

Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie: Welche PatientInnen nehmen psychoanalytische Psychotherapien in Anspruch?¹

■ P. Agarwalla, C. Knauss, H. Hunziker, R. Schneider, J. Küchenhoff

Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel

Summary

Agarwalla P, Knauss C, Hunziker H, Schneider R, Küchenhoff J. [Research initiative psychoanalytic psychotherapy: who takes up psychoanalytic psychotherapy?] *Schweiz Arch Neurol Psychiatr.* 2007; 158:206–16.

Objectives: Most mental disorders can be treated in outpatient settings. Especially in Switzerland an important shift from inpatient to more outpatient treatment has taken place in the last years. However, information on which patients seek which kind of psychotherapeutic treatment at a given time is unfortunately quite sparse. In the present study we therefore examine which kind of patients makes use of psychoanalytic and psychodynamic treatment. Thus, on the one hand we compare our intake information on patients with that of comparable studies from Germany and Switzerland, on the other hand we explain the logic of our research design.

Methods: We have chosen a multi-perspective multi-method design in order to explore changes in symptom levels and structural organisation during the first year of psychoanalytic or psychodynamic therapy. The study is both prospective and naturalistic. Ambulant therapies of different intensity (one or two sessions per week) as well as patients with different initial levels of personality organisation (low, intermediate or good) are compared. Data are collected five times during the first year (t1–t5) from both participants of the psychotherapeutic process, the therapist and the patient. Patients are required to fill in standardised questionnaires (self-assessment), while therapists are asked to put down their descriptions and impressions of important therapeutic events in writing (external assess-

ment). Additionally, external researchers conduct videotaped interviews with the patients every six months (beginning of therapy, six and twelve months after beginning of therapy) which are analysed according to “Operationalised Psychodynamic Diagnostics” (OPD). Intake data and data on the development of the therapeutic process are compared with data of analogous studies in Germany. In the present paper we limit the comparisons to the intake data: socio-demographic (age, sex, education, etc.), diagnosis (ICD-10), gravity of impairment (BSS) and personality structure as well as conflict themes (OPD). Data are available for 57 patients.

Results: The results show that the sample of our study is comparable to samples in analogous studies with respect to socio-demographic variables. Approximately 3/4 of patients in all studies are female, the mean age amounts to about 35 years. The average educational level of the different patient groups is superior in comparison to the average population. A high percentage of patients is unmarried. With respect to the main diagnosis both studies conducted in Switzerland show a preponderance of patients suffering from affective (49.1 and 57.1%) and personality disorders (29.8 and 21.4%). The overall rate of patients diagnosed with a personality disorder amounts to 42.1%. Patient groups (Heidelberg and FIPP study) are not comparable with respect to structure. Also the symptom level of the FIPP-patient group is significantly lower than that of the Göttingen and Heidelberg groups (PAL). For that matter, only 55.4% of the patients describe themselves as significantly affected by symptoms. The fact that most patients either work (full or part-time or are involved in studies) is in line with this finding. However, it is also important to point out that therapists

Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff
Abteilung Psychotherapie und Psychohygiene
der Universitären Psychiatrischen Kliniken
Socinstrasse 55a
CH-4051 Basel
e-mail: Joachim.Kuechenhoff@unibas.ch

¹ *Verdankungen:* Herzlichen Dank an alle Therapeuten und Therapeutinnen und Patienten und Patientinnen, die durch ihre Teilnahme die Studie ermöglicht haben. Besonders danken wir Prof. G. Rudolf und Dr. T. Grande für die Kooperation und Unterstützung und die Erlaubnis, das Studiendesign der PAL-Studie in Adaptation an die eigenen Fragestellungen zu übernehmen.

do not share this view. The diagnostic impression of therapists yields a percentage of 93% of patients with a significant to very severe impairment caused by symptoms. It is worthwhile mentioning that the average level of awareness of the problematic structural and conflict issues is low, lower than may be expected of a patient group in an outpatient setting.

Conclusions: These results give an impression of which patients seek psychoanalytic and psychodynamic treatment, i.e. primarily female patients and patients with a superior educational background whose self-ratings may suggest that their symptoms are not sufficiently accentuated as to impede social or labour activities/functioning. It is essential to understand what motivates these patients for (psychoanalytic) psychotherapy. Therapists' and external researchers' assessments offer another perspective which may help clarify the motivational set for and choice of psychoanalytic therapy. However, these data will have to be compared to data of patients in other psychotherapies to fully understand which patients choose which kind of therapy for which reasons.

Keywords: *psychoanalytic process/outcome research; naturalistic study; multi-perspective multi-method design*

Einleitung

Über 25% der Bevölkerung entwickelt mindestens einmal im Leben eine schwere psychische Störung [1]. Die meisten psychischen Störungen können in ambulanten Therapien behandelt werden [2]. In der Schweiz sind deutlich mehr niedergelassene PsychiaterInnen als in Deutschland, Österreich oder Frankreich an der Versorgung beteiligt. Ihre Anzahl ist seit 1984 um mehr als das Doppelte angestiegen [2]. Das ambulante Behandlungsangebot kann daher in der Schweiz im Vergleich zum stationären als gut bezeichnet werden [3]. Dem gegenüber steht, dass zwar im Bereich der stationären oder teilstationären medizinisch-psychiatrischen Versorgung eine relativ gute Datengrundlage vorliegt, nicht jedoch im Bereich der ambulanten Therapien [4]. Rüesch und Manzoni [5] bezeichnen in ihrer Publikation über die «psychische Gesundheit in der Schweiz» die Datenlage daher als ungenügend. Ausserdem sind in der Schweiz keine genauen Angaben darüber verfügbar, welche Therapieverfahren im ambulanten Setting in Anspruch genommen werden.

Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie stellt ein häufig angewandtes Therapieverfahren dar [6]. Welche PatientInnen von ihr erfolgreich

Gebrauch machen, ist allerdings nicht ausreichend erforscht. So konstatieren Leichsenring et al. [7], dass ein «... bemerkenswerter Mangel an Studien bzgl. der Effektivität psychoanalytischer Therapien, und im Besonderen Studien von hoher methodologischer Qualität, die im Einklang mit den aktuellen Standards der Psychotherapieforschung sind, bestehe» (S. 433). Dies dürfte nicht zuletzt an den Schwierigkeiten methodologischer Natur liegen, die mit der Erforschung psychoanalytischer Therapien verbunden sind. Eine Arbeitsgruppe psychoanalytisch orientierter PsychotherapeutInnen, die Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie (FIPP), die sich für die Erforschung der in der analytischen Therapie ablaufenden Prozesse und deren Wirksamkeit interessieren, machte sich daher zum Ziel, ein Forschungsprojekt in der deutschsprachigen Schweiz durchzuführen, um Daten sowohl zur Inanspruchnahme psychoanalytischer und psychodynamischer Therapien als auch zu deren Wirksamkeit methodenadäquat, d.h. der psychoanalytischen Therapie entsprechende Instrumente und Methoden einsetzend, zu erfassen. Schwerpunkt der Wirksamkeitsanalyse sollte dabei auf der Erforschung des therapeutischen Prozesses im ersten Behandlungsjahr sein, vor allem wegen der mangelnden Klarheit bezüglich der Art und Bedeutung der Prozesse, die sich innerhalb des ersten Jahres ereignen und zu einem guten Behandlungsergebnis führen. Auch ist bisher nicht ausreichend geklärt, welche Veränderungen (Symptomverbesserungen, strukturellen Veränderungen usw.), wann stattfinden und von welchen Faktoren (z.B. Frequenz, Persönlichkeitsorganisation zu Beginn der Therapie) sie möglicherweise abhängen. Ein Forschungsvorhaben wurde vom Schweizerischen Nationalfonds und dem Fonds zur Förderung von Lehre und Forschung der Freiwilligen Akademischen Gesellschaft Basel zwischen 2003 und 2006 gefördert². Die ersten Daten zur Inanspruchnahme und zu Behandlungseffekten innerhalb des ersten Jahres der psychotherapeutischen Interventionen liegen nun vor. In einem ersten Schritt haben wir die Daten zur Nutzung psychoanalytisch orientierter Therapien mit jenen anderer Studien im deutschsprachigen Raum, namentlich der Göttinger Studie Psychoanalytischer Therapien [7], der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) [8,9] und der Version Schweiz der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (Jung-Studie) [10], verglichen. Die Auswahl der genannten Studien beruhte

² Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy: a Prospective Longitudinal SNF Study Grant No. 3200-068011.

primär auf dem Kriterium der Vergleichbarkeit des Studiendesigns, wobei wir ausserdem auf eine hohe Aktualität derselben (Publikationszeitpunkt) achteten. In diesen drei Studien wurde ebenfalls die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Psychotherapien mittels eines naturalistischen Designs untersucht. Während die Studiendesigns der PAL und der Jung-Studie in weiten Teilen vergleichbar sind, d.h. Daten zum therapeutischen Prozess aus verschiedenen Perspektiven (Therapeut, Patient, Forschung) und mit verschiedenen Instrumenten (standardisierten Fragebogen, Prozessprotokollen usw.) erhoben wurden, wurde in der Göttinger Studie der Einsatz standardisierter Fragebogen (z.B. SCL-90 oder IIP) in den Vordergrund gestellt. Ausserdem wurden in der FIPP-Studie sowie in der PAL und der Jung-Studie Therapien mit verschiedenen Sitzungsfrequenzen berücksichtigt, während in der Göttinger Studie zunächst nur Daten von psychoanalytischen Therapien analysiert wurden. Ein Vergleich der Stichprobendaten erlaubt grundsätzlich einen ersten Eindruck der Nutzung psychoanalytischer Psychotherapie und macht deutlich, inwieweit die Ergebnisse der vorliegenden Studie mit anderen Studienergebnissen vergleichbar sein werden.

Die Schwerpunkte der vorliegenden Arbeit liegen mithin auf (1.) der genauen Beschreibung des Studiendesigns und (2.) der Beschreibung der Stichprobe und deren Vergleich mit den genannten Studien. Die komplexe Forschungsmethodik, die auch der Heidelberger und der Zürcher Praxisstudie zugrunde liegt, wird eingehend erläutert. Diese ist umfangreich, da einerseits durch die Integration verschiedener Perspektiven und Instrumente eine Methodenadäquatheit angestrebt worden ist, die dem Anspruch psychoanalytischer Psychotherapieforschung gerecht werden soll; auf der anderen Seite will die Studie aber auch die Kritik ernst nehmen, psychoanalytische Psychotherapieforschung vermeide eine Anwendung der in der Psychotherapieforschung üblichen Methodik [6].

Fragestellung

a) Welche PatientInnen in der Deutschschweiz nehmen psychoanalytisch orientierte Psychotherapien in Anspruch?

b) Inwiefern sind die Daten zur Inanspruchnahme psychoanalytisch orientierter Psychotherapien mit jenen anderer Studien aus der Deutschschweiz oder Deutschland vergleichbar?

Methoden

Design

Für die FIPP wurde ein multi-perspektivisches und multi-methodales Design gewählt. Es wurden ambulante psychoanalytische Psychotherapien mit einer Therapiefrequenz von einer oder zwei Wochenstunden im Verlauf des ersten Therapiejahres intensiv untersucht. Ausserdem wurden katamnestisch am Ende jedes weiteren Therapiejahres die Verläufe erhoben. Die Daten wurden aus drei unterschiedlichen Perspektiven gewonnen: Es wurden TherapeutInnen und PatientInnen befragt. Ausserdem hat ein Forschungsteam aus einer Therapie-externen Sicht Interviews mit den PatientInnen geführt. Dieser multi-perspektivische Ansatz, der die Subjektivität der PatientInnen (Selbsteinschätzung) und die Sicht der Anderen gleichwertig berücksichtigt [11], wird dem psychoanalytischen Ansatz am besten gerecht.

Es kommen sowohl quantitative als auch qualitative Methoden zum Einsatz. Zu fünf Erhebungszeitpunkten in dreimonatigen Abständen (Messzeitpunkte t1 bis t5) werden sowohl an die PatientInnen als auch an die TherapeutInnen verschiedene Fragebogen versandt. Qualitative Daten liegen von den TherapeutInnen in Form von Protokollen über einzelne Therapiestunden und in Form von Notizen über den therapeutischen Prozess vor. Psychodynamische Interviews nach den Richtlinien der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) werden von den ForscherInnen zu drei Erhebungszeitpunkten (Therapiebeginn, nach sechs und zwölf Monaten) durchgeführt. Dieses Design wurde in Anlehnung an die Heidelberger Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL) [8, 9] gewählt und in Kooperation mit deren Initiatoren realisiert, auch um eine Vergleichbarkeit der Daten dieser beiden Forschungsprojekte zu ermöglichen.

Rekrutierung der TherapeutInnen

Vor Beginn der Studie wurden psychoanalytische PsychotherapeutInnen aus der Deutschschweiz schriftlich über das Forschungsprojekt orientiert und zu einem Informationsabend eingeladen. Ausserdem wurden Aushänge an psychoanalytischen Institutionen gemacht. An einem Informationsabend in Basel wurde das Projekt ausführlich vorgestellt (Studiendesign, Ein- und Ausschlusskriterien für PatientInnen). Während der gesamten Rekrutierungszeit wurden wiederholt Aufrufe für eine Teilnahme am Projekt bei verschiedenen In-

stitutionen und an Tagungen gemacht. Die TherapeutInnen wurden gebeten, PatientInnen, die den unten erwähnten Einschlusskriterien entsprächen, auf die Studie aufmerksam zu machen und sie zu bitten, eine Teilnahme zu erwägen.

Einschlusskriterien TherapeutInnen

Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie war für die TherapeutInnen das Erfüllen der Ausbildungsstandards/-kriterien der European Federation for Psychoanalytic Psychotherapy.

Ein- und Ausschlusskriterien PatientInnen

Einschlusskriterien PatientInnen

- PatientInnen, die von den TherapeutInnen bei Behandlungsbeginn als gering, mässig oder gut strukturiert betrachtet wurden. Diese Einschätzung musste durch diejenige des Forschungsteams, die durch Anwendung von OPD ermittelt wurde, bestätigt werden.
- PatientInnen, die entweder eine oder zwei Therapiesitzungen pro Woche in Anspruch nahmen.
- PatientInnen, die mittels des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) von den TherapeutInnen als deutlich belastet eingeschätzt wurden.
- Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Studie (erster Untersuchungszeitpunkt) sollte der Patient/die Patientin nicht mehr als 15 Therapiestunden in Anspruch genommen haben.

Ausschlusskriterien

- Eine nichtpsychiatrische Grunderkrankung (z.B. neurologische), die teilweise oder ganz für die psychiatrische Symptomatik verantwortlich sein könnte.
- PatientInnen mit der Hauptdiagnose substanz-induzierten (psychotropen) Störungen von Psyche und Verhalten (F10–F19) oder einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20–F29).
- PatientInnen, deren Persönlichkeitsstruktur für eine ambulante Behandlung nicht genügend gut war (OPD-Niveau desintegriert).

Erhebungsinstrumente

Es kamen sowohl standardisierte Fragebogen (Selbst- und Fremdbewertung) als auch diagnostische Verfahren (OPD, SKID II usw.) und Verfah-

ren der Fremdeinschätzung zum Einsatz, die qualitative und quantitative Ergebnisse erbringen. Ausserdem wurde eine Reihe von freien Texten erfasst (bedeutsame Behandlungsstunden, analytischer Prozess usw.). Die Instrumente, die zur Erfassung und Analyse der vorliegenden Daten benutzt wurden, werden im folgenden aufgelistet und beschrieben.

Quantitative Erhebungsinstrumente

In der FIPP-Studie wurden verschiedene standardisierte Fragebogen verwendet. Aus Tabelle 1 wird der Einsatz der verschiedenen Erhebungsinstrumente für die TherapeutInnen und PatientInnen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten ersichtlich. Im folgenden werden die verwendeten Erhebungsinstrumente kurz dargestellt.

Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90R)

Mit der SCL-90R [12] werden in 90 Items die Symptome erfasst. Der Gesamtscore, der <Global Severity Index> (GSI), erlaubt eine globale Beurteilung der psychischen Belastung.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-C)

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme [13] ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung zwischenmenschlicher Probleme. In der vorliegenden Studie wird die Kurzform des IIP (64 Items) verwendet.

Therapeutische Arbeitsbeziehung (TAB)

Sowohl PatientInnen als auch TherapeutInnen werden in analogen Fragebogen gebeten, die therapeutische Arbeitsbeziehung (TAB) [14] einzuschätzen. Der Fragebogen besteht aus 20 Items.

Psychisch und Sozial-kommunikativer Befund (PSKB-Se)

Beim Psychischen und Sozial-kommunikativen Befund [15] handelt es sich um einen Fragebogen, der insbesondere den Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehungen betont. Er gliedert sich in neun klinische Kategorien mit insgesamt 95 Items (z.B. Symptome im engeren Sinne, Ich-Erleben, soziale Lebensbewältigung usw.). Der Fragebogen liegt sowohl als Version für TherapeutInnen als auch für PatientInnen vor.

Arbeit, Freizeit und Familie (AFF)

Im Fragebogen Arbeit, Freizeit und Familie (AFF) [8] gibt der Patient/die Patientin an, wie er/sie in letzter Zeit die Bewältigung von Arbeit, die Beurteilung der Freizeit und das Befinden innerhalb der Familie einschätzt. Die Anzahl der Items

Tabelle 1 Erhebungsinstrumente zu den fünf verschiedenen Erhebungszeitpunkten im ersten Behandlungsjahr.

	Beginn der Therapie	3 Monate	6 Monate	9 Monate	12 Monate
Patienten und Patientinnen	SCL-90R			SCL-90R	
	IIP			IIP	
	TAB			TAB	
	PSKB-Se			PSKB-Se	
				AFF	
				Intrex	
Therapeuten und Therapeutinnen	ICD-10			BSS	
	BSS			TAB	
	TAB			PSKB	
	PSKB			Prozessnotizen	
	Prozessnotizen				
Forscher und Forscherinnen	ICD-10		OPD		OPD
	SKID II		HUS		HUS
	OPD				
	HUS				

AFF = Arbeit, Freizeit und Familie; BSS = Beeinträchtigungs-Schwere-Score; HUS = Heidelberger Umstrukturierungsskala; IIP = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme; Intrex; OPD = Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik; PSKB = Psychischer und Sozial-Kommunikativer Befund; SCL-90R = Symptom-Checkliste; TAB = Therapeutische Arbeitsbeziehung.

variiert je nach Hauptaktivität (Hausfrau/-mann, Beruf, Ausbildung) und Art des familiären Zusammenlebens (Partner, Kinder). Die relevanten zu beurteilenden Bereiche sind Freizeit (5 Items), Erleben der Herkunftsfamilie (4 Items), Partnerbeziehung (3 Items) und Beziehung zum/zu den Kind(ern) (3 Items). Ausserdem wird das Erleben der Hauptaktivität mit 2 bis 3 Items erfasst.

Intrex: Umgang mit sich selbst

Mittels des Intrex [16] wird der Umgang der PatientInnen mit sich selbst in Zeiten guter sowie schlechter innerer Verfassung erhoben (je 12 Items). Die PatientInnen geben auf einer Skala von 0 bis 100 an, wie stark ein bestimmtes Verhalten ausgeprägt ist.

Beeinträchtigungs-Schwere-Score von Schepank (BSS)

Mit dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) [17] wird die Schwere einer psychogenen Erkrankung bestimmt. Körperliche, psychische und sozial-kommunikative Beeinträchtigungen werden von den TherapeutInnen global auf einer Skala von 0 bis 4 eingeschätzt, wobei 0 gar nicht vorhanden und 4 in extremer Ausprägung vorhanden bedeutet. Die Bewertungen dieser drei Bereiche werden zu einem Gesamtscore summiert, der von 0 bis 12 reicht. Ab einem Wertebereich von 4 bis 5 spricht man bereits von einer deutlichen Störung von

Krankheitswert. Dieser Wertebereich findet sich am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel, die mit gutachterpflichtiger Richtlinien-/Langzeitpsychotherapie versorgt wird [17].

Fragebogen zur Einschätzung der Konfliktverarbeitungsformen

TherapeutInnen werden nach Vorliegen der folgenden 9 Konfliktverarbeitungsmodi gefragt: schizoid, altruistisch-fürsorglich, überkompensatorisch-aktiv, regressiv, normativ, narzisstisch, manisch-philobatisch, zwanghaft, hysterisch. Zu diesem Zweck erfolgt eine Definition des Konfliktverarbeitungsmodus. TherapeutInnen werden lediglich gebeten, durch Ankreuzen anzugeben, ob die beschriebene Konfliktverarbeitungsform vorliegt.

Qualitative Datenerhebung

Die TherapeutInnen protokollierten zu den fünf Erhebungszeitpunkten die Symptomatik, den analytischen Prozess, Inhalte der Therapie und bedeutsame Behandlungsstunden. Diese können Aspekte der Veränderungsprozesse, der Beziehung, der Übertragung, der Psychodynamik usw. enthalten. Mit diesen Protokollen soll der therapeutische Prozess aus TherapeutInnenperspektive rekonstruiert werden. Es gab in der Regel keine vorformulierten Fragen. Zur Erfassung der (a) bedeutsamen Be-

handlungsstunden sowie des (b) analytischen Prozesses und der (c) Themen und Inhalte wurden die TherapeutInnen zunächst um eine freie, unkommentierte Schilderung der/s relevanten Sitzung/Themas gebeten. Im Anschluss wurden sie darum gebeten, diese Schilderungen zu kommentieren. Im Fall der bedeutsamen Stunden sollten die TherapeutInnen erläutern, was das Geschehen auf dem Hintergrund des bisherigen Behandlungsverlaufs aus ihrer Sicht bedeutete. Dabei waren auch interpretative Überlegungen zum Behandlungsprozess und die Verwendung psychoanalytischer Begriffe möglich. Beim analytischen Prozess sollten die Therapeuten bilanzieren, welcher Art der analytische Prozess und die therapeutische Zusammenarbeit im vorausgegangenen Vierteljahr waren und welche Schwierigkeiten und positive Entwicklungen es gab. Ausserdem mussten die TherapeutInnen Veränderungen in verschiedenen im Protokoll vorgegebenen Bereichen kommentieren (Beziehungserleben, Übertragungsprozesse, regressive Prozesse, Widerstände usw.). Bei der Beschreibung der Themen und Inhalte wurden die TherapeutInnen nach deren Bezug zu im Verlauf der Behandlung zeitlich vorher aufgetretenen Themen befragt. Zu Beginn der Therapie formulierte der Therapeut/die Therapeutin ausserdem eine psychodynamische Diagnose.

Interview nach der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik

Zusätzlich zu der bereits beschriebenen qualitativen und quantitativen Datenerhebung werden von ProjektmitarbeiterInnen zu drei Erhebungszeitpunkten (Therapiebeginn, nach sechs und zwölf Monaten) Interviews nach Kriterien der «Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik» (OPD 1) [18] mit den PatientInnen geführt und auf Video aufgezeichnet. Die OPD ist ein multi-axiales, auf psychoanalytischer Theorie aufbauendes Diagnosesystem, das es ermöglicht, jeden Patienten/jede Patientin auf vier Achsen einzuschätzen. In der FIPP wurden die Beziehungs-, die Konflikt- und die Strukturachse verwendet. Für eine Veränderungsmessung auf der Grundlage der OPD wurde die «Heidelberger Umstrukturierungsskala» (HUS) [19] benutzt. Sie erlaubt, die zentralen Problembereiche, die in der Therapie bearbeitet werden sollen, zu definieren und Veränderungen in diesen Bereichen zu erfassen.

Die von einem Projektmitarbeiter geführten Interviews zu t1, das heisst bei Eintritt der PatientInnen in die Studie, werden von zwei unabhängigen «Ratern» nach der OPD 1 ausgewertet, und es werden fünf Foki formuliert, die als Grundlage für die weitere Interviewführung und für die Aus-

wertung mit der HUS dienen. Die fünf Foki beschreiben die Problembereiche, die für den betreffenden Patienten/die Patientin zentral und veränderungsrelevant sind. Sie haben den Stellenwert einer psychodynamischen Hypothese. Das mit der OPD festgelegte habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster eines Patienten/einer Patientin stellt jeweils einen der fünf Foki dar. Die restlichen vier Foki werden aus 30 möglichen Merkmalen bestimmt, die entweder die Struktur oder die Konflikte beschreiben. Nachdem die Foki ausgewählt wurden, wird für jeden der fünf Foki ein Wert aus der siebenstufigen Skala der HUS festgelegt. Die Skala reicht von Abwehr bzw. Nichtwahrnehmung des Problems bis zur Auflösung des Problems. Jede der sieben Stufen beschreibt einen therapeutisch wichtigen Schritt von zunehmender Problembewusstheit über das Durcharbeiten bis hin zu einer tiefer greifenden Veränderung. Neben den sieben Hauptstufen gibt es noch die Möglichkeit, Zwischenstufen mit Plus (+) und Minus (–) zu markieren, je nachdem, wie vollständig die Kriterien der jeweiligen Hauptstufe erfüllt sind. Nach den je unabhängigen Ratings durch zwei Rater wird in einem zusätzlichen Rating eine Übereinstimmung getroffen (Konsensrating). Dieses Vorgehen wird zu t1 und zu t5 durchgeführt.

Diagnostisches Interview

Zusätzlich zum OPD-Interview wurden zu Therapiebeginn ein diagnostisches Interview zur Erfassung der ICD-10-Diagnosen und das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen (SKID-II) [20] durchgeführt. Diese wurden in möglichst kurzem Abstand zum OPD-Interview (im Schnitt etwa 2 Wochen später) durch denselben Interviewer des Forschungsteams, der bereits das OPD-Interview gemacht hatte, durchgeführt.

Statistik

Vor der Anwendung inferenzstatistischer Verfahren haben wir eine deskriptive Statistik unserer Stichprobe erstellt (Häufigkeitsauszählungen absolut und prozentual, Berechnung der Mittelwerte und Standardabweichung). Um die Kennwerte dieser Studie mit denen anderer Studien vergleichen zu können, berechneten wir für den Vergleich von Mittelwerten t-Tests für unabhängige Stichproben und zur Überprüfung von Unterschieden der Häufigkeitsverteilungen Mehrfeldertests.

Resultate

Im Zeitraum von Juli 2003 bis Januar 2005 konnten 57 PatientInnen-TherapeutInnen-Paare in die Studie aufgenommen werden.

TherapeutInnen

Es haben sich 37 TherapeutInnen an der Studie beteiligt, von denen 19 eine psychologische und 18 eine medizinische Grundausbildung aufweisen. Es handelte sich um 25 Therapeutinnen und 12 Therapeuten. Die TherapeutInnen arbeiten in Basel (n = 17), Zürich (n = 15), Fribourg (n = 1), Bern (n = 2) und Winterthur (n = 2).

PatientInnen

Es wurden 57 PatientInnen in die Studie aufgenommen. Seit Beginn der Studie sind 11 PatientInnen, 5 Patientinnen und 6 Patienten wegen Therapieabbruch oder Therapiebeendigung aus der Studie ausgeschieden. Kein Patient entschied sich vorzeitig, die Teilnahme an der Studie selbst zu beenden (Therapieabbruch vs. Ausstieg aus der Studie).

Soziodemographische Daten der PatientInnen der FIPP-Studie im Vergleich mit Daten anderer psychoanalytischer Studien

Die soziodemographischen Daten der PatientInnen der vorliegenden Studie sind in Tabelle 2 aufgeführt. Wie aus der Tabelle ersichtlich wird, unterscheiden sich die PatientInnen der vorliegenden Studie weder bezüglich des durchschnittlichen Alters noch bezüglich der Geschlechterverteilung von jenen der anderen Studien. Auch das Ausbildungsniveau ist zumindest in den Studien, in denen diese Daten vorhanden sind, vergleichbar hoch. Es sind 49% (n = 28) der PatientInnen

(n = 57) ledig, 23% (n = 13) leben von ihrem Partner/ihrer Partnerin getrennt, sind geschieden oder verwitwet und 28% (n = 16) leben in einer Lebensgemeinschaft oder Ehe. Ausserdem gaben 32% (n = 18) an, alleine zu wohnen und 61% (n = 34), keine Kinder zu haben. Nicht oder zeitweise nicht berufstätig sind oder waren 53% der Frauen (n = 18) und 55% der Männer (n = 11).

Psychiatrische Diagnostik (ICD-10 und SKID II) durch externe Forscher im Vergleich

Die mittels der diagnostischen Interviews gestellten ICD-10-Diagnosen waren folgendermassen verteilt. Bei fast der Hälfte der PatientInnen (49,1%) lag eine affektive Störung als Hauptdiagnose vor. Am zweithäufigsten wurde die Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt (29,8%) (s. Tab. 3). Bei 33,3% der PatientInnen (n = 19) wurde mehr als eine Diagnose gestellt, d.h., bei einem Drittel der PatientInnen lag eine Komorbidität vor.

Die Analyse der SKID-II-Interviews ergab, dass insgesamt 42,1% der PatientInnen (n = 24) unter einer Persönlichkeitsstörung litten (ungeachtet dessen, ob diese als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde). Die entsprechenden Verteilungen von Hauptdiagnosen sind weder für die PAL-Studie noch für die Göttinger Studie, wohl aber für die Zürcher Jung-Studie erhältlich. Für die PAL-Studie und die Göttinger Studie erfolgte keine spezifische Angabe einer Hauptdiagnose. Es

Tabelle 2 Vergleich der soziodemographischen Daten verschiedener Studien.

	FIPP	Göttinger Studie ¹	PAL-Studie ²	Zürcher Jung-Studie ³	t*/ χ^2 **	df	p
N	57	36	59	28			
Alter	MW = 35,1	MW = 35	MW = 37,3	MW = 34,3	-0,04*	91	0,96 ¹
	SD = 11,52	SD = 8,63	SD = 9,4	–	1,13*	114	0,26 ²
Geschlecht	♀ 63%	♀ 70%	♀ 66%	♀ 68%	0,39*	1	0,53 ¹
	♂ 37%	♂ 30%	♂ 34%	♂ 32%	0,11*	1	0,74 ²
					0,18*	1	0,67 ³
Schulabschluss							
Real-/Sekundar-schulabschluss	34% (n = 19)	–	–	39% (n = 11)	4,94**	3	0,20
Matura	41% (n = 23)	–	–	29% (n = 8)			
Hochschul-/Fachhochschul-abschluss	25% (n = 14)	–	–	25% (n = 7)			
sonstiger Schulabschluss	–	–	–	7% (n = 2)			
Familienstand							
ledig	49%	–	–	54%			

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; ¹ Vergleich FIPP/Göttingen; ² Vergleich FIPP/PAL-Studie; ³ Vergleich FIPP/Jung-Studie; * = t-Wert; ** = χ^2 .

Tabelle 3 IDC-10-Hauptdiagnosen.

	FIPP		Zürcher Jung-Studie	
	%	n	%	n
F1	1,8	1	3,6	1
F3	49,1	28	57,1	16
F4	17,5	10	14,3	4
F5	1,8	1	3,6	1
F6	29,8	17	21,4	6
Gesamt	100	57	100	28
Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach SKID II	Ja = 42,1% (n = 24)		Ja = 42,9% (n = 12)	

wurde nur angegeben, ob eine bestimmte Störung bzw. eine Störung aus einem bestimmten Diagnosekreis diagnostiziert wurde. Aus Tabelle 3 wird deutlich, dass auch in der Zürcher Jung-Studie die am häufigsten vergebenen Hauptdiagnosen den Bereich der affektiven und der Persönlichkeitsstörungen betreffen und sich die Verteilung nicht voneinander unterscheidet (*Exakter Test nach Fischer* = 2,00; $p = 0,76$). Auch die Häufigkeit der unter Persönlichkeitsstörungen leidenden PatientInnen ist vergleichbar. Zwar sind für die PAL-Studie keine vergleichbaren Daten bezüglich der Hauptdiagnosen vorhanden, wohl aber ist der Anteil von PatientInnen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bekannt. Dieser ist in der PAL-Studie ($n = 31$; 52,5%) geringfügig, aber nicht signifikant höher ($\chi^2 = 1,27$; $p = 0,26$). In der Göttinger Studie hingegen liegt der Anteil PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung mit 69% deutlich höher als in der vorliegenden Studie ($\chi^2 = 6,62$; $df = 2$, $p = 0,0087$).

Operationalisierte psychodynamische Diagnostik durch externe Forscher

Das OPD-Interview erlaubt, das Strukturniveau der PatientInnen zu erheben. Der grösste Anteil der PatientInnen war mässig strukturiert ($n = 31$ oder 54,4%), und ein etwa gleich hoher Anteil gut ($n = 14$ oder 24,56%) oder gering ($n = 12$ oder 21,05%). In Tabelle 4 haben wir zusätzlich festgehalten, wie sich diese PatientInnen auf ein- bzw. 2stündige Therapien verteilen.

Tabelle 4 Verteilung der Interviews nach Strukturniveau und Therapiefrequenz.

	Strukturniveau gut (n)	Strukturniveau mässig (n)	Strukturniveau gering (n)	Gesamt (N)
1 Sitzung/Woche	12 (85,7%)	19 (61,3%)	8 (66,67%)	39 (68,4%)
2 Sitzungen/Woche	2 (4,3%)	12 (38,7%)	4 (33,33%)	18 (31,6%)
Gesamt (N)	14 (100%)	31 (100%)	12 (100%)	57 (100%)

Foki zur Erfassung der Umstrukturierung mittels Heidelberger Umstrukturierungsskala (externe Forscher)

Im folgenden werden die Ergebnisse der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS) zu Beginn der Behandlung dargestellt. Von den fünf Foki, die zu Therapiebeginn festgelegt wurden, wurden aus der Konfliktachse der «Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt» (60,7%; $n = 34$) und der «Selbstwertkonflikt» (32,1%; $n = 18$) und aus der Strukturachse «Affektdifferenzierung» (46,4%; $n = 26$) und «Impulssteuerung» (39,3%; $n = 22$) am häufigsten als Foki gewählt. Es wurde über alle fünf Foki ein Mittelwert gebildet. Der Mittelwert der gesamten Stichprobe ($N = 56$) der fünf Foki lag zu Therapiebeginn bei 2,4 ($SD = 0,47$). Der geringste individuelle Mittelwert lag bei 1,53, der höchste bei 4,13. Die PatientInnen bewegten sich somit auf den fünf zentralen Problembereichen zu Therapiebeginn zwischen Abwehr/Nichtwahrnehmung des Problems bis Anerkennung und Erkundung des Problembereichs.

Beurteilung der psychischen Beeinträchtigung durch die TherapeutInnen

Das Ausmass der Beeinträchtigung durch die psychogene Symptomatik wurde mit Hilfe des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores (BSS) zu allen fünf Messzeitpunkten von den TherapeutInnen beurteilt. Die in Abbildung 1 dargestellten Daten stellen die von den TherapeutInnen angegebene Beeinträchtigung zu Beginn der ambulanten Therapie dar. Im psychischen Bereich liegt bei 89,5% und im sozialkommunikativen Bereich bei 91,2% der PatientInnen eine deutliche bis starke Beeinträchtigung vor.

Die in Abbildung 2 ersichtliche Verteilung der Summenscores im BSS macht deutlich, dass bei 42% der 57 PatientInnen eine deutliche Störung von Krankheitswert vorliegt, was nach Schepank [17] der Gruppe, die am häufigsten ambulante Angebote in Anspruch nimmt, entspricht. Eine ausgeprägte, ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung weisen nach Ansicht der TherapeutInnen 37% der PatientInnen auf. Bei 13% zeigt sich eine ausserordentlich schwere Erkrankung.

Symptombelastung der PatientInnen zu Beginn der Behandlung (Selbsteinschätzung) im Vergleich mit den PatientInnen anderer psychoanalytischer Studien

Von den 57 PatientInnen gaben zu Beginn der ambulanten Therapie 46% (n = 26) an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden.

In der SCL-90R (n = 56) zeigte sich als Mittelwert ein «Global Severity Index» (GSI) von 0,81 (SD = 0,53), was auf eine deutliche Belastung der Stichprobe hinweist. Jedoch geben nicht alle PatientInnen eine ausgeprägte symptomatische Be-

lastung im SCL-90R zu Beginn der Therapie an. Bei 44,6% der PatientInnen (n = 25) liegt der GSI zu Beginn der Behandlung unter dem Trennwert für den klinisch auffälligen Bereich von 0,57.

Im «Psychischen und Sozial-Kommunikativen Befund» (PSKB) zeigen sich auf den Symptomskalen im Mittel klinisch relevante Werte (MW = 63,7; SD = 14,1). Hier ergibt sich ein ähnliches Bild wie beim GSI. Im Mittel ist der Wert auffällig, jedoch nur rund die Hälfte der PatientInnen beschreiben sich selbst als symptomatisch signifikant belastet.

Tabelle 5 zeigt die Symptomwerte im SCL-90R und im BSS zu Beginn der Therapie im Vergleich zu den drei oben erwähnten Studien. Die Symptombelastung (GSI) bei den PatientInnen der FIPP-Studie unterscheidet sich signifikant von jenen der Göttinger und der PAL-Studie S (s. Tab. 5). Ausserdem ist der Beeinträchtigungsschwere-Score der PatientInnen der FIPP im Mittel signifikant niedriger als jener der PatientInnen der PAL-Studie (s. Tab. 5).

In bezug auf das Strukturniveau zu Beginn der Behandlung zeigt sich, dass in der FIPP-Studie signifikant mehr PatientInnen mit einem guten Strukturniveau zu finden sind als in der Heidelberger PAL-Studie ($\chi^2 = 6,05$; df = 2, $p \leq 0,048$).

Abbildung 1 Einschätzung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores durch die Therapeuten und Therapeutinnen (n = 57) zu Beginn der Behandlung (t1).

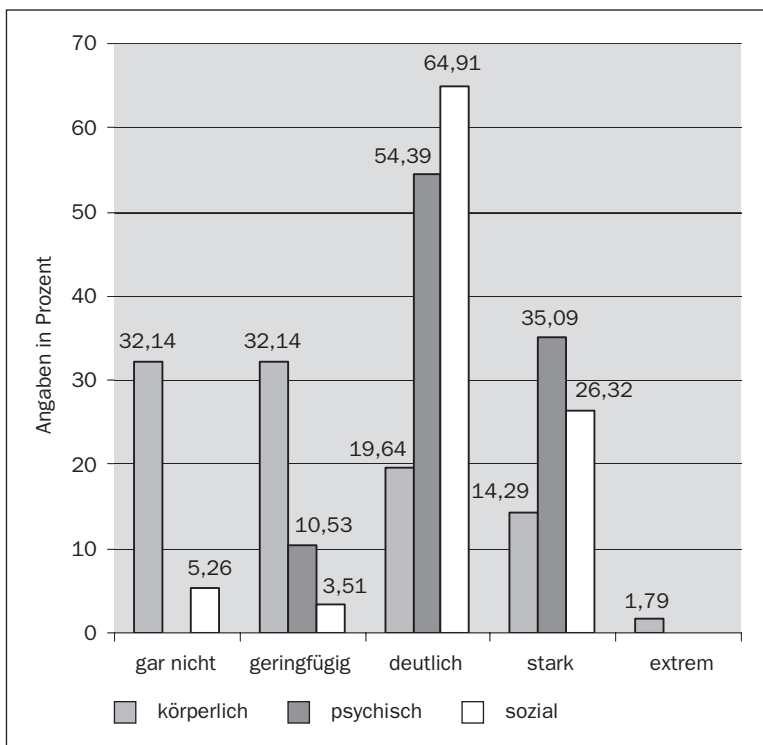
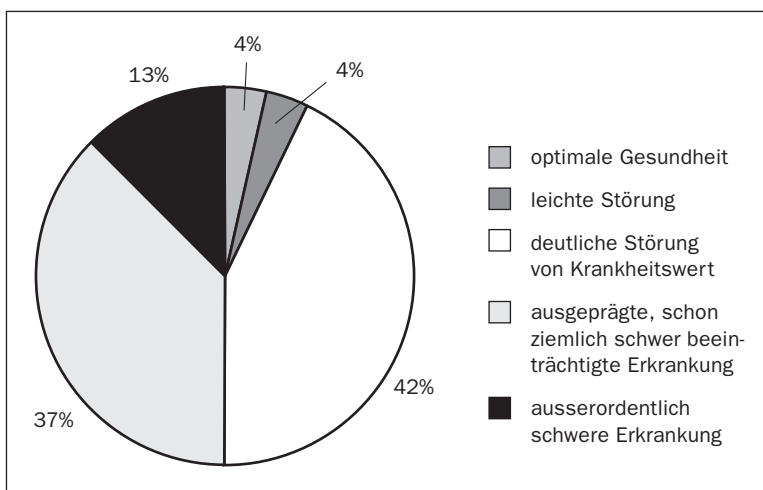


Abbildung 2 Beeinträchtigungsschwerescore-Summe (n = 57) zu Beginn der Behandlung (t1).



Diskussion

Die vorliegende Arbeit informiert über ein Forschungsprojekt, das psychoanalytische Psychotherapien, wie sie in der Praxis durchgeführt werden, erfasst. Das methodische Vorgehen ist ausführlich dargestellt worden. Aussagekräftig kann ein solches Projekt nur dann sein, wenn seine Methodik zwei Anforderungen genügt: (1.) Das Projekt muss mit anderen empirischen Studien vergleichbar sein, unabhängig von dem untersuchten Therapieverfahren. (2.) Die Methodik muss zugleich verfahrensadäquat, also in der Lage sein, valide Aussagen über psychoanalytische Verfahren zu machen. Auf diese Weise wird das Vorgehen komplex, aber wir meinen, dass dieser Aufwand sachangemessen und unvermeidbar ist.

Die dargestellten Ergebnisse machen deutlich, dass sowohl aus Sicht der TherapeutInnen als auch aus Sicht der ForscherInnen die PatientInnen im psychischen Bereich bei Therapiebeginn als belastet eingestuft wurden. Die TherapeutInnen gaben an, dass insgesamt bei 92% der PatientInnen entweder eine deutliche, eine ausgeprägte oder sogar eine ausserordentlich schwere Erkrankung vorliegt. Die Einschätzung der ForscherInnen bezüglich des Strukturniveaus untermauert die

Tabelle 5 Vergleich der Schwere der Störung zu t1 zwischen FIPP, PAL, Jung-Studie und Göttinger Studie.

	FIPP	Göttinger Studie (N = 36)	PAL (N = 59)	Zürcher Jung-Studie (N = 28)	t*/χ^2**	df	p
GSI (SCL-90R)	0,81	1,03	1,06	0,71	2,03*	90	0,045
	SD = 0,53 (N = 56)	SD = 0,47	SD = 0,59	–	2,38*	113	0,019
BSS	5,59		6,6		3,43*	114	0,0008
	SD = 1,67 (N = 57)		SD = 1,5				
OPD-Strukturniveau							
gut	25% (n = 14)		8,5% (n = 5)		6,054**	2	0,048
mässig	54% (n = 31)		59,3% (n = 35)				
gering	21% (n = 12)		32,2% (n = 19)				

* = t-Wert; ** = χ^2 .

Annahme, dass es sich um stark beeinträchtigte PatientInnen handelt. Von den PatientInnen wurden 75% als mässig oder gering strukturiert eingeschätzt. Die Daten widerlegen Vorurteile, die gegenüber psychoanalytischer Psychotherapie immer wieder laut werden, nämlich dass sie vor allem bei Befindlichkeitsstörungen, nicht aber bei schweren Störungen und Leidenszuständen indiziert ist, auch wenn ein Teil der PatientInnen sich als weniger symptomatisch belastet beschreibt, als nach den TherapeutInneneinschätzungen zu erwarten wäre. Wir vermuteten zunächst, dass die Diskrepanz durch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung mitverursacht sein könnte, konnten diesen Verdacht jedoch nicht bestätigen. Vielleicht spielt hier bereits der Hoffnungsaspekt, der mit dem Beginn einer Psychotherapie verbunden ist, für die PatientInnen eine Rolle. Ausserdem gilt hier zu beachten, dass die Erhebung der Symptomatik zu Beginn der Therapie bei den PatientInnen aus forschungstechnischen Gründen nicht zu einem identischen Zeitpunkt durchgeführt werden konnte. Die Ersthebung fand in der Regel zwischen der 3. und 15. Sitzung nach Therapiebeginn statt. Ohnehin werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie dabei durch die Vergleichsdaten zusätzlich gestützt, bei denen die vorliegenden Symptomwerte (Vergleich Global Severity Index oder Beeinträchtigungs-Schwere-Score) die unserigen sogar noch übertreffen. Zu überprüfen wäre hier zusätzlich, warum die Symptombelastung in den deutschen Stichproben signifikant höher ausfällt. Spielt die höhere Komorbidität oder der höhere prozentuale Anteil von PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen möglicherweise eine Rolle, oder stehen die unterschiedlichen Ausgangswerte vielmehr mit einer unterschiedlichen Versorgungs-

struktur der beiden Länder in Verbindung? Auch könnte man vermuten, dass PatientInnen in einem höherfrequenten Setting, wie sie in Göttingen ausschliesslich und in der PAL-Studie in höherem Mass als in der vorliegenden Studie oder in der Jung-Studie vertreten waren, symptomatisch stärker belastet sind.

Der Vergleich der Stichprobendaten mit den soziodemographischen Daten der Heidelberger PAL-Studie, der Göttinger Studie und der Zürcher Jung-Studie, die ebenfalls mit naturalistischem Design durchgeführt wurden, macht dabei deutlich, dass sich die Stichproben in bezug auf verschiedene soziodemographische Variablen, bei denen ein Vergleich möglich war, nicht unterscheiden. Dieser Vergleich lässt somit in verstärktem Mass einen Eindruck gewinnen, welche PatientInnen ambulante psychoanalytische Psychotherapie in Anspruch nehmen. In allen vier Studien zeigte sich wie erwartet, dass deutlich mehr Frauen als Männer ambulante psychoanalytische Therapie in Anspruch nehmen. Interessant scheint auch, dass nur 28% in einer Lebensgemeinschaft oder Ehe leben und mehr als die Hälfte keine Kinder haben, was ein Hinweis auf fehlende soziale Unterstützung oder auf Schwierigkeiten im Beziehungsbereich sein könnte.

Die erreichte Stichprobengrösse von 57 Therapien zum ersten Erhebungszeitpunkt und von 46 Therapien für alle fünf Erhebungszeitpunkte kann im Vergleich zu den oben erwähnten Projekten ebenfalls als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden. Die Bereitschaft der psychoanalytisch tätigen Kollegen, sich «in die Karten schauen» zu lassen, ist in der deutschsprachigen Schweiz also durchaus gross. Hilfreich für die grosse Motivation ist sicherlich die Unterstützung des Projekts durch

die Europäische Föderation für Psychoanalytische Psychotherapie EFPP gewesen. Die berufspolitische «Grosswetterlage» mag ebenfalls motivationsfördernd gewirkt haben; PsychoanalytikerInnen der Schweiz sehen in steigendem Ausmass, dass die empirische Evaluation ihrer Leistungen zur notwendigen Verpflichtung geworden ist. Ausserdem wird der Graben zwischen Forschung und Therapie flacher, wenn das Forschungsdesign prinzipiell erlaubt, die Psychodynamik selbst abzubilden.

Die Tatsache, dass keine der PatientInnen die Teilnahme an der Studie selbst (Therapie- vs. Studienabbruch) abgebrochen hat, spricht für das Design und die angewandte Methodik dieser Studie und macht die Akzeptanz des Vorgehens auch bei den PatientInnen deutlich. Psychotherapieforschung bedeutet immer einen Eingriff in die Therapie; er muss reflektiert werden. Dieser Eingriff muss aber nicht zwangsläufig negativ sein. Die besondere Aufmerksamkeit, die der gemeinsamen therapeutischen Arbeit gilt, spornt die PatientInnen ebenso wie die TherapeutInnen an, die Therapie ernst zu nehmen und sorgfältig zu reflektieren.

Die dargestellten Grundlagen der FIPP-Studie, die Adäquatheit des Stichprobendesigns, die Stichprobengrösse und die nachgewiesene Aussagekraft der Stichprobendaten zu Beginn der Behandlung zeigen, dass die FIPP-Studie einen wertvollen Beitrag zur Prozess- und Ergebnisforschung psychoanalytischer Psychotherapie leistet. Allerdings muss einschränkend festgehalten werden: Umfassende Aussagen über die Nutzung ambulanter psychoanalytischer Psychotherapie in der Schweiz sind aufgrund eingeschränkter epidemiologischer Daten nur in sehr begrenztem Ausmass möglich. Diese Studie bietet aber durch ihr naturalistisches Studiendesign einen Einblick in die Nutzung dieses psychotherapeutischen Verfahrens. Sie gibt somit einen ersten Anstoss für weitere Untersuchungen in diesem Bereich und dient als Grundlage für weitere Verlaufsforschungen.

Literatur

- 1 WHO. World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva; 2001.
- 2 Meyer PC, Hell D. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychologie. In: Kocher G, Oggier W, Herausgeber. Gesundheitswesen Schweiz 2004–2006. Bern: Hans Huber; 2004. S. 243–53.
- 3 Buddeberg C. Psychosoziale Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie in der Schweiz. Z Psychosom Med Psychother. 2004;50:346–54.

- 4 Ajdacic-Gross V, Graf M. Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie in der Schweiz. Neuenburg: Arbeitsdokument 2, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2003.
- 5 Rüesch P, Manzoni P. Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring. Neuenburg: edition obsan, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2003.
- 6 Grawe K, Donati R, Bernauer F. Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- 7 Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: first results. Int J Psychoanal. 2005;86:433–55.
- 8 Rudolf G, Grande T. Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Forschungsprojekt zur Untersuchung der Effektivität und Effizienz höherfrequenter analytischer Langzeitpsychotherapien. Projektantrag und Materialien. Universitätsklinikum Heidelberg [nicht publiziert].
- 9 Rudolf G, Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Oberbracht C, et al. Structural Changes in Psychoanalytic Therapies – the Heidelberg-Berlin Study on Long-Term Psychoanalytic Therapies (PAL). In: Leuzinger-Bohleber M, Target M, editors. Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers. London: Whurr; 2002. p. 201–22.
- 10 Mattanza G, Meier I, Schlegel M, Herausgeber. Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie. Basel: Karger; 2006.
- 11 Küchenhoff J. Die Achtung vor dem Anderen. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft; 2005.
- 12 Franke G. Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz; 1995.
- 13 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version). Weinheim: Beltz-Test; 1994.
- 14 Rudolf G. Die Therapeutische Arbeitsbeziehung. Berlin: Springer; 1991.
- 15 Rudolf G. PSKB-Se – ein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patientenselbsteinschätzung. Z Psychosom Med Psychoanal. 1991;37:350–60.
- 16 Tress W, Herausgeber. Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens: SASB; ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie. Heidelberg: Asanger; 1993.
- 17 Schepank H. Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Göttingen: Beltz; 1995.
- 18 Arbeitskreis OPD, Herausgeber. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. 4. Auflage. Bern: Hans Huber; 2004.
- 19 Rudolf G, Grande T, Oberbracht C. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. Psychotherapeut. 2000;45:237–46.
- 20 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse-II: Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe; 1997.