therapy is not like a 'technique' of the experimental sciences, an objective 'thing-in-itself' working automatically. It is a process of interaction, a function of two variables, the personalities of two people working together towards free spontaneous growth. The analyst grows as well as the analysand. There must be something wrong if an analyst is static when he deals with such dynamic personal experiences“ (Guntrip, 1975, S. 155).

Mal unsere Unfähigkeit, die Grenzen der Psychoanalyse zu umreißen” (Schachter, 2006, S. 475). Um ein solches nosologisches System von Krankheitseinheiten zu schaffen, die nach psychodynamischen wie deskriptiven Kriterien voneinander abzugrenzen sind und, um für jede dieser Krankheitseinheiten ein therapeutisches Manual zu erstellen, anhand dessen die durchgeführten Behandlungen anhand ihrer Ergebnisse zu prüfen sind, bedarf es einer anspruchsvollen, psychoanalytischen Forschung (Schachter, 2006, S. 475)⁸. Denn, so Cooper: „We will have to do better, and, sooner or later, we will have to confront the fact that only research can provide us with the communal professional identity we crave. (...) Analysis requires new observations created by curiosity and organized research rather than only deciding preferences among established theories” (Cooper, 1999, S. 35).

Systematische empirische Erforschung analytischer Langzeitpsychotherapien

Es gibt zwar mittlerweile eine ganze Reihe von Studien zur Erforschung der Wirksamkeit und Wirkungsweise von analytischen Langzeitpsychotherapien, wobei die Definition von *Langzeit* über die verschiedenen Studien stark variiert (von 50 bis zu 300 Sitzungen), dennoch erfassen nur wenige, welche Wirkung diese Therapien auf die *persönlichkeitsstrukturelle* Ebene haben, was neben Symptomreduktion und -verbesserung als zweites wichtiges Ziel einer solchen Therapie betrachtet wird. Ebenso gibt es nur wenige Studien, die versuchen, Ergebnisse mit dem tatsächlichen Prozessgeschehen in den Therapiesitzungen in Zusammenhang zu bringen.

In aktuellen Forschungsstudien zur Untersuchung der Wirksamkeit, Wirkungsweise und Langzeiteffekte von psychoanalytischen Psychotherapien werden im Rahmen naturalistischer und quasiexperimenteller Studiendesigns sowohl qualitative als auch quantitative Methoden in einer für die jeweilige Fragestellung passenden Mischung zur Auswertung der Untersuchungsergebnisse verwendet. Diese neue methodische Zugangsweise nennt sich Mixed Methods Research (MMR) und „seeks to integrate both qualitative and quantitative methods into research designs to develop a comprehensive understanding of complex

⁸Schachter teilt Kernbergs Ansicht, dass der wissenschaftlichen Forschung auch innerhalb der psychoanalytischen Ausbildung stärkeres Gewicht gegeben werden müsse. Demnach sollten Kenntnisse in psychoanalytischen Forschungsmethoden das gleiche Gewicht in der Ausbildung erhalten wie Kenntnisse in psychoanalytischer Theorie und Behandlungstechniken. Die Kandidaten sollten sich Grundkenntnisse in Statistik und Forschungsdesign aneignen, um in der Lage zu sein, im Berufsalltag den Wert verschiedener empirischer Untersuchungen und klinischer Fallberichte mit kritischem, unbefangenen Blick einschätzen zu können. Weiterhin sollten Kandidaten an Forschungsprojekten teilnehmen und im Abschlusskolloquium Kenntnisse in psychoanalytischer Forschung genauso unter Beweis stellen wie Kenntnisse in klinischer Theorie und Technik. Probleme, die mit diesen Forderungen einhergehen, sind erstens die Einigkeit darüber, dass eine Verlängerung der ohnehin schon langen Ausbildung nicht akzeptabel ist, zweitens die Frage, ob die in objektiven Forschungsmethoden geschulten angehenden Analytiker in ihren therapeutischen Fähigkeiten beeinträchtigt werden, oder ob sich eine methodische Schulung auf die Wirksamkeit ihrer psychoanalytischen Behandlungen eher positiv auswirkt (Schachter, 2006, S. 477 ff.). Drittens stellt sich m.E. auch die Frage nach der Finanzierung von Dozenten, die forschungsmethodisch versiert sind. Sollten sie von den Ausbildungsinstituten bezahlt werden oder von den Auszubildenden?

human phenomena” (Tillman u. a., 2011, S. 1025). Dies ist auch die Vorgehensweise der vorliegenden Arbeit. Sie orientiert sich an den oben genannten Zielen und ist deshalb als naturalistische und *prospektiv*⁹ angelegte Offline-Studie im Sinne moderner analytischer Psychotherapieforschung konzipiert. Für die Untersuchungen wurde Material aus 17 psychoanalytischen Langzeitpsychotherapien verwendet, die von Mitgliedern der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. in München unter normalen Praxisbedingungen durchgeführt wurden. Diese Psychoanalytiker haben sich – mit Einverständnis ihrer Patienten – bereit erklärt, für das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt (MBWP) der Köhler-Stiftung unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Mertens und Dr. Susanne Hörz am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychoanalyse ihre Behandlungen der forschenden Beobachtung zugänglich zu machen. Die vorliegende Doktorarbeit entstand im Rahmen des MBWP. Ihr Anliegen ist es, weitere Erkenntnisse über die Wirksamkeit und Wirkungsweise psychoanalytischer Langzeitpsychotherapien bezogen auf die strukturelle Veränderung der Persönlichkeit zum bisher vorhandenen Wissenstand hinzuzufügen und zu versuchen, Ergebnis und Prozessgeschehen zu verknüpfen.

Zentrale Fragestellungen der Arbeit:

- Kommt es durch die analytischen Langzeitpsychotherapien zu der von diesen als Ziel gesetzten strukturellen Veränderungen im Sinne der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) (Rudolf u. a., 2000) bezogen auf die in der Eingangsdiagnostik durch die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (erste Version: OPD-1) (OPD, 2004) bestimmte Foki, gebündelt um die drei Achsen der OPD: Beziehung, Konflikt und Struktur? Sind diese strukturellen Veränderungen im Patienten signifikant? Ist auch eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne (d.h. die Stufe 5- auf der HUSS) als Ergebnis der Therapien erreicht und empirisch belegbar? Wenn eine solche nachhaltige Veränderung des psychischen Apparats infolge der analytischen Langzeittherapie erreicht ist, wie hoch ist dann die Anzahl der benötigten Sitzungen, um ein solches Ergebnis zu erzielen?
- Sind die strukturellen Veränderungen bzw. Umstrukturierungen im Patienten im Sinne der *Spezifitätsfrage*¹⁰ eher auf die psychoanalytischen bzw. psychodynamischen

⁹*Prospektive Studien* sind hypothesentestend, z.T. auch gleichzeitig hypothesentestend und hypothesengenerierend. Die Messungen erfolgen sowohl vor als auch während und nach der Therapie, wodurch auch der Forscher einen gewissen Einfluss auf die laufende Therapie hat. Schwierigkeiten können bezüglich der relativ kleinen Stichproben, wegen des Reliabilitäts-Validitätsdilemmas sowie auch wegen der langen Dauer auftauchen. Sie kann dazu führen, dass der methodische Ansatz zwischenzeitlich veraltet. Zudem stellt sich die Frage, wie man in prospektiven Studien mit den Daten der Drop-outs umgeht. *Retrospektive Studien* versuchen dagegen, naturalistische Hypothesen abzustützen, sind eher hypothesengenerierend und evaluieren klinische Phänomene unter Berücksichtigung von deren Komplexität, wobei die Erhebung meist an größeren Stichproben und katamnestisch erfolgt, wodurch der Forscher keinen Einfluss auf die laufende Therapie hat. Somit können die Repräsentativität kontrolliert und Ergebnisse relativ rasch gewonnen werden (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 273).

¹⁰Vertreter des *spezifischen Wirkungsmodells* attribuieren die Wirksamkeit von Psychotherapie dem jeweils besonderen Methodenarsenal der einzelnen Psychotherapieansätze (Pfammatter u. Tschacher, 2012,

Prozessmerkmale (d.h. die psychodynamischen Psychotherapie Prozess Q-Set (PQS)-Items) nach E. E. Jones (Albani u. a., 2008) zurückzuführen? Oder können die Outcomes auch mit spezifischen Prozessmerkmalen bzw. Elementen anderer Therapierichtungen, wie mit denen der kognitiv-behavioralen (d.h. der CBT-PQS-Items) oder der interpersonalen (d.h. der Interpersonal Therapy (IPT)-PQS-Items) Psychotherapien, in Zusammenhang gebracht werden? Sind es eventuell gar nicht die spezifischen therapeutischen Prozessmerkmale, sondern eher die *unspezifischen, allgemeinen* oder *common factors*¹¹, die mit den HUSS-Ergebnissen der einzelnen Patienten und der Gruppe in Zusammenhang zu bringen sind? Sind gemeinsame Muster von wirkmächtigen Prozessmerkmalen in den untersuchten analytischen Langzeittherapien zu finden? Oder ist jede therapeutische Dyade spezifisch und einzigartig?

- Ist die heutzutage bei strukturellen Schwächen bevorzugte Modifizierung der psychoanalytischen Technik in den untersuchten Therapien mit strukturschwächeren Patienten¹² wiederzufinden? Arbeiten Analytiker mit strukturschwachen Patienten¹³ weniger klassisch analytisch bzw. analytisch psychotherapeutisch und mehr direktiv bzw. supportiv?

Die Arbeit hat folgende Gliederung:

- Im Kapitel 2 erfolgt zuerst ein kurzer Überblick über die Grundkonzepte, Behandlungsziele und Behandlungstechniken der Psychoanalyse. Ein besonderer Schwerpunkt wird darauf gelegt, was der psychoanalytische Prozess überhaupt ist und was eine strukturelle Veränderung der Persönlichkeit als (neben der Symptomreduktion) wichtigstes Ziel einer analytischen Langzeitpsychotherapie und Psychoanalyse bedeutet. Anschließend wird die Entwicklung der psychoanalytischen Psychotherapieforschung von ihren Anfängen bis zu ihrem heutigen und aktuellsten Stand beschrieben, wobei u.a. auf die Erforschung der Wirkfaktoren und der Wirkungsweise der Psychoanalyse eingegangen wird.
- Im Kapitel 3 werden die aus der Theorie und aus den aktuellen Forschungsschwerpunkten abgeleiteten Hypothesen sowie nach Studium der Datenlage formulierten Post-hoc-Hypothesen dieser Arbeit vorgestellt.
- Im Kapitel 4 werden methodische Fragen geklärt: die Wahl der Methode für diese

S. 69).

¹¹Vertreter des *allgemeinen Wirkungsmodells* meinen, dass nicht die spezifischen Therapiemethoden der Schlüssel zur therapeutischen Veränderung sind, sondern implizite Wirkfaktoren, die allen Psychotherapieverfahren gemeinsam sind und von den, aus ihrer Sicht, relativ unbedeutenden schul bzw. störungsspezifischen Wirkfaktoren abgegrenzt werden müssen (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 69).

¹²Das Strukturniveau der Patienten wurde mit Hilfe einer OPD-Diagnose zu Anfang der Behandlung festgelegt.

¹³Die Symbolisierungs und Mentalisierungsfähigkeit dieser Patienten ist eingeschränkt. Ihnen stehen psychische Räume nur begrenzt zur Verfügung. Daher neigen sie eher zum Agieren und erleben auf diese Weise mehr interpersonale als intrapsychische Konflikte.

Studie begründet, die angewandten Erhebungsinstrumente und die Stichprobe beschrieben sowie schließlich die Datenauswertungsverfahren erläutert.

- Im Kapitel 5 werden die Resultate dieser Studie – jeweils nach Darstellung der Ergebnisse der einzelnen Hypothesen – im Detail diskutiert und im Zusammenhang mit dem heutigen Stand der Forschung bewertet.
- Im Kapitel 6 werden die Hauptergebnisse nochmals zusammengefasst, hervorgehoben und im aktuellen wissenschaftlichen Kontext verortet. Anschließend wird der Stellenwert der Arbeit kritisch beleuchtet und ein Bezug zur klinischen Praxis hergestellt.

Kapitel 2

Theoretische Einbettung der vorliegenden Arbeit

Der erste Teil des folgenden Kapitels gibt zunächst einen kurzen Überblick über die Grundkonzepte, Behandlungsziele und Behandlungstechniken der Psychoanalyse. Besonderes Augenmerk liegt dabei darauf, was ein psychoanalytischer Prozess überhaupt ist und warum er für Forschungsvorhaben so schwer zu definieren (und damit auch zu operationalisieren) ist. Als Nächstes wird umrissen, was unter strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit, dem – neben der Symptomreduktion – wichtigsten Ziel jeder analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse, zu verstehen ist. Anschließend wird auf die Modifizierung der analytischen Technik bezogen auf die Organisation der psychischen Struktur von schwerer gestörten Patienten eingegangen. Ferenczi hat als erster auf die Möglichkeit bzw. Notwendigkeit hingewiesen, bei schwerer gestörten Patienten die analytische Technik zu modifizieren. Nachdem ihre Wirksamkeit mehrfach empirisch nachgewiesen werden konnte, werden heute in solchen Fällen bestimmte modifizierte psychoanalytische Konzepte verwendet, die hauptsächlich in Kliniken, aber auch in Praxen niedergelassener Therapeuten zum Einsatz kommen. Dies sind vor allem die *übertragungsfokussierte Psychotherapie* (engl. Transference Focused Psychotherapy (TFP)), die *mentalisierungsbasierte Psychotherapie* (engl. Mentalization Based Treatment (MBT)), die *strukturbezogene Psychotherapie* und die *psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie*.

Der zweite Teil des theoretischen Teils dieser Arbeit fasst die Entwicklung der psychoanalytischen Forschung von ihren Anfängen bis heute zusammen und diskutiert den aktuellen Stand der Forschung bezüglich der Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapien im Allgemeinen und von analytischen Langzeitpsychotherapien im Speziellen. Einige historische bedeutsame sowie wichtige aktuelle Studien zu diesen Themen werden knapp beschrieben. Abschließend werden Ziele und Forschungsvorgehensweisen des MBWP vorgestellt.

2.1 Grundkonzepte und Behandlungsziele der psychoanalytischen Psychotherapien

Im folgenden Teil der Arbeit wird auf die Fragen eingegangen, was Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie von anderen therapeutischen Richtungen unterscheidet, wie Psychoanalytiker und analytische Psychotherapeuten mit ihren Patienten arbeiten und wie das therapeutische Ziel einer solchen Therapie genauer zu bestimmen ist.

Das allererste Kriterium, um sich Psychoanalytiker nennen zu dürfen, ergab sich aus der privilegierten Mitgliedschaft in der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV), die auf dem Nürnberger Kongress am 30./31. März 1910 von Freud, Jung und Ferenczi gegründet wurde und eine Ausbildung in Form einer Selbstanalyse zur Aufnahmevoraussetzung machte (Schachter, 2006, S. 458). Die nächste und von Freud selbst (1914) stammende Definition basiert schon auf einer bestimmten Theorie und der daraus resultierenden technischen Implikationen für die Praxis: Nach Freud dürfe sich jene Therapierichtung Psychoanalyse nennen, welche die Tatsachen der Übertragung und des Widerstandes anerkenne und sie zum Ausgangspunkt ihrer Arbeit nehme, auch wenn sie zu anderen Ergebnissen als den seinigen gelange (Freud, 1914, S. 54). Später umriss Freud (1923) das, was Psychoanalyse ist, folgendermaßen: „Psychoanalyse ist erstens der Name eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind; zweitens eine Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet; drittens eine Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen“ (Freud, 1923, S. 211). Und er fügte einige Seiten später hinzu: „Die Annahme unbewusster seelischer Vorgänge, die Anerkennung der Lehre vom Widerstand und der Verdrängung, die Einschätzung der Sexualität und des Ödipus-Komplexes sind die Hauptinhalte und die Grundlage ihrer Theorie und wer sie nicht alle gutzuheißen vermag, sollte sich nicht zu den Psychoanalytikern zählen“ (Freud, 1923, S. 223). Müller-Pozzi (2009) formuliert Freuds Worte in moderner Sprache so: Psychoanalyse ist erstens eine Erkenntnismethode unbewusster psychischer Prozesse, zweitens eine Methode der Verarbeitung psychischer Konflikte und drittens eine psychologische Theorie des psychischen Lebens und Erlebens, vor allem deren unbewusster Anteile. „Psychoanalyse ist eine einzigartige Möglichkeit, die psychische Wirklichkeit eines Menschen zu verstehen“ (Müller-Pozzi, 2009, S. 20). Eine weitere Definition und Umschreibung dessen, was Psychoanalyse ist, findet man auf der Internetseite der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) (2010). Dort liest man Folgendes: Die Psychoanalyse geht als Konflikttheorie von widerstreitenden Kräften aus. Das Ziel der psychoanalytischen Behandlungsmethode besteht darin, dem Patienten bei der Suche nach einer persönlichen Kontinuität und bei der Aneignung unbewusst gewordener Lebensgeschichte zu helfen. Die Psychoanalyse bietet dem einzelnen Individuum eine Methode und den Raum an, seine unbewussten Motive selbst zu erforschen und dabei deren Existenz anzuerkennen sowie abgespaltene und abgewiesene Teile seines Selbst zu integrieren. Ziel ist nicht die Entwicklung einer harmonischen Persönlichkeit, sondern die Befreiung

von verinnerlichten Fremdbestimmungen, welche Ursache für psychische Störungen und damit verbunden Symptome sind (DPV, 2010).

Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie beruhen also auf theoretischen Annahmen zur Entstehung von psychischen Störungen bzw. Neurosen unter dem Blickwinkel einer größtenteils unbewussten innerpsychischen Konflikt- und Abwehrdynamik. Die der Symptomatik zugrunde liegende psychische Dynamik wird oft primär mit frühkindlichen Beziehungserfahrungen und Erfahrungen im Rahmen der psychosexuellen und strukturellen Entwicklung zu Zusammenhang gebracht. Vielfach wird die aktuelle Symptombildung als die gegenwärtig bestmögliche Kompromisslösung zwischen widerstrebenden psychischen Kräften verstanden und als Selbstheilungsprozess auf niedrigem Niveau angesehen. Davon ausgehend wird die Ausweitung der vom Patienten bewusst wahrnehmbaren innerpsychischen Vorgänge als das zentrale Mittel der psychoanalytischen Psychotherapie verstanden. Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie verfolgen heute neben der Symptomreduktion das Ziel, die grundlegende psychische Struktur des Patienten zu verändern.

2.1.1 Der psychoanalytische Prozess

Um den psychoanalytischen *Prozess* und dessen Merkmale untersuchen zu können, ist es nützlich, allen Widersprüchen, Kontroversen und Schwierigkeiten¹ zum Trotz, zumindest vorläufig zu umreißen, was ein analytischer Prozess überhaupt ist.

Eine m.E. für die Praxis und die empirische Forschung brauchbare Arbeitsdefinition sieht das möglicherweise wichtigste Merkmal des analytischen Prozesses darin, dass dieser eine *Übertragungssituation* ist. Kennzeichnend ist, dass in ihr der Analysand „etwas szenisch ausdrückt, was er verbal nicht oder noch nicht mitteilen kann, weil er gar nicht weiß, was er mitteilen will. Er verbalisiert nicht, er inszeniert. Er erinnert nicht, er wiederholt“ (Müller-Pozzi, 2009, S. 15). Das Phänomen der *Übertragung* ist jedoch nicht spezifisch für die psychoanalytische Situation, sondern erst der Gebrauch, den die Psychoanalyse und die

¹Ein Grund dafür, warum der analytische Prozess so schwer zu definieren und damit zu operationalisieren ist, könnte laut Schachter (2006) die Tatsache sein, dass ständig neue Theorien und Ideen entstehen, sich das Klientel der Psychoanalyse, die gesellschaftlichen Anforderungen - sowohl an die Patienten als auch an die Verfahrensweise - sowie der Zeitgeist verändern, wodurch die Vorstellungen vom psychoanalytischen Prozess ständig beeinflusst und modifiziert werden. Auch scheint die Psychoanalyse insgesamt kein allgemein anerkanntes Basiswissen zu haben, mit Ausnahme ihres Wissens über unbewusste Prozesse, das empirisch gut belegt ist. Dies allein reicht aber heute, so Schachter weiter, nicht mehr aus, um sich als Profession zu etablieren, deren Aufgabe in der Erklärung und Behandlung seelischer Störungen besteht. In anderen, gut fundierten, akademischen Disziplinen - er nennt Paläontologie und Physik - entstehen immer dann, wenn keine gemeinsamen Daten vorhanden sind, mit deren Hilfe sich bestimmte Fragen beantworten lassen, interne Auseinandersetzungen. Es werden dann Daten gesammelt und der Streit lässt sich beilegen. Die neuen Erkenntnisse werden anschließend dem professionellen Grundlagenwissen hinzugefügt und die gesamte Profession bewegt sich auf die nächste Stufe zu, auf der sich wieder kreativ streiten lässt. Dies alles passiere in der Psychoanalyse nicht. Sie verfüge über keine miteinander vergleichbaren Daten, sondern nur über eine Vielzahl von konkurrierenden Schulen und Strömungen (Schachter, 2006, S. 470 f.).

psychoanalytische Psychotherapie von der Übertragung machen. Freud (1910) beobachtete, dass sich die Übertragung in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan herstellt; sie sei überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung und sie wirke um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahne. Die Psychoanalyse schaffe sie also nicht, sie decke sie bloß dem Bewusstsein auf, und bemächtige sich ihrer, um die psychischen Vorgänge nach dem erwünschten Ziele zu lenken (Freud, 1910, S. 55). Nach der psychoanalytischen Theorie bauen, so Müller-Pozzi (2009), menschliche Beziehungen auf den Erfahrungen der primären Beziehungen auf und beruhen teilweise auf Übertragung, erst darüber hinaus werden sie zur neuen Erfahrung. Aus dieser allgemein menschlichen Übertragungsneigung schafft die Psychoanalyse somit also eines ihrer Hauptinstrumente, die bearbeitbare Übertragung oder die Übertragungsneurose (Müller-Pozzi, 2009, S. 15).

Der *Wiederholungszwang* ist ein weiterer wichtiger Begriff für das Verständnis des psychoanalytischen Prozesses. Er bedeutet die Tendenz des Psychischen, die eingepprägten und unbewussten Muster psychischer Konflikte in aktuellen Beziehungen stets neu zu inszenieren. So zeugt der Wiederholungszwang von der Vitalität und Unveränderbarkeit der ins Unbewusste verdrängten Wünsche und Vorstellungen: sie bleiben einerseits dynamisch wirksam, andererseits aber der Weiterentwicklung und der Integration in neue Verhältnisse und Beziehungen entzogen (Müller-Pozzi, 2009, S. 16).

Um den *intrapsychischen*, also nicht bewussten und nicht verbalisierbaren *Konflikte* des Patienten bearbeiten zu können, muss dieser in der Beziehung zum Analytiker und in Form einer *negativen Übertragung* aufgrund des Wiederholungszwanges reaktiviert werden. Konflikte müssen, ob es dem Analytiker gefällt oder nicht, in konfliktiven Situationen bearbeitet werden. So sagte Freud (1912), dass es nicht zu leugnen sei, „daß die Bezwungung der Übertragungsphänomene dem Psychoanalytiker die größten Schwierigkeiten bereitet, aber man darf nicht vergessen, dass gerade sie uns den unschätzbaren Dienst erweisen, die verborgenen und vergessenen Liebesregungen der Kranken aktuell und manifest zu machen, denn schließlich kann niemand in absentia oder in effigie erschlagen werden“ (Freud, 1912b, S. 374). In der negativen Übertragung ist der Analysand dem reaktivierten Konflikt schutzlos ausgeliefert. Im *Übertragungswiderstand* drückt er zuallererst aus, was er hier und jetzt tut, um die Reaktivierung des Konflikts zu verhindern und zeigt so dem Analytiker das erste Mal deutlich, wie er einen inneren Konflikt zu bewältigen versucht. Freud hat diese innere Arbeit des Patienten am Konflikt als *Abwehr* bezeichnet. Die *Arbeit an den Widerständen in der Übertragung* wird nach dieser Auffassung als das eigentliche Arbeitsfeld der Analyse verstanden.

Die psychischen Störungen eines Menschen sind also, so Müller-Pozzi (2009), „seine Versuche, mit den Zwistigkeiten, Ungereimtheiten und Widersprüchen im eigenen Inneren zurecht zu kommen und psychischen Schmerz in Grenzen zu halten. Die psychischen Störungen eines Menschen enthalten die Geschichte seiner psychischen Konflikte und deren bestmögliche Lösungen, die er im Laufe seines Lebens und unter den wechselnden

äußeren und inneren Bedingungen seiner psychischen Entwicklung aufbauen konnte. (...) Der Analysand kommt in die Therapie, wenn ihm das nicht mehr genügt, wenn er die einengenden Bedingungen nicht länger hinnehmen kann, wenn ihm die Kosten für das bisschen Wohlbefinden und Glück zu hoch sind, das er sich durch mancherlei Einengungen sichert” (Müller-Pozzi, 2009, S. 18).

Gerade weil es im Verlauf dieser Arbeit u.a. um die Erforschung dessen gehen wird, was Psychoanalytiker und ihre Patienten in der Praxis wirklich tun und was dabei wirkt (und nicht darum, was sie zu tun meinen), sei hier - quasi als Vergleichsfolie - nochmals an den klassischen „Goldstandard” psychoanalytischer Technik erinnert: Um die innerpsychischen, abgewehrten Konflikte des Patienten aufzudecken, haben *interpretative* und *deutende Techniken* auf Seiten des Therapeuten eine bedeutende Funktion im therapeutischen Prozess. Der Patient wird aufgefordert, sich im Sinne der *freien Assoziation* offen mitzuteilen. Der Therapeut versucht, sich dem dabei zutage tretenden Material mit *gleichschwebender Aufmerksamkeit* zuzuwenden und durch gezielte Interpretationen dem Patienten bisher unbewusste Inhalte zugänglich zu machen. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die *Deutung der Übertragungsbeziehung* ein, d.h. die durch vergangene Erfahrungen beeinflussten Gedanken, Gefühle und Verhaltensweise des Patienten dem Therapeuten gegenüber. Des Weiteren sollte die Rolle des Therapeuten durch *Neutralität* geprägt sein: die Deutungen sollten von einem neutralen Standpunkt aus erfolgen. Ein weiteres Charakteristikum der Therapeutenrolle wird mit dem Begriff *Abstinenz* bezeichnet. Der Therapeut sollte demnach, so Laplanche und Pontalis (1973), konkrete Ratschläge und Hilfestellungen möglichst vermeiden, dem Patienten die Befriedigung seiner Wünsche versagen und tatsächlich die Rolle annehmen, die dieser bestrebt ist, ihm aufzudrängen (Laplanche u. Pontalis, 1973, S. 22). Ein möglichst schnelles Abklingen der leidvollen Symptomatik wird in der Analyse und der analytischen Psychotherapie also nicht angestrebt. Durch die abstinente Haltung des Analytikers soll erreicht werden, dass der Patient in der therapeutischen Beziehung die geringstmögliche Ersatzbefriedigung für seine Symptome findet und sich dadurch die Übertragungsbeziehung im therapeutischen Raum gestalten und ausbreiten kann. Nachdem die Tür des Behandlungszimmers geschlossen ist und der methodische und formale Rahmen festgelegt sind, beginnt sich, so Nissen (2009), eine Szene zu entwickeln, die sowohl interpsychisch (d.h. es kommunizieren zwei Psychen, zwei Unbewusste miteinander) als auch intersubjektiv (d.h. eine Subjektivität, die von sich selbst nichts weiß, wird durch eine andere, eine neutrale Subjektivität, die des Analytikers, unter Beobachtung gestellt) zu verstehen ist. Das sich so etablierte System entwickle sich auf die pathogenen Grundtendenzen des Patienten hin (Nissen, 2009, S. 372). In der Sichtweise, die hier als vorläufige Arbeitsgrundlage dient, beeinflussen sowohl Analysand als auch Analytiker die psychoanalytische Situation, jedoch in sehr unterschiedlicher Weise: „Übertragung, Widerstand und Arbeitsbündnis sowie freie Assoziation konzeptualisieren die Seite des Analysanden, psychoanalytische Haltung (Neutralität, Abstinenz und gleichschwebende Aufmerksamkeit) und Gegenübertragung die Rolle des Analytikers. Die Konzepte der Einsicht, des Deutens und Durcharbeitens bestimmen das Wesen der gemeinsamen analytischen Arbeit im Medium von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand” (Müller-Pozzi, 2009, S. 12).

Empirische Psychotherapieforschung versucht diese hochkomplexen und wahrscheinlich größtenteils dyadisch einzigartigen Übertragungssituationen im therapeutischen Prozess zu operationalisieren und somit der klinischen und konzeptuellen Forschung zugänglich machen.

2.1.2 Strukturelle Veränderung der Persönlichkeitsorganisation als Ziel der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie

Freud selbst nannte zunächst noch pragmatisch als Ziel der Psychoanalyse „hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln“ (Freud, 1895, S. 312). Später sagte er: „Die Absicht, dass der Mensch ‚glücklich‘ sei, ist im Plan der ‚Schöpfung‘ nicht enthalten“ (Freud, 1930, S. 434). Jedoch betonte er immer das Ziel, *Unbewusstes bewusst zu machen*, d.h. das Unbewusste zu mobilisieren, zu verstehen, zu deuten und zu versprachlichen und so in das bewusste Ich zu integrieren. Durch die so aufgehobenen kräftezehrende Verdrängungen werde es dem Patienten wieder möglich, besser zu genießen, zu arbeiten und zu lieben.

Später rückten *Ich-Psychologen*, so Dreher (2001), wie Anna Freud und Heinz Hartmann die *Ich-Veränderungen* und die *Abwehrmechanismen* des Ich ins Zentrum der analytischen Arbeit. (Dreher, 2001, S. 96).

Balint unterschied 1934, so Dreher (2001) weiter, zwischen *klassischen* und *romantischen* Ansätzen. Während klassische Analytiker mehr auf *Erkenntniszuwachs* setzten, betonten Romantiker die dynamischen und emotionalen Faktoren der Therapie. Inzwischen präferiert man, wie auch durch die empirische Psychotherapieforschung belegt wird, die Integration beider Ansätze. So sind also nicht nur Deutung und Aufklärung, sondern auch das *Erleben in der analytischen Beziehung* und deren Qualität entscheidende kurative Faktoren (Dreher, 2001, S. 96).

In den USA der vierziger Jahre sahen sich Analytiker, von denen viele eben erst immigriert waren, recht rasch mit dem Anspruch des dortigen medizinischen Systems konfrontiert, die Effektivität ihrer Methoden nachzuweisen und Kriterien zur Messung des Behandlungserfolges zu entwerfen. Knight (1942) erstellte deshalb eine Checkliste von Behandlungszielen. Sie beinhaltete die Milderung der Symptomatik, vermehrte Produktivität, bessere Steuerung der aggressiven Impulse, verbesserte Einstellung zum sexuellen Leben, weniger ambivalente Beziehungen sowie genügend Einsicht in innere Konflikte und damit verbunden eine bessere Bewältigung von Realitätsanforderungen (Dreher, 2001, S. 96 f.).

Heute können Ziele der Psychoanalyse und der psychoanalytischen Psychotherapie so zusammengefasst werden: Neben der *Symptomreduktion* wird auch die grundlegende Veränderung und nachhaltige Neuausrichtung, d.h. die *strukturelle Veränderung* bzw. die *Um-*

strukturierung der Persönlichkeitsorganisation des Patienten angestrebt.

Was aber sind strukturelle Veränderungen?

Heute werden die erstmals von Luborsky (1999) in dieser Form genannten drei Teilziele der strukturellen Veränderung als Ziele einer psychoanalytischen Behandlung allgemein anerkannt: 1. So streben Psychoanalyse und psychoanalytische Psychotherapie an, *unbewusste, schädliche Beziehungsmuster* des Patienten, die sich u.a. in der Übertragungsbeziehung gestalten, durch Deutung des Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens *aufzulösen*, d.h. implizites Beziehungswissen zu verändern und neu zu formulieren. 2. Ein weiteres Ziel besteht darin, auf ähnliche Weise auch *unbewusste intrapsychische Konflikte aufzulösen*. 3. Schließlich soll der Patient darin unterstützt werden, bestimmte psychische *strukturelle Dispositionen auszubilden*, zu entwickeln und zu stabilisieren. Dazu gehören beispielsweise selbstreflexive Fähigkeiten und die Wahrnehmung der Affekte, Intentionen und Eigenschaften Anderer. Diese Dispositionen bilden die Grundvoraussetzungen und gleichzeitig den Rahmen für die beständige Regulation sowohl des intrapsychischen als auch des interpersonellen Gleichgewichts. Ziel der Psychoanalyse sei also, so Luborsky weiter, die Veränderung der psychischen Repräsentationen im Erleben, also die Veränderung von Gefühlen, Gedanken, Erinnerungen, Wahrnehmungen und somit des Verhaltens, aber auch die Stabilität des Verhaltens. Dabei zeigten sich die offenkundigsten Veränderungen der Persönlichkeit zunächst in der Verbesserung der Hauptsymptome; wobei sich am ehesten jene Symptome veränderten, die mit den Behandlungszielen in Verbindung stünden. Innerhalb der Persönlichkeit müssten sich Veränderungen bezüglich der intrapsychische Konflikte vollziehen, welche sich sowohl in der Therapie als auch außerhalb der Therapie in den sozialen Kontakten des Patienten als Beziehungsprobleme ausdrücken und somit am ehesten zugänglich und therapeutisch nutzbar seien. Die Veränderungen in der Bewältigung der intrapsychischen Konflikte bedeuten jedoch mehr, so Luborsky nach Greenspan und Polk (1980) weiter, als nur die Bearbeitung der Leiden schaffenden Beziehungsprobleme. Sie führten schließlich zu einem höheren seelischen Organisationsniveau, einem höheren Entwicklungs- (Luborsky, 1999, S. 28 ff.) bzw. Strukturniveau.

Intention dieser wissenschaftlichen Arbeit ist also, zu untersuchen, ob in den untersuchten psychoanalytischen Langzeitpsychotherapien eine in diesem Sinne verstandene, positive strukturelle Veränderung bzw. Umstrukturierung der Persönlichkeit bezüglich der oben genannten drei Teilbereiche (Beziehungsgestaltung, intrapsychische Konflikte und strukturelle Fähigkeiten) erreicht wurde und wenn ja, auf welche Prozessmerkmale diese zurückzuführen sind.

Was jedoch bedeutet Struktur?

2.1.3 Strukturbegriff in der Psychoanalyse und die Entwicklung struktureller Fähigkeiten

Eine einheitliche Konzeptualisierung von *Struktur* ist vor dem Hintergrund des kontroversen Erbes der vier historischen Therapierichtungen der Psychoanalyse (*Triebpsychologie*, *Ich-Psychologie*, *Selbstpsychologie* und *Objektbeziehungspsychologie*) schwierig und im Rahmen dieser Arbeit nicht zu leisten.

Moderne Säuglingsforscher wie Dornes, Stern, Beebe etc., aber auch Fonagy et al. mit ihren Konzepten der *Mentalisierung* und der *Theory of Mind*, heben hervor, dass eine sicherheitsgebende, verlässliche, affektiv responsive, sich auf den Säugling bzw. das Kleinkind einstimmende und *spiegelnde* Bezugsperson unabdingbare Voraussetzung und wichtigster Entwicklungsanreiz für den Aufbau stabiler intrapsychischer Strukturen ist.

Nach Rudolf (2002) haben die strukturellen Funktionen insgesamt drei Zielrichtungen, die aus dem Beziehungssystem zwischen Säugling (später Kleinkind) und erwachsener Bezugsperson erwachsen. Erstens differenzieren sie, indem sie Ganzheiten auf Unterschiedlichkeiten hin kognitiv untersuchen (Affektdifferenzierung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Loslösung). Zweitens integrieren sie, indem sie Teilaspekte zu jeweils neuen Gesamtgefügen verknüpfen und dadurch Kohärenz und Sinnstrukturen schaffen (z.B. ganzheitliche Objektwahrnehmung, Gewinnung und Festigung von Selbstbild und Identität). Drittens regulieren sie, indem sie Systemgleichgewichte herstellen oder wiederherstellen (z.B. bezüglich Selbstwertregulierung, Impulssteuerung und Affekttoleranz) (Rudolf u. a., 2002, S. 7).

Im Folgenden wird Struktur als ein System verstanden, dessen einzelne Elemente eng miteinander verbunden sind, das sich auf die Gesamtpersönlichkeit beziehen lässt und als Fähigkeit zu bezeichnen ist. Je nachdem wie die betreffenden strukturellen Elemente in der Erfahrung mit den frühen Bezugspersonen entwickelt und integriert sind, verfügt die Person mehr oder minder über bestimmte psychische Fähigkeiten, wie z.B. sich selbst und die eigenen Gefühle, aber auch die Gefühle der anderen wahrnehmen und verstehen, Gefühlsbewegungen aushalten, Impulse steuern, Beziehungen zu anderen regulieren, sich anderen mitteilen oder Trennungen, Abschiede und Verluste ertragen etc. (Rudolf, 2007a, S. 91).

Kernberg unterscheidet drei Ebenen der strukturellen Persönlichkeitsorganisation: das neurotische, das Borderline- und das psychotische Niveau (Thobaben u. Soldt, 2007, S. 340). Das hier verwendete und später ausführlicher dargestellte OPD-1 (OPD, 2004), aber auch die neue Version, die OPD-2 (OPD, 2006) nennen dagegen vier Ebenen bzw. Niveaus der Strukturiertheit: hohes, mittleres, mäßiges und psychotisches Niveau bzw. um die Sprache der OPD zu verwenden: das Niveau der *guten Integration*, der *mäßigen Integration*, der *geringen Integration* und der *Desintegration* (OPD, 2006, S. 120). Die vierte Ebene: die Ebene der Desorganisation geht mit psychotischen Zuständen und Realitätsverlust einher. Das mäßige Strukturniveau ist dabei zwischen der neurotischen und der Borderline-

Persönlichkeitsorganisation anzusiedeln und wird sehr klar operationalisiert, so dass es auch für die klinische Praxis und Diagnostik gut verwendbar ist (Thobaben u. Soldt, 2007, S. 340). Die ersten drei Ebenen, die auch für diese Arbeit relevant sind, werden bei der Vorstellung des OPD-1-Manuals im Unterkapitel 4.2 genauer beschrieben.

2.1.4 Modifizierte psychoanalytische Behandlungstechniken für Patienten mit strukturellen Störungen

Freud entwarf die Psychoanalyse zur Heilung von neurotischen Störungen. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass intrapsychische Konflikte auf der Basis einer relativ stabilen Struktur (mittleres bis hohes Strukturniveau) ausgetragen werden und in erster Linie ödipaler Natur sind. Spätere Psychoanalytiker, angefangen mit Ferenczi, erkannten, dass die psychoanalytische Methode auch auf andere, schwerer gestörte Patienten ausgeweitet werden kann, dazu aber modifiziert werden muss.

Solche schwerer gestörten Patienten nennt man heute Patienten mit strukturellen Störungen. Darunter werden Störungen der Persönlichkeitsentwicklung verstanden, die sich im klinischen Alltag so gut wie immer und oftmals in erster Linie als interpersonelle Störungen zeigen. Diesen Patienten, so Streeck (2011), gelingt es nicht, Beziehungen einzugehen, zu gestalten und aufrechtzuerhalten, die auf wechselseitiger Anerkennung beruhen. Ihre Beziehungen sind häufig instabil und scheitern nicht selten bereits nach kurzer Zeit oder sie sind unflexibel und folgen immer wieder den gleichen starren und meist auch destruktiven Mustern. Viele der Patienten meiden überhaupt soziale Kontakte und leben zurückgezogen, leiden aber zugleich darunter. Zudem ist ihr Selbstwertgefühl chronisch instabil und geht häufig mit Gefühlen von Leere und Sinnlosigkeit, Grandiosität oder Wertlosigkeit einher. Um sich ausreichend wichtig und gut zu fühlen brauchen sie von anderen übermäßig viel Aufmerksamkeit und benötigen diese für selbstregulative Zwecke, wie die Regulierung des Selbstwertes, des Reizschutzes oder des Identitätsgefühls. Auch gehen sie davon aus, dass andere Menschen genauso funktionieren, denken und fühlen wie sie selbst. Andere sind ihnen meist nur so lange wichtig, wie sie psychisch anwesend sind, sich in Übereinstimmung mit den eigenen Bedürfnissen verhalten und ihre Eigenschaften kompatibel mit den Idealvorstellungen der Patienten sind. Man geht davon aus, dass die pathogenen Beziehungserfahrungen dieser Patienten nicht Teil ihres *episodischen, deklarativen* Wissens und ihres *narrativen Gedächtnisses*, sondern im *impliziten Gedächtnis* verankert und körperlich symbolisiert sind. So ist das implizite Beziehungswissen dieser Patienten ein *Vollzugswissen*: ein Wissen, das sich als Wissen erst im Vollzug seiner Anwendung zu erkennen gibt, indem es in Interaktion aktualisiert wird, nicht als symbolisches Wissen in Erzählungen, sondern als Verhalten im Zusammensein mit anderen (Streeck u. Leichsenring, 2011, S. 22 ff.). Aus diesem Grunde soll die Aufmerksamkeit des Therapeuten auf das *Wie* der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen dieser Patienten ausgerichtet sein.

Pioniere der Modifizierung der Technik

Cremerius' Vortrag *Wodurch wirkt Psychotherapie?* (veröffentlicht in 2003) dient im Folgenden als Leitfaden für einen kurzen historischen Überblick über die Modifizierungen der analytischen Technik für die von Streeck (2011) treffend beschriebenen Patientenkreise mit strukturellen Beeinträchtigungen.

Wie erwähnt, war der Triebpsychologe Ferenczi (1919) der erste Psychoanalytiker, der erkannte, dass das Verfahren der Psychoanalyse nicht nur für Patienten mit in der ödipalen Phase begründeten Störungen, d.h. *Konfliktpathologien*, geeignet ist, sondern auch für Patienten mit präödipalen (heute strukturellen) Störungen bzw. mit Entwicklungspathologien (Wöller u. Kruse, 2010, S. 190). Allerdings erkannte er auch, dass für diese Patientengruppe die klassisch-analytische Technik modifiziert werden muss, weil Patienten mit frühen Störungen, d.h. mit Strukturschwächen und Ich-Funktionsstörungen, von der Technik der Deutung nicht profitieren können, da die Worte des Analytikers, die aus der – damals als Ideal postulierten – Neutralität, Objektivität und Anonymität kommen, diese gar nicht erreichen. Diese Patienten sind bezüglich ihrer Einsichtsfähigkeit eingeschränkt. Sie brauchen eine positive Gefühlsbeziehung, eine aufnehmende mütterliche Freundlichkeit, die vom Therapeuten durch bestimmte Techniken aktiv hergestellt wird. Laut Ferenczi führt bei diesen Patienten die klassische Deutungstechnik zu irreparablen Störungen und wiederholt die traumatischen Momente der Kindheit. Auf der Basis einer guten und zärtlichen Mutter-Kind-Beziehung können korrigierende emotionale Erfahrungen gemacht werden, wonach idealerweise in einem zweiten Schritt und erst in einer späteren Phase der gemeinsamen Arbeit mit Hilfe der klassischen Deutungsarbeit eine Einsichtstherapie begonnen werden kann (Cremerius, 2003, S. 18 f.).

In der Folge, so Cremerius (2003) weiter, entwickelten sich schließlich zwei verschiedene Vorstellungen davon, was in der Therapie wirkt.

Spitz, Winnicott, Mahler und Bion waren der Meinung, dass der Therapeut in der Analyse die Rolle der Mutter übernehmen und sich gegenüber dem Patienten so verhalten soll, wie eine gute Mutter dies tun würde. Spitz (1962) sprach dabei von einer liebevollen Präsenz des Analytikers und das Angebot einer *Hilfs-Ich-Funktion* an dem Patienten. Winnicott (1974) betrachtete den analytischen Prozess als einen Reifungsprozess gleich dem Reifungsprozess beim Säugling und Kleinkind und sah die Aufgabe des Analytikers darin, diesem Prozess bei seinem Gelingen genauso behilflich zu sein, wie eine Mutter bei der Entwicklung ihres Kindes behilflich ist. In einer Zeit des geduldigen Wartens soll der Analytiker Funktionen wie *holding*, *handling* und *object presenting* leisten. Mahler (1952) sprach im ähnlichen Sinne wie später Spitz und Winnicott von einer *extrauterinen Matrix*. Bion (1962, 1963, 1990) prägte schließlich den Begriff *Containment*, im Sinne eines mütterlichen Raumes, der vom Analytiker herzustellen ist. So glaubten diese und auch spätere Autoren, dass die Schäden, die in der frühen Kindheit in der Beziehung zu den wichtigsten Objekten entstanden sind, durch das Angebot einer guten Mütterlichkeit repariert werden können (Cremerius, 2003,

S. 19).²

Alexander (1937, 1950) vertrat hingegen die Auffassung, dass der Therapeut seine Gefühlsreaktionen gegenüber dem Patienten bewusst planen und steuern muss. Er müsse von seiner Gegenübertragung in dem Sinne Gebrauch machen, dass dadurch den schädlichen Auswirkungen der elterlichen Einstellungen des Patienten entgegengewirkt werde. Der Therapeut müsse sich also aktiv entgegengesetzt zu den pathogenen Mustern der Eltern verhalten, die allerdings zunächst durch eine vorangehende analytische Arbeit freilegt werden müssen. So könne es dem Patienten gelingen, in der Therapie *korrektive Gefühlserlebnisse* zu haben (Wöller u. Kruse, 2010, S. 190; Cremerius, 2003, S. 19).

Trotz ihrer Widersprüche und Schwächen zeigen diese Positionen einen wichtigen Paradigmenwechsel gegenüber Freud und begründen die Ausweitung der zwar modifizierten, aber immer noch psychoanalytischen Technik auf andere als nur neurotische Störungen.

Aktuelle modifizierte Techniken

Auch in der gegenwärtigen Psychoanalyse und psychoanalytischen Psychotherapie versucht man die analytische Technik für andere als neurotische Patienten anzuwenden und hierfür Modifikationen zu finden. Im Folgenden werden vier solche moderne Modifikationen der analytischen Technik vorgestellt, die für Patienten mit strukturellen Störungen entwickelt wurden und mittlerweile als empirisch gesichert gelten.

Die *übertragungsfokussierte Psychotherapie* (engl. TFP) wurde von Clarkin et al. aus der stationären Behandlungspraxis heraus und in erster Linie an der Phänomenologie und Dynamik der Borderline-Störung entwickelt (Clarkin u. a., 2006, 2008). Mittlerweile existiert jedoch auch ein Manual zur übertragungsfokussierten Psychotherapie (Caligor u. a., 2010) zur Behandlung von neurotischen Störungen. TFP ist ein auf der psychoanalytischen Theorie und innerhalb dieser auf den Kernbergschen Objektbeziehungstheorien begründetes Verfahren, das sich einer metaphorischen Sprache bedient, jedoch aktiver intervenierend, strukturierter und strukturierender ist als andere analytische Verfahren innerhalb der objektbeziehungstheoretischen Strömung. Vertreter der *Objektbeziehungspsychologie* betonen, dass der Ursprung der psychischen Struktur in den frühesten, von Affekten aktivierten *Objektbeziehungen* liegt. So werden die Grundbausteine der später verinnerlichteten Objektbeziehungen sowie Selbst- und Objektrepräsentanzen durch die Interaktion mit den wichtigsten Bezugspersonen gelegt. Aus diesen frühen, internalisierten und so zur Struktur

²Mit Cremerius (2003) ist zu den beschriebenen Techniken noch kritisch anzumerken, dass nicht bedacht wurde, was passiert, wenn der Analytiker nach der Phase der anfänglichen, mütterlichen stützenden Haltung anfängt, Forderungen zu stellen und versucht, die Mutter-Kind-Beziehung zu beenden. Welche Reaktionen sind auf Seiten des Patienten zu erwarten? Wie ist die unvermeidlich damit verbundene Enttäuschung des Patienten zu überwinden und ein eventueller Abbruch der Therapie zu vermeiden? Was geschieht, wenn die im Patienten geweckte Illusion einer guten Mutter nicht mehr aufzuheben ist? (Cremerius, 2003, S. 19)

gewordenen Erfahrungen resultiert die Gestaltung und Regulierung jeder neuen Beziehung. Würden keine ausreichend guten inneren Objekte internalisiert, kann sich die Persönlichkeit unter äußeren Belastungen nicht selbst stabilisieren. Sie gerät unter den Erregungsdruck negativer Affekte und destruktiver Impulse, die innerlich mit früheren, dysfunktionalen Beziehungen konnotiert sind. Die Person erlebt so ihre Objektwelt, ähnlich der frühen Welt, als bedrohlich und verfolgend.³ Weil Borderline-Patienten auf einem niedrigeren Strukturniveau sich stärker primitiver Abwehrmechanismen, wie Spaltung, Idealisierung, Entwertung, Projektion und projektive Identifikation, bedienen und somit als ängstigend und verwirrend erlebte, abgespaltene negative und positive Selbst- und Objektanteile sowie gegensätzliche Impulse, Strebungen, affektive Zustände und kognitive Einschätzungen nicht miteinander verbinden und integrieren können (Lohmer, 2005, S. 19), benötigen sie, so das Konzept der TFP, eine andere therapeutische Herangehensweise - zumindest in der anfänglichen Phase der Therapie, sofern diese länger dauert. Besonderer Wert wird in der TFP auf Therapievertrag, Rahmen und Arbeitsbündnis gelegt. Der Therapievertrag bildet die Basis, auf die Therapeut und Patient sich stets beziehen können und sollen. Dieser trifft Vereinbarungen über Rolle, Aufgaben und Verantwortung des Patienten und des Therapeuten, über das Störungsverständnis, über Art und Ziele der Therapie und über Regeln für das Abweichen vom Vertrag, besonders in Bezug auf therapieschädigendes, parasuizidales Verhalten und sekundären Krankheitsgewinn. Der Rahmen geht über die allgemeine, Halt und Struktur gebende, Grenzen setzende und Raum gewährende Funktion des Rahmens in einer klassischen psychoanalytischen Therapie hinaus. Der Therapievertrag ermöglicht für Borderline-Patienten einen sicheren Ort, an dem sich die Dynamik des Patienten entfalten kann, einen therapeutischen Rahmen, der die Therapie zu einem Rettungsanker im Leben des Patienten macht und eine Bühne, auf der im Verlauf der Therapie Abweichungen vom Vertrag verstanden und interpretiert werden können. Behandlungstechnisch wird die Aufmerksamkeit also insbesondere auf die Gefährdung des Rahmens sowie auf destruktives Agieren gerichtet, verbunden mit systematischer Interpretation der primitiven Abwehrmechanismen. Die Interpretationen und Deutungen sollen sich dabei immer auf das *Hier und Jetzt* auf dem Boden einer gemeinsam geteilten Realität, also auf die Beziehung zwischen Patient und Therapeut und somit auf die Übertragung und Gegenübertragung beziehen. Weiterhin ist wegen der instabilen Affektkontrolle und Impulssteuerung und des brüchigen Selbstwerts und der fragilen Identität des Patienten auf eine taktvolle Konfrontation zu achten. Klärung und Konfrontation sollen der Vorbereitung von Interpretationen dienen. Diese werden in der TFP auf das erwachsene Selbst des Patienten ausgerichtet und berücksichtigen möglichst alle Aspekte der aktuell dominanten sowie der aktuell abgewehrten Objektbeziehungsdyaden.

³Hill und Knox formulieren dies so: „In object relations theory (e.g., J. R. Greenberg und Mitchell, 1983; Klein und Tribich, 1981), relationships are considered the most fundamental and necessary aspect of life. Furthermore, the most important relationship is with the early caretaker, usually the mother. Such early key relationships are internalized to form a sense of self and thus act as a template for subsequent interactions with others. If early relationships are inadequate, relationship difficulties develop. In therapy, clients replay pathological scenarios of early years with their therapists because they do not know other ways to interact and they yearn to repair those relational deficiencies” (Hill u. Knox, 2009, S. 14).

Bateman und Fonagy, Autoren und Therapeuten, die die Grundsteine der *mentalisierten Therapie* (engl. MBT) gelegt haben (Bateman u. Fonagy, 2008) sowie früher Winnicott und Bion und später Gergely und Target heben die Bedeutung der Objektbeziehung für die Entstehung des Selbst als einer Einheit in Interaktion hervor. Um die Fähigkeit zu erwerben, mit Affekten umgehen zu können, braucht der Säugling den Austausch mit seinen Bindungspersonen. Durch die *Spiegelungsaktivität* der primären Bezugsperson entwickelt sich erst die Mentalisierungsfähigkeit des Kindes. Dabei soll die Pflegeperson die Affekte des Kindes nicht eins zu eins zurückgeben, sondern auch ausdrücken, wie sie diesen Affekt für sich verarbeiten würde, wäre es ihr eigener. Diesen Prozess nennt man *Markierung*. Die Markierung der Affekte ermöglicht dem Kind einerseits sich selbst im Anderen zu erkennen, andererseits aber einen eigenen Affekt der Bindungsperson vom gespiegelten Affekt des Selbst zu unterscheiden, indem der Affekt der Bindungsperson eben nicht markiert ist. Durch die markierte Spiegelung seiner Affekte und deren Aufnahme in das Selbst erwirbt das kindliche Selbst eine sekundäre Repräsentation seiner Affekte, die implizit auch die Affektverarbeitung der Bindungsperson enthält, insbesondere deren Vermögen, Affekte in ihrer Intensität zu regulieren. Wenn dieser Affektaustausch kontinuierlich gut gelingt, entsteht das, was Winnicott das *wahre Selbst* des Kindes nannte (Klöpper, 2005, S. 188 f.). Wenn aber „der gespiegelte Affekt ... nicht mit der tatsächlichen affektiven Verfassung des Kindes übereinstimmt, kommt es zu einer Verzerrung der sekundären Repräsentationen seiner primären emotionalen Verfassung“ (Fonagy u. Target, 2002, S. 857) und es entsteht das *falsche Selbst*. Eine zuverlässige und sichere Objektbeziehung, in der der Andere affektiv resonant ist, erlaubt dem Kind also die Manifestation von Gefühlen und deren Spannweite nicht nur bei sich, sondern auch beim Anderen zu erfahren. Es lernt die eigenen Affekte, aber auch die des Anderen zu verstehen, ohne von ihnen überwältigt zu werden. So entsteht seine *theory of mind*: die Fähigkeit, sowohl die eigene Person als auch die des Anderen in Begriffen von Intentionalität bzw. mentalem Befinden wahrzunehmen, zu verstehen und über das eigene Verhalten wie auch über das des Anderen nachzudenken. Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen, also mit Schwächen und oft massiven Verzerrungen in ihrer Selbststruktur und Ichfunktionsstörungen, verfügen häufig noch nicht über ein solches repräsentationales Weltbild. Aus diesem Grunde können sie mit Konfliktdeutungen nicht umgehen und würden durch Einsicht nicht am Agieren gehindert. Für sie sollte das therapeutische Ziel, so Fonagy, die allmähliche Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit sein. Fonagy und Bateman plädieren dafür auf Übertragungsdeutungen zu verzichten und stattdessen die Gefühle und Gedanken der Patienten im Hier und Jetzt zu erforschen (Ehlers u. Holder, 2009, S. 274). Der Therapeut soll die haltenden und spiegelnden mütterlichen Funktionen, welche die frühe Bezugspersonen – meist aufgrund eigener psychischer Probleme und Störungen – nicht erfüllen konnten, übernehmen und so die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten und damit die Nachreifung seiner Persönlichkeit fördern. Für Bateman und Fonagy (2002) und ganz ähnlich Herpertz und Sass (2003) zeichnen sich effektive Behandlungsverfahren durch folgende Merkmale aus: eine aktive Haltung des Therapeuten, eine gute Strukturierung des Behandlungsprozesses, eine klare Fokus- und Zielbestimmung, eine hinreichend lange Behandlung, die nicht unbedingt hochfrequent sein muss, sowie – im

Fälle von schweren Persönlichkeitsstörungen – eine enge Kooperation mit komplementären psychosozialen Diensten. Die Behandlungserfolge solcher Verfahren sind inzwischen vor allem für Borderline-Störungen mehrfach nachgewiesen und empirisch belegt (Rüger, 2008, S. 719).

Rudolf entwarf ein weiteres Verfahren für Patienten mit strukturellen Störungen, das er *strukturbezogene Psychotherapie* nannte. Vergleichbar mit den oben dargestellten Methoden soll es zudem auch in der Lage sein, die strukturellen Funktionen anderer Patienten günstig zu beeinflussen, zu verändern und zu festigen. Laut Rudolf verlieren Patienten mit strukturellen Störungen unter Belastung ihre Selbstwirksamkeit. Sie haben Probleme mit ihrer Selbst- und Beziehungsregulierung, verstehen weder sich selbst noch ihren Analytiker und geraten im Laufe der Therapie unter zunehmende innere Spannung und bedürftige Abhängigkeit von ihrem Therapeuten. Aus diesem Grunde interveniert strukturbezogene Psychotherapie nicht dadurch, dass sie auf die Bedürftigkeit des Patienten hinweist. Entsprechend nimmt sie auch den Therapeuten nicht als Übertragungsfigur, von dem die Befriedigung der Bedürfnisse erwartet wird. Die negative Beziehungserfahrung wird zwar beachtet aber nicht als zentrales therapeutisches Instrument verwendet, d.h. geendet. Stattdessen ist das Ziel der Interventionen, eine tragfähige Beziehung aufzubauen, regressive Entwicklungen zu begrenzen und die Konfliktverarbeitung auf das aktualisierte Problem fokussieren (Rudolf, 2006, S. 103). Die Not des Patienten soll angenommen und mit ihm gemeinsam etwas aufgebaut werden, was ihm außerhalb und nach der Therapie weiter zur Verfügung stehen kann. So werden Strukturen vermittelt, die der Patient bis dahin nicht hatte. Der Therapeut versucht, dem Patienten seine Wahrnehmungen und emotionale Reaktionen zur Verfügung zu stellen, damit der Patient seinen Umgang mit seiner Störung verändern, diese als etwas Eigenes akzeptieren und bewältigen kann (Rudolf, 2007b, S. 233). Die therapeutische Haltung soll dabei, so Rudolf, von folgenden drei Aspekten geprägt sein: Erstens soll sich der Therapeut *hinter* seinen Patienten stellen und sich mit ihm identifizieren (seine Sicht teilen), ihn containen (sich seine Klagen anhören, diese annehmen und emotional verarbeiten), sich seiner erbarmen (das fremde Leiden annehmen), ein Hilfs-Ich für den Patienten sein (ihm Ich-Funktionen zur Verfügung stellen) und sich um den Patienten sorgen und ihn unterstützen. Zweitens soll sich der Therapeut *neben* seinen Patienten stellen, er soll also seine Aufmerksamkeit für die Situation des Patienten mit diesem teilen. Schließlich soll sich der Therapeut seinem Patienten *gegenüber* stellen, also ihn spiegeln (seine emotionale Resonanz auf diesen sehen lassen), sein Anders-Sein betonen (Unterschiede zwischen Objekt und Subjekt aufzeigen) und ihn mit Aspekten der Realität und seiner eigenen Verantwortung konfrontieren (Lammers u. Schneider, 2009, S. 474). Insgesamt soll der Therapeut dem Patienten als ein entwicklungsförderndes Objekt zur Verfügung stehen. Er soll ihn dabei unterstützen, sich selbst besser kennenzulernen, sich zu reflektieren, affektive Beziehungen zum Anderen aufzunehmen und kontinuierlich aufzubauen, mit dem Anderen zu kommunizieren und so neue und gute Beziehungserfahrungen internalisieren zu können.

Als vierte hier erwähnte Modifizierung wurde die *psychoanalytisch-interaktionelle Methode*

entwickelt, die ihre Anfänge im Feld der klinischen Versorgung schwer gestörter Patienten hatte, aber mittlerweile auch ambulant fest verankert ist. Die Sichtweise dieser Therapierichtung ist, dass strukturell gestörte Patienten - aufgrund von vernachlässigenden, emotional kargen, manchmal auch misshandelnden und traumatisierenden Beziehungserfahrungen - grundlegende Fähigkeiten und Funktionen der Selbst- und der Beziehungsregulierung nicht oder nur bedingt entwickeln konnten. Daher ist es ihnen nicht möglich, in befriedigender Weise an interpersonellen Beziehungen teilzunehmen und diese zu gestalten. Insgesamt mangelt es ihnen an der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, d.h. an der Fähigkeit von einem dritten Standort aus auf sich selbst zu blicken und sich selbst-reflexiv zu betrachten. Und es scheint für diese Patienten nicht möglich zu sein, an einer sozialen Welt teilzunehmen, in der das Zusammensein mit anderen sowohl von Wechselseitigkeit als auch von Selbstbestimmtheit geprägt ist. Somit liegt der Schwerpunkt der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie nicht vorrangig auf der intrapsychischen Welt des Patienten und auf seinem unbewussten Erleben. Im Vordergrund stehen vielmehr seine Schwierigkeiten, sich selbst und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu regulieren und zu gestalten. Deshalb wird angestrebt, die Möglichkeiten des Patienten, am sozialen Leben teilzunehmen zu verbessern und so zu seiner psychischen Stabilisierung beizutragen. Die therapeutische Arbeit richtet sich also auf das Selbst des Patienten im Kontakt mit anderen, auf seine Lebenswelt und auf die Fähigkeit, reziproke interpersonelle Beziehungen zu gestalten und mitzugestalten (Streeck u. Leichsenring, 2011, S. 13 f.).

2.2 Stand der Forschung

Der folgende Abschnitt gibt zunächst einen Überblick über die Entwicklung der empirischen Psychotherapieforschung im Groben und der psychoanalytischen Psychotherapieforschung im Detail. Danach werden die wichtigsten Studienbefunde zur Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapien im Allgemeinen und psychoanalytischer Langzeitpsychotherapien im Speziellen dargestellt. Schließlich wird das MBWP vorgestellt, das am Lehrstuhl für klinische Psychologie und Psychoanalyse der Ludwig-Maximilians-Universität zu München von Prof. Dr. Wolfgang Mertens und Dr. Susanne Hörz geleitet wird. In Rahmen dieses Projektes entstand diese Arbeit, um Wirksamkeit und Wirkungsweise analytischer Langzeitpsychotherapien makro- und mikroanalytisch sowohl auf der gruppenstatistischen als auch auf der individuellen Ebene zu untersuchen.

2.2.1 Entwicklung der empirischen Psychotherapieforschung

Eysencks vielzitierte Bemerkung aus dem Jahr 1952, dass psychosomatische und neurotische Störungen mit einer Rate von bis zu 80 Prozent spontan heilen, wurde empirisch mehrfach widerlegt. Sie trug dennoch, so Fäh (2006), in erheblichem Maße dazu bei, das vorher kaum ausgeprägte methodische Bewusstsein der Psychotherapeuten für die vielfältigen und mit der psychotherapeutischen Evaluation verbundenen Probleme zu schärfen und die Psychotherapieforschung zu fördern (Fäh, 2006, S. 43). Die Daten Eysencks wurden 1991 von

McNeilly und Howard neu ausgewertet und es zeigte sich ein deutlich anderes Bild: Patienten, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befanden, ging es bereits nach drei Monaten so gut wie nicht behandelten erst nach zwei Jahren.

Die späteren Aussagen Grawes in der so genannten Berner Metaanalyse (Grawe u. a., 1994), hatten ähnlich große Effekte auf die Psychotherapieforschung wie Eysencks Behauptung: Sie wirkten ebenfalls als Katalysator für die Erforschung der Wirksamkeit vor allem psychoanalytischer Langzeitpsychotherapien. Zwei Thesen Grawes trafen auf besonders starke Resonanz: Die erste ist als *50-Stunden-Argument* bekannt, indem Grawe behauptete, dass mehr als 50 Sitzungen in der Therapie keine neuen Effekte mehr bringen würden und Langzeittherapien somit überflüssig seien. Zweitens widersprach er der in den achtziger Jahren favorisierten *Vogel-Dodo-Hypothese* bzw. dem *Äquivalenzparadoxon* (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 68) zugunsten der Verhaltenstherapie, die er für im Durchschnitt hochsignifikant wirksamer als psychoanalytische Ansätze hielt. Beide Thesen wurden in der Folgezeit mehrfach widerlegt. Grawe wurden, so Fäh (2006) weiter, gravierende statistische Interpretationsfehler und methodische Irrtümer nachgewiesen, trotzdem hatten seine Aussagen paradoxe und durchaus auch positive Auswirkungen, welche Fäh in drei Punkten zusammenfasst: Der erste *Grawe-Effekt* besteht darin, dass nach der Publikation von Grawes Berner Metaanalyse und ihrer aufgeregten Diskussion ein undifferenzierter Kurzzeittherapie-Boom einsetzte. Sowohl Patienten als auch Therapeuten entwickelten unrealistische Erwartungen, was in 50 Therapiesitzungen zu erreichen sei. Dies führte zwangsläufig zu großen Enttäuschungen auf beiden Seiten. Später stellten sich jedoch positive Effekte ein: Das Forschungsbewusstsein unter den Klinikern wuchs, es entstanden zahlreiche Forschungsprojekte in enger Zusammenarbeit zwischen Klinikern und Forschern und die Kluft zwischen Forschung und Praxis beginnt sich seitdem zu schließen. Der zweite Effekt ist dadurch gekennzeichnet, dass Grawes Aussagen von den Kostenträgern wahrgenommen und zunächst sehr willkommen geheißen wurden. Die Wirksamkeit und Kosteneffizienz von psychoanalytischen Therapien wurden generell angezweifelt und dadurch gesundheitsökonomische Studien stimuliert. Schließlich wurde belegt, dass Psychotherapien kostensparende Maßnahmen sind und, dass Langzeitpsychotherapien, darunter auch psychoanalytische, langfristige Wirkungen haben und somit als gesundheitsfördernd und -erhaltend gelten können. Schließlich hängt der dritte Effekt damit zusammen, dass durch die Aussagen Grawes zunächst auch bestimmte soziale Werte wie Langfristigkeit, Innerlichkeit, Loyalität und Respekt in Frage gestellt wurden und vermeintlich brauchbarere, dem modernen Kapitalismus angepasste flexible Einstellungen Vorrang erhielten. Nachdem jedoch z.B. die Bindungstheorie gezeigt hat, dass gesundheitserhaltende Strukturen und stabile, verlässliche Beziehungen von größter Bedeutung für die psychische Gesundheit des Individuums sind, wird heute Flexibilität nicht mehr uneingeschränkt hochgepriesen. Innerer Halt und langfristige Orientierung haben in der Wertehierarchie wieder gleichgezogen (Fäh, 2006, S. 43 ff.).

Die empirische Psychotherapieforschung im Allgemeinen kann heute in drei Phasen unterteilt werden: Die (erste) *klassische Phase* der Psychotherapieforschung stützte sich

zunächst auf mehr oder minder literarische Fallvignetten und später auf Einzelfallbeobachtungen um Prä-Post-Vergleiche machen zu können. Sie dauerte von Freuds Zeiten bis zu Eysencks oben beschriebener Behauptung, welche dann die zweite Epoche der Psychotherapieforschung, nämlich die *Rechtfertigungsforschung*, einleitete (Heckrath u. Dohmen, 1998). In dieser zweiten Phase lag der Schwerpunkt der Untersuchungen weitgehend auf der Outcome- d.h. Ergebnisforschung. In den Studien ging es den Vertretern der verschiedenen therapeutischen Schulen darum, die Wirksamkeit ihres eigenen therapeutischen Verfahrens bzw. dessen Überlegenheit gegenüber anderen Verfahren empirisch zu belegen und abzusichern. Eine große Anzahl von Outcome-Studien zeigte schließlich, dass Psychotherapie wirkt. Der Abschluss dieser Phase wurde mit Metaanalysen erreicht, die eine quantifizierende Zusammenfassung ganz unterschiedlicher Studien erlaubten. Neben den Therapievergleichs- und Wirkungsstudien war diese Phase auch von der sogenannten Variablenforschung geprägt, in der es um den Erfolgsbeitrag einzelner isolierter Verhaltensweisen oder Persönlichkeitsmerkmale der Interagierenden ging. Diese Untersuchungen wurden im Rahmen von Korrelationsstudien durchgeführt (Enke u. Czogalik, 1992, S. 155). Weil aber immer deutlicher wurde, dass durch die forcierten gruppenstatistischen Auswertungen nur Tendenzen festgestellt, jedoch keine genauen Aussagen darüber, was in den Sitzungen tatsächlich geschieht, gemacht werden konnten, wandte sich die Forschung in einer dritten Phase der detaillierten, kontinuierlichen und systematischen Untersuchung des therapeutischen Einzelfalles bzw. sehr vieler Patienten-Therapeuten-Paare zu. Die *differenzielle Einzelfallforschung* in Form einer aufwendigen Prozess-Ergebnis-Forschung stellt laut Tschuschke (2009) den einzig gangbaren Weg, um auf die Fragen der aktuellen empirischen psychoanalytischen Psychotherapieforschung (siehe Kapitel 2.2.2) Antworten finden (Tschuschke u. a., 2009, S. 164).

Während es also in der Rechtfertigungsforschung um die Analyse der interindividuellen Varianz ging, beschäftigt sich die derzeit eine Renaissance erlebende prozessorientierte Einzelfallforschung mit der Analyse der intraindividuellen Varianz. Heckrath (1998) unterscheidet dabei zwei prototypische Modelle. Im Rahmen der *Typ-A-Prozessforschung* wird die Therapie als homogener Ablauf betrachtet, der von überdauernden Merkmalen bestimmt wird. Diese können Patientenvariablen wie auch therapeutische Variablen, z.B. Empathie und Grundhaltung des Therapeuten, sein. In der *Typ-B-Prozessforschung* wird die Therapie als ein in sich gegliedertes Geschehen gesehen, wobei die Abfolge verschiedener Sequenzen variabel ist. Um solche Sequenzen feinkalibrig registrieren und auswerten zu können, müssen transkribierte Sitzungsaufnahmen vorliegen (Heckrath u. Dohmen, 1998).⁴

⁴Czogalik erwähnt eine weitere mögliche Unterteilung der Prozessforschung und zwar in *Interaktionsforschung* und *Episodenforschung*. Die erstere beschäftigt sich mit der detaillierten Erfassung interaktioneller Verhaltensweisen in ihren wechselseitigen Verschränkungen, wobei ihr Forschungsgegenstand im System Patient-Therapeut liegt und die Psychotherapie als ein Mehr-Personen-Stück, als rückbezügliches System oder als interaktionelle Konstruktion betrachtet wird. So können Kenntnisse über diejenigen Interventionen gewonnen werden, welche beim Patienten zu einer Veränderung führen. Die zweite Art von Prozessforschung, die Czogalik Episodenforschung nennt, versucht Ereignisse einzugrenzen und zu beschreiben, welche für den Therapieprozess bedeutsam sind und so besonders nahe an Phänomene heranzuführen, die

Insgesamt verfolgt die Psychotherapieforschung laut Hauzinger (2006) gegenwärtig das Ziel, den jeweiligen Einzelfall detailliert zu beschreiben und ihn als Ausgangspunkt wissenschaftlicher Verallgemeinerungen zu nehmen. Dabei soll die Prozessforschung multimethodal, multiperspektivisch und mehrebenenorientiert vorgehen. Es sollen also unterschiedliche Erfassungsinstrumente und -methoden angewendet werden und die Variablen und Messwerte auch auf mehreren Beurteilungs-, Verhaltens- und/oder Erlebens-Ebenen in ihrer wechselseitigen Verschränkung analysiert werden (Hauzinger, 2006, S. 64).

Trotz der hohen Komplexität von Psychotherapie und ihrer Erforschung können, so Hauzinger (2006) weiter, folgende Fragestellungen als das zentrale Anliegen von Psychotherapieforschung, gleichgültig welcher Richtung, angesehen werden (Hauzinger, 2006, S. 63):

- Was sind die Effekte verschiedener Formen von Psychotherapie?
- Wie wirksam sind die verschiedenen Formen der Psychotherapie bei verschiedenen Störungsbildern?
- Welche therapeutischen Merkmale bzw. Patientenmerkmale sind bezüglich der Therapieeffekte ausschlaggebend?
- Wie interagieren Therapeutenvariablen und Patientenvariablen mit Beziehungsaspekten, Techniken und Methoden sowie mit den Stadien (Prozess und Verlauf) von Psychotherapie?
- Wie stellt sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis von Psychotherapie dar?

Wozu ist Forschung in der Psychoanalyse überhaupt notwendig?

Dieter Bürgin beantwortet diese Frage recht präzise mit einer ganzen Liste von Argumenten: Man brauche Forschung, um therapeutische Wirksamkeit zu überwachen, Theorien und ihre Anwendung in der Praxis zu überprüfen, anschlussfähig an andere Wissenschaften zu bleiben sowie der Gefahr zu entgehen, esoterisch abzugleiten und in die Isolation zu geraten (Bürgin, 2001, S. 433).

Entgegen der früheren Befürchtung (oder Unterstellung), dass empirische Forschung automatisch quantitativ und experimentell und damit „anti-psychoanalytisch“ sein müsse, herrscht heute, so Poscheschnik (2009), weitgehend Einigkeit darüber, dass es eine Vielzahl von prinzipiell gleichberechtigten Erkenntniswegen und wissenschaftstheoretischen Standpunkten gibt und dass unterschiedliche Forschungsgegenstände und Forschungsfragen unterschiedliche methodische Zugänge erfordern (Poscheschnik, 2009, S. 342 f.). Der kleinste gemeinsame Nenner dieser Pluralität ist letztlich nur, so Poscheschnik weiter, dass wissenschaftliche Erfahrungen im Vergleich zur Alltagserfahrungen eine größere Genauigkeit,

 zu verstehen und zu beherrschen zentrales therapeutisches Anliegen ist (Enke u. Czogalik, 1992, S. 162 f.).

Vollständigkeit, Repräsentativität und Kontrastschärfe aufweisen sollten (Poscheschnik, 2009, S. 344).

Auch wenn nicht jede Form der Grundlagenforschung einen Zugewinn für die Praxis mit sich bringen muss - ebenso wenig wie aus jeder durchgeführten Therapie neue Theorien entspringen müssen - und das Verhältnis von Klinik und Forschung nicht hierarchisch sondern komplementär mit je eigenem Recht sein sollte (Poscheschnik, 2009, S. 349 f.), muss sich die empirische Forschung doch immer wieder fragen, ob sie die praktisch tätigen Psychoanalytiker mit empirisch fundiertem und abgesichertem Wissen über die Wirksamkeit der psychoanalytischen Therapien versorgen kann. Die Antwort auf diese Frage hängt mit zwei zentralen Forschungsproblemen zusammen:

1. Welche Veränderungen finden während und als Folge der Therapien statt?
2. Wie kommt es zu den Veränderungen - d.h. durch die Wechselwirkung welcher Faktoren beim Patienten, beim Therapeuten, der Therapie und der entstehenden Lebenssituation des Patienten?

Die erste Frage wird im Rahmen der Ergebnis- bzw. Outcome-Forschung, die zweite im Rahmen der Prozessforschung untersucht. Da das Verständnis des therapeutischen Geschehens und Prozesses auf keinem Fall unabhängig vom Therapieerfolg gesehen werden kann, werden Outcome- und Prozessforschung in den aktuellsten Studien, wie auch in der vorliegenden Arbeit, miteinander verbunden und in Relation zueinander untersucht.

2.2.2 Die vier Generationen der analytischen Psychotherapieforschung

Die psychoanalytische Psychotherapieforschung lässt sich anhand historischer, methodologischer oder weiterer Besonderheiten klassifizieren. Die neueren Systematisierungen von Wallerstein (2001) und Bucci (2005) überschneiden sich in einigen Aspekten und ergänzen sich in anderen, so dass durch ihre Kombination ein recht vollständiges Bild der Entwicklung der psychoanalytischen Psychotherapieforschung von ihren Anfängen in Boston 1917 bis heute entsteht. Beide Autoren kristallisieren vier Generationen der psychoanalytischen Psychotherapieforschung heraus, die sich z.T. zeitlich parallel entwickelten, „wobei sich jede neue Generation durch wachsende methodische Verfeinerungen und technologische Verbesserungen charakterisieren lässt“ (Wallerstein, 2001a, S. 38).

Die erste Generation

Die erste Generation der psychoanalytischen Psychotherapieforschung, fasste mit Hilfe einfacher Statistiken Outcome-Ergebnisse zusammen. 1930 präsentierte Fenichel, so Wallerstein (2001), Ergebnisse aus dem ersten Jahrzehnt des Berliner Institutes. Jones berichtete 1936 von Resultaten der Londoner Psychoanalytischen Klinik. Ein Jahr später legte Alexander die Ergebnisse einer Untersuchung von 157 Fällen aus der psychoanalytischen Klinik

in Chicago vor und berichtete, dass 63 Prozent der neurotischen, 40 Prozent der psychotischen und 77 Prozent der als psychosomatisch eingestuften Patienten von der Behandlung profitierten. In einer Übersichtsarbeit von Knight 1941, die alle vorliegenden Resultate der Psychoanalyse bewertete, präsentierte dieser eine Gesamtaufstellung von 952 Patienten mit einer therapeutischen Erfolgsrate von etwa 60 Prozent für die neurotischen, 80 für die psychosomatischen und 25 Prozent die für psychotischen Patienten. Den Untersuchungen dieser Generation mangelte es aber, so Wallerstein weiter, noch eindeutig an übereinstimmenden Definitionen und Kriterien. Die Nomenklatur und die diagnostischen Klassifikationen waren undifferenziert, die einzige primäre Datenbasis der Evidenz wurde durch den notwendig parteilichen Therapeuten bestimmt. Alle Studien waren überdies retrospektiv angelegt und somit für Verzerrungen, Konfundierung und Kontamination von Urteilen anfällig. Es wurde zudem versäumt, auf das Thema der therapeutischen Kompetenz in Relation zum Schweregrad bestimmter Fälle einzugehen. So kann man zusammenfassend sagen, dass die Studien der ersten Generation der Psychotherapieforschung wissenschaftlich oft noch simplistisch und methodisch mangelhaft sowie statistisch fehlerhaft waren. Solche Schlussfolgerungen spornten die Studien in der zweiten Generation zu einer formaleren und systematischeren Ergebnisforschung an, die auf die Überwindung der auffälligen methodischen Schlichtheit ausgerichtet wurde (Wallerstein, 2001b, S. 427).

Die Prozessstudien der ersten Generation hatten allerdings ihren Fokus bereits auf die Entwicklung von objektiven Auswertungsinstrumenten (und auf die Etablierung ihrer Verlässlichkeit und Validität) gerichtet, welche auch heute noch durchaus benutzt werden. Bucci (2005) unterscheidet hier, in weitgehender Übereinstimmung mit Wallerstein, zwei Hauptkategorien von Messinstrumenten: Zum einen wurden Instrumente entwickelt, die aus den Erzählungen der Patienten zu entnehmende problematischen Themen und basale Beziehungsmuster messen sollten. Dazu zählen u. a. die Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) Methode (deutsch: Zentrales Beziehungskonflikt Thema (ZBKKT)) von Luborsky 1977, die Methode der Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures (FRAMES) von Dahl und Teller 1994, die Control Mastery Theory (CMT) von Weiss et al. 1993 und das Configurational Analysis and Role Relationship Model von Horowitz 2002. Zum anderen wurden Methoden entwickelt, welche die verschiedenen Aspekte der therapeutischen Interaktion⁵ und deren Auswirkungen erfassen sollten. Eines dieser Instrumente ist der PQS von Enrico E. Jones 2002, der sich dafür eignet, therapeutische Sitzungen quantitativ zu beschreiben und zu analysieren (Bucci, 2005, S. 321 ff.). Dieses Instrument erlebt seit einigen Jahren eine Renaissance und kommt auch in dieser Studie zur Anwendung.

⁵Zur Erfassung der therapeutischen Interaktion dient auch die Comparative Psychotherapy Process Scale (CPPS) von Blagys et al. 2005. Sie stellt ein neues Instrument dar, um psychodynamisch-interpersonale und kognitiv-behaviorale Aktivitäten des Therapeuten zu erfassen. In diese Kategorie gehören außerdem die Analytic Process Scales (APS) von Waldron et al. 2002, 2004 sowie die Methode des Text Analysis System (TAS) von Mergenthaler 1985, 1993.

Die zweite Generation

Zur zweiten Generation der psychoanalytischen Psychotherapieforschung zählt Wallerstein sechs bedeutende amerikanische Projekte⁶, von denen drei auf gruppenaggregierten Studien klinischer Fälle aus dem Bostoner Psychoanalytischen Institut, dem Psychoanalytischen Forschungszentrum der Columbia Universität in New York und dem New Yorker Psychoanalytischen Institut basieren. Drei weitere sind auf der Basis individuell fokussierter Studien in New York, San Francisco und Chicago entstanden.

Die Studien des Psychoanalytischen Forschungszentrums der Columbia Universität in New York (Weber u. a., 1985a,b,c) bestanden aus retrospektiven Untersuchungen an einer großen Zahl von Patienten (295 Psychoanalysen und 286 psychoanalytische Psychotherapien), die alle von derselben Gruppe von Therapeuten behandelt wurden. Ziel der Untersuchung war es, Ergebnisse von Psychoanalysen mit denen anderer Psychotherapien zu vergleichen. Es stellte sich u.a. heraus, dass die Ergebnisse der Behandlung in Bezug auf den therapeutischen Gewinn und auf die Analysierbarkeit aus der Perspektive der Eingangsdiagnostik nur marginal vorhersagbar waren. Das auffallendste Resultat war, dass das Maß des therapeutischen Gewinns in jeder Kategorie immer wesentlich das Maß eines entwickelten analytischen Prozesses übertraf. So wurden z.B. nur 40% der Patienten, die Analysen mit gutem therapeutischen Erfolg abschlossen, nach den Projektkriterien als *analysiert* charakterisiert (Wallerstein, 2001a, S. 44; Wallerstein, 2001b, S. 429 f.). Somit war der Anteil von Analysanden, der einen therapeutischen Gewinn erzielte, substantiell immer größer als der Anteil der Patienten, der auch einen analytischen Prozess entwickelte. Dennoch konnte gezeigt werden, dass die Entwicklung eines analytischen Prozesses mit dem höchsten therapeutischen Gewinn verknüpft war, wobei die Art und die Qualität des Gewinns fraglich blieben (Weber u. a., 1985a, S. 261).

Eine Schlussfolgerung der Studie des Bostoner Psychoanalytischen Instituts (Knapp u. a. 1960) stimmte zum Teil mit den Ergebnissen des Columbia Forschungszentrums überein. Sie besagte, dass therapeutischer Gewinn oder Analysierbarkeit per se nicht vorhersagbar waren und dass, nachdem ein Fall sorgfältig als geeignet für die Analyse durch einen Kandidaten ausgewählt wurde, sein Schicksal schließlich ziemlich unbestimmt blieb. Auch hier kamen die Experten zu dem Schluss, dass nur bei 41% der Patienten ein analytischer Prozess zustande kam (Wallerstein, 2001a, S. 45; Wallerstein, 2001b, S. 428 f.).

Die Studie des New Yorker Psychoanalytischen Institutes (1979) richtete ihren Fokus

⁶Vier große europäische Projekte der zweiten Generation sind die Aktenauswertung des Anna Freud Zentrums von 765 Fällen, die über vier Jahrzehnte mit Psychoanalyse oder Psychotherapie behandelt wurden (Fonagy u. Target, 2001), die Studie der DPV über die Langzeiteffekte von Psychoanalyse und psychoanalytischen Psychotherapien, die eine große Anzahl von Patienten von kooperierenden DPV-Mitgliedern einschließt (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002), The European Multi-Site Collaborative Study of Psychoanalysis (Sweden, Finland, Norway, Holland and Italy) (Szecsödy u. a., 1997) und schließlich das Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Projekt (STOPPP)-Projekt um Sandell (Sandell u. a., 2000; Sandell, 2001, 2007; Falkentröm u. a., 2007).

stärker auf die Untersuchung von Behandlungen, die durch erfahrene Analytiker durchgeführt wurden. Die Ergebnisse waren ähnlich der vorher genannten: Von 40 Patienten waren zum Schluss 25 zufriedenstellend behandelt, aber nur für elf von ihnen wurde die Behandlung als abgeschlossen angesehen; 24 der Patienten hatten deutlich profitiert, aber nur 17 waren in einen psychoanalytischen Prozess involviert (Wallerstein, 2001a, S. 45; Wallerstein, 2001b, S. 430).

Pfeffer hatte bereits 1963 die Ergebnisse seiner Studie veröffentlicht, die er ebenfalls am Behandlungszentrum des New Yorker Psychoanalytischen Institutes durchgeführt hatte. Er untersuchte sehr intensiv insgesamt neun Patienten, die ihre Analysen abgeschlossen und an einer Serie von Katamnese-Interviews (im Schnitt bis zu sieben Sitzungen) durch einen Katamneseanalytiker in einer Frequenz von einer Sitzung pro Woche teilgenommen hatten. Der wichtigste Befund dieser Studie war, dass es in allen Fällen zu einem katamnestischen Übertragungsphänomen kam, sogar einschließlich aufflackernder Symptome, die allerdings rasch wieder abklangen. Daraus zog Pfeffer den Schluss, dass den Symptomen zugrunde liegende Konflikte durch die Analyse nicht wirklich abgeschlossen waren, sondern dass sie mit Hilfe neuer und adäquaterer Lösungen nur besser bewältigt wurden. Somit wurden neurotische Konflikte nicht aufgelöst, sondern verloren einfach ihre Schärfe (Pfeffer 1963; Wallerstein, 2001a, S. 46; Wallerstein, 2001b, S. 431).

Eine Forschungsgruppe in San Francisco (Norman et al., 1976; Oremland et al., 1975) und eine weitere in Chicago (Schlessinger & Robbins, 1974, 1975, 1983) replizierten später Pfeffers Studien mit geringfügigen Veränderungen und bestätigten sie. In der Folge entstand die Rede vom sogenannten *Pfeffer-Phänomen*. Die Schlussfolgerung der Gruppe aus San Francisco war, dass in den von ihr untersuchten Fällen die infantile Neurose nicht verschwunden war. Was sich verändert hatte, war das Ausmaß, in dem sie das tägliche Leben des Patienten beeinflusste. Die Gruppe aus Chicago schlussfolgerte, dass psychische Konflikte im analytischen Prozess nicht gelöst wurden. Vielmehr schienen die Analysanden in der Identifikation mit der analysierenden Funktion des Analytikers eine vorbewusst aktive *selbst-analytische Funktion* - gleich dem Schluss, zu dem später Sandell auch kam (Sandell u. a., 2000; Sandell, 2001, 2007; Falkentröm u. a., 2007) - zu entwickeln, die als eine erlernte Weise der Konfliktbewältigung betrachtet werden konnte (Wallerstein, 2001a, S. 46).

Die dritte Generation

In der so genannten dritten Generation wurde die Unterscheidung zwischen Ergebnissen bei Behandlungsbeendigung und einem zuvor festgelegten Nacherhebungszeitpunkt (zwischen zwei und fünf Jahren nach Therapieabschluss) zum klar abgegrenzten Forschungsfokus und damit zu einem der Vorzüge gegenüber den etwa zeitgleich durchgeführten Studien der zweiten Generation. Die Untersuchungen der dritten Generation waren systematische und formale psychoanalytische Psychotherapieforschungsprojekte, die versuchten, sowohl das analytische Ergebnis bei einer relevanten Zahl von Fällen zu untersuchen, als auch durch intensive Langzeitstudien jedes individuellen Falles die Prozesse zu bestimmen, durch wel-

che diese Ergebnisse erzielt wurden. Auf diese Weise verbanden diese Studien die methodischen Ansätze der gruppenaggregierten Studien mit denen der individuell fokussierten Studien (Wallerstein, 2001a, S. 47).

Wichtige Studien dieser Generation sind die der Bostoner Institutsambulanz in den 1970er Jahren, deren Ergebnisse Kantrowitz et al. 1986 und 1987 zusammenfassten: 22 supervidierte analytische Fälle waren für eine prospektive Studie ausgewählt worden. Die Analysen von neun der 22 Patienten wurden zunächst als erfolgreich eingeschätzt, fünf hielt man für begrenzt erfolgreich, acht Patienten blieben unanalysierbar. Trotzdem erzielte der überwiegende Teil der Patienten therapeutische Gewinne und der therapeutische Gewinn übertraf das analytische Resultat im Sinne der abgeschlossenen analytischen Arbeit. Dennoch konnte ein erfolgreiches Ergebnis nicht aus den Vorhersagevariablen erschlossen werden. Dieser Befund veranlasste die Untersucher zu der Spekulation, dass es die jeweilige Therapeut-Patient-Passung in der Ausformung der psychoanalytischen Zwei-Personen-Interaktion gewesen sein könnte, die zu dem Ergebnis beitrug. Das gleiche Team untersuchte nun fünf bis zehn Jahre nach Behandlungsbeendigung die gleiche Patientenkohorte. 19 der 22 Patienten konnten aufgefunden werden, 18 erklärten sich mit einem Interview einverstanden. Drei der 18 Patienten ging es weiterhin besser, vier blieben stabil, sechs Patienten ging es wieder schlechter, sie konnten sich aber mit zusätzlicher Behandlung wieder verbessern, vier ging es trotz zusätzlicher Behandlung schlechter und einer konnte nicht einbezogen werden, weil er wieder bei seinem alten Therapeuten in Behandlung war. Insgesamt konnte die Stabilität der Ergebnisse in der Nachuntersuchungsperiode nicht aus der Einschätzung zum Zeitpunkt der Behandlungsbeendigung vorhergesagt werden. Die psychologischen Veränderungen zwischen Therapieende und Katamnesezeitpunkt waren bei der Gruppe von Patienten, für die ein erfolgreiches analytisches Ergebnis konstatiert wurde und die beträchtlichen therapeutischen Gewinn erzielten, nicht stabiler als bei der Gruppe von Patienten, die nur therapeutischen Gewinn hatten. Die Art der Passung beeinflusste bei zwölf der 17 Patienten die Therapieergebnisse. Passungen wurden in drei Gruppen eingeteilt: förderlich, hinderlich sowie eine Art der Passung, welche zunächst die Entfaltung des analytischen Prozesses erleichterte, aber später die Vollendung der analytischen Arbeit zu behindern schien (Wallerstein, 2001a, S. 48 f.; Wallerstein, 2001b, S. 432 f.).

Das Psychotherapieforschungsprojekt der Menninger Stiftung war eine weitere systematische, methodisch fundierte und sehr umfassende formale psychoanalytische Ergebnisforschungsstudie, die nahezu den ganzen Lebenszyklus vieler ihrer Patienten umfasste. Das Buch *Forty-two lives in treatment* von Wallerstein (1986) enthält die vollständige Darstellung der Befunde und Schlussfolgerungen des Projektes. Die Fragen, die zu beantworten diese Studie sich zum Ziel setzte, betrafen sowohl das Ergebnis als auch den Prozess: Was hat sich aufgrund der Therapie verändert und mit welchen Prozessmerkmalen sind diese Veränderungen in Zusammenhang zu bringen? Das Ergebnis dieses Forschungsprojektes war, dass die Befunde der Psychoanalyse und der verschiedenen Kombinationen expressiv-supportiver Psychotherapien dazu tendierten, zu konvergieren und nicht, wie angenommen, zu divergieren. Des Weiteren erhielten alle Behandlungen mehr supportive Elemente

als ursprünglich angenommen (Wallerstein 1989; Wallerstein, 2001a, S. 49 f.). Die Psychoanalyse hatte lange Zeit auf der Annahme beharrt, dass strukturelle Veränderungen, allein herbeigeführt durch Konfliktlösung und erzielt auf Grund von Einsicht, inhärente Stabilität garantieren können. Die Studie zeigte jedoch, dass die in den supportiveren Therapien erzielten Veränderungen oft genug mindestens genauso strukturell waren wie die Veränderungen, die in den analytischen Therapien erzielt wurden. Die supportiven Elemente erklärten mehr substanzielle Veränderungen als ursprünglich angenommen. Schließlich schien sogar effektive Konfliktlösung nicht notwendig für Veränderung als Folge der Therapie zu sein (Wallerstein, 2001a, S. 53; Wallerstein, 2001b, S. 433 ff.).

In der zweiten und dritten Generation der analytischen Psychotherapieforschung, deren Studien parallel zueinander liefen, wurde in erster Linie auf die Erfassung der Wirksamkeit von Psychoanalysen sowie die Bestimmung der Analysierbarkeit Wert gelegt. Die Konzepte nahmen die Charakteristika der Patienten in den Blick und ließen außer Acht, dass jeder Analytiker einen ganz bestimmten Einfluss auf den Prozess hat. Die Studien befassten sich ausschließlich mit der Frage, ob die Therapien wirkten und versuchten herauszuarbeiten, welche Faktoren zu positiven Ergebnissen beitrugen. Wegen ihrer Bedeutung für die hier vorgelegte empirische Untersuchung sind zwei Ergebnisse dieser Studien bezüglich der Analysierbarkeit von Patienten besonders hervorzuheben: 1. Alle Patienten, bei denen zu Beginn eine neurotische Störung diagnostiziert und eine Analyse indiziert wurden, erzielten irgendeine Art therapeutischen Erfolg. Nur bei 40 Prozent der Patienten stellte sich ein analytischer Erfolg ein: die Entwicklung des analytischen Prozesses und eine zumindest teilweise gelöste Übertragungsneurose. 2. Aufgrund der Anfangsdiagnose war es nicht möglich vorherzusagen, bei welchen Patienten sich ein analytischer Prozess entwickelt und bei welchen Veränderungen als Folge der Therapie dauerhaft erhalten bleiben würden.

Die vierte Generation

In der vierten und aktuellen Generation der psychoanalytischen Psychotherapieforschung geht es vor allem um die Effektmaximierung analytischer Psychotherapie. Dabei tauchen folgende Fragen auf:

- Wie kommen Veränderungen in den Therapien zustande?
- Was genau geschieht und wirkt in der Psychotherapie?
- Welche psychotherapeutischen Prozesse lassen sich unterscheiden?
- Was sind die wesentlichen Determinanten dieser psychotherapeutischen Prozesse?

Wie weiter oben bereits erwähnt, hält z.B. Tschuschke (2009) konsequenterweise aufwändige Process-Outcome-Forschung für den einzig gangbaren und vernünftigen Weg, diese Fragen zu beantworten. Eine systematische, kontinuierliche Untersuchung der komplexen Therapiesituation – über mehrere Patienten-Therapeuten-Paare und unterschiedliche Störungsbilder sowie im natürlichen Setting stattfindende psychotherapeutische Behandlungen –

kann in der Kulmination der Ergebnisse, so Tschuschke weiter, zuverlässige Aussagen darüber liefern, welcher Patient mit welcher Störung (oder welchem komplexen Störungsbild) bei welchen und wie arbeitenden Therapeuten, ab welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung, aufgrund welcher Beziehungsentwicklung und welcher Intervention, in welchem Zeitraum, in welchen Bereichen und in welcher Art sich wie verändert und was das Ganze mit katamnestic gesichertem Therapieerfolg bzw. -misserfolg zu tun hat. Die moderne Prozessforschung geht deshalb in Mikrobereiche des psychotherapeutischen Geschehens hinein und untersucht vollständige Psychotherapien, indem jede Interaktion in den therapeutischen Dyaden mit aufwendigen Verfahren objektiv, durch kompetente Beurteiler eingeschätzt wird. Erst ein solches Vorgehen erlaubt es, psychotherapeutische Veränderungen auf höhere und bessere Wahrscheinlichkeitsaussagen zu gründen, auf ihre kausalen Auslöser zurückzuführen und die Relevanz der Ergebnisse für den praktisch tätigen Psychotherapeuten zu erhöhen (Tschuschke u. a., 2009, S. 164).

Laut Bucci (2005) sollten Prozess-Ergebnis-Untersuchungen objektive Prä- und Postbehandlungsauswertungen beinhalten, Follow-Up- bzw. Katamneseuntersuchungen zu festgelegten Messzeitpunkten einschließen und ein prospektives Design aufweisen. Des Weiteren sollen zwei Perspektiven, nämlich zum einen die subjektiven Erfahrungen des behandelnden Analytikers (Online-Forschung) und zum anderen die Sicht der Offline-Forscher, die das aufgezeichnete Stundenmaterial mit mehreren validen und verlässlichen empirischen Instrumenten multimethodisch erforschen, miteinander kombiniert werden (Bucci, 2005, S. 329 f.). Auch Mertens (2004) plädiert für die Nutzung und Vernetzung der vorhandenen Erkenntnisinstrumente und Methoden mit neu zu entwickelnden methodischen Möglichkeiten, um zu einer größeren Feinauflösung in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung beizutragen. Die moderne Forschung müsse theorie- und methodenpluralistischen Ansätzen folgen. Zudem sollten sich die Forscher wegen der Komplexität der Daten, des enormen Erhebungs- und Auswertungsaufwandes für (in erster Linie) qualitative Daten und der Notwendigkeit von Längsschnittstudien in Forschungsverbänden organisieren. Auf diese Weise könnten sie für eine Forschung, die auch für die Praxis brauchbare Ergebnisse hervorbringt, Gemeinschaftsarbeit leisten. Es wäre notwendig in solchen Forschungsverbänden auf eigene Urheberschafts-Gratifikationen zu verzichten, wobei die individuellen Leistungen durchaus identifizierbar bleiben würden (Mertens, 2004, S. 49). Bucci (2005) argumentiert in diesem Sinne zu Recht für ein gemeinsames psychoanalytisches Archiv (Bucci, 2005, S. 330).⁷

⁷Auch wenn die Ulmer Textbank offenbar nicht mehr ursprünglich intendierten Maß weitergeführt wird und keine internationale Entsprechung gefunden hat, so war es doch die Ulmer Forschungsgruppe um Thomä und Kächele, die immerhin als erste bewiesen hat, dass eine derartige gemeinsame Forschung möglich ist und die Grundsteine dafür legte, dass spätere Forschungsprojekte, wie das Projekt der DPV, möglich wurden. So wurde etwa der *Musterfall Amalie X* (siehe z.B. Albani u. a. 2001 und Levy u. a. 2008), der Fachöffentlichkeit zur Verfügung gestellt, damit unabhängige Forscher mit verschiedenen Instrumenten zusammen an dem gleichen klinischen Material arbeiten und so ihre Befunde vergleichen können (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002).

Ein weiteres Ziel der vierten Generation der Prozessforschung ist die Integration verschiedener psychoanalytischer Prozessstudien, die mehr oder minder unabhängig voneinander über die letzten zwei bis drei Jahrzehnte durchgeführt wurden. Dies versucht z.B. das Collaborative Analytic Multicentre Programm (CAMP), das 16 Prozess-, Ergebnis- sowie Prozess-Ergebnis-Therapieforschungsgruppen zusammenführt, um die Befunde in Relation zu der gleichen Datenbasis über alle diese Gruppen zu vergleichen, zu kontrastieren und so das Ausmaß der Konvergenz der Konzepte und Instrumente dieser Forschungsgruppen auszuloten. Außerdem sollen hier auch Maß und Natur des Ineinandergreifens von Prozess- und Ergebnisforschung bestimmt werden (Wallerstein, 2001a, S. 55; Wallerstein, 2001b, S. 437 f.).

Zu den wichtigsten Studien der vierten Generation, die zum Teil im nächsten Unterkapitel ausführlicher dargestellt werden, gehören u. a. die Berliner Studie von Rudolf et al., die Penn-Studie von Luborsky et al., die Praxisstudie analytischer Langzeitpsychotherapie von Rudolf et al. und die Göttinger Studie von Leichsenring et al.

2.2.3 Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychoanalyse

In der naturwissenschaftlichen Medizin wird im Idealfall, so Cremerius (2003), angenommen, dass bei richtiger Diagnose und richtiger Indikationsstellung bei allen Patienten in gleicher Weise der Effekt – nämlich die Verbesserung der Symptomatik – eintritt und dies unabhängig von der Person des Behandelnden und der Beziehung zwischen Arzt und Patient. In der Psychotherapie dagegen wird das Subjektive zum entscheidenden Faktor (Cremerius, 2003, S. 15). Zwar ist der Beweis schon lange erbracht, dass psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse wirken, es fehlt jedoch immer noch ausreichendes Wissen darüber, WIE und WARUM sie wirken, also auf welche *Wirkfaktoren* und *Prozessmerkmale* die Veränderungen im Patienten zurückzuführen sind. Der Begriff *Wirkfaktor* wird dabei zur Beschreibung von Therapievariablen verwendet, die im Rückblick für die therapeutische Wirkung verantwortlich gemacht werden (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 72). Wirkfaktoren sind aber, so Mertens, selten oder gar nicht aus der Theorie, geschweige denn aus gesichertem professionellem Praxiswissen abzuleiten. Sie wurden bisher eher durch Autorität und metaphorische Belege behauptet, jedoch nicht genügend erforscht und empirisch bestätigt (Mertens, 2004, S. 56). Aussagen mutiger Therapeuten, die offenlegen, was sie in ihren Therapiesitzungen tatsächlich tun, zeigen jedoch mittlerweile eindeutig, dass das, was geschieht, viel weniger systematisch und methodenzentriert ist als angenommen und dass Therapeuten in der tatsächlichen Behandlung oft technische Regeln hinter sich lassen und eigene private Theorien für das Verständnis der Patienten einführen (Cremerius, 2003, S. 20).

Das folgende Kapitel dieser Arbeit versucht zusammenfassend darzustellen, was nach aktuellem Wissen in Psychotherapien im Allgemeinen und in psychoanalytischen Therapien

im Besonderen wirkt.

Bevor man jedoch die Frage stellt, was wirkt, muss notwendigerweise definiert werden, ob und welche Veränderungen als Folge der Therapie auftreten und wie diese zu verstehen sind. Hierbei tauchen Aspekte auf, die den Bereich der Philosophie berühren. So fragt z.B. Cremerius: Sind verbesserte Arbeits- und Liebesfähigkeit - beides erklärte Ziele der Psychoanalyse und psychoanalytischen Therapie - mit menschlichem Glück gleichzusetzen? Wie definiert man einen gesunden Menschen? Was ist überhaupt Gesundheit? Wie unterscheiden wir menschliches Leiden von Krankheit, „wenn wir den Menschen als das Wesen verstehen, dem seine Existenz nicht gegeben, sondern aufgegeben ist, der per definitionem konflikthaft ist, ja, von dem wir sogar sagen, dass er erst durch seine Konflikthaftigkeit Mensch ist? Und ist das nicht der Boden für den kreativen und den tragischen Menschen? Und wissen wir nicht, dass körperliches Leiden oft eine Hilfe sein kann? (...) Ist es nicht manchmal der Körper, der freundschaftlich einspringt und hilft?“ (Cremerius, 2003, S. 21). Cremerius erinnert an Fälle, wo nur ein begrenztes Heilungsziel angestrebt war, weil es für die Patienten besser zu sein schien, ihre Symptome zu behalten, da die bestehende Krankheit sie vor Schlimmerem zu schützen schien. Für ihn bedeutet Gesundheit die Freiheit der Person, mit den inneren wie äußeren Problemen so umgehen zu können, dass sie verstanden und situations- und realitätsadäquat behandelt werden können, was aber nicht mit einem Zustand von Leidfreiheit gleichzusetzen ist. Der Patient soll nach einer erfolgreichen Therapie zu jemanden werden, der statt an seinen unbewussten Konflikten am Menschsein leidet (Cremerius, 2003, S. 22).

Allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren

Unter *allgemeinen* bzw. *unspezifischen Wirkfaktoren* (engl. *common factors*) werden laut Pfammatter und Tschacher (2012) Therapievariablen verstanden, die implizit in allen Psychotherapieverfahren auftreten und zu therapeutischen Veränderungen beitragen. Weder kommen sie exklusiv bei bestimmten Psychotherapiemethoden zum Tragen, noch spielen sie in der Behandlung spezifischer Störungen eine Rolle (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 69; Wöller u. Kruse, 2010, S. 175).

Nach dem Entwurf eines Positionspapiers des Vorstandes der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) vom 25.09.2008 sind solche allgemeine Wirkfaktoren vor allem therapeutische Kompetenzen, die einen verhältnismäßig wichtigen Einfluss auf den Therapieerfolg haben. Diese sind: *fachlich-konzeptionelle Kompetenz*, d.h. der Therapeut soll Kenntnisse über wissenschaftlich begründete psychotherapeutische, psychologische, biologische und soziologische Modelle psychischer Erkrankungen haben; *personale Kompetenzen*, d.h. der Therapeut soll über Fähigkeit zur Selbstreflexion verfügen und schließlich *Beziehungskompetenzen*, d.h. der Therapeut soll über Kommunikations- und Bindungsfähigkeit verfügen (Kuhr u. Vogel, 2009, S. 374).

Grawe formulierte 2000 in seinem *Modell der Allgemeinen Psychotherapie* folgende allge-

meine Wirkprinzipien der Psychotherapie: *die therapeutische Beziehung* und deren Qualität; *Ressourcenaktivierung*, d.h. die Aktivierung der Eigenschaften, die ein Patient in die Therapie mitbringt wie z.B. die motivationale Bereitschaft oder die Fähigkeiten und Interessen des Patienten; *Problemaktualisierung*, d.h. die Aktivierung der als zentral angenommenen Problemstrukturen, die zum Erleben gebracht und dann durch das reale Erleben in der Therapiebeziehung dauerhaft verändert werden sollen; *aktive Hilfe zur Problembewältigung*, d.h. dem Patienten soll dabei geholfen werden, die Zustände, Schwierigkeiten, Probleme, die sein Leben bestimmen, besser zu verstehen und zu bewältigen. Schließlich *die motivationale Klärung*, d.h. dem Patienten soll dabei geholfen werden, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden (Lammers u. Schneider, 2009, S. 474).

Meyer (2003) listet hingegen folgende allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren auf: es soll *eine helfende Beziehung* angeboten werden, welche uneigennützig und weniger wertend als eine private Helferbeziehungen ist; *Probleme sollen geklärt, definiert und umdefiniert werden*; es soll nach möglichst konstruktiven *Problemlösungen* gesucht werden bzw. es sollen solche angeboten werden und schließlich sollen Ängste, Zwänge, Schmerzen und weitere *Symptome* in der und durch die Therapie *in einen psychosozialen Zusammenhang gebracht werden*, in dem sie eine Funktion haben (Meyer, 2003, S. 18).

Nach dem derzeitigen Stand der Psychotherapieforschung scheint das Modell von Orlinsky und Howard über Psychotherapie aus dem Jahre 1987 am besten zusammenzufassen von welchen Faktoren der Therapieerfolg, egal welcher Therapierichtung, abhängt. Orlinsky und Howard postulieren, dass der Erfolg einer Therapie von den *Passungen* abhängt, die sich zwischen den folgenden vier wichtigsten Faktoren einstellen: die Person des *Patienten*, die Person des *Therapeuten*, das *Behandlungsmodell* des Therapeuten (Menschenbild und Technik) und die *Störung* des Patienten (Eckert, 2004, S. 245). So unterscheiden Orlinsky und Howard in ihrem *Generic Model of Psychotherapy* zunächst drei große Gruppen von Variablen, die Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Die *Input-Variablen* beinhalten die Ausgangsvariablen der Therapie wie die Patientenmerkmale, die Therapeutenmerkmale, das gesellschaftliches Zuweisungssystem sowie die spezifischen Merkmale der Behandlungssettings. Die *Output-Variablen* oder Auswirkungen der Therapie fokussieren in der Regel auf Effekte beim Patienten. Schließlich beschreiben die *Prozess-Variablen* unterschiedliche Aspekte der Therapie an sich. Orlinsky unterscheidet sechs Aspekte oder Facetten: Der therapeutische Vertrag steht für den formalen Aspekt; die therapeutische Maßnahmen vertreten den instrumentellen oder technischen Aspekt; die therapeutische Beziehung steht für den interpersonalen Aspekt; die innere Selbstbezogenheit steht für den intrapersonalen Aspekt; die unmittelbaren Auswirkungen der Therapiesitzung beschreiben den klinischen Aspekt (hierzu gehören die Wirkfaktoren während der Sitzung wie z.B. Einsicht, Entlastung); der sequentiell verlaufende Prozess steht für den zeitlichen Aspekt. Nach diesem Modell ist der Erfolg einer Therapie also von folgenden Variablen abhängig: vom Behandlungsmodell, das ein wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Vertrages ist, von den therapeutischen Maßnahmen und Interventionen sowie von der therapeutischen

Beziehung. Für welche Behandlungsmodell sich ein Therapeut dabei entscheidet, hängt von seinen professionellen Merkmalen (z.B. von seiner theoretischen Ausrichtung), von seinen Persönlichkeitsmerkmalen und von den Merkmalen des Patienten (z.B. von der Art und Schweregrad der Störung) ab (Orlinsky, 1994, S. 34 ff.).

Spezifische psychoanalytische Wirkfaktoren

Als *spezifische Wirkfaktoren* werden wiederum laut Pfammatter und Tschacher (2012) die in einem bestimmten Psychotherapiekonzept explizit verankerte Therapietechniken bezeichnet, wobei sich spezifisch sowohl auf die besondere Bedeutung eines Wirkfaktors für ein bestimmtes Psychotherapie- oder Störungsmodell bezieht, als auch auf seine explizite theoretische Spezifizierung im Rahmen dieses Therapie- oder Störungskonzepts. Sie sind einerseits Standardtechniken der verschiedenen Psychotherapieschulen, andererseits auch störungsspezifische therapeutische Vorgehensweisen und werden so entweder allein unter einem bestimmten Psychotherapiemodell oder zur Behandlung bestimmter psychischer Störungen eingesetzt (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 69).

In der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie werden folgende drei Faktoren als wirksam und absolut notwendig angesehen, um das bereits genannte Therapieziel – die strukturelle Veränderung bzw. die Umstrukturierung der Persönlichkeit – zu erreichen. Erstens wird *die Entwicklung einer Übertragungsbeziehung und deren Deutung* als unverzichtbarer Wirkfaktor angesehen, wobei neben der Übertragungsbeziehung auch eine reale Beziehung zwischen Analytiker und Analysand existiert, welche sowohl als Rahmenbedingung als auch therapeutisches Agens wirksam ist. Zweitens muss der Patient *Einsicht* gewinnen (Wöller u. Kruse, 2010, S. 175). D.h. er muss ein vertieftes Verständnis sowohl über seine frühkindliche Entwicklung und Beziehungsmuster als auch über seine gegenwärtigen Gefühle entwickeln. Die Deutungsarbeit des Therapeuten soll hierzu beitragen. Schließlich müssen durch *Regression* in der therapeutischen Situation frühkindliche Gefühle und Erfahrungen aktualisiert, reinszeniert, wiederholt und lebendig gemacht werden. So kann der Patient korrigierende emotionale Erfahrungen machen, wodurch das im impliziten Gedächtnis gespeicherte Beziehungswissen verändert werden kann. Die Tiefe der neuen impliziten Beziehungserfahrung und der Einsicht ist an die Tiefe der Regression gekoppelt. Zusammenfassend bedeutet dies, dass das Therapieergebnis vom Therapeuten und den therapeutischen Techniken, in hohem Maße aber auch vom Patienten abhängt sowie davon, welche Erfahrungen dieser in der Therapie macht. Des Weiteren muss die persönliche Gleichung oder Passung zwischen Therapeut und Patient als maßgebend für den therapeutischen Erfolg betrachtet werden (Bräutigam u. a., 2003).

Nach Mertens (1991) sind für die Psychoanalyse folgende Wirkfaktoren auf Seiten des Therapeuten bedeutsam: „Die Anerkennung der eigenen, unweigerlich sich einstellenden (neurotischen) Übertragungen und Gegenübertragungen und die kreative Nutzung dieser Gefühlseindrücke, Bilder und Phantasien ermöglichen überhaupt erst, *die psychoanalytische Grundeinstellung, per Empathie* und szenischem Verstehen die verbalen und non-

verbalen Mitteilungen des Patienten tiefenhermeneutisch zu entschlüsseln und die in ihnen zum Ausdruck kommenden Wünsche und Affekte mittels *Holding* und *Containing* annehmen und transformieren zu können.“ Auch muss der Analytiker *fähig sein, zuzuhören* (Mertens, 1991, S. 195). *Übertragungsdeutungen* müssen, so Mertens nach Körner, sowohl im Sinne einer Arbeit an der Übertragung als auch im Sinne einer Arbeit in der Übertragung gemacht werden (Körner, 1989, S. 214; Mertens, 1991, S. 206 f.). Schließlich sind *genetische Deutungen, Rekonstruktionen und Außer-Übertragungsdeutungen* weitere wichtige Wirkfaktoren in der psychoanalytischen Therapie (Mertens, 1991, S. 210). Auf Seiten des Patienten nennt Mertens als Wirkfaktoren eine Art *intellektueller Einsicht* und affektiver Einsicht (Mertens, 1991, S. 217 f.), die *Verinnerlichung* (Mertens, 1991, S. 221) und die *neue Beziehungserfahrung* als wirkungsvoll (Mertens, 1991, S. 224). Weiterhin nennen die meisten Autoren und Analytiker, dass ein *Grundmaß an Sympathie* dem Patienten gegenüber unerlässlich für eine gute therapeutische Zusammenarbeit sei. Zur therapeutischen Haltung und Sympathie bekannte Freud bereits 1895: „Ich könnte mir nicht vorstellen, daß ich es zustande brächte, mich in den psychischen Mechanismus einer Hysterie bei einer Person zu vertiefen, die mir gemein und widerwärtig vorkäme, die nicht bei näherer Bekanntschaft imstande wäre, menschliche Sympathie zu erwecken...“ (Freud, 1895, S. 264). Zu dem gleichen Thema schrieb Ferenczi 1932 ein klinisches Tagebuch mit dem Titel *Ohne Sympathie keine Heilung* . Auch Cremerius (2003) sagt hierzu: „Ein psychotherapeutischer Prozess (...) kann vom Therapeuten nur dann erfolgreich durchgeführt werden, wenn er sich in den Patienten einfühlen kann, Antennen für ihn hat und eine tragende und tragfähige Sympathie für ihn aufbringt. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, wird seine therapeutische Kompetenz nicht ausreichen, die Behandlung zu einem guten Ende zu führen“ (Cremerius, 2003, S. 22). Hierzu passend berichtete 2007 auch Grande darüber, dass Therapeuten in gescheiterten Therapien im Vergleich zur erfolgreichen Therapien häufiger kritisch-feindselig und seltener ermutigend-fürsorglich waren. Die Aufbau und die Entwicklung einer guten und von Sympathie getragenen therapeutischen Beziehung scheint also einer der wichtigsten Wirkfaktoren zu sein. Dies erfordert eine große Sensibilität vom Therapeuten und zumindest am Anfang eine positivere und supportivere statt eine nur interpretativ-deutende Haltung (Poscheschnik, 2009, S. 356).

Insgesamt herrscht unter den Analytikern noch aber weitgehend Uneinigkeit darüber, ob mehr die Wirkfaktoren auf Seiten des Therapeuten oder die auf Seiten des Patienten die große Variationsbreite in den Behandlungsergebnissen erklären und vorhersagen können. Sandell (2007) weist auf Arbeiten von Wampold (2001) sowie von Norcross und Lambert (2006) hin, die übereinstimmend die Meinung vertreten, dass Patient und Therapeut die wichtigsten Quellen dieser Variationsbreite sind. Dabei scheinen 10% der Therapieergebnisse auf den Therapeuten und 6 bis 7% auf die therapeutische Allianz zurückführbar zu sein, wobei letzteres auch von der Person des Therapeuten abhängt. Was den Einfluss des Patienten betrifft, so zitiert Sandell ebenfalls Norcross und Lambert (2006), die meinen, dass zwischen 65 und 80% der Behandlungsergebnisse auf diesen zurückzuführen sind, während Wampold (2001) diesen Anteil noch höher auf 80 bis 85% schätze (Sandell, 2007, S. 463 f.). Sandell zeigt, dass bis heute nicht eindeutig geklärt wurde, ob eine gute

oder schlechte Behandlung vom Patienten oder vom Therapeuten abhängt oder doch von der Kombination aus diesen beiden oder von ihrer Passung. Aufgrund der Auswertungen des von ihm geleiteten Stockholmer Forschungsprojekts, das später detailliert dargestellt wird, konnte festgestellt werden, dass die Relevanz der beiden Therapiepartner zwischen den verschiedenen Ergebnisvariablen nur leicht differierte und zwar so, dass die Untersucher diese Differenz nicht interpretieren konnten (Sandell, 2007, S. 475). Im Hinblick auf das Gesamtergebnis schienen Patient und Therapeut annähernd gleich relevant zu sein, wenn auch mit einer leichten Priorität zugunsten des Patienten. Sandell fordert deshalb die aktuelle und zukünftige Forschung auf, sich viel mehr darauf zu konzentrieren, was gute Therapeuten tun und weniger gute nicht tun, wobei er den Schwerpunkt besonders auf das therapeutische Milieu legt, das er eine sich *kumulierende Megaintervention* nennt. Diese Megaintervention scheint insgesamt von den professionellen Werten und Überzeugungen, aber auch von der Persönlichkeit des Therapeuten abzuhängen. Er weist dabei auch auf die Beobachtungen Beutels hin (Beutel et al., 2004), der ebenfalls vielversprechende therapeutische Effekte im Zusammenhang mit bestimmten Einstellungen und Wertvorstellungen des Therapeuten beobachtet hat (Sandell, 2007, S. 476).

Allgemein darf man aber behaupten, dass der wissenschaftlich bisher wohl am besten gesicherte Wirkfaktor ein unspezifischer Wirkfaktor ist: die therapeutische Beziehung. Nach Lambert deckt die therapeutische Beziehung 30% der Varianz des therapeutischen Erfolges ab (Lambert, 1992). Folgt man den oben genannten Rechnungen, so ist zu bezweifeln, dass spezifische Techniken und Methoden mehr als 15% des Therapieerfolgs ausmachen (Miller et al. 2000, Butollo 2000), also werden 85% der Wirksamkeit der psychotherapeutischen Behandlung auf die common factors zurückgeführt.

Ziel der aktuellen Psychotherapieforschung sollte demnach sein, die Komplexität der menschlichen Beziehung und insbesondere die Kompetenzen des Therapeuten weiter auszuloten, anstatt nach spezifischen Wirkfaktoren und Techniken zu fahnden.

Die folgende Arbeit untersucht zunächst, ob die stattgefundenen psychoanalytischen Langzeitpsychotherapien im Sinne von Hypothese 1 wirksam waren, d.h. ob eine signifikante positive strukturelle Veränderung sowie eine Umstrukturierung (beides bezogen auf die zentrale Themen der Patienten) im psychoanalytischen Sinne erreicht worden ist. Danach geht es mit Hilfe von Hypothese 2 und 3 darum, mit welchen Prozessmerkmalen diese Veränderungen in Zusammenhang zu bringen sind. Dabei wird versucht, Antworten auf folgende Fragen zu finden: Sind es die spezifisch psychoanalytischen Prozesselemente, die für die Ergebnisse verantwortlich sind? Sind eventuell gar nicht diese spezifischen Prozesselemente sondern solche anderer therapeutischer Richtungen (Verhaltenstherapie und interpersonale Therapie) mit den strukturellen Veränderungen in Zusammenhang zu bringen? Oder sind möglicherweise gar nicht die therapiespezifische Prozesselemente, sondern eher die oben genannten allgemeinen therapeutische Prozessmerkmale für die Ergebnisse verantwortlich? Können Muster allgemeiner Wirkfaktoren erkannt werden, die für alle Patienten gültig sind?

Die aktuellen Wirksamkeits- und Wirkungsforschungsstudien und deren wichtigste Ergebnisse werden später in demjenigen Diskussionsteil kurz skizziert, wo ihre Aussagen mit den Fragestellungen dieser Arbeit zusammenhängen, sie bestätigen oder widerlegen.

2.2.4 Ziele und Vorgehensweisen des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungs-Projekt (MBWP)

Das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt, das von dem mittlerweile emeritierten Prof. Dr. Wolfgang Mertens und dessen Assistentin Dr. Susanne Hörz am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychoanalyse an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München in Kooperation mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. geleitet wird und 2003 ins Leben gerufen wurde, versucht den Anforderungen der vierten Generation der psychoanalytischen Prozessforschung gerecht zu werden. Im Rahmen dieses Projektes wurden sowohl prozess- als auch ergebnisorientierte Daten von 17 ambulant durchgeführten psychoanalytischen Langzeitpsychotherapien mit einem Sitzungsumfang von 240 bis 400 Stunden erhoben und im Sinne modernster Psychotherapieforschung multimethodisch, qualitativ ebenso wie quantitativ untersucht. Das Projekt verfolgt das anspruchsvolle Ziel, trotz einer zwangsläufigen Partialisierung des Geschehens, gültige Aussagen über das therapeutische Prozessgeschehen zu formulieren und damit einen Beitrag nicht nur zur Wirkmächtigkeit sondern auch zur Wirkungsweise psychoanalytischer Therapien zu leisten. Somit legt das MBWP seinen Schwerpunkt auf die Erfassung des therapeutischen Prozesses, der zu tiefgreifenden Veränderungen bei den Patienten führt. Die einzelnen Therapien wurden vom Erstgespräch bis zu ihrem Abschluss durch das Forschungsteam begleitet. Die therapeutischen Sitzungen wurden über mehrere Messzeitpunkte hinweg audiografiert und anschließend transkribiert. Erfasst wurden jeweils die ersten fünf Gespräche und anschließend im Abstand von 80 Therapiesitzungen weitere fünf Sitzungen bis zum Abschluss der Therapie. Externe Interviewer (zunächst Dr. Thomas Biehler, später Dr. Susanne Hörz) führten überdies zu jedem Messzeitpunkt OPD-Interviews durch. Etwa einem Jahr nach Therapiebeendigung fanden außerdem katamnestische Messungen statt. Zur Erstdiagnostik diente das erste Manual für Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-1). Weitere im Rahmen des Projektes angewandte Messinstrumente waren die HUSS von Rudolf, Grande und Oberbracht, die Methode der Plananalyse von J. Weiss, das ZBKT von L. Luborsky, das Adult Attachment Interview (AAI) von M. Main, das Adult Attachment Projektive (AAP) von C. George, die Self Reflective Function (SRF) von P. Fonagy, das PQS von E. E. Jones und die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (engl. Structural Analysis of Social Behavior (SASB)) von L. S. Benjamin. Des Weiteren wurde in den Untersuchungen nicht nur die Forscher-Perspektive (Offline-Perspektive) sondern auch die der Therapeuten (Online-Perspektive) berücksichtigt.

Die vorliegende Arbeit entstand als prospektive, sowohl einzelfallanalytische als auch gruppenstatistische Untersuchung neben zahlreichen anderen Diplom- und Doktorarbeiten im

Rahmen dieses Projektes. Ihr Ziel ist es, zu erfassen, was sich im Hinblick auf die strukturellen Charakteristika beim Patienten im Laufe und als Ergebnis der Therapie verändert hat, ob diese Veränderungen katamnestic (ein Jahr nach Therapieende) stabil blieben und auf welche Prozessmerkmale diese Veränderungen zurückzuführen sind.

Kapitel 3

Fragestellungen und abgeleitete Hypothesen

Im folgenden Kapitel werden die Arbeitshypothesen dieser Arbeit dargestellt. Sie wurden zum einen aus theoretischen Überlegungen zum anderen aus der aktuellen Forschungsliteratur abgeleitet. Zwei Teilhypothesen (2b und 2c) entstanden nach Untersuchung des geordneten Datenmaterials und wurden Post-hoc formuliert.

3.1 Hypothese 1: Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien auf die persönlichkeitsstrukturelle Entwicklung der Patienten

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit bereits mehrfach erwähnt, ist das Ziel einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung – neben Symptomreduktion – eine grundlegende Veränderung und nachhaltige Neuausrichtung der Persönlichkeit. Eine solche Veränderung ist als strukturell zu bezeichnen, weil damit fundamentale strukturbildende Fähigkeiten entwickelt werden, die Voraussetzungen für stabile und erfüllende Beziehungen sowie für die Erhaltung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit des Individuums sind.

In der Literatur werden drei Teilziele psychoanalytischer Therapien bezüglich der strukturellen Veränderung der Persönlichkeitsorganisation beschrieben. Diese drei Teilziele sind auch in den drei Achsen der OPD-1 wiederzufinden (OPD, 2004), welche in dem Unterkapitel 4.2 genauer dargestellt werden. Zum einen streben psychoanalytische Therapien danach, unbewusste schädliche Beziehungsmuster des Patienten aufzulösen, d.h. implizites Beziehungswissen zu verändern und neu zu formulieren. Ein zweites Therapieziel ist, die unbewussten intrapsychischen Konflikte des Patienten durch gemeinsames Interpretieren und Verstehen möglichst aufzulösen. Drittens sollen psychische Dispositionen wie z.B. die selbstreflexiven Fähigkeiten des Individuums, die Wahrnehmung eigener Affekte, die Fähigkeit, die eigenen Empfindungen zu benennen und mit Anderen zu kommunizieren, die

Wahrnehmung der Affekte, Intentionen und Eigenschaften Anderer, die Fähigkeit, Bindungen einzugehen und zu lösen etc. ausgebildet und stabilisiert werden. Diese Dispositionen gelten als Grundvoraussetzungen für die beständige Regulation sowohl des intrapsychischen als auch des interpersonellen Gleichgewichts. Je nach Störungsbild bzw. Art der Störung des Patienten ist das Gewicht der Struktur- oder Konfliktanteile unterschiedlich.

Mit Hilfe der ersten Hypothese dieser Arbeit wird also untersucht, ob in den untersuchten psychoanalytischen Langzeittherapien positive signifikante strukturelle Veränderungen bzw. Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne bezüglich der Beziehung, der intrapsychischen Konflikte und der strukturellen Fähigkeiten der Patienten stattgefunden haben. Da zwischen den beiden Aspekten der Veränderung deutlich unterschieden werden muss, wird die erste Hypothese in zwei Teilhypothesen aufgeteilt. Hypothese 1a untersucht die signifikanten positiven strukturellen Veränderungen, Hypothese 1b die Umstrukturierungen. Warum eine solche Unterscheidung wichtig ist und wie diese zwei Aspekte methodisch unterscheidbar sind, wird am Anfang des Unterkapitels 5.1 beschrieben. Insgesamt soll mit der Überprüfung dieser beiden Teilhypothesen ein Beitrag zur Erforschung der Wirksamkeit psychoanalytischer Langzeitpsychotherapien geleistet werden.

Die strukturellen Veränderungen und die Umstrukturierungen lassen sich mit Hilfe etablierter und validierter Instrumente, der OPD-1 (OPD, 2004) und der auf ihr aufbauenden HUSS (Rudolf u. a., 2000), qualitativ und quantitativ in einem Prä-Post-Design erfassen. Beide Instrumente werden im Unterkapitel 4.2 dieser Arbeit detailliert dargestellt.

Diese Arbeit baut bezüglich der ersten Hypothese auf zwei Vorgängerstudien aus dem MB-WP auf:

Hümmeler untersuchte 2009 in ihrer Dissertationsarbeit bereits die HUSS-Veränderungen der einzelnen Foki sowie auch die über alle Foki gemittelten HUSS-Veränderungen bis zum Messzeitpunkt T4 (d.h. bis zur 240. Sitzung) bei 13 der 17 involvierten Patienten. Sie erforschte die individuelle ebenso wie die gruppenstatistische Ebene, aus der Offline- und aus der Online-Perspektive. Wie auch in dieser Arbeit standen HUSS-Ratings, die externe Forscher anhand der zu jedem Messzeitpunkt durchgeführten OPD-Interviews erstellten, für die Online-Perspektive. Die Offline-Perspektive bezog sich auf die Kassenanträge und somit auf die Sicht der Therapeuten. Hümmeler stellte in ihrer Arbeit zusammenfassend fest, dass bezogen auf die Gesamtstichprobe und trotz starker individueller Variation der Ergebnisse bis zum Messzeitpunkt T4 in der Offline-Perspektive positive signifikante strukturelle Veränderungen gemessen werden konnten. Eine Umstrukturierung konnte jedoch bis zu diesem Messzeitpunkt bezogen auf die Gesamtstichprobe nicht beobachtet werden. Es wurde lediglich der Gesamtwert 4.2 bis zu T4 erreicht. Somit wurde der Grenzwert 5- auf der HUSS, der mit einer Umstrukturierung gleichzusetzen ist, nicht erreicht. Hümmeler schreibt in ihrem Ausblick, dass eine Erforschung der Veränderungen über T4 hinaus, also zu T5 und, wenn vorhanden, zu T6 sowie zum Katamnesezeitpunkt wünschenswert wären (Hümmeler, 2009). Eben dies setzt sich die vorliegende Arbeit zum Ziel.

Minow¹ untersuchte 2011 in ihrer unveröffentlichten Diplomarbeit an der gleichen Stichprobe von 17 Patienten, unabhängig von dieser Arbeit, die Mittelwertsunterschiede der über alle Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki der Gruppe gemittelten HUSS-Werte zwischen den einzelnen Messzeitpunkten sowie zwischen T1 und T4, T1 und T5 (Therapieende) sowie zwischen T4 und T5 und T5 und dem Katamnesezeitpunkt, um so die Frage zu beantworten, ob diese signifikant sind. Die strukturellen Veränderungen bis zu T5, aber auch bereits zu T4, konnten von ihr als signifikant bestätigt werden. Allerdings erwiesen sich die Mittelwertsunterschiede zwischen T4 und T5 sowie zwischen T5 und T6 als nicht signifikant, so dass man insgesamt nicht davon sprechen kann, dass sie zu jedem aufeinanderfolgenden Messzeitpunkt und zwar nicht zufällig größer wurden. Ebenso musste verneint werden, dass in dem Zeitraum zwischen Therapieende und Katamneseerhebung noch weitere signifikante strukturelle Veränderungen bezogen auf die Gesamtgruppe und auf den Gesamt-HUSS-Wert stattgefunden haben. Minow konnte jedoch bestätigen, dass bis zum Katamnesezeitpunkt eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne stattgefunden hat, d.h. der Wert von 5- auf der HUSS bezogen auf den gemittelten HUSS-Gruppenwert erreicht worden ist.

Die im Folgenden formulierte erste Hypothese sowie deren Teilhypothesen untersuchen ebenfalls strukturelle Veränderungen auf ihre Signifikanz zwischen T1 und T4, T1 und T5 und T1 und T6. T6 ist bei den Patienten 4, 7, 15 und 20 noch eine Messung während der Therapie, bei den anderen Patienten, bei denen noch HUSS-Werte zu T6 vorliegen (1, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17 und 18) jedoch bereits eine Katamneseerhebung. Auch wird, ähnlich wie in den Vorgängerarbeiten, zu jedem dieser Messzeitpunkte untersucht, ob eine Umstrukturierung im Fokusbereich im psychoanalytischen Sinne stattgefunden hat bzw. der HUSS-Wert 5- erreicht wurde. Der Unterschied zu den bisherigen Untersuchungen liegt darin, dass nicht Gesamt-HUSS-Werte bezogen auf die Gesamtstichprobe, sondern um die drei OPD-Achsen gruppierte HUSS-Werte auf Unterschiede bzw. Ähnlichkeiten in ihrer Entwicklung untersucht werden.

Nach diesen Überlegungen wurden die nachfolgenden Hypothesen formuliert.

3.1.1 Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung

Hypothese 1aa: Signifikante positive strukturelle Veränderung zu T4

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 240 (T4) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zu einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung im Sinne der HUSS.

¹Anna-Rahel Minow

Hypothese 1ab: Signifikante positive strukturelle Veränderung zu T5

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 300 (T5) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zu einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung im Sinne der HUSS.

Hypothese 1ac: Signifikante positive strukturelle Veränderung zu T6

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 400 (T6) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zu einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung im Sinne der HUSS.

Hypothese 1ad: Signifikante positive strukturelle zum Katamnesezeitpunkt

Zum Katamnesezeitpunkt (ca. ein Jahr nach Therapieende) sind die Effekte der psychoanalytischen Langzeittherapien bezüglich der positiven strukturellen Veränderungen bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene im Sinne der HUSS immer noch stabil.

3.1.2 Hypothese 1b: Umstrukturierung**Hypothese 1ba: Umstrukturierung zu T4**

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 240 (T4) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zur Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne, d.h. die Stufe 5- auf der HUSS, welche mit solchen Umstrukturierungen gleichzusetzen ist, wird erreicht.

Hypothese 1bb: Umstrukturierung zu T5

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 300 (T5) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zur Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne, d.h. die Stufe 5- auf der HUSS, welche mit solchen Umstrukturierungen gleichzusetzen ist, wird erreicht.

Hypothese 1bc: Umstrukturierung zu T6

Eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 400 (T6) Sitzungen führt bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zur Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne, d.h. die Stufe 5- auf der HUSS, welche mit solchen Umstrukturierungen gleichzusetzen ist, wird erreicht.

Hypothese 1bd: Umstrukturierung zum Katamnesezeitpunkt

Bis zur Katamneseerhebung (ca. ein Jahr nach Therapieende) kommt es bei den Patienten auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene zu Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne, d.h. die Stufe 5- auf der HUSS, welche mit solchen Umstrukturierungen gleichzusetzen ist, wird erreicht.

3.2 Hypothese 2: Spezifische analytische vs. unspezifische allgemeine Wirkfaktoren in den analytischen Psychotherapien

3.2.1 Hypothese 2a: Größere Adhärenz mit dem psychodynamischen Prototyp

In Hypothese 2a wird im Sinne der Adhärenzforschung angenommen, dass obwohl auch Elemente anderer Therapierichtungen mit in die untersuchten psychoanalytischen Therapien einfließen und die meisten Analytiker nicht rein analytisch arbeiten, trotzdem werden gemäß der Prototypenforschung mit der Methode des PQS die Prozessmerkmale psychodynamischer Therapien (engl. Psychodynamic Therapy (PDT)) insgesamt häufiger als bedeutsam geratet als diejenige PQS-Items, welche eindeutig der kognitiv-behavioralen (engl. CBT) oder der interpersonalen Therapien (engl. IPT) zuzuordnen sind. Hypothese 2a lautet demnach folgendermaßen:

In den untersuchten psychoanalytischen Langzeittherapien werden – im Sinne der Prototypenforschung mit der Methode des PQS sowie der Adhärenzforschung – die PDT-Prozessmerkmale (psychodynamische Prozessmerkmale) häufiger als bedeutsam geratet als die CBT- (kognitiv-behaviorale) und die IPT- (interpersonale) Prozessmerkmale.

Die Kriterien zur Bedeutsamkeit werden bei der hypothesengeleiteten Darstellung der Ergebnisse detailliert beschrieben. Wenn sich diese Hypothese bestätigen ließe, hätte das zwei

Implikationen:

- Erstens würde es bedeuten, dass die Analytiker der hier untersuchten Therapien adhärent, d.h. ihrer therapeutischen Ausrichtung treu bleibend, arbeiteten.
- Zweitens könnte man dann annehmen, dass es mehr die analytische und weniger die kognitiv-behaviorale oder die interpersonale Technik ist, die mit den in der ersten Hypothese untersuchten Veränderungen der HUSS-Werte in Zusammenhang zu bringen ist.

3.2.2 Post-hoc Hypothese 2b: Wirkung unspezifischer bzw. allgemeiner psychotherapeutischer Prozessmerkmale

Es lassen sich bestimmte Muster psychotherapeutischer Prozessmerkmale in den untersuchten psychoanalytischen Langzeittherapien erkennen, welche für deren Verlauf bedeutsam sind und auch mit den HUSS-Werten im signifikanten Zusammenhang stehen. Diese Prozessvariablen lassen sich den allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren und nicht den spezifischen Therapierichtungen zuordnen.

3.2.3 Post-hoc Hypothese 2c: Einzigartigkeit der therapeutischen Dyaden

Es lassen sich für die einzelnen Dyaden einzigartige Muster psychotherapeutischer Prozessmerkmale (egal ob spezifischer oder unspezifischer) in den untersuchten psychoanalytischen Langzeittherapien erkennen, welche für deren Verlauf bedeutsam sind und mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen.

3.3 Hypothese 3: Behandlungstechnische Unterschiede in Bezug auf das jeweilige Strukturniveau der Patienten bzw. strukturabhängige Modifizierung der analytischen Technik

Folgt man der These, dass die analytische Technik – nach heutiger Sicht der *community* – nach der diagnostischen Feststellung eines herabgesetzten Strukturniveaus auf jeden Fall modifiziert werden muss, dann sollten diese Modifizierungen in den untersuchten therapeutischen Prozessen auch vorhanden sein und belegt werden können. Es wird also angenommen, dass sich Unterschiede dahingehend feststellen lassen, wie psychoanalytisch

ausgebildete Psychotherapeuten mit den Patienten arbeiten, je nachdem wie die strukturellen Fähigkeiten der Patienten am Anfang der ausgeprägt sind, d.h. mit welchen psychischen Voraussetzungen sie in die Therapie gehen. Dabei wird es angenommen, dass in den therapeutischen Prozessen niedriger strukturierter Patienten nicht die klassisch-analytische Haltung (Abstinenz und Neutralität zur Förderung der Regression) und die klassisch-analytischen Techniken (Deutungen) zu finden sind (PDT-PQS-Items), sondern, dass die Therapeuten eher eine mütterlich-haltende und supportive Funktion annehmen sowie konkreter und direkter am Geschehen im Hier und Jetzt bleiben (IPT- und CBT-PQS-Items).

In den analytischen Psychotherapien werden mit dem Sinken des Strukturniveaus (hier: mäßig bis gut, mäßig, mäßig bis gering integriert) mehr direkte kognitiv-behaviorale sowie stützende und supportive interpersonale Prozessmerkmale als psychodynamische als bedeutsam geratet.

Kapitel 4

Untersuchungsmethodik

In Kapitel 4 dieser Arbeit werden methodische Fragen geklärt, die Wahl der Methode für diese Studie begründet, die angewandten Erhebungsinstrumente erläutert, die Stichprobe beschrieben und die statistische Berechnungen dargelegt.

Kurz zusammengefasst ist diese Arbeit eine naturalistische, prospektiv angelegte, quasi-experimentelle Offline-Studie, die sich im Sinne der aktuellen Forschungsergebnisse und -anforderungen sowohl Methoden der qualitativen als auch der quantitativen Forschung bedient. Bei Letzteren werden sowohl deskriptive als auch induktive Statistiken für die Auswertung und Beschreibung der Ergebnisse verwendet. Zudem werden die abgeleiteten Hypothesen sowohl am jeweiligen Einzelfall als auch an der Gesamtstichprobe überprüft.

Die den Berechnungen zugrunde liegenden Daten wurden anhand des ersten Manuals der OPD, der Methode der HUSS sowie des PQS erhoben. Diese Instrumente werden hier ebenfalls dargestellt.

4.1 Methodenwahl

Die moderne empirische Psychotherapieforschung im Allgemeinen und die moderne empirische analytische Psychotherapieforschung im Speziellen fühlen sich einem *methodologischen Pluralismus* verpflichtet. Sie bedienen sich verschiedener Forschungsstrategien, um Fragen nach Wirksamkeit, Wirkungsweise, relevanten Effekten und somit nach der Bedeutung verschiedener Therapien für die Gesundheitsversorgung zu beantworten (Hauzinger, 2006, S. 63). Im Folgenden geht es deshalb um die derzeit anerkannten und praktizierten methodischen Möglichkeiten und Zugänge in der systematischen empirischen psychoanalytischen Psychotherapieforschung, deren Vor- und Nachteile sowie um die Frage, warum oft eine Mischung verschiedener methodischer Ansätze die beste Lösung zur Erforschung einer psychoanalytischen Fragestellung ist.

4.1.1 Explorative versus theoriegeleitete Forschung

Kennzeichnend für die *explorative Forschung* ist, dass sie nicht in eine theoretische Richtung eingebunden werden kann. Stattdessen versucht sie durch ein verstehend-nachvollziehendes Vorgehen *pantheoretische* Erkenntnisse zu gewinnen und so zu einem vertieften Verstehen und phänomenologischen Durchdringen des therapeutischen Prozesses zu gelangen. Die Erkenntnisse dieses Ansatzes werden zunächst auf einer primär beschreibenden Ebene gehalten, um später auf die Ebene der Erklärung und Bewertung zu wechseln. So wird auch ein Vergleich unterschiedlich erfolgreicher Therapien oder verschiedener Arten von Psychotherapien ermöglicht. Explorative Forschung setzt sich in der Regel das Fernziel, aus einer detaillierten Beschreibung des therapeutischen Geschehens detaillierte Erklärungen und Theorien zu entwickeln.

Dagegen verfolgt die *theoriegeleitete experimentelle Forschung* primär das Ziel, die aus einer Theorie abgeleiteten Hypothesen empirisch zu testen. Die zentralen bzw. unabhängigen Variablen sollten dazu gezielt kontrolliert und das Untersuchungsdesign so gewählt werden, dass möglichst exakte Aussagen bezüglich der Hypothesen getroffen werden können. Was die Psychoanalyse angeht steht dieser Ansatz dem Problem gegenüber, dass die meisten Annahmen, egal welcher Therapieschulen, über den konkreten innerpsychischen Veränderungsprozess und wie dieser durch spezifische Interventionstechniken herbeigeführt wird, nur relativ allgemein ausformuliert und somit nicht genau operationalisiert sind. Eine Ableitung von präzisen Hypothesen in der Psychoanalyse ist daher häufig nicht möglich. So wird in der Regel mit vorläufigen Prozessmodellen gearbeitet, mit denen lediglich recht allgemeine Hypothesen und Untersuchungsstrategien begründet werden können.

Die meisten aktuellen Studien verfolgen, wie diese Arbeit auch, eine Vorgehensweise, die aus der Kombination von explorativen und theoriegeleiteten Forschungsstrategien besteht. Dies bedeutet, dass relativ allgemein formulierten Prozessmodelle und Befunde aus anderen Studien dazu genutzt werden, primär deskriptiv orientierte empirische Forschung zu planen, zu strukturieren sowie Korrelationsbefunde zwischen Prozessmerkmalen und Therapieergebnissen zu interpretieren und deren Signifikanz induktiv-statistisch zu überprüfen.

4.1.2 Qualitative versus quantitative versus integrative Untersuchung

Quantitatives Vorgehen bedeutet die Transformation von empirischen Sachverhalten in numerische Relationen und kommt laut Kriz (2004) erst dort ins Spiel, wo aufgrund zu großer Informationsmengen der Umweg über eine Abbildung der empirischen auf eine numerische Struktur gewählt werden muss, um dann die Vorteile algorithmisierbarer und automatisierbarer Informationsreduktion mittels mathematisch-statistischer Operationen nutzen zu können. Bei Einzelphänomenen werden quantitative Methoden, so Kriz weiter, dort wichtig, wo eine bestimmte Präzision erwünscht oder notwendig ist. Die automatisierte Bearbeitung zumindest von Teilschritten kann im Forschungsprozess zu erheblichen

Erleichterungen führen. Außerdem hat die Informationsreduktion in Form von Tabellen und Maßzahlen und die algorithmisierte Argumentation im Rahmen von Signifikanztests eine spezifische Überzeugungskraft auf Konsumenten von Forschungsergebnissen, wie zum Beispiel Krankenkassen und Behörden (Kriz, 2004, S. 21). Die meisten psychoanalytischen Psychotherapieforscher, wie auch Mertens, vertreten die Meinung, dass eine rein quantitative Erforschung des analytischen Geschehens dem Gegenstand und der Komplexität der Psychoanalyse nicht gerecht werden kann und sie plädieren deshalb für eine *sowohl quantitative als auch qualitative Beschreibung* der Untersuchungsergebnisse (Mertens, 2004, S. 54). So geht die derzeitige psychoanalytische Psychotherapieforschung sowohl nomologisch-quantitativ als auch qualitativ vor. Dabei wird aus der quantitativen Forschung in erster Linie das Vorgehen der Hypothesenbildung übernommen. So werden Hypothesen induktiv und interpretativ aus aufgeschlüsselten therapeutischen Erfahrungen gewonnen, formuliert und dann an einem Wirklichkeitsausschnitt überprüft (Zepf, 2005, S. 77 ff.). Das Zahlenmaterial aus Fragebögen und Ratings kann jedoch nur vor dem Hintergrund qualitativer Quellen mit dem therapeutischen Prozess verbunden und interpretiert werden. Qualitative Forschung und Beschreibung trägt, so Mertens weiter, zur Feinauflösung der Ergebnisse bei und macht aus dem Verlaufsbericht eine Prozessbeschreibung, die die Prozessdynamik zu rekonstruieren erlaubt, so dass die Einmaligkeit und die Einzigartigkeit psychoanalytischer Behandlung nicht verloren geht (Mertens, 2004, S. 54). Ohne die Kombination quantitativer Einschätzungen sowie qualitativen Textmaterials besteht keine Chance, die Therapieverläufe angemessen als Prozess abzubilden und zu verstehen (Jakobsen u. a., 2007, S. 136 f.). Für die klinische Praxis sind auch die Erfassung von Ablaufstrukturen bzw. Behandlungssequenzen erfolgreicher und erfolgloser Therapien relevant (Zepf, 2005, S. 106 f.).

Für diese Studie wurde nach dem von Jakobsen (Jakobsen u. a., 2007, S. 125) vorgeschlagenen Modell zunächst qualitatives Material (aufgenommene OPD-Interviews und Therapie-sitzungen) mit quantitativen (Rating-)Methoden algorithmisiert. Nach Formulierung der Hypothesen wurde das Datenmaterial quantitativ mit deskriptiven und induktiven statistischen Methoden ausgewertet, die Ergebnisse interpretiert und in sprachliches Material rückübersetzt.

4.1.3 Einzelfallstudie versus Gruppenstatistik

Einzelfallforschung in der traditionellen Psychologie und in der Psychoanalyse

In der Geschichte der Psychologie wurde eine Reihe fundamentaler Erkenntnisse im Rahmen von Einzelfallforschung gewonnen¹. In der Psychoanalyse entwickelte Freud durch

¹Im Jahr 1885 untersuchte z.B. Ebbinghaus an einer einzigen Versuchsperson, nämlich an sich selbst, Aspekte des Gedächtnisses beim Lernen von verbalem (sinnvollen und sinnlosen) Material und es gelang ihm auf diese Weise ein Vorbild für den größten Teil der Untersuchungen über verbales Lernen in den folgenden achtzig Jahren zu schaffen. 1897 führte Stratton an sich selbst Wahrnehmungsexperimente mit Umkehrbrillen durch und zeigte, dass die absolute Lokalisation retinaler Positionen, wie oben-unten und rechts-links, gelernt und nicht angeboren ist. Ein im Lernvorgang häufig auftretendes Phänomen, das Plateau in der Lernkurve, entdeckten und erklärten Bryan und Harter 1899 ebenfalls anhand der Daten

Charcots Einfluss seine ganz eigene Art, Krankengeschichten zu verstehen und zu konzeptualisieren, wobei er im Gegensatz zu Charcot auch die Biographie und die Vorgeschichte in die Leidensgeschichte der Patienten einbezog. So war der Fall *Anna O* die erste Fallgeschichte der Psychoanalyse. Joseph Breuer – Wiener Arzt und Freuds Mentor und Weggefährte – kurierte die junge Bertha Pappenheim, mit der von ihr so bezeichneten *talking cure* („Heilen durch Sprechen“) bzw. dem *chimney sweeping* („Schornsteinfegen“). Freud erachtete Breuers kathartische Methode später als unmittelbare Vorläuferin der Psychoanalyse (Stuhr, 2007, S. 943 ff.). Freud benutzte die Fallgeschichte in erster Linie als didaktisches und erkenntnistheoretisches Instrument, aber auch als Kampfschrift gegen Gegner der Psychoanalyse. So kann z.B. die Verteidigung der frühkindlichen Sexualität bei einem seiner berühmtesten Fälle, dem des Wolfmanns, besonders deutlich beobachtet werden (Stuhr, 2007, S. 948), (Schaumburg u. a., 1974, S. 354). Freud betonte bezüglich des Verfassens von Fallgeschichten immer wieder, dass es nicht gut sei, einen Fall wissenschaftlich zu bearbeiten, solange die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist (Freud, 1912a, S. 380).

Die Novellenhaftigkeit (A. E. Meyer) psychoanalytischer Fallgeschichten mag das ihre dazu beigetragen haben, dass Einzelfallstudien lange Zeit als für die Grundlagenforschung nicht geeignet galten und ihnen allenfalls Intuition und klinische Einsicht zugeschrieben wurden. Heute besteht allerdings, so Sandell (2012), „ein himmelweiter Unterschied zwischen Einzelfallstudien und dem Genre der Fallberichte oder Fallgeschichten“ (Sandell, 2012, S.170). Während Fallnovellen noch immer in reicher Zahl die psychoanalytischen Fachzeitschriften füllen, haben praktische Gründe längst zur Wiederentdeckung der Einzelfallstudie für die Wissenschaft geführt. Laut Schaumburg können sie gerade dort Neuland erschließen, wo die klinische Einschätzung allein nicht mehr ausreicht. Systematische Einzelfallstudien, die eine formalisierte und systematische klinische Auswertung mit einer statistischen kombinieren, sind geeignet, einen bestehenden Mangel in der psychoanalytischen Forschung zu beheben (Schaumburg u. a., 1974, S. 355).

Einzelfallforschung vs. Untersuchungen an größeren Stichproben: Pro und Contra

Für die Diskussion der Vor- und Nachteile von Einzelfallstudien greifen viele Autoren wie auch Jones und Windholz (1990) und Jones (1993) mit gutem Grund immer wieder auf die klassischen Argumente von Chassan (1960, 2.Aufl. 1979) zurück. Auch Schaumburg, Kächele und Thomä bezogen sich in ihrem Aufsatz *Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung* 1974 auf Chassan. So sei sein wichtigstes Argument, dass in der Forschungspraxis die von Statistikern geforderten

einer einzigen Versuchsperson. In der affektpsychologischen Forschung berichteten Watson und Rayner 1920 darüber, wie die Furcht des kleinen Albert vor weißen Ratten konditioniert wurde. Dieser Bericht wurde zu einem der einflussreichsten Artikel in der Geschichte der amerikanischen Psychologie. Auf demselben Gebiet liegt die Bedeutung der von Jones 1924 durchgeführten De-Konditionierung der (nicht experimentell erworbenen) Furcht des kleinen Peter vor weißen, weichen Objekten (Schaumburg u. a., 1974, S. 354).

Untersuchungen an großen Stichproben mangels geeigneter Patienten, Finanzmittel und Mitarbeitern oft nicht möglich seien, woraus sich die Schwierigkeit ergebe, dass das Ergebnis zwar sinnvoll interpretierbar wäre, aber statistisch nicht signifikant sei (Schaumburg u. a., 1974, S. 357).

Angesichts dieser realen Probleme liegt es nahe, dass man sich vor allem auch in der Verlaufsforschung gewinnbringender mit der intensiven statistischen Untersuchung einzelner Fälle beschäftigt. Sie könnten, so Schaumburg, Kächele und Thomä Chassan zitierend, „sogar mehr bedeutsame und statistisch signifikante Informationen liefern als z.B. einmalige Beobachtungen eines Endzustandes bei einer relativ großen Zahl von Patienten“. Auch andere Statistiker seien der Meinung, dass der Informationsgewinn mit der Anzahl der unkorrelierten Variablen ansteige. Eine Verfeinerung der Messungen könne somit ebenso zu diesem Effekt führen wie eine Vergrößerung der Stichprobe. Auch die Validität der Rückschlüssen von Gruppenuntersuchungsergebnissen hat ihre Schwierigkeiten. So hängt diese z.B. auch von der Zufälligkeit der Auswahl der untersuchten Gruppe ab, die bei klinischer Forschung im Allgemeinen nicht gegeben ist. Genauso kann sich die Abhängigkeit der Beobachtungen voneinander, die methodisch streng untersagt, in der klinischen Forschung jedoch fast die Regel ist, statistisch zugunsten des Untersuchers auswirken. So ist z.B. die angenommene Unabhängigkeit der Beobachtungen von Patienten, die auf der gleichen Station liegen, durch die Kontakte der Patienten untereinander nicht gewährleistet (Schaumburg u. a., 1974, S. 357 f.).

Chassan betrachte modelltheoretisch die Einzelfallstudie als ein *intensives Modell*, während eine Untersuchung an einer größeren Stichprobe ein *extensives Modell* ist. Die Randbedingungen des Patienten seien im Einzelfall dem Forscher viel besser bekannt als bei größeren Stichproben und sie blieben - im Gegensatz zu den untersuchten, im Therapieverlauf notwendigerweise variablen Merkmalen - relativ gleich und könnten auf diese Weise gut kontrolliert werden. Auch das flexible Einbeziehen neuer Fragestellungen und Veränderungen im Forschungsdesign seien für *single case studies* viel praktikabler als für größere Stichproben. Chassan, so die Autoren weiter, habe schon 1957 argumentiert, dass nicht nur zwischen, sondern auch innerhalb von Individuen eine große Variabilität bestehe, die sich erst durch die Einzelfallstudie erfassen lasse. Dadurch würden „völlig neue Aspekte der Reliabilität“ eröffnet (Schaumburg u. a., 1974, S. 358 f.). Schließlich so ist mit Petermann und Hehl (1979) zu ergänzen, dass sich bei der Untersuchung einer größeren Stichprobe auch bei Vorliegen eines signifikanten Ergebnisses nichts über den Beitrag des einzelnen Patienten zu diesem Ergebnis und über die Veränderung der untersuchten Variablen bei diesem Patienten sagen lässt, „was für den klinischen Forscher, der sich von seiner Untersuchung auch Hinweise für eine bessere Behandlung des Patienten erwartet, ein schwerwiegender Nachteil ist“ (Petermann und Hehl 1979 zitiert nach (Thomä u. Kächele, 2006, S. 13)).

Als wichtigste Einschränkung der Einzelfallstudie gilt hingegen die mangelnde Generalisierbarkeit ihrer Ergebnisse. Generalisierungen dürfen nur auf größeren Stichproben beruhen. Zwar basieren Aussagen über die Gesamtpopulation immer nur auf relativ kleine Stichpro-

ben, doch gehen in diese auch Informationen über die interindividuellen Unterschiede ein, was bei Einzelfallstudien nicht der Fall ist. Deshalb, so die Kritiker, sei die Generalisierbarkeit von Ergebnissen solcher Studien prinzipiell beschränkt. Chassan wendet dagegen ein, dass es sehr wohl möglich sei, Ergebnisse von Einzelfallstudien zu generalisieren, weil der jeweils untersuchte Fall hinsichtlich seiner Variablen einer bestimmten Population entstamme und wenn man diese Variablen spezifiziert, kann das Ergebnis für Populationen mit denselben Variablen generalisiert werden. Da die Variablen beim Einzelfall sehr viel besser bekannt seien, als bei jeder Stichprobe, sei die Generalisierbarkeit, so Chassan weiter, sogar besser (Schaumburg u. a., 1974, S. 360).

Dennoch haben gruppenstatistische Untersuchungen weiterhin ihre Berechtigung, wie Sandell (2012) anmerkt. Für ihn besteht das Dilemma des empirischen Psychotherapieforschers darin, anzuerkennen, dass einerseits jeder Mensch in psychischer Hinsicht extrem einzigartig ist, was dazu führt, dass ein Einzelfall eindeutig zu spezifisch sein kann, um aus ihm Generalisierungen zu gewinnen; andererseits muss die Forschung sich damit auseinandersetzen, dass Fallgruppen oft zu heterogen sind, um etwas Sicheres über einzelne Fälle aussagen zu können. Systematische empirische Psychotherapieforschung muss also einen Mittelweg zwischen diesen beiden Vorgehensweisen finden, um verwertbare Aussagen machen zu können (Sandell, 2012, S. 173).

Um beiden Vorgehensweisen gerecht zu werden und diese zu integrieren, werden die Hypothesen dieser Arbeit sowohl gruppenstatistisch als auch an vier Einzelfällen untersucht.

4.1.4 Naturalistische versus kontrollierte Studien

Die Beurteilung der Wissenschaftlichkeit von Studien über Psychotherapieverfahren, so Kriz (2004), beschränkt sich weitgehend auf das Merkmal der Effektivität und hier wiederum auf eine an der Pharmaforschung orientierte Labor-Effektivität (engl. Efficacy) bzw. auf RCT-Studien. Dies geschieht häufig unter Verweis auf Kriterien der American Psychological Association (APA) (Kriz, 2004, S. 9). Folgende Punkte scheinen dabei, so Kriz weiter, nicht reflektiert zu sein: RCTs wurden ursprünglich in der Pharmazie angewendet, um die Wirkung eines neuen Medikaments im Vergleich mit einer Placebo-Kontrollgruppe blind zu testen und können nicht ohne weiteres aus ihrem Kontext herausgelöst und auf andere Disziplinen, wie die Psychotherapieforschung, übertragen werden. Weil aber das Wissenschaftsparadigma der naturwissenschaftlichen Medizin in der öffentlichen Meinung stark idealisiert wird, legt man auch Psychotherapieforschern nahe, dass sich psychotherapeutische Verfahren ebenfalls solchen kontrollierten, randomisierten Studien unterziehen müssen, um so endlich „wissenschaftlich“ nachweisen zu können, welche psychische Störung mit welchen Verfahren und mit welcher Erfolgsquote behandelbar sind.

Die aktuellen Argumente gegen eine RCT-geleitete psychoanalytische Psychotherapieforschung können folgendermaßen zusammengefasst werden: Erstens basieren Studien, die durch das RCT-Paradigma gekennzeichnet sind, auf extrem selektierten Patientengrup-

pen. So werden komorbide Patienten, die in den Behandlungspraxen der Normalfall sind, ausgeklammert. Zweitens führt die rigide Auswahl der diagnostischen Gruppen in Vergleichsstudien dazu, dass viele Behandlungen, die eine lange empirische Forschungstradition aufweisen, aber RCT-Paradigmen ablehnen, im Direktvergleich mit kognitiv-behavioralen Therapien nicht berücksichtigt werden, weil sie gemischte Störungsbilder behandeln. Drittens lassen sich Patienten nicht per Zufall (Randomisierung) Behandlungen bzw. Nicht-Behandlungen zuweisen. Unter realen Bedingungen wählen Patienten in der Regel ihr Psychotherapieverfahren eigenständig aus. Die Passung zwischen Therapeut und Patient und zwischen Patient und Methode gilt als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Behandlung selbst. Viertens nehmen die Studien mit RCT-Paradigmen an, dass alle anderen möglichen beeinflussenden Variablen kontrolliert, also gleich gehalten werden und dass keine andere Variable als die untersuchte unabhängige für die therapeutische Veränderung des Patienten verantwortlich sein kann. Jeder Patient hat aber sein individuelles Leben außerhalb der Therapie, das nicht vergleichbar mit dem Leben eines anderen Menschen ist. Fünftens entziehen sich psychotherapeutische Verfahren aufgrund der subjektiven Bedeutungen, der individuellen Beziehungsgestaltung und der spezifischen Lebensnarrationen einer völligen Standardisierung. Sechstens trifft auch die für das RCT-Paradigma typische Annahme vorab festgelegter messbarer Erfolgskriterien für Psychotherapien nicht zu, weil sich Ziele im Laufe der Behandlung, z.B. mit wachsender Einsicht, ändern können.

Der US-amerikanische klinische Psychologe und ehemalige APA-Präsident M. Seligman vertrat laut Kriz zunächst viele Jahre lang einen Goldstandard der Efficacy in der Psychotherapie, wobei es ihm um die Wirksamkeit von abgegrenzten Einzelfaktoren bezogen auf abgegrenzte Symptome unter streng kontrollierten Laborbedingungen ging. Inzwischen plädiert auch er dafür, so Kriz weiter, die Wirksamkeit in der Realsituation d.h. die reale Gesamtwirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung, zu berücksichtigen (Kriz, 2004, S. 9). Es sei ihm klar geworden, so Seligman, dass die Entscheidung, ob eine bestimmte Methode unter streng kontrollierten Bedingungen einer anderen Methode oder der Kontrollgruppe überlegen ist, etwas anderes ist als die Frage danach, was in der Praxis nun tatsächlich wirkt. „Ich halte Efficacy-Studien seitdem nicht mehr für die einzige, ja nicht einmal für die beste Möglichkeit, um festzustellen, welche Methoden in der Praxis tatsächlich wirksam sind. Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass Effectiveness-Studien, mit denen die Erfahrungen der Patienten unter realen Bedingungen in der Praxis erhoben werden, eine brauchbare und glaubwürdige empirische Validierung von Psychotherapie und Medikation ermöglichen“ (Seligman, 1997, S. 271).²

Der Goldstandard bzw. die RCT-Kriterien bleiben zwar nach wie vor unter einen be-

²Der deutsche Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen äußerte sich 2003 ähnlich: Es „besteht das prinzipielle Problem, dass die auf populationsbezogenen empirischen Befunden basierenden Leitlinien in ihrer praktischen Anwendung auf den individuellen Patienten bezogen werden müssen... Randomisierte, kontrollierte klinische Studien, die lediglich die Effektivität (und ggf. die Effizienz) einer Maßnahme unter artifiziellen Studienbedingungen (efficacy) beschreiben, werden in vielen Fällen überbewertet“ zitiert in (Kriz, 2004, S. 11).

stimmten Paradigma und bestimmten Zielvorgaben wichtige Leitlinien für Forschungen, sie sind aber viel zu einseitig und zu eng, um allen Ansätzen als Maßstab für Wissenschaftlichkeit oder für therapeutische Effektivität übergestülpt zu werden. Stattdessen werden zunehmend naturalistische Studien durchgeführt, um Wirksamkeit und Wirkungsweise von Psychotherapien zu untersuchen (Kriz, 2004, S. 13).

Die vorliegende Arbeit ist eine solche naturalistische Studie. Alle 17 psychoanalytischen Langzeittherapien, die in das Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt aufgenommen wurden, wurden unter *natürlichen Praxisbedingungen* durchgeführt.

4.1.5 Online- versus Offline-Forschung

Generelle Bedenken, jegliches Hinzutreten eines dritten Moments zu der dyadischen Beziehung von Analysand und Analytiker – sei es in Form von Tonbandaufzeichnungen, Einsatz von Fragebogeninstrumenten oder in Form von Befragungen und Interviews durch einen externen Forscher – könne die Entfaltung des analytischen Prozesses nachhaltig stören oder sogar zerstören, sind auch heute noch lebendig und prominent vertreten.³ Dennoch erklären sich in den letzten Jahren immer mehr Psychoanalytiker bereit, ihre Arbeit der forschenden Beobachtung Dritter zugänglich zu machen. Sie sind der Meinung, so Bucci (2005), dass die Inhalte, die im Zusammenhang mit Tonbandaufzeichnungen auftauchen, in den Sitzungen genauso wie andere Themen, Ideen und Phantasien behandelbar sind. Ihrer Auffassung nach gibt es ähnliche Einwände immer wieder auch gegen das Notizenmachen in sowie nach den Sitzungen. Auch der Supervisor würde eine starke dritte Präsenz in den Behandlungen einnehmen, trotzdem wolle keiner ihn abschaffen. Einig ist man sich freilich darin, dass das aufgezeichnete Material (Name, Beruf und sonstige Merkmale der Identität des Patienten sowie Name der Ortschaften etc.) auf jedem Fall so verfremdet werden muss, dass der Patient nicht zu erkennen ist. Auch muss eine schriftliche Einwilligung des Patienten einholt werden. Es ist also kein leichtes Unterfangen, den Patienten zu schützen und gleichzeitig die wissenschaftliche Integrität des klinischen Berichts zu erhalten (Bucci, 2005, S. 318 f.). Bucci (2007) weist überdies daraufhin, dass auch der Analytiker selbst durch die Aufzeichnung seiner Sitzungen enorm herausgefordert ist: „The effect of recording is likely to be at least as salient for the analyst as for the patient; the effects can be managed when analysts recognize their own attitudes concerning the recording device and the potential evaluation by outsiders of their work” (Bucci, 2007, S. 623). Nach ihrer Auffassung besteht ein weiteres Problem darin, dass Analytiker unter ihren Namen veröffentlichen und somit Gefahr laufen, dass Patienten sich trotz der Verfremdung des Materials wiedererkennen.

³ Einer der bekanntesten Kritiker der Offline-Forschung ist z.B. Roger Perron. Bucci zitiert seinen Bericht aus dem Jahr 2002 über die generelle Haltung französischsprachiger IPA-Analytiker: „Any attempt to submit the data of the sessions to the 'hard sciences' criteria, and treat them by derived techniques, is likely to destroy the very object of the research, and moreover could not be accepted as proof by the skeptics. Recordings (audio- or video-) are then banned, not only for ethical reasons (due to confidentiality), but also because such a situation, even with the explicit agreement of the patient, disturbs gravely the transference - counter-transference relationship” (Bucci, 2007, S. 623).

Sie bezieht sich auf Kantrowitz' bekannte Warnung „Writing about patients is like walking in a minefield. There are no good solutions The solution is not to stop writing about patients, but to face and struggle with the conflict it creates as directly and honestly as possible” und folgert: „The same may be sad for the use of tape recording for purposes of research. In both cases there are questions concerning the representative nature of observed treatments; in both cases there are issues that need to be addressed in the treatment. The solution is not to exclude recording, but to work through the difficulties it may create” (Bucci, 2005, S. 320).

Aber auch die traditionelle Online-Forschung – also die klassischen Fallberichte von Analytikern über ihre eigenen Patienten und ihre Forschung an diesem Material – wirft eine Vielzahl wissenschaftlicher Probleme auf. Besonders viele Schwierigkeiten und Komplikationen entstehen hier aus der Doppelrolle des Analytikers als Forscher und Therapeut. So können z.B. Fokus und Aufmerksamkeit des Analytikers im Zuhören und Antworten durch seine Forschungsinteressen beeinflusst werden (Bucci, 2005, S. 318). Der Online-Fallbericht ist zudem beschränkt auf das Material, das dem Analytiker bewusst ist, während die unbewussten Erfahrungen und Mitteilungen naturgemäß fehlen. Ebenso ist die Subjektivität des Patienten in diesem Material nur gefiltert durch die Subjektivität des Analytikers präsent. Analytiker in der Therapeut-Forscher-Doppelrolle neigen überdies dazu, über Beobachtungen zu berichten, die ihre Positionen stützen und solche zu verschweigen, die ihren Ansichten widersprechen. In diesem Sinne stellt Bucci (2005) fest „we may ... claim that the subjectivity of an analyst who intends to write about a patient is different in basic ways from that of an analyst who focused entirely on therapeutic goals” (Bucci, 2005, S. 320).

Zusammenfassend ist es weder auf der einen noch auf der anderen Weise möglich, sämtlichen Schwierigkeiten zu entgehen, aber dennoch von beträchtlichem Vorteil einen Dritten als forschende Instanz hinzukommen zu lassen und im Rahmen der Offline-Forschung eine deutliche Trennung zwischen Therapie und Forschung zu errichten.⁴ Andererseits ist es genauso wichtig, Beobachtungen der Online-Forschung in die Ergebnisse der Offline-Forschung zu integrieren, was in dem Münchner Modell in eigenen anderen, nicht aber in dieser Arbeit, auch geschah. Auch das Ulmer Modell berücksichtigt meist die Kommentare des Analytikers und des Patienten.

In der vorliegenden Arbeit, die eine Offline-Untersuchung ist, wurden zur Untersuchung der Prozessmerkmale sowie deren Zusammenhang mit den Therapieergebnissen zu sechs Messzeitpunkten therapeutische Sitzungen mit dem Einverständnis der Patienten auf Tonträger aufgenommen und später wortgetreu transkribiert. Zur Auswertung mit der Methode des

⁴Eine klare Trennung zwischen Therapie und Forschung in dieser Form wirkt auch dem Bias entgegen, der mit dem behandelnden Therapeuten als Verunreiniger (engl. contaminator) der Datenfilter in Zusammenhang zu bringen ist (Bucci, 2005, S. 317). Zu diesem Punkt und weiteren Argumenten zugunsten der Forschung anhand transkribierter Tonbandprotokolle siehe die Argumente von Wallerstein (2001b) im Kapitel 1.

PQS wurden diese Transkripte benutzt.

4.2 Instrumente zur Messung struktureller Veränderungen sowie zur Prozessbeschreibung in der psychoanalytischen Psychotherapieforschung

Unabhängig voneinander haben verschiedene Forschungsgruppen in den letzten Jahrzehnten weltweit Erhebungsinstrumente entwickelt, die strukturelle Veränderungen der Psyche stabil und valide erfassen können. Solche Instrumente sind zum Beispiel: *Differentiation-Relatedness in Self and Object Relations Scale* von Blatt and Auerbach, 1997, *Change in Dynamic Psychotherapy Scales* von Hoglend et al., 2000, *Scales of Psychological Capacities (SPC)* von Wallerstein, 1991, *Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP)* von Weinryb und Rössel, 1991 und die – mittlerweile in zweiter Auflage bzw. Version erschienene – *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* des Arbeitskreises OPD (OPD, 2004) sowie die darauf aufbauende Heidelberger Umstrukturierungsskala von (Rudolf u. a., 2000). Bevor auf die letzten beiden Methoden näher eingegangen wird, sollen einige der hier genannten Instrumente kurz beschrieben werden.

Die SPC wurden 1991 von Wallerstein und seinen Mitarbeitern im Rahmen des Forschungsprojekts der Menninger-Stiftung entwickelt, um innerpsychische Strukturen und deren Veränderung im Verlauf und als Ergebnis von analytischen Therapien auf Basis einer allgemeinen psychoanalytischen Theorie zu operationalisieren. Bis zu diesem Zeitpunkt stand die psychoanalytische Forschung in der Kritik, weil es keine Instrumente gab, die das eigentliche Ziel analytischer Psychotherapien und Psychoanalysen, nämlich die strukturelle Veränderung der Persönlichkeit, erfassen. Die bis dato entwickelten Verfahren konnten nur globale Veränderungen, vor allem bezogen auf Symptomreduktion, erfassen. Mit den SPC wurde also ein auf der psychoanalytischen Theorie basierendes Fremdeinschätzungsmessinstrument geschaffen, das die strukturell bedingten psychischen Kompetenzen einer Person mithilfe von 17 Skalen erfasst (z. B. Impulsregulation, Flexibilität, Empathie, Hoffnung, Affektregulation und Selbstkohärenz), die sich in weitere 36 Subdimensionen unterteilen lassen. Die Auswertungen basieren auf jeweils einem einstündigen klinischen Interview und einem ein- bis zweistündigen halbstrukturierten Interview. Die Antworten müssen auf einer 7-stufigen Skala, von 0 bis 3 mit halben Werten dazwischen angegeben werden (Huber u. a., 2004, S. 89 f.). Dieser Operationalisierung struktureller Veränderung konnten Psychoanalytiker verschiedener Schulrichtungen zustimmen und das Instrument wurde psychometrisch in der Münchener Psychotherapie-Studie um Huber und Klug überprüft. Die Interrater-Reliabilität (Huber u. a., 2004, S. 92) und die Test-Retest-Reliabilität der autorisierten deutschen Version mit dem Titel *Die Skalen Psychischer Kompetenzen* haben sich als gut erwiesen. Die konvergente Validierung mit konstrukt-nahen Instrumenten (Inventar Interpersonel Problems (IIP)-D und OPD) (Huber u. a., 2004, S. 96) sowie die Untersuchungen zur divergenten Validierung mit konstrukt-fernen Instrumenten wie die

Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R) von Derogatis (Huber u. a., 2004, S. 94) legen nahe, dass die Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) die psychische Struktur valide erfassen kann. Auch aufgrund von Berechnung der Korrelationen zwischen konstruktfernen Messinstrumenten und SPK konnte zumindest für depressive Patienten nachgewiesen werden, dass das Instrument über die symptomatische Verbesserung hinaus auch Veränderungen in der psychischen Struktur messen kann (Huber u. a., 2004, S. 103). Später zeigten die Ergebnisse der Münchner Psychotherapie Studie zur Änderungssensitivität erstmals auch, dass die SPK Veränderungen nach einer psychoanalytischen Psychotherapie sehr gut abbilden können.

Das KAPP von Weinryb und Rössel (1991) wurde mit dem Ziel entwickelt, ein reliables und valides Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung komplexer, psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale zur Verfügung zu stellen. KAPP erfasst relativ stabile psychische Strukturen und Charaktereigenschaften, so wie sie sich in der Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und in den interpersonalen Beziehungen widerspiegeln. Das Instrument umfasst 18 Subskalen. 17 davon sind auf niedrigem Abstraktionsniveau und repräsentieren Charaktereigenschaften; die letzte Subskala erfasst die Persönlichkeitsorganisation.

Schließlich wurde 2011 in *The International Journal of Psychoanalyses* von Subic-Wrana et al. ein neues Messinstrument struktureller Veränderung, das Modell der Levels of Emotional Awareness (LEA), konzeptualisiert und vorgestellt, dessen Theorie von Lane und Schwartz erstmals 1987 veröffentlicht und von Psychoanalytikern zunächst weitgehend ignoriert wurde und das die Entwicklungsschritte von implizit/unbewusster zu explizit/bewusster Affektverarbeitung in Anlehnung an Piagets Theorie der sensorisch-kognitiven Entwicklung skizziert. Die Idee hinter der Entwicklung dieses Instrumentes war, dass andere Messinstrumente struktureller Veränderungen wie die AAI, SPK oder eben auch die in dieser Arbeit benutzte OPD und HUSS zweitaufwändige Trainings in Durchführung und Auswertung erfordern. Dagegen kann mithilfe dieses Modell der kognitiv-emotionale Entwicklungsstand des jeweiligen Patienten leicht und schnell ausgewertet und erfasst werden, indem der Patient den Test der Levels of Emotional Awareness Scales (LEAS) selbst ausfüllt (Subic-Wrana u. a., 2011, S. 289).

4.2.1 Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

In der vorliegenden Arbeit wurde zur Auswahl der wichtigsten und das Leben der Patienten bestimmenden Beziehungs-, Konflikt- und Strukturthemen sowie zur Erfassung der Strukturniveaus der Patienten die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik-1 verwendet.

Obwohl mittlerweile eine zweite Version des OPD entwickelt wurde, werden in der vorliegenden Arbeit die Begriffe der OPD-1 benutzt. Dies hat seine Ursache darin, dass das

zweite Manual (OPD-2) in der Anfangsphase des MBWPs noch nicht vorlag. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der verschiedenen im Rahmen dieses Projektes entstandenen Diplom- und Promotionsarbeiten zu ermöglichen, wurde also trotz der neuen Auflage aus dem Jahr 2006 weiterhin von den Begriffen und Fokusbenennungen der älteren Version Gebrauch gemacht.

1992 wurde in Deutschland von Psychoanalytikern, Psychosomatikern und Psychiatern der *Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* gegründet. Er setzte sich das Ziel, die unbefriedigenden, weil ausschließlich symptomatologisch-deskriptiv orientierten Klassifikationen psychischer Störungen (aktuell Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV und International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-10) um grundlegende psychodynamische Dimensionen zu erweitern und entwickelte zu diesem Zweck das diagnostische Inventar OPD (OPD, 2006, S. 27).

Die OPD bezieht sich mit einer einheitlichen Sprache und Begrifflichkeit auf ein schulübergreifendes, relativ umfassendes Konzept der Persönlichkeit und sie stellt beobachtungsnahen Beschreibungen zur Verfügung. So werden dem Diagnostiker klinisch-diagnostische Leitlinien zur Auswahl angeboten, die jedoch so offen formuliert sind, dass ihm genügend Spielraum für eine eigene Beurteilung bleibt. Weil durch die OPD psychodynamische und phänomenologische Klassifikationen besser eingeübt werden können, eignet sie sich auch gut für die Ausbildung. Außerdem führt sie zu einer Verbesserung der Kommunikation über die Konstrukte der psychodynamischen Theorie innerhalb der scientific community und sie kann zugleich, wie in dieser Arbeit, als Forschungsinstrument für wissenschaftliche Untersuchungen eingesetzt werden (OPD, 2006, S. 34).

Die OPD konstituiert sich insgesamt aus vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse. Die ersten vier Achsen entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten Verständnis und stimmen mit psychoanalytischen Teilkonzepten (Persönlichkeitsstruktur, intrapsychische Konflikte, Übertragung) überein, wobei Schlussfolgerungen auf die Ebene des Unbewussten nur mit Vorsicht und unter Bezug auf die vorgegebenen Operationalisierungen erfolgen sollen. Die fünfte Achse beschreibt mit Hilfe der etablierten deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik der ICD-10 psychische und psychosomatische Störungen des Patienten (OPD, 2006, S. 35).

Im Folgenden werden die drei für diese Arbeit relevanten Achsen detaillierter beschrieben.

Die *Achse II* bzw. *Beziehungsachse* steht für interpersonelles Verhalten, das in allen psychotherapeutischen Schulrichtungen als ein wesentlicher Faktor bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen verstanden wird. Wie ein Mensch seine Beziehungen zu anderen gestaltet, lebt und erlebt, ist in der psychodynamischen Psychotherapie von zentraler diagnostischer Bedeutung. Das Beziehungsverhalten ist ein Ausdruck der Dynamik zwischen den mehr oder weniger bewussten Beziehungswünschen, den damit verbundenen intrapsychisch wirksamen Ängsten und den Befürchtungen, wie das Gegenüber

auf die Wünsche reagieren könnte. Die permanente psychosoziale Kompromissbildung zwischen den Wünschen und den Befürchtungen in Beziehungen wird als *habituelles Beziehungsverhalten* verstanden. Entsprechend sind *dysfunktionelle habituelle Beziehungsmuster* spezifische, für den Patienten leidvolle Konstellationen, die sich aus seinem habituellen Beziehungsverhalten und den typischen Reaktionsweisen seiner Sozialpartner ergeben. Im Rahmen der OPD-Diagnostik werden diejenigen interpersonellen Einstellungen festgehalten, die beim jeweiligen Patienten nach außen hin als dominant und mehr oder weniger durchgängig wirksam erscheinen. Diese fest gefügten Beziehungserfahrungen werden in den Erzählungen des Patienten häufig in Form von erinnerten und erzählten Alltagsepisoden deutlich. Ebenso wichtig für die Diagnose ist, wie der Therapeut sich während des Gesprächs innerhalb der Therapeut-Patient-Beziehung erlebt. So wird das Beziehungsverhalten des Patienten auch in der klinischen Situation unbewusst inszeniert und somit erlebbar und beobachtbar (Übertragung) während das Gegenübertragungserleben des Therapeuten Informationen darüber liefert, wie andere sich ihrerseits in der Interaktion mit dem Patienten fühlen und eventuell verhalten (OPD, 2004, S. 47 f.). Die Einschätzung des Beziehungsverhaltens erfolgt im Anschluss an ein ca. einstündiges klinisch-diagnostisches Gespräch und ergibt sich aus den folgenden vier Positionen bzw. Erlebensebenen: wie der Patient sich selbst immer wieder erlebt, wie andere den Patienten immer wieder erleben, wie andere sich gegenüber dem Patienten immer wieder erleben und schließlich wie der Patient andere immer wieder erlebt. Rückschlüsse auf unbewusste Motive oder Absichten sollten bei der Beurteilung jedoch nur mit Vorsicht gezogen werden (OPD, 2004, S. 57; Rudolf u. Grande, 2006, S. 280).

Die *Achse III* bzw. *Konfliktachse* fasst die Konflikte zusammen, die als Zusammentreffen gegensätzlicher Positionen, als Widerstreit von Motiven, Wünschen, Bedürfnissen, Werten und Wertvorstellungen verstanden werden. Der Mensch wird in der Psychoanalyse, wie in dem Unterkapitel 2.1.1 bereits dargestellt, insgesamt als konflikthaftes Wesen betrachtet, dessen Leben durch sich immer wieder neu aufwerfende, innere und äußere Gegensätze geprägt ist. Intrapsychische Konflikte haben in dieser Sichtweise ihren Ursprung in verinnerlichten konflikthaften Beziehungserfahrungen. Der Konflikt wird jedoch erst zur Neurose und damit dauerhaft, wenn bestimmte Minimalgrenzen der Befriedigung unterschritten werden. Ein zeitlich überdauernder psychodynamischer Konflikt bedeutet darüber hinaus rigide Fixierungen in einem unauflösbaren Entweder-Oder, ohne dass es gelingt, zu einer Entscheidung zu kommen. So führt z.B. Erlebnishunger in einer entsprechenden Situation immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern, ohne dass dies dem Betroffenen bewusst wäre (OPD, 2004, S. 58 f.; Rudolf u. Grande, 2006, S. 278). Das Vorhandensein innerer unbewusster Konflikte ist an bestimmte ich-strukturelle Voraussetzungen gebunden. Nach heutigem klinischem Wissensstand stellen Konflikt und Struktur Pole einer klinischen Ergänzungsreihe dar (Schüßler, 2008, S. 400) bzw. steht die Struktur für funktionelle Voraussetzungen der psychischen Regulation und bildet damit gleichsam die Architektur der Bühne, auf der sich Konflikte dramatisch entfalten können (Rudolf u. Grande, 2006, S. 279). Die Konfliktfoki der OPD-1 sind aus der Tabelle 4.1 zu entnehmen.

Die *Achse IV* bzw. die *Strukturachse* umfasst im psychologischen Sinne das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Sie beinhaltet alles, was im Verhalten und Erleben des Einzelnen regelhaft und repetitiv abläuft, sei es bewusst oder bewusstseinsfern. Dabei ist Struktur nicht starr und unveränderlich, sondern zeigt einen lebenslangen Entwicklungsprozess. Dispositionen sind als solche nicht sichtbar, sie realisieren sich aber in konkreten, aktuellen Situationen, von denen aus auf überdauernde Strukturmerkmale geschlossen werden kann. In der Psychoanalyse steht der Begriff Struktur für die Konstanz, die das Erleben und Verhalten eines Individuums in verschiedenen inneren und äußeren Situationen charakterisiert. Er wird meist in vier Bedeutungen gebraucht: im allgemein-psychologischen Sinne für die Art, in der verschiedene Teile des Ganzen zusammenhängen, für die Gliederung des Ganzen; im topographischen Strukturmodell für die Gliederung des psychischen Organismus in Es, Ich und Über-Ich; als Synonym für Charakter (Charakterstruktur, Neurosenstruktur) und schließlich für alle psychischen Organisationen, die dauerhaft sind oder sich nur relativ langsam verändern (OPD, 2004, S. 69 f.; Rudolf u. Grande, 2006, S. 279). Die Operationalisierung von Achse IV in der OPD-1 erfolgt anhand von sechs strukturellen Kategorien mit ihren jeweiligen Unterkategorien, die aus der Tabelle 4.1 zu entnehmen sind.

Strukturelle Störung bedeutet, wie dies in den Unterkapiteln 2.1.2, 2.1.3 und 2.1.4 bereits sehr ausführlich geschildert wurde, dass im Sinne eines Entwicklungsdefizits bestimmte strukturelle Differenzierungen und Integrationschritte nicht erfolgt sind. So ist das Selbst nicht mehr autonom, die Struktur hat sich zwar entwickelt, sie ist jedoch nicht stabil genug, so dass in Situationen innerer und äußerer Belastungen regressive Prozesse einsetzen. Um Ausmaß und Qualität struktureller Störung unterscheiden und kennzeichnen zu können, wurden auf der Grundlage psychotherapeutischer Erfahrungen im ambulanten und stationären Setting vier Integrationsniveaus der Struktur definiert:

Das Niveau der guten Integration ist erreicht, wenn das autonome Selbst über einen psychischen Binnenraum verfügt, in dem intrapsychische Konflikte ausgetragen werden können. Konflikthafes Geschehen kann die strukturellen Möglichkeiten zeitweise beeinträchtigen. In der Gegenübertragung werden jene Gefühlsregungen spürbar, welche durch die Übertragung von Konflikten mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen ausgelöst werden (OPD, 2006, S. 259 f.).

Das Niveau der mäßigen Integration lässt eine geringere Verfügbarkeit regulierender Funktionen und eine schwächere Ausdifferenzierung psychischer Substrukturen erkennen. Die intrapsychischen Konflikte haben auf diesem Integrationsniveau archaischere Inhalte und heftigere Affekte. Es werden überhöhte Idealvorstellungen und rigide Strafinstanzen sichtbar. Die Gegenübertragung ist durch gelegentlich schwer auszuhaltende Affekte gekennzeichnet, die sich auf relevante Beziehungserfahrungen zurückführen lassen (OPD, 2006, S. 260).

Das Niveau der geringen Integration ist dadurch gekennzeichnet, dass der seelische Binnenraum und die psychischen Substrukturen wenig entwickelt sind, so dass Konflikte kaum intrapsychisch, sondern vorwiegend interpersonell ausgetragen werden.

Tabelle 4.1: OPD-1 Foki

Nr.	OPD-1 Achse	Achsenbezeichnung	OPD-1 Foki	Foki Abkürzung
1	II	Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B
2			Abhängigkeit vs. Autonomie	K1
3			Unterwerfung vs. Kontrolle	K2
4			Versorgung vs. Autarkie	K3
5	III	Konflikt	Selbstwertkonflikt	K4
6			Schuldkonflikt	K5
7			Ödipal-sexueller Konflikt	K6
8			Identitätskonflikt	K7
9			Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	K8
10			Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion	S1.1
11			Selbstwahrnehmung - Selbstbild	S1.2
12			Selbstwahrnehmung - Identität	S1.3
13			Selbstwahrnehmung - Affektdifferenzierung	S1.4
14			Selbststeuerung - Affekttoleranz	S2.1
15			Selbststeuerung - Selbstwert	S2.2
16			Selbststeuerung - Impulssteuerung	S2.3
17			Selbststeuerung - Antizipation	S2.4
18			Abwehr - Gegenstand	S3.1
19			Abwehr - Erfolg	S3.2
20			Abwehr - Stabilität	S3.3
21			Abwehr - Flexibilität	S3.4
22	IV	Struktur	Abwehr - Form	S3.5
23			Objektwahrnehmung - Subjekt-Objekt-Differenzierung	S4.1
24			Objektwahrnehmung - Empathie	S4.2
25			Objektwahrnehmung - Ganzheitliche Objektwahrnehmung	S4.3
26			Objektwahrnehmung - Objektbezogene Affekte	S4.4
27			Kommunikation - Kontakt	S5.1
28			Kommunikation - Verstehen fremder Affekte	S5.2
29			Kommunikation - Mitteilung eigener Affekte	S5.3
30			Kommunikation - Reziprozität	S5.4
31			Bindung - Internalisierung	S6.1
32			Bindung - Loslösung	S6.2
33	Bindung - Variabilität der Bindungen	S6.3		

Die Gegenübertragung ist durch die Heftigkeit und anhaltende Wirkung von Gefühlsregungen gekennzeichnet (OPD, 2006, S. 261).

Das desintegrierte Niveau ist durch Fragmentierung und psychotische Restitutionen der Struktur charakterisiert. Ein kohäsives Selbst konnte nicht ausgebildet werden, bei Belastungen besteht die Gefahr der psychotischen Desintegration. Die fragile Struktur erlangt ihre Stabilität dadurch, dass wesentliche Triebimpulse und narzisstische Bedürfnisse abgespalten oder verleugnet werden (OPD, 2006, S. 261 f.).

Auch wenn sie mit den älteren Begrifflichkeiten operiert, so wurden die Ideen der OPD-

2, insbesondere die der Fokusbestimmung und der Prozessorientierung, dennoch in diese Arbeit integriert. Die OPD-2 ist nämlich nicht nur eine überarbeitete Auflage des Originalmanuals, sondern auch ein Instrument für Therapieplanung und Veränderungsmessung. Die wichtigsten Veränderungen, die bei der Überarbeitung des OPD vorgenommen wurden, sind deshalb sehr wohl relevant für die vorliegende Arbeit:

Erfassung von Ressourcen

In dem neuen Manual werden auf Achse II neben der Formulierung der dysfunktionalen Beziehungsmuster auch Beziehungsthemen identifiziert, die eine Ressource für den Patienten darstellen. Auf Achse IV besteht ebenfalls die Möglichkeit, Fähigkeiten des Patienten zu beschreiben, die ihm eine adäquate Beziehung zu seinem Umfeld und sich selbst erlauben (OPD, 2006, S. 30).

Schnittstellen der Achsen

In der OPD-2 wird eine theoretische Integration der Achsen versucht. Es werden Schnittstellen zwischen den einzelnen Achsen konzeptuell erläutert, aber auch die praktischen Folgen für Diagnostik und Fokauswahl entwickelt. Während in der OPD-1 die Achsen eher nebeneinander standen und voneinander unabhängig konzeptualisiert wurden, sieht die neue Version z.B. dysfunktionales Beziehungserleben und -verhalten sowohl als Ergebnis von lebensgeschichtlich determinierten inneren Konflikten, als auch als Ergebnis von Strukturdefiziten und Vulnerabilitäten. So müssen Therapeuten die Frage für sich beantworten, ob sie die leidvolle Beziehungsgestaltung und die Zusammenhänge mit der Symptomatik eher als konflikt- oder als strukturbedingt sehen oder aber als ein Zusammenspiel beider Faktoren. Aus dieser Entscheidung bezüglich der Diagnose ergeben sich unterschiedliche therapeutische Strategien (OPD, 2006, S. 30).

Fokusbestimmung und Therapieplanung

Alle Achsen erlauben in der neuen Version des Manuals die Bestimmung eines Fokus. Im Verlauf der Therapie soll sich hinsichtlich dieser Foki etwas ändern, wenn ein substanzieller therapeutischer Fortschritt erreicht werden soll. Weil das Gewicht der Struktur- oder Konfliktanteile je nach Art der Störung unterschiedlich ist, muss sich dieses Verhältnis in der Auswahl der Foki widerspiegeln. In eindeutigen Fällen können ausschließlich Konflikt- oder Strukturfoki gewählt werden, meist sind jedoch beide Aspekte bedeutsam (OPD, 2006, S. 31), weil Konflikt und Struktur in der Praxis nicht völlig unabhängig voneinander zu verstehen, sondern aufeinander bezogen sind. So erwachsen biographische Konflikte meist auf dem Hintergrund einer konflikthaften Beziehungserfahrung, d.h. aus wiederkehrenden Beziehungsmodi, die bis hin zu Traumatisierung gehen können. Die Folgen extremer Traumata in der Entwicklung werden sich aber mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit überwiegend als strukturelle Defizite nachweisen lassen, also als Entwicklungsbehinderungen sowie -verzögerungen.

Prozessorientierung

Schließlich kann man mit Hilfe der OPD-2 zusätzlich zu der durch die „Statusdiagnostik“ erfassten Beschreibung des Patienten auch den Veränderungsprozess beschreiben, d.h. psychotherapeutisch induzierte Veränderungen können in den identifizierten OPD-Kategorien im Prozess verfolgt werden. Somit erfüllt die OPD-2 den aktuellen Anforderungen der Psychotherapieforschung, die Effekte der Veränderungen erfassen möchte, um Wirkmechanismen von Psychotherapie zu identifizieren. Erkenntnisse über den Prozess gehen außerdem bei Überlegungen zu therapeutischen Ansatzpunkten und geeigneten Interventionen in jeden Schritt der Behandlung ein. Ziel ist es, den therapeutischen Prozess für den Patienten günstig zu gestalten (OPD, 2006, S. 29).

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der psychometrischen Untersuchungen zu OPD-1 und OPD-2 vorgestellt.

Die psychometrische Güte der OPD-1 wurde in zahlreichen Studien bestätigt (Zimmermann u. a., 2010, S. 69). Im Detail geht es dabei um folgende Aspekte: *Validität* betrifft insgesamt die Frage, inwieweit die vier Achsen, die Skalen der Achsen sowie die Items bzw. die Kategorien der Skalen tatsächlich das messen, was sie zu messen vorgeben. *Inhaltsvalidität* ist dann gegeben, wenn der Inhalt der Skalen und deren Kategorien die zugrunde liegenden psychoanalytischen Konstrukte hinreichend definieren. *Kriteriumsvalidität* hingegen besteht aus *Übereinstimmungsvalidität* und *Vorhersagevalidität*. Die Übereinstimmungsvalidität zeigt an, ob das Instrument das Gleiche wie andere Instrumente mit ähnlicher Intention misst. Die Vorhersagevalidität bzw. die *prädiktive Validität* zeigt, ob das Instrument als Prädiktor für relevante Kriterien, z.B. therapeutische Veränderungen, verwendet werden kann. Die *Konstruktvalidität* zeigt schließlich, ob die Kategorien und Achsen der OPD die zugrunde liegende Konstrukte repräsentieren und stellt die Frage, ob überhaupt die Achsen abgebildet worden sind, die auch klinisch relevant sind. Sie schließt *inhaltliche Validität* und *kriteriumsbezogene Validität* mit ein (Cierpka u. a., 2001, S. 123). *Reliabilität* sagt hingegen aus, ob ein Instrument, das was es misst, auch genau genug misst.

Zur inhaltlichen Operationalisierung der Beziehungs- und Konfliktachse konnte auf eine Reihe von bereits anerkannten und erprobten Instrumenten zurückgegriffen werden. Beispiele dafür sind: die SASB (von Benjamin, 1994), die ZBKT (von Luborsky u. Crits-Christoph, 1990), die Rollen-Beziehungskonflikt-Konstellation (von Horowitz, 1991), das Cyclic Maladaptive Pattern (CMP) (von Strupp und Binder, 1991) und die idiographische Konfliktformulierung (von Perry et al., 1989). Zur Operationalisierung der Strukturachse wurde auf Erfahrungen mit Instrumenten wie mit dem Rorschach-Test und später auch der tachistoskopischen Darbietung zurückgegriffen. Die inhaltliche Validität der OPD konnte so für die Achsen II, III und IV festgestellt werden (Cierpka u. a., 2001, S. 124 f.). In der Untersuchung der Konstruktvalidität der Beziehungsachse zeigte sich die Mehrzahl der OPD-Beziehungs-Cluster konstruktkonform. In einem kriteriumsbezogenen Vergleich bezogen auf die Übereinstimmung mit dem IIP (von Horowitz et al., 1993) kamen bezüglich

einiger Verhaltens- und Erlebenscluster inhaltliche Differenzen zum Vorschein, die auch unterschiedliche klinische Prägnanz ausdrücken könnten (Cierpka u. a., 2001, S. 126 ff.). Den Autoren zufolge scheint insgesamt die prädiktive Validität der Beziehungssachse für zukünftige klinische Outcome-Studien erfolgversprechend zu sein (Cierpka u. a., 2001, S. 128). Die wissenschaftlichen Schwierigkeiten in der Überprüfung der Validität der Konfliktachse sind allerdings beträchtlich, weil nur Außenkriterien für die Konflikte vorliegen und es kein bereits validiertes Instrument zur Erfassung intrapsychischer und unbewusster Konflikte gibt. Die Anwendungserfahrung zeigt jedoch, dass die Konfliktachse offenbar eine gute Erfassung psychodynamischer Konflikte ermöglicht (Cierpka u. a., 2001, S. 129). Als Ergebnis der Validierungsuntersuchungen für die Strukturachse lässt sich zusammenfassend sagen, dass diese sich zur Beschreibung einer psychodynamisch konzeptualisierten Persönlichkeitsstruktur zu eignen scheint, die interpersonelle Gesichtspunkte im Sinne der Objektbeziehungstheorie hervorhebt. Sie steht zudem im Einklang mit mehreren validitätsverwandten Testverfahren und die Übereinstimmung mit äußeren Kriterien ist erwiesen. Die Verknüpfung von Instrument und Konstrukt kann angenommen werden (Cierpka u. a., 2001, S. 131). Bezüglich Reliabilitäten zeigten sich in verschiedenen Untersuchungen für die Anwendung der OPD-1 im Forschungskontext in Bezug auf die Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur gute Ergebnisse. Für die Beziehungssachse wurden z.B. in zwei Untersuchungen mit videographiertem Material Gesamtwerte von 0.56 und 0.62 gefunden. In einer dieser Studien wurde für die Konfliktachse ein Wert von 0.61 über alle Konflikte erreicht (Range: 0.48-0.71). Am besten fiel die Reliabilität für die Strukturachse aus. Hier wurden in zwei Studien mittlere Werte von 0.71 (Range: 0.62-0.78) und 0.70 (Range: 0.60-0.81) gefunden. Noch unbefriedigend sind, so Cierpka u. a., die Werte für die Anwendung in der klinischen Praxis (Cierpka u. a., 2001, S. 124).

Zimmermann fasst die derzeit laufenden fünf Projekte zur Validierung der OPD-2 folgendermaßen zusammen: Erstens sind die zentralen Konstrukteigenschaften mit den Ergebnissen zu OPD-1 kompatibel, zweitens hängen die OPD-Diagnosen systematisch mit dem Erleben der Patienten zusammen und sind für den Verlauf der Therapien von prognostischer Bedeutung, und drittens weist die OPD-2 in einer Studie von Hörz und Rentrop (2009) empirisch bedeutsame und theoretisch sinnvolle Überschneidungen (konvergente Validität) mit einem unabhängig durchgeführten, alternativen Verfahren psychodynamischer Diagnostik auf, in diesem Fall mit der deutschen Version des Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation (STIPO) (STIPO-D, siehe auch Clarkin et al., 2004) auf (Zimmermann u. a., 2010, S. 71). In ihrer Untersuchung über die OPD-2-Strukturachse aus dem Jahr 2009 konnten Benecke et al. (2009) mittlerweile auch für diese eine zufriedenstellende bis sehr gute Reliabilität nachweisen (Benecke u. a., 2009). Für die Konfliktachse und die neue Version der Beziehungssachse sind aber noch weitere Untersuchungen notwendig und in Vorbereitung.

4.2.2 Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)

In dieser Arbeit wurden mit Hilfe der OPD-1 für jeden Patienten je fünf Foki (Beziehungsdynamische Formulierung, Konflikt- und Strukturfoki) erfasst. Diese wurden dann auf der HUSS zu jedem Messzeitpunkt geratet. Anschließend konnte anhand der Entwicklung der HUSS-Werte zwischen T1 und T4, T1 und T5, T1 und T6 (Therapieende) sowie zwischen T1 und, wenn vorhanden, dem Katamnesezeitpunkt beurteilt werden, ob der Patient sich im Verlauf seiner Therapie bezüglich seiner Foki strukturell signifikant positiv verändert hat bzw. ob auch eine Umstrukturierung im Sinne der psychoanalytischen Theorie bezüglich der drei Achsen der OPD erreicht wurde.

Das Instrument der HUSS wurde im Rahmen der Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL) als Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien in Anlehnung an die Assimilation of Problematic Experience Scale (APES) von Stiles et al. (1992) entwickelt, weil die OPD aufgrund ihrer primär diagnostischen Orientierung eher nur zeitstabile Charakteristika erfasst und feinere, therapiebedingte Veränderungen nur eingeschränkt abbilden kann. Die APES basiert auf Studien zu kognitiven und emotionalen Markern, die eine effektive therapeutische Arbeit des Patienten in den einzelnen Therapiesitzungen kennzeichnen (z.B. Elliot 1985). Die Autoren entwickelten eine Sequenz von therapeutischen Schritten, die das zunehmende Gewahrwerden, Verstehen, Bearbeiten, Lösen und Meistern von Problemen beschreibt (Field et al. 1994; Stiles et al. 1992, 1995). Dieser Vorgang wurde in Anlehnung an Piaget als Assimilation bezeichnet und in der Arbeitsgruppe PAL auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, wobei hier der Schwerpunkt besonders auf die Vorgänge der Abwehr, der Beziehungsgestaltung, der Übertragungsentwicklung und der Internalisierung gelegt wurde (Rudolf u. a., 2012, S. 59; Rudolf u. a., 2000, S. 238).

So ist die HUSS geeignet, die therapeutische Entwicklung und die strukturelle Veränderung sowie Umstrukturierung der Persönlichkeit, die sich nicht wie die Symptombesserung verhaltensnah operationalisieren lassen, im Verlauf von analytischen psychotherapeutischen Prozessen zu beschreiben und quantitativ zu erfassen (Rudolf u. a., 2000, S. 237). Somit kann die HUSS sowohl für Ergebnis- als auch für Verlaufsmessungen angewendet werden. Insgesamt stehen sieben Stufen unterschiedlicher Modalitäten des Umgangs eines Patienten mit einem Problemfokus zur Auswahl. Diese Modalitäten sind aus der folgenden Tabelle 4.2 zu entnehmen. In dieser Arbeit wurden sie als Outcome-Maße zu den jeweiligen Messzeitpunkten verwendet.

Tabelle 4.2: HUSS - Heidelberger Umstrukturierungsskala

	Bezeichnung der Stufe	HUSS ordinal	HUSS metrisch	Beschreibung der Stufe
Bewältigung	Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1 1+	1 1,33	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt „kein Problem“
	Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2- 2 2+	1,66 2 2,33	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutung von außen kommend erlebt
	Vage Fokuswahrnehmung	3- 3 3+	2,66 3 3,33	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortung
	Anerkennung und Erkundung des Fokus	4- 4 4+	3,66 4 4,33	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive „Bewältigung“, Handeln
strukturelle Veränderung	Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich	5- 5 5+	4,66 5 5,33	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur „Passion“, Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung
	Neustrukturierung im Fokusbereich	6- 6 6+	5,66 6 6,33	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein
	Auflösung des Fokus	7- 7 7+	6,66 7 7,33	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltungen

4.2.3 Das Psychotherapie Prozess-Q-Set (PQS)

Für diese Arbeit wurde die deutsche revidierte Version PQS-R-D des PQS von Enrico E. Jones benutzt, die in Zusammenarbeit von amerikanischen und deutschen Forschern 2008 übersetzt wurde (Albani u. a., 2008), um den therapeutischen Prozess zu beschreiben.

Eine der Herausforderungen in der Psychotherapieforschung ist die Beantwortung der Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem, was in der psychotherapeutischen Situation zwischen Patienten und Therapeuten passiert und dem Ausgang und Erfolg von Psychotherapien. Um psychotherapeutische Konstrukte anhand klinischer Variablen zu untersuchen, sind also Methoden nötig, welche die Fülle klinisch beobachtbarer Phänomene auf quantifizierbare Dimensionen reduzieren, die Einzigartigkeit eines individuellen Falles erfassen und sowohl den Vergleich verschiedener Beurteiler eines Falles untereinander wie auch verschiedener Fälle erlauben. Ein methodischer Zugang, der diesen Anforderungen gerecht zu werden versucht, ist die Q-Sort-Technik von Stephenson (1953) und Block (1961). Diese Methode ist besonders zur Beschreibung qualitativer Daten geeignet. In den 60er Jahren,

als diese Methode vor allem in der Persönlichkeitspsychologie vielfältige Anwendungen fand, gab es geradezu einen *Q-Sort-Boom*. In den 70er Jahren wurde sie vor allem in der *Client-Centered Psychotherapy* geschätzt. Danach ließ das Interesse an der Q-Sort-Technik deutlich nach. Seit Beginn der 90er scheint es nun eine Renaissance dieser Methodik zu geben, was sich an zahlreichen Neuentwicklungen bzw. Überarbeitungen vorliegender Q-Sets und daraus hervorgehenden Publikationen zeigt (Albani u. a., 2008, S. 5).

Für die Psychotherapieforschung wurde die Q-Sort-Methode in den 90er Jahren von dem früh verstorbenen Professor Enrico E. Jones wiederentdeckt, der den PQS erfolgreich lancierte. Jones gehörte zu den wenigen Psychoanalytikern, die universitäre Forschungstätigkeit und klinische Arbeit verbanden. In den USA wird in der psychoanalytisch-psychodynamischen Forschergruppe um J. Stuart Ablon an der Harvard University in der Nachfolge von E. E. Jones diese Methode erfolgreich weiterentwickelt und mittlerweile in zahlreichen Projekten angewandt (Albani u. a., 2008, S. 5 f.).

Ziel der im PQS enthaltenen Items ist es, *eine grundlegende und theoriefreie Sprache* für die Beschreibung und Klassifizierung des Psychotherapieprozesses zur Verfügung zu stellen, auch wenn „it was constructed according to a general assumption that psychotherapy constitutes an interpersonal process“ (Sirigatti, 2004, S. 201). Dies gilt zwar für jedes therapeutische Verfahren, verschiedene Schulrichtungen benutzen jedoch unterschiedliche *Sprachen* und Begriffe. Das erschwert die Kommunikation untereinander ebenso wie den Vergleich, z.B. der Wirksamkeit. So ist die PQS-Methode ist pantheoretisch angelegt. D.h. sie ist bezüglich spezieller psychotherapeutischer Theorien neutral, bedient sich einer standardisierten Sprache und ermöglicht so die systematische und von Schulen unabhängige Einschätzung von Patient-Therapeut-Interaktionen (Albani u. a., 2008, S. 42).

Als Ergebnis eines langjährigen und gründlichen Entwicklungsprozesses, in dem von einer Sammlung von mehreren hundert potentieller Items ausgegangen wurde, die von Experten geratet und in Pilotstudien getestet wurde, liegen in der endgültigen Fassung des PQS 100 Items vor. Die Items wurden im Wesentlichen nach zwei Kriterien selektiert: Sie mussten ausreichende Varianz über die verschiedene Personen und Therapiesitzungen und eine möglichst niedrige Korrelation untereinander aufweisen.

Die 100 PQS-Items, die zur Beschreibung der Sitzungen zur Verfügung stehen, beinhalten sowohl Patienten-, als auch Therapeuten-, Inhalts- und Interaktionsitems, wobei eine ganz strikte Trennung zwischen diesen natürlich fraglich bleibt. Welches Item zu welcher Gruppierung gehört, ist aus den Tabellen 4.3, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 und 4.8 zu entnehmen.

Tabelle 4.3: PQS-Items Gefühle des Patienten

Item Nr.	Item-Beschreibung
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).
13	Der Patient ist lebhaft.
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.
32	Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).
60	Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
61	Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher.)
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.
73	Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).

Tabelle 4.4: PQS-Items Verhalten des Patienten

Item Nr.	Item-Beschreibung
25	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.
34	Der Patient beschuldigt andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstehung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.
70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
72	Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.5: PQS-Items Haltung des Therapeuten

Item Nr.	Item-Beschreibung
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
18	Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
21	Therapeutische Selbstöffnung.
37	Der Therapeut verhält sich lehrerhaft.
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
77	Der Therapeut ist taktlos.
86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
93	Der Therapeut ist neutral.

Tabelle 4.6: PQS-Items Interventionen des Therapeuten

Item Nr.	Item-Beschreibung
2	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
22	Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.
27	Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderungen.
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.
40	Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
43	Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
50	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung.)
57	Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.
79	Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
80	Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
82	Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.
85	Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.
99	Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.7: PQS-Items Interaktion

Item Nr.	Item-Beschreibung
1	Der Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.
8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit).
10	Der Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.
12	In der Stunde wird geschwiegen.
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.
19	Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
20	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.
24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
39	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
47	Wenn sich die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
55	Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
74	Es geht humorvoll zu.
78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
83	Der Patient ist fordernd.
87	Der Patient kontrolliert.
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
95	Der Patient fühlt sich unterstützt.

Tabelle 4.8: PQS-Items Inhalt

Item Nr.	Item-Beschreibung
4	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
16	Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.
38	Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
41	Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
68	Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapiende werden thematisiert.
90	Träume und Phantasien werden besprochen.
91	Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
96	Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.

Auch wurde, wie oben berichtet, in verschiedenen Untersuchungen gezeigt, dass der PQS ausreichend gut zwischen den verschiedenen therapeutischen Verfahren differenzieren kann. Mit Hilfe von Experten wurden insgesamt drei Prototypen entwickelt: der psychodynamische (PDT), der interpersonale (IPT) und der kognitiv-behaviorale (CBT) Prototyp und viele Therapien auf ihre Adhärenz mit diesen untersucht. Die 20 wichtigsten Items jedes dieser drei Prototypen sind aus den folgende Tabellen 4.9, 4.10 und 4.11 zu entnehmen.

Tabelle 4.9: Prototypische PQS-Items einer psychodynamischen bzw. psychoanalytischen Therapie (Ablon u. Jones, 1998)

Item Nr.	Item-Beschreibung
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
18	Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
22	Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.
32	Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
50	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung.)
62	Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
79	Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
82	Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.
90	Träume und Phantasien werden besprochen.
91	Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.
93	Der Therapeut ist neutral.
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Sirigatti berichtete 2004, dass die Methode des PQS nach Studium der Ergebnisse verschiedener Untersuchungen als gesichert reliable und valide betrachtet werden kann. Die Retest-Realibilitäten in den diversen Studien liegen zwischen 0.83 und 0.89 für zwei unabhängige Beobachtern, sowie zwischen 0.89 bis 0.92 für drei bis zehn Beobachtern. Auch die Validität des PQS wurde in diversen Studien mehrfach nachgewiesen. Sie zeigen u.a., dass der PQS zwischen Rational-Emotive- und Gestalttherapie, zwischen Rational-Emotive- und Klientenzentrierter-Therapie sowie zwischen psychodynamischer und kognitiv-behavioraler Therapie valide unterscheiden kann (Sirigatti, 2004, S. 199).

Zusammenfassend sind sich viele Forscher, so Fonagy, darin einig, dass der größte Gewinn der Methode des PQS und der Arbeit von Ablon und Jones ist, dass mit der Anwendung dieser Methode Realität in den Alltag der psychologischen Therapie gebracht werden konnte. Dabei scheint die wichtigste Eigenschaft die Einfachheit dieser Methode zu sein. Sie reduziert die Komplexität psychoanalytischer Gedanken und macht psychoanalytische Technik für uns alle verstehbar und zugänglicher (Fonagy, 2005, S. 587).

Tabelle 4.10: Prototypische PQS-Items einer interpersonalen Therapie (Ablon u. Jones, 2002)

Item Nr.	Item-Beschreibung
2	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
4	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
16	Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
40	Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
57	Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
79	Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
96	Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

Tabelle 4.11: Prototypische PQS-Items einer kognitive-behavioralen Therapie (Ablon u. Jones, 2002) und (Ablon u. Jones, 1998)

Item Nr.	Item-Beschreibung
4	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
27	Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderungen.
37	Der Therapeut verhält sich lehrerhaft.
38	Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
57	Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
72	Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
73	Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
80	Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.
85	Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
95	Der Patient fühlt sich unterstützt.

Blatt nennt in seinem Kommentar zur Arbeit von Ablon and Jones jedoch auch eine Reihe von kritischen Punkten bezüglich der Konstruktion der psychodynamischen PQS-Prototypen: „It is impressive that most of the items listed ... as most characteristic of the ideal psychoanalytic process concern the activities of the analyst (or therapist), with little

attention given to the activities of the patient. Yet the definition of any treatment is also contingent on the activities of the patient (...) it is important to note not only the activities of the therapist, but also the type and quality of material the patient introduces into the treatment process (...) . The style and nature of therapeutic interventions may vary not only among analysts but even within a particular analyst with different patients, or with the same patient at different phases of the therapeutic process” (Blatt, 2005, S. 564). Zwar verteilten sich, so Blatts Kritik, die 100 PQS-Items gleichmäßig auf die Beschreibung des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktion, dennoch erfassten die Prototypen – in der Sache unangemessen – eher die therapeutische Technik. Hinzu komme, dass es eben keinen prototypischen Patienten gebe. Weiterhin vertritt Blatt, wie viele andere Forscher mittlerweile auch, die Position, dass man die Suche nach differentiellen Ergebnissen verschiedener Behandlungsformen einstellen und stattdessen die Mechanismen und Prozesse identifizieren und evaluieren sollte, die der therapeutischen Aktivität dienen. D.h. dass es wichtiger wäre, der Bedeutung unterschiedlicher Komponenten in den Behandlungen für unterschiedliche therapeutische Ergebnisse nachzugehen (Blatt, 2005, S. 572).

Ablon selbst erwidert in seiner Antwort auf die Kommentare von Fonagy und Blatt, dass der größte Gewinn vom PQS seines Erachtens darin besteht, dass psychoanalytische Prozesse durch ihn quantifiziert und somit der empirischen Forschung zugänglich gemacht werden können. Es sei immerhin schon seit langem bewiesen, dass RCT-Studien alleine aufgrund ihrer methodischen Limitationen den Beweis für Wirksamkeit und Wirkungsweise dieser Prozesse nicht erbringen können. Auf Blatts Kritik gegenüber dem analytischen Prototyp erwidert Ablon, dass dieser schließlich alle 100 Items beinhaltet, von denen auch ein Drittel Patientenmerkmale sind. Schließlich betont er, dass mit dem PQS auch Einzelfälle und nicht nur Gruppen von Patienten erforscht werden können, womit auch der Spezifität jeder analytischen Dyade Raum gegeben werden kann (Ablon, 2005b, S. 592 f.).

4.3 Erhebung und Beschreibung der Daten

Im folgenden Teil der Arbeit wird beschrieben, wie die Daten für die deskriptive und induktive Auswertung anhand der drei oben dargestellten Instrumente erhoben wurden.

4.3.1 Auswahl der Behandlungsfoki anhand des Manuals der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik-1 (OPD-1)

Es wurden ganz im Sinne von Rudolf et al. (Rudolf u. a., 2001, S. 249) für jeden Patienten von je zwei unabhängigen und geschulten Beurteiler fünf Foki anhand eines ersten videographierten OPD-Interviews vergeben. Das Interview wurde zeitnah zum jeweiligen therapeutischen Erstgespräch (T1) von einem externen Interviewer in den Räumlichkeiten der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München durchgeführt. Externer Interviewer war zunächst Dr. Thomas Biehler, später Dr. Susanne Hörz. Die beiden Rater haben

sich anschließend dieses erste OPD-Interview getrennt angesehen und sich jeweils für fünf der 33 möglichen Foki aus der Tabelle 4.1 entschieden. Der erste Fokus war hierbei stets die Beziehungsdynamische Formulierung, die vier weiteren Foki variierten je nach Patient. Danach setzten sich die zwei Rater zusammen, diskutierten ihre Auswahl und entschieden sich dann für eine gemeinsame Auswahl von jeweils fünf Foki. Bis auf wenige Ausnahmen – wie in dem Falle von Patient 20, bei dem sich die Foki im Verlauf der Therapie änderten – blieben diese fünf Foki jeweils die ganze Therapie über konstant.

4.3.2 Quantitative Beurteilung der Therapiefortschritte bezüglich der ausgewählten Foki mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)

Nach jeweils 80 therapeutischen Sitzungen, also zu den Messzeitpunkten T2 (80. Sitzung), T3 (160. Sitzung), T4 (240. Sitzung), T5 (300. Sitzung) und zu T6 (400. Sitzung oder Katamnese) wurden die Patienten darum gebeten, zu einem weiteren OPD-Interview an die LMU zu kommen. Jedes dieser weiteren OPD-Interviews wurde wie das erste videographiert und anschließend an die Rater weitergegeben. Diese mussten sich – erneut zuerst getrennt und dann gemeinsam – zu jedem der Messzeitpunkte (auch zu dem ersten) eine Meinung im Sinne eines Konsenswertes auf der HUSS darüber bilden, wie weit der jeweilige Patient sich mit seinen *Themen* bzw. Foki auseinandergesetzt hatte, ob eine positive strukturelle Entwicklung oder eventuell auch schon eine Umstrukturierung der Persönlichkeit bezüglich des reflektierenden Umgang mit den Foki stattgefunden hatte (Rudolf u. a., 2001, S. 249 ff.).

4.3.3 Quantitative Beschreibung des psychotherapeutischen Geschehens mit der Methode des Psychotherapie Prozess Q-Sets (PQS)

Mit der revidierten deutschen Version PQS-R-D wurden schließlich je zwei Sitzungen der Therapien zu jedem Messzeitpunkt geratet. Als Datengrundlage für die Auswertung dienten vollständig transkribierte Therapiestunden. So konnten die Rater ihre Urteile anhand des gesamten Materials der jeweiligen Sitzung bilden.

Nach gründlichem Studium der jeweiligen transkribierten Sitzung wurden die 100 PQS-Items von je zwei unabhängigen und geschulten Ratern⁵ den neun Kategorien, die in der Tabelle 4.12 dargestellt sind, zugeordnet. Die Normal-Verteilung der Items auf die neun Kategorien ist dabei vorgegeben. Ein Rating für ein PQS-Item gibt die Häufigkeit, die Intensität und die Wichtigkeit dieses einen Items für die jeweilige Sitzung wieder.

⁵Alle Raintingsspezialisten – inklusive die Verfasserin dieser Arbeit – nahmen erfolgreich an Raymond Levys PQS-Schulung von der Harvard Medical School in München von 10. bis 12. Oktober 2007 teil und wurde von diesem zertifiziert.

Tabelle 4.12: Kategorien der Items und die zu vergebende Anzahl in den einzelnen Kategorien

Kategorie	Anzahl	Beschreibung der Kategorien
1	5	extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend
2	8	ziemlich uncharakteristisch oder nicht zutreffend
3	12	einigermaßen uncharakteristisch oder nicht zutreffend
4	16	ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend
5	18	relativ neutral or unwichtig
6	16	ein wenig charakteristisch oder zutreffend
7	12	einigermaßen charakteristisch oder zutreffend
8	8	ziemlich charakteristisch oder zutreffend
9	5	extrem charakteristisch oder zutreffend

Zur Hilfestellung lag für jedes der 100 PQS-Items eine genaue Beschreibung vor, welche die Zuordnung als *charakteristisch* oder *uncharakteristisch* erläutert und erleichtern soll. Bei einigen Items wird zusätzlich auch die Zuordnung zur Kategorie *neutral* genauer beschrieben. Von den Beurteilern wurde erwartet, dass sie die Position eines *allgemeinen Anderen* einnahmen, d. h. eines Beobachters, der die Interaktion zwischen Patient und Therapeut und das therapeutische Geschehen von außen betrachtet, ohne sich von seinem Urteil, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist, leiten zu lassen. Zudem sollten die Beurteiler ihre Urteile frei davon bilden, welcher Therapierichtung sie selber angehören. Hinzu kommt, dass die PQS-Methode eine ipsative Skala ist. Das bedeutet, dass es für die Beurteilung der einzelnen Items unwichtig ist, wie ein Individuum im Vergleich zu einem anderen oder zu einer Norm, wie auch immer diese definiert wird, eingestuft wird. Wichtig ist ausschließlich das Verhältnis der Items zueinander in der gerade untersuchten Sitzung – und nur in dieser einen Sitzung.

Die Therapiestunden wurden immer von je zwei Beurteilern und zunächst voneinander unabhängig ausgewertet. Danach wurden ihre Bewertungen miteinander korreliert. Lag die erreichte Übereinstimmung unter $r = 0,5$, was selten der Fall war, wurde ein dritter Beurteiler hinzugezogen. Nach dem Einzelrating bildeten die beiden Rater gemeinsam die Konsensratings für jede einzelne Therapiestunde.

Bei der Bildung dieser Konsensratings erschien den Ratern sowie den weiteren Projektteilnehmern die übliche Mittelung der zwei Ratings als nicht ausreichend befriedigend. Man vertrat die Meinung, dass ein solches Vorgehen zu Qualitätsverlusten führe. Deshalb gingen die Rater bei der Bildung der Konsensrating folgendermaßen vor: Nach den ersten getrennten Ratings wurde eine Normalverteilungstabelle angelegt, in der zunächst die Item-Werte eingetragen wurden, die in den Ratings der Verfasserin dieser Arbeit und ihrer Projektpartnerin Dr. Nataliya Zharkova übereinstimmten. Wenn der eine Rater aber einen Wert von zwei und der andere einen Wert von vier geratet hatte, dann bekam dieses Item ohne weitere Diskussion den Wert drei. Hatte der eine Rater einen sieben und der andere

einen Wert von acht, wurde dieses Item zwischen den beiden Werten platziert und erst nach einer Diskussion entschieden, welchen Wert dieses Item endgültig bekommen sollte. Bei einer Diskrepanz von drei oder mehr Stellen wurde nicht automatisch der Mittelwert eingetragen, sondern geprüft, wie es zu dieser Diskrepanz bei der Meinungsbildung der zwei Rater kommen konnte. Nach erneutem Studieren des Stundenprotokolls und nach weiterem Austausch von Argumenten wurde dann gemeinsam entschieden, an welcher Stelle nun das entsprechende Item im Konsensrating kam. Nach dem die *schwierigen* Items platziert waren, wurde die Konsenstabelle mit den restlichen Items ausgefüllt. So gelang es den Ratern, eine Konsensbeschreibung zusammenzustellen, die der jeweiligen Stunde am ehesten gerecht wurde.

Auf diese Weise konnten für die im Folgenden dargestellten vier Einzelfallauswertungen die PQS-Konsensdaten der zwei beteiligten Rater verwendet werden. Weil aber in der Gesamtgruppe bei einigen Patienten derartige Konsensdaten fehlten, konnten in die gruppenstatistische Untersuchungen nur Mittelwerte der PQS-Ratings der jeweils beteiligten zwei Rater als Datenbasis aufgenommen werden.

4.4 Stichprobenbeschreibung und Beschreibung des therapeutischen Settings

4.4.1 Beschreibung der Gesamtstichprobe

Zu der Untersuchung der Gesamtstichprobe wurden, wie bereits erwähnt, die Daten von 17 Patienten verwendet. An der Untersuchung nahmen zunächst insgesamt 21 Patienten teil, die sich einer psychoanalytischen Langzeitpsychotherapie bei niedergelassenen und, wie bereits in Kapitel 1 angemerkt, an die Akademie für Psychoanalyse e.V. in München angehenden Psychoanalytikern unterzogen. Im Verlauf der Untersuchungen gab es jedoch vier Dropouts wegen Umzug bzw. Therapieabbruch ziemlich am Anfang der Therapie, so dass die Daten dieser vier Patienten nicht für eine Therapieverlaufsuntersuchung verwendet werden konnten. Insgesamt schlossen 14 der 17 Patienten ihre analytischen Therapien regulär ab, zehn von diesen 14 wurden auch katamnestisch interviewt und untersucht. Drei der Patienten befanden sich zum Zeitpunkt der Datenauswertung für diese Arbeit noch in Therapie.

Das Alter der Patienten variierte von 20 bis 48 Jahren, im Mittel betrug es 32 Jahre. Im Gegensatz zu den Ausgangsdaten der meisten Therapieuntersuchungen waren 24 % der Patienten weiblich, 76 % männlich. In der Regel sind ein Drittel der sich in Therapie befindenden Patienten männlich und zwei Drittel weiblich (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S.255). Aus den folgenden zwei Tabellen 4.13 und 4.14 ist zu entnehmen, welche Daten für die Auswertungen an der Gesamtstichprobe verwendet wurden.

Tabelle 4.13: Übersichtstabelle der vorhandenen Huss-Daten über alle Patienten

Patient	T1	T2	T3	T4	T5	T6
1	x	x	x	x	x	x
2	x	x	x	x	-	-
3	x	x	x	x	-	-
4	x	x	x	x	x	x
5	x	x	x	x	x	x
6	x	x	x	x	x	x
7	x	x	x	x	x	x
11	x	x	x	x	x	x
12	x	x	x	x	x	x
13	x	x	x	x	x	x
14	x	x	x	x	x	x
15	x	x	x	-	-	x
16	x	x	x	-	-	x
17	x	x	x	x	x	x
18	x	x	x	x	-	x
19	x	x	x	x	x	-
20	x	x	x	-	x	x
Gruppe (17)	17	17	17	14	11	13

Tabelle 4.14: Übersichtstabelle der vorhandenen PQS-Daten über alle Patienten

Patient	T1_1	T1_2	T2_1	T2_2	T3_1	T3_2	T4_1	T4_2	T5_1	T5_2	T6_1	T6_2
1	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
2	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
3	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-
4	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x
5	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
6	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
7	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
11	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
12	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
13	x	x	x	-	x	x	x	x	x	x	-	-
14	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
16	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
17	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
18	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-
19	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-
20	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gruppe (16)	16	16	16	15	16	16	15	15	6	6	2	2

4.4.2 Beschreibung der Einzelfälle

Im nächsten Abschnitt wird kurz skizziert, mit welcher berichteten Symptomatik die vier Patienten, die für die Einzelfalluntersuchungen dieser Arbeit herangezogen werden, in die Therapie kamen, welche Foki anhand der OPD-Interviews für sie diagnostiziert wurden und wie das therapeutische Setting sich bei den Einzelnen gestaltete.

Aus Datenschutzgründen wurden die Therapieergebnisse anonymisiert; dazu wurden u. a. Geschlecht der Patienten und Therapeuten auf die männliche Fassung vereinheitlicht sowie die Patientenkodes weggelassen. Die Patienten werden hier durch die Kennzahl vertreten, die sie auch im Gesamtprojekt zugewiesen bekamen. Die Zuweisung der vier Patienten erfolgte, wie auch für die anderen Diplom- und Doktorarbeiten des Projektes zufällig.⁶

Einzelfall: Patient 16

Patient 16 kam mit Anfang 20 in die Therapie wegen depressiver Verstimmung, Niedergeschlagenheit, Unsicherheit und großer Ängste, die er unter Menschen – z.B. an der Universität in Seminaren – verspürte, so dass er in Prüfungssituationen, wie z.B. beim Vortragen von Seminararbeiten, große Schwierigkeiten hatte. Sein Ziel war, nicht mehr gehemmt und ängstlich zu sein, sich unter Menschen und in Gesellschaft wieder wohl zu fühlen, in Seminaren normal sprechen und so seine Arbeit und sein Wissen präsentieren zu können. Er wollte durchführen können, was er sich vorgenommen hatte und leichter und besser Entscheidungen treffen.

Bei Patient 16 wurden anhand des ersten OPD-Interviews folgende Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki aus dem OPD-1 Manual diagnostiziert: Der Patient erlebte sich in *Beziehungen* so, dass er sich sehr zurücknahm und selbst entwertete, sich anderen nicht anvertrauen konnte und sehr unselbständig war. Von anderen fühlte er sich oft im Stich gelassen, ignoriert und alleine gelassen. Die Untersucher erlebten ihn als sehr unsicher, anklammernd, hilflos und klagend. Sie hatten einerseits das Bedürfnis, ihm zu helfen und ihn zu beschützen. Andererseits wollten sie sich wegen seiner stark anklagenden Art von ihm abschotten. Diagnostiziert wurden schließlich: eine ausgeprägte *Selbstwertproblematik*, Konflikte bezogen auf das Thema *Unterwerfung-Kontrolle*, Schwierigkeiten in der Kommunikation, insbesondere in der *Mitteilung eigener Affekte*, Schwierigkeiten in der Selbstwahrnehmung, vor allem in den *selbstreflexiven Fähigkeiten* und in der Objektwahrnehmung und hier besonders darin, *zwischen Selbst und Objekt adäquat zu unterscheiden*. Bei Patient 16 gab es statt vier insgesamt fünf Konflikt- und Strukturfoki, weil der Fokus Kommunikation zu T3 und T5 vom Fokus Unterwerfung-Kontrolle abgelöst wurde.

Patient 16 kam vom Anfang der Therapie bis einschließlich zur 27. Sitzung zweistündig, danach bis zur 240. Sitzung dreistündig und schließlich bis zum Ende wieder zweistündig. Dabei saß er bis einschließlich zur 22. Stunde und lag danach bis zum Ende der Therapie. Mit ihm fand auch eine katamnestische Erhebung statt.

⁶Leider gehen mit der Vereinheitlichung des Geschlechtes der Therapeuten und Patienten wichtige und interessante Informationen (z.B. bei der genaueren Untersuchung der einzelnen therapeutischen Dyaden in Hypothese 2) verloren. Da die Fragestellungen dieser Arbeit aber die Auswirkungen der Geschlechtszugehörigkeit von Therapeut und Analysand auf das Therapieergebnis nicht beinhalten, wurde die Vereinheitlichung dennoch durchgeführt und aus Gründen der Lesbarkeit des Textes die männliche Form gewählt.

Einzelfall: Patient 18

Patient 18 kam mit Anfang 40 in die Therapie, weil er sich wegen der Trennung von seinem Ehepartner, dem damit verbundenen Rosenkrieg mit der Familie des Partners, den Erziehungsproblemen der gemeinsamen Kinder und der eigenen beruflichen Tätigkeit vielfach überfordert fühlte. Er hatte das Gefühl, dass er in verschiedenen Lebensbereichen und von verschiedenen Menschen gefordert werde und ihm die Kraft ausgehe.

Bei Patient 18 wurden anhand des ersten OPD-Interviews folgende Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki aus dem OPD-1 Manual diagnostiziert: Der Patient erlebte sich ganz zu Beginn der Therapie in *Beziehungen* so, dass er sich vor anderen dauernd rechtfertigen, seine Selbständigkeit stark betonen und beweisen musste, dass er alles alleine schafft. Er hatte ein sehr starkes Bedürfnis danach, anerkannt zu werden. Andere erlebten den Patienten fordernd, klagend und ignorant. Auch von den Untersuchern wurde er als klagend, belehrend und kränkend erlebt, so dass sie sich am liebsten von ihm abschotten und ihn ebenfalls aggressiv zurückweisen wollten. Diagnostiziert wurden: Konflikte bezogen auf das Thema *Unterwerfung-Kontrolle*, ausgeprägte *Schuldproblematik* und *Selbstwertproblematik* und Schwierigkeiten in der Selbststeuerung, vor allem in der *Impulssteuerung*.

Patient 18 kam bis einschließlich zur 50. Sitzung dreimal wöchentlich zur Therapie, die immer liegend durchgeführt wurde, bis zur ca. 79. Stunde dann zweimal und schließlich bis zu T4 (240 Sitzungen) einmal pro Woche. Die Therapie wurde zu T4 im beidseitigen Einverständnis zwischen Therapeut und Patient beendet und kein weiterer Kassenantrag auf Verlängerung gestellt. Ein Jahr nach Therapieende wurden katamnestische Erhebungen durchgeführt.

Einzelfall: Patient 19

Patient 19 kam mit 25 Jahren in die Therapie wegen starker Stimmungsschwankungen, aggressiver Impulse, die er nicht zu kontrollieren vermochte und wegen sich wiederholender lethargischer und depressiver Phasen. Im Laufe der Therapie entwickelte er eine Suchtproblematik, trank an den Wochenenden sehr viel Alkohol und fing an, ein Schmerzmittel zu missbrauchen, das ihn sedierte und seine Wahrnehmung und Aufmerksamkeit beeinträchtigte. Zwischen den Messzeitpunkten T4 und T5 gelang es ihm diesen Missbrauch aufzugeben. Patient 19 wuchs ohne Vater und Großvater auf. Er berichtete über ein problematisches Verhältnis zu seiner Mutter und seiner Großmutter, die ihn zu kontrollieren versuchten und eine zu enge Bindung zu ihm wünschten, während er versuchte, sich langsam von ihnen zu lösen.

Anhand des ersten OPD-Interviews wurden bei Patient 19 folgende Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki aus dem OPD-1 Manual diagnostiziert: Der Patient erlebte ganz zu Beginn der Therapie seine *Beziehungen* so, dass er auf das anklammernde Verhalten seiner Mutter und Großmutter aggressiv zurückweisend reagierte und sich von diesen ab-

schotten wollte. Er sagte auch, dass er sehr leicht zu kränken sei. Andere empfand er als anklammernd, beherrschend und beschämend. Die Untersucher erlebten ihn ebenfalls als sehr leicht kränkbar, aber auch als trotzig, anklagend und sich in den Mittelpunkt stellend. Sie verspürten einerseits Fluchtintendenzen, andererseits wollten sie den Patienten gerne beschwichtigen und ihm helfen. Diagnostiziert wurden: Konflikte bezüglich der *Unterwerfung-Kontroll-Thematik*, ein *ödipal-sexueller Konflikt*, ausgeprägte *Selbstwertproblematik* und Schwierigkeiten in der Selbststeuerung, vor allem darin, *Impulse zu steuern*.

Patient 19, dessen Therapie zum Zeitpunkt der Auswertungen noch lief (etwa Anfang Dezember 2011 wurde die 300. Sitzung erreicht), liegt von Anfang an auf der Couch. Er kam in die Therapie bis einschließlich zu der 202. Sitzung zweistündig, danach bis einschließlich zu der 212. Sitzung einstündig und seither, also seit der Zeit zwischen T3 und T4 wechselnd ein- bis zweistündig, mit Tendenz zu eher einstündig. Seit T4 wird seine Therapie nicht mehr von der Krankenkasse, sondern von seiner Mutter bezahlt.

Einzelfall: Patient 20

Patient 20 war zum Anfang der Therapie 31 Jahre alt. Er kam wegen einer depressiven Symptomatik, berichtete über andauernde Niedergeschlagenheit, Freudlosigkeit, Antriebs- und Lustlosigkeit. Tagsüber werde er schnell müde, an den Wochenenden schaffe er es nicht mehr seine Wohnung zu verlassen. Patient 20 hatte sich sehr von anderen zurückgezogen und jegliches Interesse an sozialen Kontakten verloren. Er sagte, er habe das Gefühl, wie in einen Sumpf zu versinken, aus dem er aus eigenem Antrieb und eigener Kraft nicht heraus könne. Unter der Woche, wenn er etwas zu tun und Aufgaben zu erledigen habe, funktioniere er einwandfrei, versinke aber in Lethargie, sobald das Wochenende da sei. Vor allem im Urlaub entstehe ein großes Problem. Während sich die meisten auf die freie Zeit freuten, sei er froh, wenn er wieder zur Arbeit dürfe: Der Ortswechsel bringe ihm nichts, er nehme sich ja schließlich auch mit und somit die schlechte Laune.

Bei Patient 20 wurden anhand des OPD-Interviews folgende Beziehungs-, Konflikt- und Strukturfoki aus dem OPD-1 Manual diagnostiziert: Der Patient erlebte sich in seinen *Beziehungen* immer wieder so, dass er beschwichtigte, harmonisierte und sich auch stark von den anderen abwandte und isolierte. Bei Schwierigkeiten gab er meist sich selbst die Schuld und klagte sich dafür an, dass andere ihn ausnutzten. Von anderen fühlte er sich beherrscht, bestimmt und eben auch ausgebeutet. Die Untersucher hatten den Eindruck, dass der Patient sich selbst stark entwertete, sich aufgab und stark anpasste. Die Untersucher erlebten sich ihm gegenüber so, dass sie ihm helfen, ihn versorgen, akzeptieren, aber auch bevormunden und belehren wollten. Die Diagnose ergab einen ausgeprägten *Selbstwertkonflikt*, einen *ödipal-sexuellen* sowie einen *Autonomie-Abhängigkeitskonflikt*, Schwierigkeiten in der Selbststeuerung, vor allem in der *Impulssteuerung*, Schwierigkeiten in der Selbstwahrnehmung, vor allem bezogen auf das *Selbstbild*, sowie Schwierigkeiten bezogen auf das Bindungsverhalten, vor allem in Bezug auf die *Objektinternalisierung*. Bei Patient 20 konnten statt vier insgesamt sechs Konflikt- und Strukturfoki festgestellt werden, die im

zeitlichen Verlauf unterschiedlich stark in den Mittelpunkt der therapeutischen Interaktion rückten.

Die Therapie dauerte ca. 400 Stunden, wobei Patient 20 bis einschließlich zur 243. Stunde lag und dann bis zum Ende der Therapie saß. Die Sitzungsfrequenz war folgende: Bis einschließlich zur 127. Stunde ging der Patient dreimal wöchentlich zur Therapie, zwischen der 128. und 170. Stunde einmal wöchentlich, zwischen der 171. und 257. Stunde erneut dreimal und schließlich ab der 258. Sitzung wieder einmal pro Woche.

4.5 Datenauswertungsverfahren

4.5.1 Deskriptive statistische Untersuchungen

Ziel der deskriptiven Statistiken ist es, Beobachtungen durch geeignete grundlegende Kenngrößen zahlenmäßig zu beschreiben, durch Zusammenfassung in Tabellen und Grafiken zu ordnen und übersichtlich darzustellen. Die Verfahren der deskriptiven Statistik können grundsätzlich nach vier Gesichtspunkten eingeteilt werden: es gibt Maßzahlen, die eine zentrale Tendenz von Beobachtungen bzw. Messungen ausdrücken; Maßzahlen, die eine Streuung oder Variabilität von Beobachtungen bzw. Messungen erfassen; Maßzahlen, die Form bzw. das Profil einer (Häufigkeits-) Verteilung beschreiben sowie Maßzahlen, welche weitere Aspekte, z.B. den Zusammenhang zwischen zwei Beobachtungsreihen untersuchen (Sachs u. Hedderich, 2006, S. 55).

Einfache deskriptive statistische Berechnungen wie Berechnungen der Mittelwerte und der Streuungen um diesen werden sowohl bei Hypothese 1 als auch bei Hypothese 2 und 3, einfache Korrelationsberechnungen in Hypothese 2 und 3 angewandt.

4.5.2 Induktive bzw. interferenzielle statistische Untersuchungen

t-test für Mittelwerte

Als parametrischer Signifikanztest zur Überprüfung von Mittelwerten wird der einseitige t-Test in dieser Arbeit genutzt. Für eine ausführliche Beschreibung wird wieder auf Sachs und Hedderich verwiesen (Sachs u. Hedderich, 2006, S. 378).

Univariate Regressionsanalyse (Pearson-Korrelation)

In wissenschaftlichen Untersuchungen, ob in der Medizin, in der Ökonomie, in der Psychologie oder eben in der empirischen Psychotherapieforschung ist es erforderlich, den Zusammenhang zwischen mindestens zwei Variablen in mathematischen Modellen darzustellen, um so diese Zusammenhänge besser zu verstehen, Vorhersagen treffen zu können

oder Entscheidungsprozesse zu ermöglichen (Sachs u. Hedderich, 2006, S. 562). Für die Quantifizierung eines Zusammenhangsmaßes wird in dieser Arbeit die Pearson-Korrelation herangezogen. Eine ausführliche Beschreibung der Pearson-Korrelation ist wiederum bei Sachs und Hedderich zu sehen (Sachs u. Hedderich, 2006, S. 230).

Kapitel 5

Darstellung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die quantitativen und qualitativen Auswertungen zu den im Kapitel 3 vorgestellten Hypothesen dargestellt und die so errechneten Ergebnisse beschrieben.

Die Auswertungen zu den Hypothesen 1 und 2 wurden sowohl an der Gesamtstichprobe (bzw. an deren inhaltlich für die Hypothese sinnvoll konstruierbaren Teilen) im Sinne der gruppenstatistischen Forschung durchgeführt, als auch an vier Einzelpatienten (Patient 16, 18, 19 und 20) im Sinne der Einzelfallforschung. Im Folgenden werden jeweils zunächst die Gruppenergebnisse und dann die Ergebnisse der Einzelfälle dargestellt.

Für die Untersuchung von Hypothese 3 wurden, je nach Strukturniveau der Patienten, drei Gruppen gebildet und die Rechnungen bezogen auf diese drei Gruppen durchgeführt, wobei die letzte Gruppe nur einen Patienten beinhaltet.

Die detaillierte Diskussion der Ergebnisse und deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext erfolgt jeweils nach Beschreibung der Ergebnisse zu den einzelnen Hypothesen.

5.1 Hypothese 1: Nachweis der Wirksamkeit analytischer Psychotherapien auf die strukturelle Entwicklung der Patienten

In diesem Abschnitt wird Hypothese 1 bzw. deren Teilhypothesen 1a und 1b mit Hilfe von deskriptiven statistischen Methoden validiert.

Wiederholend ist der Gegenstand von Hypothese 1 die Behauptung, dass eine psychoanalytische Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von ca. 240, 300 bzw. 400 Sitzungen bei

den Patienten nicht nur zu einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung (1a), sondern auch zu einer Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne bezogen auf die Beziehungsgestaltung- und erleben, intrapsychischen Konflikte und strukturellen Fähigkeiten der Patienten führt (1b), was nach Beendigung der Therapie (bis zu Katamneseerhebung) auch stabil bleibt. Anhand der Ergebnisse dieser Hypothese kann auch die Frage von Hartkamp beantwortet werden, ob längere Therapien in konsistenter Weise mit besseren therapeutischen Ergebnissen (hier höhere Werte auf HUSS) assoziiert sind (Hartkamp, 1997)?

Im Sinne der HUSS bedeutet eine positive strukturelle Veränderung des Patienten, dass er bezüglich eines bestimmten Fokus von den Ratern im Konsens um mindestens eine HUSS-Einheit höher bewertet wurde. Um zu sehen, ob eine positive strukturelle Veränderung auch noch signifikant ist, wurden die gemessenen Veränderungen mittels eines Signifikanztests (einseitiger t-Tests) auf ihre Signifikanz geprüft.

Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne bedeutet die Überwindung der Stufe 4 auf der HUSS, was mit einer noch aktiven Auseinandersetzung des einzelnen Patienten mit seinen wichtigen Beziehungs-, Konflikt- und/oder strukturellen Themen, gleichzusetzen ist. Eine tatsächliche Auflösung alter Strukturen ist laut HUSS erst bei Stufe 5- erreicht (Rudolf u. a., 2000, S. 241). Aus diesem Grunde wird in der vorliegenden Arbeit die Stufe 5- als eindeutiger Schwellenwert für die Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne festgelegt.

5.1.1 Auswertung der Gesamtstichprobe

In die gruppenstatistische Auswertung wurden alle Patienten aus der Gesamtstichprobe der 21 Patienten aufgenommen, welche ihre Therapie mindestens bis zum Zeitpunkt T4 (bis zur ca. 240. Sitzung) gemacht haben. So blieben, die Drop-Outs abgerechnet, 17 Patienten übrig: Patient 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13, 14,15, 16, 17, 18, 19 und Patient 20.

Für die Gruppenuntersuchungen stehen die Werte zur Verfügung, die in der Tabelle 4.13 zu sehen sind. Nach Betrachtung der gegebenen Datengrundlage erschien es sinnvoll, die Gruppe in zwei Teilgruppen aufzuteilen, je nachdem, ob T6 eine Messung zum Therapieende bzw. noch in laufender Therapie oder aber bereits eine Katamneseerhebung ca. ein Jahr nach Beendigung der Therapie ist. Auf diese Weise ist es möglich, Hypothese 1bc und 1bd zu prüfen und zwischen diesen beiden Teilhypothesen und deren Aussagen eindeutig zu unterscheiden. Die Werte zu T6 sagen also in letztgenanntem Fall etwas darüber aus, ob die Therapieergebnisse, d.h. die erreichten signifikanten positiven strukturellen Veränderungen bzw. Umstrukturierungen, stabil geblieben sind oder sich in die eine oder andere Richtung verändert haben.

Bei den Patienten 1, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16 und 17 wurde die Therapie bis zum Ende der kassenfinanzierten Leistung (T5=300 Sitzungen) durchgeführt und es liegen bereits katamnestische Ergebnisse (T6) vor. Bei Patient 18 fand die Therapie zwar nur bis zu T4

(240) statt, zu ihm liegen aber auch katamnestische Werte zu T6 vor. Bei Patient 13 fehlen die Messwerte zu T4, bei Patient 16 zu T4 und T5. Bei den Patienten 2 und 3 liegen Werte nur bis zu T4 vor. Patient 2 schloss zwar seine Therapie mit etwa 330 Sitzungen ab, das letzte OPD-Interview liegt aber zum Zeitpunkt T4 vor, danach war der Patient nicht erreichbar. Patient 3 brach seine Therapie nach 216 Sitzungen ab (d.h. zwischen T3 und T4), jedoch wurde noch ein OPD-Interview ziemlich zeitnah zum Abbruchzeitpunkt (zu T4) mit ihm durchgeführt. Bei Patient 19 liegen HUSS-Daten bis zu T5 vor, seine Therapie läuft noch. Die Patienten 4, 7, 15 und 20 führten die Therapie über die kassenfinanzierte Leistung hinaus bis zu ca. 360-400 Sitzungen weiter. Somit ist T6 bei diesen Patienten keine katamnestische Erfassung, sondern die Erfassung der bis zu diesem Messzeitpunkt erreichten Therapieergebnisse. Bei Patient 15 fehlen Werte zu T4 und T5.

Aufgrund dieser Datenlage wurden die Patienten also in zwei Gruppen aufgeteilt: die Patienten 1, 5, 6, 11, 12, 13, 14, 16, 17 und 18 wurden in die katamnestische Gruppe (n=10), die Patienten 2, 3, 4, 7, 15, 19 und 20 in die Gruppe mit der noch laufenden Therapie (n=7) eingeordnet. In allen folgenden Gruppenberechnungen und Beschreibungen bezogen auf Hypothese 1 werden diese zwei Gruppen getrennt behandelt.

Untersuchungsergebnisse zur katamnestischen Gruppe

Als erster Indikator für die Messung einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung wird die Streuung um den zeitlichen Mittelwert berechnet. Die zeitlichen Mittelwerte und die Streuung um diese Größe sind für die jeweiligen Foki-Messwerte aus den sechs Zeitpunkten der Therapie in der Tabelle 5.1 aufgelistet. Die Ergebnisse sind aus den letzten beiden Spalten der Tabelle abzulesen.

Für eine Interpretation der Daten bezüglich der drei Teilziele (Veränderungen der Beziehungsgestaltung, des Umgangs mit und des Bewusstseins um den intrapsychischen Konflikte sowie Veränderung der strukturellen Fähigkeiten) einer psychoanalytischen Langzeittherapie wurden in der Tabelle 5.1 die Foki aus der selben OPD-Achse zu einem gemeinsamen Fokus gemittelt. Im Ergebnis reduzieren sich die Foki somit auf drei, mit den OPD-Achsen identische, Größen. Bei der Mittelung der einzelnen Größen ist zu beachten, dass ein Mittelwert und eine Standardabweichung zu jedem einzelnen Zeitpunkt berechnet wurden. Die Standardabweichungen, die in diesem Zusammenhang berechnet wurden, können als Streuung innerhalb einer Fokusgruppe und innerhalb der Patienten interpretiert werden.

Die gemittelten Foki-Ergebnisse sowie deren Streuungen kann aus den letzten sechs Zeilen der Tabelle 5.1 abgelesen werden und ist grafisch in der Abbildung 5.1 dargestellt. Die Standardabweichungen zu den gemittelten Foki sind als Fehlerbalken angezeigt. Der kritische Schwellenwert von 5- ist als horizontale gestrichelte Linie hervorgehoben. Die vertikale gestrichelte Linie zum Zeitpunkt T5 markiert den Zeitpunkt der dreihundertsten Therapiesitzung.

Tabelle 5.1: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe - Katamnese

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	2.53	3.1	3.43	3.79	4.91	5.36	3.85	1.09
		StdAbw(B)	0.32	0.45	0.61	0.8	0.89	0.73	-	-
Konflikt	Abhängigkeit vs. Autonomie	K1	2.33	-	-	-	3.66	4.66	3.55	1.17
		StdAbw(K1)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Identitätskonflikt	K2	2.58	3	3.4	4.33	5.55	5.08	3.99	1.19
		StdAbw(K2)	0.69	0.7	0.5	1.67	1.5	0.69	-	-
	Ödipal-sexueller Konflikt	K3	2.46	2.83	3.26	4.06	4.93	5	3.76	1.08
		StdAbw(K3)	0.3	0.58	0.86	1.44	1.32	1.13	-	-
	Schuldkonflikt	K4	2.54	3.16	3.92	5	4.83	5.04	4.08	1.06
		StdAbw(K4)	0.71	0.56	0.79	1.17	0.55	0.86	-	-
Selbstwertkonflikt	K5	2	2.66	3.33	4.33	-	5.33	3.53	1.32	
	StdAbw(K5)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Unterwerfung vs. Kontrolle	K6	1.66	3.33	4	-	5.66	4.33	3.8	1.46	
	StdAbw(K6)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Versorgung vs. Autarkie	K7	3	3	3.33	3.33	4.33	5.33	3.72	0.93	
	StdAbw(K7)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Struktur	Abwehr - Erfolg	S1.1	2.66	3	3.33	-	-	6	3.75	1.53
		StdAbw(S1.1)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Bindung - Internalisierung	S1.3	2.33	3	3.33	5	5	5.66	4.05	1.34
		StdAbw(S1.3)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Bindung - Loslösung	S2.2	3	3.33	3.66	4	4	5.33	3.89	0.81
		StdAbw(S2.2)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Bindung - Variabilität der Bindungen	S2.3	2.77	3.33	3.78	4.89	5.66	5.99	4.4	1.31
		StdAbw(S2.3)	0.51	0.67	0.69	0.96	1.89	1.15	-	-
	Kommunikation - Mitteilung eigener Affekte	S3.2	3	3.66	4.17	5.5	5.66	5.33	4.55	1.1
		StdAbw(S3.2)	0.47	0.47	0.23	0.71	1.89	0.95	-	-
	Objektwahrnehmung - Objektbezogene Affekte	S4.1	2.66	2.66	3	-	-	4	3.08	0.63
		StdAbw(S4.1)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Objektwahrnehmung - Subjekt-Objekt-Differenzierung	S4.4	2.17	2.17	3.17	4.5	4.33	4.33	3.44	1.1
		StdAbw(S4.4)	0.23	0.23	0.23	0.71	0	0	-	-
Selbststeuerung - Impulssteuerung	S5.3	3	-	-	-	-	4.33	3.66	0.94	
	StdAbw(S5.3)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Selbststeuerung - Selbstwert	S6.1	2.78	2.78	3.33	5	5.11	5.22	4.04	1.19	
	StdAbw(S6.1)	0.39	0.39	0.58	1.41	0.19	0.51	-	-	
Selbstwahrnehmung - Identität	S6.2	2.33	2.5	2.91	3.41	3.66	4.33	3.19	0.76	
	StdAbw(S6.2)	0.88	0.58	0.74	1.07	0.77	0.61	-	-	
Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion	S6.3	1.33	1.66	1.66	2	2.66	5.66	2.5	1.62	
	StdAbw(S6.3)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B	2.53	3.1	3.43	3.79	4.91	5.36	3.85	1.09
		StdAbw(B)	0.32	0.45	0.61	0.8	0.89	0.73	-	-
Konflikt	Konfliktfokimittelwert	K	2.47	3.03	3.58	4.44	4.94	5.01	3.91	1.05
		StdAbw(K)	0.57	0.55	0.71	1.28	1.02	0.79	-	-
Struktur	Strukturfokimittelwert	S	2.58	2.82	3.3	4.33	4.56	5.06	3.77	1.01
		StdAbw(S)	0.57	0.65	0.71	1.22	1.22	0.88	-	-

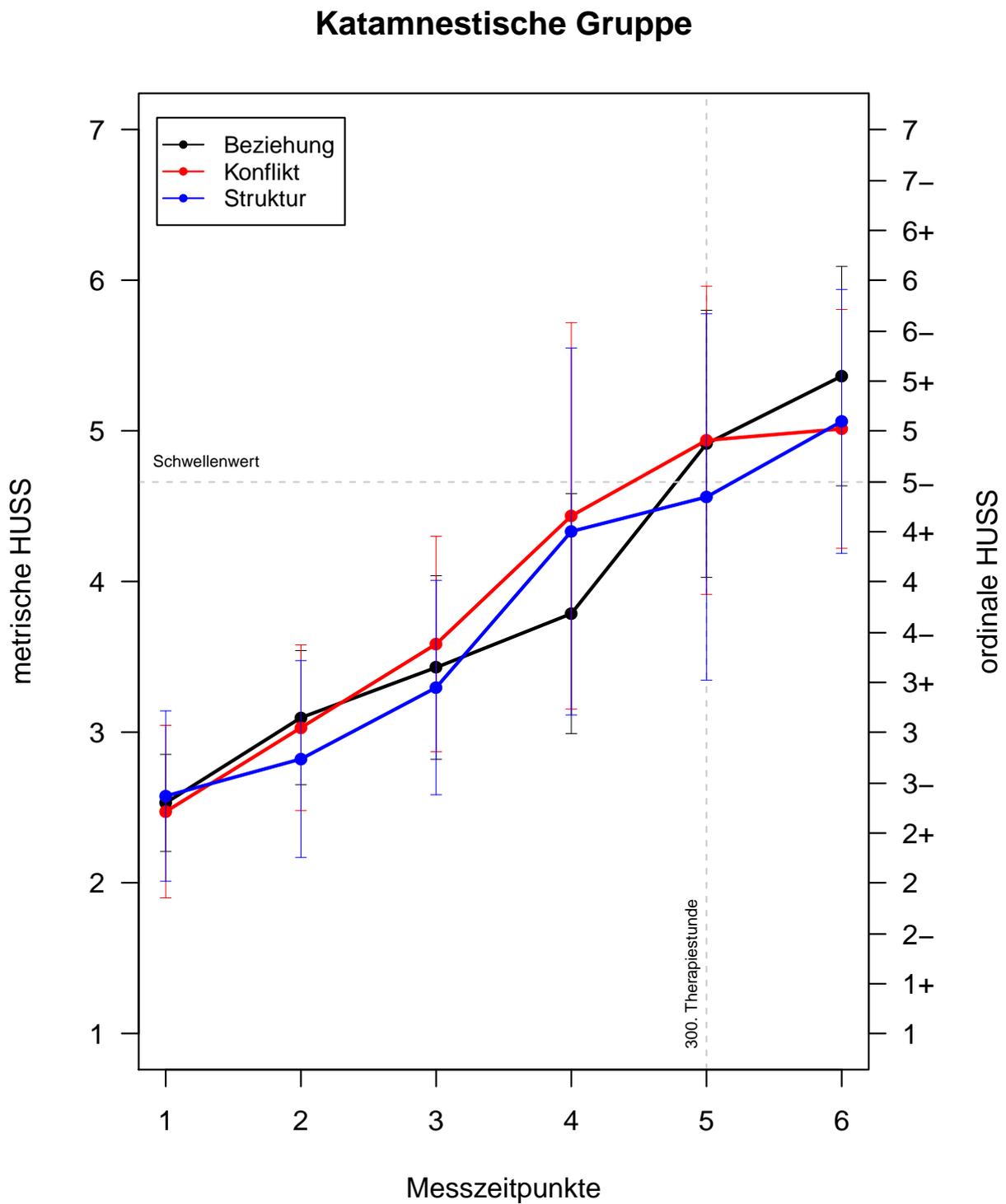


Abbildung 5.1: Zeitlicher Verlauf der Foki für die Gruppe - Katamnese (n=10)

Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche Veränderungen für die katamnestiche Gruppe anhand der Tabelle 5.1 und der Graphik 5.1 darstellen:

Beziehung

Die Patienten in der katamnestiche Gruppe hatten bezüglich ihrer beziehungs-dynamischen Formulierung einen gemittelten Anfangswert von 2.53 auf der metrischen HUSS (zwischen 2+ und 3- auf der ordinalen HUSS). Zu T4 erreichte diese Gruppe einen metrischen Wert von 3.79 (zwischen 4- und 4), zu T5 einen Wert von 4.91 (leicht unter Stufe 5 auf der Ordinalskala) und schließlich zu T6 einen Wert von 5.36 auf der metrischen HUSS, was einen Wert von leicht über 5+ auf der ordinalen HUSS entspricht.

Konflikt

Bezüglich ihrer Konfliktfoki hatten sie einen gemittelten Anfangswert von 2.47 (zwischen 2+ und 3-). Zu T4 erreichten sie einen Wert von 4.44 (zwischen 4+ und 5- auf der Ordinalskala), zu T5 einen Wert von 4.94 (leicht unter 5 auf der Ordinalskala) und schließlich zu T6 einen Wert von 5.01, was auch auf der ordinalen HUSS einem Wert von ziemlich genau 5 entspricht.

Struktur

Schließlich hatten die Patienten dieser Gruppe bezüglich ihrer strukturellen Fähigkeiten einen gemittelten metrischen Anfangswert von 2.58 (leicht unter 3- auf der Ordinalskala), zu T4 erreichten sie einen Wert von 4.33 (4+), zu T5 einen Wert von 4.56 (leicht unter 5-) und schließlich zu T6 einen über alle Strukturfoki gemittelten metrischer Wert von 5.06, was auf der ordinalskalierten HUSS leicht über den Wert 5 liegt.

Um zu prüfen, ob die aus der Tabelle 5.1 ablesbaren offensichtlich positiven Veränderungen auf der HUSS bis zu T4, T5 und T6 statistisch signifikant sind, wurde zu jedem dieser Messzeitpunkte ein t-Test durchgeführt. Für den t-Test wurden im ersten Schritt die Differenzen der metrischen Stufen der HUSS zum jeweiligen Messzeitpunkt gebildet. Zu T6 bedeutet dies z.B.: T6-T5, T6-T4, T6-T3, T6-T2, T6-T1, T5-T4, T5-T3, T5-T2, T5-T1, T4-T3, T4-T2, T4-T1, T3-T2, T3-T1 und T2-T1 zu T5 T5-T4, T5-T3, T5-T2, T5-T1, T4-T3, T4-T2 etc. So entstand eine Verteilung, an der ein t-test überhaupt durchführbar war. Diese Paardifferenzen sind stets positiv, sofern ein Fokus einen stetig ansteigenden Verlauf hat. Der Mittelwert aus allen Paardifferenzen ist in dem Fall ebenfalls positiv. Wenn aber ein Fokus keinen eindeutigen Trend aufweist, dann liegt der Mittelwert der Paardifferenzen bei null, da im Mittel gleich viele positive wie negative Paardifferenzen vorliegen. Die Formulierung des einseitigen t-Tests basiert auf der Arbeitshypothese, dass der Mittelwert der Paardifferenzen größer als Null sein muss, um auf eine positive Veränderung eines Fokus schließen zu können. Dies wird angenommen, wenn für 95% der Paardifferenzen der Mittelwert größer Null ist (entsprechend einer 95%-igen Konfidenz), d.h. wenn der p-Wert kleiner 0.05 ist. Die Ergebnisse aus dem einseitigen Signifikanztest für alle drei Foki sind in der Tabelle 5.2 aufgelistet. Hypothesengeleitet können für die katamnestiche Gruppe also folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.2 abgelesen werden.

Tabelle 5.2: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests für die Gruppe - Katamnese.

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.68	1.07	0.96
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.39	0.63	0.47
	P-Wert	0.003	0.002	0.005
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen	1.09	1.27	1.1
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.71	0.87	0.72
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	1.33	1.29	1.25
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.97	0.94	0.91
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	bestätigt	bestätigt	bestätigt

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T4 (1aa)

Es können für die katamnestiche Gruppe als Ergebnis des einseitigen t-Tests, auf dem 5%-Niveau, für alle drei Achsen der OPD einheitlich signifikante positive strukturelle Veränderungen bis zu T4 bestätigt werden ($p=0.003$ für Beziehung, $p=0.002$ für Konflikt, $p=0.005$ für Struktur).

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T5 (1ab)

Bis zu T5 ergaben sich für diese Gruppe für alle drei Achsen auf dem 5%-Niveau ebenfalls signifikante positive strukturelle Veränderungen ($p=0$ für für alle drei Achsen).

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T6 (1ad)

Das gleiche gilt für T6. Auch hier finden sich bei den Patienten in der katamnestiche Gruppe einheitlich für alle drei Achsen auf dem 5%-Niveau signifikante positive strukturelle Veränderungen ($p=0$ für für alle drei Achsen).

Hypothese 1b: Umstrukturierung

Umstrukturierung bis zu T4 (1ba)

Die katamnestiche Gruppe erreichte bis zu T4 auf keinen der drei Achsen der OPD den ordinalen Schwellenwert von 5- bzw. den metrischen Schwellenwert von 4.66 auf der HUSS. Somit kann Hypothese 1ba nicht bestätigt werden. Zu T4 fanden in keinem der drei Teilbereiche Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne statt.

Umstrukturierung bis zu T5 (1bb)

Die katamnestiche Gruppe überschritt zu T5 den Schwellenwert von 5- (4,66) bezüg-

lich der Beziehungssachse (4.91) und der Konfliktachse (4.94), nicht jedoch der Strukturachse (4.56). So konnte Hypothese 1bd für die ersten beiden Teilbereiche bestätigt werden, nicht jedoch für den letzten. Es konnten bis zu T5 (ca. 300 Therapiesitzungen) für die katamnestiche Gruppe Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne nur für die Beziehungs- und Konfliktachse, nicht jedoch bezogen auf die strukturellen Fähigkeiten der Patienten bestätigt werden.

Umstrukturierung bis zu T6/Katamnese (1bd)

Die katamnestiche Gruppe erreichte zu T6 einen gemittelten metrischen Wert von 5.36 für die Beziehungssachse, 5.01 für die Konfliktachse und 5.06 für die Strukturachse auf der HUSS. Somit kann Hypothese 1bd für alle drei Achsen einheitlich bestätigt werden. Es konnten bis zur katamnestiche Erhebung ca. ein Jahr nach Beendigung der Therapie für die katamnestiche Gruppe Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne für alle drei Achsen empirisch bestätigt werden. Es fanden also weitere Verbesserungen in dem Jahr nach Beendigung der Therapie in allen drei Bereichen statt.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei der katamnestiche Gruppe bereits zu T4 belegen und dann durchgehend bis einschließlich T6 (Katamnesezeitpunkt). Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne fanden dagegen zu T4 noch in keinem der drei Teilbereiche statt. Zu T5 konnten sie jedoch in den Bereichen Beziehung und Konflikt belegt werden. Schließlich konnten zur katamnestiche Erhebung, ca. ein Jahr nach Beendigung der Therapie, für diese Gruppe Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne für alle drei Achsen empirisch bestätigt werden.

Untersuchungsergebnisse zur Gruppe in laufender Therapie

Die Untersuchungsergebnisse zur Gruppe in laufender Therapie werden nachfolgend analog zur katamnестischen Gruppe dargestellt. Die wesentlichen Ergebnisse sind in der Tabelle 5.3 und Abbildung 5.2 wiedergegeben.

Tabelle 5.3: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe - laufende Therapie

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	2.38	2.85	3.24	3.87	3.75	4.58	3.45	0.79
		StdAbw(B)	0.45	0.5	0.6	1.39	0.69	0.74	-	-
Konflikt	Abhängigkeit vs. Autonomie	K1	2	3.33	3.83	4	-	-	3.29	0.91
		StdAbw(K1)	0	0	0.71	0	0	0	-	-
	Ödipal-sexueller Konflikt	K2	2.66	3.33	3.5	4.5	3	-	3.4	0.7
		StdAbw(K2)	0.47	0	0.23	2.12	0	0	-	-
	Schuldkonflikt	K3	2	2.44	2.78	3.17	3.5	4	2.98	0.73
		StdAbw(K3)	0	0.51	0.69	1.65	0.23	0.67	-	-
	Selbstwertkonflikt	K4	2.5	3.16	3.25	4.5	4.33	4.33	3.68	0.82
StdAbw(K4)		0.34	0.58	0.69	2.12	0	0	-	-	
Unterwerfung vs. Kontrolle	K5	2.83	3	3.17	4	3.33	5.33	3.61	0.93	
	StdAbw(K5)	0.24	0	0.23	0	0	0.47	-	-	
Versorgung vs. Autarkie	K6	2.22	1.66	2.33	1.66	3.33	3.66	2.48	0.84	
	StdAbw(K6)	0.51	0	0.95	0	0	0	-	-	
Struktur	Abwehr - Erfolg	S1.1	1	1.33	2	1.66	2.66	4	2.11	1.09
		StdAbw(S1.1)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Bindung - Internalisierung	S1.2	2.17	1.33	1.66	1	4.5	4.33	2.5	1.54
		StdAbw(S1.2)	1.65	0	0	0	1.18	1.88	-	-
	Bindung - Loslösung	S1.3	3	3	3.66	3.66	-	-	3.33	0.38
		StdAbw(S1.3)	0	0	0	0	0	0	-	-
	Objektwahrnehmung - Ganzheitliche Objektwahrnehmung	S2.2	2.66	2.66	3.66	4	-	-	3.25	0.69
		StdAbw(S2.2)	0	0.47	0.47	0	0	0	-	-
	Objektwahrnehmung - Subjekt-Objekt-Differenzierung	S2.3	2.66	3.11	3.33	2	4.33	4.22	3.27	0.9
		StdAbw(S2.3)	0.47	0.19	0	0	0.67	0.19	-	-
	Selbststeuerung - Impulssteuerung	S3.2	1.83	2.33	3.66	5	-	-	3.21	1.42
		StdAbw(S3.2)	0.71	0.95	0.47	1.41	0	0	-	-
Selbststeuerung - Selbstwert	S4.1	2	-	-	-	-	-	2	0	
	StdAbw(S4.1)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Selbstwahrnehmung - Identität	S4.3	1	1	1.66	1.66	3.66	3.66	2.11	1.24	
	StdAbw(S4.3)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Selbstwahrnehmung - Selbstbild	S6.1	-	2.66	-	-	-	-	2.66	0	
	StdAbw(S6.1)	0	0	0	0	0	0	-	-	
Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion	S6.2	2.66	3	3.66	4.66	3.66	3.66	3.55	0.69	
	StdAbw(S6.2)	0	0.47	0.94	1.89	0	0	-	-	
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B	2.38	2.85	3.24	3.87	3.75	4.58	3.45	0.79
		StdAbw(B)	0.45	0.5	0.6	1.39	0.69	0.74	-	-
Konflikt	Konfliktfokimittelwert	K	2.4	2.93	3.13	3.78	3.58	4.37	3.37	0.69
		StdAbw(K)	0.42	0.6	0.7	1.55	0.5	0.74	-	-
Struktur	Strukturfokimittelwert	S	2.21	2.47	3.15	3.39	4	4.08	3.22	0.77
		StdAbw(S)	0.83	0.8	0.87	1.69	0.86	0.77	-	-

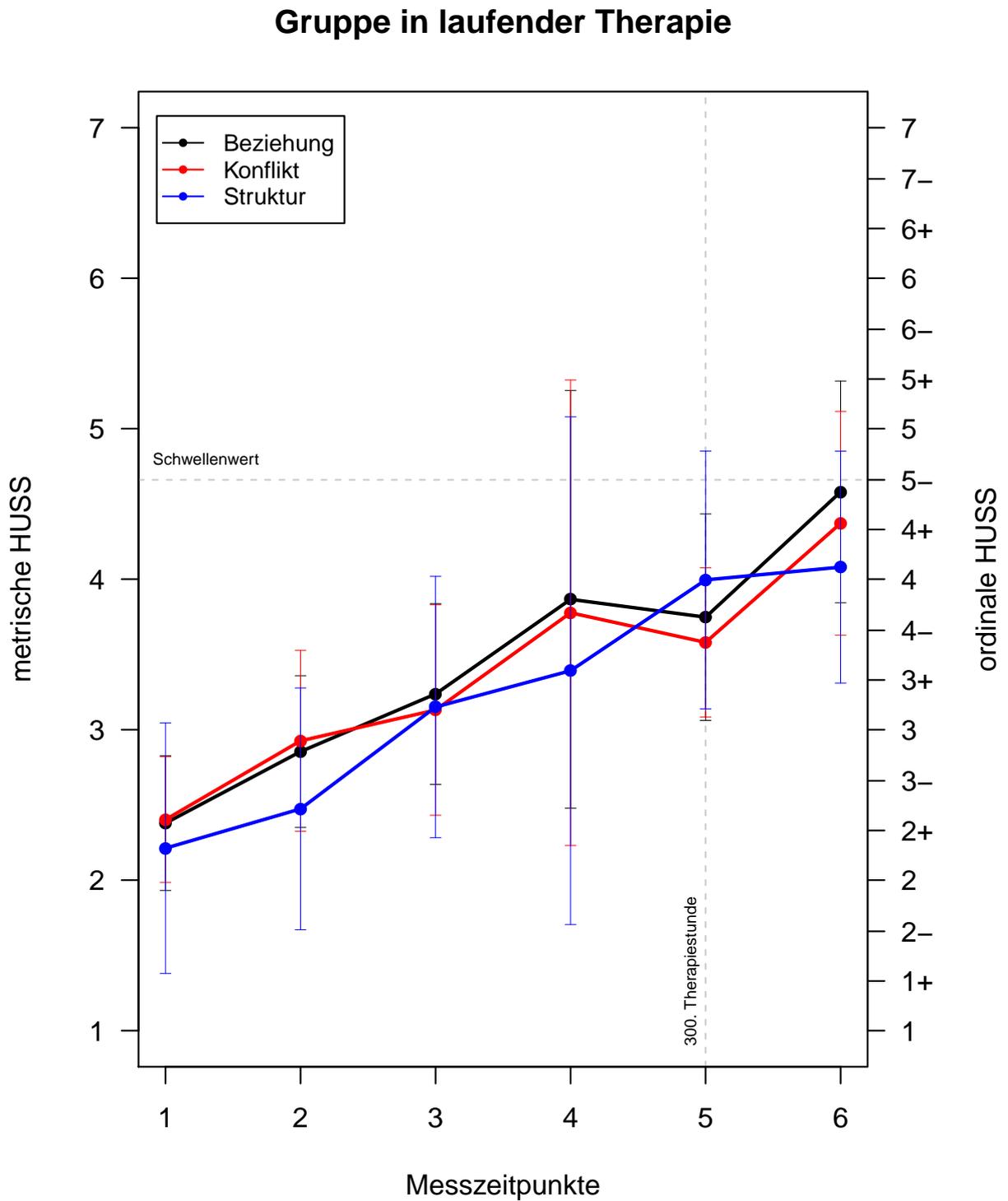


Abbildung 5.2: Zeitlicher Verlauf der Foki für die Gruppe - laufende Therapie (n=7)

Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche Veränderungen für die Gruppe in laufender Therapie anhand der Tabelle 5.3 und der Graphik 5.2 darstellen:

Beziehung

Die Patienten in laufender Therapie hatten bezüglich ihrer Beziehungsdynamik einen gemittelten Anfangswert von 2.38 auf der metrischen HUSS, was einen Wert von leicht über 2+ auf der Ordinalskala bedeutet. Zu T4 hatten sie einen Wert 3.87 erreicht (zwischen 4- und 4), zu T5 ist ein leichter Rückgang auf 3.75 (jedoch weiterhin zwischen 4- und 4) zu beobachten und schließlich konnte zu T6 ein metrischer Wert von 4.58 festgestellt werden (zwischen 4+ und 5- auf der ordinalen HUSS).

Konflikt

Sie hatten zum Anfang ihrer Therapie bezüglich ihrer intrapsychischen Konflikte einen gemittelten metrischen Wert von 2.4 (zwischen 2+ und 3-). Zu T4 erreichte diese Gruppe einen gemittelten metrischen Wert von 3.78 (zwischen 4- und 4 auf der Ordinalskala). Zu T5 zeigte sich ebenfalls ein leichter Rückgang auf den Wert von 3.58 (zwischen 3+ und 4-). Schließlich ergab sich für diese Gruppe zu T6 ein metrischer Wert von 4.37 (leicht über 4+) bezüglich der Konfliktachse.

Struktur

Die Patienten in laufender Therapie hatten bezogen auf ihre strukturellen Fähigkeiten einen Anfangswert von 2.21 (zwischen 2 und 2+), verbesserten sich bis zu T4 im Mittel auf 3.39 (leicht über 3+ auf der Ordinalskala), bis zu T5 auf 4 und schließlich bis zu T6 auf 4.08, wobei der letzte Wert nur leicht über Stufe 4 auf der ordinalen HUSS liegt.

Hypothesengeleitet sind für die Gruppe in laufender Therapie folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.4 abzulesen:

Tabelle 5.4: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests für die Gruppe - laufende Therapie.

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.81	0.72	0.7
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.47	0.4	0.39
	P-Wert	0.002	0.003	0.003
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen	0.75	0.64	0.9
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.47	0.38	0.61
	P-Wert	0	0.001	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	0.95	0.83	0.94
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.69	0.58	0.69
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T4 (1aa)

Es können als Ergebnis des einseitigen t-Test für Mittelwertsunterschiede für alle drei Achsen für die Gruppe von Patienten in laufender Therapie auf dem 5%-Niveau signifikante positive strukturelle Veränderungen bis zu T4 bestätigt werden ($p=0.002$ für Beziehung, $p=0.003$ für Konflikt, $p=0.003$ für Struktur).

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T5 (1ab)

Ebenso sind auch bis zu T5 für alle drei Achsen signifikante positive strukturelle Veränderungen nachweisbar ($p=0$ für Beziehung, $p=0.001$ für Konflikt, $p=0$ für Struktur).

Signifikante Strukturelle Veränderung bis zu T6 (1ac)

Schließlich können auch zu T6 einheitlich für alle drei Achsen signifikante positive strukturelle Veränderungen festgestellt werden ($p=0$ für für alle drei Achsen).

Hypothese 1b: Umstrukturierung

Umstrukturierung bis zu T4 (1ba)

Die Gruppe in laufender Therapie hatte zu T4 bezogen auf die Beziehungssachse einen gemittelten Wert von 3.87 erreicht (zwischen 4- und 4), bezogen auf die Konfliktachse einen gemittelten metrischen Wert von 3.78 (ebenfalls zwischen 4- und 4 auf der

Ordinalskala) und schließlich bezogen auf die strukturelle Fähigkeiten einen Wert von 3.39 (leicht über 3+ auf der Ordinalskala). Somit wurde der Schwellenwert von 5- auf der ordinalskalierten HUSS, dessen Überschreitung mit einer Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne gleichzusetzen ist, in keinen der Bereiche erreicht und Hypothese 1ba muss somit abgelehnt werden.

Umstrukturierung bis zu T5 (1bb)

Die Gruppe in laufender Therapie wies zu T5 einen Wert von 3.75 (zwischen 4- und 4) bezogen auf die Beziehungssachse auf, was einen leichten Rückgang im Vergleich zu T4 bedeutet. Zu T5 zeigte diese Gruppe im Vergleich zu T4 ebenfalls einen leichten Rückgang bezogen auf ihre Konflikte mit einem Wert von 3.58 (zwischen 3+ und 4-). Bezogen auf die Strukturachse ergab sich ein Wert von 4. Somit muss Hypothese 1bb für diese Gruppe ebenfalls abgelehnt werden. Es konnten bis zu T5 keine Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne bezogen beobachtet werden.

Umstrukturierung bis zu T6 (1bc)

Die Gruppe in noch laufender Therapie erreichte zu T6 einen gemittelten metrischen Wert von 4.58 (noch leicht unter 5-) für die Beziehungssachse, einen Wert von 4.37 (4+) für die Konfliktachse und schließlich den Wert 4.08 (4) für die Strukturachse. Somit kann Hypothese 1bd für alle drei Achsen wiederum einheitlich abgelehnt werden. Bis zu T6 (bis zu 300 Behandlungsstunden) konnten in der Gruppe in laufender Therapie keine Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne belegt werden.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei der Gruppe in laufender Therapie bereits zu T4 belegen und dann durchgehend bis einschließlich T6 (300. Sitzung). Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne konnten für diese Gruppe zu keinem der Messzeitpunkte und für keinen der Teilbereiche empirisch belegt werden.

Ergänzende Befunde

Ergänzend zu den bisher dargestellten Ergebnissen wird im Folgenden die Verteilung der Foki über die ganze Gruppe hinweg beschrieben.

Wie anhand der Beschreibung des OPD-1-Manuals aus der Tabelle 4.1 abzulesen ist, hat der Diagnostiker für die Erstellung einer OPD-Diagnose insgesamt 33 Foki zur Auswahl. Von diesen 33 Foki kamen in unserer Gesamtstichprobe der 17 Patienten insgesamt aber nur 22 vor: die Beziehungsdynamische Formulierung und 21 Konflikt- und Strukturfoki. Die Foki verteilen sich wie folgt:

Tabelle 5.5: Die wichtigsten Konflikt- und Strukturfoki für die Gesamtgruppe

Fokus Nr.	Fokus-Beschreibung	Häufigkeit
K1	Abhängigkeit vs Autonomie Konflikt	4
K2	Unterwerfung vs. Kontrolle Konflikt	7
K3	Versorgung vs. Autarkie Konflikt	8
K4	Selbstwertkonflikt	13
K5	Schuldkonflikt	3
K6	Ödipal-sexueller Konflikt	5
K7	Identitätskonflikt	1
S1.1	Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion (Struktur)	2
S1.2	Selbstwahrnehmung - Selbstbild (Struktur)	2
S1.3	Selbstwahrnehmung - Identität (Struktur)	3
S2.2	Selbststeuerung - Selbstwert (Struktur)	3
S2.3	Selbststeuerung - Impulssteuerung (Struktur)	9
S3.2	Abwehr- Erfolg der der Abwehr (Struktur)	4
S4.1	Objektwahrnehmung - Subjekt-Objekt-Differenzierung (Struktur)	2
S4.2	Objektwahrnehmung - Empathie (Struktur)	1
S4.3	Objektwahrnehmung - Ganzheitliche Objektwahrnehmung (Struktur)	1
S4.4	Objektwahrnehmung - Objektbezogene Affekte (Struktur)	2
S5.3	Kommunikation - Mitteilung eigener Affekte (Struktur)	1
S6.1	Bindung - Internalisierung (Struktur)	4
S6.2	Bindung - Loslösung (Struktur)	7
S6.2	Bindung - Variabilität der Bindung (Struktur)	1

Zusammenfassend kann man also sagen, dass Konfliktfoki 41-mal, Strukturfoki 42-mal in der Gruppe der 17 Patienten vorkommen. Somit zeigt sich eine Ausgeglichenheit bezüglich Konflikt- und Strukturthemen in der untersuchten Stichprobe. Dominierende Konfliktthemen sind Selbstwertkonflikt (13), Versorgung vs. Autarkie (8) und Unterwerfung vs. Kontrolle (7). Dagegen kommen die Konfliktfoki Abhängigkeit vs. Autonomie (4), Schuld (3) und Ödipal-sexueller Konflikt (5) weniger und Identitätskonflikt (1) so gut wie gar nicht vor. Dominierende Strukturthemen sind Selbststeuerung (12) und Bindung (12). Bei ersterer kommen besonders häufig die Unterfoki Impulssteuerung (9) und Selbstwertsteuerung (3) vor, bei letzterer Loslösung (7) und Internalisierung der Bindungen (4). Auch das Strukturthema Selbstwahrnehmung kommt bei sieben Patienten vor, davon bei insgesamt drei Patienten das Thema Identität, bei zwei Patienten das Thema Selbstreflexion und bei zwei weiteren das Thema Selbstbild. Objektwahrnehmung (6) mit sehr gemischten Unterfoki sowie Abwehr mit dem Unterfokus Erfolg der Abwehr (4) sind dagegen bezogen auf die Gesamtstichprobe eher selten.

5.1.2 Einzelfall: Patient 16

Für eine erste Einzelfallanalyse wurde Patient 16 ausgewählt. Bei Patient 16 fehlen sowohl zu T4 als auch zu T5 Messwerte. Aus diesem Grunde werden die Veränderungen zwischen T1 und T6 (Katamnese) in einem Prä-Post-Design miteinander verglichen. Somit können in diesem Fall nur die Hypothesen 1ad und 1bd geprüft werden.

Die Rechnungen und deren tabellarische und grafische Darstellungen erfolgen bei Patient 16 sowie bei allen anderen Einzelfällen ähnlich wie für die zwei genannten Teilgruppen. So sind die zeitlichen Mittelwerte und die Streuung um diese Größe für die jeweiligen Foki-Messwerte aus den sechs Zeitpunkten der Therapie (bzw. im Falle von Patient 16 vier Messzeitpunkten: T1, T2, T3 und T6) in der Tabelle 5.6 wiedergegeben. Die Ergebnisse sind ebenfalls aus den letzten sechs Zeilen der Tabelle abzulesen. Für eine Interpretation der Daten bezüglich der drei Teilziele einer psychoanalytischen Therapie (Veränderungen der Beziehungsgestaltung, der intrapsychischen Konflikte und der strukturellen Fähigkeiten) wurden in der gleichen Tabelle die Foki aus der selben OPD-Achse, ähnlich den bereits dargestellten Teilgruppen, zu einem gemeinsamen Fokus gemittelt. So entstanden drei den OPD-Achsen identische Größen. Die gemittelten Foki-Ergebnisse sind grafisch in der Abbildung 5.3 dargestellt, während die Ergebnisse aus dem einseitigen Signifikanztest für alle drei Foki in der Tabelle 5.7 wiedergegeben sind.

Tabelle 5.6: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 16

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	2.66	3.33	3.33	-	-	6	3.83	1.48
Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle	K2	-	2.66	3.33	-	-	-	3.00	0.47
	Selbstwertkonflikt	K4	2	2.66	3.33	-	-	4.33	3.08	0.99
Struktur	Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion	S1.1	2.66	3	3.33	-	-	6	3.75	1.53
	Objektwahrnehmung - Subjekt-Objekt-Differenzierung	S4.1	2.66	2.66	3	-	-	4	3.08	0.63
	Kommunikation - Mitteilung eigener Affekte	S5.3	3	-	-	-	-	4.33	3.66	0.94
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B StdAbw(B)	2.66 0	3.33 0	3.33 0	- 0	- 0	6 0	3.83 -	1.48 -
Konflikt	Konfliktfokimittelwert	K StdAbw(K)	2 0	2.66 0	3.33 0	- 0	- 0	4.33 0	3.08 -	0.99 -
Struktur	Strukturfokimittelwert	S StdAbw(S)	2.77 0.2	2.83 0.24	3.17 0.23	- 0	- 0	4.78 1.07	3.39 -	0.94 -

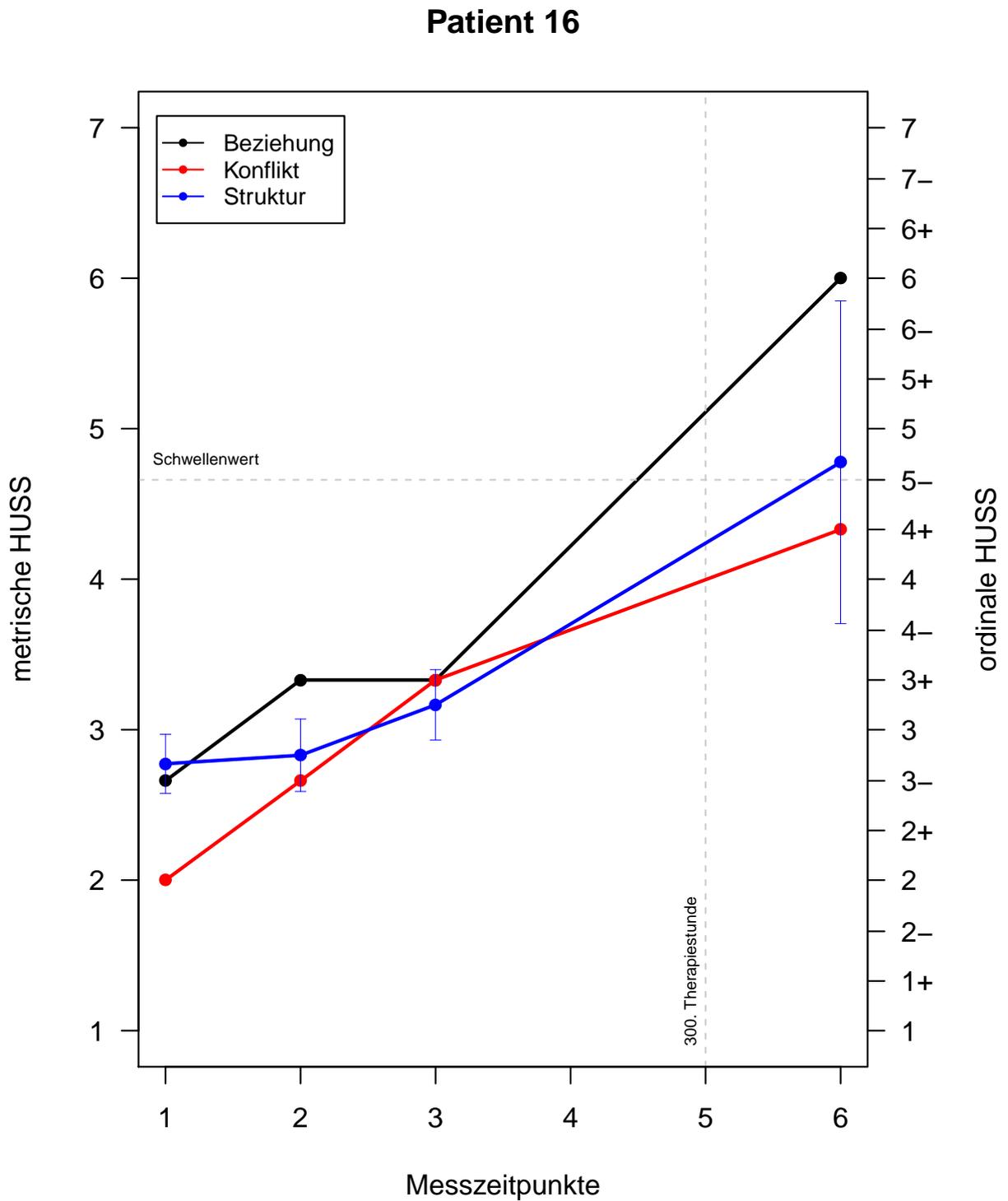


Abbildung 5.3: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 16

Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche Veränderungen für Patient 16 anhand der Tabelle 5.6 sowie der Graphik 5.3 darstellen:

Beziehung

Patient 16 hatte bezüglich seiner Beziehungsdynamik einen Anfangswert von 2.66 auf der metrischen Skala, was einem Wert von 3- auf der Ordinalskala entspricht. Zu T6 erreichte er einen Wert von genau 6.

Konflikt

Was sein Wissen um seine intrapsychischen Konflikte und seinen Umgang mit ihnen betrifft, wies Patient 16 zum ersten Messzeitpunkt einen Wert von 2 auf beiden Skalen auf. Zu T6 erreichte er einen metrischen Wert von 4.33, was einen Wert von 4+ auf der ordinalskalierten HUSS entspricht.

Struktur

Patient 16 hatte schließlich bezüglich seiner strukturellen Fähigkeiten zum Zeitpunkt T1 einen Wert von 2.77 (also einen Wert zwischen 3- und 3 auf der Ordinalskala) und zu T6 einen Wert von 4.78 (also einen Wert zwischen 5- und 5).

Hypothesengeleitet können für Patient 16 folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.7 dargestellt werden.

Tabelle 5.7: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 16

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung			
T5	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung			
T6	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung	1.67 0.53 0.016 bestätigt bestätigt	1.28 0.74 0.002 bestätigt nicht bestätigt	1.06 0.33 0.017 bestätigt bestätigt

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung¹

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T6 (1ad)

Hypothese 1ad kann auf dem 5%-Niveau bestätigt werden. Es fanden im Falle von

¹Hypothese 1aa und 1ab entfallen, weil es bei Patient 16 keine Daten zu T4 und zu T5 zur Verfügung stehen. Hypothese 1ac entfällt ebenfalls, weil T6 keine Erhebung während einer laufenden Therapie oder zum Therapieende ist.

Patient 16 entsprechend den Ergebnisse des t-Tests bis zur Katamneseerhebung signifikante positive strukturelle Veränderungen bezogen auf alle drei Achsen statt ($p=0.016$ für Beziehung, $p=0.002$ für Konflikt, $p=0.017$ für Struktur).

Hypothese 1b: Umstrukturierung²

Umstrukturierung bis zu T6/Katamnese (1bd)

Hypothese 1bd (Katamneseerhebung) kann im Falle von Patient 16 für die Beziehungs- und für die Strukturachse bestätigt werden, nicht jedoch für die Konfliktachse. Bezogen auf die Beziehungsachse erreichte Patient 16 den Wert von 6 bis zu diesem Messzeitpunkt, bezogen auf die Strukturachse den Wert von 4.78. Beide liegen über den Schwellenwert 4.66 bzw. 5- auf der HUSS zur Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne. Der HUSS-Wert 4.33, den Patient 16 bezogen auf die Konfliktachse zu T6 zugeordnet bekam, liegt dagegen unter diesem Schwellenwert.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei Patient 16 zu T6 (Katamnese) belegen. Auch konnten Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne bei Patient 16 für die Beziehungs- und für die Strukturachse bestätigt werden, nicht jedoch für die Konfliktachse.

²Wie bei Hypothese 1a bereits begründet entfallen Hypothese 1ba, 1bb und 1bc ebenfalls.

5.1.3 Einzelfall: Patient 18

Die Auswertung im Falle von Patient 18 erfolgte analog zu Patient 16. Für Patient 18 liegen Messwerte bis zu T4 (ca. 240. Sitzung) vor. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Therapie beendet. Zu T6, ca. ein Jahr nach Therapieende, fand eine katamnestiche Erhebung statt, deren Ergebnisse ebenfalls mit in die Analyse des Falles aufgenommen wurden.

Die Ergebnisse zu Patient 18 können der Tabelle 5.8 sowie der Grafik 5.4 entnommen werden. Die Ergebnisse aus den Signifikanztests sind in Tabelle 5.9 aufgelistet.

Tabelle 5.8: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 18

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	3	3.33	3.66	4.33	-	6.33	4.13	1.32
Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle	K2	3.33	3.66	3.66	4.33	-	6	4.20	1.07
	Selbstwertkonflikt	K4	1.33	2.66	3.33	5.66	-	6.66	3.93	2.19
	Schuldkonflikt	K5	2	2.66	3.33	4.33	-	5.33	3.53	1.32
Struktur	Selbststeuerung - Impulssteuerung	S2.3	2.33	3.33	4	4.33	-	6.66	4.13	1.61
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B StdAbw(B)	3 0	3.33 0	3.66 0	4.33 0	- 0	6.33 0	4.13 -	1.32 -
Konflikt	Konfliktfokimittelwert	K StdAbw(K)	2.22 1.02	2.99 0.58	3.44 0.19	4.77 0.77	- 0	6 0.67	3.88 -	1.50 -
Struktur	Strukturfokimittelwert	S StdAbw(S)	2.33 0	3.33 0	4 0	4.33 0	- 0	6.66 0	4.13 -	1.61 -

Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche Veränderungen für Patient 18 anhand der Tabelle 5.8 sowie der Graphik 5.4 darstellen:

Beziehung

Patient 18 hatte bezüglich des Fokus Beziehungsdynamische Formulierung einen metrischen Anfangswert von 3, zu T4 einen metrischen Wert von 4.33 (4+) und schließlich einen Wert 6.33 (6+) zu Katamneseerhebung (T6).

Konflikt

Patient 18 hatte bezüglich seines Wissens um und seines Umgangs mit seinen intrapsychischen Konflikten zum ersten Messzeitpunkt einen Wert von 2.22 (zwischen 2 und 2+ auf der Ordinalskala, näher zu 2+), einen Wert von 4.77 (etwas über 5-) zu T4 und schließlich einen über alle Konfliktfoki gemittelten Wert von 6 zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung.

Struktur

Patient 18 hatte bezüglich seiner strukturellen Schwächen im Sinne der HUSS folgende Werte: zum Zeitpunkt T1 hatte er einen Wert von 2.33 (2+), zu T4 einen Wert von 4.33 (4+) und schließlich zu T6 einen Wert von 6,66 (7-).

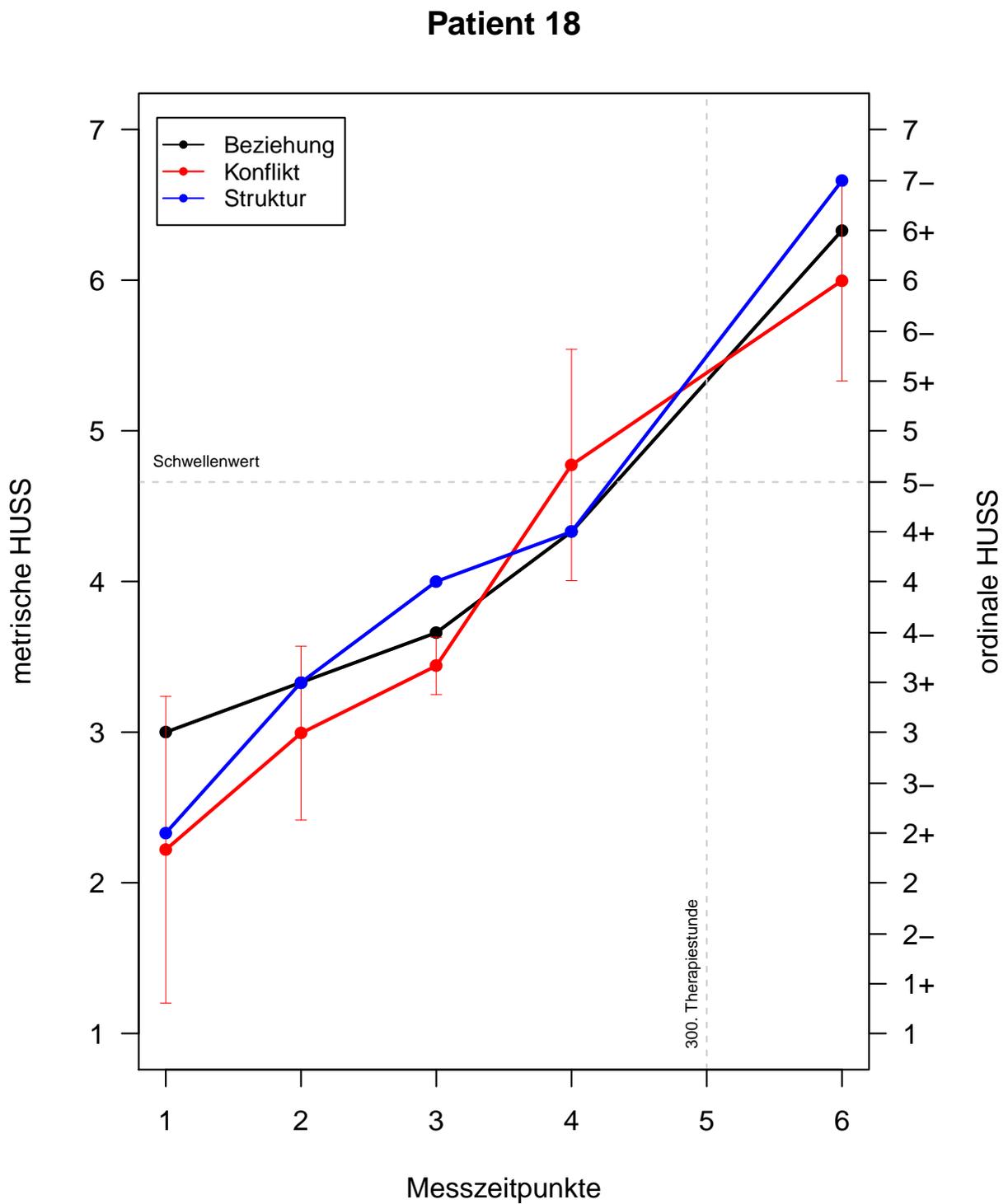


Abbildung 5.4: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 18

Hypothesengeleitet können für Patient 18 folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.9 dargestellt werden.

Tabelle 5.9: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 18

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.72	1.35	1.11
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.4	0.74	0.6
	P-Wert	0.003	0.003	0.004
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	bestätigt	nicht bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen			
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer			
	P-Wert			
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung			
	Hypothese einer Umstrukturierung			
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	1.53	1.87	1.93
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.87	1.25	1.2
	P-Wert	0.001	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	bestätigt	bestätigt	bestätigt

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung³

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T4 (1aa)

Nach Berechnungen mit dem einseitigen t-Test konnten bei Patient 18 bereits bis zu T4 auf dem 5%-Niveau signifikante positive strukturelle Veränderungen und zwar bezogen auf alle drei Achsen bestätigt werden ($p=0.003$ für Beziehung, $p=0.003$ für Konflikt, $p=0.004$ für Struktur).

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T6 (1ad)

Zum Katamneseerhebung konnten nach Berechnungen mit dem einseitigen t-Test auf dem 5%-Niveau für Patient 18 ebenfalls und weiterhin signifikante positive strukturelle Veränderungen für alle drei Achsen bestätigt werden ($p=0.001$ für Beziehung, $p=0$ für Konflikt, $p=0$ für Struktur).

Hypothese 1b: Umstrukturierung⁴

Umstrukturierung bis zu T4 (1ba)

Patient 18 hatte bezüglich seiner Beziehungsachse einen Wert von 4.33 (4+) zu T4. Bezüglich seiner Konflikte erreichte er bis zu diesem Zeitpunkt einen Wert von 4.77 (etwas über 5-). Schließlich hatte Patient 18 einen Wert von 4.33 (4+) zu T4 bezüglich seiner strukturellen Fähigkeiten. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne kann also zu T4 nur für die Konfliktachse bestätigt werden, weil nur der ihr zugeordnete Wert von 4.77 über dem Schwellenwert von 4.66 (5-) liegt.

³Hypothese 1ab und 1ac entfallen, weil für Patient 18 keine Daten zu T5 und zum Therapieende zur Verfügung stehen.

⁴Wie bei Hypothese 1a bereits begründet entfallen Hypothese 1bb und 1bc ebenfalls.

Umstrukturierung bis zu T6/Katamnese (1bd)

Patient 18 hatte bezüglich seiner Beziehungsachse einen Wert von 6.33 (6+) zu T4. Bezüglich seiner Konflikte hatte er zu T6 einen Wert von 6. Schließlich hatte er zu diesem Messzeitpunkt einen Wert von 6.66 (7-) bezüglich seiner strukturellen Fähigkeiten. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne kann also zu T6 für alle drei Teilbereiche einheitlich bestätigt werden.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei Patient 18 bereits zu T4 und dann auch zu T6 (Katamnese) belegen. Eine Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne konnte bei diesem Patienten zu T4 nur für die Konfliktachse beobachtet werden und zu T6 dann für alle drei Achsen.

5.1.4 Einzelfall: Patient 19

Die analytische Psychotherapie von Patient 19 lief bis zur statistischen Berechnung noch, deshalb konnten so nur Werte bis zu T5 erhoben werden. Im Folgenden werden die Veränderungen zwischen T1 und T4 und T1 und T5 betrachtet.

Tabelle 5.10: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 19

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	2.33	3.33	3.33	3	3	-	3.00	0.41
Konflikt	Unterwerfung vs. Kontrolle	K2	3	3.33	3.33	3	3	-	3.13	0.18
	Selbstwertkonflikt	K4	3	3.33	3.33	3	4.33	-	3.40	0.55
Struktur	Ödipal-sexueller Konflikt	K6	1.66	1.66	1.66	1.66	3.33	-	1.99	0.75
	Selbststeuerung - Impulssteuerung	S2.3	2.66	3	3.33	2	4.33	-	3.06	0.86
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B StdAbw(B)	2.33 0	3.33 0	3.33 0	3 0	3 0	- 0	3.00	0.41
Konflikt	Konfliktfokimittelwert	K StdAbw(K)	2.55 0.77	2.77 0.96	2.77 0.96	2.55 0.77	3.55 0.69	- 0	2.84	0.41
		S StdAbw(S)	2.66 0	3 0	3.33 0	2 0	4.33 0	- 0	3.06	0.86

Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche Veränderungen für Patient 19 anhand der Tabelle 5.10 sowie der Graphik 5.5 darstellen:

Beziehung

Der Patient hatte einen metrischen Anfangswert von 2.33 (2+) zu T1 bezüglich seiner psychodynamische Formulierung sowie einen Wert von 3 sowohl zu T4 als auch zu T5.

Konflikt

Patient 19 hatte sowohl zu T1 als auch zu T4 einen gemittelten metrischen Konflikt-Wert von 2.55 (zwischen 2+ und 3- auf der ordinalskalierten HUSS-Skala) - obwohl er zu T2 (2.77) und zu T3 (2.77) bereits schon höhere HUSS-Werte aufwies. Zu T5 erreichte Patient 19 einen gemittelten Wert von 3.55 (zwischen 3+ und 4-) bezüglich seiner intrapsychischen Konflikte.

Struktur

Patient 19 erzielte bezüglich seiner strukturellen Schwächen im Sinne der HUSS zwischen T1 und T4 keine Verbesserung. Ganz im Gegenteil: Trotz vorangegangener Verbesserungen bis zu T2 (3) und zu T3 (3.33), verschlechterte sich von ursprünglich 2.66 (3-) zu T1 auf 2 zu T4. Zu T5 erreichte er allerdings einen Wert von 4.33 (4+).

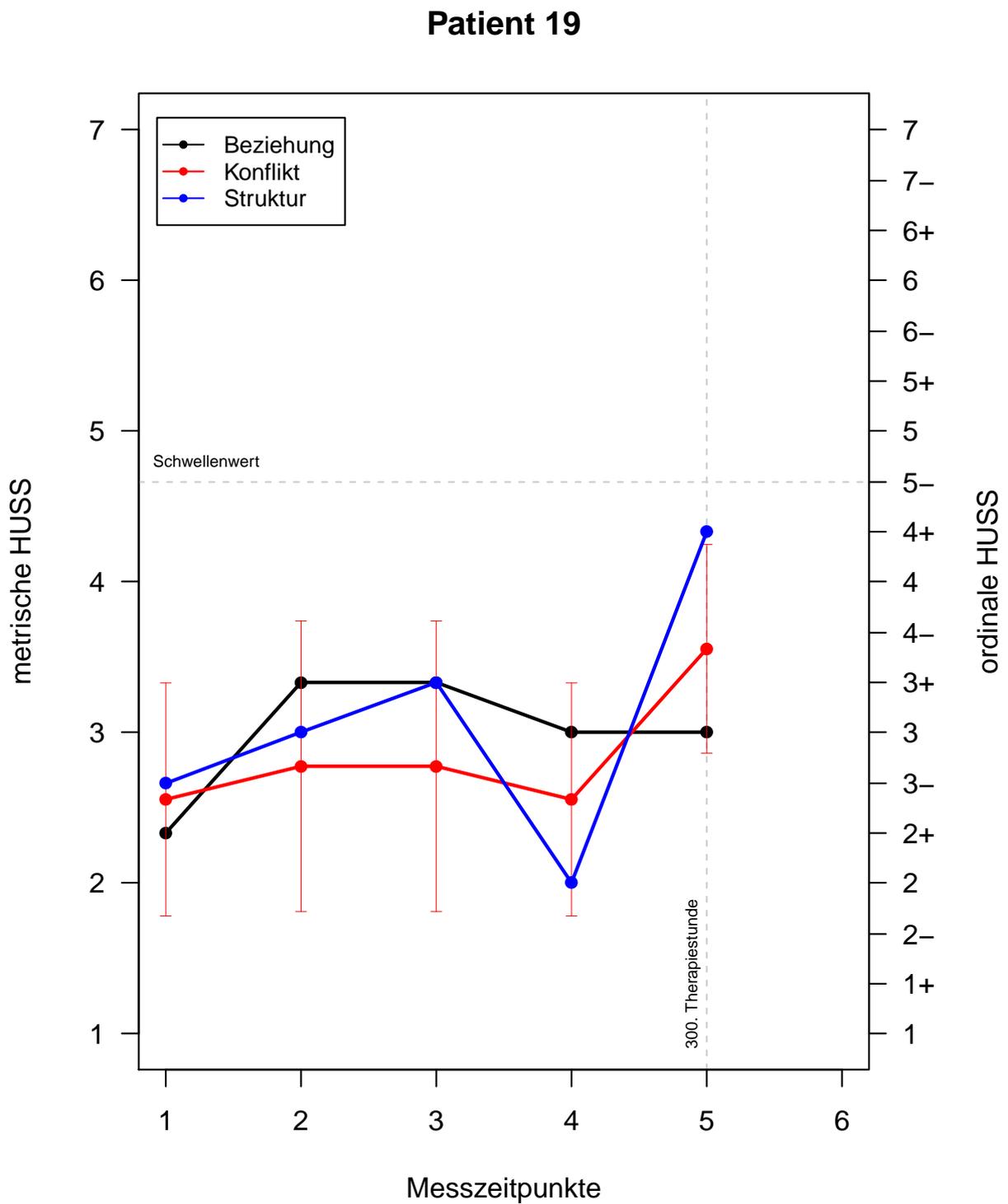


Abbildung 5.5: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 19

Hypothesengeleitet können für Patient 19 folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.11 dargestellt werden.

Tabelle 5.11: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 19

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.34	0	-0.28
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	-0.18	-0.16	-0.96
	P-Wert	0.125	0.5	0.774
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen	0.2	0.36	0.47
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	-0.13	0.07	-0.22
	P-Wert	0.146	0.023	0.122
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	nicht bestätigt	bestätigt	nicht bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer			
	P-Wert			
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung			
	Hypothese einer Umstrukturierung			

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung⁵

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T4 (1aa)

Hypothese 1aa kann als Ergebnis des t-Test auf dem 5%-Niveau für keine der Achsen bestätigt werden. Es fanden bis zu T4 bezogen auf keine der drei Achsen signifikante positive strukturelle Veränderungen statt ($p=0.125$ für Beziehung, $p=0.5$ für Konflikt, $p=0.774$ für Struktur).

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T5 (1ab)

Hypothese 1ab kann als Ergebnis des einseitigen t-Test auf dem 5%-Niveau nur für die Konflikt-Achsen bestätigt werden, nicht jedoch für die Beziehungs- und Strukturachse. Bis zu T4 fanden nur bezogen auf die Konflikt-Achse signifikante positive strukturelle Veränderungen statt ($p=0.146$ für Beziehung, $p=0.023$ für Konflikt, $p=0.122$ für Struktur).

Hypothese 1b: Umstrukturierung⁶

Umstrukturierung bis zu T4 (1ba)

Patient 19 hatte zu T4 einen Wert von 3 bezüglich seiner Beziehungsachse, einen Wert von 2.55 (knapp unterhalb 3-) auf der HUS-Skala bezüglich seiner Konflikte und schließlich einen Wert von 2 bezüglich seiner Struktur. Somit konnte eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne für keine der Achsen festgestellt werden. Der Schwellenwert von 4.66 (5-) wurde für keine der drei Achsen erreicht.

⁵Hypothese 1ac und 1ad entfallen, weil es für Patient 19 keine Daten zum Therapieende und zur Katamneseerhebung gibt, da seine Therapie noch läuft.

⁶Wie bei Hypothese 1a bereits begründet entfallen Hypothese 1bc und 1bd ebenfalls.

Umstrukturierung bis zu T5 (1bb)

Auch bis zu T5 konnte eine Umstrukturierung für keine der Achsen deskriptiv statistisch belegt werden. Patient 19 hatte zu T5 einen Wert von 3 bezüglich seiner Beziehungsachse, einen Wert von 3.55 (unterhalb 4-) auf der HUS-Skala bezüglich seiner Konflikte und schließlich einen Wert von 4.33 (4+) bezüglich seiner Struktur. Der Schwellenwert von 5- zur Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne wurde somit auf keiner der Achsen erreicht.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei Patient 19 zu T4 für keinen der Teilbereiche bestätigen, zu T5 nur bezüglich der Konfliktachse. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne konnte bei diesem Patienten weder zu T4 noch zu T5 und für keine der drei Achsen empirisch belegt werden.

5.1.5 Einzelfall: Patient 20

Für die letzte Einzelfallanalyse wurde Patient 20 ausgewählt. Bei Patient 20 ging die Therapie über die kassenfinanzierte Leistung hinaus. Insgesamt war er 387 Stunden in Therapie, deshalb ist die Messung zu T6 in seinem Falle keine katamnestische Erhebung, sondern eine Messung mit der HUSS zum Abschluss der Therapie. Allerdings fehlen bei ihm die HUSS-Daten zum Zeitpunkt T4 weg, da zum diesen Messzeitpunkt kein OPD-Interview mit ihm gemacht werden konnte. Bezogen auf die OPD-Achsen lassen sich folgende zeitliche

Tabelle 5.12: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 20

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	Std-Abw
Beziehung	Beziehungsdynamische Formulierung	B	3.33	3.33	3	-	4.33	5.66	3.93	1.09
Konflikt	Abhängigkeit vs. Autonomie	K1	-	3.33	3.33	-	-	-	3.33	0.00
	Selbstwertkonflikt	K4	2.33	3.33	3.33	-	4.33	4.33	3.53	0.84
	Ödipal-sexueller Konflikt	K6	2.33	-	3	-	3.33	3.66	3.08	0.57
Struktur	Selbstwahrnehmung - Selbstbild	S1.2	3.33	-	-	-	5.33	5.66	4.77	1.26
	Selbststeuerung - Impulssteuerung	S2.3	3	3.33	3.33	-	5	4.33	3.80	0.84
	Bindung - Internalisierung	S6.1	-	2.66	-	-	-	-	2.66	0.00
Beziehung	Beziehungfokimittelwert	B StdAbw(B)	3.33 0	3.33 0	3 0	- 0	4.33 0	5.66 0	3.93 -	1.09 -
	Konfliktfokimittelwert	K StdAbw(K)	2.33 0	3.33 0	3.22 0.19	- 0	3.83 0.71	4 0.47	3.34 -	0.65 -
Struktur	Strukturfokimittelwert	S StdAbw(S)	3.17 0.23	3 0.47	3.33 0	- 0	5.17 0.23	5 0.94	3.93 -	1.06 -

Veränderungen für Patient 20 anhand der Tabelle 5.12 sowie der Graphik 5.6 darstellen:

Beziehung

Patient 20 hatte einen metrischen Anfangswert von 3.33 (3+) und einen Wert von 4.33 (4+) zu T5 bezüglich seiner beziehungsdynamischen Formulierung. Zu T6 (zum eigentlichen Ende seiner Therapie) erreichte er einen Wert von 5.66 auf der metrischen Skala, was einen Wert von 6- auf der HUSS-Skala entspricht.

Konflikt

Patient 20 hatte bezüglich seines Wissens um und seines Umgangs mit seinen intrapsychischen Konflikten zum ersten Messzeitpunkt einen metrischen HUSS-Wert von 2.33 (2+) und zu T5 einen Wert 3.83, was auf der Ordinalskala einem Wert zwischen 4- und 4 entspricht. Zu T6 erreichte er einen über alle seine Konfliktfoki gemittelten Wert von 4.

Struktur

Patient 20 hatte bezüglich seiner strukturellen Schwächen zum Zeitpunkt T1 einen Wert von 3.17 (zwischen 3 und 3+ auf der Ordinalskala), zu T5 einen Wert von 5.17 (zwischen Stufe 5 und 5+) und schließlich zu T6 mit einem leichten Rückgang den Wert von 5.

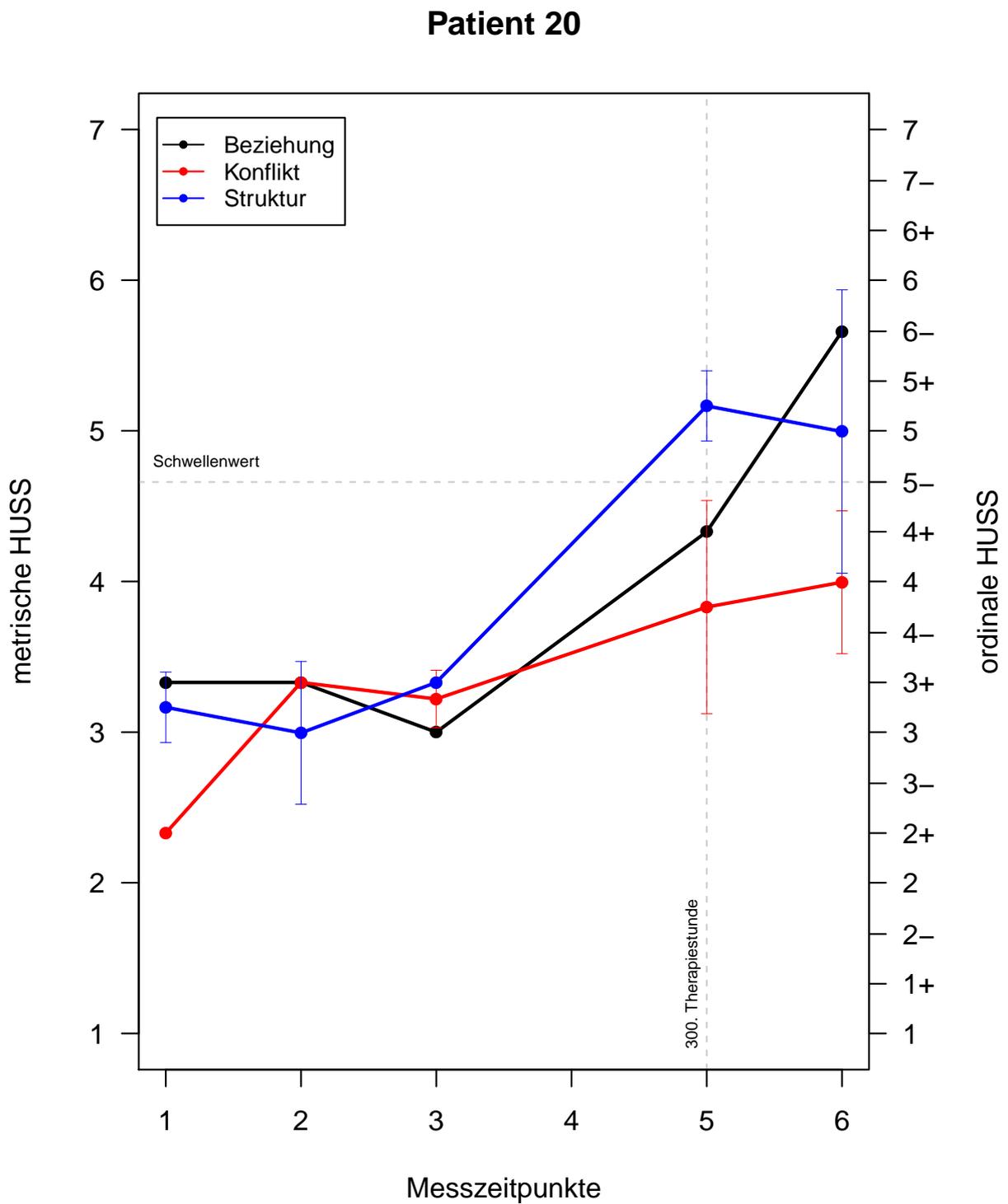


Abbildung 5.6: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 20

Hypothesengeleitet können für Patient 20 folgende Ergebnisse aus der Tabelle 5.13 dargestellt werden.

Tabelle 5.13: Ergebnisse zu Hypothese 1 auf Basis des t-Tests zu Patient 20

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung			
T5	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung	0.44 -0.17 0.102 nicht bestätigt nicht bestätigt	0.73 0.29 0.011 bestätigt nicht bestätigt	1.06 0.19 0.029 bestätigt bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer P-Wert Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung	1.13 0.49 0.005 bestätigt bestätigt	0.77 0.45 0.001 bestätigt nicht bestätigt	1.17 0.59 0.002 bestätigt bestätigt

Hypothese 1a: Strukturelle Veränderung⁷

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T5 (1ab)

Nach Berechnungen mit dem t-Test kann Hypothese 1ab für die Konflikt- und Strukturachse auf dem 5%-Niveau bestätigt werden, nicht jedoch für die beziehungs-dynamische Formulierung ($p=0.102$ für Beziehung, $p=0.011$ für Konflikt, $p=0.029$ für Struktur).

Signifikante strukturelle Veränderungen bis zu T6 (1ac)

Hypothese 1ac kann jedoch für alle drei Achsen bestätigt werden. Bis zu diesem Messzeitpunkt fanden deskriptiv statistisch belegbare signifikante positive strukturelle Veränderungen in allen drei Bereichen statt ($p=0.005$ für Beziehung, $p=0.001$ für Konflikt, $p=0.002$ für Struktur).

Hypothese 1b: Umstrukturierung⁸

Umstrukturierung bis zu T5 (1bb)

Patient 20 erreichte zu T5 bezogen auf die Beziehungsachse einen Wert von 4.33 (4+). Bezüglich seines Wissens um und seines Umgangs mit seinen intrapsychischen Konflikten erreichte er zu diesem Messzeitpunkt einen Wert von 3.83 (zwischen 3+ und 4-). Schließlich verbesserte sich Patient 20 bezüglich seiner strukturellen Fähigkeiten im Sinne der HUSS am stärksten und erreichte zu T5 einen Wert von 5.17 (zwischen

⁷Hypothese 1aa entfällt weil für Patient 20 keine Daten zu T4 zur Verfügung stehen. Genauso entfällt Hypothese 1ad, weil T6 bei ihm eine Messung zum Therapieende und nicht zum Katamnesezeitpunkt ist.

⁸Wie bei Hypothese 1a bereits begründet entfallen hier Hypothese 1ba und 1bd ebenfalls.

5 und 5+). Somit kann Hypothese 1bb für ihn für die Strukturachse bestätigt werden, muss aber für beiden anderen Achsen abgelehnt werden. Es fand bis zu T5 nur bezogen auf die Strukturachse eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne statt.

Umstrukturierung bis zu T6 (1bc)

Patient 20 erreichte zu T6 einen Wert von 5.66 (6-) bezüglich seiner beziehungs-dynamischen Formulierung. Bezüglich seiner intrapsychischen Konflikten hatte er einen über alle Konfliktfoki gemittelten Wert von 4 zu T6. Schließlich ist zwar zwischen T5 und T6 ein leichter Rückgang des gemittelten HUSS-Wertes bezogen auf die Strukturachse zu beobachten, jedoch weist Patient 20 zu T6 immer noch einen Wert von 5 auf. Hypothese 1bc kann somit für die Beziehungs- und Strukturachse bestätigt werden, muss aber für die Konfliktachse abgelehnt werden. Der Schwellenwert 5- auf der HUSS zur Umstrukturierung wurde zu T6 nur für die Beziehungs- und für die Strukturachse überschritten, nicht aber für die Konfliktachse.

Signifikante positive strukturelle Veränderungen ließen sich bei Patient 20 zu T5 für die Konflikt- und Strukturachse bestätigen, zu T6 dann bezüglich aller drei Teilbereiche, also auch für die Beziehungsachse. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne konnte bei diesem Patienten zu T5 bezogen auf die Strukturachse belegt werden, zu T6 dann auch für die Beziehungsachse, jedoch weiterhin nicht für die Konfliktachse.

5.1.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 1 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext

Die nachfolgenden zwei Tabellen 5.14 und 5.15 geben einen Überblick über die Ergebnisse von Hypothese 1a und 1b sowohl für die zwei Gruppen (katamnestisch und laufend) als auch für die vier Einzelfälle.

Tabelle 5.14: Zusammenfassung der Ergebnisse von Hypothese 1a

Stichprobe	Foki	1aa (T4)	1ab (T5)	1ac (T6)	1ad (Katamnese)
katamnestische Gruppe	Beziehung	bestätigt	bestätigt	-	bestätigt
	Konflikt	bestätigt	bestätigt	-	bestätigt
	Struktur	bestätigt	bestätigt	-	bestätigt
laufende Gruppe	Beziehung	bestätigt	bestätigt	bestätigt	-
	Konflikt	bestätigt	bestätigt	bestätigt	-
	Struktur	bestätigt	bestätigt	bestätigt	-
Patient 16	Beziehung	-	-	-	bestätigt
	Konflikt	-	-	-	bestätigt
	Struktur	-	-	-	bestätigt
Patient 18	Beziehung	bestätigt	-	-	bestätigt
	Konflikt	bestätigt	-	-	bestätigt
	Struktur	bestätigt	-	-	bestätigt
Patient 19	Beziehung	n.b.	n.b.	-	-
	Konflikt	n.b.	bestätigt	-	-
	Struktur	n.b.	n.b.	-	-
Patient 20	Beziehung	-	n.b.	bestätigt	-
	Konflikt	-	bestätigt	bestätigt	-
	Struktur	-	bestätigt	bestätigt	-

Tabelle 5.15: Zusammenfassung der Ergebnisse von Hypothese 1b

Stichprobe	Foki	1ba (T4)	1bb (T5)	1bc (T6)	1bd (Katamnese)
katamnestische Gruppe	Beziehung	n.b.	bestätigt	-	bestätigt
	Konflikt	n.b.	bestätigt	-	bestätigt
	Struktur	n.b.	n.b.	-	bestätigt
laufende Gruppe	Beziehung	n.b.	n.b.	n.b.	-
	Konflikt	n.b.	n.b.	n.b.	-
	Struktur	n.b.	n.b.	n.b.	-
Patient 16	Beziehung	-	-	-	bestätigt
	Konflikt	-	-	-	n.b.
	Struktur	-	-	-	bestätigt
Patient 18	Beziehung	n.b.	-	-	bestätigt
	Konflikt	bestätigt	-	-	bestätigt
	Struktur	n.b.	-	-	bestätigt
Patient 19	Beziehung	n.b.	n.b.	-	-
	Konflikt	n.b.	n.b.	-	-
	Struktur	n.b.	n.b.	-	-
Patient 20	Beziehung	-	n.b.	bestätigt	-
	Konflikt	-	n.b.	n.b.	-
	Struktur	-	bestätigt	bestätigt	-

Wie aus den Tabellen 5.14 und 5.15 abzulesen ist, belegen die Ergebnisse zu Hypothese 1 eindeutig, dass anhaltende und tiefgreifende strukturelle Veränderungen in der Persönlichkeit der Patienten erst in längeren Therapien überhaupt möglich ist. Signifikante positive strukturelle Veränderungen sind zwar bei den meisten Patienten bereits ab T4 (ca. 240 Sitzungen) belegbar, jedoch können Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne erst zu T5 (300 Sitzungen oder Therapieende), eindeutig aber vor allem zu T6 (bei der Katamneseerhebung ein Jahr nach Therapieende bzw. nach 400 Therapiesitzungen) beobachtet werden.

Ergebnisse zu den beiden Gruppen⁹

Gruppe in laufender Therapie

Für die Gruppe von Patienten, die sich im Verlauf der Untersuchung noch in Therapie befand, konnten bereits zu T4 und dann durchgehend bis einschließlich T6 (also bis zur ca. 300. Sitzung) signifikante positive strukturelle Veränderungen bezogen auf alle drei strukturellen Teilbereiche (Beziehung, Konflikt und Struktur) belegt werden. Dies bedeutet, dass die untersuchten Verbesserungen bis zu den jeweiligen Messzeitpunkten nicht zufällig zustande kamen. Jedoch erreichten die über alle zu einer OPD-Achse gehörenden Foki und über alle Patienten gemittelten metrischen HUSS-Werte zu keinem der Zeitpunkte den Schwellenwert von 4.66 auf der metrischen HUSS bzw. 5- auf der Ordinal-HUSS. Somit fand bis einschließlich T6 in dieser Gruppe von Patienten bezogen auf keinen der drei strukturellen Teilbereiche eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne statt. Zwar verbesserten sich die Patienten zwischen T5 und T6 in allen drei strukturellen Teilbereichen, nach einer leichten Verschlechterung zwischen T4 und T5 bezogen auf die Beziehungs- und Konfliktachse, jedoch nicht stark genug, um schließlich den Schwellenwert für eine Umstrukturierung zu erreichen.

Katamnestiche Gruppe

Für die katamnestiche Gruppe konnten signifikante strukturelle Veränderungen bereits zu T4 und in der Folge zu allen weiteren Messzeitpunkten und über alle OPD-Achsen hinweg deskriptiv statistisch einheitlich bestätigt werden. Umstrukturierungen konnten bis zu T4 für keinen der drei strukturellen Teilbereiche festgestellt werden, zu T5 (ca. 300. Sitzung) dann für die Beziehungs- und Konfliktachse und bis zum Katamnesezeitpunkt auch für die Strukturachse. Zwischen T5 und T6, d.h. zwischen Therapieende und Katamnesezeitpunkt, stieg aber nicht nur der gemittelte Wert über alle Strukturfoki und alle Patienten, sondern auch der über alle Patienten dieser Gruppe gemittelte Beziehungs- und Konflikt-HUSS-Wert noch weiter.

⁹Auch Hümmeler hatte in ihrer Arbeit 2009 bereits zusammenfassend festgestellt, dass bezogen auf die Gesamtstichprobe und trotz starker individueller Variation der Ergebnisse bis zum Messzeitpunkt T4 in der Offline-Perspektive positive signifikante strukturelle Veränderungen gemessen werden konnten, jedoch keine Umstrukturierungen.

Dies bedeutet, dass die Patienten dieser Gruppe sich zwischen T5 und T6, also in dem ca. einen Jahr zwischen Therapieende und Katamneseerhebung, in allen drei strukturellen Teilbereichen noch weiter verbesserten. Dieses Ergebnis entspricht eindeutig der Erwartung, dass innerpsychische Veränderungen im Bereich der strukturellen Fähigkeiten später stattfinden als solche, die mit Beziehungsgestaltung und dem Umgang mit intrapsychischen Konflikten zusammenhängen.

Dass beide Gruppen sich strukturell so unterschiedlich entwickelten, kann nicht darauf zurückgeführt werden, dass sie sich womöglich bezüglich ihrer Gesamtstrukturniveaus zu Anfang der Therapie voneinander unterschieden hätten. Für die katamnestiche Gruppe ergab sich ein über alle Patienten dieser Gruppe gemittelttes Strukturniveau von 1.85 zu Beginn der Therapie, für die laufende Gruppe ein gemittelter Wert von 1.9285. Dieses Ergebnis stimmt mit einem Teilergebnis der Untersuchungen des Forschungsprojekts am Psychoanalytischen Columbia Zentrum aus dem Jahr 1985 überein: Weber et al. hatten u.a. herausgefunden, dass die Ergebnisse der analytischen Behandlungen in Bezug auf den therapeutischen Gewinn und auf die Analysierbarkeit aus der Perspektive der Eingangsdiagnostik nur marginal vorhersagbar waren (Wallerstein, 2001a, S. 44).

Ergebnisse zu den Einzelfällen

Patient 16

Für Patient 16 konnten zum Zeitpunkt T6, der bei ihm eine Katamneseerhebung war, signifikante positive strukturelle Veränderungen für alle drei strukturellen Teilbereiche belegt werden, Umstrukturierungen jedoch nur für die Beziehungs- und die Strukturachse, nicht aber für die Konfliktachse. Dieses Ergebnis entspricht nicht den oben genannten Erwartungen in Bezug auf die Abfolge struktureller Veränderungen.

Patient 18

Für Patient 18 zeigten sich bereits zu T4 signifikante positive strukturelle Veränderungen bezogen auf alle strukturelle Teilbereiche, die auch zu T6 weiter feststellbar waren. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne konnte bei diesem Patienten bezogen auf seine intrapsychische Konflikte bereits zu T4 beobachtet werden, bis zu T6 dann auch in den anderen zwei strukturellen Teilbereichen. Der Patient veränderte sich in der Zeit nach Beendigung seiner Therapie (zwischen T4 und T6) strukturell in allen drei Teilbereichen noch weiter und zwar sehr stark. Dieses Ergebnis entspricht der Erwartung, dass innerpsychische Veränderung bezogen auf die strukturellen Fähigkeiten und Kapazitäten später als solche bezogen auf den Umgang mit intrapsychischen Konflikten stattfinden.

Patient 19

Für Patient 19 konnten zu T4 keine signifikanten strukturellen Veränderungen belegt werden. Der Patient verbesserte sich zwar bis zu dem vorangegangenen Zeitpunkt T3 leicht, verschlechterte sich jedoch zwischen T3 und T4 in allen drei Teilbereichen, am stärksten im Bereich seiner strukturellen Fähigkeiten und Kapazitäten wie

z.B. Selbststeuerung-Impulssteuerung. Aus den Sitzungsaufnahmen und dem OPD-Interview war zu entnehmen, dass Patient 19 in dieser Zeit eine Medikamentensucht entwickelte (er missbrauchte ein sedierendes Schmerzmittel) und außerdem viel und oft Alkohol trank. Zu T5 verbesserte sich der Patient wieder etwas, vor allem bezüglich seiner intrapsychischen Konflikte, aber auch in seinen strukturellen Fähigkeiten, u.a. gelang es ihm, sich von seiner Medikamentenabhängigkeit zu befreien. Er erreichte jedoch bis einschließlich T5 nur für die Konfliktachse eine signifikante positive strukturelle Veränderung. Eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne fand zu keinem der Messzeitpunkte in keinem der drei strukturellen Teilbereiche statt.

Patient 20

Für Patient 20, bei dem Daten zu T4 fehlen und der seine Therapie über die kassenfinanzierten 300 Stunden hinaus bis zur 387. Sitzung fortsetzte, zeigten sich signifikante positive strukturelle Veränderungen sowohl zu T5 und als auch zu T6 für alle drei strukturellen Teilbereiche. Zu T5 konnte außerdem für die Strukturachse eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne belegt werden, nicht jedoch für die Beziehungs- und Konfliktachse. Zu T6 kam auch für die Beziehungachse eine Umstrukturierung hinzu, weiter jedoch nicht für die Konfliktachse. Dieses Ergebnis entspricht wie bei Patient 16 nicht der Erwartung, dass innerpsychische Veränderungen bezogen auf die strukturellen Fähigkeiten später als solche bezogen auf die Beziehungsgestaltung und auf den Umgang mit intrapsychischen Konflikten stattfinden. Bei diesem Patienten konnte ebenfalls ein leichter Rückgang der HUSS-Werte in den Bereichen Beziehung und Konflikt beobachtet werden, allerdings zwischen T2 und T3 und nicht zwischen T3 und T4 wie bei Patient 19.

Einbettung der Ergebnisse von Hypothese 1 in den Kontext anderer aktueller Studien, die strukturelle Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation zu erfassen versuchten

Die meisten bisher veröffentlichten Studien, mit Ausnahme der unten dargestellten PAL-Studie, untersuchten die Wirksamkeit von analytischen Langzeitpsychotherapien in erster Linie anhand von zwei Arten von Outcome-Maßen. Die einen bildeten symptomatische Veränderungen ab, welche meist mit Hilfe der Symptom-Check-List-90 (SCL-90) oder der SCL-90-R erfasst wurden. Die anderen bestimmten Veränderungen im Beziehungsverhalten, die mit Hilfe des IIP von Horowitz bzw. in deutschen Studien des IIP-D ermittelt wurden.

Die 90 Items der SCL-90 bzw. der SCL-90-R müssen vom Patienten selbst auf fünfstufigen Likert-Skalen bewertet werden. Sie werden um neun Skalen gruppiert und erfassen die Belastung des jeweiligen Patienten im syndromalen Bereich. Außerdem geben drei weitere globale Kennwerte Auskunft über das Antwortverhalten. Der Global Severity Index (GSI) ist dabei der gebräuchlichste. Er erfasst die durchschnittliche psychische Belastung über

alle 90 Items. Die neun Skalen der SCL-90 sind: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Objektivität, Reliabilität (interne Konsistenz, Retest-Reliabilität) und Validität (Inhaltsvalidität und Änderungssensivität) des Instruments gelten als gut belegt und gesichert (Franke, 2002). Kritisch anzumerken ist, dass die SCL-90 lediglich Veränderungen auf der symptomatischen Ebene und keine tiefer greifenden strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit der Patienten erfassen kann. Symptome klingen jedoch in den meisten Therapien, seien es nun Verhaltenstherapien, psychodynamische Kurzzeittherapien, tiefenpsychologische Therapien oder analytische Langzeittherapien, aus unterschiedlichen Gründen gesichert und relativ schnell ab. Es ist also nicht möglich, allein mit Hilfe der SCL-90 gewonnener Daten zu behaupten, dass psychoanalytische Langzeittherapien wirksamer seien als andere Therapieformen.¹⁰

Das IIP bzw. IIP-D wurde ebenfalls bereits in zahlreichen Studien zur Erfassung der Wirksamkeit von analytischen Langzeittherapien eingesetzt. Es erfasst hinreichend den interpersonellen Raum eines Patienten und eignet sich auch zum Screening einiger Persönlichkeitsstörungen. Es wird üblicherweise zur Selbstbeurteilung in einer 64-Item-Form verwendet, wobei auch eine Kurzversion mit 32 Items existiert. Die Items lassen sich in den folgenden acht Skalen zusammenfassen: autokratisch/dominant, streitsüchtig/konkurrierend, abweisend/kalt, introvertiert/sozial vermeidend, selbstunsicher/unterwürfig, ausnutzbar/nachgiebig, fürsorglich/freundlich und expressiv/aufdringlich. Objektivität und Reliabilität (interne Konsistenz und Retest-Reliabilität) des Instrumentes gelten als gesichert, ebenso die *face validity* und die externe Validität, nicht jedoch die diskriminante Validität zur Unterscheidung von Patienten mit vs. ohne Persönlichkeitsstörungen. Das Instrument eignet sich zur Veränderungsmessung (Horowitz u. a., 2001), wobei hier m.E. nur abgebildet wird, wie der Patient sich in seinen Beziehungen erlebt und fühlt, nicht jedoch die Erlebensebenen seines Gegenübers. Deshalb ermöglicht OPD eine umfangreichere und vielseitigere Beschreibung der Beziehungsdynamik des Patienten.

¹⁰Sandell (2000) warnt allerdings zu Recht davor, Symptomverbesserungen als überhaupt nicht strukturell relevant zu unterschätzen: „After all, it is claimed to be a distinctive feature of psychoanalysis and psychoanalytically oriented psychotherapy, in contrast to the behavioral therapies, that they are *not* focused on symptom amelioration but rather on the resolution of internal conflicts, so called- structural change. However, following Freud, it is clear that classical psychoanalytic theory regards symptoms as maladaptive conflict solutions. One of the necessary conditions for a state to be considered a structure is that it is habitual and enduring; therefore, symptoms are indeed themselves structures, in turn signalling maladaptive internal structures of conflict resolutions or adaptations. Classically, one regards the symptom as substitute formation (thus, a structure) signalling the return of the repressed (Freud, 1894, 1915, 1926) (...) Thus, on the basis of classical psychoanalytic theory, one should regard symptom change as being as close as possible to so-called structural change. Besides, symptom change not only reflects internal structural change but also an indirect, if not direct, indication of change in internal and external autonomy, that is, the freedom to be able to choose and shape one's way of living without internal inhibitions and self-imposed external restrictions. No doubt, this is a central and specific goal of psychoanalytic treatment. In conclusion therefore, focusing on symptom change should not at all be alien to the psychoanalytic undertaking” (Sandell u. a., 2000, S. 937).

In den letzten Jahren wurden in einigen Studien auch die von Wallerstein und Mitarbeitern entwickelten SPC (deutsche Version SPK) zur Veränderungsmessung eingesetzt. Dieses Instrument erfasst, ähnlich der HUSS auf der Basis einer allgemeinen psychoanalytischen Theorie innerpsychische Strukturen. Das Instrument wurde im Unterkapitel 4.2 bereits detailliert dargestellt. M. E. sind aber die Aspekte der Unterdimensionen dieses Instruments nicht so systematisch organisiert wie in der OPD, in der Beziehungsaspekte, Konfliktdimensionen und strukturelle Dimensionen eindeutig zu unterscheiden sind. Diese Aufteilung entspricht m. E. besser einer genaueren psychoanalytischen Diagnose, die stets die aktualisierten intrapsychischen Konflikte des Patienten beschreiben, seine Beziehungsgestaltung bzw. Beziehungsdynamik erfassen und seine strukturelle Fähigkeiten und Kapazitäten einschätzen sollte. Letzteres ist auch für die Therapieplanung ausschlaggebend, weil so die angewandten Techniken und Interventionen gemäß den strukturellen Fähigkeiten des Patienten gestaltet und modifiziert werden können, wie dies im Unterkapitel 2.1.4 bereits angesprochen wurde.

Huber et al. (2001) setzten die SPK in ihrer naturalistisch und prospektiv angelegten Münchner Process-Outcome Studie ein, um zu untersuchen, ob sich Psychoanalyse (dreimal wöchentlich im Liegen, mit einer Dauer von 240 bis 300 Stunden) und tiefenpsychologische Therapie (einmal wöchentlich im Sitzen, mit einer Dauer von 80 bis 120 Stunden) verschieden auf die strukturelle Entwicklung der Persönlichkeit auswirken und ob Verbindungen zwischen Prozess und Outcome herzustellen sind (Huber u. a., 2001). Leider wurden die Ergebnisse genau zu dieser Fragestellung bis heute nicht veröffentlicht.

Besonders wichtig für die vorliegende Problemstellung ist die PAL-Studie von Rudolf u. a. (2001). Diese Studie untersuchte die Auswirkungen hochfrequenter analytischer Langzeittherapien (drei Sitzungen pro Woche) auf Symptomverbesserungen im Allgemeinen (gemessen mit der SCL-90-R) aber auch, ähnlich wie diese Arbeit, auf Veränderungen auf der Ebene der Persönlichkeitsstruktur im Besonderen (gemessen mit der HUSS). Als Grenzwert zur Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne wurde ebenfalls der HUSS-Wert 5- festgelegt. Bezogen auf einen Beispielfall lassen sich zentrale Ergebnisse der PAL-Studie aus dem Jahr 2001 folgendermaßen zusammenfassen: Im ersten Therapiejahr entwickelte sich der Patient von einer eher noch *ungewollten Beschäftigung* mit seinen Problembereichen (HUSS-Stufe 2) in Richtung einer *aktiven Anerkennung und Erkundung* seiner Themen (HUSS-Stufe 4). Seine Symptomatik verschwand in dieser Zeit weitgehend. Mit Beginn des zweiten Analysejahres wurde eine neue Qualität erkennbar: Der Patient erlebte seine Problematik intensiver. Aufgrund der gefestigten therapeutischen Beziehung wagte er es, sich seinen Themen *auszuliefern*. So konnte nach etwa 18 Monaten (180 Stunden) Therapie bei diesem Patienten von einer Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne gesprochen werden. Er erreichte die HUSS-Stufe 5-, die mit der *Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich* gleichzusetzen ist. Zugleich waren ein moderater Wiederanstieg der Symptomatik und eine deutliche Zunahme der interpersonellen Schwierigkeiten im Erleben des Patienten beobachtbar (Rudolf u. a., 2001). Umstrukturierungen im Fokusbereich innerhalb von 180 Stunden erreichte zwar der hier dargestellte Patient nicht, jedoch scheint sich das Instru-

ment HUSS allmählich in der Forschungspraxis zu etablieren und zu bewähren.

Neuere Ergebnisse aus der PAL-Studie (2012) anhand von 32 analytischen und 27 tiefenpsychologischen Therapien zeigten, dass sich durch beide Verfahren gemessen mit der SCL-90-R hoch signifikante und auch katamnestic stabile Verbesserungen ergaben. Die augenscheinlich vorliegenden Unterschiede zwischen Analytische Psychotherapie (AP)-Patienten und Tiefenpsychologische Psychotherapie (TP)-Patienten waren aber nicht signifikant. Ausschließlich bei den analytischen Patienten zeigte sich aber eine signifikante katamnestic Verbesserung bezüglich der IIP-D. Auch veränderten sich die AP-Patienten strukturell insgesamt besser als TP-Patienten. So erreichten 3.1% der analytischen Patienten weniger als zweimal Stufe 4 auf der HUSS, 43.8% erreichte zweimal Stufe 4 und 53.1% sogar zweimal Stufe 5. Dagegen ergaben sich für die TP-Fälle analog dazu 59.3% , 33.3% und 7.4%. Um neben der Anzahl der umstrukturierten Foki auch die Intensität der Umstrukturierung zu erfassen, wurde zusätzlich das Kriterium einbezogen, dass sich die durchschnittliche Umstrukturierung über mindestens 1.5 Stufen erstrecken muss. Die Resultate gestalteten sich folgendermaßen: Nur bei 3.1% der AP-Patienten zeigte sich keine Umstrukturierung, bei 68.8% zeigte sich eine Umstrukturierung nach beiden Kriterien und bei 28.1% zeigten sich gemischte Ergebnisse. Bei den TP-Patienten waren die entsprechenden Zahlen 37%, 18.5% und 44.5%. Dieser Vergleich unterstrich die positiven Effekte der AP, mit 70% ausgeprägter Umstrukturierung im Vergleich zu 20% bei der TP. Aber auch bei den TP-Patienten zeigte sich ein erheblicher Anteil von Umstrukturierungen von 45% (Rudolf u. a., 2012, S. 60 f.) Die SCL-90-R-Gesamtwerte und IIP-D-Werte der umstrukturierten und nicht umstrukturierten Patienten waren zum Therapieende signifikant unterschiedlich, was sich zur Dreijahreskatamnese noch weiter verstärkte¹¹. Bei der Befragung der Patienten zeigten die umstrukturierten größere Therapiezufriedenheit. Die gut umstrukturierten Patienten beurteilten ihre Therapien in der rückblickenden Therapieeinschätzung besser als die nicht gut umstrukturierten. Auch Therapeuten beurteilten mit 96% die Therapien der gut umstrukturierten als gut. Die Tatsache, dass in beiden Vorgehensweisen die Einschätzung höherer Umstrukturierung durch Forscher und Therapeuten mit höherer Behandlungszufriedenheit auf Seiten des Patienten einherging, unterstreicht die Validität des Ansatzes. Auch Rudolf et al. fanden mithin, dass Symptomreduktionen bereits in kürzeren Therapien stattfinden, Umstrukturierungen aber erst in längeren (Rudolf u. a., 2012, S. 62 f.).

Einbettung der Ergebnisse von Hypothese 1 in die Ergebnisse anderer aktueller Studien, die psychoanalytische Langzeitbehandlungen untersuchten und deren Ergebnisse in Bezug zur Schwere der Störungen setzten

Die bereits erwähnte PAL-Studie (2008) fand zusätzlich zu den im vorherigen Abschnitt genannten Ergebnissen heraus, dass auch in der Gruppe der Patienten mit Persönlichkeits-

¹¹ *Gut umstrukturiert* heißt in dieser Studie, dass mindestens zwei Foki zum Behandlungsende über Stufe 4 oder mehr erreichten und eine Verbesserung über mindestens 1.5 Stufen stattfand. *Nicht gut umstrukturiert* heißt, dass keine zwei Foki die Stufe 4 erreichten und keine Verbesserung um 1.5 Stufen stattfand.

störungen analytische Psychotherapien tiefenpsychologischen Behandlungen eindeutig und signifikant überlegen waren. Dieser Effekt war in der Katamnese deutlich sichtbar und zwar unabhängig davon, ob man die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) einbezog oder nicht (Jakobsen u. a., 2008, S. 60).

Besonders bedeutsam wird die Kombination dieser Ergebnisse wenn man in Betracht zieht, dass die Patienten, die in analytische Praxen kommen, offensichtlich immer schwerer gestört sind. Die Untersucher der DPV-Studie (2002) fanden, dass von den 129 retrospektiv und auch katamnestisch (in einem quantitative und qualitative Methoden mischenden Design) untersuchten Patienten überdurchschnittlich viele schwer gestört und traumatisiert waren, wobei auch Mehrfachdiagnosen häufig vorkamen. So erhielten 22.5% drei, 9.3% vier und 4.7% fünf oder mehr Diagnosen (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 255 f.). Die 129 Patienten litten unter Persönlichkeitsstörungen (Borderline- und narzisstische Persönlichkeitsstörungen), affektiven Störungen (Zwangsstörungen, Konversionsstörungen, schwere Depressionen, Reaktionen auf schwere Belastung und psychosomatische Störungen), neurotischen Störungen, Psychosen (Schizophrenie) und Verhaltensauffälligkeiten (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 81 ff.). Obwohl Psychoanalyse und analytische Psychotherapie ursprünglich für neurotische Erkrankungen konzipiert wurden, scheint sich die Patientenkohorte, die sich beim Analytiker einfindet, geändert zu haben und heute schwerer gestört zu sein. Psychoanalytische Langzeittherapien und Psychoanalyse entsprechen damit „der gesellschaftlichen Erwartung, dass sie – als Profession mit der wohl längsten, teuersten und aufwendigsten Ausbildung – eine Gruppe der schwierigsten Patienten behandeln, die in einem ambulanten Setting überhaupt therapiert werden können“ (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 256). Auch die Patienten der vorliegenden Arbeit wiesen ein Gesamtstrukturniveau von 1.9 auf, also laut OPD-Diagnose ein mäßig integriertes Strukturniveau statt eines guten oder guten bis mäßigen, das für neurotische Erkrankungen charakteristisch wäre. Um dieser schwerer gestörten Patientengruppe nachhaltig zu helfen, wären folglich immer häufiger auch längere Therapien indiziert.

In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse der Göttinger Studie (2008). Ihre Autoren stellten ebenfalls fest, dass Persönlichkeitsstörungen eindeutig nur mit längeren Therapien effektiv behandelbar sind. Sie zitierten auch ältere Ergebnisse von Perry et al. 1999, die aus den ihnen vorliegenden Daten folgerten, dass eine Behandlungsdauer von 1.3 Jahren oder 92 Sitzungen erforderlich war, damit bei 50% der Patienten die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung nicht mehr erfüllt waren. 2.2 Jahre oder 216 Sitzungen waren nötig, damit dies bei 75% der Patienten nicht mehr der Fall war (Leichsenring u. a., 2008, S. 203).

Die Meta-Analyse von Leichsenring und Rabung (2008) befasste sich mit insgesamt 23 prospektiven Studien zwischen 1960 und 2008 (11 RCT- und 12 unter normalen Praxisbedingungen durchgeführten Wirkungsforschungsstudien, insgesamt 1053 Patienten). Als Langzeittherapie galt eine Therapie mit einer Sitzungszahl von mindestens 50 oder mit einer Dauer von mindestens einem Jahr. Trotz der limitierten Anzahl der in diese Meta-Analyse aufgenommene Studien kamen die Forscher zu dem Schluss, dass psychodynami-

sche Langzeittherapien Kurzzeittherapien in Bezug auf ihr Gesamtergebnis, psychiatrische Symptomreduktion, Zielprobleme, persönliches und soziales *Funktionieren* überlegen sind. Die erfassten Effektstärken waren für die Behandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, multimorbiden Störungen und chronischen psychischen Erkrankungen insgesamt groß und stabil (Leichsenring u. Rabung, 2008, S. 1563).

Einbettung der Ergebnisse von Hypothese 1 in die Ergebnisse anderer aktueller Studien, die auch katamnestische Untersuchungen durchführten

Die Wichtigkeit von katamnestischen Untersuchungen ist spätestens seit der schon erwähnten DPV-Studie (2002) unbestritten. Im Ergebnis waren über 70% der im Rahmen dieser Studie untersuchten 129 Patienten mit der Behandlung zufrieden und stellten eine Besserung ihres Befindens fest. Auch verbesserten sich die ehemaligen Patienten nachweislich in ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion, ihrer Kreativität und Arbeitsfähigkeit sowie in ihrer Beziehungsfähigkeit. Genauso zeigten sich symptomatisch (SCL-90) nachhaltige Verbesserungen, die sechs Jahre nach Behandlungsabschluss immer noch stabil waren. Während der und nach den Behandlungen zeigte sich eine deutliche Reduktion von ambulanten Arztkontakten, Krankschreibungen, Krankenhaustagen und Medikamentenverbrauch – Ergebnisse, die ebenfalls katamnestisch stabil blieben (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 257).

Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie (2006) ergab, dass bei den AP-Patienten der Gesamtwert der SCL-90-R ähnlich der Verhaltenstherapie (VT)-Patienten zwischen der 3.5- und 7-Jahres-Katamnese stabil blieb, jedoch der Gesamtwert der IIP-D sich signifikant weiter verringerte, während dieser Wert in der VT-Gruppe nahezu stabil blieb. Auch gab es anteilmäßig etwas weniger Rückfälle bei den AP-Patienten bezüglich der Symptomatik, sowie deutlich weniger bezüglich der interpersonellen Probleme (Brockmann u. a., 2006, S. 20 f.). So bestätigte diese Studie, ähnlich wie die vorliegende Arbeit, dass psychoanalytische Langzeittherapien nicht nur langfristige und stabile Effekte zeitigen, sondern auch nach ihrem Ende weiter wirksam sind. Auch tauchten bei beiden in der Frankfurt-Hamburg-Studie untersuchten Gruppen Veränderungen der Symptomatik durchgehend signifikant häufiger vor den Veränderungen der interpersonellen Probleme auf (Brockmann u. a., 2006, S. 23).

Ein weiteres Teilergebnis der oben zitierten PAL-Studie (2012) war, dass sich drei Jahre nach Therapieende eine signifikante katamnestische Verbesserung bezüglich der IIP-D ausschließlich bei den analytischen Patienten zeigte (Rudolf u. a., 2012, S. 60).

Die bereits erwähnte Meta-Analyse von Leichsenring und Rabung (2008) ergab ebenfalls, dass die berechneten Gesamteffektstärken sich sogar vom Therapieende bis zur Follow-up-Messung weiter erhöhten (Leichsenring u. Rabung, 2008, S. 1563), was auch das Ergebnis der Göttinger-Studie war (Leichsenring u. a., 2008, S. 203).

Auch de Maat et al. (2009) konstatierten im Rahmen ihrer Meta-Analyse sowohl für Patien-

ten mit einer moderaten und gemischten Pathologie, als auch für solche mit Persönlichkeitsstörungen, die jeweils in psychoanalytischer Langzeitpsychotherapie mit einer Dauer von mind. 150 Stunden waren, signifikante Effektstärken zum Therapieende und eine weitere Erhöhung im Rahmen des Follow-up (de Maat u. a., 2009).

Die deutliche Überlegenheit der analytischen Langzeitpsychotherapien gegenüber kürzeren psychodynamischen Verfahren wiesen die Autoren der im vorherigen Abschnitt schon erwähnten PAL (2008) nach. Für die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen war die analytische Psychotherapie ihren Ergebnissen nach der tiefenpsychologischen Behandlung signifikant überlegen, wobei der Effekt vor allem in der Katamnese deutlich sichtbar wurde und zwar unabhängig davon, ob man die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3) einbezog oder nicht (Jakobsen u. a., 2008, S. 60)

Sandell und seine Mitarbeiter (2001, 2007) untersuchten im Rahmen des STOPPP die Langzeiteffekte von analytischen Langzeitpsychotherapien und Psychoanalysen und stellten fest, dass der Analysand im Laufe der Psychoanalyse eine generalisierte *Fähigkeit zur Selbstanalyse* zu erwerben scheint, die es ihm erlaubt nach Beendigung der Analyse allein zurechtzukommen, wenn neue Konflikte und Krisen auftreten oder alte wiederauftauchen (Sandell, 2001, S. 210). In den Untersuchungen zeigte nur die in der Therapie entwickelte selbstanalytische Fähigkeit (engl. self-analytic function)¹² einen signifikanten Zusammenhang mit den katamnestischen Entwicklungen (Falkentröm u. a., 2007, S. 629), (Falkentröm u. a., 2007, S. 665). Allerdings war es nicht diese entwickelte selbstanalytische Fähigkeit der Patienten, die zu den größten Outcome-Unterschieden zwischen Psychoanalysen und analytischen Langzeitpsychotherapien führte, sondern die *selbststützende* Funktion der Patienten (engl. self-supporting strategies)¹³. Sie wurden von den ehemaligen Analysanden beschrieben, nicht jedoch von den Psychotherapiepatienten (Falkentröm u. a., 2007, S. 629). Die Autoren sind insgesamt der Auffassung, dass das Ergebnis einer Psychoanalyse oder einer analytischen Langzeitpsychotherapie mehr als Prozess denn als statischer Zustand zu verstehen ist, weil ehemalige Analysanden sich nach Beendigung der Therapie mehr als ehemalige analytische Psychotherapiepatienten weiterentwickeln und das nicht nur *qualitativ* sondern auch *quantitativ* bezogen auf die SCL-90-Werte, die Sense of Coherence Scale (SOCS)-Werte von Weissman & Bothwell, 1976 und die Social Adjustment Scale (SAS)-Werte von Antonovsky, 1987. Hierfür spricht auch ihr Befund, dass die meisten Therapieformen zum Zeitpunkt des Therapieendes mehr oder weniger gleichwertige Effekte erzielen, aber zum Katamnesezeitpunkt und vor allem in Langzeit-Follow-ups zum Vorteil der analytischen Langzeitverfahren stark voneinander abweichen (Sandell, 2001, S. 210).

¹²„This category is reserved for ways the patient have of gaining new insight into themselves and their reactions after termination” (Falkentröm u. a., 2007, S. 642).

¹³„This category includes strategies that patients describe using for calming down or getting internal support to cope with difficult situations. This category was further divided into the two subcategories: *use of the analyst as an internal supporting presence* and *self-calming strategies*” (Falkentröm u. a., 2007, S. 644).

Die hier erhobenen Befunde zu Hypothese 1 scheinen ziemlich genau die Resultate von Sandell et al. (2010) zu untermauern, dass das Ergebnis einer Psychoanalyse oder einer analytischen Langzeitpsychotherapie mehr als Prozess – der sich nach Beendigung der Therapie noch weiter entwickelt – denn als statischer Zustand zu verstehen ist:

Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne fanden hier in erster Linie zwischen dem eigentlichen Therapieende (T5) und der Katamneseerhebung statt. Dies könnte so verstanden werden, dass die Patienten (mit Ausnahme von Patient 19, der sich strukturell schlechter als die anderen entwickelte bzw. sich zwischenzeitlich sogar stark verschlechterte) sich in der Zeit nach Therapieende strukturell noch weiter entwickelten, weil sie sich – als Ergebnis der Therapien im Sinne von Sandell et al. (2010) – in einem fortdauernden Prozess der inneren Veränderung befanden, gerade auch noch nach Beendigung der Therapie.

Einbettung der Ergebnisse von Hypothese 1 in die Ergebnisse anderer aktueller Studien, die die Auswirkungen von Dauer und Frequenz auf das Therapieergebnis untersuchten

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in den hier untersuchten Therapien eine große Variation und Flexibilität bezüglich der Dauer der Therapie (240 bis 400 Sitzungen), der wöchentlichen Frequenz der Sitzungen (ein- bis dreistündig) und den Merkmalen des Settings, wie Liegen oder Sitzen, beobachtet werden konnte.

Die vier Einzeltherapien können in Bezug auf ihre Dauer und Frequenz folgendermaßen beschrieben werden:

Patient 16

Patient 16 verbesserte sich strukturell insgesamt sehr gut während seiner 300-stündigen analytischen Therapie. Ab der 23. Stunde fand die Therapie durchgehend im Liegen statt, zwischen der 28. und 240. Sitzung (T4) dreimal pro Woche, vorher und nachher bis zum Schluss zweimal pro Woche.

Patient 18

Patient 18 erreichte in seiner 240-stündigen analytischen Therapie die größten strukturellen Veränderungen aller hier dargestellten vier Einzelfälle. Dabei lag er von Anfang an auf der Couch und kam bis einschließlich zur 50. Sitzung dreistündig, bis zur 79. Sitzung zweistündig und dann bis zum Schluss nur noch einstündig.

Patient 19

Patient 19, dessen Therapie noch läuft (etwa Anfang Dezember 2011 wurde die 300.

Sitzung erreicht), liegt von Anfang an auf der Couch. Er kam bis einschließlich der 202. Sitzung zweistündig in die Therapie, danach bis einschließlich der 212. Sitzung einstündig und seither, also seit der Zeit zwischen T3 und T4, wechselnd ein- bis zweistündig, mit Tendenz zu eher einstündig. Patient 19 stagnierte in seiner strukturellen Entwicklung zwischen T2 und T3 und verschlechterte sich sogar zwischen T3 und T4 sehr stark. Die Verringerung der Frequenz zum Zeitpunkt zwischen T3 und T4 könnte eventuell auch mit der Stagnation begründet sein.

Patient 20

Patient 20, der sich in seiner 400-stündigen Therapie strukturell ebenfalls gut entwickelte, lag bis zu T4 und saß danach bis zum Schluss. Bis einschließlich zur 127. Stunde ging der Patient dreimal wöchentlich zur Therapie, zwischen der 128. und 170. Stunde einmal wöchentlich, zwischen der 171. und 257. Stunde erneut dreimal und schließlich ab der 258. Sitzung wieder einmal pro Woche.

Insgesamt lässt sich als Ergebnis im Bezug auf die erste Hypothese dieser Arbeit für die Mehrheit der Fälle (mit Ausnahme weniger Messzeitpunkten bei Patient 19 und 20) und beide Teilgruppen ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Therapieergebnis (HUSS-Werte) und Länge der Therapie (hier gleichgesetzt mit der Anzahl der Sitzungen) feststellen. Mit der Anzahl der Sitzungen ergab sich bei den Patienten in der Regel eine kontinuierliche Verbesserung in allen strukturellen Teilbereichen.

Ausnahmen bildeten ganz bestimmte Phasen der Therapien bei bestimmten Fällen: So zeigte sich bei Patient 19 eine Stagnation der HUSS-Werte und somit ein Stillstand der innerpsychischen strukturellen Veränderungen zwischen T2 und T3 bezogen auf die strukturellen Teilbereiche Beziehung und Konflikt. Zwischen T3 und T4 war dann bei diesem Patienten ein starker Rückfall in allen Teilbereichen zu verzeichnen, was m.E. mit dem oben erwähnten Einsetzen von regressiven Prozessen und der wahrscheinlich damit zusammenhängenden Suchtentwicklung des Patienten erklärt werden kann. Für Patient 20 ergab sich ein Rückgang der Beziehungs- und Konflikt-HUSS-Werte zwischen T2 und T3, eine ähnliche Entwicklung konnte auch in der Gruppe in noch laufender Therapie zwischen den 3. und 4. Messzeitpunkt beobachtet werden. Also zeigen sich bei einigen Fällen zwischen T2 und T4 leichte strukturelle Rückentwicklungen in fast allen strukturellen Teilbereichen, obwohl die meisten Patienten nach diesen kritischen Phasen zum folgenden Messzeitpunkt dann einen großen Sprung machten.

Hierzu würden wiederum die neuen Ergebnisse der PAL-Studie (2012) passen, nämlich dass analytische Patienten, sowohl hinsichtlich der Anzahl umstrukturierter Foki, als auch in Bezug auf die Intensität der Umstrukturierungen sowie deren Kombination, besser abschneiden als tiefenpsychologisch behandelte. Dabei dauerten die 32 analytischen Therapien im Durchschnitt 44 Monate und hatten einen Sitzungsumfang von 310 Sitzungen,

während die 27 tiefenpsychologische Therapien sich im Durchschnitt auf 24 Monate und 71 Sitzungen erstreckten (Rudolf u. a., 2012, S. 61). Rein rechnerisch heißt dies, dass die TP-Patienten durchschnittlich ca. zweimal wöchentlich in die Therapie gingen, die AP-Patienten hingegen dreimal. Natürlich kann hier nicht eindeutig unterschieden werden, ob die Therapieergebnisse auf die Dauer oder auf die Anzahl der Sitzungen zurückgeführt werden kann. Ebenso kann nur spekuliert werden, dass möglicherweise auch die höhere Frequenz positiv zu den Ergebnissen beigetragen haben könnte.

Leichenring und Rabung (2008) weisen in ihrer Meta-Analyse zudem darauf hin, dass es eine interessante Frage für zukünftige Forschung bleibt, ob die Effekte der Therapien sich mit deren Länge noch weiter erhöhen. Sie selbst fanden, dass die Anzahl der Sitzungen mit den Therapieergebnissen bezüglich psychiatrischer Symptome und Zielprobleme zwar signifikant korrelierten, es jedoch keine signifikanten Zusammenhänge zwischen den Therapieergebnissen und der Dauer der Therapien gab. Ihrer Ansichten nach sind die Anzahl der Sitzungen und die Dauer der psychoanalytischen Langzeittherapien unterschiedliche Parameter, die offenbar im Hinblick auf den therapeutischen Prozess verschiedene Funktionen erfüllen (Leichenring u. Rabung, 2008, S. 1563).

Fragen zum Zusammenhang zwischen Frequenz und Therapieergebnis lassen sich, so Hartkamp, weniger gut empirisch fundiert beantworten, weil hierzu weder kontrollierte Studien, noch hinreichend ausgeführte kasuistische Studien vorliegen (Hartkamp, 1997).

Auch in dieser Untersuchung konnten zwischen innerpsychischen strukturellen Veränderungen und der Frequenz der Sitzungen keine eindeutigen Zusammenhänge festgestellt werden, vielleicht eine leichte Tendenz dahingehend, dass höherfrequente Therapien doch bessere Ergebnisse bezüglich der strukturellen Entwicklung der Patienten erzielen.

Patient 18, der sich strukturell in allen drei Bereichen von allen Einzelfällen am stärksten verbessert hat, kam z.B. ab T2 durchgehend nur noch einstündig in die Therapie. Somit kann seine Therapie als *niederfrequente analytische Psychotherapie* bezeichnet werden. Patient 16 kam abwechselnd zwei- und dreistündig, Patient 20 ein- und dreistündig. Beide zeigten gute strukturelle Veränderungen im psychoanalytischen Sinne, beide kamen aber zumindest teilweise dreistündig. Patient 19 erzielte weniger gute strukturelle Veränderungen, was eventuell auch damit zusammen hängen könnte, dass er durchgehend nicht häufiger als zweimal pro Woche in die Therapie kam, seit der 213. Sitzung nur noch ein bis zweimal pro Woche, mit Tendenz zu eher einmal.

Zum Ergebnis von Patient 18 könnten folgende Überlegungen passen: Laut Buchholz konnte Dreyer in seiner Fallstudie emphNiederfrequente Psychoanalyse. Die Behandlung einer thrombotisch-thrombozytopenischen Purpura überzeugend darstellen, dass die niederfre-

quente (einstündige) analytische Therapie mit einer Therapiedauer von 300 Sitzungen erfolgreich dazu beigetragen hat, Rezidive zu vermeiden (Buchholz, 2009, S. 283). Zu der Frequenz-Frage schreibt Dreyer selbst folgendes: „Zwischen Wallerstein, Rangell und Gill bestanden zum Teil heftige Kontroversen in zentralen Punkten (...) gleichwohl findet sich in ihren Äußerungen über Jahrzehnte hinweg Übereinstimmung darin, dass anhand der Frequenz nicht unterschieden werden kann, ob eine Behandlung als Psychoanalyse anzusehen ist oder nicht. Im Gegenteil: die Entwicklung der Autoren weist in die Richtung der Ablösung von formalen durch inhaltliche Kriterien“ (Dreyer, 2006, S. 1081 f.).

Auch Sandell et al. (2000, 2001) untersuchten die Auswirkungen von Frequenz und Dauer der Therapien bzw. deren Produkt, das sie *Dosis* nannten, auf das Therapieergebnis. Sie stellten insgesamt fest, dass eine Steigerung der Frequenz nur in langen Behandlungen vorteilhaft ist und dass eine längere Behandlung bzw. die Verlängerung einer Behandlung nur bei hochfrequenten Behandlungen von Vorteil ist. Erst nach ca. 140 Wochen scheint es gewinnbringend zu sein, die Frequenz zu erhöhen. Umgekehrt scheint die kritische Frequenz, ab der eine Erhöhung der Therapiedauer sich positiv auswirkt, zwischen ein und zwei Sitzungen pro Woche zu liegen. Auf lange Sicht bewirkt also die Steigerung von Frequenz und Dauer einen stärkeren positiven Effekt, was für die langen und hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen zu sprechen scheint (Sandell u. a., 2000, S. 932; Sandell, 2001, S. 210 ff.). Des Weiteren vermuten Sandell et al. (2001), dass während der häufigeren Sitzungen (vier bis fünfmal die Woche) in der Psychoanalyse etwas entsteht, das einen Ergebnis-Prozess in Gang setzt, der sich qualitativ von dem, was nach psychoanalytischen Psychotherapien mit einer niedrigeren Frequenz (mit zwei bis drei Sitzungen in der Woche) entsteht, unterscheidet (Sandell, 2001, S. 208).

Einbettung der Ergebnisse von Hypothese 1 in die Ergebnisse anderer aktueller Studien, welche die Auswirkungen eigener Bezahlung auf das Therapieergebnis untersuchten

Zwischen innerpsychischen strukturellen Veränderungen und der eigenen Bezahlung der therapeutischen Sitzungen konnte in dieser Untersuchung kein eindeutiger Zusammenhang festgestellt werden.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Resultaten der Forscher um Sandell (2000) überein, die ebenfalls keine direkten Auswirkungen von eigener Bezahlung oder Kassenbezahlung auf die Veränderung der Symptombelastung gefunden haben, obwohl die Psychoanalyse dies gerne so haben wolle (Sandell u. a., 2000, S. 932) und einige Psychoanalytiker nicht müde werden, genau diesen Zusammenhang zu postulieren.

Von den vier hier untersuchten Patienten bezahlte nur Patient 20 seine Therapie über die kassenfinanzierte Leistung hinaus selbst. Er hatte sich jedoch von Anfang an strukturell gut

entwickelt. Größere positive Entwicklungen nach T5 bezüglich der HUSS-Werte in Relation zu deren vorherigen Entwicklungen konnten in seinem Fall nicht festgestellt werden. Die Therapie von Patient 19 wird seit etwa 1,5 Jahren (seit ca. T4) von seiner Mutter bezahlt. Es könnte sein, dass bei ihm ein Zusammenhang zwischen strukturellen Verbesserungen seit T4 und der Bezahlung durch die Mutter besteht, in dem Sinne, dass er in der Therapie offenbar seither motivierter, aktiver und beteiligter ist. Dies wiederum könnte aber auch damit in Zusammenhang gebracht werden, dass er etwa ein dreiviertel Jahr vor Abschluss dieser Arbeit seine Suchtproblematik überwunden hatte. Jedenfalls bringt die Bezahlung der Therapie durch die Mutter die Unterwerfungs-Kontroll-Problematik des Patienten aus dem intrapsychischen in den interpersone

5.2 Hypothese 2: Spezifische analytische vs. unspezifische allgemeine Wirkfaktoren in den analytischen Psychotherapien

„Nicht jede Behandlung durch einen Psychoanalytiker ist auch eine psychoanalytische Behandlung, außerdem ist nicht jede psychoanalytische Behandlung in jeder einzelnen Sitzung und von Anfang bis Ende einer Sitzung Psychoanalyse“ (Schachter, 2006, S. 463).

Noch vor wenigen Jahren wurde immer wieder bemängelt, es gebe nicht genügend empirische Hinweise auf ausgeprägte Zusammenhänge zwischen spezifischen Merkmalen des psychoanalytischen Behandlungsprozesses und dessen therapeutischem Nutzen. Dies beginnt sich mittlerweile zu ändern und so möchte auch diese Arbeit dazu beitragen, eine wichtige Forschungslücke zu schließen. Deshalb wird etwa für die Prüfung von Hypothese 2a versucht, HUSS-Werte als Outcome-Maße für die strukturelle Veränderungen mit den für die spezifischen therapeutischen Richtungen prototypischen PQS-Items als Prozessmerkmale in Zusammenhang zu bringen. In besonderem Maß soll das mit den für die psychoanalytische Therapie prototypischen PQS-Items geschehen.

Im Rahmen der Adhärenz-Forschung wurden in den letzten Jahren zahlreiche Studien mit der Methode des PQS durchgeführt, ohne dass dabei große Erfolge erzielt worden wären. Hypothese 2a versucht dennoch, der Frage nachzugehen, ob die psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Prozessmerkmale 4.9¹⁴ im Gesamtverlauf der Therapien eher mit den in der ersten Hypothese bestätigten signifikanten positiven strukturellen Veränderungen bzw. mit den Umstrukturierungen auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene in Zusammenhang zu bringen sind als die Prozessmerkmale anderer Therapierichtungen, wie die der kognitiv-behavioralen Therapie 4.11 oder der Interpersonalen Therapie 4.10. Da jede Form von multivariater Regressionsanalyse (also auch die in der Adhärenz-Literatur übliche Clusteranalyse) durch die Anzahl an Messzeitpunkten limitiert ist, können nicht mehr PQS-Items multivariat untersucht werden als Messzeitpunkte vorhanden sind. D.h. im vorliegenden Fall können bei 12 (sechs mal zwei) hier gegebenen Messzeitpunkten auch *nur* maximal 12 PQS-Items bezüglich ihrer Erklärungskraft multivariat untersucht werden. Aufgrund dieser Einschränkung wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt, bei der alle 100 PQS-Items berücksichtigt werden könnten, um so die hier untersuchten Therapien bezüglich ihrer Adhärenz zu überprüfen.

Die Post-hoc formulierte Hypothese 2b versucht Antworten auf die Frage zu finden, ob gemeinsame Muster von unspezifischen bzw. eventuell auch spezifischen therapeutischen Prozessmerkmalen zu finden sind, die in jeder der hier untersuchten Therapien wirken und die auch mit den HUSS-Werten als Outcome-Maßen in Zusammenhang stehen.

¹⁴Bisher wurde zwischen diesen beiden prototypisch nicht unterschieden.

Die ebenfalls Post-hoc formulierte Hypothese 2c nimmt dagegen an, dass trotz gemeinsamer Muster wirksamer, unspezifischer oder spezifischer, therapeutischer Prozessmerkmale jede Patient-Therapeut-Dyade doch sehr einzigartig ist. Demzufolge ließen sich in den einzelnen Therapien eigene Muster von wirkungsvollen Prozessmerkmalen finden, die nur für die einzelne Dyade typisch sind und auch mit den HUSS-Ergebnissen zusammenhängen.

Für die Hypothesen 2b und 2c wurde versucht, die Items, die im Rahmen von Hypothese 2a nach bestimmten Kriterien als bedeutsam für den therapeutischen Prozess der Gruppe und der Einzelnen ausgewählt wurden, zu sortieren und so für alle Patienten und für die Gruppe sowohl gemeinsame Muster wirkungsvoller – unspezifischer oder spezifischer – Prozessmerkmale zu finden. Zudem sollten Unterschiede zwischen den einzelnen Dyaden und der Gruppe insgesamt gefunden und systematisiert werden.

Voraussetzung für die gesamte Analyse ist, dass zwischen den zwei Stichproben, einerseits der HUSS-Werte, andererseits der den PQS-Items zugeordneten Werte, ein Zusammenhang besteht. Ein Zusammenhang zwischen zwei Stichproben lässt sich statistisch univariat sowie multivariat analysieren. Die multivariate Analyse kann auf dem Ansatz basieren, dass die HUSS-Werte mit Hilfe der Ausprägungen der PQS-Items beschrieben werden. Ein solcher multivariater Erklärungsansatz könnte mit der Methode der Regression prinzipiell durchgeführt werden. Im Rahmen einer solchen Regressionsanalyse könnte man Gewichtungsfaktoren für die PQS-Items bestimmen und anhand der Gewichte die Wichtigkeit der einzelnen Items ausmachen. Da jedoch, wie oben bereits erwähnt, hier maximal nur 12 Messzeitpunkte zur Verfügung standen und andererseits 100 Gewichte zu bestimmen waren, war nur eine univariate Analyse für die vorhandenen Daten möglich und kein Regressionsansatz, d.h. keine multivariate Analyse. Aus diesem Grund basieren die folgenden Analysen auf einer Vorgehensweise, bei der für jedes PQS-Item die Korrelation mit den entsprechenden HUSS-Werten (Beziehung sowie gemittelte Konflikt- und Strukturwerte) berechnet und anschließend statistisch geprüft wird. Im Rahmen dieser Korrelationsanalyse wird also der zeitliche lineare Zusammenhang zwischen einem PQS-Item und einem HUSS-Wert sowie anschließend den zu jedem Messzeitpunkt gebildeten Mittelwerten über alle HUSS-Foki mit Hilfe der Pearson-Korrelation berechnet. Obwohl aus psychoanalytischer Sicht eine Korrelation zu erwarten wäre, fällt hier auf, dass sich statistisch kein signifikanter Zusammenhang nachweisen lässt. Dieser Test scheint also bei den PQS-Items zu versagen, die zeitlich konstant entweder einen hohen Wert von 8 oder 9 auf der Ordinalskala haben und damit für den Prozess durchgehend extrem oder ziemlich charakteristisch und salient sind oder die zeitlich konstant einen niedrigen Wert von 1 oder 2 auf der Ordinalskala haben und damit für den Prozess durchgehend extrem oder ziemlich uncharakteristisch und salient sind. In diesem Fall verläuft die so gebildete Kurve parallel oder fast parallel zur x-Achse, während die HUSS-Kurve bei den meisten Patienten und auch bei der Gruppe mal steiler, mal weniger steil, aber stetig ansteigt (siehe Ergebnisse Hypothese 1a einer signifikanten positiven strukturellen Veränderung). Somit ergibt sich bei diesen Items eine Nullkorrelationen oder eine sehr niedrige Korrelation, obwohl gerade dieser Zusammenhang aus interpretativ-therapeutischer Sicht für die strukturelle

Entwicklung des Patienten ausschlaggebend sein müsste. Aufgrund dieser Schwierigkeiten wurden schließlich mathematische Flächen (d. h. zeitliche Integrale über die PQS-Items) gebildet und die so geschaffenen neuen Ausdrücke mit den HUSS-Werten korreliert. Die HUSS-Werte können dabei als Zustand (Stand der Strukturiertheit) verstanden werden, die PQS-Flächen als Dosis oder Wirkung eines Prozessmerkmals (eines PQS-Items). Da zu jedem Messzeitpunkt zwei PQS-Werte, aber nur ein HUSS-Wert zur Verfügung standen, wurden die HUSS-Werte verdoppelt, was statistisch nicht ganz korrekt ist, jedoch nicht anders lösbar war. Weiterhin wurden die PQS-Werte – in Rücksprache mit Raymond A. Levy aus der Bostoner Forschungsgruppe an der Harvard Medical School – gemappt, um die Berechnungen zu erleichtern. Auf diese Weise ist die Richtung der Items auch gleich in dem ihnen zugeordneten Wert erhalten. Auf diese Weise wurde aus 9 +4, aus 8 +3, aus 7 +2, aus 6 +1 aus 5 0, aus 4 -1, aus 3 -2, aus 2 -3 und schließlich aus 1 -4. So wurde eine ordinalskalierte und äquidistante Wertereihe erhalten, die den Informationsgehalt der Originalwerte nicht veränderte. Für die tabellarischen und graphischen Darstellungen wurden die Werte jedoch in die Originalwerte rückübersetzt, um die Interpretation der Ergebnisse zu erleichtern.

Zur inferenzstatistischen Prüfung, ob die vorgefundenen Zusammenhänge überzufällig sind, wurde des Weiteren für jeden Korrelationswert ein Signifikanztest, in diesem Fall der Pearson-Test, durchgeführt. Mit Hilfe dieses Tests kann die Annahme, dass es sich um einen zufälligen Zusammenhang handelt, mit einer fünfprozentigen Irrtumswahrscheinlichkeit verworfen werden. Bei der Prüfung der Korrelationen können signifikante positive und negative Zusammenhänge auftreten, je nachdem wie das jeweilige PQS-Item *ausgerichtet* ist. Beim Durchsehen der Korrelationen aller für die Einzelfälle und für die Gruppe bedeutsamen PQS-Items zeigten sich konsistent die Vorzeichen von Korrelationen, die erwartet wurden. Ein Beispiel aus den Berechnungen für Patient 16 (siehe C.5): Das Item 9 (Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt vs. empfänglich und affektiv involviert.) hat einen über alle Messzeitpunkte gemittelten Wert von 1.71 und einen Korrelationskoeffizienten mit den über alle Messzeitpunkten und über alle drei Achsen gemittelten HUSS-Werten von -0.93 (p -Wert = 0.01 auf dem 5%-Niveau), was einen signifikanten negativen Zusammenhang bedeutet. Das heißt, je kleiner der Wert von Item 9 ist, desto weniger unbeteiligt ist der Therapeut (bzw. desto empfänglicher ist er dem Patienten gegenüber) und desto höher ist der Zusammenhang (hier ein negativer wegen der Ausrichtung des PQS-Items) mit den über alle Achsen gemittelten HUSS-Wert. Bezüglich des HUSS-Wertes zu Beziehung und der gemittelten HUSS-Werte zu Konflikt und Struktur zeigen sich ebenfalls bestätigte und negative Korrelationen, die aber, in unterschiedlichem Ausmaß, leicht von der Korrelation zwischen den PQS-Items und dem Gesamt-HUSS-Wert abweichen (Beziehung $r=-0.79$, Konflikt $r=-0.94$, Struktur $r=-0.89$).

Wie aus Tabelle 4.14 abzulesen ist, liegen PQS-Daten nur für 16 der 17 Patienten vor. Patient 15 fällt bei der statistischen Berechnung der zweiten Hypothese aus der Gesamtgruppe heraus, weil zu ihm keine PQS-Daten vorhanden sind. Außerdem konnten Korrelationszusammenhänge zwischen HUSS- und PQS-Daten nur zu den Messzeitpunkten berechnet

werden, zu denen sowohl OPD-Interviews geführt wurden, als auch Sitzungsaufnahmen gemacht werden konnten. Die Patienten 4, 7, 15 und 20 haben die Therapie über die kassenfinanzierten 300 Stunden hinaus fortgesetzt, jedoch liegen nur zu Patient 4 und Patient 20 PQS-Daten zu T6 vor. Hier ergibt sich also die Einschränkung dass nur zwei Patienten nicht für die ganze Gruppe repräsentativ sein können. Bei allen anderen Patienten waren die Erhebungen zu T6 katamnestic und es gab somit keine transkribierten Therapiesitzungen mehr.¹⁵

Zu statistischen Berechnungen für die Einzelfälle wurden die Konsenswerte der PQS-Ratings von Rater 1 und Rater 2, für die Gruppe jedoch die Mittelwerte genommen, weil zu einigen Patienten aus der Gruppe keine Konsensratings vorlagen.

Sowohl zu der Gruppe als auch zu den einzelnen Fällen wurde eine Tabelle erstellt, in der zu allen PQS-Items über alle Messzeitpunkte hinweg die Mittelwerte und Standardabweichungen berechnet wurden. Danach wurden für jeden Patienten die wichtigsten PQS-Items nach folgenden Kriterien ausgewählt: Mittelwert ist größer oder gleich 7,5 oder kleiner oder gleich 2,5. Diese Items wurden *statische Items* genannt, weil sie sich im Verlauf der Therapie kaum änderten, d.h. ihre Werte über die Messzeitpunkte kaum streuten. Weiterhin wurden diejenigen PQS-Items gesondert aufgelistet, die zwar diese Kriterien nicht erfüllt haben, jedoch aufgrund ihrer (meist) großen Streuung zu mindestens einem Messzeitpunkt bei der Gruppe bzw. zu mindestens zwei Messzeitpunkten bei den Einzelfällen ziemlich oder extrem charakteristisch bzw. ziemlich oder extrem uncharakteristisch für die Therapiesitzung waren. Diese Items wurden als *dynamische Items* betitelt, weil sie sich im Verlauf der Therapie veränderten und so auch Veränderungen im therapeutischen Prozess veranschaulichten.¹⁶ Diese Vorgehensweise ähnelt der von Jones und Windholz (1990), die den psychoanalytischen Einzelfall *Mrs. C.* (mit einer Dauer von ca. 6 Jahren und 1.100 Sitzungen) mit der Methode des PQS auf der Ebene von Einzel-Items und deskriptiv untersuchten. Sie wählten die für die Analyse von Frau C. bedeutsamen Items folgendermaßen aus: Erst wurden die PQS-Items statistisch mit einfachen Mittelwertberechnungen ausgewertet, um diejenigen Items zu finden, welche die Sitzungen konsistent über die ganze Behandlung hinweg am ehesten oder am wenigsten beschrieben. Diese Items zeigten insgesamt wenig oder keine Veränderungen im Verlauf der Therapie. Bei der zweiten Untersuchung der Daten ging es dann darum, den Prozess im Verlauf zu untersuchen und zu versuchen zu erfassen, was sich Jahr für Jahr in der Analyse von Frau C. verändert hatte. Dafür verglichen die Autoren zehn Sitzungen in einem Jahr mithilfe des Wilcoxon Rangreihe-Tests mit zehn Sitzungen des darauffolgenden Jahres. Zudem fassten die Autoren die Veränderungen vom ersten auf das zweite Jahr, vom dritten auf das vierte und schließlich vom fünften auf das

¹⁵Auch wurden die Daten von Patient 19 zu T5 nicht mit in die Gruppenauswertungen genommen, weil seine Therapie während der Auswertungen noch lief und die gruppenstatistische Auswertungen bis zu der 300. Sitzung bereits fertig gestellt und beschrieben waren.

¹⁶Bei der Gruppe musste als Kriterium *mind. einmal statt* zweimal gesetzt werden. Es hätten ansonsten insgesamt sehr viele Items als bedeutsam ausgewählt werden müssen. Für diese Arbeit war jedoch wichtig, die große Datenmenge auf eine Menge zu reduzieren, die noch kognitiv fassbar ist.

sechste Jahr zusammen und erstellten so eine Chronik des analytischen Prozesses (Jones u. Windholz, 1990, S. 994 ff.). Diese zweite Art der Untersuchung konnte in dieser Arbeit nicht angewendet werden, weil zu wenige Sitzungen (insgesamt zwei) pro Messzeitpunkt aufgenommen, transkribiert und mit PQS geratet wurden. Deswegen wurden hier die dynamischen und so den Prozess beschreibenden Items deskriptiv und nach den im vorherigen Absatz genannten Kriterien ausgewählt.

Laut Siefert eignet sich die Methode des PQS sehr gut, um zu untersuchen, welche spezifischen therapeutischen Aspekte mit dem Therapieergebnis zusammenhängen. Um dies zu erreichen, müssen die einzelnen PQS-Items mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden (Siefert u. a., 2009). Dies geschah hier mithilfe des Pearson-Tests. Auf diese Weise wurden zusätzlich diejenigen PQS-Items ausgeschlossen, für die aufgrund des Pearson-Tests kein signifikanter Zusammenhang mit den HUSS-Werten belegt werden konnte, auch wenn sie die zwei soeben genannten Kriterien erfüllten.

Durch diese Vorgehensweise konnten aus der Fülle der Items diejenigen bestimmt werden, von denen angenommen werden kann, dass sie zum Ergebnis der Therapien (zur Verbesserung der Werte auf der HUSS. d.h. zu signifikanten positiven strukturellen Veränderungen bzw. zu Umstrukturierungen) eindeutig und empirisch belegbar beigetragen haben.

5.2.1 Auswertung der Gesamtstichprobe

In den Tabellen 5.16 und 5.17 werden die 18 PQS-Items gesondert dargestellt, die aufgrund der Mittelwerts- und Standardabweichungsberechnungen (siehe Tabelle B.1) und aufgrund des Pearson-Tests (siehe Tabelle C.1) für die Therapien der Gesamtgruppe bedeutsam sind. Diese Items sind diejenigen,

- die einen über alle Messzeitpunkte gemittelten Wert höher oder gleich 7.5 bzw. kleiner oder gleich 2.5 haben oder
- deren Mittelwerte die genannten Grenzwerte zwar unter- bzw. überschreiten, aber meist durch größere Streuung *mindestens zu einem* Messzeitpunkt im Laufe der Therapie einen Wert von 8 oder 9 bzw. 1 oder 2 aufweisen und
- die aufgrund des Pearson-Tests einen signifikanten Zusammenhang mit den HUSS-Werten aufweisen, wie aus den Tabelle C.1 zu entnehmen ist.

Tabelle 5.16: Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf der Gruppe

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.10	0.20	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.82	0.28	PDT	Therapeut - Haltung	+
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,97	0.38	keine	Therapeut - Haltung	-
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1,97	0.74	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.13	0.85	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.86	0.33	IPT/CBT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.76	0.30	keine	Interaktion	-
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstehung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2.50	0.61	keine	Patient - Verhalten	-
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	7.67	0.52	IPT	Inhalt	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.52	0.46	IPT/CBT	Inhalt	+
77	Der Therapeut ist taktlos.	2.41	0.31	keine	Therapeut - Haltung	-
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.52	0.32	CBT	Interaktion	+

Ergebnisse zu Hypothese 2a

Aus diesen 18 Items sind drei (16.67%) der interpersonalen, drei (16.67%) der kognitiv-behavioralen und ebenfalls drei (16.67%) der psychodynamischen Therapierichtung zuzuordnen, wobei manche Items gleichzeitig zu zwei Prototypen zuzuordnen sind.

Tabelle 5.17: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf der Gruppe

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	T6_1, T6_2	8.5, 8.5	7.42	0.60	PDT	Inhalt	+
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	T1_2, T3_2, T4_1, T4_2, T5_1, T5_2	2.5, 2.07, 2.20, 2.17, 2.08, 1.83	2.75	0.95	keine	Interaktion	-
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	T6_2	2	2.75	0.49	keine	Therapeut - Haltung	-
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	T6_1, T6_2	7, 8	6.79	0.55	PDT	Therapeut - Intervention	+
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	T6_1, T6_2	2, 2	2.91	0.67	keine	Therapeut - Intervention	-
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	T6_1, T6_2	7, 8	6.83	0.56	keine	Patient - Verhalten	+

Hypothese 2a muss für die Gruppe abgelehnt werden: Es sind nicht in erster Linie die spezifischen psychodynamischen Prozessmerkmale, die mit den Ergebnissen von Hypothese 1 in Zusammenhang zu bringen sind. Der Beitrag der spezifischen psychodynamischen Wirkfaktoren zum Therapieergebnis ist genauso hoch wie der der spezifischen interpersonalen und der kognitiv-behavioralen Wirkfaktoren.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2b

Aus den 18 für die Therapie der Gesamtgruppe relevanten PQS-Items sind 7 spezifisch für eine der drei Therapierichtungen und elf gehören keiner davon an. Diese 18 bedeutenden PQS-Items lassen sich um folgende Schwerpunkte (therapeutische Wirkfaktoren) gruppieren und so die Therapie der Gruppe wie folgt beschreiben¹⁷:

Haltung der Therapeuten

Die Therapeuten in der Gruppe waren demnach ihren Patienten gegenüber durchgehend sehr einfühlsam und empathisch (PDT-Item 6), nicht distanziert und nicht unbeteiligt, sondern affektiv stets involviert (Item 9). Sie verhielten sich ihren Patienten gegenüber, am ausgeprägtesten zu T6_2, nicht herablassend (Item 51). Auch waren sie nicht taktlos (Item 77).

Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie

Die hier untersuchten Patienten brachten stets freiwillig Themen in die Sitzungen ein

¹⁷Zu T6 gibt es Daten nur noch zu Patient 4 und 20. So vertreten sie mangels anderer Daten nur sie beide die Gesamtgruppe, was natürlich eine erhebliche Einschränkung bedeutet.

oder führten diese detailliert aus (Item 15) und boten so den Therapeuten genügend Material, mit dem sich arbeiten ließ. Die Patienten weigerten sich auch nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven, die mit ihrem Beitrag zur Problementstehung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten, auseinanderzusetzen (Item 58). Ganz im Gegenteil, sie brachten relevante Themen und Material in ihren Therapien zur Sprache (CBT-Item 88). Sie wiesen die Bemerkungen und Beobachtungen ihrer Therapeuten nicht zurück, sondern nahmen diese an (Item 42). Schließlich waren die Patienten, am meisten zu T6_1 und zu T6_2, sehr introspektiv und bereit, ihre Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97).

Klima der therapeutischen Zusammenarbeit

Die Patienten in der Gesamtstichprobe hatten keine Schwierigkeiten, die Bemerkungen ihrer Therapeuten zu verstehen (Item 5). Des Weiteren waren sie vor allem zum Anfang (T1_2) und ab T3_2 bis einschließlich T5_2 nicht wachsam und misstrauisch (Item 44) sondern offen und vertrauensvoll und haben sich von ihren Therapeuten stets verstanden gefühlt (Item 14).

Inhalt der Sitzungen

Die Gespräche hatten in den meisten Therapien einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): Es wurde stets viel über die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten (IPT-Item 63) und über aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69) gesprochen. Das Selbstbild wurde auch zum einen wichtigen Thema, auf der Gruppenebene jedoch erst zu T6_1 und zu T6_2 (PDT-Item 35).

Interventionen der Therapeuten

Die Therapeuten benannten vor allem zum Schluss (zu T6_1 und T6_2) Themen, die sich in den Erfahrungen oder dem Verhalten der Patienten wiederholten und sie stärkten vor allem am Ende der Therapie T6_1 und T6_2, nicht mehr die Abwehr (Item 89).

So können folgende Muster allgemeiner unspezifischer Prozessmerkmale in den untersuchten Therapien beobachtet werden, die auch mit den Therapieergebnissen in Zusammenhang stehen:

- eine **empfängliche, affektiv involvierte** (Item 9), nicht herablassende, sondern respektvolle (Item 51) und taktvolle (Item 77) therapeutische **Haltung**
- ein **vertrauensvolles therapeutisches Klima** (Item 44), in dem die Patienten sich öffnen können, sich von ihren Therapeuten verstanden fühlen (Item 14) und keine Schwierigkeiten haben, deren Aussagen zu verstehen (Item 5)
- die **aktive und motivierte Beteiligung der Patienten**, indem sie freiwillig wichtige Themen in die Sitzungen einbringen, diese näher ausführen (Item 15) und sich damit auch introspektiv auseinandersetzen (Item 58) sowie bereit sind, die Aussagen der Analytiker aufzunehmen und sich darüber Gedanken zu machen, statt diese gleich abzulehnen (Item 42)

Somit lässt sich Hypothese 2b für die Gesamtgruppe bestätigen. Es lassen sich für die Gesamtgruppe bestimmte unspezifische Prozessmerkmale in den untersuchten psychoanalytischen Langzeittherapien erkennen, die für deren Verlauf bedeutsam sind und auch mit den HUSS-Werten im signifikanten Zusammenhang stehen. Die Items lassen sich um die Themen „Haltung des Therapeuten“, „Klima der Sitzungen“ sowie „Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie“ („Commitment“) gruppieren.

Sortiert man die übrig gebliebenen therapierichtungsspezifischen PQS-Items, können sie wie folgt um die Themen „Inhalt der Sitzungen“ und „Interventionen der Therapeuten“ gruppiert werden.

- **Inhaltlich** kamen in den Sitzungen bei der Gruppe spezifische Themen zur Sprache (IPT/CBT-Item 23): vor allem die zwischenmenschlichen Beziehungen (IPT-Item 63) der Patienten, aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69) sowie zum Ende der Therapie auch ihr Selbstbild (PDT-Item 35).
- In ihren **Interventionen** benannten die Therapeuten immer wieder sich in den Erfahrungen oder im Verhalten der Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62) und stärkten, vor allem zum Therapieende, nicht die Abwehr (Item 89).

Auch war **Empathie** (PDT-Item 6) ein für den therapeutischen Prozess wichtiges Merkmal, wobei dieses Prozessmerkmal den Prototypen entsprechend zu den psychodynamischen bzw. psychoanalytischen und nicht zu den allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren zählt.

Inhaltlich kamen gemischte Themen aus allen drei Schulrichtungen in den Sitzungen der Gesamtgruppe vor (spezifische Themen, zwischenmenschliche Beziehungen und das Selbstbild), während die Therapeuten im Gruppenschnitt am ehesten psychodynamisch intervenierten. Auch war Empathie ein durchgehend wichtiges Merkmal in der therapeutischen Haltung. Sie wird in dieser Arbeit der Einteilung der Prototypen entsprechend als psychodynamischer bzw. psychoanalytischer und nicht als allgemeiner therapeutischer Wirkfaktor verstanden.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2c

Hypothese 2c lässt sich für die Gruppe nicht interpretieren, weil hier keine Aussagen über die einzelnen Dyaden gemacht werden können.

Weitere Beobachtungen

Anhand der vorliegenden, organisierten Daten konnten m.E. wichtige weitere Erkenntnisse gewonnen werden. So zeigt sich eine *deutliche Veränderung des therapeutischen Prozesses zu T6*: Die Patienten wurden zu T6 besonders introspektiv (Item 97) (zu T6_1 und T6_2), das Selbstbild (PDT-Item 35) wurde zum dominierenden Thema in den Gesprächen (zu T6_1 und zu T6_2), gleichzeitig fühlten sich die Patienten in den Sitzungen weniger sicher (Item 44) als zu allen anderen vorherigen Messzeitpunkten. Hierzu komplementär verhielten sich die Therapeuten zu T6 ausgesprochen nicht herablassend (Item 51) (zu T6_2). Als Intervention zu T6 dominierte eindeutig die Benennung von sich in Erfahrungen oder dem Verhalten der Patienten wiederholenden Themen (PDT-Item 62) (zu T6_1 und T6_2) während die Abwehr der Patienten überhaupt nicht mehr gestärkt wurde (Item 89) (zu T6_1 und zu T6_2). Dies könnte als die Herausbildung eines analytischen Prozesses zwischen den Messzeitpunkten T5 und T6 verstanden werden, wobei wiederum zu beachten ist, dass zu T6 nur noch Daten (HUSS und PQS) von zwei Patienten (4 und 20) vorhanden sind.

Es zeigt sich eine deutliche Veränderung des therapeutischen Prozesses zu T6, was als die Herausbildung eines analytischen Prozesses zwischen den Messzeitpunkten T5 und T6 verstanden werden könnte.

Therapeutenitems (6) zeigten insgesamt eine deutliche zahlenmäßige Überlegenheit den Patientenitems (2) und den Inhaltsitems (4) gegenüber. Interaktionsitems (6) waren genauso oft bedeutsam wie Therapeutenitems.

5.2.2 Einzelfall: Patient 16

In den Tabellen 5.18 und 5.19 werden diejenigen 33 PQS-Items gesondert dargestellt, welche in der Therapie von Patient 16 aufgrund der Mittelwerts- und Standardabweichungsberechnungen (siehe Tabelle B.5) und aufgrund des Pearson-Tests (siehe Tabelle C.5) bedeutsam sind. Diese Items sind diejenigen,

- die einen über alle Messzeitpunkte gemittelten Wert höher oder gleich 7.5 bzw. kleiner oder gleich 2.5 haben oder
- deren Mittelwerte die gerade genannten Grenzwerte zwar unter- bzw. überschreiten aber meist durch größere Streuung *mindestens zu zwei Messzeitpunkten* im Laufe der Therapie mind. zweimal einen Wert von 8 oder 9 bzw. 1 oder 2 aufweisen und
- die aufgrund des Pearson-Tests einen signifikanten Zusammenhang mit den HUSS-Werten aufweisen, wie dies aus den Tabelle C.5 zu entnehmen ist.

Ergebnisse zu Hypothese 2a

Aus den 34 für die Therapie von Patient 16 bedeutsamen Items, sind sieben der interpersonalen (20.59%), fünf der kognitiv-behavioralen (14.70%) und nur vier der psychodynamischen (11.76%) Therapierichtung bzw. dem jeweiligen Prototyp zuzuordnen.

Hypothese 2a muss also für Patient 16 ebenfalls abgelehnt werden: Es waren nicht in erster Linie spezifisch psychodynamische Prozesselemente, die zu signifikanten positiven strukturellen Verbesserungen bzw. Umstrukturierungen beigetragen haben, sondern interpersonale.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2b

Aus den 34 PQS-Items sind nur 13 therapierichtungsspezifisch, während 21 keinem der Prototypen angehören. Diese 33 bedeutsamen PQS-Items lassen sich um folgende Schwerpunkte (therapeutische Wirkfaktoren) gruppieren und so die Therapie von Patient 16 beschreiben:

Haltung des Therapeuten

Über die Haltung des Therapeuten kann gesagt werden, dass der Therapeut von Patient 16 ihm gegenüber stets empathisch und auf ihn eingestellt (PDT-Item 6) sowie empfänglich und affektiv involviert (Item 9) war. Er nahm insgesamt eine supportive Haltung ihm gegenüber ein (IPT/CBT-Item 45) und verhielt sich stets respektvoll und nicht herablassend (Item 51).

Tabelle 5.18: Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 16

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.29	0.76	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.71	0.76	PDT	Therapeut - Haltung	+
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	7.57	1.13	keine	Patient - Gefühl	+
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1.71	0.49	keine	Therapeut - Haltung	-
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.00	0.82	keine	Interaktion	-
20	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	2.43	0.79	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.71	0.76	IPT/CBT	Inhalt	+
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderungen.	7.86	0.38	CBT	Therapeut - Intervention	+
34	Der Patient beschuldigt andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.	2.14	1.86	keine	Patient - Verhalten	-
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	8.14	1.07	PDT	Inhalt	+
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	2.43	0.54	keine	Interaktion	-
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.29	0.49	keine	Interaktion	-
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2.00	0.58	keine	Interaktion	-
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	1.86	0.38	keine	Interaktion	-
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2.29	0.49	keine	Therapeut - Haltung	-
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	2.00	1.00	keine	Patient - Verhalten	-
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1.86	0.90	keine	Patient - Gefühl	-
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2.00	0.82	keine	Patient - Verhalten	-
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	8.14	1.22	keine	Patient - Gefühl	+
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	8.14	0.90	PDT	Therapeut - Intervention	+
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.29	0.95	IPT	Inhalt	+
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.	8.29	0.76	IPT	Therapeut - Intervention	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8.57	0.54	IPT/CBT	Inhalt	+
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7.71	0.49	IPT	Therapeut - Intervention	+
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	1.86	1.07	keine	Therapeut - Intervention	-

Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie

Über das Commitment des Patienten kann gesagt werden, dass er vor allem zu T2_2,

Tabelle 5.19: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 16

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
1	Der Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	T1_1, T2_2	2, 1	2.86	0.90	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	T2_2, T3_2, T4_1	2, 2, 2	3.14	1.46	keine	Interaktion	-
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	T3_1, T3_2	9, 9	7.43	1.13	IPT	Patient - Gefühl	+
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	T2_1, T3_2, T4_1, T4_2	8, 8, 8, 8	7.29	0.95	CBT	Inhalt	+
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.	T1_2, T2_2, T3_1, T4_1, T4_2	8, 9, 8, 9, 8	7.43	1.81	IPT/ CBT	Therapeut - Haltung	+
61	Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher.)	T1_2, T3_1, T4_2	8, 9, 8	7.29	1.11	keine	Patient - Gefühl	+
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	T2_1, T3_2, T4_1	8, 8, 8	7.00	1.16	PDT	Therapeut - Intervention	+
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.	T1_2, T3_1, T3_2	8, 9, 9	7.43	0.98	keine	Patient - Gefühl	+
87	Der Patient kontrolliert.	T2_1, T2_2, T3_1	1, 2, 2	2.57	0.98	keine	Interaktion	-

T3_2 und T4_1 immer wieder relevante Themen initiierte und diese näher ausführte (Item 15). Er beschuldigte nie andere und äußere Umstände für seine Probleme (Item 34) und weigerte sich durchgehend nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die zur Problemstellung und -aufrechterhaltung möglicherweise beigetragen haben (Item 58). Des Weiteren wies er die Bemerkungen seines Therapeuten nie zurück (Item 42).

Klima der therapeutischen Zusammenarbeit

Für das Klima der therapeutischen Zusammenarbeit war es bezeichnend, dass Patient 16 keine Schwierigkeiten damit hatte, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5), er fühlte sich von ihm stets verstanden (Item 14). Auch provozierte und testete er die Grenzen der therapeutischen Beziehung nicht (Item 20). Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient hatte nie rivalisierenden Charakter (Item 39). Patient 16 war in den Sitzungen nicht wachsam und misstrauisch, sondern vertrauensvoll und sicher (Item 44) und erlebte auch keine ambivalenten Gefühle seinem Therapeuten gegenüber (Item 49).

Inhalt der Sitzungen

Inhaltlich hatten die Gespräche stets einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23):

meist die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten (IPT-Item 63), aktuelle oder kurz zurückliegende Ereignisse und Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69) oder das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35). Es wurden aber ab T2 (zu T2_1, T3_2, T4_1 und T4_2) auch immer wieder kognitive Themen in den Sitzungen besprochen. (CBT-Item 30).

Interventionen der Therapeuten

Über die Interventionen des Therapeuten kann gesagt werden, dass er stets die Gefühle des Patienten (IPT-Item 81) betonte, immer wieder nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen (CBT-Item 31) fragte und Themen in den Vordergrund stellte, die sich in den Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten zu wiederholen schienen (PDT-Item 62). Des Weiteren klarifizierte und formulierte er neu oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65), stärkte aber nicht die Abwehr (Item 89). Er interpretierte immer wieder (zu T2_1, T3_2 und T4_1) auch verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten (PDT-Item 67).

Gefühle des Patienten

Der Patient fühlte sich im Laufe seiner Therapie stets ängstlich und angespannt (Item 7), empfand vor allem zu T3.1 und T3.2 unangenehme oder schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26), fühlte sich kontinuierlich unzulänglich und unterlegen (Item 59), zu T1_2, T3.1 und T4.2 auch schüchtern und verlegen (Item 61) und äußerte zu T1_2, T3.1 und T3.2 auch Schuld oder Scham (Item 71).

Verhalten des Patienten

Für das Verhalten des Patienten war bezeichnend, dass er in seiner Ausdrucksweise stets sehr unklar und unstrukturiert war (Item 54) und affektiv konstant sehr beteiligt über seine Erfahrungen sprach (Item 56). Er war durchgehend sehr passiv, kontrollierte das Gespräch und die Interaktion kaum (Item 87). Auch drückte Patient 16, insbesondere zu T1_1 und T2_2 aber auch sonst, keine negativen Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (Item 1).

Folgende, der Gruppe gleichende, allgemeine und von der Therapierichtung unabhängige Wirkfaktoren können für die Therapie von Patient 16 mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden:

- eine **empfängliche, affektiv involvierte** (Item 9), respektvolle (Item 51) und taktvolle (Item 77) therapeutische **Haltung** anvertrauen konnte, keine Schwierigkeiten damit hatte, die Bemerkungen seines Therapeuten zu verstehen (Item 5), sich von seinem Therapeuten stets verstanden fühlte (Item 14) und keine ambivalente Gefühle seinem Therapeuten gegenüber erlebte (Item 49)
- die **aktive und motivierte Beteiligung des Patienten**, der bereit war in den Sitzungen wichtige Themen zu initiieren (Item 15), sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinanderzusetzen, die zur Problemstellung und -aufrechterhaltung

möglicherweise beigetragen haben (Item 58) und die Bemerkungen seines Therapeuten aufzunehmen und nicht gleich zurückzuweisen (Item 42)

Anhand der gefundenen Ergebnissen lässt sich Hypothese 2b für Patient 16 ebenfalls bestätigen. Es lassen sich bestimmte, der Gruppe gleichende Muster allgemeiner psychotherapeutischer Prozessmerkmale („therapeutische Haltung“, „therapeutisches Klima“ und „Beteiligung des Patienten“) in der psychoanalytischen Langzeittherapie von Patient 16 erkennen, die für deren Verlauf bedeutsam sind und auch mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen.

Wen man die übrig gebliebenen PQS-Items sortiert, können sie, ebenfalls wie für die Gruppe, um die Schwerpunkte: Inhalt der Sitzungen, Interventionen des Therapeuten und Gefühle sowie Verhalten des Patienten angeordnet werden.

- **Inhaltlich** kamen bezogen auf die Schulrichtungen ebenfalls eher gemischte aber spezifische Themen (IPT/CBT-Item 23) in der Therapie von Patient 16 zur Sprache: seine zwischenmenschliche Beziehungen (IPT-Item 63), aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse (IPT/CBT-Item 69), das Selbstbild (PDT-Item 35) und zum Teil auch kognitive Themen (CBT-Item 30).
- **Patient 16 fühlte** sich in seiner Therapie durchgehend schüchtern und verlegen (Item 16), war in den Sitzungen stets sehr ängstlich und angespannt (Item 7). Er äußerte immer wieder Schuld und Schamgefühle und empfand unangenehme und schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26). In seinem Verhalten war er passiv und unterwürfig, kontrollierte kaum das Geschehen in den Sitzungen (Item 7). Auch drückt Patient 16 keine negativen Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (Item 1). Die Beziehung zu Therapeuten hatte keinen rivalisierenden Charakter (Item 39), weder erlebte der Patient dem Therapeuten gegenüber ambivalente Gefühle (Item 49) noch provozierte und testete er die Grenzen der therapeutischen Beziehung (Item 20). Er war in seiner Ausdrucksweise stets sehr unklar und unstrukturiert (Item 54) und redete insgesamt affektiv sehr beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56), dabei beschuldigte er nie andere (Item 34).
- Der Therapeut nahm diesem ängstlichen, schüchternen und auch schuldbeladenen Patienten gegenüber in seinen **Interventionen** insgesamt eine sehr supportive (IPT/CBT-Item 45) Haltung ein, klarifizierte und formulierte immer wieder mit anderen Worten neu oder wiederholte, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65). Er fragte auch nach mehr Informationen und ausführlicheren Schilderungen (CBT-Item 31), benannte immer wieder sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62), betonte stets die Gefühle des Patienten (IPT-Item 81), aber interpretierte auch verdrängte und unbewusste Inhalte (PDT-Item 67) und stärkte die Abwehr nicht (Item 89).

Auch war **Empathie** (PDT-Item 6) ein für den therapeutischen Prozess wichtiges Merkmal, wobei dieses Prozessmerkmal den Prototypen entsprechend zu den psychodynamischen bzw. psychoanalytischen und nicht zu den allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren zählt.

Inhaltlich zeigen sich Ähnlichkeiten mit der Gruppe (spezifische Themen, zwischenmenschliche Beziehungen, aktuelle Lebenssituationen und Ereignisse) und auch war Empathie in der Therapie von Patient 16 ein durchgehend wichtiges Prozessmerkmal.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2c

Dieser Patient war eine ängstliche, schüchterne, unsichere und verlegene Person, die sich immer wieder auch mit Schuld belud und oft unangenehme und schmerzliche Gefühle empfand. In seiner Haltung der Therapeuten gegenüber war er sehr passiv und unterwürfig und ging Rivalitäten aus dem Weg. Auch konnte er nie ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber empfinden. Grundsätzlich beschuldigte er nie andere. Schließlich war er in seiner Ausdrucksweise sehr unklar. Der Therapeut nahm diesem Patienten gegenüber eine supportive, unterstützende Haltung ein. Da der Patient Schwierigkeiten hatte, sich auszudrücken und seine Gedanken sprachlich zu formulieren, klarifizierte und formulierte der Therapeut immer wieder mit anderen Worten neu oder wiederholte, was der Patient gesagt hatte. Auch fragte der Therapeut immer wieder nach mehr Informationen und ausführlicheren Schilderungen. Dennoch verließ er nicht die analytische Haltung: er benannte auch immer wieder sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen, betonte die Gefühle des Patienten, interpretierte verdrängte und unbewusste Inhalte und stärkte die Abwehr nicht.

Mithin kann Hypothese 2c aufgrund der Besonderheiten in seiner Therapie für Patient 16 bestätigt werden. Eindeutig unterscheidet sich die Therapie von Patient 16 von der Gesamtgruppe darin, wie der Patient sich in den Sitzungen fühlte und verhielt und wie der Therapeut auf den Patienten in seinen Interventionen reagierte, wobei bezogen auf die zwei Akteure eine große Variation psychodynamischer, interpersonaler und kognitiv-behavioraler Prozessmerkmale zu beobachten sind.

Weitere Beobachtungen

In der Therapie von Patient 16 konnten keine eindeutige Phasen unterschieden werden. Die eher spärlichen dynamischen Items tauchten nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt auf (wie bei der Gesamtgruppe zu T6) sondern immer wieder zu diversen Messzeitpunkten. Aus diesem Grund und weil statische PQS-Items in einer großen Zahl repräsentiert sind, kann die Therapie von Patient 16 insgesamt als eher als homogen und konstant betrachtet werden.

In der Therapie von Patient 16 zeigte sich eine leichte zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (10) gegenüber Patientenitems (9). Interaktionsitems (10) wurden genauso oft bedeutsam eingeschätzt wie Therapeutenitems. Schließlich wurden 5 ausschlaggebende Inhaltsitems für die Therapie von Patient 16 gefunden.

5.2.3 Einzelfall: Patient 18

In den Tabellen 5.20 und 5.21 werden diejenige 30 PQS-Items gesondert dargestellt, welche in der Therapie von Patient 18 aufgrund der Mittelwerts- und Standardabweichungsberechnungen (siehe Tabelle B.6) aufgrund des Pearson-Tests (siehe Tabelle C.6) als bedeutsam zu betrachten sind. Die Kriterien sind also die gleichen wie bei Patient 16.

Tabelle 5.20: Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 18

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2.14	0.90	keine	Therapeut - Haltung	-
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.	7.86	1.34	keine	Inhalt	+
34	Der Patient beschuldigt andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.	7.57	2.94	keine	Patient - Verhalten	+
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	7.57	0.79	PDT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2.43	1.72	keine	Interaktion	-
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2.29	1.80	keine	Interaktion	-
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2.29	2.21	keine	Patient - Verhalten	-
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.43	1.51	IPT	Inhalt	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8.29	0.76	IPT/CBT	Inhalt	+
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	8.43	1.13	keine	Patient - Gefühl	+

Tabelle 5.21: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 18

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	T1.2, T3.1, T3.2, T4.1	2, 2, 2, 2	2.71	1.11	keine	Interaktion	-
13	Der Patient ist lebhaft.	T2.1, T2.2, T4.1	8, 8, 8	6.14	2.27	keine	Patient - Gefühl	+
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	T1.1, T2.1, T2.2, T3.1, T3.2, T4.1	2, 2, 2, 1, 2, 2	2.71	1.98	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	T1.1, T1.2, T2.1, T2.2, T4.1	1, 1, 2, 1, 1	2.57	1.90	keine	Interaktion	-
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).	T1.1, T1.2, T2.1, T2.2, T4.1, T4.2	1, 1, 1, 1, 1, 8	3.29	3.09	CBT	Therapeut - Intervention	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	T1.1, T2.1, T2.2, T4.1	8, 8, 8, 8	6.57	1.90	IPT/ CBT	Inhalt	+
25	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.	T1.1, T2.1, T3.2, T4.1	2, 2, 2, 2	3.00	1.41	keine	Patient - Verhalten	-
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	T1.1, T1.2, T3.1	2, 1, 1	7.14	2.04	IPT	Patient - Gefühl	+
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	T1.1, T1.2, T3.1	2, 1, 1	2.57	1.13	IPT	Patient - Gefühl	-
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	T2.1, T3.1, T3.2	2, 2, 2	3.00	1.16	keine	Interaktion	-
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	durchgehend, T4.2	1 u. 2, 9	2.86	2.79	keine	Interaktion	-
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	T1.1, T2.1, T3.2, T4.1	8, 9, 8, 8	6.86	1.77	keine	Patient - Verhalten	+
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	durchgehend, T4.2	1 u. 2, 9	2.57	2.88	keine	Patient - Verhalten	-
61	Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher.)	T2.1, T3.1, T3.2, T4.1	2, 2, 1, 2	2.71	1.60	keine	Patient - Gefühl	-
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	T2.2, T3.1, T4.1	8, 8, 8	7.00	1.00	PDT	Therapeut - Intervention	+
70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	T1.1, T1.2, T2.1, T4.1	2, 2, 1, 2	3.29	1.98	keine	Patient - Verhalten	-
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.	T1.1, T1.2, T2.1	2, 2, 2	2.86	0.69	keine	Therapeut - Intervention	-
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	T1.1, T1.2, T2.1	8, 8, 8	6.71	1.38	CBT	Interaktion	+
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	T1.1, T1.2, T2.2, T3.1	2, 2, 2, 2	3.00	1.00	keine	Therapeut - Intervention	-
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	T1.2, T2.1, T3.2		7.14	1.34	keine	Patient - Verhalten	+

Ergebnisse zu Hypothese 2a

Aus diesen 30 Items sind fünf dem interpersonalen (16.67%), vier dem kognitiv-behavioralen (13.33%) und zwei dem psychodynamischen (6.67%) Prototypen zuzuordnen.

Hypothese 2a muss für Patient 18, ähnlich der Gruppe und Patient 16, ebenfalls abgelehnt werden: es waren in erster Linie nicht die psychoanalytische Prozessmerkmale, die zu signifikanten strukturellen Verbesserungen bzw. Umstrukturierungen beigetragen haben. Im Fall von Patient 18 trugen eindeutig interpersonale Prozessmerkmale zu den Outcomes bei.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2b

Aus den 30 bedeutsamen PQS-Items sind nur neun therapierichtungsspezifisch und 21 gehören keinem der Prototypen an. Diese 30 bedeutsamen PQS-Items lassen sich um die gleichen Schwerpunkte (therapeutischen Wirkfaktoren) wie oben gruppieren und so die Therapie von Patient 18 wie folgt beschreiben:

Haltung des Therapeuten

In seiner Haltung war der Therapeut von Patient 18 ihm gegenüber stets empfänglich und affektiv involviert (Item 9).

Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie

Über die Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie kann gesagt werden, dass er insgesamt keine Schwierigkeiten damit hatte, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5), vor allem zu T1_2, T3_1, T3_2 und T4_1 nicht. Er beschuldigte aber kontinuierlich andere und äußere Umstände für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein (Item 34). Er wies insgesamt die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten nicht zurück (Item 42) und weigerte sich, mit Ausnahme von T4_2, auch nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten (Item 58). Zu T4_2 weigerte er sich jedoch sehr stark, dies zu tun. Er brachte bis einschließlich T2_1 relevante Themen zur Sprache, danach nicht mehr (CBT-Item 88). Er war aber stets introspektiv (Item 97).

Klima der therapeutischen Zusammenarbeit

Über das Klima der therapeutischen Zusammenarbeit kann gesagt werden, dass der Patient sich stets von seinem Therapeuten verstanden fühlte (Item 14). Er initiierte außer zu den Messzeitpunkten T3_1 und T3_2 stets wichtige Themen und führte diese auch aus (Item 15). Er hatte meist keine Schwierigkeiten die Sitzungen zu beginnen (Item 25). Der Patient war nicht wachsam oder misstrauisch, sondern stets offen und vertrauensvoll (Item 44) und erlebte dem Therapeuten gegenüber im Verlauf der Therapie keine ambivalente Gefühle (Item 49). Er verließ sich bis auf T4_2 überhaupt

nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52), jedoch tat er dies zu T4_2 auffallend stark.

Inhalt der Sitzungen

Inhaltlich hatten die Gespräche im Großen und Ganzen einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): Der Patient sprach immer wieder davon, dass er Trennung oder Distanz will (Item 29), auch das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35) war immer wieder im Zentrum des Gespräches. Auch über seine zwischenmenschliche Beziehungen (IPT-Item 63) sowie über aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69) wurde in den Sitzungen gesprochen. Der Patient sprach außerdem immer wieder (T1_1, T1_2 und T3_1) von Nähe oder von dem Wunsch, jemandem nahe zu sein (IPT-Item 33).

Interventionen der Therapeuten

Der Therapeut intervenierte folgendermaßen: Er kontrollierte außer zu T3_1 und T4_2 die Interaktion gar nicht (CBT-Item 17). Er benannte besonders ab T2_2 immer wieder ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema (PDT-Item 62). Er legte dem Patienten besonders am Anfang (T1_1, T1_2 und T2_1) nicht nahe, die Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren (Item 76) und stärkte stets die Abwehr nicht (Item 89).

Gefühle des Patienten

Der Patient fühlte und drückte immer wieder Ärger und aggressive Gefühle im Verlauf seiner Therapie aus (Item 84). Er empfand bis auf T4_2 auch immer wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26). Er fühlte sich jedoch meist (zu T2_1, T3_1, T3_2 und T4_1) nicht schüchtern oder verlegen (Item 61).

Verhalten des Patienten

Der Patient war in seinem Verhalten zu T2 und T4 sehr lebhaft (Item 13). Er sprach affektiv immer sehr beteiligt über seine Erfahrungen und Erlebnisse (Item 56). Er war in seiner Ausdrucksweise außer zu T2_2 meist klar und strukturiert (Item 54) und rang außer zu T4_2 nicht darum, Gefühle und Impulse zu kontrollieren (Item 70).

So können folgende, der Gruppe gleichende, allgemeine und von der Therapierichtung unabhängige Wirkfaktoren in der Therapie von Patient 18 mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden:

- eine **empfängliche und affektiv involvierte** (Item 9) therapeutische **Haltung**
- ein **vertrauensvolles therapeutisches Klima** (Item 44), in dem sich der Patient öffnen konnte, weil er sich vom Therapeuten verstanden fühlte (Item 14). Er hatte keine Schwierigkeiten damit, dessen Bemerkungen zu verstehen (Item 5) und erlebte dem Therapeuten gegenüber im Verlauf der Therapie auch keine ambivalente Gefühle (Item 49)

- die **aktive Beteiligung des Patienten** an den Sitzungen, indem er stets wichtige Themen initiierte (Item 15) und bereit war, sich mit ihren Gedanken auseinander zu setzen (Item 58), der Patient hatte keine Schwierigkeiten die Sitzungen zu beginnen (Item 25), war stets introspektiv (97) und bereit, die Bemerkungen seines Therapeuten aufzunehmen und nicht sofort zurückzuweisen (Item 42)

Hypothese 2b muss für Patient 18 bestätigt werden, weil sich bestimmte Muster allgemeiner psychotherapeutischer Prozessmerkmale in der psychoanalytischen Langzeittherapie von Patient 18 erkennen ließen, die für deren Verlauf bedeutsam sind und auch mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen. Diese betreffen, wie auch bei der Gruppe und bei dem Einzelfall Patient 16, vor allem die Haltung des Therapeuten, das Klima der therapeutischen Sitzungen und die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit (Commitment).

Die übrigen Items gruppierend, können weitere Aussagen über die Therapie von Patient 18 gemacht werden:

- Die Gespräche in den therapeutischen Sitzungen hatten **inhaltlich** zumeist einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): der Patient sprach immer wieder davon, dass er Trennung oder Distanz will (Item 29), aber auch von Nähe oder dem Wunsch, jemandem nahe zu sein (IPT-Item 33). Es wurde auch immer wieder über das Selbstbild des Patienten (Item 35), über seine zwischenmenschlichen Beziehungen (IPT-Item 63) sowie über aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69) gesprochen.
- **Patient 18** drückte immer wieder Ärger und aggressive **Gefühle** im Verlauf seiner Therapie aus (Item 84) und beschuldigte auch immer wieder andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein (Item 34). Er verließ sich nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52). Er war zudem immer wieder sehr lebhaft (Item 13) und sprach affektiv stets sehr beteiligt über seine Erfahrungen und Erlebnisse (Item 56). Er war in seiner Ausdrucksweise meist klar und strukturiert (Item 54) und rang nicht darum, Gefühle und Impulse zu kontrollieren (Item 70). Er empfand auch immer wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26), fühlte sich jedoch meist nicht schüchtern oder verlegen (Item 61).
- Der Therapeut kontrollierte mit seinen **Interventionen** die Interaktion in der Beziehung mit diesem Patienten kaum bis gar nicht (CBT-Item 17). Er benannte bald nach Anfang der Therapie und danach immer wieder ein sich in den Erfahrungen oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema (PDT-Item 62), legte dem Patienten nicht nahe, die Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren (Item 76) und stärkte auch die Abwehr nicht (Item 89).

Somit zeigt sich auch eine weitere Ähnlichkeit und zwar bezogen auf die Inhalte der therapeutischen Sitzungen zwischen den Therapien von Patient 18 und Patient 16 sowie der Gesamtgruppe: Inhaltlich kamen auch in der Therapie von Patient 18 bestimmte und spezifische Themen zur Sprache: die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten, aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse, sowie auch sein Selbstbild, wobei diese Items gemäß den Prototypen nicht mehr unspezifisch, sondern schulabhängig sind.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2c

Dieser Patient war oft ärgerlich, immer sehr lebhaft, affektiv beteiligt sowie klar und strukturiert. Er rang nicht darum, seine Gefühle und Impulse zu kontrollieren und fühlte sich meist auch nicht schüchtern oder verlegen. Er verließ sich überhaupt nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löste und beschuldigte immer wieder andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein. Er sprach neben den Themen, die auch in den anderen Therapien besprochen wurden, wie Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen und aktuelle Lebenssituationen und Ereignisse, auch über Trennung und Distanz sowie Nähe und dem Wunsch nach Nähe. Sein Therapeut kontrollierte mit seinen Interventionen die Interaktion in der Beziehung mit diesem Patienten kaum bis gar nicht. Er benannte aber sehr bald nach Anfang der Therapie und danach immer wieder ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema. Er legte dem Patienten, der sich für alles verantwortlich fühlte und das Gefühl hatte, sich andauernd rechtfertigen zu müssen, nicht nahe, die Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren, stärkte aber auch nicht die Abwehr.

Die Therapie von Patient 18 unterschied sich von der anderen Therapien also ebenfalls darin, wie der Patient sich im Laufe der Therapie fühlte und verhielt und wie der Therapeut auf diesen Patienten mit seinen Interventionen reagierte, wobei bezogen auf die zwei Akteure wiederum eine große Variation von psychodynamischer, interpersonaler und kognitiv-behavioraler Prozessmerkmale zu beobachten ist. Es konnten also auch hier spezifisch für diese Dyade einzigartige Muster von Prozessmerkmalen gefunden werden, die auch mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen, so dass Hypothese 2c für diesen Patienten ebenfalls bestätigt werden konnte.

Weitere Beobachtungen

Bei Patient 18 können keine eindeutige Phasen der Therapie unterschieden werden. Jedoch gibt es eine besondere Sitzung, die Sitzung zu T4.2, in der alles anders als vorher war: Der Patient weigerte sich in dieser Sitzung sehr stark, sich mit Gedanken, Reaktionen

und Motiven auseinander zu setzen, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten (Item 58). Auch verließ er sich zu diesem Messzeitpunkt sehr stark darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52). Der Therapeut kontrollierte in dieser Sitzung die Interaktion (CBT-Item 17), während der Patient sehr unangenehme und schmerzliche Gefühle empfand (IPT-Item 26) und darum rang, seine Gefühle und Impulse zu kontrollieren (Item 70).

In der Therapie von Patient 18 konnten keine eindeutige Phasen unterschieden werden. Es gab jedoch eine besondere Sitzung unter den hier untersuchten Therapiesitzungen und zwar zu T4_2.

In der Therapie von Patient 18 zeigte sich eine eindeutige zahlenmäßige Überlegenheit der Patientenitems (12) gegenüber Therapeutenitems (4), Interaktionsitems (8) und Inhaltsitems (5).

5.2.4 Einzelfall: Patient 19

In den Tabellen 5.22 und 5.23 werden die 30 PQS-Items gesondert dargestellt, die in der Therapie von Patient 19 aufgrund der Mittelwerts- und Standardabweichungsberechnungen (siehe Tabelle B.7) aufgrund des Pearson-Tests (siehe Tabelle C.7) nach den gleichen Kriterien wie bei Patient 16, als bedeutsam zu betrachten sind.

Tabelle 5.22: Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 19

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2.44	1,67	keine	Therapeut - Haltung	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.89	0.93	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.11	0.60	IPT/CBT	Inhalt	+
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	8.44	0.88	CBT	Inhalt	+
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	8.78	0.44	PDT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2.11	2.26	keine	Interaktion	-
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	2.22	0.67	keine	Interaktion	-
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2.44	1.13	keine	Patient - Verhalten	-
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	7.78	0.88	PDT	Therapeut - Intervention	+
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.	7.89	0.93	IPT	Therapeut - Intervention	+
77	Der Therapeut ist taktlos.	2.22	0.67	keine	Therapeut - Haltung	-
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	2.33	1.23	keine	Therapeut - Intervention	-

Ergebnisse zu Hypothese 2a

Aus den insgesamt 20 bedeutsamen Items, welche die oben genannten Kriterien erfüllen sind 5 dem psychodynamischen (25%), vier dem interpersonalen (20%) und drei dem kognitiv-behavioralen (15%) Prototyp zuzuordnen.

Hypothese 2a kann für Patient 19 bestätigt werden: die psychodynamischen Prozessmerkmale (PDT-Prozessmerkmale) wurden tatsächlich häufiger als bedeutsam für die Therapie von Patient 19 geratet als die CBT- (kognitiv-behavioralen) und die IPT- (interpersonalen) Prozessmerkmale.

Tabelle 5.23: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 19

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
1	Der Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	T1.1, T1.2, T3.2, T5.2	2, 2, 2, 2	3.00	0.87	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	T2.2, T4.1	8, 9	6.89	1.36	PDT	Therapeut - Haltung	+
8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit).	T4.2, T5.2	2, 2	3.56	0.88	keine	Interaktion	-
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.	T5.1, T5.2	8, 8	5.67	1.87	PDT	Therapeut - Intervention	+
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	T1.1, T1.2, T2.2, T5.1	9, 8, 8, 8	6.11	1.83	IPT	Inhalt	+
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	T1.2, T3.2, T5.1	8, 9	6.56	2.01	PDT	Therapeut - Intervention	+
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	T2.1, T2.2, T3.2	8, 8, 8	7.11	0.78	IPT	Therapeut - Intervention	+
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	T2.1, T2.2, T3.1, T5.1, T5.2	8, 8, 8, 8, 8	7.44	0.73	CBT	Interaktion	+

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2b

Aus diesen 20 bedeutsamen PQS-Items sind elf therapierichtungsspezifisch und neun gehören keinem der Prototypen an. Sie lassen sich ähnlich wie beiden vorherigen Einzelfälle um die gleichen Schwerpunkte (therapeutische Wirkfaktoren) gruppieren und so die Therapie von Patient 19 wie folgt beschreiben:

Haltung des Therapeuten

Demnach war der Therapeut von Patient 19 nicht distanziert, sondern stets empfänglich und affektiv involviert (Item 9) sowie taktvoll (Item 77). Der Therapeut war vor allem zu T2.2 und T4.1 empathisch und auf den Patienten eingestellt (PDT-Item 6).

Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie

In Bezug auf die Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie kann gesagt werden, dass er stets relevante Themen in den Sitzungen zur Sprache brachte (CBT-Item 88) und Themen initiierte oder diese näher ausführte (Item 15). Auch wies Patient 19 die Bemerkungen seines Therapeuten nicht zurück, sondern nahm sie stets an (Item 42).

Klima der therapeutischen Zusammenarbeit

Patient 19 erlebte seinem Therapeuten gegenüber nie ambivalente Gefühle (Item 49).

Inhalt der Sitzungen

Inhaltlich hatten die Gespräche immer einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): kognitive Themen (CBT-Item 30) und das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35) sowie auch immer wieder Liebes- und romantische Beziehungen (zu T1_1, T1_2, T2_2 und T5_1) (IPT-Item 64).

Interventionen der Therapeuten

Über die Interventionen des Therapeuten kann gesagt werden, dass er die Abwehr des Patienten nicht stärkte (Item 89). Er wies vor allem in den letzten Sitzungen (T5_1 und T5_2) auf die Abwehrmechanismen des Patienten hin (PDT-Item 36), interpretierte immer wieder (T1_2, T3_2 und T5_1) verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten (PDT-Item 67), benannte sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62), klarifizierte oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65) und betonte auch immer wieder (zu T2_2 T2_2 und T3_2) die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erfahren (IPT-Item 81).

Gefühle des Patienten

Patient 19 war vor allem zum Schluss (zu T4_2 und T5_2) nicht besorgt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (Item 8).

Verhalten des Patienten

Patient 19 drückte vor allem zu T1_1, T1_2, T3_2 und T5_2 keine negative Gefühle seinem Therapeuten gegenüber aus (Item 1) und sprach stets affektiv beteiligt über seine Erlebnisse (Item 56).

So können folgende, der Gruppe gleichende, allgemeine und von der Therapierichtung unabhängige Wirkfaktoren in der Therapie von Patient 19 mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden:

- eine **empfängliche, affektiv involvierte** (Item 9) und stets taktvolle (Item 77) therapeutische **Haltung**
- ein **vertrauensvolles therapeutisches Klima**, in dem der Patient keine ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber empfand (Item 49)
- die **aktive und motivierte Beteiligung des Patienten** an den Sitzungen, in denen er stets Themen initiierte (Item 15) und die Bemerkungen seines Therapeuten nicht zurückwies, sondern aufnahm (Item 42).

Hypothese 2b lässt sich für Patient 19 bestätigen, weil es sich bestimmte Muster allgemeiner psychotherapeutischer Prozessmerkmale in der psychoanalytischen Langzeittherapie von Patient 19 erkennen lassen, die für deren Verlauf bedeutsam sind und auch mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen. Diese betreffen, wie bei der Gruppe und den vorherigen Einzelfällen, die Haltung des Therapeuten, das Klima der Sitzungen und die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit (Commitment).

Die übrigen Items gruppierend, können weitere Aussagen über die Therapie von Patient 19 gemacht werden:

- Die Gespräche hatten **inhaltlich** im Großen und Ganzen einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): kognitive Themen (CBT-Item 30) und das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35) sowie auch immer wieder Liebes- und romantische Beziehungen (zu T1_1, T1_2, T2_2 und T5_1).
- **Patient 19** **fühlte** sich durchgehend nicht besorgt wegen seiner Abhängigkeit von seinem Therapeuten (Item 8).
- Der Therapeut von Patient 19 stärkte mit seinen **Interventionen** die Abwehr durchgehend nicht (Item 89), wies vor allem in den letzten Sitzungen (T5_1 und T5_2) auf die Abwehrmechanismen des Patienten hin (PDT-Item 36), interpretierte immer wieder (T1_2, T3_2 und T5_1) verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten (PDT-Item 67), benannte sich in der Erfahrung oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62), klarifizierte oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65) und betonte auch immer wieder (zu T2_1, T2_2 und T3_2) die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erfahren (IPT-Item 81).

Empathie wurde auch immer wieder und zwar zu zwei Messzeitpunkten als bedeutsam geratet, zu T2 und T4.

Hier wird also ein weiteres wirkmächtiges Muster deutlich, das sich bereits bei der Gruppe und den vorherigen Einzelfällen gezeigt hatte: Die Inhalte der therapeutischen Sitzungen von Patient 19 bezogen sich ebenfalls auf bestimmte und spezifische Themen, vor allem auf das Selbstbild des Patienten. Auch war Empathie ein immer wieder (zu T2 und T4) wichtiges Merkmal in der therapeutischen Haltung.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2c

Die Therapie von Patient 19 unterscheidet sich von der Gesamtgruppe und den anderen Patienten in erster Linie darin, dass kaum bedeutsame Items gefunden wurden, die etwas über die Gefühle des Patienten ausdrücken. Dieses Phänomen beschreibt tatsächlich sehr gut das nicht spürbare Affektleben und die kaum vorhandene emotionale Resonanz- und Schwingungsfähigkeit von Patient 19. Im Laufe der Therapie (in der mittleren Phase) entwickelte er eine Sucht, indem er ein stark sedierendes Schmerzmittel missbrauchte. In den Sitzungen wurde insgesamt viel über Kognitives gesprochen, wobei genau vor dieser mittleren Phase hatte sein Therapeut immer wieder versucht, seine Gefühle zu betonen, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erfahren. Die Interventionen des Therapeuten, der im Übrigen ziemlich analytisch arbeitete (er stärkte die Abwehr nicht, interpretierte immer wieder verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten und benannte sich in den Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen) zielten darauf ab, den Patienten besser in Kontakt mit seinen verdrängten schmerzvollen Erfahrungen und den damit zusammenhängenden Gefühlen zu bringen. Es ist anzunehmen, dass der Patient eben mit diesen hochkommenden Gefühlen nicht umgehen konnte und in die Sucht auswich, um sie irgendwie zu ertragen.

Hypothese 2c kann aufgrund der eben genannten Besonderheiten in seiner Therapie für Patient 19 eindeutig bestätigt werden.

Weitere Beobachtungen

Es kann eine Veränderung des therapeutischen Prozesses in der mittleren Phase der Therapie von Patient 19 beobachtet werden.

In der Therapie von Patient 19 zeigte sich eine sehr deutliche zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (9) gegenüber Patientenitems (1) und Inhalt-sitem (4). Interaktionsitems (6) waren nach Therapeutenitems die häufigsten in den Sitzungen.

5.2.5 Einzelfall: Patient 20

In den Tabellen 5.24 und 5.25 werden diejenige 30 PQS-Items gesondert dargestellt, welche in der Therapie von Patient 20 aufgrund der Mittelwerts- und Standardabweichungsberechnungen (siehe Tabelle B.8) aufgrund des Pearson-Tests (siehe Tabelle C.8) und nach den gleichen Kriterien wie bei Patient 16 als bedeutsam zu betrachten sind.

Tabelle 5.24: Die wichtigsten statischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 20

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	1.91	0.54	keine	Interaktion	-
9	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.82	0.75	keine	Therapeut - Haltung	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.09	0.70	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.82	0.75	IPT/CBT	Inhalt	+
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	7.64	0.92	CBT	Inhalt	+
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	8.64	0.92	PDT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.54	0.52	keine	Interaktion	-
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1.82	1.54	keine	Interaktion	-
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1.54	0.69	keine	Patient - Verhalten	-
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1.18	0.40	keine	Patient - Verhalten	-
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	7.82	0.87	PDT	Therapeut - Intervention	+
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	7.82	1.78	IPT	Inhalt	+
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.	2.09	0.70	IPT	Therapeut - Intervention	-
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7.54	0.69	PDT	Therapeut - Intervention	+
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	1.36	0.50	keine	Therapeut - Intervention	-
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	7.73	1.10	PDT	Therapeut - Intervention	+

Ergebnisse zu Hypothese 2a

Aus diesen 27 Items sind acht dem interpersonalen (29.63%), sieben dem psychodynamischen (25.926%) und vier dem kognitiv-behavioralen (14.815%) Prototyp zuzuordnen.

Tabelle 5.25: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items in dem Therapieverlauf von Patient 20

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	T1_1, T2_1, T2_2, T6_2	9, 8, 9, 8	7.36	1.03	PDT	Therapeut - Haltung	+
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.	T3_1, T3_2, T5_1, T6_1	9, 9, 8, 9	6.64	1.80	PDT	Inhalt	+
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	durchgehend, außer T4_1	niedrig, 7	2.54	1.86	keine	Interaktion	-
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	T2_2, T3_2, T4_1, T4_2, T5_2	8, 9, 9, 8, 8	7.46	1.04	IPT	Patient - Gefühl	+
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderungen.	T1_1, T1_2	8, 8	6.46	0.93	CBT	Therapeut - Intervention	+
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	T2_2, T3_1, T4_1, T5_2	8, 8, 9, 8	6.36	2.06	keine	Patient - Gefühl	+
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	T1_1, T2_1, T3_1, T3_2, T5_1	9, 9, 9, 9, 9	6.73	1.85	IPT	Inhalt	+
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.	T1_1, T2_2, T3_1	8, 8, 9	7.00	0.89	IPT	Therapeut - Intervention	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	T1_1, T2_1, T3_2, T6_1, T6_2	9, 8, 8, 8, 9	7.09	1.30	IPT/ CBT	Inhalt	+
96	Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.	T1_1, T1_2, T5_1, T5_2	8, 9, 8, 8	6.27	1.49	IPT	Inhalt	+
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.	T3_2, T4_1, T4_2, T5_1, T5_2, T6_1	8, 9, 9, 8, 8, 9	7.46	1.37	PDT	Inhalt	+

Hypothese 2a für Patient 20 ebenfalls abgelehnt werden, allerdings nur knapp: IPT-Items waren in der Häufigkeit den PDT-Items nur leicht überlegen und trugen so nur ein wenig stärker zu den signifikanten positiven strukturellen Verbesserungen bzw. Umstrukturierungen des Patienten bei.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2b

Insgesamt sind 17 der 27 PQS-Items therapierichtungsspezifisch und nur zehn gehören keinem der Prototypen an. Diese 27 bedeutsame PQS-Items lassen sich wiederum um folgende Schwerpunkte (therapeutische Wirkfaktoren) gruppieren und so die Therapie von Patient 20 wie folgt beschreiben:

Haltung des Therapeuten

In seiner therapeutischen Haltung war der Therapeut Patient 20 gegenüber vor allem zu T1_1, T2_1, T2_2 und zu T6_2 besonders einfühlsam und auf ihn eingestellt (PDT-Item 6) sowie empfänglich und affektiv involviert (Item 9).

Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie

Patient 20 zeigte durchgängig Bereitschaft, in der Therapie relevante Themen zu benennen und diese näher auszuführen (Item 15). Er wies die Bemerkungen des Therapeuten nicht zurück, sondern nahm sie an (Item 42). Schließlich weigerte er sich nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten (Item 58).

Klima der therapeutischen Zusammenarbeit

Bezogen auf das therapeutische Klima hatte Patient 20 keine Schwierigkeiten, die Bemerkungen seines Therapeuten zu verstehen (Item 5), er fühlte sich von diesem auch stets verstanden (Item 14), verließ sich aber nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52).

Inhalt der Sitzungen

Inhaltlich hatten die Gespräche stets einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23): Sie zentrierten sich meist um kognitive Themen (CBT-Item 30), um das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35), um seine zwischenmenschlichen Beziehungen (IPT-Item 63), immer wieder (zu T3, T5.1 und T6.1) auch um seine sexuellen Gefühle (PDT-Item 11), um Liebes- und romantische Beziehungen (ab T1 bis einschließlich T5.1) (IPT-Item 64), aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69), zu T1.1, T1.2, T5.1 und T5.2 um Terminvereinbarungen und um das Honorar (IPT-Item 96) sowie ab T3 kontinuierlich um die therapeutische Beziehung (PDT-Item 98).

Interventionen der Therapeuten

Der Therapeut von Patient 20 benannte in seinen Interventionen immer wieder sich in der Erfahrung oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62). Er beruhigte den Patienten nicht (IPT-Item 66), interpretierte verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (PDT-Item 67), stärkte nicht seine Abwehr (89), stellte stets Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (PDT-Item 100), fragte vor allem zu T1.1 und T1.2 nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen (CBT-Item 31) und klarifizierte, formulierte neu oder wiederholte (zu T2.2 und T3.1) mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65).

Gefühle des Patienten

Patient 20 fühlte ab T2.2 bis einschließlich T5.2 unangenehme oder schmerzliche Emotionen (PDT-Item 26). Ab T2.2 bis einschließlich T5.2 nahm er sich immer wieder als unzulänglich und unterlegen wahr. (Item 59).

Verhalten des Patienten

Der Patient verhielt sich im Laufe der Therapie so, dass er stets affektiv sehr beteiligt über seine Erlebnisse sprach (Item 56).

Folgende allgemeine und von der Therapierichtung unabhängige Wirkfaktoren in der Therapie von Patient 20 können mit dem Therapieergebnis in Zusammenhang gebracht werden:

- eine **empfängliche, affektiv involvierte** (Item 9) therapeutische **Haltung**
- ein **vertrauensvolles Arbeitsklima**, in dem der Patient keine Schwierigkeiten damit hatte, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5) und in dem er sich von seinem Therapeuten stets verstanden fühlte (Item 14)
- die **aktive Beteiligung des Patienten** und seine Bereitschaft, relevante Themen in die Sitzungen zu bringen und diese näher auszuführen (Item 15), die Bemerkungen des Therapeuten nicht gleich zurückzuweisen, sondern sie anzunehmen (Item 42), Patient 20 weigerte sich nicht, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die mit seinem eigenen Beitrag zur Problemstellung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten (Item 58)

Hypothese 2b lässt sich für Patient 20 ebenfalls bestätigen. Es lassen sich bestimmte Muster allgemeiner psychotherapeutischer Prozessmerkmale in seiner psychoanalytischen Langzeittherapie erkennen, die für deren Verlauf bedeutsam sind, mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen und den Mustern der Gesamtgruppe sowie von Patient 16, 18 und 19 gleichen. Diese betreffen vor allem die Haltung des Therapeuten, das Klima der Sitzungen und die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit (Commitment).

Was die Inhalte der Sitzungen, Interventionen des Therapeuten sowie Gefühle und Verhalten des Patienten angeht, können folgende Aussagen gemacht werden:

- Die Gespräche hatten **inhaltlich** stets einen spezifischen Fokus (IPT/CBT-Item 23), sie zentrierten sich um kognitive Themen (CBT-Item 30), um das Selbstbild des Patienten (PDT-Item 35), um seine zwischenmenschlichen Beziehungen (IPT-Item 63), auch um seine sexuelle Gefühle (PDT-Item 11), um Liebes- und romantische Beziehungen (IPT-Item 64), aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituationen (IPT/CBT-Item 69), zu T1 und T5 um Terminvereinbarungen und um das Honorar (IPT-Item 96) sowie ab T3 um die therapeutische Beziehung (PDT-Item 98).
- Patient 20 empfand immer wieder unangenehme oder schmerzliche **Gefühle** (PDT-Item 26), fühlte sich insgesamt sehr unzulänglich und unterlegen (Item 59) und sprach affektiv stets sehr beteiligt über seine Erlebnisse (Item 56).
- Der Therapeut **interventiert** so, dass er immer wieder sich in der Erfahrung oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62) benannte. Er beruhigte den Patienten nicht (IPT-Item 66), interpretierte verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (PDT-Item 67), stärkte nicht seine Abwehr

(89), stellte stets Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (PDT-Item 100), fragte vor allem zu Beginn der Therapie nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen (CBT-Item 31) und klarifizierte, formulierte neu oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte (IPT-Item 65).

Empathie (PDT-Item 6) war ein für den therapeutischen Prozess in der Therapie von Patient 20 auch wichtiges Merkmal, wobei dieses Prozessmerkmal den Prototypen entsprechend zu den psychodynamischen bzw. psychoanalytischen und nicht zu den allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren zählt.

Hier zeigt sich auch eine weitere Ähnlichkeit und zwar bezogen auf die Inhalte der therapeutischen Sitzungen zwischen der Therapie von Patient 20 und der Therapie von Patient 16, 18, 19 sowie der Gesamtgruppe: Inhaltlich kamen auch in der Therapie von Patient 20 bestimmte und spezifische Themen zur Sprache: die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten, aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse sowie sein Selbstbild. Auch war Empathie ein wichtiges Merkmal in der therapeutischen Haltung vor allem zu T1 und zu T6.

Ergebnisse zu Post-hoc Hypothese 2c

Patient 20 empfand im Laufe seiner Therapie immer wieder unangenehme oder schmerzliche Gefühle, fühlte sich insgesamt sehr unzulänglich und unterlegen und sprach affektiv stets sehr beteiligt über seine Erlebnisse. Sein Therapeut arbeitete insgesamt sehr analytisch, indem er immer wieder Themen benannte, die sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholten. Er beruhigte den Patienten nicht und stärkte auch nicht seine Abwehr, interpretierte aber stets verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen und stellte auch Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Nur am Anfang der Therapie fragte er nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen und klarifizierte, formulierte neu oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient sagte. Inhaltlich hatten die Sitzungen neben den Themen: Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen und aktuelle Ereignisse, die auch in den anderen Therapien thematisiert wurden, auch deutlich unterschiedliche Themen: Sexualität, Liebesbeziehungen und die therapeutische Beziehung.

Hypothese 2c kann aufgrund der genannten Besonderheiten in seiner Therapie für Patient 20 eindeutig bestätigt werden. Die Therapie von Patient 20 unterscheidet sich von der Gesamtgruppe wiederum darin, wie der Patient sich fühlte und verhielt und wie der Therapeut auf den Patienten mit seinen Interventionen reagierte sowie zeigten sich auch inhaltliche Unterschiede.

Eine weitere Besonderheit in der Therapie von Patient 20 ist, dass sich eine deutliche Veränderung in der Therapie ab dem 2.-3. Messzeitpunkt (nach ca. 80-160 Sitzungen) abzeichnet. Ungefähr ab T2 fühlte sich der Patient immer unzulänglicher (Item 59) und empfand immer wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle (Item 26). Ab T2 rückte auch das Selbstbild (Item 35) eindeutig als erster Fokus in den Mittelpunkt der Gespräche, ab T3 wurden auch sexuelle Themen besprochen (Item 11). Über aktuelle und kurz zurückliegende Situation wurde zwischen T3 und einschließlich T5 nicht gesprochen (Item 69). Der Therapeut interpretierte ab T2 oft das unbewusste Material (Item 67) und stellte Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und Beziehungen außerhalb der Therapie her. Ab T3 war der Therapeut auch weniger einfühlsam (Item 6), er zeigte erst zu T6 wieder empathischer. Ab T2 fragte er nicht mehr nach ausführlicheren Schilderungen (Item 31), benannte aber sich in der Erfahrung oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen (Item 62). Über Terminvereinbarungen und das Honorar wurde ab T2 bis einschließlich T5 nicht gesprochen, jedoch vorher und nachher.

Weitere Beobachtungen

Bezüglich der Frage nach Prozessveränderungen im Therapieverlauf zeichnete sich in der Therapie von Patient 20 eine deutliche Veränderung ab dem 2.-3. Messzeitpunkt (nach ca. 80-160 Sitzungen) ab.

In der Therapie von Patient 20 zeigte sich eine deutliche zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (9) gegenüber Patientenitems (4) und Interaktionsitems (5). Inhaltsitems (9) waren ungewöhnlicher Weise genauso oft bedeutsam wie Therapeutenitems.

5.2.6 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 2 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext

Hartkamp (1997) schrieb, dass die Frage nach den spezifischen Wirkmechanismen, nach dem *Wie* des Zustandekommens seelischer Veränderung in psychoanalytischer Psychotherapie und nach dem Verhältnis unspezifischer – in jeder Form von Psychotherapie wirksamer – und spezifisch-psychoanalytischer Wirkfaktoren keineswegs geklärt sei und dass zu diesen Fragen unter Psychoanalytikern höchst unterschiedliche Auffassungen nebeneinander her bestünden (Hartkamp, 1997). Seither hat sich in der empirischen psychoanalytischen Forschung viel getan, um diese Fragen zu beantworten. Auch die Untersuchungen zu Hypothese 2 dieser Arbeit versuchen, Antworten auf die Frage nach dem *Wie* zu finden. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst, diskutiert und in den wissenschaftlichen Kontext eingebunden.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 2a und Einbettung in die Ergebnisse anderer aktueller Studien, die ebenfalls Adhärenz untersuchten

Wie in der Einleitung zu Hypothese 2 bereits detailliert beschrieben wurde, wurden die drei Experten-Prototypen bzw. 20 ihrer wichtigsten Items in der vorliegenden Arbeit auf eine qualitative Weise verwendet.

Die Überprüfung von Hypothese 2a, also der Frage, ob die psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Prozessmerkmale im Gesamtverlauf der Therapien eher mit den in der ersten Hypothese bestätigten signifikanten positiven strukturellen Veränderungen bzw. mit den Umstrukturierungen auf der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturebene in Zusammenhang zu bringen sind als die Prozessmerkmale der genannten anderen Therapierichtungen, erbrachte folgende gemischte Ergebnisse:

Gruppe

Unter den 18 PQS-Items, welche die Therapie der Gruppe am besten beschrieben und auch mit den HUSS-Werten signifikant zusammenhingen, fanden sich genauso viele (je drei, also je 16.67%) PDT-Items wie CBT- oder IPT-Items.

Patient 16

Aus den 34 für die Therapie von Patient 16 bedeutsamen Items, waren sieben der interpersonalen (20.59%), fünf der kognitiv-behavioralen (14.70%) und nur vier der psychodynamischen (11.76%) Therapierichtung bzw. dem jeweiligen Prototyp zuzuordnen.

Patient 18

Von den insgesamt 30 Items, die für die Therapie von Patient 18 bedeutsam waren,

waren insgesamt fünf dem interpersonalen (16.67%), vier dem kognitiv-behavioralen (13.33%) und nur zwei dem psychodynamischen (6.67%) Prototypen zuzuordnen.

Patient 19

Aus den insgesamt 20 für die Therapie von Patient 19 bedeutsamen Items waren fünf dem psychodynamischen (25%), vier dem interpersonalen (20%) und drei dem kognitiv-behavioralen (15%) Prototyp zuzuordnen.

Patient 20

Schließlich konnten von den für die Therapie von Patient 20 wichtigen 27 Items acht dem interpersonalen (29.63%), sieben dem psychodynamischen (25.926%) und vier dem kognitiv-behavioralen (14.815%) Prototyp zugeordnet werden.

So konnte Hypothese 2a anhand der offiziellen Experten-Listen der drei Prototypen nur im Fall von Patient 19 eindeutig bestätigt werden. In den Therapien von Patient 16, 18 und 20 dominierten interpersonale Prozesselemente, wobei in der Therapie von Patient 20 fast so viele spezifisch psychodynamische Elemente identifizierbar waren wie interpersonale. In der Gruppe zeigte sich eine gleichmäßige Verteilung der Prozessmerkmale aller drei therapeutischen Richtungen.

Kritisch ist hier anzumerken, dass viele der interpersonalen Items aus psychoanalytisch-intersubjektiver Sicht ebenso als psychodynamische Items betrachtet werden könnten und es manchmal nicht verständlich ist, warum sie dem interpersonalen Prototyp zugeordnet sind oder eben NUR dem interpersonalen Prototyp und nicht beiden. Auf diesen Punkt wird in dem Unterkapitel 6.2 noch näher eingegangen.

Um die Befunde dieser Arbeit bezüglich Adhärenz in die Forschungslandschaft einzuordnen, werden nun die wichtigsten Ergebnisse zur Adhärenzforschung mit der Methode des PQS skizziert.

Jones, Parke und Pulos (1992) führten eine der ersten Studien mit dem PQS durch, um zu überprüfen, wie adhärent die untersuchten Therapien zu ihren theoretischen Ausrichtungen waren. Die von ihnen untersuchten psychodynamischen Kurzzeittherapien (16 Sitzungen) von 30 neurotischen Patienten waren im Ergebnis tatsächlich psychodynamisch geprägt (Jones u. a. 1992; Ablon u. a., 2011, S. 18).

Eine weitere Studie von Jones und Pulos (1993) verglich psychodynamische Kurzzeittherapien (16 Sitzungen) von 30 Patienten mit kognitiv-behavioralen Therapien (ebenfalls 16 Sitzungen) von 32 Patienten. Dabei waren die Techniken, die in den psychodynamischen Therapien zur Anwendung kamen, tatsächlich der psychodynamischen Therapie zuzuordnen und die kognitiv-behavioralen Therapien beinhalteten tatsächlich mehr kognitiv-behaviorale Prozesselemente (Jones u. Pulos 1993; Ablon u. a., 2011, S. 19).

In der nächsten Phase der Adhärenzforschung mit der Methode des PQS ging es, neben der Erfassung der Adhärenz zu den jeweiligen Prototypen, auch um die Untersuchung der Frage, ob bestimmte Prototypen (bzw. Ähnlichkeiten der jeweiligen Therapien mit diesen Prototypen) eher mit positiven Therapieergebnissen korrelieren. So wendeten Ablon und Jones (1998) die kognitiv-behavioralen und psychodynamischen PQS-Prototypen induktiv an zwei Reihen von psychodynamischen Kurzzeittherapien (N=30 und 38) und an einer Reihe von kognitiv-behavioralen Therapien (N=32) an. Die erste Reihe psychodynamischer Therapien behandelte eine Vielzahl von psychischer Störungen (im Durchschnitt in 15.8 Sitzungen), die zweite bestand aus psychodynamischen Therapien für Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (im Durchschnitt 12 Sitzungen). Das kognitiv-behaviorale Therapie-Set (durchschnittlich 14.4 Sitzungen) stammte aus einer Studie, welche die Wirksamkeit dieser Therapien (ohne parallele medikamentöse Behandlung) mit der Wirksamkeit von kognitiv-behavioralen Therapien mit gleichzeitiger trizyklischer Medikation verglich. Ablon und Jones kamen zu folgenden Resultaten: 1. Psychodynamische Therapien beinhalteten auch kognitive-behaviorale Elemente, während kognitiv-behaviorale Therapien nur kognitiv-behaviorale Elemente beinhalteten. Kognitiv-behaviorale Therapeuten arbeiteten also adhärenter und blieben in ihren Vorgehensweisen ihrer therapeutischen Ausrichtung eher treu. 2. In der ersten Reihe von psychodynamischen Therapien war der psychodynamische Prototyp signifikant mit positiven Therapieergebnissen bezogen auf drei der sechs in der Studie verwendeten Outcome-Maße in Zusammenhang zu bringen. Dagegen hing der kognitiv-behaviorale Prototyp mit nur einem positiven Therapieergebnis zusammen. 3. Auch für die untersuchten kognitiv-behavioralen Therapien ergab sich ein konsistenter Zusammenhang zwischen positiven Therapieergebnissen und psychodynamischen Prozess-elementen. 4. Bei den psychodynamischen Therapien für PTBS konnte weder mit den psychodynamischen noch mit dem kognitiv-behavioralen Prototyp ein positiver Zusammenhang bezüglich der sechs gemessenen Outcome-Maße gefunden werden. D.h. keiner der beiden Prototypen war in der Lage, die aktiven und wichtigen Prozessmerkmale zu identifizieren, die erfolgreiche psychodynamische Therapien für PTBS ausmachten.¹⁸ 5. Trotz des Befundes, dass psychodynamische Elemente in den kognitiv-behavioralen Therapien nicht vorherrschend waren, was die negative Korrelation dieser Therapien mit dem psychodynamischen Prototyp belegte, sagten psychodynamische Prozesse auch in kognitiv-behaviorale Therapien positive Therapieergebnisse voraus. D.h. wenn etwas in den kognitiv-behavioralen Therapien zu den Verbesserungen der Patienten beitrug, dann waren es die psychodynamischen Prozessmerkmale (Ablon u. Jones 1998; Ablon u. a., 2011, S. 21 f.).

Auch andere Forscher, die Untersuchungen am gleichen Set kognitiv-behavioraler Therapien durchführten, kamen zu dem Ergebnis, dass spezielle kognitiv-behaviorale Techniken mit dem Therapieergebnis negativ korrelierten (Castonguay u. a., 1996).

2002 berichteten Ablon und Jones über das Treatment of Depression Collaborative Rese-

¹⁸ Die Forscher schlossen daraus, dass eine mehr unterstützende und responsive psychodynamische Therapie in der Behandlung von traumatisierten Menschen wahrscheinlich zu größeren Erfolgen geführt hätte.

arch Program des National Institute of Mental Health National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (NIMH TDCRP). Anhand der Prototypen idealer interpersonaler und kognitiv-behavioraler Therapien wurden je zwei therapeutische Sitzungen (die 4. und 12. oder diesen möglichst nahe liegende Sitzungen) ausgewertet. Immer zwei Rater beurteilten insgesamt 128 Sitzungen, die Mittelwerte ihrer Ratings wurden dann über jede Sitzung gebildet und die so erhaltenen Ergebnisse mit den Prototypen korreliert. Es stellte sich heraus, dass beide Therapien eher dem kognitiv-behavioralen Prototyp ähnelten, die kognitiv-behavioralen Sitzungen sogar sehr stark. Die Adhärenz zu dem CBT-Prototyp korrelierte hier sehr stark (0.36-0.53) mit einem positivem Therapieergebnis während die Adhärenz zum IPT-Prototyp zwar weniger stark (0.29-0.48) aber ebenfalls positiv mit einem positiven Therapieergebnis zusammenhing (Ablon u. Jones, 2002, S. 778 ff.).

Dem Trend weg von RCT-Studien hin zu naturalistischen Studien folgend verglichen Ablon und Jones (2005) drei verschiedene Arten von Therapien mit dem idealen psychodynamischen Prototyp: erstens zwei Psychoanalysen (130 ausgewertete Sitzungen), zweitens zwei psychoanalytische Langzeittherapien (von Frau C. und Frau G., 324 von insgesamt 1100 ausgewerteten Sitzungen, mit einer Frequenz von wöchentlich zwei Sitzungen) und drittens zwei verschiedene Samples von psychodynamischen Kurzzeittherapien (mit insgesamt 122 ausgewerteten Sitzungen). Sie fanden heraus, dass die zwei Psychoanalysen signifikant am ähnlichsten (mit einer Korrelation von 0.58), die psychoanalytische Langzeittherapien am zweitähnlichsten (0.45) und die psychodynamischen Kurzzeittherapien am wenigsten ähnlich (0.37) mit dem psychodynamischen Prototyp waren. (Ablon, 2005a, S. 553). Daraus schlossen sie, dass in den klassischen Psychoanalysen der psychoanalytische Prozess mit größerer Wahrscheinlichkeit zustande kommt als in den anderen beiden Arten von Therapien. So konnte zum ersten Mal behauptet werden, dass der analytische Prozess tatsächlich empirisch erfasst und gemessen werden kann (Ablon u. a., 2011, S. 25; Ablon, 2005a, S. 564).¹⁹

Schließlich untersuchten Ablon, Levy und Katzenstein (2006) 17 naturalistische psychodynamische Therapien von Patienten mit Panikstörungen und fanden, dass die untersuchten Therapien dem kognitiv-behavioralen Prototyp am ähnlichsten waren ($M=.50$, $SD=.14$)²⁰, an zweiter Stelle dann dem psychodynamischen ($M=.35$, $SD=.16$) und schließlich dem interpersonalen ($M=.32$, $SD=.09$), obwohl positive Therapieergebnisse mehr mit den interpersonalen und psychodynamischen Items in Zusammenhang zu bringen waren. So muss-

¹⁹ „Perhaps most important, however, the study demonstrates that the consensual definition of analytic process arrived at by the experts can be measured empirically, thereby providing a scientific method for evaluating the degree to which analytic process has been fostered. We were able to measure the degree to which analytic process was fostered in psychoanalysis, longer-term psychoanalytic psychotherapy, and brief psychoanalytic psychotherapy. We validated empirically for the first time that psychoanalysis fosters significantly more analytic process than longer-term psychoanalytic psychotherapy, which in turn fosters more analytic process than brief psychoanalytic psychotherapy” (Ablon, 2005a, S. 564)

²⁰Die Pearson-Korrelationen wurden mit Hilfe der Fisher-Transformation in z-Werte umgewandelt.

te die Hypothese abgelehnt werden, dass psychodynamische Therapien am besten durch prototypische psychodynamische Prozessmerkmale charakterisiert werden. Allein mit dem SCL-90-R gemessene positive Therapieergebnisse waren mit der Adhärenz zum psychodynamischen Prototyp in einen positiven Zusammenhang zu bringen, während positive Ergebnisse sowohl bezüglich des SCL-90-R als auch des Ängstlichkeitsindex stärker mit der Adhärenz zum interpersonalen Prototyp zusammenhingen. So konnte die Hypothese, dass der prototypische psychodynamische Prozess der beste Prädiktor für positive Therapieergebnisse ist, nur zum Teil bestätigt werden. Die Adhärenz zum CBT-Prototyp war signifikant unterschiedlich zur Adhärenz zu den beiden anderen Prototypen. Es gab jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Adhärenzen zum psychodynamischen und zum interpersonalen Prototyp (Ablon u. a., 2006, S. 223 f.; Ablon u. a., 2011, S. 24 f.).

Die Adhärenzforschung mit dem PQS zu den spezifischen therapeutischen Richtungen erbrachte also keine eindeutigen Ergebnisse, bis auf die Aussage, dass „Treatments of any kind are rarely theoretically pure and often include processes typically associated with other theoretical orientations. These borrowed processes need not to be the most characteristic processes to play an important role“ (Ablon u. a., 2011, S. 44).

Viele Kliniker haben in den letzten Jahrzehnten erkannt, dass nicht so sehr die Therapie-richtung, sondern bestimmte therapeutische Prozessmerkmale, die in jeder Art von Therapie vorkommen können, die wichtigsten Prädiktoren für einen positiven Therapieverlauf und ein gutes Therapieergebnis darstellen. Zudem ist die Untersuchung, ob der Therapeut adhärenz zu seiner Schulrichtung therapiert, u.a. deshalb zu simplistisch, weil nicht nur der Therapeut sondern auch der Patient Ko-Autor des therapeutischen Prozesses ist (Ablon u. a., 2011, S. 45). So betont Blatt, dass „psychotherapy research needs to move beyond investigating differences among various types of treatment and begin to identify and evaluate the mechanisms or processes that facilitate therapeutic action. (...) So within each type of treatment, as well as across various treatments, one could seek to distinguish different components of the therapeutic process that are unique to each treatment, as well as components they share in common, and examine how these various components contribute to constructive therapeutic outcome“ (Blatt, 2005, S. 572 f.). Dementsprechend wandte man sich in den letzten Jahren mehr und mehr der Erforschung und der Definition derartiger Prozessmerkmale bzw. Interaktionsmuster zu – immer öfter auch durch Untersuchungen an Einzelfällen. Ebenso wurden Veränderungen des therapeutischen Prozesses im Verlauf der Therapie (engl. change process) zu einem neuen Untersuchungsgegenstand. Mit eben diesen beiden neueren Untersuchungsschwerpunkten setzen sich auch die folgenden beiden Teilhypothesen von Hypothese 2, 2b und 2c, auseinander.

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 2b zu Mustern unspezifischer Prozessmerkmale bzw. Wirkfaktoren

Als Gesamtergebnis für Hypothese 2b wurden folgende Muster unspezifischer Prozessmerkmale in allen Therapien der untersuchten Einzelfälle sowie in der Therapie der Gesamtgruppe gefunden, die auch mit den Ergebnissen der Therapien (signifikante strukturelle Veränderungen bzw. Umstrukturierungen in den strukturellen Teilbereichen: Beziehung, Konflikt und Fokus gemessen mit HUSS) signifikant zusammenhängen:

- In allen Fällen war die therapeutische Haltung ausschlaggebend, die empfänglich, affektiv involviert (Item 9), nicht herablassend, sondern respektvoll (Item 51) und taktvoll (Item 77) war.
- Stets war es wichtig, dass in den Sitzungen ein vertrauensvolles therapeutisches Klima (Item 44) herrschte, in dem die Patienten sich öffnen konnten, sich von ihren Therapeuten verstanden fühlten (Item 14), keine Schwierigkeiten hatten, deren Aussagen zu verstehen (Item 5) und keine ambivalenten Gefühle dem Therapeuten gegenüber empfanden (Item 49).
- Schließlich war immer bedeutsam, dass die Patienten sich aktiv und motiviert an den Sitzungen und am therapeutischen Prozess beteiligten, indem sie in den Sitzungen freiwillig wichtige Themen initiierten und diese näher ausführten (Item 15), sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinandersetzen, die mit ihrem möglichen eigenen Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung zu tun hatten (Item 58), dass sie außerdem introspektiv (Item 97) sowie bereit waren, die Aussagen ihrer Analytiker aufzunehmen und sich darüber Gedanken zu machen, statt sie sofort abzulehnen (Item 42).

Diese drei unspezifischen Muster bzw. unspezifischen oder allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren zeigten sich, mit kleineren Abweichungen, in allen Therapien der vier Einzelfälle und der Gruppe.

- Ebenso war Empathie ein durchgehend wichtiges Merkmal in den untersuchten Therapien, mit Ausnahme der Therapie von Patient 18. Dieses Prozessmerkmal ist allerdings, gemäß den offiziellen Prototypen, ein psychodynamisches bzw. psychoanalytisches und kein allgemein therapeutisches.
- Auch was den Inhalt der Sitzungen betrifft war durchgehend ein bestimmtes Muster in den Therapien aller Patienten und der Gruppe zu beobachten: Es kamen immer wieder spezifische Themen zur Sprache (IPT/CBT-Item 23), vor allem die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten (IPT-Item 63), aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse (IPT/CBT-Item 69) sowie ihr Selbstbild (PDT-Item 35). Im Sinne der Prototypen sind die hier aufgezählten Items allerdings nicht unspezifisch, sondern gehören, wie jeweils in Klammern angemerkt, spezifischen Schulrichtungen an.

Insgesamt waren fünf Muster von Prozessmerkmalen, die hier nun Wirkfaktoren genannt werden, in allen Therapien zu finden: Haltung des Therapeuten, Klima der therapeutischen Zusammenarbeit, Mitarbeit bzw. Commitment des Patienten, Empathie und Inhalt der Sitzungen. Diese Wirkfaktoren hingen nachweislich auch signifikant mit den Veränderungen der HUSS-Werte und somit mit dem Therapieergebnis zusammen.

Um diese Befunde in die Forschungslandschaft einzuordnen und zu stützen, werden nun einige wichtige Ergebnisse zur Erforschung der Wirkfaktoren skizziert.

So hatte die bereits erwähnte Studie von Jones und Pulos (1993) gefunden, dass die psychodynamischen Therapien inhaltlich mehr um die Integration und Verbindung aktueller und früherer problematischer Gefühle und Erfahrungen des Patienten kreisten, wobei als wichtigstes Prozessmerkmal die *therapeutische Beziehung* galt. Die Forscher hatten außerdem vier konzeptuell interpretierbare Faktoren ausgemacht: 1. Psychodynamische Techniken des Therapeuten, 2. Kognitiv-behaviorale Techniken des Therapeuten, 3. *Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit in der Therapie bzw. sein Widerstand* und 4. Negative Gefühle des Patienten (Jones u. Pulos 1993; Ablon u. a., 2011, S. 20). Leider untersuchten sie diese vier Faktoren nicht weiter auf ihren Zusammenhang mit dem Outcome.

Ablon und Jones (1999) fanden im Rahmen der NIMH TDCRP-Untersuchungen zusätzlich zu den bereits weiter vorne zusammengefassten Ergebnissen, dass es die Patienten-Items waren, die am meisten mit den positiven Therapieergebnissen korrelierten. Außerdem stellten sie fest, dass die meisten PQS-Items, die ein positives Therapieergebnis voraussagten, in erster Linie allgemeine Prozessmerkmale waren: die *Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit in der Therapie* und die *therapeutische Alliance*. Vor allem zwei Arten von Patientenerfahrungen konnten im Zusammenhang mit positiven Therapieergebnissen beschrieben werden: Die Patienten erfuhren Wirksamkeit, Selbstbestätigung, Vertrauen, Sicherheit und Entspannung in der Therapie oder sie waren bereit, zu arbeiten, verherrlichten und idealisierten ihre Therapeuten, wünschten sich größere Nähe zu diesem und nahmen ihre Interventionen ohne Misstrauen an. Insgesamt schienen diejenigen PQS-Items mit positivem Outcome zusammenzuhängen, die unter dem Oberbegriff einer *positiven, abhängigen Bindung zum Therapeuten* zusammen gefasst werden können. Im Rahmen einer solchen Beziehung schienen Patienten frühere zerstörte oder beschädigte Beziehungen bearbeiten und sich und andere kognitiv und affektiv stärker repräsentieren zu können. Die therapeutische Technik an sich scheint ohne diesen Beziehungskontext keine fixe und definierbare Bedeutung zu haben (Ablon u. Jones, 1999, S. 72 f.).

Ein Hauptergebnis des Heidelberger Katamneseprojektes (2003) war ebenfalls, dass der stärkste Zusammenhang zwischen Therapieerfolg und einer *positiven Beziehungserfahrung* bestand und zwar sowohl im Urteil des Patienten als auch im Urteil des Therapeuten

(Bräutigam u. a., 2003).

In Übereinstimmung mit den hier als bedeutsam für eine erfolgreiche Therapie gefundenen Wirkfaktoren *therapeutische Haltung* und *Empathie* berichtete Grande (2007), dass Therapeuten in gescheiterten Therapien häufiger kritisch-feindselig und seltener ermutigend-fürsorglich waren als solche in erfolgreichen Therapien. Der Aufbau und die Entwicklung einer *guten und von Sympathie getragenen therapeutischen Beziehung* scheint in der Tat einer der wichtigsten Wirkfaktoren zu sein. Dies erfordert eine große Sensibilität des Therapeuten und zumindest am Anfang der Therapie eine positivere und supportivere statt einer nur interpretativ-deutenden Haltung (Poscheschnik, 2009, S. 356).

Eines der vielfältigen Ergebnisse der Stockholmer-Studie von Sandell u. a. war auch, dass Therapeuten mit einer klassisch-väterlichen Haltung, welche von emotionaler Distanz und einsichtsfördernder Interventionen geprägt ist, bezüglich Therapieoutcomes schlechtere Ergebnisse erzielten, als Therapeuten mit einer romantisch-mütterlichen Haltung, die von einer *stärkeren Zugewandtheit des Therapeuten dem Patienten gegenüber, von Offenheit, Authentizität und Freundlichkeit* gekennzeichnet ist. Dies galt vor allem für niederfrequente psychodynamische Therapien (Poscheschnik, 2009, S. 356).

Mertens (1991) nennt die Fähigkeit des Analytikers, *empathisch zu sein* und die Fähigkeit, diese Empathie auch auszudrücken, als einen der wichtigsten Wirkfaktoren in der analytischen Therapie. (Mertens, 1991, S. 195) Orlinsky et al. (1994) konstatierten in ihrer Übersichtsarbeit ebenfalls, dass nicht nur das, worüber gesprochen wird, sondern auch die Art der Kommunikation zwischen Therapeut und Patient von Bedeutung für das Therapieergebnis ist. Sie fanden einen eindeutigen, positiven Zusammenhang zwischen *empathischem Verstehen* durch den Therapeuten und dem Therapieergebnis und kommentierten: „When there is good communicative contact, patient and therapist are on the same wavelength; when there is not, they simply talk past each other“ (Orlinsky u. a., 1994, S. 326). Schließlich fanden Seybert u. a. (2011) in ihren Untersuchungen, dass Psychoanalytiker und analytische Langzeitpsychotherapeuten mehr *Empathie* als psychodynamische Kurzzeittherapeuten zeigten. Sie schlussfolgerten daraus, dass Empathie etwas ist, was erst in längeren Therapien entwickelt werden kann, weil sie voraussetzt, dass der Therapeut seinen Patienten bis zu einem gewissen Grad schon kennt (Seybert u. a., 2011, S. 599).

Die hier gefundenen Wirkfaktoren, die auch mit positiven Therapieergebnissen d.h. strukturellen Veränderungen bzw. Umstrukturierungen signifikant zusammenhingen, nämlich *das vertrauensvolle therapeutische Klima, die respektvolle, affektiv involvierte und taktvolle Haltung des Therapeuten* und seine *empathische Fähigkeiten* können m.E. auch im Sinne von Sandell (2007) in dem Begriff *therapeutisches Milieu* gebündelt werden, wobei Sandell hierunter auch Werte und Überzeugungen und nicht nur Haltungen des Therapeuten versteht. Sandell fasst seine Befunde so zusammen: „Zweifellos kann eine gelungene Intervention manchmal einen heilsamen Effekt haben; doch worauf es meiner Ansicht nach langfristig ankommt, ist das, was ich als ‚therapeutisches Milieu‘ bezeichne, das der Thera-

peut dem Patienten anbietet. Das therapeutische Milieu ist der Hintergrund, vor dem sich der Therapeut - ob bewusst oder unbewusst - in Relation zu seinem Patienten langfristig verhält. Es stellt folglich eine sich kumulierende *Megaintervention* dar, d.h. den allgemeinen Tenor oder Stil, in dem sich der Therapeut in Relation zu seinem Patienten verhält" (Sandell, 2007, S. 476).

Auch Lang (2003) hatte eben jene Prozessmerkmale, die in den hier untersuchten Therapien als bedeutsam gefunden wurden - Geduld, menschliche Wärme, Empathie, die Fähigkeit, ein Klima des Vertrauens, der wechselseitigen Sympathie und des gegenseitigen Respekts zu schaffen - grundsätzlich als Basisfaktoren für Heilerfolge beschrieben und zwar unabhängig von der therapeutische Ausrichtung (Lang, 2003, S. 37).

Bezüglich der *Inhalte der Sitzungen* zeigten Orlinsky u. a. (1994) ebenfalls einige positive Zusammenhänge zwischen den Therapieergebnissen, der Fokussierung auf Lebensprobleme und wichtige persönliche Beziehungen der Patienten auf. Auch hier scheint es jedoch wichtiger zu sein, wie die Patienten kommunizieren, als worüber sie sprechen. In der Regel ist es offenbar förderlich, wenn sie sich auf Themen konzentrieren, die sie emotional berühren (Orlinsky u. a., 1994).

Auch was die *Reaktionen, Kooperation und Aufnahmebereitschaft* der Patienten fanden Orlinsky u. a. (1994) ebenfalls eindeutige positive Zusammenhänge mit dem Therapieergebnis (Orlinsky u. a., 1994).

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse von Hypothese 2c zur Spezifität der untersuchten Dyaden

Anhand ihrer Untersuchungen kamen Ablon und Jones (1999) zu dem Schluss und der Empfehlung für zukünftige Forscher, dass „it has been difficult to identify the effects of particular kinds of interventions (...) in group designs that average effects across patient-therapist pairs. This conclusion highlights the importance in psychotherapy research of an investigative strategy that alternates between group design and intensive, quantitative single-case designs (...) which directly study how the reciprocally influencing interaction of patient and therapist affects outcome“ (Ablon u. Jones, 1999, S. 73).

Neben den Ähnlichkeiten bezogen auf die therapeutische Haltung, das Klima der therapeutischen Zusammenarbeit, die Mitarbeit der Patienten in den Sitzungen, Inhalte der Sitzungen und Empathie konnten hier auch spezifische Muster von Prozessmerkmalen für jedes therapeutische Paar beobachtet werden. Die einzelnen Dyaden unterschieden sich in erster Linie darin, wie die Patienten sich in den Sitzungen fühlten und verhielten und wie ihre Therapeuten mit ihren Interventionen auf sie reagierten. Bezogen auf die zwei Akteure war in den untersuchten Therapien eine große Variation von psychodynamischen, interpersonalen und kognitiv-behavioralen Prozessmerkmalen zu beobachten. Auch inhaltlich hatten die Sitzungen neben Themen wie Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen und aktuelle oder kurz zurückliegende Ereignisse, die in allen Therapien thematisiert wurden, deutlich unterschiedliche Schwerpunkte in den einzelnen Dyaden.

Fallgeleitet zeigten sich in den Untersuchungen folgende Ergebnisse bezüglich der Einzigartigkeit der therapeutischen Dyaden:

Gruppe

Es versteht sich von selbst, dass Hypothese 2c sich für die Gruppe nicht interpretieren ließ, weil durch sie keine Aussagen über die einzelnen Dyaden gemacht werden können.

Patient 16

Hypothese 2c konnte für Patient 16 eindeutig bestätigt werden, da ein spezifisches Muster von Interaktionen in seiner Therapie gefunden werden konnte, das nur für seine Therapie typisch war. Dieses Muster steht, je nach Ausrichtung des jeweiligen PQS-Items, in einem signifikanten, positiven oder negativen kausalen Zusammenhang mit dem Therapieergebnis und sieht folgendermaßen aus: Patient 16 war eine ängstliche, schüchterne, unsichere und verlegene Person, die oft unangenehme und schmerzliche Gefühle empfand. In seiner Haltung dem Therapeuten gegenüber war er sehr passiv und unterwürfig und ging Rivalitäten mit diesem aus dem Weg. Auch konnte er nie ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber empfinden.

Grundsätzlich beschuldigte er nie andere Menschen für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein, sondern beschuldigte sich wieder selbst. Schließlich war er in seiner Ausdrucksweise sehr unklar. Sein Therapeut nahm diesem Patienten gegenüber eine supportive, unterstützende Haltung ein. Da der Patient Schwierigkeiten hatte, sich auszudrücken und seine Gedanken sprachlich zu formulieren, formulierte der Therapeut stets mit anderen Worten neu, wiederholte oder klarifizierte, was der Patient gesagt hatte. Auch fragte der Therapeut immer wieder nach mehr Informationen und ausführlicheren Schilderungen. Dennoch verließ er nicht die analytische Haltung: Er benannte oft sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen, betonte die Gefühle des Patienten, interpretierte verdrängte und unbewusste Inhalte und stärkte nicht die Abwehr. Auch erzielte Patient 16 – trotz vieler supportiver therapeutischer Elemente – laut HUSS gute strukturelle Veränderungen und auch Umstrukturierungen als Ergebnis seiner Therapie.

Patient 18

Auch für die Therapie von Patient 18 konnten einzigartige Muster von Prozessmerkmalen gefunden werden, die auch mit den HUSS-Werten in signifikantem Zusammenhang stehen und Hypothese 2c für diesen Patienten somit ebenfalls bestätigt werden. Patient 18 erwies sich als oft ärgerlich, immer sehr lebhaft, affektiv beteiligt sowie klar und strukturiert. Er rang nicht darum, seine Gefühle und Impulse zu kontrollieren und fühlte sich meist auch nicht schüchtern oder verlegen. Er verließ sich überhaupt nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löste und beschuldigte immer wieder andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein. Er sprach neben den Themen, die auch in den anderen Therapien besprochen wurden, wie Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen und aktuelle Lebenssituationen und Ereignisse, auch über Trennung und Distanz sowie Nähe und dem Wunsch nach Nähe. Sein Therapeut kontrollierte mit seinen Interventionen die Interaktion in der Beziehung mit diesem Patienten kaum bis gar nicht. Er benannte aber sehr bald nach Anfang der Therapie und danach immer wieder ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema. Er legte dem Patienten, der sich für alles verantwortlich fühlte und das Gefühl hatte, sich andauernd rechtfertigen zu müssen, nicht nahe, die Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren, stärkte aber auch nicht die Abwehr.

Patient 19

Die Therapie von Patient 19, die noch fortgesetzt wird, unterscheidet sich von den anderen Therapien in erster Linie darin, dass kaum bedeutsame Items gefunden wurden, die etwas über die Gefühle des Patienten ausdrücken. Dieses Phänomen beschreibt tatsächlich sehr gut das nicht spürbare Affektleben und die kaum vorhandene emotionale Resonanz- und Schwingungsfähigkeit von Patient 19. Im Laufe der Therapie (in der mittleren Phase) entwickelte er auch eine Sucht, indem er ein stark sedierendes Schmerzmittel missbrauchte. In den Sitzungen wurde insgesamt viel über Kognitives gesprochen, wobei sein Therapeut genau vor dieser mittleren Phase immer

wieder versucht hatte, seine Gefühle zu betonen, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erfahren. Die Interventionen des Therapeuten, der im Übrigen ziemlich analytisch arbeitete (er stärkte die Abwehr nicht, interpretierte immer wieder verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten und benannte sich in den Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten wiederholende Themen) zielten darauf ab, den Patienten besser in Kontakt mit seinen verdrängten schmerzvollen Erfahrungen und den damit zusammenhängenden Gefühlen zu bringen. Es ist anzunehmen, dass der Patient eben mit diesen hochkommenden Gefühlen nicht umgehen, diese nicht regulieren konnte und in die Sucht auswich, um sie irgendwie zu ertragen. Hypothese 2c kann aufgrund der genannten dyadenspezifischen Prozessmerkmale für die Therapie von Patient 19 eindeutig bestätigt werden. Diese standen auch in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis (mit den HUSS-Werten) für Patient 19.

Patient 20

Auch die Therapie von Patient 20 unterschied sich von den anderen darin, wie der Patient sich fühlte und verhielt und wie der Therapeut auf den Patienten mit seinen Interventionen reagierte. So empfand Patient 20 immer wieder unangenehme oder schmerzliche Gefühle, fühlte sich insgesamt sehr unzulänglich und unterlegen und sprach affektiv stets sehr beteiligt über seine Erlebnisse. Sein Therapeut arbeitete insgesamt analytisch, indem er immer wieder Themen benannte, die sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholten. Er beruhigte den Patienten nicht und stärkte auch nicht seine Abwehr, interpretierte aber stets verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen und stellte auch Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Nur am Anfang der Therapie fragte er nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen und klarifizierte, formulierte neu oder wiederholte mit anderen Worten, was der Patient gesagt hatte. Inhaltlich hatten die Sitzungen neben den Themen wie Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen und aktuelle Ereignisse, die auch in den anderen Therapien thematisiert wurden, auch deutlich unterschiedliche Themen, wie die Sexualität und die Liebesbeziehungen des Patienten sowie die therapeutische Beziehung. Hypothese 2c kann aufgrund der genannten Besonderheiten in seiner Therapie, die auch in einem signifikanten Zusammenhang mit dem Therapieergebnis stehen, auch für Patient 20 eindeutig bestätigt werden.

Die Befunde für Patient 16 stimmen mit Ergebnissen des Psychotherapieforschungsprojektes der Menninger Stiftung überein. Wallerstein u. a. (2001) hatten ebenfalls festgestellt, dass die Ergebnisse der Psychoanalyse und die verschiedener Kombinationen expressiv-supportiver Psychotherapien eher dazu tendierten zu konvergieren und nicht, wie angenommen, zu divergieren. Außerdem hatten alle analytische Behandlungen mehr supportive Elemente als ursprünglich angenommen beinhaltet und die in den supportiveren Therapien erzielten Veränderungen erwiesen sich oft genug als mindestens genauso strukturell wie die Veränderungen, die in den analytischen Therapien erzielt wurden. Die supportiven Elemente erklärten mehr substanzielle Veränderungen als ursprünglich angenommen. Schließlich

schien sogar effektive Konfliktlösung nicht notwendig für Veränderung als Folge der Therapie zu sein (Wallerstein, 2001a, S. 49 f.). In ähnlicher Weise scheinen die Ergebnisse von Ablon, Levy und Katzenstein (2006) zu denen der Therapie von Patient 16 zu passen. Die Forscher stellten nach der Untersuchung der Therapien auf der Einzelitemebene fest, dass besonders die Betonung der Gefühle in der Therapie von Patienten mit Panikstörungen und Angst mit positiven Therapieergebnissen assoziiert werden konnte. Die Benennung und Erforschung von negativen Gefühlen, wie Scham und Schuld, die Äußerung von negativen Gefühlen dem Therapeuten gegenüber sowie das Hinweisen auf Gefühle, die für den Patienten eher unangenehm und unakzeptabel waren, führten eher zu positiven Therapieergebnissen (Ablon u. a., 2006, S. 226). Einige dieser Interventionen konnten auch in der Therapie von Patient 16 wiedergefunden werden, vor allem hinsichtlich der Betonung der negativen Gefühle des Patienten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass jedes therapeutisches Paar sich auf der Basis einer guten, tragenden, von Vertrauen und gegenseitigem Respekt gekennzeichneten therapeutischen Beziehung in seinen Interaktionen aufeinander abstimmte. Auf den jeweiligen Patienten eingestellt, wichen die Therapeuten – zeitweilig oder durchgehend – mehr oder minder stark von der klassischen analytischen Haltung und Technik ab und nahmen gelegentlich auch eine supportivere Haltung ein (am markantesten bei Patient 16). Patient und Therapeut fanden offensichtlich bei jedem der hier untersuchten Paare ihre ganz eigene Interaktion und ihren speziellen Umgang miteinander. Sie wirkten also, ganz im Sinne der intersubjektiven Sichtweise, aufeinander ein und beeinflussten sich gegenseitig. Es scheint den Therapeuten gelungen zu sein, die Bedürfnisse der Patienten (bis auf Patient 19, dessen Therapie weniger erfolgreich verlief) in ihrem Beziehungsverhalten zu berücksichtigen und so die Beziehung komplementär zu gestalten.

Während also das Ziel der Psychoanalyse weiter das alte geblieben ist – die Heilung der Patienten – tragen die *intersubjektive Wende* in der Psychoanalyse und die Integration von Erkenntnissen aus der Säuglingsforschung und den Neurowissenschaften in das psychoanalytische Wissen dazu bei, dass sich unsere Auffassung des Prozesses, der zu diesem Ziel führt, von Grund auf erneuert und es wird viel mehr Nachdruck auf die persönliche Begegnung zweier Subjekte im therapeutischen Prozess gelegt, resümiert Jaenicke (2010) in seinem Buch *Veränderungen in der Psychoanalyse. Selbstreflexionen des Analytikers in der therapeutischen Beziehung*. Ihm zufolge können und müssen wir „zwar von der Vielzahl kluger theoretischer Schlussfolgerungen, die uns unsere Wissenschaft an die Hand gibt, Gebrauch machen, aber unsere Grundhaltung ändert sich trotzdem – weil sämtliche diagnostische Kriterien, Beschreibungen der Technik, Persönlichkeits- und Störungstypologien, Theorien und Metatheorien durch die höchst idiosynkratischen subjektiven Welten der Beteiligten und ihr auf einzigartige Weise geschaffenes intersubjektives Feld hindurchgehen müssen, welches sich durch den Prozess der wechselseitigen Beeinflussung entfaltet und

der Begegnung einer jeden therapeutischen Dyade ihr spezifisches Gepräge gibt” (Jaenicke, 2010, S. 25). Ablon (2005) sagt hierzu Ähnliches: „Our research on single cases suggests, in fact, that every dyad has its own unique pattern of interaction that defines the process of the treatment and is co-created” (Ablon, 2005b, S. 593). Dies bedeute aber keineswegs, so Jaenicke weiter, dass das Prinzip der Asymmetrie über Bord geworfen wird. Es behält weiter seine zentrale Rolle, indem die Therapeuten auf der asymmetrischen Ebene der Begegnung stets die ausgebildeten Experten bleiben. Die Asymmetrie bietet Klarheit nicht nur bei der funktionalen Unterstützung des Patienten und bei der Festlegung und Aufrechterhaltung des Settings, das beiden Beteiligten Sicherheit bietet, sondern auch bei der Verantwortung für den psychotherapeutischen Prozess, die in den Händen des Therapeuten bleibt (Jaenicke, 2010, S. 23 f.). Und doch ändert die Asymmetrie, so auch die Auffassung der psychoanalytischen Selbstpsychologin Judith Guss Teicholz (2007), die Jaenicke mehrfach zitiert, „an der Bidirektionalität des Einflusses nicht das Geringste, weder in den dyadischen Beziehungen in der Entwicklung noch in der analytischen Dyade” (Teicholz, 2007, S. 273).

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse bezüglich der Verteilung von wirkmächtigen Prozessmerkmalen (Patient, Therapeut, Interaktion oder Inhalt)

Wie in dem Unterkapitel 2.2.3 bereits erwähnt, herrscht unter Analytikern immer noch weitgehend Uneinigkeit darüber, ob mehr die Wirkfaktoren auf Seiten des Therapeuten oder die auf Seiten des Patienten die große Variationsbreite in den Behandlungsergebnissen erklären und vorhersagen können.

Folgende Verteilungen wurden in den hier untersuchten Therapien gefunden:

Gruppe

In der Therapie der Gesamtgruppe zeigten Therapeutenitems (6) eine deutliche zahlenmäßige Überlegenheit gegenüber Patientenitems (2) und Inhaltsitems (4). Interaktionsitems (6) waren genauso oft bedeutsam wie Therapeutenitems.

Patient 16

In der Therapie von Patient 16 zeigte sich eine leichte zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (10) gegenüber Patientenitems (9). Interaktionsitems (10) wurden genauso oft bedeutsam eingeschätzt wie Therapeutenitems. Schließlich wurden 5 ausschlaggebende Inhaltsitems für die Therapie von Patient 16 gefunden.

Patient 18

In der Therapie von Patient 18 zeigte sich eine eindeutige zahlenmäßige Überlegenheit der Patientenitems (12) gegenüber Therapeutenitems (4), Interaktionsitems (8) und Inhaltsitems (5).

Patient 19

In der Therapie von Patient 19 zeigte sich eine sehr deutliche zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (9) gegenüber Patientenitems (1) und Inhaltsitems (4). Interaktionsitems (6) waren nach Therapeutenitems die häufigsten in den Sitzungen.

Patient 20

In der Therapie von Patient 20 zeigte sich eine deutliche zahlenmäßige Überlegenheit der Therapeutenitems (9) gegenüber Patientenitems (4) und Interaktionsitems (5). Inhaltsitems (9) waren ungewöhnlicherweise genauso oft bedeutsam wie Therapeutenitems.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass in der Therapie der einzelnen Dyaden und auch der Gruppe sowohl Patienten- als auch Therapeuten-, Interaktions- und Inhaltsmerkmale bedeutsam waren und signifikant zu positiven Therapieergebnissen beitrugen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Insgesamt zeigte sich (mit Ausnahme von Patient 18) eine leichte bis sehr deutliche Überlegenheit der therapeutischen Prozessmerkmale (Therapeuten-PQS-Items) gegenüber den anderen Prozessmerkmalen. An zweiter Stelle standen meist die Interaktionsitems, an dritter Stelle abwechselnd die Inhalts- und die Patientenitems. Nur in der Therapie von Patient 18 dominierten eindeutig die Patienten-Prozessmerkmale. Bei Patient 20 waren die Inhaltsitems zahlenmäßig genauso wichtig wie die Therapeutenitems.

Diese Befunde stimmen nicht mit den Ergebnissen von Sandell (2007) überein. Er fand in seinen Untersuchungen im Rahmen des bereits mehrfach erwähnten STOPPPP-Projektes, dass die Relevanz der beiden Therapiepartner zwischen den verschiedenen Ergebnisvariablen nur leicht differierte und zwar so, dass die Untersucher diese Differenz nicht interpretieren konnten. Im Hinblick auf das Gesamtergebnis, so Sandell, schienen Patient und Therapeut also annähernd gleich relevant zu sein, wenn auch mit einer leichten Priorität zugunsten des Patienten (Sandell, 2007, S. 475).

Auch stimmen diese Ergebnisse nicht mit denen der, von Sandell (2007) ebenfalls erwähnten, Studien von Wampold (2001) sowie Norcross und Lambert (2006) überein, wonach 10% der Therapieergebnisse auf den Therapeuten und 6 bis 7% auf die therapeutische Allianz zurückführbar sind, wobei letztere auch von der Person des Therapeuten abhängt. Was den Einfluss des Patienten betrifft, so zitiert Sandell ebenfalls Norcross und Lambert (2006), die meinen, dass zwischen 65 und 80 Prozent der Behandlungsergebnisse auf diesen zurückzuführen seien, während Wampold (2001) diesen Anteil sogar noch höher, auf 80 bis 85 Prozent, schätzte (Sandell, 2007, S. 463 f.).

Zusammenfassung und Diskussion bezüglich Prozessveränderungen in den untersuchten Therapien

In einem nächsten und abschließenden Schritt wurden der Therapieverlauf der Gruppe und der Einzelfälle darauf untersucht, ob und ggf. wie der therapeutische Prozess sich veränderte. So konnten weitere Besonderheiten der Therapien bezogen auf die sogenannte **Prozessveränderung** analysiert werden.

Gruppe

Es zeigt sich eine deutliche Veränderung des therapeutischen Prozesses der Gruppe zu T6, wobei PQS-Daten hier nur noch zu Patient 4 und 20 vorliegen, die die Therapie über die kassenfinanzierte Leistung hinaus fortsetzten. Es ist natürlich fraglich, ob nur zwei Patienten für die ganze Gruppe repräsentativ sind. Beobachtet werden konnte immerhin, dass die Patienten 4 und 20 zu T6 besonders introspektiv wurden (Item 97) und das Selbstbild (PDT-Item 35) zum dominierenden Thema in den Gesprächen wurde. Gleichzeitig fühlten sich diese zwei Patienten in den Sitzungen weniger sicher (Item 44) als zu allen vorherigen Messzeitpunkten. Hierzu komplementär verhielten sich die Therapeuten zu T6 ausgesprochen nicht herablassend (Item 51). Als Intervention zu T6 dominierte eindeutig die Benennung von sich in Erfahrungen oder im Verhalten der Patienten wiederholenden Themen (PDT-Item 62), während die Abwehr der Patienten überhaupt nicht mehr gestärkt wurde (Item 89). Dies könnte als die Herausbildung eines analytischen Prozesses zwischen den Messzeitpunkten T5 und T6 verstanden werden.

Patient 16

In der Therapie von Patient 16 können keine eindeutigen Phasen unterschieden werden. Die eher nur wenigen dynamischen Items tauchen nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt auf – wie bei der Gesamtgruppe zu T6 –, sondern immer wieder zu diversen Messzeitpunkten. Deswegen, und auch aufgrund der sehr großen Anzahl von statischen PQS-Items, kann die Therapie von Patient 16 bezogen auf die bedeutsamen Prozessmerkmale insgesamt eher als homogen betrachtet werden.

Patient 18

Auch in der Therapie von Patient 18 können, ähnlich wie bei Patient 16, keine eindeutigen Phasen identifiziert werden. Jedoch gibt es eine besondere Sitzung und zwar zum Messzeitpunkt T4_2, in der alles anders als vorher war: Der Patient weigerte sich in dieser Sitzung sehr stark, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen könnten (Item 58). Auch verließ er sich zu diesem Messzeitpunkt sehr stark darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52). Der Therapeut kontrollierte in dieser Sitzung die Interaktion, obwohl er dies sonst nie tat (CBT-Item 17), während der Patient sehr unangenehme und schmerzliche Gefühle empfand (IPT-Item 26) und darum rang, seine Gefühle und Impulse zu kontrollieren (Item 70).

Patient 19

Bei Patient 19 können ebenfalls keine derart klaren Phasen wie bei der Gruppe und, nachfolgend, bei Patient 20 identifiziert werden. Feststellbar ist, dass der Therapeut in der mittleren Phase der Therapie eher die Gefühle des Patienten betonte, um ihm so zu helfen, diese intensiver zu erfahren (Item 81), während er in späteren Phasen der Therapie eher unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen interpretierte (67) sowie auf Abwehrmechanismen des Patienten hinwies (Item 36). Vor allem zum Schluss war der Patient nicht besorgt wegen seiner Abhängigkeit von seinem Therapeuten (Item 8).

Patient 20

Ab dem zweiten bis dritten Messzeitpunkt (also nach ca. 80-160 Sitzungen) zeigt sich eine deutliche Veränderung in der Therapie von Patient 20. Ungefähr ab T2 fühlte sich der Patient immer unzulänglicher (Item 59) und empfand immer wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle (Item 26). Ebenfalls ab diesem Messzeitpunkt bildete das Selbstbild (Item 35) einen eindeutigen Fokus der Gespräche, ab T3 wurden dann auch sexuelle Themen besprochen (Item 11). Über aktuelle und kurz zurückliegende Situation wurde zwischen T3 und einschließlich T5 nicht gesprochen (Item 69). Der Therapeut interpretierte ab T2 oft unbewusstes Material (Item 67) und stellte Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und Beziehungen außerhalb der Therapie her. Ab T3 war der Therapeut auch weniger einfühlsam (Item 6), erst zu T6 wurde seine Empathie wieder stärker. Ab T2 fragte er nicht mehr nach ausführlicheren Schilderungen (Item 31), benannte jedoch sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen (Item 62). Über Terminvereinbarungen und das Honorar wurde ab T2 bis einschließlich T5 nicht gesprochen, jedoch vorher und nachher. Diese Ergebnisse stimmen mit Befunden von Jones, Parke und Pulos (1992) überein, die in den von ihnen untersuchten 30 psychodynamischen Kurzzeittherapien, neben den oben diskutierten Ergebnissen, auch feststellten, dass im Verlauf der Therapien eine leichte Veränderung von einer externen, an der Realität orientierten Konstruktion der persönlichen Probleme hin zu einer Betonung der inneren Erfahrungen der Patienten und zur immer mehr ins Zentrum rückenden therapeutischen Beziehung zu beobachten war (Jones u. a. 1992; Ablon u. a., 2011, S. 18).

Ein weiteres Resultat der Auswertung ist also, dass in manchen Verläufen eindeutige Veränderungen des Prozesses zu beobachten sind, während in anderen sowohl Patienten als auch Therapeuten sich tendenziell gleichbleibend verhalten, fühlen, intervenieren etc.

Abschließend seien noch einige Studienergebnisse dargestellt, die ähnlich wie hier psychoanalytische Einzeltherapien auf der Ebene von Einzelitems vor allem bezogen auf Prozessveränderung mit der Methode des PQS untersuchten.

Bereits 1990 führten Jones und Windholz Untersuchungen auf der Ebene von Einzelitems mit der Methode des PQS durch. Sie analysierten den Einzelfall von *Frau C.* (mit einer Dauer von ca. 6 Jahren und 1100 Sitzungen). Das Ergebnis der Analyse wurde sowohl von der Patientin als auch vom Analytiker als erfolgreich bis sehr erfolgreich beurteilt. Die Patientin, eine attraktive, verheiratete Sozialarbeiterin, Ende zwanzig, kam wegen Problemen bezüglich ihres Sexuallebens in die Therapie. Sie litt zudem unter Selbstwertproblemen. Ihr Ehemann, ein erfolgreicher Geschäftsmann, mit dem sie zum Zeitpunkt der Erstgespräche seit etwa zwei Jahren verheiratet war, habe ihr gedroht, sich zu trennen, wenn sie ihre sexuellen Probleme nicht überwinde. Alle Sitzungen der Analyse wurden tonbandaufgenommen und pro Behandlungsjahr je 10 Sitzungen mit dem PQS ausgewertet (Jones u. Windholz, 1990, S. 992 f.). Schließlich wurden die Daten, in einem ähnlichen Verfahren wie in dieser Arbeit, auf zweierlei Weise untersucht: Einerseits wurde nach *statischen Items* gesucht, die konstant bedeutsam für die Therapie von Frau C. waren. Andererseits wurde analysiert, wie der Prozess sich im Laufe der Zeit veränderte und ob *dynamische, phasenspezifische bedeutsame Items* zu finden waren. Die statischen Items, welche die Therapie von Frau C. am ehesten beschrieben, waren die folgenden: Der Therapeut war im Verlauf der Therapie durchgehend neutral (Item 93), selbstsicher (Item 86) und nicht supportiv (Item 45). Er beruhigte die Patientin nicht (Item 66) und gab ihr auch keine Ratschläge (Item 27). Die Patientin war ängstlich und angespannt (Item 7), sie initiierte durchgehend wichtige Themen (Item 15), war aber nicht kontrollierend (Item 87) oder fordernd (Item 83). Der Therapeut verstand den analytischen Prozess über die ganze Therapie hinweg richtig (Item 28). Weder provozierte der Analytiker die emotionale Balance der Patientin, noch half er ihr, ihre Abwehr aufrechtzuerhalten und zu stärken (Item 89) (Jones u. Windholz, 1990, S. 994 ff.). Bei der Untersuchung des Verlaufs und dessen, was sich Jahr für Jahr in der Analyse von Frau C. geändert hatte, fanden die Forscher, dass das Gespräch in den Sitzungen immer weniger intellektualisierend wurde und die Patientin einen immer größeren Zugang zu ihrem emotionalen Erleben gewann. Parallel dazu wuchs die Kapazität der Patientin zum freien Assoziieren. Der Analytiker forderte mit der Zeit immer öfter die Sichtweise von Frau C. heraus, identifizierte immer öfter sich wiederholende Muster im Verhalten der Patientin, deutete zunehmend ihre Abwehr und betonte die Gefühle, welche die Patientin für inakzeptabel hielt und als schmerzlich empfand. In der späteren Phase der Therapie konnten auch deutliche Anzeichen für Übertragungsphänomene gefunden werden. So wurden eine Zeit lang die Symptome von Frau C. ausgeprägter und ihr Widerstand stärker. Sie empfand immer öfter verstörende Gefühle dem Analytiker gegenüber, wie Schuld, aber auch Feindseligkeit. Dennoch zeigte sie auch zu diesen Zeiten eine konsistente Bereitschaft zur Mitarbeit. In einer noch späteren Phase der Therapie konnten Evidenzen für die Auflösung der Übertragungswiderstände gefunden werden. So sprach die Patientin offener über ihre Gefühle, Wünsche und Phantasien, auch bezogen auf ihre sexuellen Wünsche und die Notwendigkeit von Intimität. Es konnte außerdem eine signifikante Erleichterung bezogen auf die Schuldgefühle, Ängstlichkeit und das Gefühl, nicht gut genug zu sei, beobachtet werden (Jones u. Windholz, 1990, S. 1010 f.).

In dem vergangenen Jahrzehnt wurde zunehmend auch mehr Forschung an Einzelfällen mit der Methode des PQS gemacht und daraus wertvolle Erkenntnisse auch für die Praxis gewonnen. So wendeten Albani u. a. diese Methode an einem psychoanalytischen Einzelfall, der *Amalia X.* genannt wurde, an. Die Therapie von Amalie, die mit Depressionen, Ängsten und Beziehungsproblemen (Beziehungsunfähigkeit) aufgrund einer angeborenen starken Körperbehaarung in die Therapie kam, dauerte 517 Therapiesitzungen und wurde sowohl klinisch als auch testpsychologisch als erfolgreich eingestuft. In den 2001 veröffentlichten Studienergebnissen wurden die Auswertungen der ersten und letzten fünf Sitzungen beschrieben. Die Forscher fassten ihre Ergebnisse so zusammen, dass die ersten und letzten Stunden der Therapie nicht *typisch analytisch* waren, was damit stimmig ist, dass am Anfang und Ende jeder analytischen Therapie der wirkliche analytische Prozess erst beginnt bzw. zu Ende geht. Das Verhalten des Therapeuten war die meiste Zeit über darauf ausgerichtet, eine tragfähige therapeutische Beziehung und ein gutes Arbeitsbündnis aufzubauen und aufrechtzuerhalten, was auch die Befunde dieser Promotionsarbeit stützt. Am Anfang der Therapie fragte der Therapeut mehr nach, klarifizierte, konfrontierte auch, benannte sich wiederholende Themen und war insgesamt supportiver. Die Patientin war bereit, sich mit ihren Gedanken und Gefühlen auseinanderzusetzen, sie schien also für die Therapie motiviert zu sein. In der Endphase der Therapie war die Patientin in der Lage, aggressive Gefühle auszudrücken und ihre Träume zu deuten, was für den Erfolg der Therapie spricht. In der Abschlussphase waren mehr die Patienten- sowie die Interaktionsitems und weniger die Therapeutenitems relevant, was nach Auffassung der Autoren zeigt, dass der Therapeut die Kontrolle weitgehend der Patientin überließ (Albani u. a., 2001, S. 222; Ablon u. a., 2011, S. 36 ff.).

Levy, Ablon, Ackerman und Seybert untersuchten (2008) dann nur eine einzige Sitzung aus dem vorhandenen Material von *Amalia X* sehr ausführlich mit der Methode des PQS. Die 152. Sitzung war, so die Autoren, die psychoanalytischste im Verlauf der Therapie: Es wurden Träume und Phantasien der Patientin besprochen (Item 90), der Therapeut versuchte, der Patientin das Erzählen zu erleichtern (Item 3), interpretierte abgewehrte, verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Ideen der Patientin (Item 67). Die analytische Beziehung war im Zentrum des Gespräches (Item 98), der Analytiker wies auf Gefühle der Patientin hin, die diese für nicht akzeptabel hielt wie z.B. Neid, Ärger und Wut (Item 50). Der Therapeut stärkte nicht die Abwehr der Patientin (Item 89), sie fühlte sich verstanden (Item 14), war aktiv und beteiligt und initiierte wichtige Themen (Item 15). Es wurden reale bzw. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen aktiv und differenziert besprochen (Item 68) (Albani u. a., 2008, S. 18 ff.; Ablon u. a., 2011, S. 38 f.).

Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse bezüglich des Interaktionsmusters: *Negative Gefühle erleben und bearbeiten*

Des Weiteren konnte mit dem Auftauchen ärgerlicher und schmerzhafter Gefühle ein wichtiges Interaktionsmuster bzw. dessen Fehlen beobachtet werden, das sich in allen vier Therapien gezeigt hat und stets mit den guten bzw. schlechten HUSS-Ergebnissen in signifikanten

und sinnvollen Zusammenhang zu bringen ist.

Patient 16

Patient 16 empfand in seiner Therapie oft unangenehme und schmerzliche Gefühle, klagte immer sich selber und nicht andere an, war stets angespannt und sprach affektiv immer sehr beteiligt über ihre Erlebnisse. Sein Therapeut konzentrierte sich, in der analytischen Haltung bleibend und die Abwehr nicht stärkend, sehr auf diese negativen und schmerzvollen Empfindungen, interpretierte die damit möglicherweise zusammenhängenden und verdrängten Inhalte, Wünsche und Überzeugungen und sich wiederholende Erfahrungen.

Patient 18

Patient 18 empfand in seiner Therapie ebenfalls immer wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle, sprach affektiv sehr beteiligt über ihre Erlebnisse und sprach Trennungswünsche an, sowie betonte stark (m.E. leugnete), dass er keine Nähe zu Anderen wünscht. Stets war auch Schuld ein Thema: Der Patient, der sich sonst gerne für alles verantwortlich sah, beschuldigte in den Sitzungen mit viel Wut andere. Sein Therapeut kontrollierte die Sitzungen nicht und ließ die Wut des Patienten sich im analytischen Raum entfalten, legte dabei ganz feinfühlig diesem Patienten nicht nahe, die Verantwortung für die eigene Probleme zu akzeptieren, stärkte aber auch die Abwehr nicht, benannte aber immer wieder die Erfahrungen, die sich möglicherweise im Zusammenhang mit diesen Gefühlen wiederholten.

Patient 19

Patient 19 konnte zwar affektiv beteiligt über seine Erlebnisse sprechen, dennoch schien er in den Sitzungen – im Gegensatz zu Patient 16 und 18 – die alten, wunden Gefühle nicht neu erspüren zu können. Sein Therapeut versuchte immer wieder schmerzvolle Erfahrungen zu benennen, die sich im Leben des Patienten wiederholten, wies wiederholt auf seine Abwehrmechanismen hin, betonte seine Gefühle, um ihn zu helfen, diese intensiver zu erfahren und interpretierte immer wieder verdrängte und unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen. Trotzdem scheint er an den Patienten gefühlsmäßig nicht herangekommen zu sein. Als die Abwehr anfang zu bröckeln, griff der Patient, wie bereits erwähnt, zu Medikamenten und Alkohol, die ihn betäubten und so vor den aufkommenden schmerzvollen Inhalten schützten. So blieben die Gespräche insgesamt eher auf einem kognitiven Niveau, was m. E. in einem Zusammenhang mit dem (bis zum entsprechenden Messzeitpunkt) im Vergleich mit den anderen Verläufen schlechteren Therapieergebnis zu sehen ist.

Patient 20

Patient 20 sprach in seinen Sitzungen ebenfalls affektiv beteiligt über seine Erlebnisse, empfand oft unangenehme und schmerzliche Gefühle in den Sitzungen, fühlte sich immer wieder unterlegen und unzulänglich. In solchen Zuständen versuchte der Therapeut ihn, sehr analytisch, nicht zu beruhigen oder zu beschwichtigen, sondern

hielt mit ihm diese Gefühle aus, interpretierte aber die möglicherweise dahinter stehenden unbewussten Überzeugungen und Wünsche und benannte Erfahrungen, die sich möglicherweise im Zusammenhang mit diesen schmerzlichen Gefühlen, im Leben des Patienten wiederholten. Zum Ende der Therapie brachte er auch die Inhalte der Sitzungen immer öfter in Bezug zur therapeutischen Beziehung.

So ist ein weiteres Resultat der Auswertung, dass das Wiederaufleben von schmerzvollen und deshalb verdrängten Gefühlen im therapeutischen Raum und in Anwesenheit des Therapeuten sowie die Arbeit mit und an diesen negativen Gefühlen, die mit frühen und sich seitdem wiederholenden Erfahrungen in Zusammenhang gebracht werden, unerlässlich ist, um gute Therapieergebnisse, also strukturelle Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation zu erreichen.

Wenn sich diese schmerzvolle Erfahrungen auch auf den Therapeuten richten und in Bezug zur therapeutischen Beziehung gesetzt werden können, wie dies bei Patient 20 der Fall war, dann kann man auch über die Entstehung eines analytischen Prozesses sprechen, weil sich die frühen Beziehungen in der Übertragungsbeziehung etabliert haben, dort lebendig und dadurch bearbeitet werden. Der Patient transformiert so, wie von Nissen treffend beschrieben, sein Wissen über seine Konflikte, Defizite, Störungen und Traumata in ein Sein und erlebt diese als Seinszustand, was durch die Anwesenheit und das Miterleben des Analytikers sozial, damit auch nicht mehr rückholbar, sondern wirklich und wahr wird. Damit können der Seinszustand und die daraus entstandenen neuen Erkenntnisse bearbeitet, benannt und damit auf die symbolische und sprachliche Ebene gehoben werden und Eingang in das implizite Gedächtnis und ins Narrative finden (Nissen, 2009, S. 373 f.).

In Bezug auf die hier untersuchten Fälle ist zusammenfassend festzustellen, dass sich ein analytischer Prozess im eigentlichen Sinn nur in der Therapie von Patient 20 entwickelte. Patient 16 und 18 veränderten sich indes strukturell ebenfalls gut bis sehr gut, was neben der Arbeit an den negativen schmerzvollen Erfahrungen und den damit verbundenen negativen Gefühlen auch mit supportiven Vorgehensweisen ihrer Therapeuten zusammenhing.

Zu diesen Ergebnissen passen auch die bereits erwähnten Befunde von Jones und Pulos (1993). Sie fanden heraus, dass psychodynamische Therapien inhaltlich mehr als andere um die Verbindung aktueller und früherer problematischer Gefühle und Erfahrungen des Patienten und ihre Integration kreisten. Die Forscher hatten unter den von ihnen gefundenen vier konzeptuell interpretierbaren Faktoren auch den Faktor: *Negative Gefühle des Patienten* (Jones u. Pulos 1993; Ablon u. a., 2011, S. 19 f.) ausgemacht, wobei sie diesen leider nicht auf seinen Zusammenhang mit dem Outcome untersuchten.

In ähnlicher Weise stellten Ablon, Levy und Katzenstein (2006) fest, dass besonders die *Betonung der Gefühle* in der Therapie von Patienten mit Panikstörungen und Angst mit

positiven Therapieergebnissen assoziiert werden konnte. Die Benennung und Erforschung von negativen Gefühlen, wie Scham und Schuld, die Äußerung von negativen Gefühlen dem Therapeuten gegenüber sowie das Hinweisen auf Gefühle, die für den Patienten eher unangenehm und unakzeptabel waren, führten eher zu positiven Therapieergebnissen (Ablon u. a., 2006, S. 226).

Im Kontext der vorliegenden Arbeit bedeutsam sind schließlich auch Ergebnisse von Jones (2001). Ihm ist es – ebenfalls durch Untersuchungen auf der Einzelitemebene – gelungen, spezifische Interaktionsmuster in zwei Langzeitpsychotherapien von zwei depressiven Patienten, die er *Frau A.* und *Herrn B.* nannte, zu identifizieren und außerdem Zusammenhänge zwischen diesen Interaktionsmustern und den symptomatischen sowie persönlichkeitsstrukturellen Veränderungen der Patienten nachzuweisen. Seine Strategie bestand darin, die Muster der Patienten-Therapeuten-Interaktion innerhalb der und über die Therapiesitzungen hinweg zu fokussieren, die Assoziationsstrukturen zu explorieren sowie die Interaktionssequenzen mit den Patientenveränderungen in Verbindung zu setzen. Er verstand dabei den therapeutischen Prozess als Handlungssequenzen und Ereignisse über die Zeit hinweg. Interaktionsstrukturen definierte er als die beobachtbaren, agierten und emotional erfahrenen Komponenten der Selbst- und Objektrepräsentanzen in der therapeutischen Situation, die nicht alles dynamisch Unbewusste enthalten, jedoch die manifesten, behavioralen Aspekte von Übertragung und Gegenübertragung sind. Die Veränderung der psychischen Struktur wurde dabei mit der Structural Analysis of Social Behavior (SASB) (von Benjamin, 1974) gemessen, symptomatische Veränderungen mit dem Instrument SCL-90-R. Außerdem wurden die Interaktionsmuster mit der Methode des PQS und anhand von Faktoren- und Zeitreihenanalysen erfasst. Wie bereits in der Einleitung zu Hypothese 2 erwähnt, konnten derlei Verfahren aufgrund der kleinen Anzahl von Messzeitpunkten für die vorliegende Promotionsarbeit leider nicht verwendet werden. Jones konnte in der Therapie von Frau A den Faktor *Herausfordern von Rettung* anhand der Zeitreihenanalyse mit positiven therapeutischen Veränderungen in Zusammenhang bringen und zwar sowohl mit dem Verschwinden der Symptomatik, als auch mit weniger werdenden Problemen im Alltag. Die Therapie von Frau A. wurde als insgesamt erfolgreich eingeschätzt, was mit dem sukzessiven gemeinsamen Verstehen der Repräsentation gewisser mentaler Zustände der Patientin in Zusammenhang gebracht wurde, das wiederum ihr Wissen um ihre eigenen Motive erleichterte. Das psychologische Wissen des Selbst konnte sich so im Kontext der Beziehung mit dem Therapeuten entwickeln. In der Therapie von Herrn B. konnten drei Faktoren identifiziert werden: 1. *Gemeinsam Erforschen*, 2. *Widerstand und Rückzug* und 3. *Ärgerliche Interaktionen*, wobei nur der erste und der dritte Faktor von den SCL-90-R-Werten vorausgesagt wurden. Die Intensität der Symptome sagte das Niveau und die Häufigkeit der *ärgerlichen Interaktionen* vorher. In Zeiten, in denen Herr B. eher depressiv verstimmt war, schien ein *Gemeinsames Erforschen* eher möglich zu sein, als in Phasen, in denen er niedergeschlagen und hoffnungslos, gereizt, rivalisierend und dem Therapeuten gegenüber abweisend und ablehnend war. Insgesamt kann man aber sagen, dass die *Ärgerliche Interaktionsstruktur* wahrscheinlich eher ungenügend interpretiert und verstanden wurde, so dass dieses relativ unanalyzierte und unveränderte Interakti-

onsmuster dazu führte, dass der Zustand und die Persönlichkeitsstruktur des Patienten ebenfalls ziemlich unverändert blieben. Die unverstanden gebliebene repetitive Patienten-Therapeuten-Interaktionen konnten nicht in das explizite Bewusstsein integriert werden (Jones, 2001, S. 232 ff.).

Insgesamt geht die Forschung mit der Methode des PQS in die Richtung, dass man auf der Ebene von Einzel-Items einzelne analytische Langzeittherapieverläufe mit möglichst vielen Messzeitpunkten (also anhand möglichst vieler und dicht hintereinander festgehaltener Sitzungsaufnahmen) untersucht, um so Prozessmerkmale, Muster von Prozessmerkmalen, Interaktionsmuster und Prozessveränderungen zu identifizieren, deren Zusammenhang mit dem erzielten Therapieergebnis man dann meist kausal, möglichst aber auch statistisch nachzuweisen versucht. Dies wurde auch in den Untersuchungen der Teilhypothesen 2b und 2c erfolgreich versucht.

5.3 Hypothese 3: Behandlungstechnische Unterschiede unter Berücksichtigung der Strukturniveaus der Patienten bzw. der strukturabhängigen Modifizierung der analytischen Technik

Darauf, dass analytisch arbeitende Psychotherapeuten Patienten mit unterschiedlichen strukturellen psychischen Voraussetzungen unterschiedlich behandeln, d.h. die analytische Technik modifizieren, wurde im theoretischen Teil dieser Arbeit 2.1.4 bereits eingegangen. Dort wurden auch aktuelle modifizierte Behandlungstechniken wie die übertragungsfokussierte, die mentalisierungsbasierte, die strukturbezogene und die psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie dargestellt.

Im Folgenden geht es darum, ob in den hier untersuchten analytischen Langzeittherapien eine Modifizierung der analytischen Technik bei denjenigen Patienten zu finden ist, die anhand der zum ersten Messzeitpunkt gestellten OPD-Diagnosen als eher niedriger strukturiert eingestuft wurden. So wird in Hypothese 3 zunächst global angenommen, dass in den Therapien in Abhängigkeit vom Strukturniveau der Anteil von CBT-, IPT- und PDT-Items variiert und zwar so, dass je niedriger das Strukturniveau eines Patienten ist, umso mehr CBT- und IPT-Items als bedeutsam geratet werden und umso weniger PDT-Items. Auf diese Weise werden die modifizierten analytischen Techniken zunächst simplistisch den direktiveren und aktiveren Prozessmerkmalen der CBT und den supportiveren Prozessmerkmalen der IPT gleichgestellt.

Schließlich wird versucht, auf der Einzelitemebene präziser nach Prozessmerkmalen bzw. Mustern von Prozessmerkmalen zu suchen, die mit den eben genannten modifizierten Vorgehensweisen in Verbindung gebracht werden könnten, um auf diese Weise genauere und ergänzende Befunde zu Hypothese 3 zu ermöglichen.

Die 16 Patienten, für die sowohl HUSS- als auch PQS-Daten vorliegen und somit eine Untersuchung des Zusammenhanges zwischen diesen beiden Datensätzen möglich ist, wurden in einem ersten Schritt je nach ihren strukturellen Integrationsniveaus anhand ihrer OPD-1-Erstdiagnose in drei Gruppen geteilt. Gruppe A (n=5) beinhaltet die Patienten 2, 4, 6, 11 und 18 mit dem Strukturniveau 1.5, d.h. mit einem *mäßig bis gut* integrierten Strukturniveau nach OPD-1. Gruppe B (n=10) umfasst die Patienten 1, 5, 7, 12, 13, 14, 16, 17, 19 und 20 mit dem Strukturniveau 2, d.h. mit einem *mäßig* integrierten Strukturniveau nach OPD-1. Schließlich blieb noch Patient 3 übrig, dem ein Strukturniveau von 2.5, d.h. ein *mäßig bis gering* integriertes Strukturniveau nach OPD-1 attestiert worden war.

Für die angemessene Interpretation der Ergebnisse soll hier nochmals betont werden, dass der HUSS-Messzeitpunkt T6 in den allermeisten Fällen (mit Ausnahme von Patient 4, 7, 15 und 20) bereits ein Katamnese-Ergebnis ist. Zu dem gleichen Messzeitpunkt können

aber keine PQS-Daten vorliegen, weil diese anhand von Sitzungstranskripten geratet werden. Somit kann auch kein Zusammenhang zwischen den HUSS- und den PQS-Werten zu diesem Zeitpunkt erstellt werden. PQS-Daten zum Messzeitpunkt T6 liegen in der hier untersuchten Stichprobe insgesamt nur für die Patienten 4 und 20 vor, welche ihre Therapien bis zu ca. 400 Sitzungen weitergemacht haben, wobei Patient 4 zur Gruppe der mäßig bis gut Integrierten gehört, Patient 20 hingegen zur Gruppe der mäßig Integrierten. Somit war der Vergleich der Behandlungen zu T6 nur noch zwischen diesen zwei Patienten und nicht mehr zwischen zwei Gruppen möglich, was die Aussagekraft der Ergebnisse erheblich einschränkt.

Das Vorgehen zur Prüfung von Hypothese 3 ähnelt insgesamt dem bei Hypothese 2. Es wurden zuerst diejenigen PQS-Items für Gruppe A, Gruppe B sowie Patient 3 aufgelistet, die in den Therapien durchgehend bedeutsam für sie waren, d.h. sie *statisch* am besten beschrieben. Festgelegt wurden die gleichen Kriterien wie bei Hypothese 2: Die über die Zeit gemittelte Werte der einzelnen PQS-Items mussten größer oder gleich 7.5 und kleiner oder gleich 2.5 sein.

Anschließend wurden diejenigen PQS-Items gesammelt, die im Verlauf der Therapien von Gruppe A, Gruppe B und von Patient 3 jeweils *dynamisch* bezeichnend waren. Diese Items waren diejenigen, welche die oben genannten Kriterien zwar nicht erfüllten, jedoch aufgrund ihrer (meist) großen Streuung *zu mindestens zwei* Messzeitpunkten im Verlauf der Therapie als ziemlich oder extrem charakteristisch bzw. ziemlich oder extrem uncharakteristisch bewertet wurden.

Schließlich wurden alle PQS-Items – wiederum analog zu Hypothese 2 – aus der Beschreibung und Interpretation der Ergebnisse ausgeschlossen, für die nach Berechnungen mit dem Pearson-Test keine signifikanten Zusammenhänge mit den HUSS-Werten gefunden wurden.

Die so selektierten, reduzierten und organisierten Informationen sind in den Tabellen 5.28 und 5.29 für Gruppe A, in den Tabellen 5.32 und 5.33 für Gruppe B sowie 5.36 und 5.37 für den Patient 3 dargestellt.

5.3.1 Ergebnisse für Gruppe A mit *gut bis mäßig* integriertem Strukturniveau

Die Fragestellung von Hypothese 3 betrifft zwar nicht das Ausmaß der strukturellen Entwicklungen der Patientengruppen in Abhängigkeit von ihrem anfänglich diagnostizierten Strukturniveau, diese sollen jedoch vor der tatsächlichen Untersuchungen zu Hypothese 3 jeweils kurz dargestellt werden, um später die Prozessergebnisse besser in Zusammenhang mit den HUSS-Entwicklungen bringen zu können.

Ähnlich wie für Hypothese 1 ist in den Tabellen 5.26 und der Graphik 5.7 die zeitliche

Entwicklung der Foki, gruppiert um die drei OPD-Achsen, dargestellt. Ebenso wie bei Hypothese 1 sind die Ergebnisse der anschließenden t-Tests (zur Signifikanzüberprüfung der Mittelwertsunterschiede) aus der darauf folgenden Tabelle 5.27 abzulesen.

Tabelle 5.26: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - GruppeA

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	StdAbw
Beziehung		B	2.45	3.14	3.47	3.62	4.59	5.16	3.74	0.98
		StdAbw(B)	0.36	0.39	0.64	0.88	1.13	0.61	-	-
Konfliktfokus		K	2.45	3.08	3.46	4.13	4.63	4.63	3.73	0.88
		StdAbw(K)	0.47	0.6	0.79	1.62	1.2	0.69	-	-
Strukturfokus		S	2.4	2.75	3.23	3.81	4.49	4.78	3.58	0.95
		StdAbw(S)	0.7	0.75	0.81	1.57	1.19	0.92	-	-

Tabelle 5.27: T-Tests zu Gruppe A

Mess- zeit- punkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.64	0.9	0.78
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.31	0.53	0.46
	P-Wert	0.005	0.002	0.002
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen	0.95	1.08	1.05
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.61	0.75	0.72
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	1.2	1.08	1.18
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.87	0.79	0.88
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	bestätigt	nicht bestätigt	bestätigt

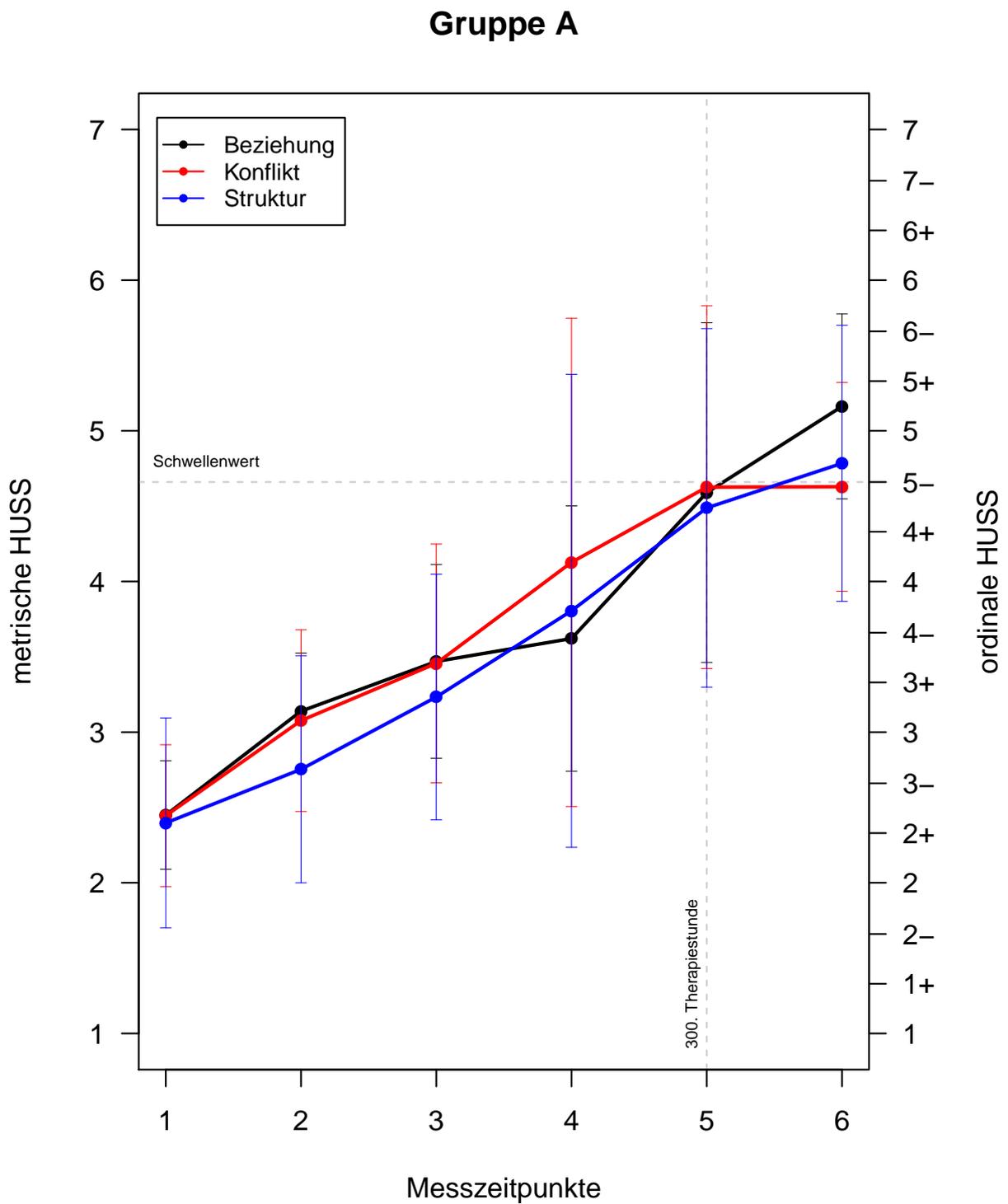


Abbildung 5.7: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Gruppe A

Kurz zusammengefasst erreichte die Gruppe A der mäßig bis gut strukturierten Patienten zu T6 eine Umstrukturierung bezüglich der Beziehungs- (HUSS-Wert zu T6 = 5.16) und Strukturachse (4.78), nicht jedoch bezüglich der Konfliktachse (4.63). Zu T5 konnte noch zu keiner der Achsen eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne beobachtet werden, d.h. die HUSS-Werte von 5- bzw. 4.66 wurden auf keiner der Achsen erreicht. Die Signifikanz der strukturellen Veränderungen kann aber bereits ab T4 für alle Achsen durchgehend bestätigt werden. Die Kurven der positiven strukturellen Veränderungen der drei Achsen verlaufen überdies relativ kontinuierlich nach oben, d.h. die Patienten der Gruppe A verbesserten sich strukturell ziemlich konstant.

Im Folgenden werden die therapeutischen Prozesse der Gruppe A der mäßig bis gut strukturierten Patienten auf die Fragestellung von Hypothese 3 untersucht und mit den HUSS-Ergebnissen in Zusammenhang gebracht.

Tabelle 5.28: Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe A (mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.21	0.46	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.78	0.60	PDT	Therapeut - Haltung	+
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1.98	0.46	keine	Therapeut - Haltung	-
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.14	1.40	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.20	1.40	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.96	0.68	IPT/CBT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.96	0.48	keine	Interaktion	-
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.	2.50	1.28	IPT	Therapeut - Intervention	-
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.50	0.95	IPT/CBT	Inhalt	+
77	Der Therapeut ist taktlos.	2.38	0.47	keine	Therapeut - Haltung	-

Tabelle 5.29: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe A (mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
18	Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.	T5_1, T5_2, T6_2	8, 8.5, 8	PDT	Therapeut - Haltung	+
25	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.	T5_2, T6_2	2, 8	keine	Patient - Verhalten	-
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	T6_1, T6_2	9, 8	IPT	Patient - Gefühl	+
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	T5_2, T6_1	8, 8	IPT	Patient - Gefühl	+
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	T6_1, T6_2	9, 8	PDT	Inhalt	+
37	Der Therapeut verhält sich lehrerhaft.	T6_1, T6_2	2, 2	CBT	Therapeut - Haltung	-
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	T1_1, T4_2, T5_2, T6_2	2, 1.90, 1, 8	keine	Interaktion	-
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.	T5_2, T6_1	2, 2	IPT/CBT	Therapeut - Haltung	-
47	Wenn sich die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.	T5_1, T6_1	8, 2	keine	Interaktion	+
50	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung.)	T5_1, T5_2	8.5, 8	PDT	Therapeut - Intervention	+
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	T5_1, T6_2	2, 1	keine	Therapeut - Haltung	-
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	T5_1, T5_2, T6_1, T6_2	1.5, 1, 2, 2	keine	Patient - Verhalten	-
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	T5_2, T6_1, T6_2	8, 8, 8	PDT	Therapeut - Intervention	+
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	T1_2, T2_1, T6_1, T6_2	8.5, 8, 8, 8	IPT	Inhalt	+
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	T1_1, T5_1, T5_2, T6_1	8, 8, 8.5, 8	CBT	Interaktion	+
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	T5_1, T5_2, T6_1, T6_2	1.5, 2, 2, 2	keine	Therapeut - Intervention	-
93	Der Therapeut ist neutral.	T5_1, T6_1	8, 8	PDT	Therapeut - Haltung	+
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	T5_1, T6_2	8, 8	keine	Patient - Verhalten	+

Bei der Gruppe A mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau wurden zehn statisch und 18 dynamisch bedeutsame, also insgesamt 28 bedeutsame PQS-Items (Prozessmerkmale) gefunden. Davon waren sieben (25 %) IPT-Items, sechs (21.43 %) PDT-Items und fünf (17.85 %) CBT-Items, wobei manche Items mehreren Therapierichtungen zugeordnet wurden. Insgesamt waren 15 der 28 bedeutsamen Items therapierichtungsspezifisch und 13 gehörten keinem der Prototypen an.

Im nächsten Schritt erst wird der Therapeutische Prozess bezüglich der Fragestellung von Hypothese 3 untersucht und mit den HUSS-Ergebnissen in Zusammenhang gebracht.

Bei Gruppe A mit gut bis mäßig integriertem Strukturniveau wurden am häufigsten die interpersonalen Prozessmerkmale als bedeutsam gewertet. Am zweithäufigsten waren die psychodynamischen, am dritthäufigsten die kognitiv-behavioralen Prozessmerkmale bedeutsam.

Detaillierte Beschreibung der Therapien der Gruppe A

Anhand der 28 bedeutsamen PQS-Items für Gruppe A lassen sich deren Therapien folgendermaßen beschreiben:

- Über die **Haltung der Therapeuten** kann gesagt werden, dass die Therapeuten der Gruppe A nicht taktlos (Item 77), sondern stets empfänglich, affektiv involviert (Item 9) und empathisch (PDT-Item 6) waren. Sie beruhigten durchgehend ihre Patienten nicht (IPT-Item 66). Vor allem zum Ende der Therapie hin vermittelten sie Wertschätzung (PDT-Item 18) (T5_1, T5_2 und T6_2), verhielten sich (T6_1 und T6_2) nicht lehrerhaft (CBT-Item 37) oder herablassend (Item 51) (T5_1 und T6_2) und nahmen keine supportive Haltung ein (IPT/CBT-Item 45) (T5_2 und T6_1). Sie waren ebenfalls in der Endphase der Therapie besonders neutral (PDT-Item 93) (T5_1 und T6_2) und stärkten die Abwehr nicht (Item 89) (T5_1, T5_2, T6_1 und T6_2).
- Über das **Commitment oder die Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit** kann gesagt werden, dass die Patienten der Gruppe A die Bemerkungen ihrer Therapeuten nicht zurückwiesen (Item 42), stets Themen initiierten (Item 15) und brachten vor allem am Anfang (T1_1) und zum Schluss (T5_1, T5_2 und T6_1) relevante Themen zur Sprache (Item 88). Die Patienten der Gruppe A hatten bisweilen keine Schwierigkeiten damit, die Stunde zu beginnen (Item 25) wie beispielshalber zu T5_2, gelegentlich aber doch, wie zu T6_2. Sie weigerten sich vor allem gegen Ende der Therapie (T5_1, T5_2, T6_1 und T6_2) nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinanderzusetzen, die möglicherweise mit der Genese ihrer Probleme in Zusammenhang stehen (Item 58). Zu T5_1 und T6_2 zeigten sie sich zudem besonders introspektiv (Item 97).

- Bezeichnend für das **Klima der therapeutischen Zusammenarbeit** war, dass die Patienten durchgehend keine Schwierigkeiten damit hatten, die Bemerkungen ihrer Therapeuten zu verstehen (Item 5), sie fühlten sich stets von ihren Therapeuten verstanden (Item 14) und waren, außer zu T6.2, eher nicht misstrauisch, sondern fühlten sich sicher. Zu T6.2 waren sie jedoch sehr misstrauisch (Item 44).
- **Inhaltlich** kamen spezifische Themen (IPT/CBT-Item 23) zur Sprache: vor allem die zwischenmenschliche Beziehungen (IPT-Item 63), aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse (IPT/CBT-Item 69) sowie schließlich zu T6.1 und T6.2 auch das Selbstbild (PDT-Item-35). Außerdem sprachen die Patienten vor allem zu T5.2 und T6.1 von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe (IPT-Item 33).
- Über die **Interventionen der Therapeuten** kann gesagt werden, dass die Therapeuten sich teilweise darauf einstellten, die Beziehung zu verbessern, wenn diese sich schwierig gestaltete wie zu T5.1, teilweise jedoch gar nicht wie zu T6.1 (Item 47). Sie lenkten vor allem zu T5.1 und T5.2 die Aufmerksamkeit auf diejenigen Gefühle der Patienten, die diese für inakzeptabel hielten (PDT-Item 50) und benannten vor allem T5.2, T6.1 und T6.2 sich in der Erfahrung oder im Verhalten der Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62).
- Die **Patienten empfanden** vor allem zu T6.1 und T6.2 unangenehme und schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26).

5.3.2 Ergebnisse für Gruppe B mit *mäßig* integriertem Strukturturniveau

Ähnlich wie für Hypothese 1 und Gruppe A ist in den Tabellen 5.30 und der Graphik 5.8 zunächst die zeitliche Entwicklung der Foki, gruppiert um die drei OPD-Achsen, dargestellt. Anschließend können die Ergebnisse der t-Tests zur Signifikanzüberprüfung der Mittelwertsunterschiede aus der Tabelle 5.31 abgelesen werden.

Tabelle 5.30: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Gruppe B

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	StdAbw
Beziehung		B	2.37	2.89	3.33	4.11	4.33	4.93	3.66	0.96
		StdAbw(B)	0.31	0.44	0.55	1.09	0.33	1.14	-	-
Konfliktfokus		K	2.47	3.03	3.35	4.25	4.19	5.1	3.73	0.96
		StdAbw(K)	0.55	0.52	0.63	1.11	0.69	0.92	-	-
Strukturfokus		S	2.39	2.8	3.41	4.18	3.93	4.66	3.56	0.86
		StdAbw(S)	0.6	0.61	0.61	1.06	0.76	1.09	-	-

Kurz zusammengefasst erreichte die Gruppe B der mäßig strukturierten Patienten zu T6 eine Umstrukturierung bezüglich aller drei OPD-Achsen. Auf der Beziehungsachse erreichte sie einen HUSS-Wert von 4.93, auf der Konfliktachse 5.1 und schließlich auf der Strukturachse – über alle hierzu gehörenden Foki – einen Wert von 4.66. Zu T5 konnte noch zu

Tabelle 5.31: T-Tests zu Gruppe B

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen	0.94	0.94	1
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.55	0.52	0.57
	P-Wert	0.002	0.003	0.003
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen	1.03	0.93	0.89
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.7	0.6	0.54
	P-Wert	0	0	0.001
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	nicht bestätigt	nicht bestätigt	nicht bestätigt
T6	Mittelwert der Paardifferenzen	1.2	1.17	1.03
	mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	0.89	0.85	0.73
	P-Wert	0	0	0
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung	bestätigt	bestätigt	bestätigt
	Hypothese einer Umstrukturierung	bestätigt	bestätigt	bestätigt

keiner der Achsen eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne beobachtet werden, d.h. die HUSS-Werte von 5- bzw. 4.66 wurde auf keiner der Achsen erreicht. Die Signifikanz der strukturellen Veränderungen kann aber bereits ab T4 für alle Achsen durchgehend bestätigt werden. Die Kurven der positiven strukturellen Veränderungen der drei Achsen verlaufen bis zu T4 zudem relativ kontinuierlich nach oben, d.h. die Patienten der Gruppe B verbesserten sich bis zu diesem Messzeitpunkt strukturell ziemlich konstant. Zwischen T4 und T5 zeigte sich in dieser Gruppe bezüglich der Konflikt- und Strukturachse jedoch ein leichter Rückgang, d.h. eine leichte Verschlechterung der Patienten.

Im Folgenden werden die therapeutischen Prozesse der Gruppe B der mäßig strukturierten Patienten auf die Fragestellung von Hypothese 3 untersucht und mit den HUSS-Ergebnissen in Zusammenhang gebracht.

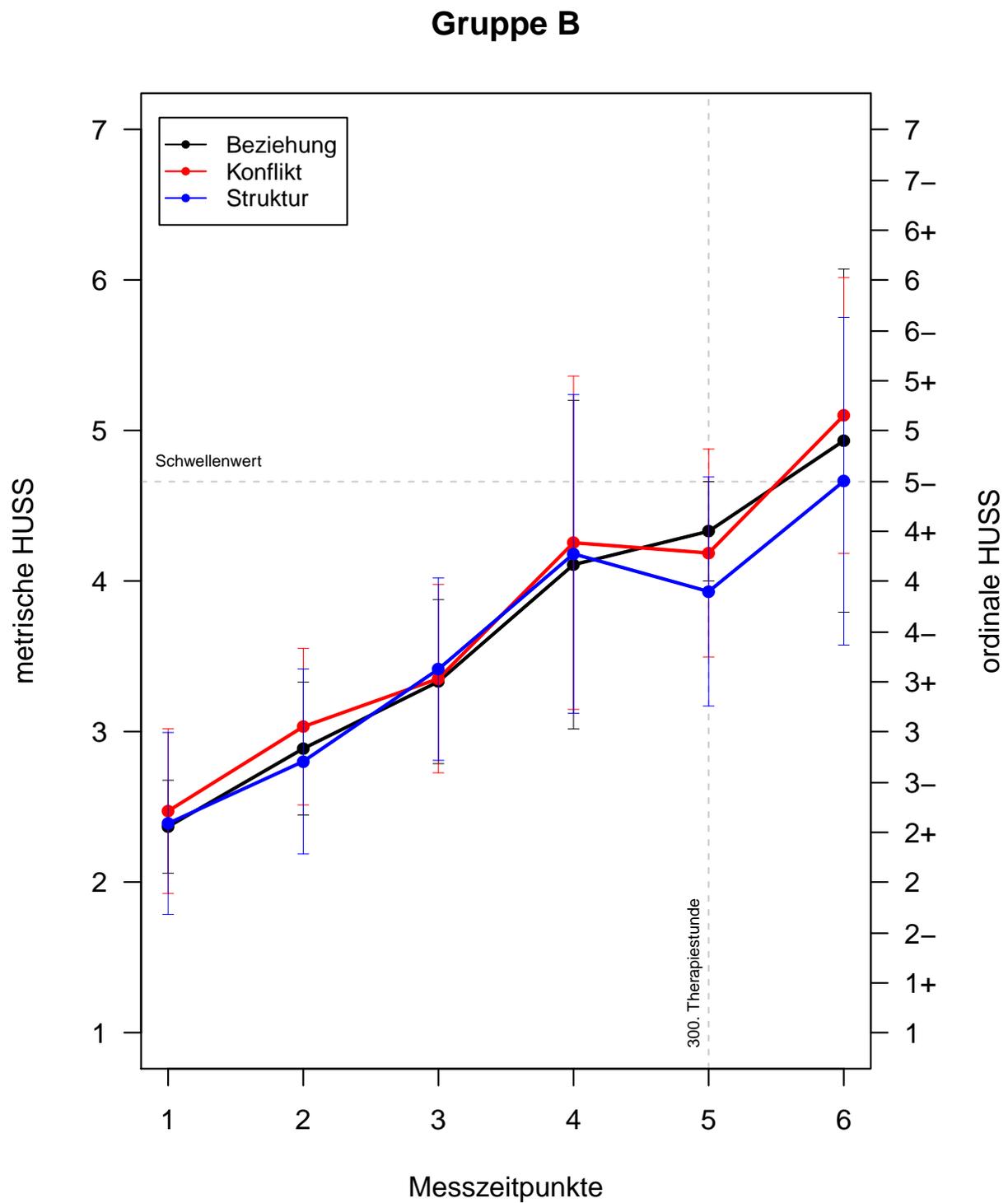


Abbildung 5.8: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Gruppe B

Tabelle 5.32: Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe B (mit mäßig integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.08	0.19	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.87	0.32	PDT	Therapeut - Haltung	+
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1.90	0.44	keine	Therapeut - Haltung	-
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.74	0.29	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.04	1.02	keine	Interaktion	-
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.79	0.31	IPT/CBT	Inhalt	+
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.	7.59	0.57	PDT	Inhalt	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.61	0.49	keine	Interaktion	-
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2.08	0.21	keine	Interaktion	-
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2.27	0.71	keine	Patient - Verhalten	-
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	7.91	0.70	IPT	Inhalt	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.67	0.45	IPT/CBT	Inhalt	+
77	Der Therapeut ist taktlos.	2.48	0.55	keine	Therapeut - Haltung	-
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.62	0.26	CBT	Interaktion	+

Bei der Gruppe B mit mäßig integriertem Strukturniveau wurden 14 statisch und sieben dynamische bedeutsame, also insgesamt 21 für die Therapien bedeutsame PQS-Items (Prozessmerkmale) gefunden. Davon waren drei (14.285 %) PDT- und ebenso viele IPT- und CBT-Items, wobei manche Items zwei Prototypen gleichzeitig zugeordnet waren. Insgesamt waren nur sieben der 21 bedeutsamen Items therapierichtungsspezifisch, 14 gehörten keinem der drei Prototypen an.

Für die Therapien der Gruppe B mit mäßig integriertem Strukturniveau wurden in gleicher Zahl IPT-, PDT- und CBT-Items als bedeutsam gewertet. Also können für diese Gruppe psychodynamische, interpersonale und kognitiv-behaviorale Prozessmerkmale gleichermaßen mit den Therapieergebnissen in Zusammenhang gebracht werden.

Detaillierte Beschreibung der Therapien der Gruppe B

Anhand der 21 bedeutsamen PQS-Items in der Therapie von Gruppe B lassen sich deren Therapien folgendermaßen beschreiben:

- Über die **Haltung der Therapeuten** kann gesagt werden, dass sie stets einfühlsam und empathisch (PDT-Item 6), affektiv involviert und beteiligt (Item 9) sowie taktvoll (Item 77) waren.

Tabelle 5.33: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von der Gruppe B (mit mäßig integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
20	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	T6_1, T6_2	2, 2	keine	Interaktion	-
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	T6_1, T6_2	2, 2	keine	Interaktion	-
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	T6_1, T6_2	8, 8	keine	Patient - Verhalten	+
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	T6_1, T6_2	2, 2	keine	Patient - Verhalten	-
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	T6_1, T6_2	2, 2	keine	Therapeut - Intervention	-
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	T6_1, T6_2	8, 8	keine	Patient - Verhalten	+
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	T6_1, T6_2	8, 8	PDT	Therapeut - Intervention	+

- Zum Thema **Commitment oder Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit** war festzustellen, dass sie die Bemerkungen ihrer Therapeuten nicht zurückwiesen (Item 42). Sie initiierten in den Sitzungen stets wichtige Themen (Item 15), brachten diese zur Sprache (Item 88) und führten sie näher aus. Sie weigerten sich auch nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, die möglicherweise mit ihren Problemen in Zusammenhang stehen (Item 58). Außerdem waren die Patienten der Gruppe B besonders zu T5_1 und T6_2 introspektiv (Item 97).
- Für das **Klima der therapeutischen Zusammenarbeit** war bezeichnend, dass die Patienten sich von ihren Therapeuten stets verstanden fühlten (Item 14), keine Schwierigkeiten damit hatten, die Bemerkungen ihrer Therapeuten zu verstehen (Item 5) und sich in den Sitzungen sicher (Item 44) fühlten. Sie verließen sich aber besonders zum Schluss der Therapie nicht darauf, dass der Therapeut ihre Probleme löst (zu T6_1 und T6_2) (Item 52).
- **Inhaltlich** kamen auch in der Therapie der Gruppe B spezifische Themen (IPT/CBT-Item 23) zur Sprache: vor allem zwischenmenschliche Beziehungen (IPT-Item 63), aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse (IPT/CBT-Item 69) und das Selbstbild (PDT-Item-35).
- Über die **Interventionen der Therapeuten** kann gesagt werden, dass diese die Abwehr besonders zum Ende der Therapie (T6_1 und T6_2) nicht stärkten (Item 89) sowie ebenfalls in dieser Phase der Therapie Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen herstellten (PDT-Item 100).
- Für das **Verhalten der Patienten** war bezeichnend, dass die Patienten besonders zu T6_1 und T6_2 die Grenzen der therapeutischen Beziehung nicht testeten (Item

20). Sie waren zu diesen Messzeitpunkten in ihrer Ausdrucksweise besonders klar und strukturiert (Item 54) und sprachen affektiv besonders beteiligt und involviert über ihre Erfahrungen (Item 56).

5.3.3 Ergebnisse für Patient 3 mit *mäßig bis gering* integriertem Strukturniveau

Für den einzigen Patienten, der zu Beginn seiner analytischen Psychotherapie bezüglich seines Strukturniveaus auf der Stufe mäßig bis gering integriert diagnostiziert worden war, liegen HUSS-Werte nur bis zu T4 und PQS-Ratings nur bis einschließlich T3 vor. Daher können die Ergebnisse mit Gruppe A und B nicht verglichen werden. Es kann höchstens versucht werden, Tendenzen zu erkennen, die eventuell in Bezug auf strukturell ähnlich gestörte Patienten generalisiert werden könnten.

Wie für Hypothese 1 sowie die Gruppen A und B sind in der Tabelle 5.34 und der Graphik 5.9 die zeitliche Entwicklung der HUSS-Foki, gruppiert um die drei OPD-Achsen, dargestellt. Auch hier können die Ergebnisse der t-Tests zur Signifikanzüberprüfung der Mittelwertsunterschiede aus der danach folgenden Tabelle 5.35 abgelesen werden.

Tabelle 5.34: HUSS-Verlauf der OPD-1 Foki - Patient 3

OPD-1 Achse	OPD-1 Fokus	Fokus Abkürzung	T1	T2	T3	T4	T5	T6	zeitl. Mittel	StdAbw
Beziehung		B	2	3	4	4	-	-	3.25	0.96
		StdAbw(B)	0	0	0	0	0	0	-	-
Konfliktfokus		K	2	3.33	4.33	4	-	-	3.42	1.03
		StdAbw(K)	0	0	0	0	0	0	-	-
Strukturfokus		S	2.66	3	3.89	3.89	-	-	3.36	0.63
		StdAbw(S)	0.34	0	0.2	0.2	0	0	-	-

Tabelle 5.35: T-Tests zu Patient 3

Messzeitpunkt	Untersuchungsgrößen	gemittelte OPD-1 Foki: Beziehung	gemittelte OPD-1 Foki: Konflikt	gemittelte OPD-1 Foki: Struktur
T4	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer	1.17	1.17	0.76
	P-Wert	0.55	0.38	0.35
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung	0.006 bestätigt nicht bestätigt	0.015 bestätigt nicht bestätigt	0.007 bestätigt nicht bestätigt
T5	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer			
	P-Wert			
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung			
T6	Mittelwert der Paardifferenzen mit 95%iger Konfidenz ist der Mittelwert größer			
	P-Wert			
	Hypothese einer sign. pos. strukt. Veränderung Hypothese einer Umstrukturierung			

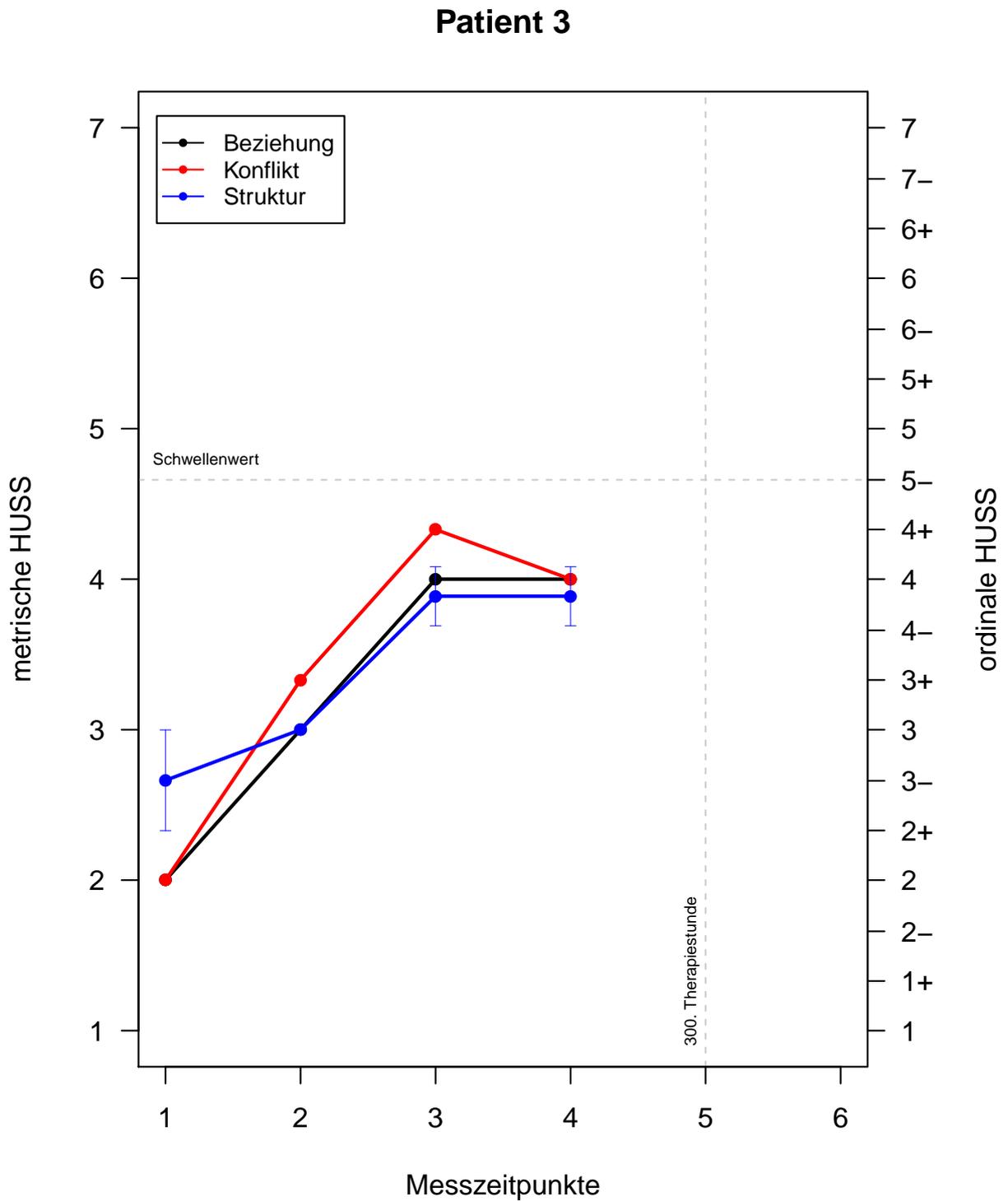


Abbildung 5.9: Zeitlicher Verlauf der Foki zu Patient 3

Der anfänglich mäßig bis gering strukturierte Patient 3 entwickelte sich also bis zu T4 auf signifikante Weise strukturell positiv, wobei allerdings zwischen T3 und T4 eine Stagnation bezüglich der Beziehungs- und der Strukturachse sowie ein leichter Rückgang des HUSS-Wertes bezüglich der Konfliktachse um eine HUSS-Stufe (bzw. von 4.33 auf 4) zu beobachten sind.

Im Folgenden wird der therapeutische Prozess von Patient 3 auf die Fragestellung von Hypothese 3 untersucht und mit den HUSS-Ergebnissen in Zusammenhang gebracht.

Tabelle 5.36: Die wichtigsten statischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 3 (mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Mittelwert	Std-Abw	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.00	0.50	keine	Interaktion	-
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	8.40	0.55	PDT	Therapeut - Haltung	+
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	7.60	0.65	keine	Patient - Gefühl	+
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.50	1.84	keine	Interaktion	-
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.10	0.22	keine	Interaktion	-
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).	2.30	0.84	CBT	Therapeut - Intervention	-
20	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.	1.70	1.04	keine	Interaktion	-
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	8.60	0.55	IPT/CBT	Interaktion	+
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1.30	0.67	keine	Interaktion	-
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.	7.50	0.61	PDT	Therapeut - Intervention	+
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	8.00	0.61	PDT	Therapeut - Intervention	+
77	Der Therapeut ist taktlos.	1.60	0.22	keine	Therapeut - Haltung	-
87	Der Patient kontrolliert.	1.80	0.27	keine	Interaktion	-
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	1.90	0.74	keine	Therapeut - Intervention	-
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	7.70	0.84	keine	Patient - Gefühl	+
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.	8.30	1.04	PDT	Inhalt	+

Tabelle 5.37: Die wichtigsten dynamischen PQS-Items für den Verlauf der Therapie von Patient 3 (mit mäßig integriertem Strukturniveau)

Item Nr.	Item-Beschreibung	Messzeitpunkten	Werte	Therapie-richtung	Prozess-merkmale	Richt.
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	T1.1, T1.2, T3.1, T3.2	1.50, 1.50, 2, 1.50	keine	Therapeut - Haltung	-
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	T1.1, T1.2	8.5, 8	IPT	Patient - Gefühl	+
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.	T2.1, T3.1	8, 8	PDT	Therapeut - Intervention	+
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	T2.2, T3.1, T3.2	8, 8, 8	keine	Interaktion	+
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	T1.1, T1.2, T3.1	2, 2, 2	keine	Patient - Verhalten	-
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	T1.1, T1.2	8, 8.5	keine	Patient - Gefühl	+
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	T1.1, T2.2	8, 8	PDT	Therapeut - Intervention	+
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	T1.1, T1.2	8, 8	IPT/CBT	Inhalt	+
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	T1.1, T1.2	8.5, 8	CBT	Interaktion	+
90	Träume und Phantasien werden besprochen.	T2.2, T3.1	9, 8.5	PDT	Inhalt	+
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	T2.1, T3.1, T3.2	8.5, 8.5, 8.5	PDT	Therapeut - Intervention	+

Für die Therapie von **Patient 3 mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau** wurden 16 statische und 11 dynamische, also insgesamt 27 bedeutsame PQS-Items (Prozessmerkmale) gefunden. Davon waren acht (29.63%) PDT-Items, vier (14.82 %) CBT-Items und drei (11.11 %) IPT-Items, wobei hier manche Items ebenfalls zwei Prototypen gleichzeitig zuzuordnen sind. Insgesamt waren 13 der 27 bedeutsamen Items therapierichtungsspezifisch und 14 gehörten keinem der drei Prototypen an.

Am häufigsten waren bei Patient 3 mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau psychodynamische Items bedeutsam, an zweithäufigsten kognitiv-behaviorale und am dritthäufigsten interpersonale Items. So trugen psychodynamische Prozessmerkmale am ehesten zu den Therapieergebnissen bei.

Detaillierte Beschreibung der Therapie von Patient 3

Anhand der 27 bedeutsamen PQS-Items in der Therapie von Gruppe B lässt sich deren Therapie folgendermaßen beschreiben:

- Über die **Haltung des Therapeuten** kann gesagt werden, dass der Therapeut von Patient 3 stets einfühlsam und empathisch (PDT-Item 6), affektiv involviert und beteiligt (Item 9) sowie taktvoll (Item 77) war.
- Über das **Commitment des Patienten** kann gesagt werden, dass Patient 3 in den Sitzungen stets wichtige Themen initiierte (Item 15) und zur Sprache brachte (Item 88), die Bemerkungen seines Therapeuten nicht zurückwies (Item 42) und sich auch nicht weigerte, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinanderzusetzen, die möglicherweise mit seinem Beitrag zur Problementstehung und - aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen (Item 58).
- Für das **Klima der therapeutischen Zusammenarbeit** war es bezeichnend, dass Patient 3 keine Schwierigkeiten damit hatte, seinen Therapeuten zu verstehen (Item 5), diesem gegenüber keine ambivalente Gefühle erlebte (Item 49) sondern sich von ihm stets verstanden fühlte (Item 14).
- **Inhaltlich** ging es in den Gesprächen stets und betont um die therapeutische Beziehung (PDT-Item 98), sowie vor allem zu T1.1 und T1.2 um aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen des Patienten (IPT/CBT-Item 69) und ab T2.2 dann auch um seine Träume (PDT-Item 90).
- Über die **Interventionen des Therapeuten** kann gesagt werden, dass er den therapeutischen Prozess stets richtig wahrnahm (IPT/CBT-Item 28), die Interaktion wenig kontrollierte (CBT-Item 17), klar kommunizierte (PDT-Item 46), verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen des Patienten interpretierte (PDT-Item 67), die Abwehr nicht stärkte (Item 89), sondern ab T2.1 stets auf die Abwehrmechanismen des Patienten hinwies. Er benannte auch immer wieder sich in Erfahrung und Verhalten des Patienten wiederholende Themen (PDT-Item 62) und stellte ab T2.1 Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (PDT-Item 100).
- Der **Patient fühlte sich** im Laufe seiner Therapie stets sehr ängstlich und angespannt (Item 7) sowie traurig und depressiv (Item 94). Auch empfand er vor allem zu T1.1 und T1.2 unangenehme und schmerzliche Gefühle (IPT-Item 26) und fühlte sich immer wieder unzulänglich und unterlegen (Item 59).
- Für das **Verhalten der Patienten** war bezeichnend, dass der Patient nicht davon sprach, dass er Trennung oder Distanz will (Item 20). Auch kontrollierte er das therapeutische Geschehen nicht (Item 87).

5.3.4 Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den therapeutischen Prozessen in Abhängigkeit von den Strukturniveaus der Patienten

Tabelle 5.38: Zusammenfassung Hypothese 3

Gruppe	Strukturniveau-Beschreibung	Anzahl bedeutsamer Items	PDT	IPT	CBT	Richtungs-spezifische Items	keine Richtung
Gruppe A	gut bis mäßig integriert	28	6	7	5	15	13
Gruppe B	mäßig integriert	21	3	3	3	7	14
Patient 3	mäßig bis gering integriert	27	8	3	4	13	14

Als Ergebnis der ersten, überblicksartigen Untersuchung an der gegebenen Stichprobe von 16 Patienten konnte Hypothese 3 nicht bestätigt werden. Es konnte nicht belegt werden, dass je höher strukturiert die Patienten waren, umso mehr spezifische psychodynamische Elemente sowie gleichzeitig umso weniger interpersonale und kognitiv-behaviorale als bedeutsam geratet wurden. Ebenso wenig war nachweisbar, dass umso mehr direktive kognitiv-behaviorale oder stützende interpersonale Elemente (im Vergleich zu den psychodynamischen) in den Therapien bedeutsam waren, je strukturell gestörter die Patienten waren. In unserer Stichprobe, in der nur ein Patient der Gruppe der strukturell mäßig bis gering integrierten Patienten angehört, dominierten eben in der Therapie dieses Patienten die psychodynamische Prozessmerkmale. In den Therapien der Patienten der Gruppe B mit einem mäßig integrierten Strukturniveau verteilten sich die therapierichtungsspezifischen Prozessmerkmale von ihrer Bedeutsamkeit her gleichmäßig. In den Therapien der Gruppe A der strukturell am wenigsten gestörten Patienten wurden die interpersonale Prozessmerkmale am häufigsten als bedeutsam geratet, die spezifischen psychodynamischen Items standen an zweiter und die kognitiv-behaviorale Prozesselemente an dritter Stelle.

Gemeinsame wirkmächtige Prozessmerkmale in den Therapien von Gruppe A und B und von Patient 3

Im folgenden Teil der Arbeit werden die Therapien von Gruppe A, Gruppe B und Patient 3 im Sinne der aktuellen Forschung mit der Methode der Psychotherapie Prozess Q-Set auf der Einzelitemebene detailliert untersucht und miteinander verglichen.

Die Therapie von Patient 3 kann in Einzelheiten nur bis zu T3 (160. Sitzung) untersucht werden. Patient 3 brach seine Therapie nach der 216. Sitzung ab, es konnte kurz danach (zu T4) aber noch ein OPD-Interview gemacht und so HUSS-Daten erhoben werden, jedoch

keine PQS-Daten mehr.

Auch bezüglich der beiden Gruppen sei daran erinnert, dass zu T6 ein Vergleich nicht mehr zwischen zwei Gruppen, sondern nur noch zwischen zwei Patienten möglich war. Dabei handelt es sich um Patient 4 (Strukturniveau am Anfang der Therapie 1.5, d.h. mäßig bis gut integriert, Gruppe A) und Patient 20 (Strukturniveau am Anfang der Therapie 2, d.h. mäßig integriert, Gruppe B).

Nach genauer Durchsicht der Tabellen mit den relevanten statischen und dynamischen Items für Gruppe A, Gruppe B und Patient 3 können die PQS-Items, die bei allen drei Gruppen gleichermaßen bedeutsam sind, folgendermaßen gruppiert werden:

- Die **Therapeuten** waren in ihrer **Haltung** unabhängig vom Strukturniveau der Patienten diesen gegenüber stets empfänglich und affektiv involviert (Item 9), nicht herablassend, sondern respektvoll (Item 51) und taktvoll (Item 77).
- Auch herrschte in allen Therapien ein **therapeutisches Klima** (Item 44), in dem die Patienten sich öffnen konnten, weil sie sich von ihren Therapeuten insgesamt sehr verstanden fühlten (Item 14) und auch keine Schwierigkeiten hatten, deren Aussagen zu verstehen (Item 5).
- Die Patienten waren – unabhängig von ihrem anfänglich diagnostizierten Strukturniveau – **aktiv und motiviert** an der Gestaltung der therapeutischen Sitzungen **beteiligt**, indem sie freiwillig wichtige Themen initiierten, näher ausführen (Item 15) und zur Sprache brachten (Item 88). Auch setzten sie sich mit Gedanken, Motiven und Reaktionen auseinander, die möglicherweise mit ihrem eigenen Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung zusammenhingen (Item 58). Auch wiesen sie die Aussagen der Analytiker nicht zurück (Item 42).
- Gleichermaßen waren die Therapeuten in jeder der Therapien **empathisch** (PDT-Item 6).
- Schließlich hatten die Therapien **inhaltlich** gemeinsam, dass in allen aktuelle und kurz zurückliegende Lebenssituationen und Ereignisse besprochen wurden (IPT/CBT-Item 69).

Insgesamt ähneln sich die Therapien von Gruppe A, Gruppe B und Patient 3 in den folgenden Mustern von Prozessmerkmalen: Haltung der Therapeuten, Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit, Klima der therapeutischen Zusammenarbeit, Empathie auf Seiten des Therapeuten und zum Teil auch bezüglich der Inhalte der Sitzungen.

Unterschiede bezüglich wirkmächtiger Prozessmerkmale in den Therapien der Patienten mit verschiedenen Strukturniveaus

Nach Analyse der übrigen bedeutsamen PQS-Items kann zusammenfassend Folgendes festgehalten werden:

Die Therapien unterschieden sich eindeutig voneinander bezüglich der Interventionen der Therapeuten sowie der Patientenmerkmale und zwar sowohl, was deren Gefühle, als auch was deren Verhalten betrifft. Zudem zeigten sich deutliche inhaltliche Unterschiede, d.h. außer dem bereits genannten Gesprächsthema (aktuelle Lebenssituationen und Ereignisse) wurden noch diverse andere und je nach Gruppe und Patient unterschiedliche Themenschwerpunkte gefunden. Außerdem konnten auf der hier untersuchten Ebene auch eindeutige Unterschiede in der Haltung der Therapeuten der Gruppe A in Vergleich zu den anderen Therapeuten beobachtet werden.

- So wurden **inhaltlich** in den Therapien der Gruppe A neben den aktuellen Lebenssituationen und Ereignissen (IPT/CBT-Item 69), welche allen Gruppen gemeinsam war, auch die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patienten (IPT-Item 63), ihr Selbstbild (PDT-Item 35) und zum Ende der Therapie auch ihr Wunsch nach Nähe (IPT-Item 33) thematisiert. Bei Gruppe B kamen bis auf den Wunsch nach Nähe (IPT-Item 33) die gleichen Themen zur Sprache. In der Therapie von Patient 3 lag der Themenschwerpunkt neben aktuellen Lebensereignissen vor allem auf der therapeutischen Beziehung (PDT-Item 98). Später wurde auch über die Träume des Patienten gesprochen (PD-Item 90).
- Die **Therapeuten** der Gruppe A vermittelten durch ihre empathische, taktvolle und affektiv involvierte **Haltung** besonders viel Wertschätzung (PDT-Item 18). Sie verhielten sich am stärksten nicht lehrerhaft (CBT-Item 37) und nicht herablassend (Item 51) oder supportiv (IPT/CBT-Item 45) und waren zum Schluss der Therapie sehr neutral (PDT-Item 93).
- Die **Therapeuten intervenierten** in der Gruppe A so, dass sie die Aufmerksamkeit besonders stark auf die Gefühle der Patienten lenkten (Item 81). Vor allem am Anfang der Therapien stellten sie sich darauf ein, die Beziehung zu dem jeweiligen Patienten zu verbessern, wenn diese schwierig war, was sie zum Schluss ausdrücklich nicht mehr taten (Item 47). Der Therapeut von Patient 3 nahm den therapeutischen Prozess richtig wahr (IPT/CBT-Item 28), kontrollierte die Interaktion wenig (CBT-Item 17), kommunizierte stets klar mit seinem Patienten (PDT-Item 46), interpretierte unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen des Patienten (PDT-Item 67), stärkte genauso wie die Therapeuten der Gruppe B nicht die Abwehr (Item 89), sondern wies kontinuierlich auf die Abwehrmechanismen des Patienten hin. Auch stellte

er Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (PDT-Item 100).

- Die **Patienten** der Gruppe A empfanden vor allem zum Schluss der Therapie sehr schmerzliche und unangenehme **Gefühle** (PDT-Item 26). Für die Gruppe B wurden hingegen keine Gefühl-Items als bedeutsam geratet. Am **Verhalten** von Patient 3 fiel besonders auf, dass er die Grenzen der therapeutischen Beziehung nicht testete (Item 20), in seiner Ausdrucksweise stets strukturiert und klar war und insgesamt stark affektiv beteiligt über seine Erfahrungen und Erlebnisse sprach (Item 56).

Was die **Prozessveränderungen** angeht, so können folgende Aussagen gemacht werden. Die dynamischen Items traten sowohl bei Gruppe A als auch bei Gruppe B erst gegen Ende der Therapien deutlich in den Vordergrund. Was die Inhalte dieser Items angeht, so sind die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen jedoch gravierend und m. E. sehr aussagekräftig.

Die therapeutischen Prozesse von Gruppe A, also der strukturell mäßig bis gut integrierten Patienten, änderten sich bereits zu T5 (ca. 300 Sitzungen) stark, während eine Veränderung der therapeutischen Prozesse von Gruppe B der strukturell mäßig integrierten Patienten erst zu T6 (ca. 400 Sitzungen) beobachtet werden konnte.

Ab T5 wurden in der Gruppe A bzw. in der Therapie von Patient 4 mit einem Mal 16 von insgesamt 18 dynamischen Items bedeutsam. Patient 4 empfand zu diesem Messzeitpunkt und im Unterschied zu den Sitzungen vorher zunehmend schmerzliche und unangenehme Gefühle. Er sprach ab T5 eindeutig von Nähe und von dem Wunsch, jemandem nahe zu sein, fühlte sich in der therapeutischen Beziehung – ähnlich wie zu Anfang – wieder sicher und vertraut, weigerte sich nicht mehr, sich mit Gedanken, Reaktionen und Motiven auseinander zu setzen, welche möglicherweise zur Problementstehung beitrugen und brachte relevante Themen zur Sprache. Vom Inhalt der Gespräche her wurde schließlich ab T6 eindeutig das Selbstbild zum zentralen Thema der therapeutischen Gespräche und auch zwischenmenschliche Beziehungen wurden zu diesem Messzeitpunkt wieder intensiv besprochen. Die Haltung und die Interventionen des Therapeuten änderten sich bereits zu T5 deutlich: Er vermittelte eindeutig Wertschätzung, war insbesondere dem Patienten gegenüber nicht herablassend, verhielt sich dann zu T6 speziell nicht lehrerhaft, war aber bereits ab T5 konstant sehr neutral, nahm keine supportive Haltung mehr ein, lenkte die Aufmerksamkeit auf Gefühle des Patienten, die für diesen schmerzlich und unangenehm waren, benannte Themen, die sich in der Erfahrung oder im Verhalten des Patienten eindeutig wiederholten und bemühte sich schließlich auch nicht mehr darum, die therapeutische Beziehung zu verbessern, wenn diese sich schwierig zu gestalten schien.

Bei Patient 20, dem einzigen Vertreter von Gruppe B zu T6, waren dagegen neue Prozesseigenschaften erst zu diesem Zeitpunkt, also etwa zur 400. Sitzung, zu beobachten. Der

Patient provozierte und testete die Grenzen der therapeutischen Beziehung zu T6 nicht, verließ sich nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme lösen wird, war in seiner Ausdrucksweise besonders klar und strukturiert und sprach im Vergleich zu den früheren Sitzungen affektiv besonders beteiligt über seine Erfahrungen. Der Therapeut stellte zu diesem Zeitpunkt der Therapie besonders viele Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Auch bei Patient 3 mit mäßig bis geringem Strukturniveau fand eine Prozessveränderung statt, die ab T2 (nach ca. 80 Sitzungen) zu beobachten war. Sein Therapeut wies ab diesem Zeitpunkt immer wieder auf die Abwehrmechanismen des Patienten hin, stellte Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen her sowie wurden die Träume des Patienten besprochen. Gleichzeitig erlebte Patient 3 zunehmend ambivalente und widersprüchliche Gefühle seinem Therapeuten gegenüber, empfand im Gegensatz zu T1 nicht mehr unangenehme und schmerzliche Gefühle und fühlte sich auch nicht mehr unzulänglich oder unterlegen. Er brachte ab T2 keine relevante Themen mehr zur Sprache und es wurden ab diesem Zeitpunkt in den Sitzungen nicht mehr die aktuellen Lebenssituationen des Patienten besprochen, sondern stand eindeutig die therapeutische Beziehung im Mittelpunkt der Gespräche.

5.3.5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse zu Hypothese 3 sowie deren studienbezogene Einbindung und Wertung im wissenschaftlichen Kontext

Die Fragestellung von Hypothese 3 ist wichtig, weil es offensichtlich eine Tendenz gibt, dass Patienten, die sich in Praxen von Psychoanalytikern und psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten einfinden, immer tiefer greifende Störungsbilder aufweisen. So fanden die Forscher der Katamnesestudie der DPV, dass die Patienten in ihrer Studie wider Erwarten überdurchschnittlich schwer gestört und traumatisiert waren. Insgesamt mehr als die Hälfte (50.8%) litt unter einer *Persönlichkeitsstörung* (narzisstischen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen), die zweithäufigste Diagnosegruppe bildeten die *Affektiven Störungen* mit 27.3%, gefolgt von *neurotischen Erkrankungen* mit 10.9%, *Psychosen* mit 6.3% und schließlich *Verhaltensauffälligkeiten mit somatischen Störungen* mit 4.7%. Stellt man in Rechnung, dass nach Kernberg etwa 10% der Bevölkerung unter Persönlichkeitsstörungen leiden, dann kann man sagen, dass in analytischen Praxen überdurchschnittlich viele schwer gestörte Patienten behandelt werden. Also haben sich seit Freuds Zeiten entweder die Diagnosen oder die Patienten, die in analytische Langzeittherapien und Psychoanalysen kommen, stark verändert. Heute werden von Analytikern in erste Linie nicht mehr Neurotiker behandelt, sondern Patienten, die an frühen Störungen, Persönlichkeitsstörungen, schweren Depressionen, Psychosen oder anderen multiplen Störungen leiden (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 81 f.).

So stellt Hypothese 3 zunächst die Frage, ob sich therapeutische Vorgehensweisen bezogen

auf den Schweregrad der Störung tatsächlich verändern.

Vor der Untersuchung der jeweiligen therapeutischen Prozesse werden im Folgenden die Ergebnisse bezüglich der strukturellen Veränderungen von Gruppe A, Gruppe B und Patient 3 kurz dargestellt.

Zu T4 (bei Patient 3) bzw. zu T5 (Gruppe A und B) konnte bei keiner der drei Gruppen eine Umstrukturierung im psychoanalytischen Sinne beobachtet werden. Die positiven strukturellen Veränderungen erwiesen sich bei den zwei Gruppen ab T4 kontinuierlich, bei Patient 3 zu T4 signifikant. Die Kurven der positiven strukturellen Veränderungen der drei Achsen verlaufen bei Gruppe A konstant nach oben, d.h. die Patienten dieser Gruppe verbesserten sich strukturell kontinuierlich. Gruppe B der mäßig strukturierten Patienten erreichte zu T5 etwas niedrigere HUSS-Werte als die besser strukturierten Patienten der Gruppe A, außerdem zeigte sich für Gruppe B zwischen T4 und T5 bezüglich der Konflikt- und Strukturachse ein leichter Rückgang, d.h. eine leichte Verschlechterung. Bei Patient 3, für den HUSS-Werte nur bis zu T4 vorlagen, zeigte sich zwischen T3 und T4 eine Stagnation bezüglich der Beziehungs- und der Strukturachse sowie bezüglich der Konfliktachse ein leichter Rückgang des HUSS-Wertes um eine Stufe. Diese Ergebnisse stimmen mit der Erwartung überein, dass strukturell schwerer gestörte Patienten sich in analytischen Langzeittherapien zwar ebenfalls gut, aber langsamer als weniger schwer gestörte Patienten entwickeln.

In Hypothese 3 wurde zunächst allgemein angenommen, dass in den analytischen Psychotherapien im Sinne der Experten-PQS-Prototypen mit Sinken des Strukturniveaus (mäßig bis gut, mäßig und mäßig bis gering integriert) stets mehr direktive (kognitiv-behaviorale) sowie stützende und supportive (interpersonale) Prozessmerkmale als psychodynamische bedeutsam sind.

Als Ergebnis zeigte sich, dass durch die qualitative Anwendung der PQS-Prototypen nicht belegt werden konnte, dass je höher strukturiert die Patienten waren, umso mehr spezifische psychodynamische Elemente sowie gleichzeitig umso weniger interpersonale und kognitiv-behaviorale als bedeutsam geratet wurden. In unserer Stichprobe überwogen gerade in der Therapie des strukturell am meisten beeinträchtigten Patienten die psychodynamischen Prozessmerkmale, wobei diese Therapie aufgrund der strukturellen Entwicklung des Patienten sowie des Abbruchs nach 216 Sitzungen als nicht erfolgreich betrachtet werden kann und so möglicherweise nur sehr begrenzt als Beispielfall angeführt werden kann. In den Therapien der Patienten mit einem mäßig integrierten Strukturniveau verteilten sich die therapierichtungsspezifischen Prozessmerkmale von ihrer Bedeutsamkeit her gleichmäßig. In den Therapien der strukturell am wenigsten gestörten Patienten wurden die interpersonalen Prozessmerkmale der Experten-Prototypen am häufigsten als bedeutsam geratet, die spezifischen psychodynamischen Items standen an zweiter und die kognitiv-behavioralen Prozesselemente an dritter Stelle.

Diese Ergebnisse stimmen mit Teilergebnissen der Forscher der Menninger Stiftung um Wallerstein (1989) überein, die fanden, dass die in den supportiveren Therapien erzielten Veränderungen oft genug mindestens genauso strukturell waren wie die Veränderungen, die in den analytischen Therapien erzielt wurden und, dass supportive Elemente weitaus mehr substantielle Veränderungen erklären können als ursprünglich angenommen (Wallerstein 1989; Wallerstein, 2001a, S. 53).

Insgesamt wurden nach Gruppierung der bedeutsamsten Prozessmerkmale die gleichen wirkmächtigen unspezifischen Muster von Prozessmerkmalen wie für Hypothese 2 gefunden. Diese allgemeinen Wirkfaktoren waren – unabhängig vom Strukturniveau der Patienten – in allen Therapien relevant und bildeten, ähnlich wie bei Hypothese 2, die Basis für eine gute therapeutische Arbeit. Im einzelnen handelt es sich um folgende Wirkfaktoren:

- eine empfänglich und affektiv involvierte, nicht herablassende, sondern stets respektvolle und taktvolle therapeutische Haltung;
- ein therapeutisches Klima, in dem die Patienten sich öffnen können, weil sie sich von ihren Therapeuten insgesamt verstanden fühlen und auch keine Schwierigkeiten haben, deren Aussagen zu verstehen;
- die aktive und motivierte Beteiligung der Patienten an der Gestaltung des therapeutischen Prozesses, indem sie freiwillig wichtige Themen initiieren und zur Sprache bringen, sich mit Gedanken, Motiven und Reaktionen auseinandersetzen, die möglicherweise mit ihrem eigenen Beitrag zur Problementstehung und -aufrechterhaltung zu tun haben und die Aussagen der Analytiker nicht zurückweisen;
- die Empathie der Therapeuten;

- die inhaltliche Auseinandersetzung mit aktuellen und kurz zurückliegenden Lebenssituationen und Ereignissen.

Insgesamt ähneln sich die Therapien von Gruppe A, Gruppe B und Patient 3 – vergleichbar mit den Ergebnissen für Hypothese 2 – auch in Bezug auf die Haltung der Therapeuten, die Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit, das Klima der therapeutischen Zusammenarbeit, der Empathie auf Seiten der Therapeuten sowie zum Teil auch bezüglich der Inhalte der Sitzungen.

Unterschiede zeigen sich, wiederum ähnlich den Ergebnissen zu Hypothese 2, bezüglich der Interventionen der Therapeuten sowie der Patientenmerkmale und zwar sowohl, was deren Gefühle, als auch was deren Verhalten betrifft. Zudem zeigten sich auch deutliche inhaltliche Unterschiede, d.h. es wurden zusätzlich zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit aktuellen und kurz zurückliegenden Lebenssituationen und Ereignissen noch diverse andere, je nach Gruppe und Patient unterschiedliche, Themenschwerpunkte gefunden. Schließlich konnten Unterschiede in der Haltung der Therapeuten der Gruppe A in Vergleich zur Haltung der anderen Therapeuten beobachtet werden.

Die Ergebnisse für Gruppe A dieser Arbeit entsprechen denen von Jones u. a. (1998), die fanden, dass die Therapeuten bei weniger gestörten Patienten stärker deren Gefühle betonten, um ihnen zu helfen, diese intensiver zu empfinden (Jones u. a. 1988; Ablon u. a., 2011, S. 17 f.). Die Resultate für Gruppe B stehen dagegen im Widerspruch zur Auffassung Fonagys und Batemans als Vertretern der MBT, die sagen, dass in Therapien schwerer gestörter Patienten und hier vor allem in der ersten, notwendigerweise langen Anfangsphase der Therapie auf Übertragungsdeutungen verzichtet und stattdessen die Gefühle und Gedanken der Patienten *im Hier und Jetzt* erforscht werden sollten (Ehlers u. Holder, 2009, S. 274). Zumindest letzteres geschah in der Gruppe der schwerer gestörten Patienten in der hier untersuchten Stichprobe gar nicht. Die abgebrochene Therapie von Patient 3 bildet einen Sonderfall, der durchaus mit Sichtweisen der MBT kompatibel scheint und weiter unten genauer beleuchtet wird.

Ein weiteres Ergebnis der genannten Studie von Jones u. a. (1998) war, dass Therapeuten von weniger gestörten Patienten öfter auch auf Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen hinwiesen. In dieser Arbeit traf dies jedoch für Gruppe B der strukturell schwerer gestörten Patienten zu. Auch das Ergebnis, dass Therapeuten schwerer gestörter Patienten diesen gegenüber supportiver waren, eher explizite Anweisungen und Ratschläge gaben, die Abwehr stärkten, die Patienten mehr beruhigten und sich eher lehrerhaft verhielten (Jones u. a. 1988; Ablon u. a., 2011, S. 17 f.) konnte hier,

über 20 Jahre später, nicht wiedergefunden werden.

Die Therapie von Patient 3, der strukturell am schwersten gestört war und als mäßig bis gering integriert eingestuft wurde, war – ganz im Gegenteil zu diesen Befunden – am ausgeprägtesten klassisch-analytisch. Der Therapeut von Patient 3 war empathisch, kontrollierte das interaktionelle Geschehen gar nicht, war jederzeit klar in seiner Art zu kommunizieren, benannte stets unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen des Patienten, stärkte nicht dessen Abwehr, sondern wies stets auf die Abwehrmechanismen des Patienten hin, stellte Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. In der Therapie wurde sowohl über die therapeutische Beziehung, als auch über sich wiederholende Themen im Verhalten und Erleben des Patienten sowie über seine Träume gesprochen. Der Patient erlebte ab T2 auch zunehmend ambivalente Gefühle seinem Therapeuten gegenüber. Aufgrund ihres ungünstigen Verlaufs und des Abbruchs kann diese Therapie aber zugleich nicht als sehr aussagekräftig für andere Therapien mit schwer gestörten Patienten betrachtet werden.

Laut Fonagy und Bateman soll der Therapeut von schwerer gestörten Patienten eine haltende und spiegelnde mütterliche Funktion, welche die frühe Bezugsperson nicht erfüllen konnte, übernehmen und so die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten und damit die Nachreifung seiner Persönlichkeit fördern. Für Bateman und Fonagy (2002) und ganz ähnlich Herpertz und Sass (2003) zeichnen sich effektive Behandlungsverfahren von struktureller gestörten Patienten durch folgende Merkmale aus: eine aktive Haltung des Therapeuten, eine gute Strukturierung des Behandlungsprozesses, eine klare Fokus- und Zielbestimmung, eine hinreichend lange Behandlung, die nicht unbedingt hochfrequent sein muss (Rüger, 2008, 719). Rudolf betont, dass das Ziel der Interventionen in der Therapie mit strukturschwachen Patienten sein soll, die Not des Patienten anzunehmen und etwas aufzubauen, was dem Patienten in zukünftigen schwierigen inneren oder äußeren Situationen zur Verfügung stehen kann. Dies geschieht, indem der Therapeut ihn containt, sich dem Patienten als ein Hilfs-Ich anbietet, sich um ihn sorgt, ihn unterstützt, seine Beobachtungen der Situation des Patienten mit diesem teilt, ihn spiegelt, sein Anders-Sein betont und ihn mit Aspekten der Realität und seiner eigenen Verantwortung konfrontiert. Insgesamt soll der Therapeut dem Patienten als ein entwicklungsförderndes Objekt zur Verfügung stehen. Er soll ihn dabei unterstützen, sich selbst besser kennenzulernen, sich zu reflektieren, affektive Beziehungen zum Anderen aufzunehmen und kontinuierlich aufzubauen, mit dem Anderen zu kommunizieren und so gute Beziehungserfahrungen internalisieren zu können (Rudolf, 2006). Vertreter der interaktionell-analytischen Psychotherapie sind schließlich der Meinung, dass es strukturell gestörten Patienten an der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme mangelt, d.h. an der Fähigkeit von einem dritten Standort aus auf sich selbst zu blicken und sich selbstreflexiv zu betrachten. Auch scheint es für diese Patienten nicht möglich zu sein, an einer sozialen Welt teilzunehmen, in der das Zusammensein mit anderen sowohl von Wechselseitigkeit als auch von Selbstbestimmtheit geprägt ist. Somit sollte der Schwerpunkt der Therapie mit diesen Patienten nicht vorrangig auf die intrapsychische Welt des Patienten und sein unbewusstes Erleben gelegt werden, sondern vielmehr auf seine Schwie-

rigkeiten, sich selbst und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu regulieren und zu gestalten (Streeck u. Leichsenring, 2011, S. 13 f.). An einer anderen Stelle schreibt Rudolf, dass der therapeutische Anspruch in der Behandlung mit strukturschwachen Patienten am ehesten in der flexiblen Beziehungsgestaltung zwischen einer mehr strukturierten aktiven Haltung zur Förderung struktureller Fähigkeiten einerseits und einer mehr entgegennehmenden interpretierenden Haltung bei der Annäherung an unbewusste Konfliktthemen andererseits liegen soll (Rudolf, 2007a, S. 97). Kurz: Je schwerer die strukturelle Beeinträchtigung ist, desto weniger spiele Konfliktbearbeitung eine Rolle und desto mehr solle der Fokus der Therapie in der strukturellen Entwicklung liegen.

Nun war die therapeutische Vorgehensweise des Therapeuten von Patient 3 insgesamt eher rigide analytisch, d.h. er war in seiner Haltung zurückhaltend, abwartend, neutral, abstinente, wenig aktiv kontrollierend und strukturierend, zudem deutete er oft unbewusstes Material: die Träume des Patienten, die Übertragungsbeziehung und die Abwehr des Patienten, statt im Hier und Jetzt an konkreten Inhalten mit ihm zu arbeiten. Es ist gut möglich, dass der Therapeut seine schwere strukturelle Problematik möglicherweise übersehen hatte und seine Technik deshalb nicht modifizierte. Dies führte möglicherweise dazu, dass der Patient, als seine Abwehr immer mehr zusammenzubrechen drohte, unter einem enormen inneren Druck geriet, den er nicht mehr ertragen konnte und so für ihn nur noch der Abbruch als einzige Möglichkeit in Frage kam. Die ab T2 auftauchenden und zunehmend ambivalenten Gefühle des Patienten seinem Therapeuten gegenüber hätten als erste Anzeichen eines möglichen Abbruchs verstanden werden können. Strukturell schwer gestörte Patienten ertragen kaum widersprüchliche Gefühle gegenüber ihnen wichtigen Objekten. Der Therapeut hätte womöglich auf das ambivalente Beziehungsangebot reagieren und die Beziehung wieder in Richtung einer guten Objektbeziehung korrigieren müssen, anstatt (klassisch-analytisch) in der negativen Übertragung zu bleiben, was schließlich möglicherweise zur Wiederholung alter Beziehungserfahrungen und zum Abbruch der Beziehung führte.

Hierzu könnten auch die Ergebnisse einer der bedeutsamen Studien der dritten Generation aus Boston in den 1970er Jahren (siehe Kapitel 2.2) passen, in der 22 supervidierte analytische Fälle im Rahmen einer prospektiven Studie untersucht wurden. Die Art der Passung schien hier bei zwölf der 17 Patienten die Therapieergebnisse zu beeinflussen. Passungen wurden in drei Gruppen eingeteilt: förderlich, hinderlich sowie eine Art der Passung, welche zunächst die Entfaltung des analytischen Prozesses erleichterte, aber später die Vollendung der analytischen Arbeit zu behindern schien (Wallerstein, 2001a, S. 48 f.). Eine solche Passung, die am Anfang förderlich, später aber hinderlich gewesen war, könnte auch bei Patient 3 und seinem Therapeuten entstanden sein.

In der Gruppe A der strukturell mäßig bis gut integrierten Patienten beruhigten die Therapeuten konsistent ihre Patienten nicht und nahmen keine supportive Haltung ein, sondern verhielten sich im Verlauf der Therapie zunehmend neutral. Sie stärkten die Abwehr nicht und lenkten, wie bereits erwähnt, die Aufmerksamkeit der Patienten vor allem auf deren

Gefühle, die diese oft als schmerzhaft erlebten. Gleichzeitig waren die Therapeuten besonders wertschätzend und nicht lehrerhaft. Sie versuchten zu Beginn der Therapie die Beziehung zum Patienten zu verbessern, wenn diese sich schwierig gestaltete, um so zuerst eine gute und tragfähige Arbeitsbeziehung zu etablieren, die eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass Patienten ihre Therapie auch dann fortsetzen, wenn im weiteren Verlauf des Prozesses oftmals schmerzhaft Gefühle und Erinnerungen hochkommen und in der Beziehung zum Analytiker wiederbelebt werden. Später gelang es den Therapeuten in der negativen Übertragung und abtinent sowie neutral im klassischen Sinne zu bleiben und so die Rollen in der Übertragungsbeziehung anzunehmen, die ihnen von den Patienten zugewiesen wurden. So erfüllten und befriedigten sie im Sinne der klassisch-analytischen Technik nicht die unbewussten Wünsche der Patienten, die an sie herangetragen wurden. Neben zwischenmenschlichen Beziehungen und aktuellen Situationen war das Selbstbild der Patienten, mithin ein wichtiger analytischer Topos, das wichtigste Thema der therapeutischen Gespräche. Die therapeutischen Prozesse in der Gruppe A scheinen insgesamt flexibler gewesen zu sein als die von Gruppe B. Die Streuungen der Werte der einzelnen Items um ihren jeweiligen Mittelwert waren bei dieser Gruppe von Patienten relativ groß, nämlich bei 44 der 100 Items größer als 1. Dies bedeutet, dass die Bedeutsamkeit der Prozessmerkmale (Patienten- und Therapeutenmerkmale) sich im Verlauf oft und stark änderte.

Die Therapeuten der Gruppe B der strukturell mäßig integrierten Patienten stärkten ebenfalls nicht die Abwehr. Sie stellten aber eindeutig Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen der Patienten her, vor allem mit fortschreitender Therapie. Gleichzeitig verließen sich die Patienten dieser Gruppe immer weniger darauf, dass die Therapeuten ihre Probleme lösen. Sie testeten die therapeutische Beziehung nicht und sprachen affektiv stets beteiligt über ihre Erlebnisse. Das Ergebnis für Gruppe B könnte mit der Annahme in Einklang stehen, dass bei strukturell schwerer gestörten Patienten intrapsychische Konflikte mangels psychischen Binnenraums mehr auf der interpersonellen Ebene ausgetragen werden und somit zu erwarten ist, dass in den Therapien mehr von dieser die Rede ist. Auch können strukturell stärker beeinträchtigte Patienten ihre Gefühle und Impulse weniger kontrollieren. Gleichzeitig könnte das auftauchende Misstrauen den Therapeuten gegenüber als Etablierung der Übertragungsbeziehung verstanden werden. Frühgestörte Patienten erfuhren meist sehr große Enttäuschungen und Deprivationen in der Beziehung zu den primären Bezugspersonen, was die Ursache dafür ist, dass sie in für sie wichtigen Beziehungen viel Missmut und Misstrauen empfinden. Insgesamt schienen die therapeutischen Prozesse von strukturell stärker beeinträchtigten Patienten vergleichsweise gleichförmiger und starrer zu sein. Im Verlauf der Therapie von Gruppe B konnten nicht nur kaum dynamische Items (7) gefunden werden, auch streuten die gemittelten Werte, die den einzelnen Items zugeordnet wurden, generell weniger um den jeweiligen Mittelwert. (Die Standardabweichungen sind mit Ausnahme von fünf der 100 Items konsistent kleiner als 1.) Dies könnte so verstanden werden, dass Patienten auf einem eher niedrigeren Strukturniveau, im Gegensatz zu neurotischen Patienten, intrapsychisch starrer und verfestigter sind, was auch weniger *Bewegung* in der Gestaltung der

therapeutischen Prozesse erlaubt.

Bezüglich der Prozessveränderung konnte beobachtet werden, dass die therapeutischen Prozesse von Gruppe A der strukturell mäßig bis gut integrierten Patienten sich bereits zu T5 eindeutig änderten. D.h. neue Prozessmerkmale traten in den Vordergrund und wurden bedeutsam. Veränderungen der therapeutischen Prozesse konnten bei Gruppe B, den strukturell mäßig integrierten Patienten, dagegen erst zu T6 festgestellt werden. Die Veränderungen fanden in die Richtung statt, dass die Therapien eindeutig den Charakter einer analytischen Therapie annahmen. So kam der analytische Prozess bei höher strukturierten Patienten früher, ca. zwischen der 240. und der 300-320. Sitzung zustande, während er sich bei niedriger strukturierten Patienten erst später, zwischen der 300-320. und der 400. Sitzung etablierte. Dies lässt sich so interpretieren, dass in den analytischen Langzeitpsychotherapien mit strukturell schwerer gestörte Patienten zunächst viel Zeit darauf verwendet wurde, eine tragfähige innere Struktur auf Seiten des Patienten aufzubauen, was dann erst eine Arbeit im Sinne einer stärker klassisch-analytischen Behandlung erlaubte.

Dieser Befund könnte mit diversen Studienergebnissen, z.B. von de Maat u. a. (2009) oder der PAL-Studie (Jakobsen u. a., 2008) übereinstimmen, die besagen, dass strukturell schwerer gestörte Patienten (z.B. mit Persönlichkeitsstörungen) erst aus längeren psychoanalytischen Therapien nachhaltigen und tiefgreifenden (hier: strukturellen) Nutzen ziehen können.

Kapitel 6

Zusammenfassende Diskussion der Ergebnisse

„Der Fortschritt in der wissenschaftlichen Arbeit vollzieht sich ganz ähnlich wie in einer Analyse. Man bringt Erwartungen in die Arbeit mit, aber man muß sie zurückdrängen. Man erfährt durch die Beobachtung bald hier, bald dort etwas Neues, die Stücke passen zunächst nicht zusammen. Man stellt Vermutungen auf, macht Hilfskonstruktionen, die man zurücknimmt, wenn sie sich nicht bestätigen, man braucht viel Geduld, Bereitschaft für alle Möglichkeiten, verzichtet auf frühe Überzeugungen, um nicht unter deren Zwang neue, unerwartete Momente zu übersehen, und am Ende lohnt sich der ganze Aufwand, die zerstreuten Funde fügen sich zusammen, man gewinnt den Einblick in ein ganzes Stück des seelischen Geschehens, hat die Aufgabe erledigt und ist nun frei für die nächste. Nur die Hilfe, die das Experiment der Forschung leistet, muß man in der Analyse entbehren“.
(Freud, 1933, S. 188)

Im Kapitel 6 werden zunächst die wichtigsten Ergebnisse zu den drei untersuchten Hypothesen nochmals zusammenfassend dargestellt und bewertet.

Abschließend wird die vorliegende Arbeit kritisch betrachtet, die Ergebnisse auf ihre klinische Relevanz überprüft, Bezüge zur Praxis hergestellt und Fragen für die zukünftige Forschung angeregt.

6.1 Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie versuchte den *methodischen* Erwartungen gerecht zu werden, die an Prozessstudien der vierten Generation der Psychotherapieforschung gestellt werden. Sie sollen, laut Wallerstein, nicht nur Ergebnisse von Therapien, sondern Prozess und Ergebnis unter Einsatz von State-of-the-Art Outcome-Instrumenten und State-of-the-Art-Process-Instrumenten gleichermaßen untersuchen. Insgesamt wird heute in der Psychotherapieforschung angestrebt, dass im Rahmen einer Offline-Forschung externe Forscher unter Anwendung von validierten Outcome-Messinstrumenten, wie der hier benutzte HUSS, strukturelle Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation einschätzen. Gleichzeitig sollen aufgezeichnete und transkribierte Therapiesitzungen je nach Fragestellung mit Hilfe von verschiedenen, ebenfalls validierten und bewährten Instrumenten, wie hier der PQS-R-D, ausgewertet werden, um so auch das therapeutische Geschehen bzw. den therapeutischen Prozess und deren Merkmale zu erfassen. Passend zur jeweiligen Fragestellung sollen qualitative und quantitative Methoden kombiniert sowie deskriptive und induktive statistische Ansätze (wie hier die Berechnung von Korrelationen und ihre Überprüfung auf Signifikanz) verwendet werden. Auf diese Weise sollen die gewonnenen Outcome-Werte mit den Prozessmerkmalen in Zusammenhang gebracht und daraus praxisrelevante Aussagen abgeleitet werden.

Es ist überdies wichtig, nicht nur gruppenaggregierte Forschung zu betreiben, sondern Untersuchungen auch an Einzelfällen vorzunehmen, weil Einzelfall-Studien insgesamt präzisere Beobachtungen ermöglichen. Die aus der Einzelfall-Untersuchung gewonnenen Aussagen können, so Chassan (1960) zitiert von Schaumburg u. a. (1974), für vergleichbare Fälle und auch für Populationen mit denselben Variablen generalisiert werden. Die Voraussetzung dafür ist, dass der jeweils untersuchte Fall hinsichtlich seiner Variablen einer bestimmten Population entstammt und die Variablen genau spezifiziert werden können. Da die Variablen beim Einzelfall sogar sehr viel besser bekannt seien, als bei jeder Stichprobe, sei die Generalisierbarkeit sogar besser. Um Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Einzelfallforschung also übertragen zu können, müssen die konkreten Parameter identifiziert werden, die im Einzelfall wie auch in der Population von Bedeutung sind. Allerdings gesteht Chassan an anderer Stelle, so Schaumburg, Kächele und Thomä weiter, dass ein einziger Fall doch nicht ganz die optimale Basis für klinische Forschung sei und, dass er sicher von mehreren intensiv untersuchten Einzelfällen übertroffen werde (Schaumburg u. a., 1974, S. 358 ff.).

Die vorliegende Arbeit untersuchte zum einen die Gesamtstichprobe von 17 Patienten, die je nach Fragestellung in zwei bzw. drei Teilgruppen aufgeteilt wurde. So wurden die Patienten zur Untersuchung von Hypothese 1 in eine katamnestiche Gruppe und eine Gruppe, deren Therapie noch nicht oder nicht regulär abgeschlossen ist, eingeordnet. Bei Hypothese 3 wurde die Stichprobe nach den anfänglich mit der OPD-1 diagnostizierten Strukturni-

veaus der Patienten in drei Gruppen aufgeteilt: Patienten mit mäßig bis gut integriertem Strukturniveau, Patienten mit mäßig integriertem Strukturniveau und schließlich Patienten mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau. Zum anderen wurden zu den ersten beiden Hypothesen insgesamt vier Einzelfälle (Patient 16, 18, 19 und 20) untersucht, um auf diese Weise genauere Beobachtungen machen zu können.

Im Folgenden werden die *inhaltlichen* Ergebnisse der Untersuchungen hypothesengeleitet dargestellt.

6.1.1 Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 1

Bezüglich Hypothese 1¹, also der **Wirksamkeit von analytischen Langzeitpsychotherapien** ergaben sich folgende Resultate:

Analytische Langzeitpsychotherapien im Umfang der Kassenfinanzierung (ca. 300 Sitzungen) können tiefgreifende strukturelle Veränderungen bzw. Umstrukturierungen der Persönlichkeitsorganisation erreichen, wie dies auch in einer neuen PAL-Studie (2012) belegt wurde (Rudolf u. a., 2012, S. 357). Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne bezogen auf einzelne Achsen einzeln bereits zur 300. Sitzung stattfanden, am deutlichsten jedoch zwischen Therapieende (300. Sitzung) und der Katamneseerhebung ca. ein Jahr nach Therapiebeendigung, bzw. bei denjenigen Patienten, die ihre Therapie über die kassenfinanzierte Leistung hinaus weiterführten, zwischen der 300. und der 400. Therapiesitzung. Signifikante positive strukturelle Veränderungen konnten auf der Gruppenebene bereits ab der 240. Sitzung bis einschließlich der Katamneseerhebung oder der 400. Therapiesitzung zu jedem Messzeitpunkt einheitlich beobachtet werden. Die beobachteten positiven strukturellen Veränderungen blieben nach Beendigung der Therapie und bis zur Ein-Jahres-Katamnese also nicht nur stabil, sondern wurden noch ausgeprägter, d.h. es fanden in diesem Zeitraum noch weitere strukturelle Veränderungen bzw. damit zusammenhängend auch Umstrukturierungen statt. Dies stimmt mit Befunden von Sandell u. a. (2001) überein, dass das Ergebnis einer analytischen Psychotherapie oder Psychoanalyse nicht als etwas Statisches, sondern eher als Prozess zu verstehen ist, der nach Beendigung der Therapie noch weiter voranschreitet (Sandell, 2001, S.210). Auf der individuellen Ebene zeigten sich jedoch einige Abweichungen. Ein Beispiel ist Patient 19, der sich im Verlauf der Therapie vorübergehend auch verschlechterte und insgesamt nur bezüglich seiner intrapsychischen Konflikte und erst zur 300. Sitzung signifikant positiv strukturell veränderte.

¹In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass in der vorliegenden Arbeit die Teilaspekte der strukturellen Veränderungen *Beziehung*, *Konflikt* und *Struktur* voneinander getrennt wurden, also nicht wie in den früheren Arbeiten, die im Rahmen der Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojektes entstanden sind, ihre gemittelte Werte im Therapieverlauf untersucht wurden. Dadurch konnten hier für die nahezu gleiche Stichprobe detailliertere und präzisere Beobachtungen gemacht werden.

Entsprechend den Erwartungen fanden Umstrukturierungen in der katamnesticen Gruppe, deren Therapien als abgeschlossen galten, bezogen auf die Beziehungs- und Konfliktachse vor Umstrukturierungen bezüglich der Strukturachse statt, siehe 5.14 und 5.15. Individuell zeigten sich jedoch auch hier abweichende Ergebnisse: Bei Patient 16 fanden bis zur Katamneseerhebung Umstrukturierungen bezüglich der beziehungs-dynamischen Formulierung und seiner strukturellen Fähigkeiten statt, nicht jedoch bezogen auf seine intrapsychischen Konflikte; bei Patient 20 fand eine Umstrukturierung bezüglich der Strukturachse bereits zur 300. Sitzung statt, eine weitere Umstrukturierung bezogen auf die Beziehung-sachse dann bis zur ca. 400. Therapiesitzung. Eine Umstrukturierung bezogen auf seine intrapsychischen Konflikte konnte jedoch zu keinem der Messzeitpunkte beobachtet werden. Dies ist überraschend, weil man theoretisch davon ausgeht, dass sich Beziehungsdynamik und Umgang mit sowie Wissen um die intrapsychischen Konflikte leichter und schneller transformieren lassen, als strukturelle Fähigkeiten. Am schwierigsten ist es, so Rudolf (2006), die strukturelle Fähigkeiten *Bindungsfähigkeit* und die *Fähigkeit, Objekte wahrzunehmen* zu verändern (Rudolf, 2006, S. 126 ff.).

Es konnte anhand der Untersuchungen ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der Dauer der Therapie (hier mit der Anzahl der Sitzungen gleichgesetzt) und dem Ausmaß der strukturellen Veränderungen empirisch belegt werden. Mit der Anzahl der Sitzungen ergab sich bei den allermeisten Patienten eine konstante und kontinuierliche Verbesserung in allen strukturellen Teilbereichen bzw. Achsen der OPD.² Hierzu passen wiederum die neuen Ergebnisse der PAL-Studie (2012), die fand, dass analytische Patienten sich sowohl hinsichtlich der Anzahl umstrukturierter Foki, als auch in Bezug auf die Intensität der Umstrukturierungen (Veränderung um 1.5 Stufen, z.B. von Stufe 2 auf Stufe 3.66) sowie deren Kombination, besser abschnitten als tiefenpsychologisch behandelte. So waren positive Effekte der AP, mit 70% ausgeprägter Umstrukturierung im Vergleich zu 20% bei der TP zu beobachten. Dabei dauerten die 32 untersuchten analytischen Therapien im Durchschnitt 44 Monate (fast vier Jahre) und hatten, ähnlich wie die in dieser Arbeit untersuchten Therapien, einen Umfang von 310 Sitzungen. Die 27 tiefenpsychologischen Therapien erstreckten sich hingegen im Durchschnitt auf 24 Monate (zwei Jahre) und 71 Sitzungen (Rudolf u. a., 2012, S. 60 f.).

Zwischen Frequenz und Therapieergebnis konnte in unserer Untersuchung kein eindeutiger Zusammenhang hergestellt werden. Patient 18, der sich strukturell am besten entwickelte, kam ab ca. der 80. Sitzung durchgehend nur noch einstündig. Seine Therapie kann mithin als eine sehr erfolgreiche *niederfrequente analytische Psychotherapie* im Sinne von Dreyer (Dreyer, 2006) betrachtet werden. Betrachtet man mehrere Fälle, so ist dennoch eine leichte Tendenz dahingehend zu vermuten, dass höherfrequente analytische Therapien doch mit

²Ausnahmen bildeten die Einzelfälle Patient 19 und Patient 20 in jeweils einigen wenigen Phasen ihrer Therapien. So war bei Patient 19 eine Stagnation zwischen T2 und T3 bezogen auf die Beziehungs- und Konfliktachse sowie eine Verschlechterung zwischen T3 und T4 bezogen auf alle drei Achsen zu beobachten. Auch konnte bei Patient 20 zwischen T2 und T3 ein leichter Rückgang der HUSS-Werte in den Bereichen Beziehung und Konflikt beobachtet werden.

größerer Sicherheit bessere Ergebnisse bezüglich der strukturellen Entwicklung der Patienten bewirken. Patient 16 und 20 kamen immerhin bis zur 240. bzw. zur 257. Sitzung durchgehend dreistündig, Patient 20 mit Ausnahme einer kurzen einstündigen Phase von der 128. bis zur 170. Sitzung. Sandell u. a. (2001) fanden in diesem Zusammenhang, nachdem sie die Auswirkungen von Frequenz und Dauer der Therapien bzw. die Auswirkungen von deren Produkt, das sie *Dosis* nannten, auf das Therapieergebnis untersucht hatten, dass eine Steigerung der Frequenz nur in langen Behandlungen vorteilhaft ist und dass eine längere Behandlung bzw. die Verlängerung einer Behandlung nur bei hochfrequenten Behandlungen von Vorteil ist. Erst nach ca. 140 Wochen scheint es gewinnbringend zu sein, die Frequenz zu erhöhen. Umgekehrt scheint die kritische Frequenz, ab der eine Erhöhung der Therapiedauer sich positiv auswirkt, zwischen ein und zwei Sitzungen pro Woche zu liegen. Auf lange Sicht bewirkt also die Steigerung von Frequenz und Dauer einen stärkeren positiven Effekt. Nur in Kombination bedeuten sie einen zunehmenden Gewinn, was für die langen und zugleich hochfrequenten psychoanalytischen Behandlungen zu sprechen scheint (Sandell, 2001, S. 212; Sandell u. a., 2000, S. 932).

Zwischen eigener Bezahlung und Therapieergebnis konnte kein eindeutiger Zusammenhang festgestellt werden.

6.1.2 Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 2

Bezüglich Hypothese 2, also der **Frage, ob spezifische psychodynamische** (hier mit analytischen gleichgesetzt) **oder allgemeine Wirkfaktoren eher mit den Therapieergebnissen** korrelativ und auch statistisch signifikant **zusammenhängen**, zeigten sich folgende Ergebnisse:

Es konnte anhand der Experten-PQS-Prototypen nicht bestätigt werden, dass die spezifischen psychodynamischen Prozessmerkmale eher mit den gefundenen strukturellen Veränderungen und Umstrukturierungen in Zusammenhang zu bringen sind, als die Prozessmerkmale anderer therapeutischen Verfahren, wie des interpersonalen oder kognitiv-behavioralen: In den Therapien von Patient 16, 18 und 20 dominierten in diesem Sinne eindeutig die interpersonalen Prozesselemente, in der Therapie von Patient 20 wurden fast so viele bedeutsame spezifische psychodynamische Prozesselemente identifiziert wie interpersonale, in der Gesamtgruppe zeigte sich eine vollkommen gleichmäßige Verteilung der Prozessmerkmale aller drei therapeutischen Richtungen.

Es konnten aber eindeutig und durchgehend *fünf Muster von unspezifischen bzw. allgemeinen Prozessmerkmalen*, d.h. allgemeinen Wirkfaktoren, in allen Therapien gefunden werden, die mit den Therapieergebnissen in signifikantem korrelativen Zusammenhang standen: die *Haltung des Therapeuten*, das *Klima der therapeutischen Zusammenarbeit*,

die Mitarbeit bzw. das *Commitment des Patienten*, die *Empathie des Therapeuten*³ und der *Inhalt der Sitzungen*.

Eine weitere Regelmäßigkeit konnte darin gefunden werden, dass die einzelnen *Dyaden sich immer dahingehend unterschieden*, wie die *Therapeuten intervenierten* und wie die *Patienten sich fühlten und verhielten*. Auch waren zusätzlich zu dem Thema zwischenmenschliche Beziehungen, das in allen Therapien wichtig war, *unterschiedliche Themen* in den Therapien relevant. Diese Beobachtungen können folgendermaßen interpretiert werden: Die Therapeuten in den hier untersuchten Therapien scheinen jeweils eine gute, tragende, von Respekt, Empathie und beidseitigem Vertrauen gekennzeichnete therapeutische Beziehung aufgebaut zu haben, die ja, so etwa Lambert (1992), 30% der Varianz des therapeutischen Erfolgs ausmacht. Erst eine solche innere Sicherheit gebende Beziehung scheint den Patienten ermöglicht zu haben, sich aktiv, ehrlich und motiviert mit ihren wichtigsten Themen in die Therapie einzubringen und sich zu öffnen.

Ebenfalls auf der Basis der guten und tragenden Beziehung scheint es den Therapeuten im Allgemeinen⁴ möglich gewesen zu sein, sich in ihren Interaktionen auf ihre jeweilige Patienten abzustimmen. Auf den jeweils einzigartigen Patienten eingestellt, wichen die meisten Therapeuten – zeitweilig oder durchgehend – mehr oder minder stark von der *reinen klassischen analytischen Haltung und Technik* ab und nahmen gelegentlich auch eine supportivere Haltung ein (am markantesten bei Patient 16) oder machten von Interventionsmöglichkeiten anderer Therapierichtungen Gebrauch. Patient und Therapeut fanden offensichtlich in jedem der hier untersuchten vier Einzelfälle (16, 18, 19 und 20) ihre ganz eigene Interaktion und ihren speziellen Umgang miteinander, die schließlich auch zu guten bis sehr guten Ergebnissen bezüglich der strukturellen Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation der Patienten führten. In den hier untersuchten therapeutischen Prozessen scheint es den Therapeuten im Großen und Ganzen gelungen zu sein, die individuellen Bedürfnisse ihrer Patienten in ihrem eigenen Beziehungsverhalten und ihren Interventionen zu berücksichtigen, die Beziehung und ihre therapeutischen Vorgehensweisen komplementär zu gestalten und damit weitgehend positive Therapieverläufe zu erzielen. Über ähnliche Befunde berichten Leuzinger-Bohleber u. a. (2002): „Nach den Ergebnissen der Rater einschätzungen gelangen, wie erwartet, jene Behandlungen ‚am besten‘, in denen der Analytiker sich der Idiosynkrasie des jeweiligen Patienten flexibel anpasste und sich – metaphorisch ausgedrückt – in seiner Behandlung von der Einzigartigkeit seines Patienten und seiner Psychodynamik, Übertragungsbereitschaft etc. leiten ließ. Ihre Behandlungstechnik war zwar plastisch und flexibel, aber systematisch und reflektiert, d.h. professionell und nicht ‚eklektisch beliebig‘. Zudem charakterisierten die Rater diese Analytikerinnen

³Empathie gehört zwar laut Experten-PQS-Prototypen zu den psychodynamischen Prozessmerkmalen, kann aber m. E. auch als allgemeiner therapeutischer Wirkfaktor betrachtet werden, weil es in allen Therapieverfahren von Bedeutung ist, ob der Therapeut dem Leiden des Patienten gegenüber empathisch und mitfühlend gegenübersteht.

⁴Eine Ausnahme bildete nur die Therapie von Patient 3, wie sich später bei der Prüfung von Hypothese 3 herausstellen sollte.

und Analytiker als emotional engagiert und differenziert. (...) Zudem betonten sowohl unsere Rater als auch die Mitglieder der Forschungsgruppe das gute (unbewusste und bewusste) Zueinanderpassen von Analytiker und Analysand bei den genügend gut verlaufenen Behandlungen. Des Weiteren betonen die Autoren, dass die Passung zwischen Analytiker und Analysand nicht nur als gegenseitige Sympathie sondern mehr als ein ‚miteinander können‘ zu verstehen ist (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002, S. 182 f.). Das Ehepaar Baranger verstand, so Ferro (2003), schon Anfang der 60er Jahre die analytische Situation als ein *bipersonales Feld* (Ferro, 2003, S. 14) und beschrieb sie folgendermaßen: „... the analytic situation should be formulated not only as a situation of one person who is confronted by an indefinite and neutral personage ... but as a situation between two persons ... involved in a single dynamic process ... neither member of the couple can be understood without the other“ (Baranger u. a., 2008, S. 796). Heute wird der psychoanalytische Prozess allgemein als ein gemeinsames Werkstück vom Patienten und Therapeut betrachtet, zu dem beide ihren Beitrag leisten. Der Therapeut muss seine Aufmerksamkeit darauf richten, wie die Gestaltung des beidseitigen Materials zu einer Szene das Erleben im Hier und Jetzt organisiert und dafür auch nicht-autoritär und selektiv offen gegenüber dem Patienten sein. Dies geht, so Ermann, mit einer anderen Haltung als der klassischen einher, was eine grundsätzliche Neubewertung von solch zentralen psychoanalytischen Konzepten wie Abstinenz und Neutralität und deren Wirkungen auf das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen erfordert (Ermann, 2011, S. 169 f.). Schließlich ist, so Jaenicke (2010), jedes Handeln, Fühlen und Denken in intersubjektive Felder eingebunden – auch in der psychoanalytischen Behandlung. So sind Analytiker und Analysand, zwei Subjektivitäten, vom ersten Moment der Begegnung an mitten im Prozess der wechselseitigen Beeinflussung (Jaenicke, 2010, S. 14) und ko-determinieren den analytischen bzw. therapeutischen Prozess (Jaenicke, 2010, S. 26). Auf der asymmetrischen Ebene der psychotherapeutischen Begegnung, so der Autor weiter, bleiben die Therapeuten auch nach diesem neuen Verständnis, die ausgebildeten Experten, doch auf der Ebene der Bi-Direktionalität ist der Prozess dem wesenhaft konstruierten menschlichen Austausch unterworfen“ (Jaenicke, 2010, S. 23).

Ein besonders wichtiges Interaktionsmuster im bipersonalen resp. intersubjektiven Feld sei hier nochmals hervorgehoben. Es konnte in allen vier hier untersuchten Einzelfällen beobachtet und mit den Therapieergebnissen in einen sowohl sinnvollen als auch korrelativen signifikanten Zusammenhang gebracht werden: *Negative Gefühle erleben und bearbeiten*. Anhand der Untersuchungen konnte beobachtet und belegt werden, dass das Wiederaufleben von schmerzvollen sowie auch aggressiven und deshalb verdrängten Gefühlen im therapeutischen Raum sowie die Arbeit mit und an diesen negativen Gefühlen, welche mit frühen und sich seitdem wiederholenden Erfahrungen in Zusammenhang gebracht werden, unerlässlich ist, um gute Therapieergebnisse, also strukturelle Veränderungen der Persönlichkeitsorganisation zu erreichen. Fonagys und Targets (2001) Untersuchungen von hochfrequenten (fünfstündigen) und niedrigfrequenten (einstündigen) analytischen Psychotherapien am Anna Freud Centre stützen diese Annahme und zeigen m.E. dass negative Gefühle, die mit den frühen enttäuschenden und versagenden Beziehungserfahrungen der Patienten zusammenhängen in einer erfolgreichen Therapie unbedingt reaktiviert und so

bearbeitet werden müssen. Erfolgreiche Therapien unterschieden sich, so die Autoren weiter, von nicht-erfolgreichen dadurch, wie der jeweilige Analytiker die Übertragung schilderte, ob z.B. Aggression darin aufgenommen werden konnte oder nicht, und wie die Patienten das Ausmaß und die Verschiedenartigkeit der emotionalen Reaktionen in ihren Therapien beschrieben. Die Übertragung war in den erfolgreichen Therapien durch Angst, Schuld, Angst vor Zurückweisung und projektive Aggression charakterisiert, in den nicht-erfolgreichen durch Scham, Erniedrigung, existentielle Angst und ein Gefühl der Langeweile auf Seiten des Analytikers (Fonagy u. Target, 2001, S. 88).

Bezüglich der Frage, ob Patienten- oder Therapeutenmerkmale in den untersuchten Therapien eher zu den strukturellen Veränderungen beitrugen, was in der Literatur als noch nicht eindeutig beantwortet gilt – wobei eine sehr deutliche Überlegenheit zugunsten der Patientenmerkmale angenommen wird (Sandell, 2007, S. 463 f.) –, konnte in dieser Arbeit beobachtet werden, dass sowohl Patienten- als auch Therapeuten-, Interaktions- und Inhaltsmerkmale bedeutsam waren und signifikant mit den Therapieergebnissen zusammenhängen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß. Insgesamt zeigte sich, mit Ausnahme von Patient 18, eine leichte bis sehr deutliche Überlegenheit der Therapeuten-Prozessmerkmale gegenüber allen anderen Prozessmerkmalen. Am zweithäufigsten waren Interaktionsitems bedeutsam und am dritthäufigsten schließlich abwechselnd die Inhalts- und die Patientenitems. Nur in der Therapie von Patient 18, der neben anderen mit einer Unterwerfung-Kontrolle-Problematik in die Therapie kam, dominierten eindeutig die Patienten-Prozessmerkmale. Bei Patient 20 waren die Inhaltsitems zahlenmäßig genauso wichtig wie die Therapeutenitems.

Untersucht man die hier als bedeutsam befundenen Prozessmerkmale daraufhin, ob sie eher *spezifisch* (bestimmten Therapieverfahren zugehörig) oder *allgemein* (in allen Therapieverfahren vorhanden) sind, so können keineswegs derart eindeutige Aussagen getroffen werden, wie dies in der Literatur teilweise der Fall ist (siehe 2.2.3). Bei Patient 16 und 18 dominieren eindeutig die allgemeinen Prozessmerkmale, bei Patient 19 und 20 die spezifischen, während sich bei der Gruppe eine nahezu gleichmäßige Verteilung beider Merkmale zeigt. Eine Aussage, wie die, dass 85% der Therapieergebnisse auf *common factors* zurückzuführen sei, kann hier also nicht bestätigt werden – außer man verstünde die Ergebnisse dieser Arbeit im Sinne von Pfammatter und Tschacher (2012). Die beiden Autoren sind – zu Recht – davon überzeugt, dass allgemeine und spezifische Wirkfaktoren nicht voneinander getrennt betrachtet werden können, sondern Teile eines komplexen, dynamischen Bedingungsgefüges sind. Die allgemeinen Wirkfaktoren bilden dabei offenbar die Basis und die Grundlage für das technische Vorgehen des Therapeuten, in unserem Fall also für die spezifischen Prozessmerkmale nach den PQS-Prototypen bzw. deren 20 wichtigsten Items. (Dass diese in der Tat eher therapeutische Aspekte beinhalten, wird von einigen Forschern immer wieder kritisiert.) Das spezifische technische Vorgehen der Therapeuten ist jedenfalls immer in den allgemeinen therapeutischen Beziehungskontext eingebettet, kann von diesem nicht getrennt betrachtet werden und wird erst in ihm wirksam (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 74).

Von den spezifischen psychodynamischen Prozessmerkmalen erwiesen sich folgende in den meisten oder vielen der hier untersuchten Therapien als bedeutsam und mit den positiven Veränderungen auf der HUSS zusammenhängend:

Selbstbild Dass über das Selbstbild (Item 35) in den Gesprächen immer wieder gesprochen wurde, konnte auch stets und in fast allen Therapien in einen signifikanten positiven korrelativen Zusammenhang mit den strukturellen Veränderungen gebracht werden.

Hinweisen auf Abwehrmechanismen Auch war es für die Outcomes, z.B. bei Patient 19, signifikant wichtig, dass der Therapeut auf die Abwehrmechanismen des Patienten hinwies (Item 36).

Benennung von sich wiederholenden Erfahrungen Auch das Benennen von sich in der Erfahrung oder dem Verhalten der Patienten wiederholenden Themen (Item 62) konnte in allen Therapien in einen korrelativen positiven und auch signifikanten Zusammenhang mit den strukturellen Veränderungen gebracht werden.

Interpretation verdrängter Inhalte Auch wurden von den Therapeuten (in den Therapien von Patient 16, 19 und 20) verdrängte Inhalte immer wieder angesprochen und interpretiert (Item 67), was signifikant positiv mit den Therapieergebnissen korrelierte.

Abwehr nicht stärken Alle Therapeuten der hier untersuchten Therapien stärkten die Abwehr nicht (Item 89), was auch in einem signifikanten negativen korrelativen Zusammenhang mit den strukturellen Veränderungen stand.

Therapeutische Beziehung ansprechen In der Therapie von Patient 20 stand die therapeutische Beziehung (Item 98) neben anderen Themen im Zentrum des Gesprächs und konnte mit den Ergebnissen in einen signifikanten positiven Zusammenhang gebracht werden.

Verbindung zwischen therapeutischer und anderer Beziehungen Der Therapeut von Patient 20 stellte zudem Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100), was ebenfalls in einen signifikanten positiven Zusammenhang mit den sehr gute Therapieergebnissen von Patient 20 auf der HUSS in Zusammenhang gebracht werden kann.

Schließlich war ein weiterer Befund der Auswertung, dass in manchen Verläufen eindeutige Veränderungen des Prozesses zu beobachten waren (wie bei Patient 20 und 19), während in anderen Therapien sowohl Patienten als auch Therapeuten sich tendenziell konstant verhielten, gleichbleibend fühlten (Patienten) bzw. intervenierten (Therapeuten) und inhaltlich ebenfalls immer wieder die gleichen Themen angesprochen wurden (z.B. in der Therapie von Patient 16).

6.1.3 Bewertung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen zu Hypothese 3

Bezüglich Hypothese 3, also der Frage nach der **Modifizierung der analytischen Technik in Abhängigkeit von den** anfänglich mit Hilfe der OPD-1 diagnostizierten **Strukturturniveaus** der Patienten, zeigten sich folgende Ergebnisse:

In analytischen Langzeittherapien entwickelten sich die Patienten mit anfänglich ausgeprägteren strukturellen Defiziten strukturell tatsächlich auch weniger gut. Patient 3, der in der Stichprobe strukturell am meisten beeinträchtigt war, entwickelte sich zwar zwischen T1 und T4 strukturell bezüglich aller drei Achsen signifikant, zeigte aber bereits zwischen T3 und T4 eine Stagnation bezüglich der Beziehungs- und der Strukturachse sowie einen leichten Rückgang des HUSS-Wertes bezüglich der Konfliktachse und brach schließlich nach 216 Stunden seine Therapie ab. Somit kann seine Therapie, die am stärksten klassisch analytisch geprägt war, als nicht erfolgreich angesehen werden.

Es konnte nicht belegt werden, dass je höher strukturiert die Patienten waren, umso mehr spezifische psychodynamische Elemente sowie gleichzeitig umso weniger spezifische interpersonale und kognitiv-behaviorale im Sinne der Experten-PQS-Prototypen qualitativ als bedeutsam gefunden wurden. Und es ist umgekehrt ebenfalls nicht so, dass je strukturell gestörter die Patienten waren, umso mehr direktive kognitiv-behaviorale oder stützende interpersonale Elemente im Vergleich zu den psychodynamischen in ihren Therapien bedeutsam waren.

In unserer Stichprobe war Patient 3 strukturell am meisten beeinträchtigt und genau in der Therapie dieses Patienten erwiesen sich die psychodynamischen PQS-Prozessmerkmale im Sinne der Experten-PQS-Prototypen am häufigsten als bedeutsam: Der Therapeut war zwar empathisch, kontrollierte das interaktionelle Geschehen aber gar nicht, benannte stets unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen des Patienten, stärkte nicht dessen Abwehr, sondern wies immer wieder auf seine Abwehrmechanismen hin und stellte Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. In der Therapie wurde sowohl über die therapeutische Beziehung, als auch über sich wiederholende Themen im Verhalten und Erleben des Patienten sowie über seine Träume gesprochen. Der Patient erlebte ab T2 zunehmend ambivalente Gefühle seinem Therapeuten gegenüber, was als Entwicklung der negativen Übertragungsbeziehung interpretiert werden könnte. Die Therapie verlief insgesamt ungünstig (wenig strukturelle Veränderungen, Stagnation der strukturellen Entwicklung zwischen T3 und T4 bezüglich der Beziehungs- und der Strukturachse, leichter Rückgang des HUSS-Wertes bezüglich der Konfliktachse ebenfalls zwischen T3 und T4) und der Patient brach sie nach 216 Stunden schließlich ab. Dies hängt m.E. damit zusammen, dass der Therapeut seine Techniken eben NICHT in Abhängigkeit von den schweren strukturellen Defiziten von Patient 3 modifizierte. Er blieb insgesamt eher rigide klassisch analytisch, d.h. er war in seiner Haltung zurückhaltend, abwartend, neutral, abstinent, wenig aktiv kontrollierend und strukturiere-

rend. Zudem deutete er oft unbewusstes Material (Träume, die Übertragungsbeziehung und die Abwehr) statt im Hier und Jetzt an konkreten Inhalten mit dem Patienten zu arbeiten, zu containen, dem Patienten Hilfs-Ich-Funktionen etc. anzubieten, wie dies im Sinne der Modifizierung geraten wird (siehe Unterkapitel 2.1.4). Es ist gut möglich, dass der Therapeut die schwere strukturelle Problematik des Patienten übersehen hatte und seine Technik deshalb nicht modifizierte, was dazu führte, dass der Patient, als seine Abwehr immer mehr zusammenzubrechen drohte, unter einen enormen inneren Druck geriet, den er nicht mehr ertragen konnte, so dass für ihn nur noch der Abbruch als einzige Möglichkeit in Frage kam. Dies bedeutet natürlich ein tragisches Ende einer jeden Therapie und kann als *Wiederholung traumatischer alter Beziehungserfahrungen sowie -abbrüche* verstanden werden, die zu bearbeiten nicht gelungen ist. Die ab T2 auftauchenden und zunehmend ambivalenten Gefühle des Patienten seinem Therapeuten gegenüber hätten als erste Anzeichen dieses möglichen Abbruchs verstanden werden können. Strukturell schwer gestörte Patienten ertragen kaum widersprüchliche Gefühle gegenüber ihren wichtigen Objekten. Der Therapeut hätte womöglich auf das ambivalente Beziehungsangebot reagieren und die Beziehung wieder in Richtung einer *guten Objektbeziehung* korrigieren müssen, anstatt (klassisch-analytisch) in der negativen Übertragung zu bleiben.

In den Therapien der Gruppe A der strukturell am wenigsten gestörten Patienten wurden die interpersonale Prozessmerkmale am häufigsten als bedeutsam geratet, die spezifischen psychodynamischen Items standen an zweiter Stelle, die kognitiv-behaviorale Prozesselemente an dritter. In den Therapien der Patienten der Gruppe B mit einem mäßig integrierten Strukturniveau verteilten sich die therapierichtungsspezifischen Prozessmerkmale im Sinne der Experten-PQS-Prototypen von ihrer Bedeutsamkeit her gleichmäßig. Wenn man jedoch die Therapien unabhängig von den PQS-Prototypen betrachtet, kann in der Gruppe A der strukturell mäßig bis gut integrierten Patienten beobachtet werden, dass ihre Therapeuten wie erwartet insgesamt tatsächlich eher klassisch analytisch arbeiten: Sie beruhigten konsistent ihre Patienten nicht und nahmen keine supportive Haltung ein, sondern verhielten sich im Verlauf der Therapie zunehmend neutral. Sie stärkten die Abwehr nicht und lenkten die Aufmerksamkeit der Patienten vor allem auf ihre Gefühle, die diese oft als schmerzhaft erlebten. Gleichzeitig waren die Therapeuten besonders wertschätzend und nicht lehrerhaft. Sie versuchten zu Beginn der Therapie die Beziehung zum Patienten zu verbessern, wenn diese sich schwierig gestaltete, um so m. E. zuerst eine gute und tragfähige Arbeitsbeziehung zu etablieren, die eine unabdingbare Voraussetzung dafür ist, dass Patienten ihre Therapie auch dann fortsetzen, wenn im weiteren Verlauf des Prozesses oftmals schmerzhaft Gefühle und Erinnerungen hochkommen und in der Beziehung zum Analytiker wiederbelebt werden. Später gelang es aber den Therapeuten in der negativen Übertragung und abstinenter sowie neutral im klassischen Sinne zu bleiben und so die Rollen in der Übertragungsbeziehung anzunehmen, die ihnen von den Patienten zugewiesen wurden. So erfüllten und befriedigten sie im Sinne der klassisch-analytischen Technik nicht die unbewussten Wünsche der Patienten, die an sie herangetragen wurden, damit diese in der Übertragung bleiben und dort bearbeitet werden können. Das Selbstbild der Patienten war, neben zwischenmenschlichen Beziehungen und aktuellen Situationen, das wichtigste

Thema der therapeutischen Gespräche, was auch ein wichtiges analytisches Thema ist. Die Therapeuten der Gruppe B der strukturell mäßig integrierten Patienten stärkten ebenfalls nicht die Abwehr. Sie stellten aber eindeutig Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen der Patienten her, vor allem mit fortschreitender Therapie. Dieses Ergebnis für Gruppe B könnte mit der Annahme in Einklang stehen, dass bei strukturell schwerer gestörten Patienten intrapsychische Konflikte mangels psychischen Binnenraums mehr auf der interpersonellen Ebene ausgetragen werden und somit zu erwarten ist, dass in den Therapien mehr von dieser die Rede ist. In Abhängigkeit von den anfänglichen Strukturniveaus der Patienten unterschieden sich also die hier untersuchten Therapien zusammenfassend eher nur geringfügig voneinander. Die weniger guten Therapieergebnisse der Gruppe B könnten also auf die nicht stattgefundenen Modifikation der Therapien zurückgeführt werden, wobei natürlich fraglich ist, ob anfänglich schwerer gestörte Patienten innerhalb der gleichen Zahl von Sitzungen überhaupt ähnlich gute Ergebnisse wie anfänglich weniger strukturell beeinträchtigte erreichen können.

Insgesamt fanden sich in allen Therapien aber Ähnlichkeiten darin, welche *Haltung die Therapeuten* einnahmen, wie die *Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit* und das *Klima der therapeutischen Sitzungen* waren, wie *empathisch* die Therapeuten waren und zum Teil auch hinsichtlich der *Sitzungsinhalte*. Diese *allgemeine Wirkfaktoren* beinhalteten inhaltlich im Großen und Ganzen ähnliche Prozessmerkmale wie sie auch in den Ergebnissen von Hypothese 2 zu finden sind (siehe 5.2.6) und zeigten auch statistisch signifikante Zusammenhänge mit den Therapieergebnissen.

Was die zeitliche Veränderung der therapeutischen Prozesse angeht, konnten in der Gruppe A insgesamt weniger starre und mehr bewegliche Prozesse beobachtet werden. Das bedeutet, dass es sich im Verlauf der Therapien oft und stark änderte, welche Prozessmerkmale zu welchem Messzeitpunkt bedeutsam waren. Die therapeutischen Prozesse von strukturell stärker beeinträchtigten Patienten waren dagegen im Verlauf jeweils ziemlich gleichbleibend. Dies könnte so verstanden werden, dass Patienten auf einem niedrigeren Strukturniveau im Gegensatz zu neurotischen Patienten auch intrapsychisch starrer und verfestigter sind, was dann auch weniger Bewegung und Flexibilität in der Gestaltung der therapeutischen Prozesse erlaubt. Überdies konnte bezüglich der Prozessveränderungen beobachtet werden, dass die therapeutischen Prozesse von Gruppe A sich bereits zu T5 eindeutig veränderten. D.h. neue Prozessmerkmale traten in den Vordergrund und wurden bedeutsam. Eine solche Veränderung der therapeutischen Prozesse konnte bei Gruppe B nicht bzw. nur zu T6 festgestellt werden, wobei zu diesem Zeitpunkt nur Daten zu Patient 20, also zu einem einzigen Fall, vorhanden und auswertbar waren. Dies könnte so interpretiert werden, dass der analytische Prozess bei höher strukturierten Patienten früher, ca. zwischen der 240. und der 300.-320. Sitzung zustande kommt, bei niedriger strukturierten Patienten dagegen entweder gar nicht oder erst viel später, zwischen der 300.-320. und der 400. Sitzung.

6.2 Kritische Anmerkungen

Diskussion der methodischen Vorgehensweise und des Auswertungsverfahrens der Studie:

Um die Frage zu klären, unter welchen Bedingungen die verschiedenen Wirkfaktoren jeweils wie wirksam werden, bedarf es laut Pfammatter und Tschacher (2012) einer multidimensionalen, sequenziellen Analyse der dynamischen Interaktionen zwischen spezifischen Therapietechniken, allgemeinen Wirkfaktoren, Störungscharakteristika, individuellen Patientenmerkmalen und Therapeutenmerkmalen sowie verschiedenen Ergebnisvariablen. Als ein möglicher Zugang bietet sich die Zeitreihenanalyse an, durch die das zeitliche Zusammenspiel der eben genannten relevanten Variablen analysiert werden kann (Pfammatter u. Tschacher, 2012, S. 74 f.). Die vorliegende Studie untersuchte genau diesen zeitlichen Zusammenhang und zwar nicht nur auf korrelative Kausalität, sondern auch auf die statistische Signifikanz der gefundenen korrelativen Zusammenhänge und zwischen den von Pfammatter und Tschacher genannten Variablen: Ergebnis- und Prozessvariablen sowie Störungscharakteristika.

Insgesamt bewährte sich in dieser Arbeit die Vorgehensweise, Untersuchungen sowohl an einer Gruppe von Patienten als auch an mehreren Einzelfällen durchzuführen. Auch die Bemerkung von Chassan (1961), dass ein einziger Fall sich zur klinischen Forschung vielleicht doch nicht so gut eigne, wie einige ähnliche Fälle (Schaumburg u. a., 1974, S. 360) kann hier bestätigt werden. Durch die gruppenstatistischen Auswertungen konnten in Hypothese 2 z. B. die wirkmächtigen allgemeinen Prozessmerkmale bzw. Wirkfaktoren gefunden werden, die in allen Therapien mit den Therapieergebnissen in einem signifikanten korrelativen Zusammenhang standen. Erst durch die genauere Untersuchung der Einzelfälle konnten jedoch Erkenntnisse gewonnen werden, wie die zu Teilhypothese 2c, nämlich, dass analytische Therapeuten, welche sich auf einzigartige Weise auf ihre individuellen Patienten einlassen und bei Bedarf auch von verinnerlichten, klassischen technischen Vorgehensweisen abweichen, erfolgreichere Therapieergebnisse erzielen. Anhand eines Einzelfalles hätte aber eine solche Beobachtung, wie die letztere, nicht mit einer solchen Aussagekraft belegt werden können, wie hier anhand von vier Einzelfällen.

Die eher kleine Anzahl der Stichprobe ($n=17$) erwies sich nur in den Gruppenauswertungen als problematisch. Hier mussten die Gruppen für die Überprüfung von Hypothese 1 in eine katamnestiche und eine laufende Gruppe und für Hypothese 3, je nach Strukturniveau, in Gruppe A, Gruppe B und C bzw. Patient 3 weiter aufgeteilt werden. Dies führte dazu, dass diese Teilgruppen jeweils nur noch 5 bis 10 Patienten aufwiesen, was die Aussagekraft der Ergebnisse natürlich schwächt. Ein weiteres Problem bestand darin, dass je weiter die Therapien fortgeschritten waren, desto weniger HUSS- und PQS-Daten zur Verfügung standen, weil manche Patienten die Therapie bereits zu T4 beendeten oder aus verschiedenen Gründen (z.B. Umzug) abbrachen. So blieben zu T5 und vor allem zu T6 nur sehr wenige, manchmal sogar nur eine, HUSS- bzw. PQS-Datenreihen übrig, die

natürlich keine Gruppenaussagen, sondern nur Aussagen auf der Einzelfallebene erlauben.

Eine Vergrößerung der Stichprobe hätte allerdings unverhältnismäßig viel Aufwand mit sich gebracht. Dieser war schon mit der Untersuchung der 17 Patienten nicht zu unterschätzen. Alle Patienten wurden, je nachdem wie lange sie in Therapie waren, zu vier bis sechs Messzeitpunkten in die Räumlichkeiten der LMU gebeten, wo mit ihnen verschiedene Interviews (AAI, OPD) durchgeführt und videographiert wurden. Allein diese Interviews dauerten jeweils ein bis zwei Stunden. Zudem wurden zu allen Messzeitpunkten fünf Sitzungen von den Therapeuten audiographiert, dem Projekt zur Verfügung gestellt und schließlich zwei zufällig ausgewählte Sitzungen von den Projektteilnehmern transkribiert. Rechnerisch ergaben sich im Schnitt (d.h. bei durchschnittlich fünf Messzeitpunkten für alle Patienten) ca. 420 aufgenommene und ca. 170 transkribierte Therapiesitzungen. Die Erstellung eines einzigen Transkripts benötigt nach eigener Erfahrung um die zwei bis drei Stunden. Der zeitliche Aufwand für ein einziges HUSS-Rating oder ein einziges PQS-Rating mit anschließend erstelltem Gutachten ist ebenso groß. Hinzu kommt die Zeit für die Konsensratings in beiden Verfahren, wobei sich die Rater für diese nochmals zusammenfinden und besprechen müssen, was neben dem zeitlichen (ca. ein halbe bis anderthalb Stunden pro Rating) auch einen logistischen Aufwand mit sich bringt. Mit anderen Worten: Die Auswertung der hier dargestellten vier Einzelfälle mit vorangegangenem Transkribieren nahm für die beiden Rater berufsbegleitend ca. zwei Jahre (und ca. 1600-1800 Stunden) in Anspruch. Hinzu kommt der zeitliche Aufwand der statistischen Auswertungen sowie der methodischen Schulung der Rater, die sowohl im Falle der OPD als auch der PQS einige sehr intensive Schulungstage benötigt.

Ein weiteres Handicap für diese Studie bestand darin, dass die Anzahl der Messzeitpunkte (hier sechs) zu gering war. Was dies an statistischen Einschränkungen mit sich brachte, wurde in der Einleitung von Hypothese 2 (siehe Kapitel 5.2) bereits detailliert beschrieben.

Aussagekraft und Vergleichbarkeit werden auch dadurch begrenzt, dass die Katamnesen nur ein Jahr nach Therapieende und nicht, wie in vielen anderen Studien, auch nach drei, dreieinhalb, sechs oder sieben Jahren erhoben werden konnten. So untersuchte etwa die DPV-Studie die Patienten katamnestisch sechs Jahre nach Therapieabschluss (Leuzinger-Bohleber u. a., 2002), wobei diese Studie retrospektiv ausgelegt war, d.h. es wurden keine ausgiebigen und ebenfalls sehr zeitintensiven erstdiagnostischen Untersuchungen gemacht. Die Frankfurt-Hamburg Langzeit-Psychotherapiestudie untersuchte ihre Patienten dreieinhalb und sieben Jahre nach Therapiebeendigung (Brockmann u. a., 2006), die Projektgruppe um Sandell (Sandell, 2001) bis zu drei Jahre nach Therapieende.

Eine weitere methodische Einschränkung für die vorliegende Arbeit war, dass die Therapeuten nicht systematisch zu den Therapieergebnissen befragt wurden. So sind die hier formulierten Ergebnisse nur aus der Forscher- bzw. Offline-Perspektive anhand der Untersuchungen der vorhandenen Daten entstanden, wobei die Mitberücksichtigung der Online-Perspektive ebenfalls wichtig wäre. Eine Dissertationsarbeit zu diesem Thema ist im Rah-

men des MBWPs in Vorbereitung.

Ein inhaltlicher Kritikpunkt an dieser Studie könnte schließlich darin bestehen, dass es selbstverständlich fraglich ist, ob die Modifizierung der analytischen Technik einfach mit einer größeren Anzahl bedeutsamer PQS-Prozessmerkmale von interpersonalen oder kognitiv-behavioralen Therapieverfahren im Sinne der Experten-PQS-Prototypen gleichzusetzen ist, wie dies hier auf der größeren Ebene in einem ersten Schritt geschah. Dem ist entgegenzusetzen, dass einerseits eben nur die drei schon in vielen Studien angewandten PQS-Prototypen für eine oberflächlichere Prüfung der Frage zur Verfügung standen und dass andererseits genau aus dieser kritischen Überlegung heraus die bedeutsamen Prozessmerkmale einer nochmaligen Prüfung und zwar unabhängig von den Prototypen unterzogen wurden.

Kritik an den Instrumenten OPD-1 und HUSS:

An den hier verwendeten ersten zwei Instrumenten OPD-1 und HUSS gibt es aus der Erfahrung in dieser Arbeit kaum Kritik anzufügen. Beide Instrumente wurden auch bereits in mehreren Studien validiert (Zimmermann u. a., 2010; Benecke u. a., 2009; Cierpka u. a., 2001; Rudolf u. a., 2000) und scheinen insgesamt objektiv, valide und reliabel das zu erfassen, was sie zu erfassen vorgeben: die wichtigsten Foki des jeweiligen Patienten sowie die Veränderung seines Bewusstseins und seines Umgangs mit diesen Foki.

Als erster Kritikpunkt zur Anwendung der OPD könnte hier angeführt werden, dass in der vorliegenden Arbeit die erste Version der OPD, das Manual der OPD-1 benutzt worden ist, obwohl 2006 eine neue Version, die OPD-2 erschienen ist. Der Grund hierfür wurde bereits im Kapitel 4.2 ausgeführt. Kurz zusammengefasst wurde die ältere Version des OPD beibehalten, um die Vergleichbarkeit verschiedener Arbeiten aus dem MBWP, das ja schon seit 2003 lief und mit der ersten Version begonnen hatte, zu gewährleisten.

Weitere mögliche Kritik betrifft die Auswertungsverfahren mit der HUSS: Es war nicht möglich, bei den HUSS-Ratings bezüglich der Zeit blind zu raten, weil die neuen OPD-Interviews zur Auswertung immer mit dem Fortschreiten der Therapien zur Auswertung an die Rater weitergereicht wurden. Es ist jedoch anzumerken, dass die Verfasserin dieser Arbeit nur bei den vier hier dargestellten Einzelfällen eine der zwei Hauptraterinnen war. Alle anderen Fälle wurden auf diverse andere Projektmitglieder verteilt und jeweils in Zweiergruppen geratet, die anschließend dem Projekt ein Konsensrating zur Verfügung stellten, was letztendlich doch für die Objektivität der OPD- und HUSS-Datenlage spricht.

Kritik an dem Instrument PQS:

Bei den PQS-Auswertungen wurde auf möglichst zeitlich blinde Ratings geachtet, wobei auch dies sich als schwierig erwies, weil man die *eigenen* Patienten (hier 16, 18, 19 und 20) mit der Zeit schon kannte und ungefähr einschätzen konnte, in welcher Therapiephase die

Aufnahmen wohl gemacht worden waren (Bias der Auswerter). Bezüglich der Person des Patienten war eine Verblindung der Ratings ohnehin nicht möglich, weil man die Person an ihrer Art zu „sprechen“ und wegen ihrer Themen in den Transkripten sofort wiedererkannte.

Das Instrument PQS wurde ansonsten auf seine Reliabilität und Validität bereits in mehreren Studien und mit guten Ergebnissen überprüft (Sirigatti, 2004). Sein großer Vorteil besteht darin, dass durch die Zuordnung von Zahlen zu den einzelnen Prozessmerkmalen auch deskriptive und induktive statistische Berechnungen durchgeführt werden können und auf diese Weise kann, wie für Studien der vierten Generation gefordert, der Prozess nicht nur qualitativ sondern auch quantitativ erfasst werden. Blatt merkte in seinem Kommentar zu dem Instrument PQS an, dass es wichtig wäre, der Bedeutung unterschiedlicher Komponenten in den Behandlungen für unterschiedliche therapeutische Ergebnisse nachzugehen (Blatt, 2005), was mit der Methode des PQS gut möglich zu sein scheint und sich in dieser Arbeit bewährt hat.

Als Schwachpunkt des Instrumentes erwies sich, dass einige Items schwierig zu raten sind. Und es stellt sich als große Herausforderung heraus quasi *theoriefrei* zu raten, weil jeder Rater sich doch zu einer spezifischen Verfahrensweise hingezogen fühlt und darin bereits mehr oder minder geschult ist. Ein Beispiel: Der Rater stellt fest, dass der Therapeut keine Zusammenhänge zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten außerhalb der Therapie herstellt. Aus dem Transkript ist offensichtlich, dass der Patient in den Sitzungen genauso die Anerkennung des Therapeuten sucht, wie er dies außerhalb der Therapie auch bei anderen ihm wichtigen Personen tut. Soll dieser Sachverhalt nun als Item 1 und somit als *nicht vorhanden aber salient* oder als 5, d.h. als *nicht vorhanden und auch nicht salient* geratet werden? Jemand, der sich der Verhaltenstherapie näher fühlt, wird wahrscheinlich zu 5 neigen, während jemand, der sich mehr zu den analytischen Verfahren hingezogen fühlt und der Auffassung ist, der Therapeut hätte diese Beziehung herstellen müssen, eher zu 1 tendiert.

Überdies sind einige Items schwierig einzuordnen, was ihre Zugehörigkeit zu den Patientenmerkmalen oder Therapeutenmerkmalen angeht. Die Einordnung der Items ausschließlich entweder zu den Patientenmerkmalen oder zu den Therapeutenmerkmalen scheint generell fragwürdig zu sein, weil Patient und Therapeut in der Praxis immer wechselseitig aufeinander einwirken. Um klare, abgegrenzte Begrifflichkeiten zu erhalten, musste diese Simplifizierung jedoch hingenommen werden.

Eine ähnliche Problematik, die nicht zufriedenstellend gelöst werden konnte, liegt in der Zuordnung der Items zu den Experten-PQS-Prototypen: So wird im Experten-PQS-Prototyp für die ideale psychodynamische Therapie eben nicht zwischen Psychoanalyse und anderen psychodynamischen Verfahren unterschieden. Es ist auch nicht verständlich, warum z.B. das PQS-Item 89 (Therapeut stärkt die Abwehr), nicht als psychodynamisches, sondern als unspezifisches Item gilt. Oder: Weshalb ist PQS-Item 26 (Der Patient empfindet

unangenehme oder schmerzliche Gefühle) nur dem interpersonalen und nicht auch dem psychodynamischen Prototyp zugeordnet? Solche Fragen könnte man auch noch bei vielen anderen Items stellen. Um diese Arbeit im Kontext wissenschaftlicher Vergleichbarkeit zu halten, kamen die Experten-Prototypen hier dennoch rigide zur Anwendung.

Insgesamt scheint das Instrument eindeutig zu grob zu sein, um feine Nuancen in therapeutischen Prozessen erfassen und beschreiben zu können. M.E. sollten getrennte Prozess Q-Sets, die sich tatsächlich sehr gut zur Untersuchung von Prozessgeschehen verwenden lassen, mit je 100 Items für jedes einzelne Therapieverfahren getrennt kreiert werden. Es wäre auch zu überlegen, ob nicht getrennte Instrumente für die klassische Psychoanalyse und andere psychodynamische Verfahren, wie z.B. die in Deutschland doch sehr präsen- und ebenfalls von der Krankenkasse finanzierte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, entwickelt werden könnten, wobei eine Entwicklung von getrennten Q-Sets mit je 100 Items – wegen ähnlicher theoretischer Grundlage und sich zum Teil überschneidenden Techniken und Zielen – hier schwierig sein dürfte, aber vielleicht mit je 30 Items? Dass die Entwicklung solch spezieller Instrumente sinnvoll und machbar ist, zeigt das Beziehungs Q-Set (BQS) von Zimmermann. Er hat dieses eigene Q-Set zwar nicht für ein spezielles Therapieverfahren entwickelt, aber zu Erfassung der Beziehungsdynamik, angelehnt an die beziehungs-dynamische Formulierung der OPD.

Trotz all dieser Einschränkungen, konnte mit dieser Arbeit demonstriert werden, dass es mithilfe der Methode des PQS sehr wohl möglich ist, analytisches Material quantitativ zu beschreiben und so empirisch objektiv, reliabel und valide zu erforschen. Deshalb ist nach wie vor der Meinung von Albani u. a. zuzustimmen, die ihre Studie an dem Fall *Amalie X* mit der Bemerkung beendeten, dass die Methode des PQS zwar keine vollständige Information über den Inhalt des therapeutischen Diskurses liefert und das klinische Material mit ihrer Hilfe natürlich reduziert und abstrahiert werden muss, es jedoch möglich ist, mit ihr Arbeitsmodelle zu schaffen und Hypothesen über den therapeutischen Prozess und dessen Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg zu prüfen (Albani u. a., 2001).

6.3 Praxisbezug

Die wichtigsten Erkenntnisse der Studie für praktisch tätige Analytiker sowie analytischen Therapeuten sind folgende Punkte:

- Tiefgreifende strukturelle Veränderungen brauchen Zeit und sind erst in einer Therapie mit mindestens 300-320, eher sogar 400 Sitzungen zu erreichen. Wenn sie jedoch erreicht wurden, dann bleiben sie nach Beendigung der Therapie nicht nur stabil, sondern es zeigen sich mit der Zeit noch weitere Verbesserungen.
- Es gibt allgemein wichtige und wirksame Wirkfaktoren, welche für den Erfolg einer Therapie (hier die strukturelle Veränderung oder Umstrukturierung der Persönlichkeit) bedeutsam und ausschlaggebend sind und so die Grundvoraussetzungen eines

fruchtbaren therapeutischen Prozess bilden: So muss ein Therapeut eine empathische, wertschätzende, taktvolle und respektvolle Haltung gegenüber seinem Patienten haben. Er muss eine Atmosphäre in den Sitzungen schaffen, in der sich der Patient öffnen und seinem Therapeuten mit seinen wichtigsten Themen anvertrauen kann, in der er keine ambivalente Gefühle ihm gegenüber empfindet und ihm nicht misstraut. Die empathischen Fähigkeiten des Therapeuten sind entscheidend. Des Weiteren müssen Themen wie die zwischenmenschliche Beziehungen, das Selbstbild, aber auch die aktuelle Lebenssituation und Ereignisse im Leben des Patienten besprochen werden. Schließlich ist noch wichtig, dass der Patient motiviert ist, sich in die Therapie einbringt, aktiv an den Sitzungen beteiligt ist und für ihn wichtige Themen nicht verschweigt, sondern anspricht und ausführlich schildert.

- Spezifische analytische Wirkfaktoren sind zwar auch bedeutsam, scheinen aber nur auf der Grundlage der eben genannten allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren zu wirken. Die allgemeinen Wirkfaktoren scheinen überhaupt die Basis dafür zu sein, dass Therapeuten ihre spezifischen technischen Vorgehensweisen anwenden können. Von den spezifischen psychodynamischen Items waren folgende immer wieder sehr wichtig und standen mit der positiven Entwicklung der HUSS-Werten stets in signifikantem Zusammenhang: Selbstbild im Zentrum der Therapie, Hinweisen auf Abwehrmechanismen, Benennung von sich wiederholenden Ereignissen, Interpretation verdrängter Inhalte, Abwehr nicht stärken, therapeutische Beziehung ansprechen sowie eine Verbindung zwischen dieser und anderer Beziehungen herstellen.
- Ein weiterer für die Praxis wesentlicher Befund ist, dass jede therapeutische Dyade trotz der allgemein bedeutsamen Wirkfaktoren doch einzigartige Prozessmerkmale aufweist. Mithin ist es sehr wichtig, dass Therapeuten individuell auf die Bedürfnisse und Beziehungsangebote ihrer Patienten eingehen und bereit sind, ihre Haltungen und Techniken entsprechend der Einzigartigkeit des Patienten mehr oder minder zu modifizieren.
- Strukturell schwerer gestörte Patienten entwickeln sich in analytischen Langzeittherapien entsprechend der Erwartung langsamer oder weniger als strukturell von Anfang an besser ausgerüstete Patienten. Auch scheint der so genannte analytische Prozess bei diesen Patienten später oder gar nicht in Gang zu kommen. Dagegen gestaltet sich ein solcher Prozess bei strukturell stabileren Patienten ca. zur 300.-320. Sitzung.
- In Bezug auf die anfänglich diagnostizierten Strukturniveaus der Patienten hat sich in den hier untersuchten Therapien kaum eine Modifizierung der Technik gezeigt, womit letztlich auch erklärt werden könnte, warum die strukturell schwerer gestörte Patienten bezüglich struktureller Entwicklung schlechter abschnitten (neben der Tatsache, dass sie auf einem niedrigeren Niveau ansetzten) und warum Patient 3 abbrach. Somit ist ein letztes und für die Praxis bedeutsames Ergebnis dieser Untersuchung, dass die Modifizierung der analytischen Technik in Abhängigkeit von den anfänglichen strukturellen Fähigkeiten der Patienten nicht nur sinnvoll, sondern für ein gutes Ergebnis

geradezu notwendig ist.

6.4 Überlegungen für die zukünftige Forschung

M.E. sollten in Zukunft statt großen oder größeren Stichproben mehr Zeitreihenanalysen an eher weniger Fällen und an transkribierten Sitzungsaufnahmen immer Ergebnis und Prozess quantitativ und qualitativ miteinander in Beziehung setzend durchgeführt werden.

Damit tauchen allerdings wieder die bereits erwähnten Fragen nach der Finanzierbarkeit solcher Vorhaben auf, nicht zuletzt unter dem Aspekt, wer Mitarbeiter für einen solchen zeitlichen Aufwand bezahlen kann. Und wenn die Frage der Finanzierbarkeit geklärt wäre, würde sich immer noch die Frage stellen, wo überhaupt Personen zu finden sind, die sich zu einer derart aufwendigen Arbeit bereit erklären.

Wenn sie denn möglich wäre, würde übrigens eine Ausweitung der Untersuchung auf jede Sitzung für die Prozess-Ergebnis-Forschung wenig Sinn ergeben, weil - zumindest für die Veränderung der strukturellen Fähigkeiten - meist längere Behandlungszeiträume nötig sind. Strukturelle Fähigkeiten beruhen in der Regel auf sehr frühen, internalisierten Beziehungen, die im Laufe der Zeit zur Struktur, also zu etwas Festem, werden und so erst in ebenso mühseligen längeren Prozessen, wie es analytisch-therapeutische Prozesse eben nun mal sind, verändert werden können. Im Rahmen einer solchen Therapie können nicht innerhalb weniger Wochen strukturelle Veränderungen beobachtet werden.

Andererseits liegen Messungen zu etwa jeder 80. Stunde m.E. zu weit auseinander, um Prozessgeschehen wirklich adäquat erfassen zu können. In einer zweistündigen analytischen Therapie bedeutet dieser Abstand immerhin schon ein Jahr Therapie. Um genauere Aussagen über den Zusammenhang zwischen Prozess und Ergebnis machen zu können, wären also m.E. Messungen zu jeder 40. Sitzung (halbjährig) günstiger. Eine solche Erhöhung der Anzahl der untersuchten Messzeitpunkte würde auch multiple regressions- bzw. faktorenanalytische statistische Vorgehensweisen und nicht nur Aussagen über korrelativen Zusammenhänge erlauben.

Auf der anderen Seite kristallisierten sich als Ergebnis dieser Arbeit insgesamt sechs Faktoren (mit ca. je zwei bis sechs PQS-Items) für eine solche regressions- bzw. faktorenanalytische Untersuchung heraus, die man jetzt auch mit (nur) sechs Messzeitpunkten durchführen könnte. Diese Faktoren sind: 1. Haltung des Therapeuten, einschließlich Empathie, 2. Klima der therapeutischen Zusammenarbeit, 3. Commitment des Patienten, 4. Bestimmte Sitzungsinhalte wie Selbstbild, zwischenmenschliche Beziehungen etc., 5. Spezifische psychoanalytische Wirkfaktoren und schließlich 6. Negative Gefühle erleben und bearbeiten.

Die Erfahrungen dieser Arbeit bestätigen insgesamt, dass die Erforschung von Einzelfällen tatsächlich präzisere und detailliertere Ergebnisse als die Gruppenforschung erbringen kann

und damit m. E. auch größeren Nutzen für die praktisch tätigen Analytiker bringt. So zeigte sich hier z.B. bei der Überprüfung der zweiten Hypothese anhand der Erforschung der Gesamtgruppe nur, dass es allgemeine therapeutische Wirkfaktoren zu geben scheint, die für die positiven Therapieergebnisse von signifikanter Bedeutung sind. Jedoch stellte sich erst nach Untersuchung der Einzelfälle heraus, dass die Feinfühligkeit der Therapeuten dafür, was ihre ganz speziellen, individuellen und einzigartigen Patienten brauchen, um sich entwickeln zu können, neben den allgemeinen therapeutischen Kompetenzen nicht weniger wichtig für therapeutische Erfolge waren. Gruppenauswertungen sind jedoch wichtig, um Aussagen z.B. über die allgemeine Wirksamkeit der analytischen Langzeitpsychotherapien machen zu können und so Daten zur Überzeugung der Krankenversicherungen zur Verfügung zu stellen.

In dieser Studie fanden die Katamneseerhebungen bereits nach einem Jahr nach Therapieende statt. In manchen hier zitierten Studien erhoben die Untersucher Katamnesedaten dagegen drei bis sieben Jahre nach Therapieabschluss. Solche Erhebungen sind aus wissenschaftlicher Sicht sehr sinnvoll und sollten weiter angestrebt werden. Erst anhand solcher Langzeitdaten kann die Wirtschaftlichkeit von derart kosten- und zeitintensiven Therapien wie analytischen Langzeittherapien mit bis zu ca. 300 Sitzungen (oder mehr) tatsächlich belegt und Fragen nach Langzeitstabilität beantwortet werden. Die Schwierigkeiten, die sicherlich damit verbunden sind, ehemalige Patienten derart lange Zeit nach Beendigung ihrer Therapie nochmals dafür zu gewinnen, sich z.B. für ein OPD-Interview vorzustellen, sollten unbedingt in Kauf genommen werden.

Neben diesen generellen Forschungsdesideraten sei zum Ende noch auf ein spannendes Detail hingewiesen, dessen weitere Erforschung von Interesse sein könnte: In den Tabellen, in denen die Ergebnisse von Pearson-Korrelationen zu sehen sind, fällt auf, dass die einzelnen PQS-Items unterschiedliche Korrelationen mit dem Beziehungsfokus sowie mit den um die Konflikt- und Strukturachse gebündelten Foki aufweisen. Die Korrelationsunterschiede sind zwar nicht sehr groß, jedoch durchgehend vorhanden. Es wäre interessant zu wissen, ob manche PQS-Items und damit Prozessmerkmale größeren Einfluss auf die eine oder andere Achse haben und wenn ja, ob Regelmäßigkeiten zu entdecken sind.

Kapitel 7

Abschließende Bemerkungen

Die vorliegende Arbeit untersuchte in einem prospektiv naturalistisch angelegten Design, qualitative und quantitative Methoden kombinierend, gruppenstatistisch und einzelfallanalytisch und aus der Offline-Perspektive drei Problemstellungen:

Strukturveränderung

Die erste Problemstellung beschäftigte sich mit den folgenden drei Fragen:

- Erreichen analytische Langzeitpsychotherapie die von ihnen angestrebten strukturellen Veränderungen bzw. eine Umstrukturierung in der Persönlichkeitsorganisation der Patienten?
- Wenn ja: Wie viele Therapiestunden werden für solche Veränderungen benötigt?
- Sind die Ergebnisse katamnestic stabil?

Die erste Teilfrage war, mit gleichen und ähnlichen Instrumenten wie den hier verwendeten, bereits in einigen Studien untersucht worden. Auf die zweite Teilfrage waren bisher eher spärliche, wenig konkrete, insgesamt eher unbefriedigende Antworten gegeben worden. Die dritte Teilfrage war in einigen Langzeitstudien mit Katamneseerhebungen positiv beantwortet worden.

Die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Promotionsarbeit zeigen nun, dass signifikante positive strukturelle Veränderungen bereits ab etwa 240 Therapiestunden und danach konsistent zu jedem weiteren Messzeitpunkt sowie auch zum Zeitpunkt der Katamnese empirisch zu belegen sind. Umstrukturierungen im psychoanalytischen Sinne, also Neuausrichtungen der Persönlichkeitsstruktur, sind jedoch erst ab einem Therapieumfang von mind. 300-320 Sitzungen zu erreichen, am deutlichsten jedoch erst zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung ein Jahr nach Beendigung der Therapie. Die Ergebnisse waren katamnestic insgesamt also nicht nur stabil, sondern die meisten untersuchten Patienten sowie die gesamte Gruppe verbesserten sich zur Follow-up-Erhebung strukturell noch weiter.

Wirksame Prozessmerkmale bzw. Wirkfaktoren

Zweitens wurde die Frage gestellt, mit welchen Prozessmerkmalen die gefundenen strukturellen Veränderungen und Umstrukturierungen in einem signifikanten korrelativen Zusammenhang stehen:

- Eher mit spezifischen – in diesem Fall psychodynamischen bzw. psychoanalytischen – Prozessmerkmalen? Oder sogar mit spezifischen Prozessmerkmalen anderer Therapieverfahren, wie den interpersonalen oder kognitiv-behavioralen?
- Oder waren es möglicherweise gar nicht die spezifischen, sondern die allgemeinen Wirkfaktoren (engl. common factors), die zu guten strukturellen Entwicklungen der Patienten führten?
- Zeigten alle Therapien ähnliche wirksame Prozessmerkmale bzw. Muster von Prozessmerkmalen, die als Wirkfaktoren verstanden werden können? Oder waren die Dyaden im Sinne der psychoanalytischen Theorie doch eher spezifisch? Oder galt beides?

Hierzu konnte zunächst festgestellt werden, dass die Untersuchungen anhand der Experten-PQS-Prototypen zu wenig aussagekräftigen und klinisch relevanten Ergebnissen führten: Manche der untersuchten Therapien erwiesen sich als stärker analytisch (z.B. die Therapie von Patient 20), manche als weniger analytisch und stärker supportiv (z.B. die Therapie von Patient 16); kognitiv-behaviorale Prozessmerkmale kamen überall vor, tendenziell aber in geringerem Maß als psychodynamische oder interpersonale. Gute Therapieerläufe konnten gelegentlich, aber nicht immer mit eher klassisch-analytischer therapeutischer Arbeit in Zusammenhang gebracht werden.

Im Gegensatz zu diesem eher gemischten Resultat, kann als wichtiger und eindeutiger Befund festgehalten werden, dass allgemeine Wirkfaktoren (wie eine respektvolle und taktvolle Haltung des Therapeuten, seine Fähigkeit zur Empathie, ein gutes und vertrauensvolles Arbeitsklima, die aktive und motivierte Beteiligung des Patienten, das Besprechen von zwischenmenschlichen Beziehungen und das Sprechen über das Selbstbild des Patienten) in allen Therapien signifikant mit guten Therapieergebnissen in Zusammenhang gebracht werden konnten.

Ein weiteres relevantes Ergebnis ist, dass alle therapeutischen Dyaden sich außerdem bezüglich zusätzlicher wichtiger und nur für sie spezifischer Muster von Prozessmerkmalen voneinander unterschieden. So konnten weitere empirische Belege dafür gefunden werden, dass Therapeut und Patient ihre jeweils einzigartige therapeutische Interaktion ko-konstruieren und dass Therapeuten ihre Techniken abhängig vom jeweiligen Patienten mehr oder minder stark abwandeln. Geschieht diese Modifikation des überkommenen „analytischen Goldstandards“ nicht, kann es – so der Befund dieser Untersuchung – zu ungünstigen, zumindest aber im Vergleich zu anderen Verläufen schlechteren Therapieergebnissen (wie hier bei Patient 19), im Extremfall auch zum Abbruch der Therapie (hier

bei Patient 3) kommen. Letzteres stellte sich jedoch erst in einer Feinanalyse anhand der nächstfolgenden Hypothese, noch nicht im groben Überblick, heraus.

Bei der genaueren Betrachtung der spezifisch analytischen Prozessmerkmale konnten einige gefunden werden, die auch für sich genommen stets in signifikantem korrelativen und so kausalen Zusammenhang mit guten Therapieergebnissen standen. Dies waren: Empathie; das Sprechen über das Selbstbild des Patienten; die Benennung von sich wiederholenden meist negativen Erfahrungen und sich negativ auswirkendem Verhalten des Patienten; die Interpretation von verdrängten, meist schamhaften Inhalten, von Wünschen und negativen sowie aggressiven Gefühlen; das Nichtstärken der Abwehr und das Hinweisen auf Abwehrmechanismen. Bei einzelnen Patienten war zudem die neutrale und somit eindeutig analytische Haltung des Therapeuten sehr wichtig oder auch das Herstellen eines Zusammenhanges zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen außerhalb der Therapie für das gute Therapieergebnis ihrer analytischen Langzeitpsychotherapien.

Modifizierung der psychoanalytischen Technik

Drittens sollte erforscht werden, ob die heute oft geforderten und vor allem in Kliniken, aber mittlerweile auch in niedergelassenen Praxen, bewährten Modifizierungen der analytischen Technik in den hier untersuchten Therapien wiedergefunden werden konnten.

Ein erster Versuch, solche Modifizierungen qualitativ anhand der Experten-PQS-Prototypen und damit auf einer eher gröberen Ebene zu finden, erbrachte keine aussagekräftigen Ergebnisse. Nach weiteren Untersuchungen zeigte sich dann, dass in den hier untersuchten Therapien zwar nur leichte, dennoch eine Art Modifizierungen der Technik in Abhängigkeit von den am Anfang der Therapie festgestellten Strukturniveaus der Patienten beobachtet werden konnten: In den Therapien der strukturell mäßig integrierten Patienten wurde mehr über Beziehungen gesprochen und Zusammenhänge mit der Beziehung zum Therapeuten hergestellt. Dies stimmt mit der theoretischen Annahme überein, dass schwerer gestörte Patienten ihre Problematik eher im interpersonellen Raum austragen als intrapsychisch. Negative Gefühle wurden von den Therapeuten für diese Gruppe nicht extra betont. Dies steht im Einklang mit neueren Ansätzen zur Modifikation der psychoanalytischen Technik bei solchen Patienten, die ohnehin meist Schwierigkeiten mit der Impulssteuerung haben. Insgesamt waren die Therapien in dieser Gruppe, im Gegensatz zu denen der besser strukturierten Patienten, etwas weniger klassisch-analytisch geprägt. Die Therapeuten der besser strukturierten Patienten verhielten sich eher analytisch und dabei betont nicht supportiv und nicht abwehrstärkend, was dazu führte, dass die Konflikte der Patienten sich im analytischen Raum immer mehr entfalten konnten und ihre schmerzlichen, negativen und oft auch aggressiven Affekte zum Ende der Therapie hin immer mehr zum Vorschein kamen, was für die Entwicklung eines analytischen Prozesses spricht. Die Entwicklung eines solchen Prozesses zeigte sich nur bei der besser strukturierten Gruppe und erst zur ca. 300.-320. Sitzung. Diese Gruppe erzielte auch etwas bessere Ergebnisse (strukturelle Veränderungen) in der Therapie als die Gruppe mit mäßig bis gering integriertem Strukturniveau. Patient

3, der mit den ungünstigsten strukturellen Ausgangsvoraussetzungen in die Therapie kam, entwickelte sich hingegen strukturell am schlechtesten, stagnierte erst und verschlechterte sich dann und brach seine Therapie nach 216 Sitzungen ab. Dieser Verlauf in einem Einzelfall könnte damit in Zusammenhang gebracht werden, dass sein Therapeut stets in der klassisch-analytischen Haltung blieb und in der Therapie mit diesem schwer gestörten Patienten seine Technik am wenigsten bzw. gar nicht modifizierte.

Ein letztes und praxisrelevantes Ergebnis dieser Untersuchung ist mithin, dass die Modifizierung der analytischen Technik in Abhängigkeit von den anfänglichen Strukturniveaus der Patienten nicht nur sinnvoll, sondern für ein gutes Ergebnis geradezu notwendig ist. Sie schließt deshalb mit Winnicotts historischem Plädoyer für eine undogmatische, flexible therapeutische Haltung:

„Ich wurde eingeladen, um über die psychoanalytische Behandlung zu referieren, und um der Ausgewogenheit willen wurde ein Kollege eingeladen, der über Einzelpsychotherapie sprechen sollte. Ich vermute, daß wir beide mit demselben Problem beginnen werden: Wie soll man die beiden unterscheiden? Ich persönlich bin nicht in der Lage eine solche Unterscheidung zu treffen. Für mich lautet die Frage: Hat der Therapeut eine analytische Ausbildung oder nicht?... Ich habe (als ausgebildeter Analytiker) bei einigen hundert Einzelpsychotherapie angewandt. Und ich habe auch eine Reihe von Kindern dieser Altersgruppe in Psychoanalyse gehabt, mehr als zwölf und weniger als zwanzig. Die Grenzen sind so vage, daß es mir unmöglich wäre, das genau zu sagen... Es macht mir Spaß Analysen zu machen, und gleichzeitig freue ich mich auf das Ende jeder Analyse. Eine Analyse um der Analyse willen hat für mich keinen Sinn. Ich mache eine Analyse, weil ein Patient sie braucht. Braucht der Patient keine Analyse, mache ich etwas anderes. Bei einer Analyse fragt man: Wie viel ist einem zu tun erlaubt? Und im Gegensatz dazu ist in meiner Klinik das Motto: Wie wenig braucht es getan zu werden?... Wenn es unser Ziel bleibt, das, was nun allmählich bewusst wird, im Rahmen der Übertragung zu verbalisieren, dann praktizieren wir Analyse; wenn nicht, dann sind wir Analytiker, die etwas anderes praktizieren, etwas, von dem wir glauben, daß es dem Fall angemessen sei. Warum nicht?“ (D. W. Winnicott, 1965, aus: Kinderanalyse in der Latenzperiode, in: Reifungsprozess und fördernde Umwelt)

Anhang A

Beschreibung der PQS-Items

Tabelle A.1: Übersicht über die Definitionen der PQS-Items

Item Nr.	Item-Beschreibung
1	Der Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
2	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
4	Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
5	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).
8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit).
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
10	Der Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
12	In der Stunde wird geschwiegen.
13	Der Patient ist lebhaft.
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
15	Der Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.
16	Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
18	Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
19	Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
20	Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.
21	Therapeutische Selbstöffnung.
22	Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
25	Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.
27	Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderungen.
32	Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
34	Der Patient beschuldigt andere und äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gespräches.
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.
37	Der Therapeut verhält sich lehrerhaft.
38	Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.
40	Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
41	Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
43	Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
47	Wenn sich die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
50	Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung.)

Fortsetzung auf der nächsten Seite

Übersicht über die Definitionen der PQS-Items – Fortsetzung

Item Nr.	Item-Beschreibung
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
55	Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
57	Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.
58	Der Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder -aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).
60	Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
61	Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher.)
62	Der Therapeut benennt ein sich in Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
63	Die zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten der Patienten sagte.
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
68	Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.
72	Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
73	Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
74	Es geht humorvoll zu.
75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.
77	Der Therapeut ist taktlos.
78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
79	Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
80	Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
82	Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.
83	Der Patient ist fordernd.
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.
85	Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.
86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
87	Der Patient kontrolliert.
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.
90	Träume und Phantasien werden besprochen.
91	Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.
93	Der Therapeut ist neutral.
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).
95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
96	Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gespräches.
99	Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Anhang B

Mittelwerte und Standardabweichungen der PQS-Items

B.1 Gruppe

Tabelle B.1: PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	3.62	3.19	3.88	3.31	4.19	3.63	3.93	3.80	4.42	3.75	4.00	5.00	3.92	0.50
2	4.38	4.56	4.53	4.38	4.50	4.37	4.17	4.57	4.25	4.50	4.50	4.50	4.44	0.13
3	6.53	6.75	6.09	6.12	6.03	6.70	6.33	5.67	5.33	5.83	4.00	5.00	5.81	0.80
4	4.84	5.00	4.84	4.75	4.53	4.60	4.73	4.90	5.00	4.50	4.00	5.00	4.71	0.30
5	2.44	2.44	2.25	2.34	1.94	1.90	2.20	2.23	1.83	2.00	2.00	2.00	2.10	0.20
6	7.50	7.94	7.88	7.59	7.91	7.93	7.90	8.10	7.17	8.08	7.50	8.00	7.82	0.28
7	5.84	5.38	5.22	5.28	5.31	5.07	5.53	5.27	5.17	6.00	5.50	5.00	5.34	0.27
8	4.41	4.16	3.97	4.06	3.75	4.23	4.03	3.30	3.67	3.75	5.50	4.50	4.08	0.57
9	2.03	2.00	2.41	2.06	1.59	1.67	1.70	1.70	2.83	1.67	2.00	2.00	1.97	0.38
10	4.84	4.41	4.31	4.62	4.22	4.40	4.43	4.43	4.58	4.50	5.00	4.50	4.49	0.20
11	6.12	5.06	5.31	5.38	5.47	5.50	5.27	5.03	6.25	6.17	6.00	4.50	5.45	0.52
12	4.88	4.69	5.59	5.50	5.75	5.27	5.40	5.60	5.58	5.08	6.00	6.50	5.54	0.47
13	4.78	5.31	5.03	5.06	4.62	5.33	5.27	5.00	3.92	4.58	5.00	5.00	4.92	0.41
14	1.50	1.66	2.12	1.91	1.62	1.63	2.17	1.80	1.67	1.08	4.00	2.00	1.97	0.74
15	1.59	1.59	1.88	1.78	1.91	2.27	1.63	2.10	1.33	1.42	3.50	4.00	2.13	0.85
16	5.34	5.53	4.94	5.03	4.97	5.53	5.20	5.03	5.17	4.75	5.00	4.50	5.06	0.30
17	4.38	5.34	3.47	3.47	4.00	4.30	3.53	3.70	3.25	3.58	2.50	4.00	3.74	0.71
18	6.69	6.97	7.03	6.44	6.81	7.23	6.97	6.97	6.58	7.25	6.50	7.00	6.89	0.28
19	4.78	4.78	4.72	4.81	4.91	5.03	4.70	4.70	5.17	4.75	5.00	4.00	4.78	0.30
20	3.03	2.69	3.38	3.03	3.50	2.87	3.47	3.30	5.25	3.33	4.00	4.50	3.57	0.75
21	4.69	4.75	4.66	4.47	4.78	4.87	4.63	4.87	4.67	4.50	4.00	4.00	4.56	0.31
22	4.78	4.84	4.38	4.72	4.53	4.33	4.53	5.43	4.67	4.42	5.50	4.00	4.67	0.45
23	7.31	7.88	7.59	7.69	7.69	7.93	7.77	8.03	7.25	8.17	8.50	8.00	7.86	0.33
24	4.34	4.22	4.19	4.16	4.03	4.13	4.07	4.00	4.50	4.25	3.50	5.00	4.19	0.36
25	3.91	3.56	4.00	3.94	4.06	3.30	3.67	4.13	4.83	3.33	4.50	5.50	4.08	0.66
26	6.25	5.84	5.75	5.84	5.91	5.90	6.00	5.77	5.50	6.42	7.50	7.00	6.13	0.61
27	4.25	4.47	3.94	4.12	4.50	5.03	4.27	4.43	4.58	4.42	3.00	3.00	4.16	0.64
28	7.25	7.12	7.09	6.84	7.28	6.80	6.67	7.30	6.33	6.75	7.00	5.00	6.75	0.64
29	5.91	5.47	6.16	4.56	5.38	5.63	5.33	4.80	4.75	4.67	5.50	6.50	5.34	0.62
30	5.75	5.72	5.47	5.09	5.28	5.97	5.97	5.27	5.50	6.92	5.50	4.00	5.52	0.71
31	7.09	7.75	6.53	6.34	6.56	6.43	6.07	6.43	6.08	6.00	5.00	5.00	6.20	0.76
32	4.88	4.84	5.12	5.12	5.00	5.27	5.43	5.20	4.58	5.58	4.50	5.50	5.11	0.35
33	6.25	5.19	5.41	6.00	4.88	5.20	5.30	5.87	5.67	6.17	7.00	6.00	5.70	0.60
34	4.94	5.03	5.44	4.91	5.19	5.17	4.53	4.80	4.08	3.17	4.50	6.50	4.85	0.83
35	7.09	7.25	7.12	7.59	6.72	6.67	7.40	7.20	7.17	7.50	8.50	8.50	7.42	0.60
36	4.91	4.88	5.50	5.28	5.22	4.87	5.40	5.43	5.00	4.42	5.00	5.00	5.09	0.32
37	3.50	2.97	3.28	3.69	3.38	3.47	3.53	3.40	3.42	3.33	2.50	2.50	3.22	0.40
38	4.31	4.12	4.28	4.19	4.25	4.53	4.27	4.23	4.17	4.25	4.50	4.00	4.25	0.15
39	3.81	3.81	3.69	3.91	3.56	3.93	4.10	3.87	5.00	3.75	5.00	4.00	4.06	0.49
40	6.09	6.09	6.50	6.47	6.56	6.33	6.27	6.33	5.92	6.50	5.00	6.50	6.22	0.45
41	5.72	5.28	5.34	5.44	5.59	5.50	5.83	5.57	5.25	5.33	4.50	6.00	5.42	0.38
42	2.09	1.34	1.91	1.81	1.75	1.43	1.43	2.33	1.83	2.00	1.50	2.00	1.76	0.30
43	4.72	4.94	5.47	5.41	5.69	5.37	5.27	5.47	4.58	6.00	4.50	3.50	5.11	0.69
44	2.53	2.50	2.88	2.88	2.62	2.07	2.20	2.17	2.08	1.83	4.00	5.00	2.75	0.95
45	5.81	6.19	5.06	4.47	5.28	5.57	5.00	5.37	3.67	4.50	3.00	4.00	4.74	0.92
46	6.50	7.06	7.00	6.59	7.06	7.13	6.70	6.93	7.33	6.50	6.00	5.50	6.71	0.55
47	4.81	4.97	5.25	4.72	4.91	4.87	4.97	4.60	4.67	4.92	3.00	5.00	4.71	0.60
48	4.72	4.91	5.12	4.59	5.00	5.07	5.20	4.97	4.92	5.00	4.00	4.00	4.80	0.42
49	3.84	3.41	3.84	4.12	4.31	4.00	3.97	4.37	5.00	3.50	5.50	6.50	4.41	0.92
50	4.28	5.03	5.44	5.81	5.59	4.63	5.73	6.67	6.00	6.08	6.50	6.00	5.77	0.59

Fortsetzung auf der nächsten Seite

PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	2.69	2.44	2.91	3.00	2.69	2.57	2.67	2.63	2.75	2.58	4.00	2.00	2.75	0.49
52	4.00	3.84	3.94	3.38	3.41	3.33	3.50	3.27	3.00	3.75	4.00	2.00	3.40	0.56
53	4.94	4.12	4.19	5.22	4.56	4.40	4.63	4.30	4.08	4.17	4.50	4.00	4.38	0.35
54	5.31	5.97	5.91	5.38	5.41	6.27	5.83	5.90	5.42	6.25	5.00	7.00	5.85	0.55
55	5.50	5.62	4.78	5.25	5.19	5.00	4.87	5.23	5.17	5.00	4.50	4.00	4.96	0.43
56	3.03	3.44	3.56	3.09	3.47	4.07	3.40	3.37	4.17	4.25	2.50	2.50	3.44	0.59
57	4.62	5.47	4.69	4.62	4.94	4.77	4.80	4.73	4.42	4.83	5.00	4.00	4.75	0.36
58	2.41	2.53	2.88	2.28	3.19	3.17	2.87	2.90	2.67	2.00	1.50	1.50	2.50	0.61
59	6.22	6.38	5.19	6.00	5.41	5.87	5.80	6.03	5.83	4.00	7.50	4.00	5.64	1.00
60	4.59	4.44	4.50	4.47	4.59	4.43	4.80	4.47	4.67	4.75	4.50	4.50	4.56	0.13
61	5.03	4.78	4.31	4.97	4.97	4.30	5.07	4.67	4.25	5.08	5.00	5.00	4.76	0.33
62	6.19	6.34	6.66	7.00	7.22	6.83	6.60	6.87	6.00	6.17	7.00	8.00	6.79	0.55
63	7.62	7.56	8.16	7.56	7.66	7.17	7.20	7.17	7.08	7.83	8.50	8.50	7.67	0.52
64	7.81	6.09	5.97	6.16	6.28	5.70	6.43	5.73	6.75	6.42	5.00	5.00	5.96	0.56
65	6.94	7.34	7.06	7.03	6.91	6.97	7.37	6.50	6.33	6.58	5.50	6.00	6.69	0.58
66	3.94	4.44	3.22	3.19	3.69	4.30	3.70	3.67	2.25	3.17	2.50	1.50	3.24	0.88
67	5.69	5.75	6.31	6.59	6.12	5.70	6.60	5.73	5.42	6.33	6.50	5.00	6.01	0.52
68	4.47	4.88	4.97	5.25	4.94	5.13	4.80	5.07	5.00	5.25	5.50	5.50	5.12	0.24
69	7.47	7.19	7.41	7.28	7.62	7.80	8.23	7.40	7.58	7.75	6.50	8.00	7.52	0.46
70	3.72	3.97	4.50	3.75	4.19	4.27	3.80	3.57	4.33	3.92	4.50	5.00	4.16	0.41
71	5.78	5.09	4.91	5.41	5.25	4.40	5.27	5.47	5.17	6.17	4.50	5.00	5.15	0.48
72	5.88	5.81	5.75	5.94	6.06	6.13	6.03	6.00	6.42	6.50	6.00	5.50	6.01	0.28
73	6.28	6.12	6.19	6.50	6.06	6.23	6.20	6.23	6.67	6.50	4.50	6.00	6.11	0.57
74	4.81	4.66	4.62	4.69	4.94	4.90	5.00	5.10	4.92	4.92	5.50	4.50	4.88	0.27
75	4.81	4.75	4.94	4.97	4.91	4.77	5.13	4.83	6.42	5.25	6.50	5.50	5.27	0.63
76	3.69	4.38	4.06	4.38	4.34	4.57	4.43	4.07	4.08	4.33	3.00	4.00	4.15	0.42
77	2.28	2.16	2.34	2.91	2.22	2.27	2.33	2.30	2.58	2.42	2.00	3.00	2.41	0.31
78	4.97	4.81	4.69	5.12	5.16	4.70	4.93	5.40	4.17	5.00	4.00	4.50	4.77	0.42
79	4.78	4.22	4.47	4.53	4.22	4.43	4.47	4.60	4.08	4.17	4.50	4.50	4.38	0.17
80	5.34	5.62	5.81	5.84	5.84	6.07	6.17	5.80	4.75	5.83	5.50	6.00	5.75	0.38
81	5.09	6.00	6.16	6.31	6.50	5.60	6.30	6.60	5.67	5.67	6.50	6.50	6.16	0.38
82	4.34	4.31	4.91	5.06	4.94	4.73	4.83	4.57	4.67	5.08	5.50	5.50	4.92	0.36
83	4.47	4.22	4.50	4.53	4.25	4.63	4.73	4.43	4.67	4.67	4.00	4.50	4.47	0.23
84	4.59	5.00	5.69	4.94	5.41	5.20	4.97	5.53	5.08	5.83	6.00	5.00	5.33	0.38
85	4.16	4.16	4.66	4.34	4.72	4.87	4.53	4.33	4.83	4.83	4.00	4.00	4.48	0.33
86	6.56	7.09	6.56	6.47	6.91	7.07	6.73	6.60	6.25	6.67	6.00	4.50	6.44	0.72
87	3.72	3.62	4.34	3.47	3.97	4.33	4.40	4.23	6.08	4.42	5.00	5.50	4.49	0.78
88	7.75	7.56	7.84	7.69	6.94	7.00	7.50	7.40	7.75	7.50	8.00	7.50	7.52	0.32
89	4.03	4.22	3.12	2.78	3.09	3.77	2.63	2.63	2.58	3.17	2.00	2.00	2.91	0.67
90	4.97	5.16	5.34	6.06	5.88	5.53	5.60	5.50	5.92	5.50	5.00	4.00	5.41	0.56
91	6.19	7.00	5.47	5.66	5.56	5.10	4.90	5.17	6.08	5.00	6.00	6.50	5.68	0.66
92	5.94	5.88	6.19	6.88	6.19	5.97	5.50	5.93	7.17	6.33	7.00	7.50	6.41	0.63
93	5.25	5.50	5.19	5.44	5.38	5.53	5.33	5.30	6.42	5.33	7.00	5.00	5.58	0.59
94	6.78	6.56	5.78	6.00	5.81	6.20	5.83	5.83	5.75	6.25	5.50	7.00	6.05	0.43
95	5.91	6.12	5.50	6.16	5.84	6.20	5.53	6.43	6.83	6.67	4.00	5.50	5.89	0.78
96	5.38	5.50	4.84	4.97	5.16	4.87	4.90	5.03	6.00	5.33	5.00	5.00	5.15	0.35
97	6.78	7.09	6.72	6.75	6.41	6.10	6.50	6.37	6.58	7.58	7.00	8.00	6.83	0.56
98	5.53	4.72	5.78	5.81	5.16	5.30	5.10	5.97	6.75	5.42	7.00	6.00	5.73	0.69
99	4.56	4.16	5.09	5.53	5.16	5.00	5.87	5.17	5.75	5.67	5.50	5.50	5.31	0.48
100	5.31	5.03	5.34	5.69	5.22	5.63	5.30	5.53	5.33	5.08	7.00	7.00	5.65	0.70

B.2 Gruppe A

Tabelle B.2: PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe A

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	3.60	3.40	4.50	3.30	4.90	3.50	4.00	3.20	8.50	3.50	6.00	6.00	4.62	1.65
2	3.90	4.60	4.60	4.00	4.10	4.50	4.00	4.90	4.50	5.00	4.00	4.00	4.38	0.38
3	7.00	7.10	5.50	5.50	6.10	6.60	6.40	5.70	5.50	5.00	4.00	6.00	5.76	0.83
4	5.10	4.20	4.20	5.10	4.10	4.50	4.30	4.60	4.50	4.00	4.00	4.00	4.32	0.34
5	2.60	2.50	2.20	2.90	1.70	2.10	2.30	2.10	1.50	3.00	2.00	2.00	2.21	0.46
6	7.40	8.10	7.50	6.40	8.10	8.00	8.00	8.00	8.00	8.50	7.00	8.00	7.78	0.60
7	6.00	5.00	6.30	5.50	6.20	5.10	6.30	6.10	4.50	6.00	8.00	6.00	5.91	0.92
8	4.30	4.30	4.50	4.10	3.40	4.20	4.50	3.20	2.50	3.50	7.00	6.00	4.29	1.27
9	1.80	2.40	2.50	2.90	1.40	1.60	1.80	1.70	2.00	1.50	2.00	2.00	1.98	0.46
10	4.80	4.10	4.60	4.50	4.40	4.70	4.20	4.90	4.00	4.00	6.00	5.00	4.58	0.58
11	5.40	4.90	4.90	5.40	4.90	5.00	4.90	4.70	4.50	9.00	4.00	4.00	5.11	1.36
12	4.00	4.80	6.30	5.40	6.20	6.20	6.40	6.30	4.00	4.00	8.00	8.00	5.96	1.35
13	5.20	5.80	5.30	5.70	4.80	5.50	5.30	5.10	5.00	4.00	5.00	6.00	5.23	0.55
14	1.60	1.40	2.00	2.60	1.70	1.60	2.80	1.50	1.00	1.00	6.00	2.00	2.14	1.40
15	1.30	1.50	1.20	2.50	2.50	2.50	1.60	2.40	1.00	1.00	2.00	6.00	2.20	1.40
16	4.90	5.20	5.20	4.60	4.80	5.60	4.90	4.90	4.50	4.50	4.00	4.00	4.75	0.49
17	4.50	4.40	2.40	3.20	4.00	3.70	3.00	3.10	4.50	2.50	1.00	4.00	3.25	1.03
18	6.60	7.80	7.50	6.20	7.10	7.30	6.80	7.00	8.00	8.50	6.00	8.00	7.29	0.77
19	4.80	4.90	4.80	4.70	4.80	4.80	4.90	4.90	7.00	5.00	4.00	4.00	4.89	0.78
20	2.50	2.60	4.20	2.60	4.30	2.30	3.80	2.60	9.00	3.50	6.00	7.00	4.36	2.14
21	4.60	4.80	4.90	4.60	5.00	5.20	4.70	4.70	5.00	4.50	4.00	4.00	4.67	0.39
22	5.30	5.60	5.10	5.30	3.50	4.00	4.40	4.70	6.50	4.50	6.00	4.00	4.87	0.92
23	8.00	8.50	8.20	8.10	8.00	8.00	8.10	8.20	6.50	7.00	9.00	8.00	7.96	0.68
24	4.60	4.30	4.40	4.40	3.70	4.00	4.70	4.30	5.00	3.50	4.00	6.00	4.39	0.68
25	3.20	3.80	4.00	3.80	4.60	3.80	3.70	4.80	6.00	2.00	6.00	8.00	4.59	1.59
26	5.40	5.70	6.00	6.00	6.50	5.90	6.10	6.10	7.00	6.00	9.00	8.00	6.57	1.04
27	4.70	4.30	3.90	4.20	4.20	5.00	4.70	4.60	3.00	3.00	2.00	4.00	3.90	0.89
28	7.50	6.80	6.20	6.20	6.80	6.70	5.90	6.60	7.50	7.00	8.00	4.00	6.52	1.02
29	6.60	6.10	6.80	4.40	7.20	5.80	4.80	6.20	3.50	5.00	7.00	5.00	5.62	1.18
30	5.20	6.00	4.80	6.20	4.80	5.60	6.00	5.20	3.50	6.00	3.00	2.00	4.83	1.41
31	7.90	8.20	6.00	6.10	5.80	6.00	6.50	6.60	4.50	4.00	4.00	4.00	5.61	1.34
32	4.40	4.50	4.50	4.00	4.60	4.70	4.60	5.50	4.00	6.50	4.00	6.00	4.81	0.84
33	6.50	5.50	5.00	5.30	4.20	4.90	5.10	5.10	6.00	8.00	8.00	6.00	5.74	1.23
34	6.40	6.50	6.00	5.70	5.80	5.80	6.10	6.30	3.50	3.00	4.00	5.00	5.25	1.20
35	6.60	6.80	6.20	7.70	6.30	6.20	6.80	7.20	7.00	7.50	9.00	8.00	7.16	0.86
36	5.00	4.10	4.90	5.20	5.30	4.30	4.40	4.90	5.00	4.00	4.00	4.00	4.55	0.51
37	3.30	3.00	3.30	3.90	3.50	3.30	4.10	3.60	2.50	3.00	2.00	2.00	3.11	0.70
38	4.20	4.10	4.60	4.40	4.40	4.60	4.80	4.40	4.00	3.50	5.00	4.00	4.34	0.42
39	4.40	3.50	3.80	4.10	3.30	3.50	4.00	3.40	7.00	4.00	8.00	6.00	4.60	1.63
40	6.30	6.40	6.50	6.60	6.90	6.90	6.00	7.20	5.00	8.00	5.00	7.00	6.50	0.90
41	6.40	5.20	5.10	5.90	5.30	6.10	6.00	5.90	4.50	3.50	4.00	6.00	5.23	0.89
42	3.10	1.50	2.00	2.50	2.00	1.30	1.60	1.60	2.00	2.00	2.00	3.00	1.96	0.48
43	4.60	5.10	5.80	5.60	5.80	4.80	6.00	5.90	3.50	6.00	4.00	2.00	4.96	1.29
44	2.00	2.20	3.70	3.80	2.90	2.30	2.10	1.90	3.50	1.00	6.00	8.00	3.40	2.02
45	6.20	6.60	5.00	2.80	5.30	4.60	4.30	4.30	3.00	2.00	2.00	4.00	3.99	1.43
46	6.30	6.80	7.10	6.60	6.90	7.40	6.70	6.70	6.50	5.50	6.00	4.00	6.38	0.94
47	4.80	5.00	5.60	4.10	5.50	5.50	5.00	4.60	8.00	5.50	2.00	6.00	5.16	1.44
48	4.50	5.00	4.90	4.30	4.90	4.70	5.10	5.00	5.50	5.00	4.00	4.00	4.76	0.47
49	3.30	4.00	4.50	4.50	4.90	3.70	4.10	3.60	9.00	3.50	6.00	8.00	5.07	1.85
50	3.80	5.10	5.00	5.40	6.40	4.60	5.90	6.60	8.50	8.00	6.00	6.00	6.14	1.21

PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe A – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	2.50	2.40	3.00	3.60	2.70	2.90	2.80	2.90	2.00	3.00	4.00	1.00	2.75	0.79
52	4.00	3.30	3.10	3.00	4.00	3.90	3.30	3.70	3.00	3.50	6.00	2.00	3.53	0.98
53	5.00	3.60	4.40	5.50	4.90	4.60	4.20	4.60	3.00	3.50	3.00	3.00	4.03	0.86
54	5.90	5.80	6.50	6.00	5.00	6.00	6.30	5.30	6.00	6.50	2.00	6.00	5.58	1.27
55	6.30	5.50	4.90	5.90	5.10	5.10	4.70	5.60	4.50	5.50	4.00	4.00	4.98	0.64
56	3.40	4.10	4.20	3.80	3.70	4.40	3.20	4.10	5.00	3.00	3.00	3.00	3.77	0.66
57	5.10	4.90	4.70	4.90	4.90	4.80	4.80	4.60	2.50	5.00	5.00	4.00	4.55	0.74
58	3.00	3.30	2.90	2.50	4.00	4.80	3.40	2.70	1.50	1.00	2.00	2.00	2.74	1.11
59	4.80	4.80	5.30	5.50	5.10	4.40	5.80	6.00	5.00	4.50	7.00	4.00	5.22	0.84
60	4.50	4.50	4.80	4.50	4.90	4.90	4.50	4.70	4.50	5.00	4.00	5.00	4.66	0.30
61	4.90	4.60	4.50	4.80	5.20	3.20	4.90	5.10	2.50	3.00	6.00	6.00	4.53	1.16
62	5.50	6.50	6.10	6.30	7.10	6.70	6.00	6.70	4.00	8.00	8.00	8.00	6.67	1.16
63	7.80	8.50	8.00	7.40	7.40	7.40	6.20	7.70	6.50	5.50	8.00	8.00	7.33	0.90
64	7.20	5.80	5.10	5.70	5.70	4.90	5.60	5.50	5.50	9.00	4.00	4.00	5.53	1.32
65	7.10	6.40	7.10	6.80	7.10	6.80	6.90	7.20	5.50	8.00	5.00	5.00	6.53	0.96
66	3.40	4.80	3.40	2.30	3.10	3.80	3.10	2.60	1.00	1.50	1.00	1.00	2.51	1.28
67	5.60	4.80	5.30	5.90	6.20	5.40	5.70	5.80	3.50	7.00	7.00	4.00	5.51	1.10
68	4.20	4.90	4.70	5.00	4.60	5.00	4.80	4.90	5.00	5.00	5.00	5.00	4.90	0.14
69	7.50	7.30	7.70	7.90	7.00	8.10	8.00	8.00	7.00	8.50	5.00	8.00	7.50	0.95
70	3.30	3.90	4.40	4.20	4.30	4.80	3.20	2.90	3.50	3.50	6.00	6.00	4.25	1.03
71	6.10	5.00	6.00	5.00	4.90	4.70	5.10	5.20	5.00	6.50	4.00	4.00	5.04	0.73
72	6.40	6.20	6.10	5.90	5.80	6.10	5.80	5.90	4.50	6.00	6.00	5.00	5.75	0.52
73	6.20	6.20	6.30	6.00	5.90	6.20	5.80	6.30	6.00	7.00	3.00	6.00	5.88	1.01
74	5.00	4.60	4.50	4.60	4.90	5.60	5.20	5.50	5.00	5.00	5.00	4.00	4.90	0.46
75	4.70	4.60	4.90	4.60	4.90	4.80	5.60	5.00	7.00	5.00	8.00	6.00	5.49	1.10
76	3.60	3.90	3.50	4.60	4.00	4.50	4.20	4.00	5.00	6.50	2.00	4.00	4.20	1.08
77	2.00	1.90	2.60	3.50	2.50	2.50	2.60	2.60	2.00	2.00	2.00	2.00	2.38	0.47
78	4.80	4.90	4.70	5.40	5.50	5.20	4.50	5.20	3.00	3.50	4.00	4.00	4.54	0.82
79	5.00	4.20	4.40	4.30	4.20	4.20	4.20	4.30	3.50	4.50	4.00	4.00	4.16	0.27
80	5.70	6.30	5.70	6.20	6.10	6.50	5.90	6.10	5.50	7.00	4.00	6.00	5.94	0.76
81	5.00	4.90	6.20	5.60	6.40	5.30	6.40	6.00	6.50	7.50	6.00	5.00	5.98	0.76
82	4.00	4.00	5.10	4.50	5.10	5.00	4.50	4.80	5.00	7.00	6.00	6.00	5.18	0.85
83	4.40	4.30	4.30	4.50	4.30	4.80	4.90	4.10	6.50	5.50	6.00	5.00	4.93	0.78
84	4.50	5.40	6.10	5.60	6.60	5.30	6.20	5.60	6.00	6.00	8.00	4.00	5.89	0.97
85	4.60	4.20	5.50	4.70	4.70	4.90	5.00	4.30	3.50	6.00	4.00	4.00	4.62	0.72
86	7.20	6.60	6.80	6.40	6.70	7.40	6.70	6.50	7.00	7.00	6.00	3.00	6.37	1.18
87	3.70	3.90	4.90	4.20	4.00	5.10	5.10	3.50	6.50	6.00	6.00	8.00	5.20	1.34
88	8.00	7.60	7.90	7.80	6.20	6.00	7.50	7.30	8.00	8.50	8.00	7.00	7.44	0.77
89	4.50	5.50	3.60	2.40	3.30	4.40	2.60	2.40	1.50	2.00	2.00	2.00	2.88	1.21
90	4.50	5.50	4.70	5.30	4.70	6.10	5.00	5.40	4.50	6.00	5.00	4.00	5.11	0.63
91	6.40	7.10	4.40	5.50	5.50	5.20	5.30	5.20	6.50	5.50	4.00	8.00	5.66	1.15
92	5.90	6.10	5.20	6.60	5.60	6.20	6.00	6.00	5.00	7.00	6.00	9.00	6.25	1.07
93	5.20	5.20	4.50	5.60	4.90	5.70	5.80	5.70	8.00	3.00	8.00	4.00	5.49	1.50
94	6.20	6.30	6.10	6.20	6.20	5.40	5.70	6.10	5.50	6.00	7.00	6.00	6.04	0.43
95	6.80	6.40	5.10	6.10	6.00	6.20	5.20	6.40	6.00	7.00	2.00	5.00	5.58	1.34
96	4.80	5.10	4.70	4.60	4.90	4.90	5.00	4.90	8.00	5.00	5.00	4.00	5.10	1.01
97	7.70	7.30	6.80	6.60	5.60	5.40	6.50	6.40	8.00	6.50	6.00	8.00	6.64	0.85
98	4.70	4.60	5.60	5.50	4.90	5.30	5.30	5.30	9.00	5.00	6.00	6.00	5.68	1.18
99	4.40	3.50	5.30	6.80	5.50	5.00	6.40	6.00	7.50	7.00	5.00	5.00	5.73	1.15
100	4.60	5.00	4.90	5.10	4.40	5.70	6.10	4.80	4.00	4.50	6.00	6.00	5.14	0.72

B.3 Gruppe B

Tabelle B.3: PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe B

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	3.60	3.15	3.50	3.30	3.80	3.72	3.90	4.10	3.60	3.80	2.00	4.00	3.53	0.58
2	4.65	4.45	4.50	4.30	4.80	4.39	4.25	4.40	4.20	4.40	5.00	5.00	4.52	0.28
3	6.25	6.75	6.35	6.45	5.95	6.78	6.30	5.65	5.30	6.00	4.00	4.00	5.78	0.98
4	4.75	5.45	5.15	4.60	4.75	4.67	4.95	5.05	5.10	4.60	4.00	6.00	4.94	0.52
5	2.40	2.40	2.25	2.10	2.10	1.83	2.15	2.30	1.90	1.80	2.00	2.00	2.08	0.19
6	7.45	7.75	8.00	8.20	7.75	7.83	7.85	8.15	7.00	8.00	8.00	8.00	7.87	0.32
7	5.75	5.40	4.45	4.85	4.70	4.72	5.15	4.85	5.30	6.00	3.00	4.00	4.77	0.79
8	4.35	3.90	3.65	4.05	3.65	3.89	3.80	3.35	3.90	3.80	4.00	3.00	3.73	0.31
9	2.20	1.85	2.30	1.35	1.65	1.72	1.65	1.70	3.00	1.70	2.00	2.00	1.90	0.44
10	4.95	4.60	4.20	4.70	4.10	4.33	4.55	4.20	4.70	4.60	4.00	4.00	4.36	0.28
11	6.50	5.15	5.60	5.40	5.90	5.83	5.45	5.20	6.60	5.60	8.00	5.00	5.79	0.85
12	5.25	4.50	5.25	5.40	5.45	4.50	4.90	5.25	5.90	5.30	4.00	5.00	5.04	0.54
13	4.75	5.25	5.05	5.00	4.75	5.56	5.25	4.95	3.70	4.70	5.00	4.00	4.84	0.55
14	1.45	1.85	1.95	1.30	1.65	1.67	1.85	1.95	1.80	1.10	2.00	2.00	1.74	0.29
15	1.80	1.60	2.20	1.40	1.60	2.11	1.65	1.95	1.40	1.50	5.00	2.00	2.04	1.02
16	5.75	5.55	4.85	5.25	4.95	5.50	5.35	5.10	5.30	4.80	6.00	5.00	5.24	0.36
17	4.60	6.10	4.20	3.70	4.05	4.94	3.80	4.00	3.00	3.80	4.00	4.00	4.14	0.79
18	6.80	6.75	6.90	6.65	6.85	7.39	7.05	6.95	6.30	7.00	7.00	6.00	6.80	0.38
19	4.85	4.75	4.75	4.85	5.00	5.17	4.60	4.60	4.80	4.70	6.00	4.00	4.84	0.48
20	3.40	2.85	2.95	3.40	3.35	3.39	3.30	3.65	4.50	3.30	2.00	2.00	3.15	0.71
21	4.70	4.75	4.55	4.60	4.70	4.67	4.60	4.95	4.60	4.50	4.00	4.00	4.54	0.29
22	4.25	4.35	3.80	4.45	5.05	4.44	4.60	5.80	4.30	4.40	5.00	4.00	4.56	0.55
23	7.10	7.75	7.45	7.45	7.70	8.00	7.60	7.95	7.40	8.40	8.00	8.00	7.79	0.31
24	4.15	4.10	4.00	4.00	4.15	4.11	3.75	3.85	4.40	4.40	3.00	4.00	3.98	0.38
25	4.05	3.30	3.75	3.95	3.55	2.67	3.65	3.80	4.60	3.60	3.00	3.00	3.53	0.53
26	6.45	5.70	5.45	5.80	5.60	5.89	5.95	5.60	5.20	6.50	6.00	6.00	5.79	0.34
27	3.95	4.50	4.00	4.05	4.60	5.06	4.05	4.35	4.90	4.70	4.00	2.00	4.20	0.82
28	7.00	7.10	7.45	7.05	7.35	6.61	7.05	7.65	6.10	6.70	6.00	6.00	6.82	0.59
29	5.55	5.30	5.85	4.65	4.65	5.67	5.60	4.10	5.00	4.60	4.00	8.00	5.22	1.11
30	6.15	5.75	5.95	4.60	5.70	6.33	5.95	5.30	5.90	7.10	8.00	6.00	6.05	0.89
31	6.70	7.55	6.85	6.45	6.90	6.72	5.85	6.35	6.40	6.40	6.00	6.00	6.50	0.49
32	5.05	5.00	5.35	5.50	5.10	5.50	5.85	5.05	4.70	5.40	5.00	5.00	5.22	0.33
33	6.15	4.90	5.85	6.50	5.20	5.61	5.40	6.25	5.60	5.80	6.00	6.00	5.74	0.46
34	4.35	4.55	5.45	4.55	5.10	5.06	3.75	4.05	4.20	3.20	5.00	8.00	4.81	1.25
35	7.50	7.50	7.75	7.70	6.95	7.00	7.70	7.20	7.20	7.50	8.00	9.00	7.59	0.57
36	4.80	5.25	5.55	5.20	4.90	4.94	5.90	5.70	5.00	4.50	6.00	6.00	5.36	0.50
37	3.60	2.85	3.25	3.45	3.30	3.50	3.25	3.30	3.60	3.40	3.00	3.00	3.26	0.23
38	4.40	4.10	4.20	4.10	4.25	4.50	4.00	4.15	4.20	4.40	4.00	4.00	4.17	0.16
39	3.60	4.05	3.65	3.90	3.70	4.28	4.15	4.10	4.60	3.70	2.00	2.00	3.65	0.86
40	6.10	5.95	6.35	6.50	6.40	6.00	6.40	5.90	6.10	6.20	5.00	6.00	6.07	0.41
41	5.30	5.20	5.70	5.30	5.80	5.33	5.75	5.40	5.40	5.70	5.00	6.00	5.51	0.30
42	1.65	1.30	1.95	1.55	1.55	1.56	1.35	2.70	1.80	2.00	1.00	1.00	1.61	0.49
43	4.80	4.85	5.40	5.40	5.75	5.83	4.90	5.25	4.80	6.00	5.00	5.00	5.29	0.42
44	2.75	2.45	2.05	1.95	2.30	1.83	2.25	2.30	1.80	2.00	2.00	2.00	2.08	0.21
45	5.65	6.05	5.10	5.50	5.30	6.00	5.35	5.90	3.80	5.00	4.00	4.00	5.09	0.82
46	6.60	7.10	7.00	6.50	7.05	6.94	6.70	7.05	7.50	6.70	6.00	7.00	6.87	0.39
47	4.80	4.95	5.15	5.10	4.70	4.44	4.95	4.60	4.00	4.80	4.00	4.00	4.61	0.44
48	4.90	4.80	5.20	4.80	5.05	5.17	5.25	4.95	4.80	5.00	4.00	4.00	4.82	0.44
49	3.90	3.15	3.30	3.55	3.65	3.72	3.90	4.75	4.20	3.50	5.00	5.00	3.98	0.67
50	4.40	4.95	5.60	5.85	5.15	4.61	5.65	6.70	5.50	5.70	7.00	6.00	5.70	0.70

PQS-Item 1 bis 100 der Gruppe B – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	2.75	2.40	2.70	2.70	2.65	2.33	2.60	2.50	2.90	2.50	4.00	3.00	2.75	0.46
52	3.95	4.00	4.25	3.50	2.90	3.06	3.60	3.05	3.00	3.80	2.00	2.00	3.20	0.73
53	4.95	4.35	4.20	4.80	4.30	4.06	4.85	4.15	4.30	4.30	6.00	5.00	4.57	0.57
54	4.90	6.15	5.65	5.10	5.60	6.67	5.60	6.20	5.30	6.20	8.00	8.00	6.22	0.99
55	5.40	5.85	5.00	5.05	5.35	5.06	4.95	5.05	5.30	4.90	5.00	4.00	5.05	0.44
56	3.05	3.30	3.35	2.75	3.50	3.78	3.50	3.00	4.00	4.50	2.00	2.00	3.24	0.77
57	4.40	5.55	4.65	4.65	4.95	4.72	4.80	4.80	4.80	4.80	5.00	4.00	4.79	0.36
58	2.15	2.20	2.90	2.10	2.90	2.22	2.60	3.00	2.90	2.20	1.00	1.00	2.27	0.71
59	6.75	6.95	4.90	6.20	5.45	6.61	5.80	6.05	6.00	3.90	8.00	4.00	5.81	1.22
60	4.75	4.35	4.40	4.50	4.55	4.22	4.95	4.35	4.70	4.70	5.00	4.00	4.52	0.30
61	4.95	4.85	4.05	4.85	4.65	4.67	5.15	4.45	4.60	5.50	4.00	4.00	4.62	0.48
62	6.35	6.40	6.85	7.25	7.30	6.89	6.90	6.95	6.40	5.80	6.00	8.00	6.79	0.62
63	7.55	7.40	8.25	8.00	8.00	7.22	7.70	6.90	7.20	8.30	9.00	9.00	7.91	0.70
64	8.10	6.10	6.55	6.60	6.80	6.28	6.85	5.85	7.00	5.90	6.00	6.00	6.36	0.42
65	6.80	7.80	6.95	7.15	6.80	7.11	7.60	6.15	6.50	6.30	6.00	7.00	6.85	0.57
66	4.20	4.30	3.30	3.80	4.20	4.56	4.00	4.20	2.50	3.50	4.00	2.00	3.67	0.79
67	5.55	6.10	6.60	6.80	5.90	5.56	7.05	5.70	5.80	6.20	6.00	6.00	6.16	0.47
68	4.65	4.95	5.15	5.55	5.15	5.28	4.80	5.15	5.00	5.30	6.00	6.00	5.30	0.40
69	7.40	7.05	7.45	7.10	8.20	7.78	8.35	7.10	7.70	7.60	8.00	8.00	7.67	0.45
70	3.90	4.00	4.30	3.50	4.15	4.06	4.10	3.90	4.50	4.00	3.00	4.00	3.96	0.40
71	5.45	5.00	4.20	5.55	5.45	4.22	5.35	5.60	5.20	6.10	5.00	6.00	5.24	0.62
72	5.70	5.75	5.75	6.10	6.20	6.28	6.15	6.05	6.80	6.60	6.00	6.00	6.15	0.32
73	6.30	6.15	6.35	6.75	6.30	6.33	6.40	6.20	6.80	6.40	6.00	6.00	6.33	0.26
74	4.80	4.75	4.90	4.75	5.10	4.61	4.90	4.90	4.90	4.90	6.00	5.00	4.97	0.36
75	4.90	4.90	4.90	5.20	4.95	4.78	4.90	4.75	6.30	5.30	5.00	5.00	5.09	0.43
76	3.70	4.70	4.30	4.25	4.45	4.67	4.55	4.10	3.90	3.90	4.00	4.00	4.26	0.30
77	2.50	2.35	2.30	2.70	2.15	2.22	2.20	2.15	2.70	2.50	2.00	4.00	2.48	0.55
78	5.05	4.65	4.85	4.85	4.90	4.44	5.15	5.50	4.40	5.30	4.00	5.00	4.82	0.43
79	4.70	4.15	4.25	4.50	4.25	4.56	4.60	4.75	4.20	4.10	5.00	5.00	4.49	0.33
80	5.15	5.35	5.90	5.70	5.70	5.89	6.30	5.65	4.60	5.60	7.00	6.00	5.79	0.59
81	5.15	6.55	6.05	6.65	6.70	5.72	6.25	6.90	5.50	5.30	7.00	8.00	6.42	0.77
82	4.40	4.40	4.75	5.10	4.75	4.61	5.00	4.45	4.60	4.70	5.00	5.00	4.76	0.24
83	4.60	4.40	4.70	4.60	4.25	4.61	4.65	4.60	4.30	4.50	2.00	4.00	4.24	0.77
84	4.75	4.90	5.65	4.80	4.95	5.33	4.35	5.50	4.90	5.80	4.00	6.00	5.11	0.61
85	4.00	4.10	4.35	4.20	4.75	4.94	4.30	4.35	5.10	4.60	4.00	4.00	4.43	0.38
86	6.20	7.30	6.50	6.40	6.85	6.83	6.75	6.65	6.10	6.60	6.00	6.00	6.54	0.40
87	3.90	3.70	4.30	3.30	4.15	4.17	4.05	4.60	6.00	4.10	4.00	3.00	4.12	0.77
88	7.55	7.50	7.95	7.65	7.30	7.50	7.50	7.45	7.70	7.30	8.00	8.00	7.62	0.26
89	3.90	3.70	3.00	3.10	3.20	3.61	2.65	2.75	2.80	3.40	2.00	2.00	2.93	0.57
90	5.35	5.05	5.70	6.15	6.20	5.50	5.90	5.55	6.20	5.40	5.00	4.00	5.51	0.66
91	5.85	7.10	6.05	5.90	5.50	4.78	4.70	5.15	6.00	4.90	8.00	5.00	5.73	1.04
92	5.85	5.70	6.55	7.30	6.20	5.56	5.25	5.90	7.60	6.20	8.00	6.00	6.39	0.89
93	5.40	5.50	5.45	5.15	5.45	5.17	5.10	5.10	6.10	5.80	6.00	6.00	5.53	0.39
94	6.85	6.45	5.40	5.80	5.50	6.50	5.90	5.70	5.80	6.30	4.00	8.00	5.94	0.96
95	5.55	6.00	6.00	6.25	5.95	6.39	5.70	6.45	7.00	6.60	6.00	6.00	6.21	0.37
96	5.55	5.60	4.95	5.10	5.40	4.83	4.85	5.10	5.60	5.40	5.00	6.00	5.26	0.37
97	6.40	7.00	6.70	7.30	6.95	6.67	6.50	6.35	6.30	7.80	8.00	8.00	7.05	0.64
98	5.85	4.60	5.55	5.70	4.95	4.89	5.00	6.30	6.30	5.50	8.00	6.00	5.71	0.95
99	4.65	4.40	5.00	4.95	5.00	5.06	5.60	4.75	5.40	5.40	6.00	6.00	5.23	0.50
100	5.65	5.10	5.25	6.10	5.30	5.28	4.90	5.90	5.60	5.20	8.00	8.00	5.88	1.11

B.4 Einzelpatienten

Tabelle B.4: PQS-Item 1 bis 100 für Patient 3

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	4.00	2.50	4.50	3.50	4.50	3.50							3.70	0.84
2	4.00	5.50	4.50	7.00	3.50	3.50							4.80	1.48
3	7.00	5.00	6.50	6.00	6.50	6.50							6.10	0.65
4	4.50	4.50	5.00	4.50	4.50	4.50							4.60	0.22
5	2.00	2.50	2.50	2.00	1.50	1.50							2.00	0.50
6	8.50	9.00	8.50	7.50	8.50	8.50							8.40	0.55
7	6.00	7.00	7.50	8.50	7.00	8.00							7.60	0.65
8	5.50	6.00	4.50	4.00	6.50	7.50							5.70	1.44
9	1.50	1.50	3.00	5.00	2.00	1.50							2.60	1.48
10	4.00	4.00	4.00	4.50	4.50	3.50							4.10	0.42
11	6.00	5.00	4.50	5.00	4.00	5.00							4.70	0.45
12	5.50	6.00	5.50	7.00	6.50	7.50							6.50	0.79
13	3.00	3.50	3.50	2.50	2.50	2.50							2.90	0.55
14	1.50	1.00	4.50	4.50	1.00	1.50							2.50	1.84
15	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.50							2.10	0.22
16	3.50	7.00	4.50	5.00	6.00	5.50							5.60	0.96
17	1.50	2.50	1.50	2.50	3.50	1.50							2.30	0.84
18	6.00	5.00	6.00	5.50	5.00	5.50							5.40	0.42
19	4.00	4.50	4.00	5.00	4.50	5.00							4.60	0.42
20	2.00	1.50	3.50	1.50	1.00	1.00							1.70	1.04
21	5.00	4.50	4.50	2.50	4.50	5.00							4.20	0.97
22	7.50	6.00	6.50	4.50	4.50	5.00							5.30	0.91
23	6.00	6.00	6.00	8.00	6.00	7.00							6.60	0.89
24	5.00	5.00	5.00	4.50	4.50	5.00							4.80	0.27
25	6.00	5.00	6.50	4.50	6.50	6.50							5.80	0.97
26	8.50	8.00	7.50	5.50	6.00	6.00							6.60	1.08
27	5.00	5.00	3.50	4.50	5.00	5.00							4.60	0.65
28	8.50	9.00	8.00	8.00	9.00	9.00							8.60	0.55
29	6.00	4.00	6.00	4.50	3.50	4.50							4.50	0.94
30	4.50	4.00	4.00	4.50	3.50	4.50							4.10	0.42
31	7.00	7.50	6.00	6.50	7.00	6.00							6.60	0.65
32	5.50	5.00	6.00	7.00	6.00	6.00							6.00	0.71
33	6.00	6.50	3.00	4.50	5.00	3.00							4.40	1.48
34	3.50	2.50	2.50	4.50	3.00	3.00							3.10	0.82
35	5.50	7.00	5.50	6.00	6.50	6.00							6.20	0.57
36	5.50	5.00	8.00	6.50	8.00	7.00							6.90	1.25
37	3.50	4.00	3.50	5.00	3.50	4.00							4.00	0.61
38	4.00	4.50	3.50	4.00	3.50	4.50							4.00	0.50
39	3.00	3.00	3.50	3.00	3.50	3.00							3.20	0.27
40	5.00	6.00	8.00	5.50	6.50	6.50							6.50	0.94
41	6.50	6.50	3.00	4.50	5.00	4.00							4.60	1.29
42	1.50	1.00	1.00	1.00	2.50	1.00							1.30	0.67
43	4.50	5.00	4.50	4.50	4.50	4.00							4.50	0.35
44	3.00	4.50	7.00	7.50	4.50	3.00							5.30	1.89
45	5.50	5.50	5.00	2.50	5.00	6.50							4.90	1.48
46	6.50	8.00	6.50	7.50	8.00	7.50							7.50	0.61
47	5.00	5.00	4.50	4.00	4.00	5.50							4.60	0.65
48	4.00	5.50	5.50	4.00	5.00	6.00							5.20	0.76
49	6.00	3.00	6.00	8.00	8.00	8.00							6.60	2.19
50	5.50	5.50	6.00	7.50	6.00	5.00							6.00	0.94

PQS-Item 1 bis 100 für Patient 3 – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	3.00	3.00	4.50	3.00	3.00	3.00							3.30	0.67
52	4.50	5.00	5.00	4.00	5.50	3.00							4.50	1.00
53	4.50	4.50	3.00	8.00	5.50	6.50							5.50	1.90
54	6.50	5.00	5.50	5.00	5.50	4.00							5.00	0.61
55	2.50	4.00	2.00	4.00	4.00	4.00							3.60	0.89
56	1.00	1.50	2.50	3.00	2.00	5.00							2.80	1.35
57	4.50	7.50	5.00	3.00	5.00	5.00							5.10	1.60
58	2.00	2.00	2.50	3.00	2.00	3.50							2.60	0.65
59	8.00	8.50	7.50	6.50	6.50	6.50							7.10	0.89
60	3.50	5.00	4.00	4.00	3.50	4.00							4.10	0.55
61	6.50	5.00	6.00	7.00	7.00	6.50							6.30	0.84
62	8.00	5.00	7.50	8.00	7.00	7.00							6.90	1.14
63	7.50	4.50	8.00	4.00	5.50	5.50							5.50	1.54
64	8.00	7.50	4.50	4.00	4.00	4.50							4.90	1.48
65	7.50	7.50	8.00	7.00	7.00	6.50							7.20	0.57
66	4.00	4.00	1.50	1.50	1.50	4.50							2.60	1.52
67	7.50	7.00	8.50	8.00	8.00	8.50							8.00	0.61
68	4.00	4.00	4.50	3.50	4.50	4.50							4.20	0.45
69	8.00	8.00	5.50	6.00	5.00	6.50							6.20	1.15
70	4.00	4.00	7.00	4.00	4.00	3.50							4.50	1.41
71	7.50	6.50	6.50	6.00	5.00	4.50							5.70	0.91
72	5.00	4.50	4.00	4.50	6.00	5.00							4.80	0.76
73	6.50	5.50	4.00	6.50	4.50	5.50							5.20	0.97
74	4.00	4.00	2.50	4.50	3.50	4.00							3.70	0.76
75	4.50	4.00	5.50	4.50	4.50	4.50							4.60	0.55
76	4.00	3.50	4.50	4.50	5.00	4.00							4.30	0.57
77	1.50	1.50	1.50	2.00	1.50	1.50							1.60	0.22
78	5.00	6.00	3.00	6.50	6.00	4.50							5.20	1.44
79	4.50	5.00	7.00	6.00	4.00	4.50							5.30	1.20
80	5.50	5.00	5.50	5.50	6.00	5.50							5.50	0.35
81	5.00	6.00	7.00	6.50	5.00	6.00							6.10	0.74
82	5.50	5.00	5.50	7.50	6.00	4.50							5.70	1.15
83	3.50	2.00	3.50	4.00	4.00	4.00							3.50	0.87
84	3.50	4.00	4.00	3.00	4.00	3.50							3.70	0.45
85	3.50	4.50	3.50	4.00	4.50	4.00							4.10	0.42
86	7.00	7.50	6.00	7.50	8.50	7.50							7.40	0.89
87	2.00	1.50	2.00	1.50	2.00	2.00							1.80	0.27
88	8.50	8.00	6.50	7.50	7.00	7.50							7.30	0.57
89	3.00	3.00	2.00	1.50	1.00	2.00							1.90	0.74
90	3.50	4.50	5.00	9.00	8.50	3.00							6.00	2.62
91	8.50	5.50	5.00	4.00	6.50	7.50							5.70	1.35
92	7.00	6.50	7.50	4.00	9.00	8.50							7.10	1.98
93	4.00	7.00	6.00	7.50	7.00	8.00							7.10	0.74
94	9.00	9.00	8.00	7.00	7.00	7.50							7.70	0.84
95	5.00	6.00	2.50	5.50	4.00	4.50							4.50	1.37
96	6.50	6.50	4.50	5.50	4.00	5.00							5.10	0.96
97	6.00	7.00	6.50	2.00	5.00	4.50							5.00	1.97
98	6.50	6.50	9.00	8.50	8.50	9.00							8.30	1.04
99	4.50	5.00	5.00	5.00	5.00	4.50							4.90	0.22
100	5.50	4.50	8.50	4.50	8.50	8.50							6.90	2.19

Tabelle B.5: PQS-Item 1 bis 100 für Patient 16

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	2.00	3.00	3.00	1.00	4.00	3.00	3.00	3.00					2.86	0.90
2	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
3	6.00	8.00	6.00	8.00	7.00	7.00	7.00	6.00					7.00	0.82
4	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	6.00					4.86	0.69
5	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00					2.29	0.76
6	6.00	7.00	7.00	8.00	8.00	7.00	8.00	9.00					7.71	0.76
7	9.00	9.00	7.00	6.00	8.00	9.00	7.00	7.00					7.57	1.13
8	8.00	5.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00					4.00	0.58
9	4.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00					1.71	0.49
10	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00					4.00	0.00
11	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
12	5.00	5.00	8.00	4.00	8.00	4.00	6.00	6.00					5.86	1.68
13	4.00	6.00	4.00	7.00	1.00	7.00	4.00	4.00					4.71	2.14
14	1.00	2.00	3.00	1.00	3.00	2.00	2.00	1.00					2.00	0.82
15	3.00	3.00	4.00	2.00	6.00	2.00	2.00	3.00					3.14	1.46
16	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
17	6.00	6.00	7.00	6.00	5.00	7.00	6.00	6.00					6.14	0.69
18	5.00	6.00	6.00	7.00	7.00	7.00	5.00	7.00					6.43	0.79
19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
20	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00					2.43	0.79
21	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00					4.00	0.00
22	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00					4.00	0.58
23	7.00	7.00	9.00	8.00	7.00	8.00	7.00	8.00					7.71	0.76
24	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	4.00					3.71	0.49
25	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00					3.29	0.49
26	7.00	7.00	7.00	6.00	9.00	9.00	7.00	7.00					7.43	1.13
27	3.00	5.00	4.00	4.00	4.00	6.00	3.00	4.00					4.29	0.95
28	6.00	6.00	7.00	6.00	7.00	8.00	7.00	6.00					6.71	0.76
29	4.00	5.00	9.00	6.00	3.00	5.00	6.00	2.00					5.14	2.27
30	7.00	7.00	8.00	6.00	6.00	8.00	8.00	8.00					7.29	0.95
31	6.00	7.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00					7.86	0.38
32	7.00	6.00	6.00	5.00	5.00	6.00	6.00	7.00					5.86	0.69
33	8.00	4.00	1.00	6.00	4.00	5.00	3.00	7.00					4.29	1.98
34	2.00	1.00	6.00	1.00	1.00	1.00	2.00	3.00					2.14	1.86
35	9.00	7.00	7.00	9.00	7.00	9.00	9.00	9.00					8.14	1.07
36	6.00	8.00	7.00	6.00	7.00	7.00	6.00	7.00					6.86	0.69
37	3.00	2.00	3.00	4.00	4.00	3.00	3.00	3.00					3.14	0.69
38	4.00	6.00	5.00	4.00	3.00	6.00	4.00	4.00					4.57	1.13
39	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00					2.43	0.54
40	6.00	5.00	5.00	6.00	6.00	4.00	7.00	4.00					5.29	1.11
41	4.00	4.00	5.00	5.00	6.00	4.00	5.00	4.00					4.71	0.76
42	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00					1.29	0.49
43	4.00	5.00	4.00	4.00	7.00	4.00	4.00	4.00					4.57	1.13
44	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00					2.00	0.58
45	4.00	8.00	4.00	9.00	8.00	6.00	9.00	8.00					7.43	1.81
46	6.00	6.00	7.00	6.00	7.00	6.00	7.00	6.00					6.43	0.54
47	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00	3.00	4.00	5.00					4.29	0.95
48	5.00	7.00	6.00	8.00	4.00	7.00	7.00	6.00					6.43	1.27
49	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00					1.86	0.38
50	6.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00					5.71	0.49

Fortsetzung auf der nächsten Seite

PQS-Item 1 bis 100 für Patient 16 – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00					2.29	0.49
52	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	1.00	3.00					2.57	0.79
53	8.00	4.00	6.00	4.00	6.00	5.00	4.00	4.00					4.71	0.95
54	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	3.00	3.00	2.00					2.00	1.00
55	6.00	5.00	6.00	5.00	4.00	5.00	5.00	6.00					5.14	0.69
56	1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	2.00	2.00					1.86	0.90
57	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
58	1.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	1.00					2.00	0.82
59	7.00	9.00	8.00	7.00	9.00	9.00	6.00	9.00					8.14	1.22
60	6.00	5.00	4.00	5.00	6.00	4.00	4.00	5.00					4.71	0.76
61	7.00	8.00	7.00	7.00	9.00	6.00	6.00	8.00					7.29	1.11
62	9.00	8.00	9.00	7.00	8.00	7.00	9.00	9.00					8.14	0.90
63	5.00	7.00	8.00	9.00	9.00	7.00	9.00	9.00					8.29	0.95
64	9.00	4.00	9.00	7.00	5.00	5.00	4.00	5.00					5.57	1.81
65	8.00	9.00	8.00	9.00	7.00	9.00	8.00	8.00					8.29	0.76
66	2.00	6.00	2.00	7.00	3.00	3.00	7.00	7.00					5.00	2.24
67	7.00	7.00	8.00	5.00	7.00	8.00	8.00	6.00					7.00	1.16
68	6.00	6.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00					6.00	0.58
69	7.00	9.00	9.00	9.00	8.00	8.00	9.00	8.00					8.57	0.54
70	6.00	5.00	7.00	4.00	7.00	7.00	3.00	3.00					5.14	1.86
71	6.00	8.00	7.00	7.00	9.00	8.00	7.00	6.00					7.43	0.98
72	5.00	6.00	6.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.29	0.49
73	8.00	6.00	6.00	8.00	6.00	6.00	7.00	6.00					6.43	0.79
74	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00					4.14	0.38
75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
76	3.00	9.00	2.00	6.00	3.00	6.00	4.00	4.00					4.86	2.34
77	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00					2.86	0.38
78	7.00	4.00	4.00	4.00	5.00	6.00	6.00	6.00					5.00	1.00
79	4.00	4.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00					4.71	0.49
80	6.00	7.00	6.00	5.00	6.00	7.00	6.00	7.00					6.29	0.76
81	8.00	8.00	8.00	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00					7.71	0.49
82	5.00	4.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00					4.71	0.49
83	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00					2.57	0.54
84	4.00	4.00	3.00	3.00	6.00	6.00	6.00	3.00					4.43	1.51
85	5.00	8.00	4.00	7.00	4.00	4.00	4.00	5.00					5.14	1.68
86	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00					5.86	0.38
87	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	4.00	3.00	3.00					2.57	0.98
88	6.00	6.00	6.00	8.00	6.00	7.00	8.00	7.00					6.86	0.90
89	1.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00					1.86	1.07
90	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
91	4.00	4.00	5.00	7.00	5.00	5.00	5.00	4.00					5.00	1.00
92	5.00	6.00	5.00	8.00	4.00	4.00	4.00	4.00					5.00	1.53
93	5.00	6.00	6.00	3.00	6.00	4.00	6.00	4.00					5.00	1.29
94	7.00	7.00	7.00	4.00	8.00	6.00	6.00	6.00					6.29	1.25
95	8.00	4.00	6.00	7.00	3.00	6.00	8.00	7.00					5.86	1.77
96	7.00	6.00	5.00	6.00	5.00	5.00	6.00	5.00					5.43	0.54
97	3.00	3.00	3.00	3.00	1.00	3.00	6.00	6.00					3.57	1.81
98	8.00	3.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00					4.57	0.79
99	7.00	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00					6.29	0.49
100	9.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	7.00	5.00					5.00	1.00

Tabelle B.6: PQS-Item 1 bis 100 für Patient 18

PQS Item	T1_1	T1_2	T2_1	T2_2	T3_1	T3_2	T4_1	T4_2	T5_1	T5_2	T6_1	T6_2	Mean	StdAbw
1	3.00	4.00	3.00	2.00	3.00	3.00	4.00	6.00					3.57	1.27
2	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	8.00					5.43	1.13
3	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	7.00	6.00	3.00					5.86	1.34
4	6.00	7.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	7.00					5.29	1.25
5	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	5.00					2.71	1.11
6	3.00	6.00	6.00	7.00	8.00	8.00	7.00	6.00					6.86	0.90
7	7.00	6.00	7.00	7.00	7.00	3.00	9.00	6.00					6.43	1.81
8	4.00	3.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00					4.14	0.69
9	4.00	3.00	3.00	3.00	1.00	1.00	2.00	2.00					2.14	0.90
10	4.00	3.00	4.00	6.00	4.00	6.00	3.00	3.00					4.14	1.34
11	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	8.00					5.43	1.13
12	2.00	2.00	4.00	1.00	8.00	9.00	6.00	9.00					5.57	3.31
13	7.00	7.00	8.00	8.00	6.00	3.00	8.00	3.00					6.14	2.27
14	2.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	7.00					2.71	1.98
15	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00	4.00	1.00	6.00					2.57	1.90
16	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	4.00					5.00	0.58
17	1.00	1.00	1.00	1.00	7.00	4.00	1.00	8.00					3.29	3.09
18	6.00	6.00	6.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00					6.71	0.49
19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	7.00					5.29	0.76
20	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	3.00	8.00					3.71	1.98
21	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00					4.29	0.76
22	3.00	4.00	4.00	8.00	3.00	4.00	5.00	4.00					4.57	1.62
23	8.00	7.00	8.00	8.00	7.00	3.00	8.00	5.00					6.57	1.90
24	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	6.00					4.14	0.90
25	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	6.00					3.00	1.41
26	8.00	8.00	9.00	7.00	9.00	7.00	7.00	3.00					7.14	2.04
27	5.00	4.00	3.00	2.00	3.00	4.00	4.00	5.00					3.57	0.98
28	6.00	6.00	6.00	7.00	7.00	7.00	3.00	2.00					5.43	2.07
29	9.00	9.00	8.00	6.00	9.00	9.00	6.00	8.00					7.86	1.34
30	7.00	7.00	8.00	7.00	7.00	9.00	8.00	5.00					7.29	1.25
31	6.00	7.00	8.00	6.00	7.00	7.00	8.00	1.00					6.29	2.43
32	5.00	5.00	6.00	5.00	7.00	5.00	3.00	8.00					5.57	1.62
33	2.00	1.00	3.00	3.00	1.00	3.00	4.00	3.00					2.57	1.13
34	9.00	8.00	9.00	9.00	9.00	8.00	9.00	1.00					7.57	2.94
35	9.00	9.00	7.00	8.00	7.00	7.00	7.00	8.00					7.57	0.79
36	4.00	5.00	4.00	3.00	4.00	6.00	3.00	3.00					4.00	1.16
37	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	4.00					3.43	0.54
38	5.00	5.00	6.00	4.00	4.00	4.00	5.00	3.00					4.43	0.98
39	3.00	3.00	3.00	7.00	3.00	3.00	4.00	6.00					4.14	1.68
40	6.00	6.00	7.00	4.00	6.00	6.00	5.00	3.00					5.29	1.38
41	6.00	4.00	5.00	2.00	5.00	5.00	5.00	2.00					4.00	1.41
42	3.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	6.00					2.43	1.72
43	4.00	4.00	4.00	6.00	5.00	4.00	6.00	8.00					5.29	1.50
44	4.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00	6.00					2.29	1.80
45	4.00	4.00	6.00	6.00	8.00	4.00	7.00	2.00					5.29	2.06
46	4.00	6.00	7.00	5.00	7.00	8.00	6.00	4.00					6.14	1.34
47	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	6.00	2.00					4.43	1.27
48	4.00	4.00	6.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00					3.86	1.07
49	3.00	3.00	2.00	5.00	2.00	2.00	3.00	4.00					3.00	1.16
50	6.00	6.00	4.00	3.00	6.00	6.00	6.00	4.00					5.00	1.29

Fortsetzung auf der nächsten Seite

PQS-Item 1 bis 100 für Patient 18 – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	3.00	9.00					3.86	2.34
52	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	1.00	9.00					2.86	2.79
53	4.00	4.00	4.00	9.00	6.00	7.00	4.00	5.00					5.57	1.90
54	8.00	7.00	9.00	4.00	5.00	8.00	8.00	7.00					6.86	1.77
55	8.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	1.00					5.14	1.86
56	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	2.00	1.00	7.00					2.29	2.21
57	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00					4.86	0.38
58	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	9.00					2.57	2.88
59	3.00	7.00	2.00	4.00	4.00	2.00	3.00	4.00					3.71	1.70
60	6.00	6.00	6.00	4.00	6.00	5.00	5.00	6.00					5.43	0.79
61	4.00	3.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00	6.00					2.71	1.60
62	6.00	6.00	6.00	8.00	8.00	6.00	8.00	7.00					7.00	1.00
63	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	5.00					8.43	1.51
64	6.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					4.86	0.38
65	7.00	7.00	7.00	7.00	8.00	6.00	6.00	4.00					6.43	1.27
66	4.00	3.00	6.00	4.00	6.00	3.00	7.00	2.00					4.43	1.90
67	4.00	6.00	4.00	6.00	6.00	5.00	7.00	7.00					5.86	1.07
68	5.00	4.00	5.00	8.00	6.00	6.00	5.00	5.00					5.57	1.27
69	8.00	8.00	8.00	9.00	8.00	9.00	9.00	7.00					8.29	0.76
70	2.00	2.00	1.00	4.00	4.00	3.00	2.00	7.00					3.29	1.98
71	8.00	8.00	7.00	6.00	4.00	3.00	1.00	5.00					4.86	2.41
72	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00					6.14	0.38
73	7.00	7.00	7.00	6.00	6.00	6.00	8.00	5.00					6.43	0.98
74	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	6.00	6.00	4.00					5.00	0.82
75	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	9.00					5.43	1.62
76	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00					2.86	0.69
77	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	2.00	4.00	6.00					3.57	1.27
78	6.00	4.00	4.00	8.00	6.00	7.00	4.00	1.00					4.86	2.34
79	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00					5.00	0.00
80	5.00	5.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	5.00					5.86	0.90
81	6.00	7.00	7.00	6.00	8.00	7.00	6.00	5.00					6.57	0.98
82	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00					4.71	0.49
83	7.00	6.00	4.00	7.00	3.00	6.00	8.00	6.00					5.71	1.70
84	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	8.00	9.00	6.00					8.43	1.13
85	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00					4.43	0.54
86	6.00	5.00	6.00	5.00	6.00	8.00	3.00	7.00					5.71	1.60
87	8.00	7.00	7.00	8.00	2.00	8.00	7.00	4.00					6.14	2.27
88	8.00	8.00	8.00	7.00	6.00	7.00	7.00	4.00					6.71	1.38
89	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	4.00	4.00	4.00					3.00	1.00
90	5.00	8.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00	6.00					5.29	1.38
91	7.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	6.00	8.00					5.29	1.38
92	7.00	8.00	6.00	7.00	7.00	6.00	7.00	3.00					6.29	1.60
93	7.00	6.00	4.00	6.00	4.00	6.00	6.00	7.00					5.57	1.13
94	7.00	8.00	7.00	6.00	8.00	7.00	4.00	5.00					6.43	1.51
95	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00					6.14	0.38
96	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00					5.14	0.38
97	7.00	9.00	8.00	6.00	7.00	8.00	7.00	5.00					7.14	1.34
98	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	3.00	2.00					4.14	1.22
99	6.00	6.00	7.00	4.00	4.00	6.00	6.00	3.00					5.14	1.46
100	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	8.00					5.29	1.25

Tabelle B.7: PQS-Item 1 bis 100 für Patient 19

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	2.00	4.00	3.00	4.00	2.00			3.00	0.87
2	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.00	0.00
3	8.00	7.00	6.00	6.00	6.00	7.00	6.00	4.00	5.00	4.00			5.67	1.12
4	5.00	6.00	5.00	4.00	5.00	6.00	5.00	5.00	5.00	7.00			5.33	0.87
5	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00			2.11	0.33
6	7.00	6.00	7.00	8.00	7.00	4.00	9.00	7.00	7.00	7.00			6.89	1.36
7	6.00	6.00	3.00	6.00	7.00	4.00	3.00	4.00	6.00	3.00			4.67	1.58
8	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	2.00	4.00	2.00			3.56	0.88
9	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00			2.44	1.67
10	3.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00	3.00	6.00	8.00			4.67	1.66
11	5.00	7.00	5.00	7.00	5.00	5.00	5.00	5.00	8.00	5.00			5.78	1.20
12	5.00	4.00	6.00	4.00	3.00	5.00	3.00	7.00	4.00	4.00			4.44	1.33
13	4.00	4.00	6.00	7.00	7.00	6.00	6.00	7.00	4.00	5.00			5.78	1.20
14	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	6.00	2.00	1.00			2.00	1.58
15	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	3.00	2.00	3.00	2.00	1.00			1.89	0.93
16	5.00	9.00	5.00	5.00	5.00	9.00	8.00	6.00	6.00	5.00			6.44	1.74
17	3.00	6.00	6.00	3.00	4.00	4.00	6.00	1.00	7.00	3.00			4.44	1.94
18	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	7.00	8.00	6.00	7.00			6.56	0.73
19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.00	0.00
20	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	4.00			2.44	0.88
21	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	8.00			4.33	1.41
22	5.00	5.00	5.00	8.00	6.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00			5.22	1.20
23	8.00	8.00	8.00	8.00	8.00	7.00	8.00	9.00	8.00	9.00			8.11	0.60
24	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	4.00	6.00			4.00	0.87
25	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	4.00			3.22	0.44
26	7.00	8.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	3.00	5.00	3.00			5.56	1.67
27	3.00	2.00	3.00	4.00	4.00	3.00	2.00	4.00	4.00	4.00			3.33	0.87
28	7.00	7.00	7.00	6.00	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	3.00			6.44	1.33
29	9.00	7.00	6.00	9.00	7.00	2.00	7.00	5.00	2.00	2.00			5.22	2.63
30	8.00	9.00	7.00	7.00	9.00	8.00	9.00	9.00	9.00	9.00			8.44	0.88
31	8.00	7.00	7.00	6.00	8.00	8.00	6.00	7.00	5.00	4.00			6.44	1.33
32	8.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00	2.00	6.00	6.00			5.67	1.41
33	4.00	4.00	1.00	4.00	2.00	4.00	6.00	5.00	8.00	7.00			4.56	2.24
34	6.00	4.00	9.00	9.00	8.00	8.00	8.00	7.00	4.00	4.00			6.78	2.17
35	9.00	9.00	8.00	8.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00			8.78	0.44
36	7.00	5.00	6.00	6.00	5.00	7.00	3.00	3.00	8.00	8.00			5.67	1.87
37	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	4.00			3.22	0.44
38	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00	5.00	4.00			4.67	0.50
39	2.00	1.00	2.00	4.00	2.00	2.00	2.00	1.00	3.00	3.00			2.22	0.97
40	7.00	5.00	7.00	7.00	5.00	6.00	5.00	5.00	7.00	6.00			5.89	0.93
41	5.00	4.00	5.00	5.00	9.00	7.00	7.00	8.00	8.00	7.00			6.67	1.66
42	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	1.00	8.00	1.00	1.00			2.11	2.26
43	4.00	4.00	6.00	7.00	6.00	5.00	4.00	5.00	7.00	6.00			5.56	1.13
44	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00			1.78	0.44
45	4.00	6.00	6.00	4.00	3.00	3.00	7.00	7.00	3.00	7.00			5.11	1.83
46	6.00	6.00	7.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00	6.00			6.11	0.60
47	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	4.00			4.22	0.67
48	5.00	3.00	4.00	5.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	5.00			4.22	0.67
49	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00			2.22	0.67
50	5.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00	6.00	6.00			5.78	0.44

Fortsetzung auf der nächsten Seite

PQS-Item 1 bis 100 für Patient 19 – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	4.00			2.67	0.71
52	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	1.00	3.00	5.00			2.33	1.32
53	6.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	8.00	8.00	6.00	9.00			5.67	2.12
54	4.00	8.00	8.00	7.00	8.00	7.00	8.00	8.00	6.00	6.00			7.33	0.87
55	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	4.00	4.00	6.00	8.00			5.89	1.27
56	3.00	3.00	4.00	1.00	2.00	4.00	2.00	2.00	1.00	3.00			2.44	1.13
57	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	7.00			5.11	0.78
58	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	9.00	1.00	3.00			2.11	2.67
59	9.00	8.00	3.00	3.00	1.00	6.00	9.00	9.00	7.00	8.00			6.00	2.96
60	5.00	4.00	3.00	4.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			4.44	0.73
61	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	4.00	3.00	3.00	3.00			3.22	0.44
62	9.00	9.00	8.00	7.00	7.00	8.00	7.00	7.00	9.00	8.00			7.78	0.83
63	8.00	8.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	4.00	7.00	6.00			7.78	1.79
64	9.00	8.00	4.00	8.00	5.00	6.00	7.00	3.00	8.00	6.00			6.11	1.83
65	8.00	9.00	8.00	9.00	7.00	9.00	7.00	7.00	8.00	7.00			7.89	0.93
66	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	6.00	3.00	7.00			3.67	1.66
67	7.00	8.00	6.00	7.00	6.00	8.00	6.00	2.00	9.00	7.00			6.56	2.01
68	6.00	5.00	5.00	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00	7.00	6.00			5.78	0.67
69	8.00	7.00	4.00	7.00	8.00	9.00	8.00	6.00	7.00	7.00			7.00	1.41
70	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	4.00	2.00	4.00	3.00			3.22	0.67
71	3.00	8.00	1.00	4.00	6.00	3.00	4.00	6.00	5.00	4.00			4.56	2.01
72	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00			5.22	0.67
73	7.00	7.00	7.00	6.00	7.00	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.44	0.53
74	6.00	5.00	4.00	6.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00			4.89	0.60
75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.00	0.00
76	5.00	4.00	4.00	2.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	5.00			4.00	0.87
77	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00			2.22	0.67
78	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	7.00	8.00	7.00	9.00			5.56	2.19
79	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.00	0.00
80	7.00	6.00	6.00	7.00	7.00	6.00	6.00	7.00	9.00	8.00			6.89	1.05
81	7.00	7.00	8.00	8.00	7.00	8.00	6.00	6.00	7.00	7.00			7.11	0.78
82	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	5.00			5.11	0.33
83	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	3.00	3.00	2.00	6.00			3.89	1.17
84	6.00	6.00	9.00	6.00	9.00	8.00	4.00	6.00	4.00	4.00			6.22	2.05
85	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.00	5.00	4.00			4.22	0.44
86	6.00	6.00	6.00	5.00	6.00	5.00	6.00	6.00	6.00	3.00			5.44	1.01
87	6.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	8.00	2.00	4.00			3.78	1.72
88	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00	7.00	6.00	7.00	8.00	8.00			7.44	0.73
89	1.00	3.00	4.00	1.00	3.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00			2.33	1.23
90	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	8.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.33	1.00
91	5.00	6.00	9.00	8.00	8.00	6.00	8.00	6.00	5.00	6.00			6.89	1.36
92	6.00	7.00	9.00	9.00	8.00	7.00	7.00	4.00	6.00	6.00			7.00	1.58
93	6.00	4.00	6.00	2.00	6.00	6.00	3.00	8.00	4.00	1.00			4.44	2.24
94	7.00	7.00	7.00	6.00	4.00	7.00	7.00	7.00	3.00	4.00			5.78	1.64
95	6.00	6.00	7.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00			6.22	0.44
96	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00			5.00	0.00
97	6.00	7.00	8.00	7.00	7.00	7.00	8.00	1.00	6.00	6.00			6.33	2.12
98	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	4.00	4.00	5.00	3.00			4.44	0.73
99	7.00	6.00	7.00	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	5.00			6.11	0.60
100	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	3.00	3.00			4.44	0.88

Tabelle B.8: PQS-Item 1 bis 100 für Patient 20

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
1	3.00	4.00	3.00	4.00	3.00	7.00	7.00	4.00	4.00	3.00	2.00	4.00	4.09	1.58
2	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.91	0.30
3	4.00	6.00	6.00	4.00	5.00	4.00	4.00	3.00	4.00	5.00	6.00	6.00	4.82	1.08
4	8.00	6.00	6.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	6.00	6.00	4.00	6.00	5.46	0.69
5	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.91	0.54
6	9.00	7.00	8.00	9.00	7.00	6.00	6.00	7.00	7.00	9.00	7.00	8.00	7.36	1.03
7	6.00	7.00	3.00	4.00	7.00	7.00	6.00	8.00	3.00	7.00	3.00	3.00	5.27	2.05
8	4.00	5.00	4.00	4.00	3.00	5.00	7.00	4.00	6.00	6.00	4.00	3.00	4.64	1.29
9	1.00	2.00	3.00	1.00	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.82	0.75
10	6.00	4.00	6.00	6.00	4.00	3.00	6.00	6.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.64	1.12
11	7.00	5.00	7.00	5.00	9.00	9.00	6.00	5.00	8.00	5.00	9.00	5.00	6.64	1.80
12	3.00	3.00	3.00	6.00	6.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	5.00	4.00	1.18
13	6.00	7.00	4.00	4.00	6.00	4.00	4.00	3.00	5.00	4.00	5.00	3.00	4.46	1.21
14	2.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	7.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.54	1.86
15	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.09	0.70
16	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	8.00	5.00	4.00	5.00	5.00	6.00	5.00	5.27	1.01
17	7.00	8.00	3.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	4.00	8.00	3.00	3.00	5.36	1.86
18	7.00	6.00	6.00	7.00	7.00	6.00	5.00	4.00	6.00	5.00	7.00	7.00	6.00	1.00
19	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	4.00	5.00	0.45
20	2.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	2.00	3.46	0.69
21	3.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.00	9.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.27	1.62
22	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	5.00	4.00	7.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.54	0.93
23	8.00	9.00	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00	9.00	7.00	8.00	7.00	8.00	7.82	0.75
24	4.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	4.00	3.00	4.00	3.46	0.52
25	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	3.00	3.00	4.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.09	0.54
26	7.00	6.00	6.00	8.00	7.00	9.00	9.00	8.00	7.00	8.00	7.00	7.00	7.46	1.04
27	3.00	8.00	3.00	3.00	4.00	2.00	4.00	5.00	4.00	3.00	3.00	2.00	3.73	1.68
28	6.00	7.00	7.00	6.00	6.00	6.00	5.00	8.00	6.00	6.00	6.00	7.00	6.36	0.81
29	8.00	4.00	8.00	1.00	3.00	7.00	3.00	2.00	6.00	3.00	6.00	8.00	4.64	2.46
30	8.00	6.00	8.00	8.00	7.00	9.00	7.00	7.00	8.00	9.00	8.00	7.00	7.64	0.92
31	8.00	8.00	7.00	7.00	6.00	7.00	5.00	6.00	7.00	7.00	6.00	5.00	6.46	0.93
32	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	4.00	7.00	5.00	5.00	5.73	0.79
33	4.00	4.00	8.00	9.00	8.00	8.00	4.00	7.00	7.00	4.00	8.00	6.00	6.64	1.86
34	6.00	4.00	7.00	2.00	4.00	6.00	3.00	2.00	6.00	1.00	5.00	8.00	4.36	2.25
35	9.00	6.00	9.00	9.00	9.00	8.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	9.00	8.64	0.92
36	5.00	8.00	6.00	6.00	6.00	8.00	6.00	6.00	8.00	5.00	7.00	6.00	6.54	1.04
37	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	0.00
38	4.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	4.00	5.00	4.64	0.50
39	2.00	8.00	2.00	3.00	2.00	4.00	4.00	3.00	6.00	2.00	2.00	2.00	3.46	1.97
40	7.00	5.00	6.00	4.00	4.00	3.00	5.00	4.00	6.00	5.00	5.00	4.00	4.64	0.92
41	7.00	8.00	5.00	5.00	5.00	4.00	7.00	5.00	5.00	7.00	5.00	6.00	5.64	1.21
42	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.54	0.52
43	5.00	5.00	4.00	3.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	4.09	0.54
44	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	5.00	4.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.82	0.98
45	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	1.00	4.00	4.00	6.00	2.91	1.38
46	6.00	8.00	7.00	5.00	6.00	5.00	5.00	8.00	7.00	6.00	7.00	7.00	6.46	1.13
47	5.00	2.00	4.00	5.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	4.00	4.00	5.00	3.27	1.19
48	4.00	4.00	5.00	4.00	5.00	5.00	4.00	4.00	4.00	5.00	4.00	5.00	4.46	0.52
49	2.00	4.00	2.00	6.00	4.00	6.00	8.00	4.00	3.00	3.00	5.00	7.00	4.73	1.85
50	6.00	6.00	6.00	6.00	7.00	4.00	4.00	6.00	7.00	7.00	7.00	6.00	6.00	1.09

Fortsetzung auf der nächsten Seite

PQS-Item 1 bis 100 für Patient 20 – Fortsetzung

PQS Item	T1.1	T1.2	T2.1	T2.2	T3.1	T3.2	T4.1	T4.2	T5.1	T5.2	T6.1	T6.2	Mean	StdAbw
51	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	3.00	3.00	4.00	3.00	2.91	0.54
52	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	1.00	6.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.82	1.54
53	5.00	4.00	6.00	6.00	4.00	7.00	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	5.64	0.92
54	7.00	7.00	8.00	6.00	3.00	6.00	6.00	7.00	5.00	4.00	8.00	8.00	6.18	1.66
55	8.00	6.00	5.00	6.00	4.00	4.00	1.00	4.00	4.00	6.00	5.00	4.00	4.46	1.44
56	1.00	3.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.54	0.69
57	4.00	9.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.36	1.29
58	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.18	0.40
59	7.00	3.00	5.00	8.00	8.00	7.00	9.00	7.00	5.00	8.00	7.00	3.00	6.36	2.06
60	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	8.00	4.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	1.09
61	4.00	2.00	4.00	4.00	5.00	4.00	7.00	6.00	3.00	6.00	3.00	4.00	4.36	1.50
62	7.00	7.00	9.00	7.00	8.00	7.00	8.00	9.00	8.00	7.00	7.00	9.00	7.82	0.87
63	9.00	4.00	9.00	9.00	9.00	7.00	5.00	8.00	8.00	9.00	9.00	9.00	7.82	1.78
64	9.00	5.00	9.00	6.00	9.00	9.00	5.00	5.00	9.00	6.00	6.00	5.00	6.73	1.85
65	8.00	7.00	6.00	8.00	9.00	7.00	6.00	7.00	7.00	7.00	6.00	7.00	7.00	0.89
66	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00	3.00	2.00	2.09	0.70
67	5.00	7.00	7.00	8.00	8.00	7.00	8.00	8.00	9.00	7.00	7.00	7.00	7.54	0.69
68	5.00	5.00	4.00	7.00	7.00	6.00	4.00	5.00	5.00	7.00	6.00	6.00	5.64	1.12
69	9.00	6.00	8.00	4.00	7.00	8.00	7.00	7.00	7.00	7.00	8.00	9.00	7.09	1.30
70	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	4.00	3.00	4.00	3.00	4.00	3.09	0.70
71	6.00	3.00	6.00	7.00	7.00	5.00	8.00	6.00	6.00	8.00	5.00	3.00	5.82	1.72
72	5.00	1.00	7.00	6.00	6.00	6.00	3.00	5.00	6.00	5.00	6.00	6.00	5.18	1.72
73	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	4.00	3.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.54	1.13
74	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	5.00	5.09	0.30
75	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	9.00	6.00	5.00	5.00	5.54	1.21
76	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	3.00	2.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.64	0.67
77	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	4.00	2.54	0.69
78	6.00	7.00	5.00	5.00	4.00	5.00	8.00	6.00	5.00	6.00	4.00	6.00	5.54	1.21
79	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.91	0.30
80	6.00	9.00	6.00	7.00	6.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	7.00	5.00	6.46	1.04
81	4.00	6.00	7.00	8.00	8.00	5.00	7.00	7.00	6.00	6.00	7.00	7.00	6.73	0.90
82	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00	4.91	0.30
83	6.00	8.00	4.00	4.00	5.00	6.00	9.00	4.00	3.00	1.00	3.00	3.00	4.54	2.34
84	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	6.00	6.00	4.00	3.00	4.00	4.00	7.00	4.54	1.21
85	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	3.00	4.00	6.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.09	0.70
86	5.00	9.00	6.00	5.00	6.00	5.00	5.00	7.00	5.00	5.00	6.00	6.00	5.91	1.22
87	3.00	7.00	4.00	3.00	6.00	7.00	7.00	3.00	6.00	3.00	3.00	3.00	4.73	1.85
88	7.00	7.00	8.00	7.00	6.00	6.00	6.00	7.00	7.00	6.00	8.00	8.00	6.91	0.83
89	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.36	0.50
90	5.00	5.00	4.00	8.00	8.00	7.00	5.00	5.00	4.00	5.00	5.00	5.00	5.54	1.44
91	4.00	5.00	6.00	8.00	5.00	3.00	4.00	5.00	5.00	5.00	8.00	5.00	5.36	1.50
92	6.00	5.00	9.00	9.00	6.00	6.00	4.00	5.00	9.00	7.00	9.00	6.00	6.82	1.89
93	5.00	3.00	4.00	3.00	4.00	4.00	7.00	2.00	3.00	4.00	4.00	7.00	4.09	1.58
94	7.00	6.00	8.00	7.00	7.00	8.00	7.00	8.00	5.00	7.00	4.00	9.00	6.91	1.45
95	6.00	1.00	7.00	6.00	3.00	3.00	1.00	5.00	6.00	6.00	6.00	6.00	4.54	2.16
96	8.00	9.00	5.00	5.00	5.00	5.00	6.00	6.00	8.00	8.00	5.00	7.00	6.27	1.49
97	7.00	6.00	7.00	7.00	7.00	6.00	6.00	7.00	7.00	8.00	8.00	8.00	7.00	0.78
98	6.00	6.00	5.00	7.00	7.00	8.00	9.00	9.00	8.00	8.00	9.00	6.00	7.46	1.37
99	6.00	6.00	6.00	6.00	6.00	5.00	5.00	6.00	7.00	6.00	6.00	6.00	5.91	0.54
100	4.00	7.00	5.00	7.00	8.00	9.00	8.00	8.00	8.00	9.00	8.00	8.00	7.73	1.10

Anhang C

HUSS-PQS-Korrelationen

C.1 Gruppe

Tabelle C.1: HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.77	-0.85	-0.79	-0.81	0	bestätigt
2	-0.95	-0.98	-0.97	-0.97	0	bestätigt
3	0.66	0.77	0.7	0.72	0.02	bestätigt
4	-0.63	-0.75	-0.69	-0.69	0.03	bestätigt
5	-0.95	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
6	0.92	0.96	0.94	0.94	0	bestätigt
7	-0.09	-0.17	-0.16	-0.14	0.69	widerlegt
8	-0.98	-0.99	-0.99	-0.99	0	bestätigt
9	-0.95	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
10	-0.6	-0.71	-0.63	-0.65	0.04	bestätigt
11	0.91	0.84	0.88	0.88	0	bestätigt
12	0.96	0.98	0.97	0.97	0	bestätigt
13	-0.04	0.11	0.03	0.03	0.93	widerlegt
14	-0.95	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
15	-0.97	-0.98	-0.97	-0.98	0	bestätigt
16	-0.19	-0.03	-0.12	-0.11	0.76	widerlegt
17	-0.91	-0.96	-0.93	-0.94	0	bestätigt
18	0.97	0.99	0.98	0.98	0	bestätigt
19	-0.98	-0.97	-0.96	-0.97	0	bestätigt
20	-0.4	-0.53	-0.44	-0.46	0.18	widerlegt
21	-0.96	-0.92	-0.93	-0.94	0	bestätigt
22	-0.99	-0.97	-0.98	-0.99	0	bestätigt
23	0.92	0.97	0.94	0.95	0	bestätigt
24	-0.97	-0.99	-0.97	-0.98	0	bestätigt
25	-0.91	-0.96	-0.93	-0.94	0	bestätigt
26	0.98	0.95	0.97	0.97	0	bestätigt
27	-0.99	-0.97	-0.97	-0.98	0	bestätigt
28	0.96	0.98	0.96	0.97	0	bestätigt
29	-0.28	-0.12	-0.23	-0.21	0.56	widerlegt
30	0.96	0.96	0.96	0.96	0	bestätigt
31	0.74	0.83	0.76	0.78	0.01	bestätigt
32	0.4	0.25	0.33	0.33	0.36	widerlegt
33	0.95	0.89	0.93	0.93	0	bestätigt
34	-0.69	-0.56	-0.64	-0.63	0.05	bestätigt
35	0.97	0.98	0.97	0.98	0	bestätigt
36	0.17	0.03	0.08	0.09	0.8	widerlegt
37	-0.98	-0.99	-0.98	-0.98	0	bestätigt
38	-0.98	-0.98	-0.98	-0.98	0	bestätigt
39	-0.4	-0.52	-0.43	-0.45	0.19	widerlegt
40	0.73	0.83	0.77	0.78	0.01	bestätigt
41	0.77	0.86	0.81	0.82	0	bestätigt
42	-0.95	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
43	-0.13	0.04	-0.06	-0.05	0.9	widerlegt
44	-0.95	-0.98	-0.97	-0.97	0	bestätigt
45	-0.69	-0.57	-0.64	-0.64	0.05	bestätigt
46	0.94	0.97	0.95	0.96	0	bestätigt
47	-0.07	0.06	-0.02	-0.01	0.98	widerlegt
48	-0.96	-0.9	-0.94	-0.94	0	bestätigt
49	-0.31	-0.46	-0.36	-0.38	0.28	widerlegt
50	0.94	0.93	0.93	0.94	0	bestätigt

HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.98	-0.99	-0.98	-0.99	0	bestätigt
52	-0.94	-0.97	-0.95	-0.96	0	bestätigt
53	-0.89	-0.94	-0.91	-0.92	0	bestätigt
54	0.9	0.95	0.92	0.93	0	bestätigt
55	0.49	0.62	0.55	0.56	0.09	bestätigt
56	-0.94	-0.95	-0.94	-0.95	0	bestätigt
57	-0.98	-0.95	-0.98	-0.97	0	bestätigt
58	-0.99	-0.97	-0.97	-0.98	0	bestätigt
59	0.94	0.9	0.92	0.92	0	bestätigt
60	-0.95	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
61	-0.17	-0.33	-0.23	-0.24	0.5	widerlegt
62	0.92	0.96	0.93	0.94	0	bestätigt
63	0.87	0.93	0.89	0.9	0	bestätigt
64	0.99	0.98	0.99	0.99	0	bestätigt
65	0.84	0.91	0.86	0.87	0	bestätigt
66	-0.98	-0.96	-0.96	-0.97	0	bestätigt
67	0.87	0.88	0.86	0.87	0	bestätigt
68	0.7	0.59	0.65	0.65	0.04	bestätigt
69	0.91	0.96	0.93	0.94	0	bestätigt
70	-0.87	-0.93	-0.89	-0.9	0	bestätigt
71	0.57	0.44	0.51	0.51	0.14	widerlegt
72	0.96	0.99	0.98	0.98	0	bestätigt
73	0.97	0.98	0.97	0.98	0	bestätigt
74	0.17	0.18	0.23	0.2	0.59	widerlegt
75	0.55	0.41	0.5	0.49	0.15	widerlegt
76	-0.86	-0.92	-0.88	-0.89	0	bestätigt
77	-0.95	-0.98	-0.96	-0.96	0	bestätigt
78	0.21	0.06	0.17	0.14	0.69	widerlegt
79	-0.98	-0.99	-0.99	-0.99	0	bestätigt
80	0.58	0.7	0.63	0.64	0.05	bestätigt
81	0.92	0.95	0.92	0.93	0	bestätigt
82	-0.95	-0.96	-0.96	-0.96	0	bestätigt
83	-0.17	-0.3	-0.2	-0.22	0.54	widerlegt
84	0.12	0.28	0.19	0.2	0.58	widerlegt
85	-0.97	-0.94	-0.95	-0.96	0	bestätigt
86	0.94	0.97	0.95	0.96	0	bestätigt
87	0.29	0.16	0.26	0.24	0.51	widerlegt
88	0.96	0.98	0.96	0.97	0	bestätigt
89	-0.97	-0.97	-0.96	-0.97	0	bestätigt
90	0.97	0.94	0.96	0.96	0	bestätigt
91	0.93	0.93	0.92	0.93	0	bestätigt
92	0.96	0.97	0.96	0.97	0	bestätigt
93	0.95	0.89	0.93	0.93	0	bestätigt
94	0.96	0.96	0.95	0.96	0	bestätigt
95	0.97	0.98	0.98	0.98	0	bestätigt
96	0.68	0.55	0.62	0.62	0.06	bestätigt
97	0.98	0.98	0.98	0.99	0	bestätigt
98	0.89	0.8	0.85	0.85	0	bestätigt
99	0.88	0.83	0.88	0.87	0	bestätigt
100	0.94	0.89	0.92	0.92	0	bestätigt

Fortsetzung auf der nächsten Seite

C.2 Gruppe A

Tabelle C.2: HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe A

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.18	-0.18	-0.21	-0.19	0.6	widerlegt
2	-0.94	-0.95	-0.97	-0.96	0	bestätigt
3	0.54	0.54	0.57	0.55	0.1	bestätigt
4	-0.96	-0.97	-0.97	-0.96	0	bestätigt
5	-0.96	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
6	0.95	0.96	0.97	0.96	0	bestätigt
7	0.96	0.97	0.97	0.97	0	bestätigt
8	-0.95	-0.96	-0.96	-0.96	0	bestätigt
9	-0.96	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
10	-0.78	-0.79	-0.81	-0.79	0.01	bestätigt
11	0.01	0.01	0.01	0.01	0.98	widerlegt
12	0.39	0.39	0.43	0.4	0.25	widerlegt
13	0.9	0.92	0.91	0.91	0	bestätigt
14	-0.95	-0.97	-0.97	-0.96	0	bestätigt
15	-0.95	-0.97	-0.96	-0.96	0	bestätigt
16	-0.69	-0.7	-0.68	-0.69	0.03	bestätigt
17	-0.95	-0.96	-0.96	-0.96	0	bestätigt
18	0.94	0.95	0.95	0.95	0	bestätigt
19	-0.7	-0.72	-0.75	-0.72	0.02	bestätigt
20	0.21	0.21	0.17	0.2	0.58	widerlegt
21	-0.89	-0.9	-0.88	-0.89	0	bestätigt
22	-0.82	-0.8	-0.85	-0.83	0	bestätigt
23	0.93	0.94	0.95	0.94	0	bestätigt
24	-0.92	-0.93	-0.95	-0.94	0	bestätigt
25	-0.92	-0.93	-0.92	-0.93	0	bestätigt
26	0.93	0.94	0.93	0.93	0	bestätigt
27	-0.83	-0.85	-0.83	-0.84	0	bestätigt
28	0.94	0.95	0.94	0.94	0	bestätigt
29	0.56	0.57	0.61	0.58	0.08	bestätigt
30	0.92	0.93	0.92	0.92	0	bestätigt
31	-0.05	-0.05	-0.02	-0.04	0.92	widerlegt
32	-0.71	-0.73	-0.76	-0.74	0.01	bestätigt
33	0.71	0.72	0.69	0.71	0.02	bestätigt
34	-0.22	-0.22	-0.19	-0.21	0.56	widerlegt
35	0.95	0.96	0.96	0.96	0	bestätigt
36	-0.85	-0.85	-0.83	-0.85	0	bestätigt
37	-0.93	-0.94	-0.94	-0.94	0	bestätigt
38	-0.89	-0.9	-0.89	-0.9	0	bestätigt
39	-0.29	-0.3	-0.34	-0.31	0.38	widerlegt
40	0.69	0.7	0.73	0.71	0.02	bestätigt
41	0.74	0.73	0.76	0.74	0.01	bestätigt
42	-0.95	-0.96	-0.96	-0.96	0	bestätigt
43	-0.57	-0.58	-0.55	-0.57	0.09	bestätigt
44	-0.97	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
45	-0.82	-0.83	-0.81	-0.82	0	bestätigt
46	0.89	0.9	0.92	0.91	0	bestätigt
47	0.8	0.81	0.8	0.81	0	bestätigt
48	-0.81	-0.83	-0.81	-0.82	0	bestätigt
49	0.31	0.32	0.28	0.3	0.39	widerlegt
50	0.89	0.9	0.89	0.9	0	bestätigt

HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe A – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.94	-0.95	-0.94	-0.95	0	bestätigt
52	-0.73	-0.75	-0.77	-0.75	0.01	bestätigt
53	-0.66	-0.67	-0.66	-0.66	0.04	bestätigt
54	-0.14	-0.13	-0.11	-0.13	0.73	widerlegt
55	0.83	0.85	0.83	0.84	0	bestätigt
56	-0.89	-0.89	-0.91	-0.9	0	bestätigt
57	-0.83	-0.84	-0.82	-0.83	0	bestätigt
58	-0.91	-0.92	-0.91	-0.91	0	bestätigt
59	0.82	0.83	0.81	0.82	0	bestätigt
60	-0.85	-0.86	-0.84	-0.86	0	bestätigt
61	0.51	0.52	0.49	0.51	0.13	widerlegt
62	0.95	0.96	0.96	0.96	0	bestätigt
63	0.78	0.8	0.82	0.8	0.01	bestätigt
64	0.86	0.87	0.86	0.86	0	bestätigt
65	0.93	0.94	0.95	0.95	0	bestätigt
66	-0.95	-0.96	-0.95	-0.95	0	bestätigt
67	0.81	0.81	0.84	0.82	0	bestätigt
68	-0.71	-0.72	-0.75	-0.73	0.02	bestätigt
69	0.96	0.97	0.97	0.97	0	bestätigt
70	-0.97	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
71	0.76	0.77	0.74	0.76	0.01	bestätigt
72	0.95	0.96	0.97	0.96	0	bestätigt
73	0.94	0.96	0.95	0.95	0	bestätigt
74	-0.34	-0.4	-0.38	-0.38	0.28	widerlegt
75	0.58	0.57	0.52	0.56	0.09	bestätigt
76	0.11	0.1	0.07	0.09	0.8	widerlegt
77	-0.96	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
78	0.74	0.75	0.76	0.75	0.01	bestätigt
79	-0.93	-0.94	-0.93	-0.94	0	bestätigt
80	0.76	0.77	0.79	0.77	0.01	bestätigt
81	0.95	0.96	0.96	0.96	0	bestätigt
82	0.24	0.24	0.22	0.23	0.52	widerlegt
83	0.07	0.06	0.02	0.05	0.89	widerlegt
84	0.88	0.89	0.91	0.89	0	bestätigt
85	-0.82	-0.83	-0.82	-0.83	0	bestätigt
86	0.92	0.93	0.94	0.93	0	bestätigt
87	0.55	0.55	0.52	0.54	0.11	widerlegt
88	0.94	0.96	0.95	0.95	0	bestätigt
89	-0.96	-0.96	-0.96	-0.96	0	bestätigt
90	0.86	0.86	0.84	0.86	0	bestätigt
91	0.89	0.9	0.9	0.9	0	bestätigt
92	0.58	0.58	0.62	0.6	0.07	bestätigt
93	0.8	0.81	0.79	0.8	0.01	bestätigt
94	0.72	0.73	0.76	0.74	0.01	bestätigt
95	0.88	0.89	0.88	0.89	0	bestätigt
96	0.62	0.63	0.6	0.62	0.06	bestätigt
97	0.94	0.95	0.95	0.95	0	bestätigt
98	0.82	0.83	0.81	0.82	0	bestätigt
99	0.89	0.9	0.89	0.89	0	bestätigt
100	0.2	0.17	0.17	0.18	0.61	widerlegt

C.3 Gruppe B

Tabelle C.3: HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe B

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.75	-0.87	-0.8	-0.81	0	bestätigt
2	-0.91	-0.98	-0.95	-0.95	0	bestätigt
3	0.58	0.75	0.66	0.67	0.03	bestätigt
4	-0.33	-0.55	-0.49	-0.46	0.18	widerlegt
5	-0.9	-0.97	-0.94	-0.95	0	bestätigt
6	0.86	0.95	0.9	0.91	0	bestätigt
7	-0.14	-0.38	-0.29	-0.27	0.44	widerlegt
8	-0.95	-0.99	-0.97	-0.97	0	bestätigt
9	-0.87	-0.96	-0.92	-0.92	0	bestätigt
10	-0.51	-0.69	-0.59	-0.6	0.07	bestätigt
11	0.97	0.9	0.94	0.95	0	bestätigt
12	0.93	0.82	0.89	0.89	0	bestätigt
13	-0.57	-0.35	-0.46	-0.46	0.18	widerlegt
14	-0.88	-0.96	-0.92	-0.93	0	bestätigt
15	-0.91	-0.98	-0.95	-0.95	0	bestätigt
16	-0.17	0.08	-0.03	-0.04	0.92	widerlegt
17	-0.93	-0.97	-0.97	-0.97	0	bestätigt
18	0.9	0.98	0.95	0.95	0	bestätigt
19	-0.97	-0.95	-0.96	-0.97	0	bestätigt
20	-0.6	-0.75	-0.65	-0.67	0.03	bestätigt
21	-0.97	-0.95	-0.95	-0.97	0	bestätigt
22	-0.98	-0.95	-0.95	-0.96	0	bestätigt
23	0.9	0.97	0.94	0.95	0	bestätigt
24	-0.91	-0.98	-0.95	-0.95	0	bestätigt
25	-0.73	-0.86	-0.8	-0.8	0.01	bestätigt
26	0.98	0.94	0.96	0.97	0	bestätigt
27	-0.94	-0.98	-0.95	-0.96	0	bestätigt
28	0.88	0.96	0.92	0.92	0	bestätigt
29	-0.65	-0.47	-0.58	-0.57	0.09	bestätigt
30	0.9	0.93	0.91	0.92	0	bestätigt
31	0.77	0.88	0.82	0.83	0	bestätigt
32	0.76	0.63	0.66	0.68	0.03	bestätigt
33	0.98	0.97	0.98	0.99	0	bestätigt
34	-0.88	-0.75	-0.83	-0.82	0	bestätigt
35	0.91	0.97	0.94	0.95	0	bestätigt
36	0.46	0.23	0.29	0.33	0.36	widerlegt
37	-0.93	-0.98	-0.96	-0.96	0	bestätigt
38	-0.89	-0.97	-0.93	-0.94	0	bestätigt
39	-0.45	-0.59	-0.48	-0.51	0.13	widerlegt
40	0.68	0.84	0.76	0.77	0.01	bestätigt
41	0.8	0.91	0.85	0.86	0	bestätigt
42	-0.91	-0.97	-0.94	-0.95	0	bestätigt
43	0.27	0.5	0.39	0.39	0.26	widerlegt
44	-0.88	-0.96	-0.92	-0.93	0	bestätigt
45	-0.44	-0.2	-0.32	-0.32	0.37	widerlegt
46	0.91	0.97	0.94	0.95	0	bestätigt
47	-0.55	-0.37	-0.46	-0.46	0.18	widerlegt
48	-0.93	-0.88	-0.93	-0.92	0	bestätigt
49	-0.29	-0.46	-0.34	-0.37	0.3	widerlegt
50	0.87	0.9	0.88	0.89	0	bestätigt

HUSS-PQS Pearson Korrelation für die Gruppe B – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.92	-0.98	-0.95	-0.96	0	bestätigt
52	-0.93	-0.97	-0.96	-0.96	0	bestätigt
53	-0.76	-0.9	-0.84	-0.84	0	bestätigt
54	0.88	0.96	0.94	0.93	0	bestätigt
55	-0.56	-0.43	-0.54	-0.52	0.13	widerlegt
56	-0.92	-0.95	-0.92	-0.94	0	bestätigt
57	-0.91	-0.97	-0.97	-0.96	0	bestätigt
58	-0.97	-0.98	-0.98	-0.98	0	bestätigt
59	0.92	0.94	0.92	0.93	0	bestätigt
60	-0.72	-0.86	-0.8	-0.8	0.01	bestätigt
61	-0.3	-0.53	-0.42	-0.42	0.23	widerlegt
62	0.81	0.92	0.86	0.87	0	bestätigt
63	0.81	0.92	0.86	0.87	0	bestätigt
64	0.92	0.98	0.95	0.96	0	bestätigt
65	0.76	0.87	0.8	0.82	0	bestätigt
66	-0.98	-0.91	-0.93	-0.95	0	bestätigt
67	0.88	0.9	0.85	0.88	0	bestätigt
68	0.66	0.61	0.59	0.62	0.05	bestätigt
69	0.84	0.94	0.9	0.9	0	bestätigt
70	-0.78	-0.89	-0.83	-0.84	0	bestätigt
71	0.21	-0.02	0.09	0.09	0.8	widerlegt
72	0.91	0.98	0.96	0.96	0	bestätigt
73	0.9	0.97	0.94	0.94	0	bestätigt
74	0.19	0.2	0.28	0.23	0.53	widerlegt
75	0.5	0.27	0.38	0.38	0.27	widerlegt
76	-0.94	-0.98	-0.96	-0.97	0	bestätigt
77	-0.89	-0.97	-0.93	-0.94	0	bestätigt
78	0.02	-0.21	-0.09	-0.1	0.79	widerlegt
79	-0.94	-0.99	-0.97	-0.97	0	bestätigt
80	0.56	0.74	0.64	0.66	0.04	bestätigt
81	0.77	0.88	0.81	0.83	0	bestätigt
82	-0.97	-0.95	-0.97	-0.97	0	bestätigt
83	-0.45	-0.57	-0.47	-0.5	0.14	widerlegt
84	-0.33	-0.09	-0.21	-0.21	0.56	widerlegt
85	-0.97	-0.98	-0.97	-0.98	0	bestätigt
86	0.9	0.97	0.94	0.94	0	bestätigt
87	0.05	-0.1	0.03	-0.01	0.98	widerlegt
88	0.91	0.98	0.94	0.95	0	bestätigt
89	-0.96	-0.96	-0.95	-0.96	0	bestätigt
90	0.97	0.97	0.98	0.98	0	bestätigt
91	0.88	0.91	0.86	0.89	0	bestätigt
92	0.96	0.97	0.96	0.97	0	bestätigt
93	0.98	0.93	0.97	0.97	0	bestätigt
94	0.97	0.98	0.98	0.98	0	bestätigt
95	0.87	0.96	0.93	0.93	0	bestätigt
96	0.78	0.62	0.68	0.69	0.03	bestätigt
97	0.94	0.99	0.97	0.97	0	bestätigt
98	0.93	0.82	0.88	0.88	0	bestätigt
99	-0.15	-0.37	-0.27	-0.27	0.45	widerlegt
100	0.97	0.9	0.93	0.94	0	bestätigt

C.4 Einzelpatienten

Tabelle C.4: HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 3

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.89	-0.89	-0.84	-0.89	0.02	bestätigt
2	-0.23	-0.18	-0.35	-0.24	0.65	widerlegt
3	0.96	0.95	0.95	0.96	0	bestätigt
4	-0.91	-0.89	-0.93	-0.92	0.01	bestätigt
5	-0.95	-0.94	-0.94	-0.95	0	bestätigt
6	0.95	0.95	0.92	0.95	0	bestätigt
7	0.95	0.94	0.92	0.95	0	bestätigt
8	0.56	0.52	0.67	0.57	0.23	widerlegt
9	-0.92	-0.91	-0.91	-0.92	0.01	bestätigt
10	-0.93	-0.93	-0.89	-0.92	0.01	bestätigt
11	-0.98	-0.96	-1	-0.99	0	bestätigt
12	0.91	0.9	0.92	0.92	0.01	bestätigt
13	-0.95	-0.94	-0.94	-0.95	0	bestätigt
14	-0.9	-0.88	-0.92	-0.91	0.01	bestätigt
15	-0.96	-0.96	-0.93	-0.96	0	bestätigt
16	0.75	0.74	0.78	0.76	0.08	bestätigt
17	-0.95	-0.95	-0.9	-0.94	0	bestätigt
18	0.94	0.95	0.85	0.93	0.01	bestätigt
19	-0.95	-0.97	-0.86	-0.95	0	bestätigt
20	-0.94	-0.92	-0.94	-0.94	0.01	bestätigt
21	-0.9	-0.9	-0.86	-0.9	0.01	bestätigt
22	0.52	0.58	0.31	0.5	0.31	widerlegt
23	0.93	0.92	0.91	0.93	0.01	bestätigt
24	-0.91	-0.89	-0.95	-0.92	0.01	bestätigt
25	0.94	0.92	0.94	0.94	0.01	bestätigt
26	0.91	0.93	0.83	0.91	0.01	bestätigt
27	-0.91	-0.93	-0.78	-0.9	0.02	bestätigt
28	0.95	0.94	0.93	0.95	0	bestätigt
29	-0.75	-0.7	-0.86	-0.76	0.08	bestätigt
30	-0.97	-0.97	-0.95	-0.97	0	bestätigt
31	0.94	0.94	0.92	0.94	0	bestätigt
32	0.94	0.93	0.93	0.94	0	bestätigt
33	-0.84	-0.84	-0.8	-0.83	0.04	bestätigt
34	-0.95	-0.95	-0.91	-0.95	0	bestätigt
35	0.93	0.92	0.92	0.93	0.01	bestätigt
36	0.98	0.97	0.96	0.98	0	bestätigt
37	-0.97	-0.97	-0.94	-0.97	0	bestätigt
38	-0.98	-0.98	-0.95	-0.98	0	bestätigt
39	-0.94	-0.94	-0.91	-0.94	0	bestätigt
40	0.97	0.98	0.91	0.97	0	bestätigt
41	-0.85	-0.86	-0.78	-0.85	0.03	bestätigt
42	-0.95	-0.95	-0.9	-0.94	0	bestätigt
43	-0.92	-0.91	-0.93	-0.92	0.01	bestätigt
44	0.68	0.72	0.54	0.67	0.15	widerlegt
45	-0.58	-0.59	-0.53	-0.58	0.23	widerlegt
46	0.95	0.94	0.93	0.95	0	bestätigt
47	-0.94	-0.93	-0.93	-0.94	0	bestätigt
48	0.23	0.24	0.19	0.22	0.67	widerlegt
49	0.87	0.84	0.92	0.88	0.02	bestätigt
50	0.93	0.93	0.9	0.93	0.01	bestätigt

HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 3 – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.93	-0.92	-0.93	-0.93	0.01	bestätigt
52	-0.68	-0.67	-0.69	-0.69	0.13	widerlegt
53	0.54	0.49	0.66	0.55	0.26	widerlegt
54	0.55	0.57	0.45	0.54	0.27	widerlegt
55	-0.96	-0.97	-0.89	-0.96	0	bestätigt
56	-0.95	-0.96	-0.9	-0.95	0	bestätigt
57	-0.3	-0.28	-0.36	-0.31	0.55	widerlegt
58	-0.96	-0.96	-0.93	-0.96	0	bestätigt
59	0.93	0.94	0.87	0.93	0.01	bestätigt
60	-0.96	-0.95	-0.96	-0.96	0	bestätigt
61	0.94	0.93	0.95	0.95	0	bestätigt
62	0.96	0.95	0.93	0.96	0	bestätigt
63	0.87	0.9	0.74	0.86	0.03	bestätigt
64	-0.55	-0.52	-0.64	-0.56	0.24	widerlegt
65	0.96	0.96	0.91	0.96	0	bestätigt
66	-0.97	-0.97	-0.94	-0.97	0	bestätigt
67	0.96	0.96	0.93	0.96	0	bestätigt
68	-0.93	-0.93	-0.89	-0.92	0.01	bestätigt
69	0.82	0.83	0.76	0.82	0.05	bestätigt
70	-0.47	-0.41	-0.63	-0.48	0.33	widerlegt
71	0.84	0.87	0.71	0.83	0.04	bestätigt
72	-0.47	-0.54	-0.25	-0.46	0.36	widerlegt
73	0.38	0.36	0.43	0.39	0.45	widerlegt
74	-0.98	-0.98	-0.92	-0.97	0	bestätigt
75	-0.79	-0.77	-0.83	-0.8	0.06	bestätigt
76	-0.85	-0.86	-0.78	-0.85	0.03	bestätigt
77	-0.96	-0.95	-0.93	-0.96	0	bestätigt
78	0.38	0.32	0.53	0.39	0.44	widerlegt
79	0.65	0.71	0.46	0.64	0.17	widerlegt
80	0.96	0.94	0.98	0.96	0	bestätigt
81	0.92	0.94	0.83	0.92	0.01	bestätigt
82	0.9	0.89	0.88	0.9	0.01	bestätigt
83	-0.91	-0.92	-0.85	-0.91	0.01	bestätigt
84	-0.94	-0.93	-0.92	-0.94	0.01	bestätigt
85	-0.96	-0.96	-0.9	-0.95	0	bestätigt
86	0.94	0.93	0.95	0.95	0	bestätigt
87	-0.95	-0.95	-0.92	-0.95	0	bestätigt
88	0.94	0.93	0.91	0.94	0.01	bestätigt
89	-0.96	-0.95	-0.95	-0.96	0	bestätigt
90	0.87	0.85	0.9	0.87	0.02	bestätigt
91	0.64	0.6	0.73	0.65	0.16	widerlegt
92	0.93	0.91	0.94	0.93	0.01	bestätigt
93	0.93	0.92	0.92	0.93	0.01	bestätigt
94	0.94	0.94	0.89	0.94	0.01	bestätigt
95	-0.94	-0.95	-0.88	-0.94	0.01	bestätigt
96	-0.18	-0.14	-0.31	-0.2	0.71	widerlegt
97	-0.24	-0.2	-0.36	-0.25	0.63	widerlegt
98	0.96	0.96	0.94	0.96	0	bestätigt
99	-0.55	-0.52	-0.61	-0.55	0.25	widerlegt
100	0.94	0.93	0.95	0.95	0	bestätigt

Tabelle C.5: HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 16

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.84	-0.96	-0.88	-0.96	0	bestätigt
2	-0.63	-0.82	-0.82	-0.8	0.05	bestätigt
3	0.83	0.94	0.86	0.94	0	bestätigt
4	-0.63	-0.82	-0.82	-0.8	0.05	bestätigt
5	-0.78	-0.94	-0.9	-0.93	0.01	bestätigt
6	0.79	0.94	0.89	0.93	0.01	bestätigt
7	0.8	0.95	0.89	0.94	0.01	bestätigt
8	-0.89	-0.95	-0.83	-0.96	0	bestätigt
9	-0.79	-0.94	-0.89	-0.93	0.01	bestätigt
10	-0.71	-0.95	-0.95	-0.92	0.01	bestätigt
11						
12	0.87	0.92	0.8	0.93	0.01	bestätigt
13	-0.28	-0.48	-0.55	-0.45	0.37	widerlegt
14	-0.81	-0.95	-0.89	-0.94	0.01	bestätigt
15	-0.77	-0.91	-0.86	-0.9	0.01	bestätigt
16						
17	0.9	0.84	0.65	0.87	0.02	bestätigt
18	0.79	0.94	0.89	0.93	0.01	bestätigt
19						
20	-0.89	-0.94	-0.82	-0.95	0	bestätigt
21	-0.86	-0.97	-0.88	-0.97	0	bestätigt
22	-0.92	-0.85	-0.65	-0.88	0.02	bestätigt
23	0.82	0.95	0.88	0.95	0	bestätigt
24	-0.75	-0.92	-0.89	-0.91	0.01	bestätigt
25	-0.84	-0.95	-0.88	-0.95	0	bestätigt
26	0.78	0.96	0.93	0.95	0	bestätigt
27	-0.9	-0.98	-0.87	-0.99	0	bestätigt
28	0.79	0.96	0.91	0.95	0	bestätigt
29	0.98	0.82	0.56	0.87	0.02	bestätigt
30	0.84	0.93	0.83	0.93	0.01	bestätigt
31	0.8	0.95	0.9	0.94	0	bestätigt
32	0.74	0.85	0.79	0.85	0.03	bestätigt
33	-0.93	-0.93	-0.78	-0.95	0	bestätigt
34	-0.72	-0.92	-0.91	-0.9	0.01	bestätigt
35	0.83	0.94	0.85	0.94	0.01	bestätigt
36	0.77	0.82	0.72	0.83	0.04	bestätigt
37	-0.81	-0.9	-0.81	-0.9	0.01	bestätigt
38	-0.88	-0.86	-0.71	-0.89	0.02	bestätigt
39	-0.79	-0.94	-0.89	-0.93	0.01	bestätigt
40	0.47	0.54	0.5	0.54	0.27	widerlegt
41	-0.25	0	0.19	-0.05	0.93	widerlegt
42	-0.83	-0.95	-0.88	-0.95	0	bestätigt
43	-0.74	-0.64	-0.45	-0.67	0.14	widerlegt
44	-0.84	-0.95	-0.86	-0.95	0	bestätigt
45	0.75	0.92	0.89	0.91	0.01	bestätigt
46	0.82	0.97	0.91	0.96	0	bestätigt
47	-0.78	-0.9	-0.84	-0.9	0.01	bestätigt
48	0.89	0.8	0.6	0.84	0.04	bestätigt
49	-0.83	-0.95	-0.88	-0.95	0	bestätigt
50	0.77	0.89	0.82	0.89	0.02	bestätigt

Fortsetzung auf der nächsten Seite

HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 16 – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.82	-0.95	-0.88	-0.94	0	bestätigt
52	-0.8	-0.97	-0.93	-0.96	0	bestätigt
53	0.55	0.77	0.79	0.74	0.09	bestätigt
54	-0.9	-0.96	-0.84	-0.97	0	bestätigt
55	0	0.41	0.65	0.34	0.51	widerlegt
56	-0.78	-0.95	-0.9	-0.93	0.01	bestätigt
57						
58	-0.85	-0.94	-0.85	-0.95	0	bestätigt
59	0.81	0.96	0.9	0.95	0	bestätigt
60	-0.93	-0.67	-0.35	-0.73	0.1	widerlegt
61	0.82	0.96	0.9	0.96	0	bestätigt
62	0.82	0.96	0.89	0.95	0	bestätigt
63	0.85	0.97	0.88	0.96	0	bestätigt
64	0.94	0.88	0.69	0.91	0.01	bestätigt
65	0.82	0.94	0.86	0.94	0.01	bestätigt
66	-0.91	-0.92	-0.76	-0.94	0.01	bestätigt
67	0.81	0.96	0.9	0.95	0	bestätigt
68	0.71	0.93	0.93	0.91	0.01	bestätigt
69	0.81	0.95	0.89	0.95	0	bestätigt
70	0.81	0.98	0.94	0.97	0	bestätigt
71	0.79	0.95	0.91	0.94	0	bestätigt
72	0.92	0.88	0.7	0.91	0.01	bestätigt
73	0.83	0.94	0.85	0.94	0.01	bestätigt
74	-0.8	-0.95	-0.89	-0.94	0.01	bestätigt
75	0.78	0.77	0.63	0.79	0.06	bestätigt
76	-0.94	-0.9	-0.71	-0.93	0.01	bestätigt
77	-0.82	-0.95	-0.88	-0.95	0	bestätigt
78	-0.92	-0.88	-0.7	-0.91	0.01	bestätigt
79	-0.69	-0.87	-0.85	-0.85	0.03	bestätigt
80	0.79	0.91	0.84	0.91	0.01	bestätigt
81	0.82	0.95	0.88	0.95	0	bestätigt
82	-0.75	-0.87	-0.8	-0.86	0.03	bestätigt
83	-0.81	-0.96	-0.9	-0.95	0	bestätigt
84	-0.92	-0.94	-0.79	-0.96	0	bestätigt
85	-0.32	-0.27	-0.19	-0.29	0.58	widerlegt
86	0.86	0.94	0.83	0.94	0	bestätigt
87	-0.84	-0.95	-0.86	-0.95	0	bestätigt
88	0.79	0.94	0.88	0.93	0.01	bestätigt
89	-0.84	-0.95	-0.86	-0.95	0	bestätigt
90	-0.66	-0.91	-0.94	-0.88	0.02	bestätigt
91	0	0.18	0.28	0.15	0.78	widerlegt
92	0.71	0.69	0.55	0.7	0.12	widerlegt
93	0	0.25	0.4	0.21	0.69	widerlegt
94	0.85	0.95	0.86	0.95	0	bestätigt
95	0.63	0.55	0.39	0.57	0.23	widerlegt
96	0.77	0.76	0.62	0.78	0.07	bestätigt
97	-0.6	-0.89	-0.95	-0.86	0.03	bestätigt
98	-0.76	-0.86	-0.77	-0.86	0.03	bestätigt
99	0.87	0.82	0.64	0.85	0.03	bestätigt
100	-0.32	-0.55	-0.63	-0.52	0.29	widerlegt

Tabelle C.6: HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 18

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.94	-0.93	-0.95	-0.96	0	bestätigt
2	-0.74	-0.73	-0.85	-0.79	0.02	bestätigt
3	0.94	0.93	0.92	0.95	0	bestätigt
4	0.31	0.29	0.59	0.41	0.31	widerlegt
5	-0.97	-0.96	-0.89	-0.96	0	bestätigt
6	0.96	0.95	0.92	0.96	0	bestätigt
7	0.35	0.37	0.62	0.46	0.25	widerlegt
8	-0.96	-0.95	-0.93	-0.96	0	bestätigt
9	-0.95	-0.93	-0.84	-0.92	0	bestätigt
10	-0.89	-0.9	-0.92	-0.92	0	bestätigt
11						
12	0.55	0.52	0.28	0.45	0.26	widerlegt
13	0.93	0.93	0.97	0.96	0	bestätigt
14	-0.96	-0.96	-0.95	-0.97	0	bestätigt
15	-0.95	-0.95	-0.96	-0.97	0	bestätigt
16	0.88	0.89	0.77	0.86	0.01	bestätigt
17	-0.8	-0.81	-0.92	-0.86	0.01	bestätigt
18	0.97	0.96	0.94	0.97	0	bestätigt
19						
20	-0.95	-0.94	-0.94	-0.96	0	bestätigt
21	-0.96	-0.96	-0.94	-0.97	0	bestätigt
22	0.31	0.35	0.36	0.35	0.4	widerlegt
23	0.96	0.96	0.95	0.97	0	bestätigt
24	-0.96	-0.95	-0.92	-0.96	0	bestätigt
25	-0.94	-0.94	-0.96	-0.96	0	bestätigt
26	0.95	0.94	0.97	0.97	0	bestätigt
27	-0.94	-0.94	-0.97	-0.97	0	bestätigt
28	0.88	0.86	0.88	0.89	0	bestätigt
29	0.88	0.88	0.93	0.91	0	bestätigt
30	0.95	0.94	0.95	0.97	0	bestätigt
31	0.97	0.97	0.92	0.97	0	bestätigt
32	0.66	0.61	0.61	0.63	0.09	bestätigt
33	-0.96	-0.95	-0.95	-0.97	0	bestätigt
34	0.96	0.96	0.97	0.98	0	bestätigt
35	0.92	0.91	0.96	0.95	0	bestätigt
36	0.05	0	0.18	0.08	0.85	widerlegt
37	-0.94	-0.94	-0.96	-0.96	0	bestätigt
38	-0.82	-0.78	-0.72	-0.78	0.02	bestätigt
39	-0.96	-0.95	-0.95	-0.97	0	bestätigt
40	0.88	0.88	0.94	0.92	0	bestätigt
41	-0.57	-0.59	-0.78	-0.67	0.07	bestätigt
42	-0.97	-0.96	-0.93	-0.97	0	bestätigt
43	0.34	0.35	0.11	0.27	0.52	widerlegt
44	-0.95	-0.94	-0.89	-0.94	0	bestätigt
45	-0.15	-0.18	0.02	-0.1	0.81	widerlegt
46	0.96	0.94	0.92	0.96	0	bestätigt
47	-0.91	-0.92	-0.89	-0.93	0	bestätigt
48	-0.94	-0.93	-0.92	-0.95	0	bestätigt
49	-0.96	-0.96	-0.96	-0.98	0	bestätigt
50	0.83	0.82	0.64	0.77	0.02	bestätigt

Fortsetzung auf der nächsten Seite

HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 18 – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.95	-0.95	-0.92	-0.96	0	bestätigt
52	-0.95	-0.95	-0.96	-0.97	0	bestätigt
53	0.79	0.76	0.64	0.74	0.04	bestätigt
54	0.97	0.96	0.87	0.95	0	bestätigt
55	0.91	0.9	0.94	0.93	0	bestätigt
56	-0.96	-0.96	-0.96	-0.98	0	bestätigt
57	-0.84	-0.83	-0.69	-0.8	0.02	bestätigt
58	-0.95	-0.95	-0.96	-0.97	0	bestätigt
59	-0.88	-0.86	-0.8	-0.86	0.01	bestätigt
60	0.34	0.33	0.12	0.26	0.53	widerlegt
61	-0.95	-0.94	-0.91	-0.95	0	bestätigt
62	0.96	0.96	0.94	0.97	0	bestätigt
63	0.95	0.94	0.95	0.96	0	bestätigt
64	-0.27	-0.28	-0.35	-0.31	0.46	widerlegt
65	0.95	0.93	0.94	0.95	0	bestätigt
66	-0.73	-0.74	-0.78	-0.77	0.03	bestätigt
67	0.94	0.93	0.85	0.92	0	bestätigt
68	0.84	0.81	0.76	0.81	0.01	bestätigt
69	0.97	0.96	0.94	0.97	0	bestätigt
70	-0.77	-0.76	-0.54	-0.7	0.06	bestätigt
71	-0.33	-0.28	-0.05	-0.21	0.61	widerlegt
72	0.95	0.94	0.95	0.96	0	bestätigt
73	0.98	0.98	0.93	0.98	0	bestätigt
74	0.03	0	-0.31	-0.1	0.81	widerlegt
75	-0.88	-0.88	-0.63	-0.81	0.02	bestätigt
76	-0.93	-0.93	-0.98	-0.97	0	bestätigt
77	-0.95	-0.94	-0.94	-0.96	0	bestätigt
78	0.92	0.9	0.87	0.91	0	bestätigt
79	-0.78	-0.79	-0.95	-0.86	0.01	bestätigt
80	0.94	0.94	0.89	0.94	0	bestätigt
81	0.96	0.96	0.97	0.98	0	bestätigt
82	-0.75	-0.74	-0.87	-0.8	0.02	bestätigt
83	-0.26	-0.22	-0.42	-0.3	0.46	widerlegt
84	0.95	0.94	0.98	0.97	0	bestätigt
85	-0.96	-0.95	-0.9	-0.95	0	bestätigt
86	0.93	0.92	0.9	0.93	0	bestätigt
87	-0.19	-0.16	-0.2	-0.18	0.66	widerlegt
88	0.94	0.94	0.96	0.96	0	bestätigt
89	-0.95	-0.94	-0.91	-0.95	0	bestätigt
90	-0.28	-0.24	-0.15	-0.22	0.6	widerlegt
91	0.61	0.59	0.44	0.55	0.16	widerlegt
92	0.94	0.93	0.96	0.96	0	bestätigt
93	-0.04	-0.04	-0.34	-0.15	0.73	widerlegt
94	0.8	0.8	0.95	0.87	0.01	bestätigt
95	0.94	0.93	0.87	0.93	0	bestätigt
96	-0.34	-0.33	-0.55	-0.41	0.31	widerlegt
97	0.91	0.91	0.96	0.94	0	bestätigt
98	-0.97	-0.96	-0.89	-0.96	0	bestätigt
99	0.93	0.94	0.8	0.9	0	bestätigt
100	0.15	0.14	-0.2	0.02	0.96	widerlegt

Tabelle C.7: HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 19

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.43	-0.65	-0.41	-0.57	0.09	bestätigt
2						
3	0.56	0.34	0.13	0.34	0.34	widerlegt
4	0	0.6	0.43	0.44	0.2	widerlegt
5	-0.4	-0.65	-0.4	-0.55	0.1	widerlegt
6	0.37	0.68	0.42	0.56	0.09	bestätigt
7	0	-0.46	-0.13	-0.21	0.55	widerlegt
8	-0.28	-0.73	-0.48	-0.59	0.07	bestätigt
9	-0.39	-0.69	-0.44	-0.59	0.08	bestätigt
10	-0.63	-0.15	-0.02	-0.24	0.5	widerlegt
11	0.45	0.81	0.65	0.77	0.01	bestätigt
12	-0.26	-0.5	-0.29	-0.4	0.25	widerlegt
13	0.38	0.47	0.23	0.39	0.27	widerlegt
14	-0.43	-0.62	-0.38	-0.54	0.11	widerlegt
15	-0.43	-0.67	-0.44	-0.59	0.07	bestätigt
16	0.25	0.57	0.28	0.41	0.24	widerlegt
17	-0.13	-0.51	-0.29	-0.36	0.3	widerlegt
18	0.33	0.69	0.43	0.56	0.09	bestätigt
19						
20	-0.32	-0.67	-0.41	-0.54	0.11	widerlegt
21	-0.41	-0.47	-0.22	-0.39	0.26	widerlegt
22	0.63	0.01	-0.04	0.16	0.65	widerlegt
23	0.37	0.7	0.45	0.59	0.07	bestätigt
24	-0.44	-0.58	-0.31	-0.49	0.15	widerlegt
25	-0.42	-0.64	-0.4	-0.55	0.1	bestätigt
26	0.69	0.15	0.02	0.25	0.48	widerlegt
27	-0.41	-0.61	-0.34	-0.5	0.14	widerlegt
28	0.4	0.6	0.34	0.5	0.14	widerlegt
29	0.65	-0.18	-0.25	-0.01	0.97	widerlegt
30	0.31	0.7	0.44	0.57	0.09	bestätigt
31	0.45	0.51	0.27	0.44	0.2	widerlegt
32	0.52	0.44	0.24	0.43	0.22	widerlegt
33	-0.78	0.03	0.1	-0.15	0.67	widerlegt
34	0.47	0.46	0.22	0.4	0.25	widerlegt
35	0.35	0.68	0.43	0.56	0.09	bestätigt
36	0.45	0.77	0.75	0.81	0	bestätigt
37	-0.42	-0.64	-0.4	-0.55	0.1	bestätigt
38	-0.09	-0.58	-0.28	-0.36	0.3	widerlegt
39	-0.37	-0.66	-0.4	-0.54	0.11	widerlegt
40	0.54	0.73	0.53	0.7	0.03	bestätigt
41	0.13	0.7	0.45	0.52	0.12	widerlegt
42	-0.46	-0.63	-0.4	-0.56	0.09	bestätigt
43	0.51	0.76	0.65	0.77	0.01	bestätigt
44	-0.36	-0.66	-0.4	-0.54	0.11	widerlegt
45	-0.19	-0.04	-0.15	-0.16	0.66	widerlegt
46	0.39	0.74	0.5	0.63	0.05	bestätigt
47	-0.11	-0.71	-0.44	-0.51	0.13	widerlegt
48	-0.44	-0.55	-0.29	-0.47	0.17	widerlegt
49	-0.45	-0.64	-0.4	-0.57	0.09	bestätigt
50	0.4	0.7	0.48	0.61	0.06	bestätigt

Fortsetzung auf der nächsten Seite

HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 19 – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.46	-0.62	-0.38	-0.55	0.1	widerlegt
52	-0.46	-0.62	-0.38	-0.55	0.1	widerlegt
53	-0.36	0.64	0.4	0.33	0.35	widerlegt
54	0.42	0.61	0.35	0.52	0.13	widerlegt
55	0.66	0.63	0.53	0.7	0.02	bestätigt
56	-0.33	-0.71	-0.46	-0.59	0.08	bestätigt
57	0	0	0	0	1	widerlegt
58	-0.51	-0.57	-0.35	-0.53	0.11	widerlegt
59	-0.33	0.61	0.35	0.3	0.4	widerlegt
60	-0.77	-0.43	-0.28	-0.52	0.12	widerlegt
61	-0.43	-0.7	-0.47	-0.62	0.06	bestätigt
62	0.4	0.71	0.47	0.62	0.06	bestätigt
63	0.49	0.54	0.31	0.49	0.15	widerlegt
64	0.37	0.67	0.45	0.58	0.08	bestätigt
65	0.45	0.64	0.41	0.57	0.09	bestätigt
66	-0.47	-0.51	-0.27	-0.45	0.19	widerlegt
67	0.46	0.67	0.48	0.63	0.05	bestätigt
68	0.23	0.78	0.56	0.64	0.05	bestätigt
69	0.23	0.62	0.36	0.47	0.17	widerlegt
70	-0.36	-0.66	-0.41	-0.55	0.1	bestätigt
71	-0.58	-0.45	-0.22	-0.44	0.21	widerlegt
72	0.82	0.13	0.1	0.34	0.34	widerlegt
73	0.46	0.61	0.38	0.54	0.1	widerlegt
74	-0.2	-0.8	-0.7	-0.72	0.02	bestätigt
75						
76	-0.52	-0.55	-0.34	-0.52	0.12	widerlegt
77	-0.37	-0.67	-0.42	-0.56	0.09	bestätigt
78	-0.42	0.63	0.46	0.34	0.33	widerlegt
79						
80	0.3	0.78	0.56	0.66	0.04	bestätigt
81	0.48	0.63	0.41	0.58	0.08	bestätigt
82	0	0.96	0.82	0.79	0.01	bestätigt
83	-0.26	-0.74	-0.46	-0.57	0.08	bestätigt
84	0.63	0.38	0.21	0.42	0.23	widerlegt
85	-0.46	-0.61	-0.37	-0.54	0.11	widerlegt
86	0.43	0.56	0.3	0.47	0.17	widerlegt
87	-0.47	-0.61	-0.4	-0.56	0.09	bestätigt
88	0.44	0.69	0.47	0.62	0.06	bestätigt
89	-0.33	-0.71	-0.47	-0.6	0.07	bestätigt
90	0.19	0.42	0.17	0.28	0.43	widerlegt
91	0.52	0.53	0.3	0.49	0.15	widerlegt
92	0.59	0.51	0.31	0.51	0.13	widerlegt
93	-0.24	-0.47	-0.38	-0.44	0.2	widerlegt
94	0.48	0.34	0.05	0.27	0.45	widerlegt
95	0.46	0.63	0.4	0.57	0.09	bestätigt
96						
97	0.6	0.42	0.22	0.43	0.21	widerlegt
98	-0.12	-0.69	-0.43	-0.5	0.15	widerlegt
99	0.45	0.61	0.36	0.53	0.12	widerlegt
100	0	-0.89	-0.72	-0.7	0.02	bestätigt

Tabelle C.8: HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 20

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
1	-0.83	-0.9	-0.79	-0.89	0	bestätigt
2	-0.83	-0.88	-0.96	-0.95	0	bestätigt
3	-0.88	-0.77	-0.93	-0.94	0	bestätigt
4	0.83	0.89	0.94	0.95	0	bestätigt
5	-0.83	-0.92	-0.9	-0.94	0	bestätigt
6	0.86	0.91	0.88	0.94	0	bestätigt
7	0.58	0.76	0.91	0.8	0.01	bestätigt
8	-0.63	-0.86	-0.7	-0.76	0.01	bestätigt
9	-0.87	-0.9	-0.93	-0.96	0	bestätigt
10	-0.87	-0.84	-0.91	-0.94	0	bestätigt
11	0.8	0.87	0.89	0.92	0	bestätigt
12	-0.9	-0.89	-0.89	-0.96	0	bestätigt
13	-0.88	-0.73	-0.95	-0.93	0	bestätigt
14	-0.84	-0.91	-0.86	-0.93	0	bestätigt
15	-0.82	-0.91	-0.92	-0.94	0	bestätigt
16	0.88	0.81	0.95	0.95	0	bestätigt
17	0.43	0.25	0.59	0.48	0.16	widerlegt
18	0.81	0.92	0.86	0.92	0	bestätigt
19	0.56	0.69	0.71	0.69	0.03	bestätigt
20	-0.92	-0.87	-0.85	-0.95	0	bestätigt
21	-0.76	-0.88	-0.82	-0.87	0	bestätigt
22	-0.29	-0.74	-0.29	-0.42	0.22	widerlegt
23	0.87	0.9	0.93	0.96	0	bestätigt
24	-0.86	-0.91	-0.92	-0.96	0	bestätigt
25	-0.87	-0.92	-0.93	-0.97	0	bestätigt
26	0.85	0.88	0.95	0.96	0	bestätigt
27	-0.86	-0.85	-0.9	-0.94	0	bestätigt
28	0.84	0.93	0.92	0.96	0	bestätigt
29	-0.76	-0.53	-0.77	-0.76	0.01	bestätigt
30	0.89	0.88	0.93	0.97	0	bestätigt
31	0.78	0.92	0.86	0.91	0	bestätigt
32	0.8	0.92	0.91	0.93	0	bestätigt
33	0.7	0.89	0.79	0.84	0	bestätigt
34	-0.82	-0.79	-0.91	-0.91	0	bestätigt
35	0.87	0.9	0.92	0.96	0	bestätigt
36	0.83	0.92	0.92	0.95	0	bestätigt
37	-0.85	-0.91	-0.91	-0.95	0	bestätigt
38	-0.91	-0.86	-0.94	-0.97	0	bestätigt
39	-0.89	-0.87	-0.86	-0.94	0	bestätigt
40	-0.69	-0.76	-0.88	-0.84	0	bestätigt
41	0.85	0.9	0.88	0.94	0	bestätigt
42	-0.86	-0.91	-0.91	-0.96	0	bestätigt
43	-0.81	-0.9	-0.94	-0.95	0	bestätigt
44	-0.84	-0.92	-0.85	-0.93	0	bestätigt
45	-0.81	-0.9	-0.94	-0.95	0	bestätigt
46	0.86	0.93	0.9	0.96	0	bestätigt
47	-0.86	-0.85	-0.95	-0.96	0	bestätigt
48	-0.92	-0.84	-0.95	-0.98	0	bestätigt
49	-0.38	-0.78	-0.31	-0.48	0.16	widerlegt
50	0.87	0.86	0.82	0.91	0	bestätigt

Fortsetzung auf der nächsten Seite

HUSS-PQS Pearson Korrelation für Patient 20 – Fortsetzung

PQS Item	B	K	S	HUSS total	P-Wert	Signifikanztest
51	-0.83	-0.91	-0.93	-0.95	0	bestätigt
52	-0.85	-0.91	-0.91	-0.95	0	bestätigt
53	0.9	0.82	0.95	0.96	0	bestätigt
54	0.89	0.89	0.8	0.92	0	bestätigt
55	-0.84	-0.58	-0.93	-0.87	0	bestätigt
56	-0.85	-0.92	-0.91	-0.96	0	bestätigt
57	0.38	0.64	0.53	0.53	0.11	widerlegt
58	-0.85	-0.91	-0.91	-0.95	0	bestätigt
59	0.86	0.83	0.95	0.95	0	bestätigt
60	0.6	0.27	0.61	0.57	0.09	bestätigt
61	-0.69	-0.85	-0.65	-0.77	0.01	bestätigt
62	0.85	0.92	0.93	0.96	0	bestätigt
63	0.87	0.9	0.89	0.95	0	bestätigt
64	0.77	0.92	0.89	0.91	0	bestätigt
65	0.82	0.94	0.89	0.94	0	bestätigt
66	-0.85	-0.9	-0.94	-0.96	0	bestätigt
67	0.83	0.92	0.92	0.95	0	bestätigt
68	0.81	0.87	0.89	0.92	0	bestätigt
69	0.9	0.9	0.91	0.97	0	bestätigt
70	-0.78	-0.92	-0.86	-0.91	0	bestätigt
71	0.87	0.85	0.95	0.96	0	bestätigt
72	0.74	0.55	0.66	0.71	0.02	bestätigt
73	0.56	0.87	0.54	0.67	0.03	bestätigt
74	-0.64	-0.78	-0.91	-0.83	0	bestätigt
75	0.91	0.78	0.98	0.97	0	bestätigt
76	-0.85	-0.89	-0.92	-0.95	0	bestätigt
77	-0.85	-0.92	-0.92	-0.96	0	bestätigt
78	0.69	0.37	0.72	0.67	0.03	bestätigt
79	-0.21	-0.58	-0.27	-0.34	0.34	widerlegt
80	0.87	0.92	0.88	0.95	0	bestätigt
81	0.86	0.89	0.9	0.95	0	bestätigt
82	-0.8	-0.78	-0.89	-0.89	0	bestätigt
83	-0.78	-0.27	-0.47	-0.58	0.08	bestätigt
84	-0.85	-0.91	-0.92	-0.96	0	bestätigt
85	-0.82	-0.92	-0.88	-0.93	0	bestätigt
86	0.79	0.9	0.86	0.91	0	bestätigt
87	-0.91	-0.67	-0.78	-0.87	0	bestätigt
88	0.84	0.93	0.88	0.94	0	bestätigt
89	-0.85	-0.9	-0.93	-0.96	0	bestätigt
90	0.5	0.75	0.75	0.7	0.02	bestätigt
91	0.81	0.88	0.77	0.87	0	bestätigt
92	0.83	0.93	0.86	0.93	0	bestätigt
93	-0.56	-0.76	-0.87	-0.78	0.01	bestätigt
94	0.83	0.87	0.94	0.94	0	bestätigt
95	-0.26	-0.21	-0.65	-0.43	0.22	widerlegt
96	0.86	0.87	0.88	0.93	0	bestätigt
97	0.87	0.9	0.88	0.94	0	bestätigt
98	0.91	0.85	0.95	0.98	0	bestätigt
99	0.91	0.87	0.94	0.98	0	bestätigt
100	0.87	0.87	0.91	0.95	0	bestätigt

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projektive
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AP	Analytische Psychotherapie
APA	American Psychological Association
APES	Assimilation of Problematic Experience Scale
APS	Analytic Process Scales
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BQS	Beziehungs Q-Set
CAMP	Collaborative Analytic Multicentre Programm
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CCRT	Core Conflictual Relationship Theme
CMP	Cyclic Maladaptive Pattern
CMT	Control Mastery Theory
CPPS	Comparative Psychotherapy Process Scale
DPV	Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBM	Evidence-Based Medicine
FRAMES	Fundamental Repetitive and Maladaptive Emotion Structures
GSI	Global Severity Index
HUSS	Heidelberger Umstrukturierungsskala

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
IIP	Inventar Interpersonel Problems
IPT	Interpersonal Therapy
IPV	Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung
KAPP	Karolinska Psychodynamic Profile
LEA	Levels of Emotional Awareness
LEAS	Levels of Emotional Awareness Scales
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität
MBT	Mentalization Based Treatment
MBWP	Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt
MMR	Mixed Methods Research
NIMH TDCRP	National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
PAL	Praxisstudie analytischer Langzeittherapien
PDT	Psychodynamic Therapy
PQS	Psychotherapie Prozess Q-Set
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RCT	Randomized Controlled Trial
SAS	Social Adjustment Scale
SASB	Structural Analysis of Social Behavior
SCL-90	Symptom-Check-List-90
SCL-90-R	Symptom-Check-List-90-R
SOCS	Sense of Coherence Scale
SPC	Scales of Psychological Capacities
SPK	Skalen Psychischer Kompetenzen
SRF	Self Reflective Function
STIPO	Strukturiertes Interview zur Persönlichkeitsorganisation

STOPPP	Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Projekt
TAS	Text Analysis System
TFP	Transference Focused Psychotherapy
TP	Tiefenpsychologische Psychotherapie
VT	Verhaltenstherapie
ZBKT	Zentrales Beziehungskonflikt Thema

Literaturverzeichnis

- [Ablon 2005a] ABLON, J. S.: On Analytic Process. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53 (2005), S. 540–568
- [Ablon u. Jones 1998] ABLON, J. S. ; JONES, E. E.: How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapy. In: *Psychotherapy Research* 8 (1998), S. 71–83
- [Ablon u. Jones 1999] ABLON, J. S. ; JONES, E. E.: Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67 (1999), S. 64–75
- [Ablon u. Jones 2002] ABLON, J. S. ; JONES, E. E.: Validity of Controlled Clinical Trials of Psychotherapy: Findings From the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In: *American Journal of Psychiatry* 159 (2002), S. 775–783
- [Ablon u. a. 2006] ABLON, J. S. ; LEVY, R. A. ; KATZENSTEIN, T.: Beyond Brand Names of Psychotherapy: Indentifying Empirically Supported Change Processes. In: *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 43 (2006), S. 216–231
- [Ablon u. a. 2011] ABLON, J. S. ; LEVY, R. A. ; SMITH-HANSEN, L.: The Contributions of the Psychotherapy Process Q-Set to Psychotherapy Research. In: *Research in Psychotherapy* 14 (2011), S. 14–48
- [Ablon 2005b] ABLON, S. J.: Reply to Blatt and Fonagy. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53 (2005), S. 591–594
- [Albani u. a. 2008] ALBANI, C. ; ABLON, J. S. ; LEVY, R. A. ; MERTENS, W. ; KACHELE, H.: *Der Psychotherapie Prozess-Q-Set von Enrico E. Jones: Deutsche Version (PQS-R-D) und Anwendungen*. Ulm : Ulmer Textbank, 2008
- [Albani u. a. 2001] ALBANI, C. ; BLASER, G. ; JONES, E. E. ; THOMÄ, H. ; KÄCHELE, H.: Amalia X im Lichte des „Psychotherapie-Prozess-Q-Sort“ von E. Jones. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 215–223

- [Baranger u. a. 2008] BARANGER, M. ; ; BARANGER, W.: The Analytic Situation as a Dynamic Field. In: *International Journal of Psychoanalysis* 89 (2008(1961/1962)), S. 795–826
- [Bateman u. Fonagy 2008] BATEMAN, A. W. ; FONAGY, P.: *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2008
- [Benecke u. a. 2009] BENECKE, C. ; KOSCHIER, A. ; PEHAM, D. ; BOCK, A. ; DAHLBENDER, R. ; BIEBL, W. ; DOERING, S.: Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität der OPD-2-Strukturachse. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 55 (2009), S. 84–96
- [Benecke u. a. 2011] BENECKE, C. ; TSCHIESNER, R. ; BOOTHE, B. ; FROMMER, J. ; HUBER, D. ; KRAUSE, R. ; STAATS, H.: Die DPG-Praxis-Studie - Vorstellung des Studiendesigns zur Untersuchung von Langzeiteffekten psychoanalytisch begründeter Psychotherapien. In: *Forum der Psychoanalyse* 27 (2011), S. 203–218
- [Blatt 2005] BLATT, S. J.: Commentary on Ablon and Jones. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53 (2005), S. 569–578
- [Bräutigam u. a. 2003] BRÄUTIGAM, W. ; SENF, W. ; KORDY, H.: Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamneseprojekts. In: LANG, H. (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Würzburg : Verlag Königshausen & Neumann GmbH, 2003, S. 189–209
- [Brockmann u. a. 2006] BROCKMANN, J. ; SCHLÜTER, T. ; ECKERT, J.: Langzeitwirkungen psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Langzeitpsychotherapien - Ein vergleichender Studie aus der Praxis niedergelassener Psychotherapeuten. In: *Psychotherapeut* 51 (2006), S. 15–25
- [Bucci 2005] BUCCI, W.: Process research. In: PERSON, E. S. (Hrsg.) ; COOPER, A. M. (Hrsg.) ; GABBARD, G.O. (Hrsg.): *Textbook of psychoanalysis*. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc., 2005, S. 317–333
- [Bucci 2007] BUCCI, W.: Four Domains of Experience in the Therapeutic Discourse. In: *Psychoanalytic Inquiry* 27 (2007), S. 617–639
- [Buchholz 2009] BUCHHOLZ, Michael B.: *Psycho-News IV*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2009
- [Bürgin 2001] BÜRGIN, D.: Psychoanalytische Langzeitbehandlungen – Eine Herausforderung für die klinische und empirische Forschung. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2001, S. 425–433

- [Caligor u. a. 2010] CALIGOR, E. ; KERNBERG, O. F. ; CLARKIN, J. F.: *Übertragungsfokussierte Psychotherapie bei neurotischer Persönlichkeitsstruktur*. Stuttgart : Schattauer, 2010
- [Castonguay u. a. 1996] CASTONGUAY, L. G. ; GOLDFRIED, M. R. ; WISER, S. ; RAUE, P. J. ; HAYES, A. M.: Predicting the Effect of Cognitive Therapy for Depression: A study of Unique and Common Factors. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (1996), S. 497–504
- [Cierpka u. a. 2001] CIERPKA, M. ; GRANDE, T. ; STASCH, M. ; OBERBRACHT, C. ; SCHEIDER, W. ; SCHÜSSLER, G. ; HEUFT, G. ; DAHLBENDER, R. ; SCHAUBENBURG, H. ; SCHNEIDER, G.: Zur Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). In: *Psychotherapeut* 46 (2001), S. 122–133
- [Clarkin u. a. 2008] CLARKIN, J. F. ; YEOMANS, F. E. ; KERNBERG, O. F.: *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart : Schattauer, 2008
- [Clarkin u. a. 2006] CLARKIN, J. F. ; YEOMANS, F. E. ; KERNBERG, O. F.: *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2006
- [Cooper 1999] COOPER, A. M.: Psychoanalytic technique - diversity or chaos? Commentary on paper by Lewis Aron. In: *Psychoanalytic Dialogues* 9 (1999), S. 31–39
- [Cremerius 2003] CREMERIUS, J.: Wodurch wirkt Psychotherapie? In: LANG, H. (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Würzburg : Verlag Königshausen & Neumann GmbH, 2003, S. 15–24
- [DPV 2010] DPV: *Was ist Psychoanalyse?* Internet, April 2010. – Available at <http://www.dpv-psa.de/weitere-informationen/informationen-fuer-patienten/was-ist-psychoanalyse>, Zugriff am 19.04.2010
- [Dreher 2001] DREHER, A. U.: Welche Ziele verfolgen Psychoanalytiker? In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 93–105
- [Dreyer 2006] DREYER, K.-A.: Niederfrequente Psychoanalyse. Die Behandlung einer thrombotisch thrombozytopenischen Purpura. In: *Psyche* 60 (2006), S. 1077–1104
- [Dührssen u. Jorswieck 1965] DÜHRSEN, A. ; JORSWIECK, E.: Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. In: *Nervenarzt* 36 (1965), S. 166–169
- [Eagle u. Wolitzky 2011] EAGLE, M. N. ; WOLITZKY, D. L.: Systematic Empirical Research Versus Clinical Case Studies: A Valid Antagonism? In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 59 (2011), S. 791–818

- [Eckert 2004] ECKERT, J.: Zur Wirksamkeit von Gesprächspsychotherapie. In: *Forum der Psychoanalyse* 20 (2004), S. 244–247
- [Ehlers u. Holder 2009] EHLERS, W. ; HOLDER, A.: *Psychoanalytische Verfahren*. Stuttgart : Klett-Cotta, 2009
- [Enke u. Czogalik 1992] ENKE, H. ; CZOGALIK, D.: Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: HEIGEL-EVERS, A. (Hrsg.) ; HEIGL, F. (Hrsg.) ; OTT, J. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart : G. Fischer, 1992, S. 507–520
- [Ermann 2011] ERMANN, M.: Intersubjektivität und psychoanalytische Identität. In: *Forum der Psychoanalyse* 27 (2011), S. 165–171
- [Fäh 2006] FÄH, M.: Der „Grawe-Effekt“: Von der Polemik zum Katalysator von positiven Entwicklungen im Psychotherapiefeld. In: *Psychotherapie Forum* 14 (2006), S. 42–46
- [Falkentröm u. a. 2007] FALKENTRÖM, F. ; GRANT, J. ; BROBERG, J. ; SANDELL, R.: Self-Analysis and Post-Termination Improvement After Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapie. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 55 (2007), S. 629–674
- [Ferro 2003] FERRO, A.: *Das bipersonale Feld*. Gießen : Psychosozial Verlag, 2003
- [Fonagy 2005] FONAGY, P.: In Praise of Symplicity: Commentary on Ablon and Jones. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53 (2005), S. 579–589
- [Fonagy u. Target 2001] FONAGY, P. ; TARGET, M.: Die Ergebnisse von Psychoanalysen - Die Arbeit des Anna Freud Centre. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2001, S. 71–92
- [Fonagy u. Target 2002] FONAGY, P. ; TARGET, M.: Neubewertung der Entwicklung der Affektregulation vor dem Hintergrund von Winnicotts Konzept des falschen Selbst. In: *Psyche* 56 (2002), S. 839–862
- [Franke 2002] FRANKE, G. H.: Die Symptom-Checklist von Derogatis - Deutsche Version. In: BÄHLER, E. (Hrsg.) ; SCHUMACHER, J. (Hrsg.) ; STRAUSS, B. (Hrsg.): *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Göttingen : Hogrefe, 2002, S. 299–303
- [Freud 1895] FREUD, S.: Studien über Hysterie. In: *Gesammelte Werke, Band I*. Fischer, 1895, S. 252–312
- [Freud 1910] FREUD, S.: Über Psychoanalyse. In: *Gesammelte Werke, Band VIII*. Fischer, 1910, S. 1–60
- [Freud 1912a] FREUD, S.: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: *Gesammelte Werke, Band VIII*. Fischer, 1912, S. 376–387

- [Freud 1912b] FREUD, S.: Zur Dynamik der Übertragung. In: *Gesammelte Werke, Band VIII*. Fischer, 1912, S. 364–374
- [Freud 1914] FREUD, S.: Zur Geschichte der psychoanalytischen Bewegung. In: *Gesammelte Werke, Band X*. Fischer, 1914, S. 43–113
- [Freud 1923] FREUD, S.: Psychoanalyse und Libidotheorie. In: *Gesammelte Werke, Band XIII*. Fischer, 1923, S. 211–233
- [Freud 1930] FREUD, S.: Das Unbehagen in der Kultur. In: *Gesammelte Werke, Band XIV*. Fischer, 1930, S. 421–506
- [Freud 1933] FREUD, S.: Neue Folgen der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: *Gesammelte Werke, Band XV*. Fischer, 1933, S. 1–197
- [Grawe u. a. 1994] GRAWE, K. ; DONATI, R. ; BERNAUER, F.: *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Göttingen : Hofgreffe, 1994
- [Guntrip 1975] GUNTRIP, H.: My Experience of Analysis with Fairbairn and Winnicott - How Complete A Result Does Psychoanalytic Therapy Achieve? In: *The International Review of Psycho-Analysis* 2 (1975), S. 145–156
- [Hartkamp 1997] HARTKAMP, Norbert: *Psychoanalytische Therapie: Ergebnisse und Prozesse. Was wir wissen, wonach müssen wir fragen?* Internet, 1997. – Available at (Zugriff am 01.03.2012): <http://www.ta7.de/txt/biologie/biol0015.htm>
- [Hauzinger 2006] HAUZINGER, M.: Psychotherapieforschung. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2006, S. 61–70
- [Heckrath u. Dohmen 1998] HECKRATH, C. ; DOHMEN, P.: Hystory repeats itself - Auch in der Psychotherapieforschung? In: V. TSCHUSCHKE, C. H. (Hrsg.) ; TRESS, W. (Hrsg.): *Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernbauer*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 1998
- [Hill u. Knox 2009] HILL, C. L. ; KNOX, S.: Processing the therapeutic relationship. In: *Psychotherapy Research* 19 (2009), S. 13–29
- [Hoffman 2009] HOFFMAN, I. Z.: Doublethinking Our Way to "Scientific" Legitimacy: The Desiccation Of Human Experience. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 57 (2009), S. 1043–1069
- [Horowitz u. a. 2001] HOROWITZ, L. M. ; STRAUSS, B. ; KORDY, H.: *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D) - Handanweisung (2. Auflage)*. Weinheim : Beltz Test Gesellschaft, 2001

- [Huber u. a. 2004] HUBER, D. ; BRANDL, T. ; KLUG, G.: The Scales of Psychological Capacities: Measuring Beyond Symptoms. In: *Psychotherapy Research* 14 (2004), S. 89–106
- [Huber u. a. 2001] HUBER, D. ; KLUG, G. ; RAD, M. von: Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 260–270
- [Hümmeler 2009] HÜMMELE, V.: *Strukturelle Veränderungen Psychodynamischer Therapiepfoki in Langzeittherapien*, Ludwig-MAXimilians-Universität München, Diss., 2009. – Available at http://edoc.ub.uni-muenchen.de/10269/1/Huemmeler_Verena.pdf
- [Jaenicke 2010] JAENICKE, C.: *Veränderungen in der Psychoanalyse - Selbstreflexionen des Analytikers in der therapeutischen Beziehung*. Stuttgart : Klett-Cotta, 2010
- [Jakobsen u. a. 2007] JAKOBSEN, T. ; KNAUSS, C. ; AGARWALLA, P. ; SCHNEIDER, R. ; HUNZIKER, H. ; KÜCHENHOFF, J.: Eine Komparative Kasuistik auf der Grundlage quantitativer Ergebnismessungen und qualitativer Prozessbeschreibungen als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. In: *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 9 (2007), S. 119–142
- [Jakobsen u. a. 2008] JAKOBSEN, T. ; RUDOLF, G. ; OBERBRACHT, C. ; LANGER, M. ; KELLER, W. ; DILG, R. ; STEHLE, S. ; LEICHSENRING, F. ; GRANDE, T.: Depression, Angst und Persönlichkeitsstörungen in der PAL-Studie - Verbesserungen in der Symptomatik und in interpersonellen Beziehungen. In: *Forum der Psychoanalyse* 24 (2008), S. 47–62
- [Jones 2001] JONES, E. E.: Interaktion und Veränderung in Langzeittherapien. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 224–37
- [Jones u. a. 1988] JONES, E. E. ; CUMMING, J. D. ; HOROWITZ, M. J.: Another Look at the Nonspecific Hypothesis of Therapeutic Effectiveness. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (1988), S. 48–55
- [Jones u. a. 1992] JONES, E. E. ; PARKE, L. A. ; PULOS, S. M.: How Therapy is Conducted in the Private Consulting Room: A Multivariate Description of Brief Dynamic Treatments. In: *Psychotherapy Research* 2 (1992), S. 16–30
- [Jones u. Pulos 1993] JONES, E. E. ; PULOS, S. M.: How Therapy is Conducted in the Private Consulting Room: A Multivariate Description of Brief Dynamic Treatments. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61 (1993), S. 306–316

- [Jones u. Windholz 1990] JONES, E. E. ; WINDHOLZ, M.: The Psychoanalytic Case Study: Toward a Method for Systematic Inquiry. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 38 (1990), S. 985–1015
- [Kernberg 2001] KERNBERG, O.: Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 61–70
- [Klöpper 2005] KLÖPPER, M.: Die Bedeutung der Säuglingsforschung, Bindungstheorie und Neurowissenschaften für den psychoanalytischen Prozess. In: *Forum der Psychoanalyse* 21 (2005), S. 184–200
- [Körner 1989] KÖRNER, J.: Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! In: *Forum der Psychoanalyse* 5 (1989), S. 209–223
- [Kriz 2004] KRIZ, J.: Methodologische Aspekte von „Wissenschaftlichkeit“ in der Psychotherapieforschung. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* (2004), S. 6–31
- [Kuhr u. Vogel 2009] KUHR, A. ; VOGEL, H.: Verfahrenorientierung im Psychotherapeutengesetz - Ist die Zeit reif für eine integrative psychotherapeutische Ausbildung? In: *Psychotherapeutenjournal* 4 (2009), S. 373–376
- [Lademann u. a. 2006] LADEMANN, J. ; MEERTESACKER, H. ; GEBHARDT, B.: Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. In: *Psychotherapeutenjournal* 2 (2006), S. 123–129
- [Lambert 1992] LAMBERT, M. J.: Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: NORCROSS, J. C. (Hrsg.) ; GOLDFRIED, M. R. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy integration*. New York : Wiley, 1992, S. 94–129
- [Lammers u. Schneider 2009] LAMMERS, C.-H. ; SCHNEIDER, W.: Die therapeutische Beziehung - Verfahrensübergreifende Aspekte. In: *Psychotherapeut* 54 (2009), S. 469–485
- [Lang 2003] LANG, H.: Beziehung und Gespräch als psychotherapeutische Wirkfaktoren. In: LANG, H. (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Würzburg : Verlag Königshausen und Neumann GmbH, 2003, S. 36–48
- [Laplanche u. Pontalis 1973] LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J. B.: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt am Main : Suhrkamp, 1973
- [Leichsenring u. a. 2008] LEICHSENRING, F. ; KREISCHE, R. ; BISKUP, J. ; STAATS, H. ; RUDOLF, G. ; JAKOBEN, T.: Die Göttinger Psychotherapiestudie - Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Persönlichkeitsstörungen. In: *Forum der Psychoanalyse* 24 (2008), S. 193–204

- [Leichsenring u. Rabung 2008] LEICHSENRING, F. ; RABUNG, S.: Effectiveness of Long-term Psychodynamic Psychotherapy - A Meta-Analysis. In: *Journal of the American Medical Association* 300 (2008), Nr. 13, S. 1551–1565
- [Leuzinger-Bohleber u. a. 2002] LEUZINGER-BOHLEBER, M. ; RÜGER, B. ; STUHR, U. ; BEUTEL, M. E.: *”Forschen und Heilen” in der Psychoanalyse. Ergebnisse aus Forschung und Praxis*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2002
- [Lohmer 2005] LOHMER, M.: *Borderline-Therapie - Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Setting*. Stuttgart : Schattauer, 2005
- [Luborsky 1999] LUBORSKY, L.: *Einführung in die analytische Psychotherapie - Ein Lehrbuch*. Göttingen : vandenhoeck & Ruprecht, 1999
- [de Maat u. a. 2009] MAAT, S. de ; JONGHE, F. de ; SCHOVERS, R. ; DEKKER, J.: The Effectiveness of Long-term Psychoanalytic Psychotherapy - A Metaanalysis. In: *American Journal of Psychiatry* 164 (2009), S. 936–941
- [Margraf 2009] MARGRAF, J.: *Kosten und Nutzen der Psychotherapie - Eine kritische Literaturlauswertung*. Heidelberg : Springer, 2009
- [Mertens 1991] MERTENS, W.: *Einführung in die psychoanalytische Therapie, Bd 3*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 1991
- [Mertens 2004] MERTENS, W.: Plädoyer für eine theorie,- modell- und methodenplurare psychoanalytische Forschung - wider einen unfruchtbaren Dogmatismus theoretischer und methodischer Art. In: *Psychother. Soz.* 6 (2004), S. 48–66
- [Meyer 2003] MEYER, A.-E.: Wodurch wirkt Psychotherapie? In: LANG, H. (Hrsg.): *Wirkfaktoren der Psychotherapie*. Würzburg : Verlag Königshausen & Neumann GmbH, 2003, S. 179–188
- [Müller-Pozzi 2009] MÜLLER-POZZI, H.: *Psychoanalytisches Denken*. Bern : Verlag Hans Huber, 2009
- [Nissen 2009] NISSEN, B.: Zur Bestimmung der Möglichkeiten klinisch-psychoanalytischer Forschung. Ein Beitrag zur Forschungsdiskussion. In: *PSYCHE* 63 (2009), S. 367–383
- [Nissen 2010] NISSEN, B.: Plädoyer für eine wissenschaftliche Psychoanalyse. Eine wissenschaftstheoretische Bestimmung. In: *PSYCHE* 64 (2010), S. 602–623
- [OPD 2004] OPD, Arbeitskreis: *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-1 - Grundlagen und Manual*. Bern : Verlag Hans Verlag, 2004
- [OPD 2006] OPD, Arbeitskreis: *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2 - Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Bern : Verlag Hans Verlag, 2006

- [Orlinsky 1994] ORLINSKY, D. E.: Learning from many masters - Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. In: *Psychotherapeut* 39 (1994), S. 2–9
- [Orlinsky u. a. 1994] ORLINSKY, D. E. ; GRAWE, K. ; PARKS, B. K.: Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In: GARFIELD, S. L. (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York : John Wiley & Sons, 1994
- [Pfammatter u. Tschacher 2012] PFAMMATTER, M. ; TSCHACHER, W.: Wirkfaktoren der Psychotherapie - Übersicht und Standortbestimmung. In: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 60 (2012), S. 67–76
- [Pfeffer 1963] PFEFFER, A. Z.: The meaning of the analyst after analysis: A contribution to the theory of therapeutic results. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 11 (1963), S. 229–244
- [Poscheschnik 2009] POSCHESCHNIK, Gerald: Empirische Forschung in der Psychoanalyse - Vorbehalte und Vorteile. In: *PSYCHE* 63 (2009), S. 333–366
- [Rudolf 2006] RUDOLF, G.: *Strukturbezogene Psychotherapie - Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart : Schattauer, 2006
- [Rudolf 2007a] RUDOLF, G.: Strukturbezogene Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: DAMMANN, G. (Hrsg.) ; JANSSEN, P. L. (Hrsg.): *Psychotherapie der Borderline-Störungen*. Stuttgart : Georg Thieme Verlag KG, 2007, S. 89–98
- [Rudolf 2007b] RUDOLF, G.: Strukturbezogene Psychotherapie: Klinisch-therapeutisch und entwicklungspsychologische Grundlagen. In: *Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie* 134 (2007), S. 223–239
- [Rudolf u. Grande 2006] RUDOLF, G. ; GRANDE, T.: Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie - Ein OPD-basierter Leitfaden. In: *Psychotherapeut* 51 (2006), S. 276–289
- [Rudolf u. a. 2001] RUDOLF, G. ; GRANDE, T. ; DILG, R. ; JAKOBSEN, T. ; KELLER, W. ; OBERBRACHT, C. ; PAULI-MARNUS, C. ; STEHLE, S. ; WILKE, S.: Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen - Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 238–259
- [Rudolf u. a. 2002] RUDOLF, G. ; GRANDE, T. ; HENNINGSEN, P.: *Die Struktur der Persönlichkeit - Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts*. Stuttgart : Schattauer, 2002

- [Rudolf u. a. 2000] RUDOLF, G. ; GRANDE, T. ; OBERBRACHT, C.: Die Hedelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. In: *Psychotherapeut* 45 (2000), S. 237–246
- [Rudolf u. a. 2012] RUDOLF, G. ; JAKOBSEN, T. ; KELLER, W. ; KRAWIETZ, B. ; LANGER, M. ; OBERBRACHT, C. ; STEHLE, S. ; STENNES, M. ; GRANDE, T.: Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie - Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. In: *Journal of the American Medical Association* 58 (2012), S. 55–66
- [Rüger 2008] RÜGER, U.: Strukturelle Störung. In: MERTENS w. (Hrsg.) ; WALDVOGEL, B. (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart : Kohlhammer, 2008, S. 716–721
- [Sachs u. Hedderich 2006] SACHS, L. ; HEDDERICH, J.: *Angewandte Statistik*. Berlin, Heidelberg, New York : Springer-Verlag, 2006
- [Sandell 2001] SANDELL, R.: Multimodale Analyse von temporären Interaktionen in der Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeit-Psychotherapien. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit-Psychotherapien - Perspektiven für Therapeuten Und Wissenschaft*. Stuttgart : W. Kohlhammer, 2001, S. 203–214
- [Sandell 2012] SANDELL, R.: Über den Wert des doppelten Blicks. In: *Forum der Psychoanalyse* 28 (2012), S. 165–178
- [Sandell u. a. 2000] SANDELL, R. ; BLOMBERG, J. ; LAZAR, A. ; CARLSSON, J. ; BROBERG, J. ; SCHUBERT, J.: Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: A review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). In: *The International Journal of Psychoanalysis* 81 (2000), S. 921–942
- [Sandell 2007] SANDELL, Rolf: Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. In: A. SPRINGER, K. M. (Hrsg.) ; MUNZ, D. (Hrsg.): *Psychoanalyse heute?! Gießen : Psychosozial-Verlag, 2007, S. 461–481*
- [Sandler 2007] SANDLER, Anne-Marie: Psychoanalyse in Deutschland heute und morgen. In: A. SPRINGER, K. M. (Hrsg.) ; MUNZ, D. (Hrsg.): *Psychoanalyse heute?! Gießen : Psychosozial-Verlag, 2007, S. 49–62*
- [Schachter 2006] SCHACHTER, J.: Ist die zeitgenössische Psychoanalyse in den USA noch eine Profession? Plädoyer für mehr psychoanalytische Forschung. In: *PSYCHE* 60 (2006), S. 455–385
- [Schaumburg u. a. 1974] SCHAUMBURG, C. ; KÄCHELE, H. ; THOMÄ, H.: Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. In: *PSYCHE* 28 (1974), S. 353–374

- [Schüßler 2008] SCHÜSSLER, Gerhard: Konflikt. In: MERTENS, W. (Hrsg.): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart : Kohlhammer, 2008, S. 400–403
- [Seligman 1997] SELIGMAN, M. E. P.: Die Effektivität von Psychotherapie. Die Consumer Reports-Studie. In: *Integrative Therapie* 22 (1997), S. 264–288
- [Seybert u. a. 2011] SEYBERT, C. ; DESMET, M. ; ERHARDT, I. ; HÖRZ, S. ; MERTENS, W. ; ABLON, S. ; LEVY, R. ; KÄCHELE, H.: Therapists techniques in psychoanalysis and short-term and long-term psychoanalytic therapy: Are they different? In: *Journal of the Psychoanalytic Association* 59 (2011), S. 592–602
- [Siefert u. a. 2009] SIEFERT, C. J. ; DEFIFE, J. A. ; BAITY, M. R.: Process Measures for Psychodynamic Psychotherapy. In: LEVY, R. A. (Hrsg.) ; ABLON, J. S. (Hrsg.): *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York : Human Press, 2009, S. 157–178
- [Sirigatti 2004] SIRIGATTI, S.: Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort. In: *Brief Strategic and Systematic Therapy European Review* (2004), Nr. 1, S. 194–207
- [Stepansky 2009] STEPANSKY, P.E.: *Psychoanalysis at The Margins*. New York : Other Press, 2009
- [Streeck u. Leichsenring 2011] STREECK, U. ; LEICHSENRING, F.: *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie - Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schwerer Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen : Vandenhoeck & Ruprecht, 2011
- [Stuhr 2007] STUHR, U.: Die Bedeutung der Fallgeschichte für die Entwicklung der Psychoanalyse und heutige Schlußfolgerungen. In: *PSYCHE* 61 (2007), S. 943–965
- [Subic-Wrana u. a. 2011] SUBIC-WRANA, C. ; BEUTEL, M. E. ; GRAFIELD, D. A. S. ; LANE, R. D.: Levels of Emotional Awareness: a model for conceptualizing and measuring emotion-centered structural change. In: *The International Journal of Psychoanalysis*. 2011, S. 289–310
- [Szecsödy u. a. 1997] SZECSÖDY, I. ; VARVIN, S. ; AMADEI, G. ; STOKER, J. ; BEENEN, F. ; KLOCKARS, L.: The European Multi-Site Collaborative Study of Psychoanalysis (Sweden, Finland, Norway, Holland and Italy). (1997), Nr. August
- [Teicholz 2007] TEICHOLZ, J. G.: Eine unerwartete Annäherung - Postmoderne Theorie, Säuglingsforschung und das psychoanalytische Unbewusste. Selbstpsychologie. In: *Europäische Zeitschrift für Psychoanalytische Therapie und Forschung* 8 (2007), Nr. 29/30, S. 263–285
- [Thobaben u. Soldt 2007] THOBABEN, A. ; SOLDT, P.: Charakterpathologie - Persönlichkeitsorganisationen - Strukturniveaus (Psychodynamische Modelle der Strukturpathologie im Vergleich). In: *Forum der Psychoanalyse* 23 (2007), S. 330–342

- [Thomä 1993] THOMÄ, H.: Training Analysis and Psychoanalytic Education: Proposals for Reform. In: *Annual of Psychoanalysis* 21 (1993), S. 3–75
- [Thomä u. Kächele 2006] THOMÄ, H. ; KÄCHELE, H.: *Psychoanalytische Therapie, Band 3: Forschung*. Fischer, 2006
- [Thomä u. Kächele 2007] THOMÄ, H. ; KÄCHELE, H.: Comparative Psychoanalysis on the Basis of a New Form of Treatment Report. In: *Psychoanalytic Inquiry* 27 (2007), S. 650–689
- [Tillman u. a. 2011] TILLMAN, J. G. ; CLEMENCE, A. J. ; STEVENS, J. L.: Mixed Methods Research Design for Pragmatic Psychoanalytic Studies. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 59 (2011), S. 1023–1040
- [Tschuschke u. a. 2009] TSCHUSCHKE, V. ; CRAMERI, A. ; KOEMEDA, M. ; SCHULTHESS, P. ; WYL, A. von ; WEBER, R.: Psychotherapieforschung - Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). In: *Psychotherapie Forum* 17 (2009), S. 160–176
- [Tuckett 1994] TUCKETT, D.: The Conceptualisation and Communication of Clinical Facts in Psychoanalysis – Foreword. In: *International Journal of Psychoanalysis* 75 (1994), S. 865–870
- [Wallerstein 1989] WALLERSTEIN, R. S.: The psychotherapy research projekt of the Menninger Foundation: An overview. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57 (1989), S. 195–205
- [Wallerstein 2001a] WALLERSTEIN, R. S.: Die Generationen der Psychotherapieforschung - Ein Überblick. In: STUHR, U. (Hrsg.) ; LEUZINGER-BOHLEBER, M. (Hrsg.) ; BEUTEL, M. E. (Hrsg.): *Langzeit Psychotherapie - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart : Verlag W. Kohlhammer GmbH, 2001, S. 38–60
- [Wallerstein 2001b] WALLERSTEIN, R. S.: Psychoanalytic Therapy Research: Its History, Its Present Status and Its Projected Future. In: *Journal of the American Psychoanalytic Association* 39 (2001), S. 425–445
- [Weber u. a. 1985a] WEBER, J. J. ; BACHRACH, H. M. ; SOLOMON, M.: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (I). Characteristic of psychoanalytic clinic patients. In: *International Review of Psycho-Analysis* 12 (1985), S. 13–26
- [Weber u. a. 1985b] WEBER, J. J. ; BACHRACH, H. M. ; SOLOMON, M.: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). Factors associated with the outcome of psychoanalysis. In: *International Review of Psycho-Analysis* 12 (1985), S. 127–141
- [Weber u. a. 1985c] WEBER, J. J. ; BACHRACH, H. M. ; SOLOMON, M.: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (III). Factors associated with the

outcome of psychoanalysis. In: *International Review of Psycho-Analysis* 12 (1985), S. 251–262

[Wöller u. Kruse 2010] WÖLLER ; KRUSE: *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Schattauer, 2010

[Zepf 2005] ZEPF, Siegfried: Die empirische Beforschung der psychoanalytischen Therapie - Einige epistemologische und methodologische Anmerkungen. In: POSCHESCHNIK, Gerald (Hrsg.): *Empirische Forschung in der Psychoanalyse*. Gießen : Psychosozial-Verlag, 2005, S. 77–110

[Zimmermann u. a. 2010] ZIMMERMANN, J. ; EHRENTAL, J. C. ; HÖRZ, S. ; RENTROP, M. ; ROST, R. ; SCHAUENBURG, H. ; SCHNEIDER, W. ; WAAGE, M. ; CIERPKA, M.: Neue Validierungsstudien zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). In: *Psychotherapeut* 55 (2010), S. 69–73