

Die emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung und ihre Auswirkung auf Prozess und Outcome nach dem ersten Jahr ambulanter Psychotherapien

Nicole Häring, Puspa Agarwalla, Eva Müller, Joachim Küchenhoff

Kantonale Psychiatrische Klinik Liestal, Switzerland

Die Studie «Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy: a prospective longitudinal study» wurde vom Schweizer Nationalfonds (Grant No. 3200-068011) und von der Freien Akademischen Gesellschaft, Basel, unterstützt.

Summary

Aims: Emotional processes are of crucial importance in psychotherapeutic processes. The main objective of the present study is to improve our understanding of the role played by the emotional quality of therapeutic processes and its relation to different change measures, e.g., symptom reduction and improvement of interpersonal behaviour or personality structure. Our aim is also to understand whether diagnosis or personality structure are influential in shaping the therapeutic alliance.

Methods: A multi-perspective multimodal design was chosen. The study is both naturalistic and prospective. Outpatient therapies of different intensity and patients with different levels of personality organisation were compared, and data were collected five times during the first year of psychotherapy. The main approach was completion of standardised questionnaires by both patients and therapists. However, the therapists' main task was to write protocols on different aspects of the treatment, e.g., the therapeutic relationship. In the present study protocols referring to the therapeutic alliance and process are evaluated by external raters with respect to the emotional quality of the process on a five-point scale. Additionally, external researchers conduct videotaped interviews with the patients every six months (beginning of therapy and every six months thereafter) which are analysed according to "operationalised psychodynamic diagnostics".

Results: The emotional quality of the therapeutic alliance is a significant predictor of symptom change in various symptomatic measures, and in this it apparently does better than the individual alliance ratings of therapist and patient. The better the emotional quality, the more pronounced are the changes in the different symptom areas. However, no relationship becomes evident between emotional quality and patients' structural possibilities in dealing with central difficulties.

Key words: emotional quality of the therapeutic process; processes; qualitative data analysis; psychotherapeutic process; therapeutic working alliance

Einleitung

In der Forschungsliteratur zu psychotherapeutischen Veränderungsprozessen werden verschiedene Ansichten bezüglich der Rolle allgemeiner Wirkfaktoren, unter anderem auch der therapeutischen Arbeitsbeziehung erörtert [1]. Tatsächlich ist die therapeutische Arbeitsbeziehung wohl einer der am häufigsten diskutierten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapieforschung. Dabei betrachten manche Autoren die allgemeinen Wirkfaktoren als notwendig und hinreichend [2], während andere diese zwar als wichtige Veränderungskomponente betrachten, aber nicht ausschliessen, dass

andere spezifische Faktoren eine Rolle in den Veränderungsprozessen spielen [3]. Wir vertreten wie Rizq [4] die Auffassung, dass therapiespezifische Techniken letztendlich nur dann zum Tragen kommen können, wenn die therapeutische Beziehung auf gegenseitiges Vertrauen und Akzeptanz basiert, d.h. eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung etabliert werden kann. Beide Therapiepartner sind für die in der therapeutischen Situation hervorgerufenen Emotionen verantwortlich und die Aufgabe, die Beiträge beider Parteien zu entflechten, konstituiert einen Grossteil der psychodynamischen Therapiearbeit. Die Fähigkeit des Therapeuten, die Interaktionsmuster in der Therapie zu gestalten bzw. das dysfunktionale Muster der Patienten durch Interventionen zu beeinflussen, kann dabei auch als Fähigkeit zum Herstellen einer Beziehung betrachtet werden, in der eine bereichernde emotionale Erfahrung möglich ist [5]. Damit wird der zwischenmenschlichen Interaktion und der damit verbundenen Emotionsregulation in der Psychotherapie eine vordringliche Position zugesprochen. Diese Betrachtungsweise des therapeutischen Prozesses schliesst sich an jene Wampolds [6] an, dem ein kontextuelles Modell der Psychotherapie auf dem aktuellen Wissensstand besser vertretbar erscheint als ein medizinisches Modell der Psychotherapie. Er sieht das psychotherapeutische Geschehen grundsätzlich in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient. Er definiert Psychotherapie als eine im Wesentlichen zwischenmenschliche auf psychologischen Prinzipien basierende Behandlung, die einen Therapeuten und einen Klienten einbezieht, der eine psychische Störung, ein Problem oder ein Leiden hat. Dabei beabsichtigt der Therapeut die Störung, das Problem oder Leiden zu beseitigen bzw. Abhilfe zu schaffen. Die Behandlung ist individuell für einen bestimmten Klienten und seine Störung, Probleme oder Leiden konzipiert. Mit dieser Definition schliesst er sich jener von Frank & Frank [7] an, die postulieren, dass die Psychotherapie ihre Effekte hauptsächlich durch die direkte Behandlung der Demoralisierung der Patienten und nur indirekt durch die Behandlung der offenkundigen Symptome einer verborgenen Psychopathologie erzielt. Zugleich verweist Wampold darauf, dass die

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff
Bienentalstrasse 7
CH-4410 Liestal
joachim.kuechenhoff@kpd.ch

Variabilität im Behandlungsergebnis auf einen oder mehrere der gemeinsamen Wirkfaktoren zurückzuführen sein sollte, wenn das kontextuelle Modell den Nutzen der Psychotherapie zu erklären vermag. Es lägen, so Wampold, genügend Befunde vor, die eindrücklich nahe legen, dass ein substantieller Teil der Verbesserung in der Psychotherapie in der Tat auf allgemeine Wirkfaktoren, insbesondere die therapeutische Arbeitsbeziehung, zurückzuführen ist. Auch Bergin and Garfield [8] erklären, dass die Evidenz bezüglich der Bedeutung des Arbeitsbündnisses das Argument für die allgemeinen Wirkfaktoren als Veränderungsmediatoren stärkt, da bereits Beurteilungen des Therapiebündnisses zu Behandlungsbeginn das Behandlungsergebnis prädictieren. Zahlreiche Studien würden darauf hindeuten, dass die Arbeitsbeziehung nicht nur positive Veränderungen widerspiegelt, sondern diese auch hervorbringen vermag. Eine der methodisch am besten konzipierten Studien ist wohl jene von Barber et al. [9]. Sie konnten an einer Stichprobe von 88 ambulanten Patienten, die eine stützend-expressive Psychotherapie erhielten, den häufig zitierten Befund replizieren, dass die therapeutische Arbeitsbeziehung aus der frühen Phase der Behandlung das Behandlungsergebnis vorherzusagen erlaubt. Sie vermochten zu zeigen, dass die Einschätzung der Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu Beginn der Behandlung signifikant dazu beitrug, die nachfolgenden Symptomveränderungen voraus zu sagen.

In der vorliegenden Studie haben wir uns darauf konzentriert, den Zusammenhang zwischen der emotionalen Qualität des therapeutischen Prozesses und verschiedenen Ergebnismassen nach dem ersten Jahr psychoanalytischer Psychotherapie besser zu verstehen. Dazu stützten wir uns nicht primär auf die Fragebögen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung, sondern auf die Protokollnotizen der Therapeuten zur Zusammenarbeit und therapeutischen Beziehung. Wir gingen davon aus, dass Therapeuten in diesen Protokollen bedeutsame Hinweise auf ihre Gefühlslage und damit auch auf die Haltung gegenüber ihren Patienten liefern würden. Die in den Therapieprotokollen beschriebenen Interaktionen und deren Qualifikation durch die Therapeuten, so nahmen wir an, würden erlauben, die emotionale Qualität des Prozesses aus ihrer Sicht zu erfassen, wobei jene der Patienten zusätzlich impliziert sein würde. Wir fokussierten auf den emotionalen Aspekt der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Komponenten wie die Übereinstimmung zwischen Therapeut und Patient bezüglich der Ziele und Aufgaben der Therapie, welche eine Kernkomponente mancher (nicht aller) Fragebögen darstellt oder die Bewertung der Fähigkeit des Patienten gezielt in der Therapie mitzuarbeiten [10], wurden in den Therapieprotokollen nicht explizit erfasst. Wir gingen davon aus, dass die emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, erhoben aus den Therapieprotokollen, mit den mittels Fragebögen erfassten Bewertungen von Patienten und Therapeuten korrelieren würde. Zu welchen Messzeitpunkten dies der Fall sein und ob die emotionale Qualität mit therapeuten- oder patientenseitiger Einschätzung der Arbeitsbeziehung und der Veränderung der Symptome korrelieren würde, galt es zu prüfen. Unsere Forschungshypothese war, dass emotional positiver gefärbte Prozesse mit besse-

ren Therapieergebnissen, wie sie mittels der verschiedenen klinischen Ergebnismassen (Symptomveränderungen und strukturelle Veränderungen) erfasst werden, einhergehen würden. Positive Emotionen erweitern das Spektrum von Denken und Handeln und fördern flexibles, kreatives Denken und die Annäherung an und das Experimentieren mit Problemlösungen [11], während negative Emotionen den Fokus verengen bzw. zu einer Fokussierung der Kognitionen führen [12]. Diese bedeutet nicht, dass negative Emotionen keinen Platz in der Therapie haben dürfen oder sollen; sie sollten die Arbeitsbeziehung allerdings nicht dauerhaft belasten. Die Reaktivierung negativer Emotionen in der therapeutischen Beziehung ermöglicht den Zugang zu biographischen Erinnerungen und die Bearbeitung von Konflikten. Therapien mit guten Therapieergebnissen, so lässt sich daraus schliessen, sind sowohl durch positive als auch durch negative Emotionen gekennzeichnet, wobei diese in der therapeutischen Beziehung in ein für beide Parteien handhabbares Gleichgewicht kommen müssen. Welche Rolle patientenseitige Charakteristika wie die Persönlichkeitsstruktur oder die Symptomdiagnose bezüglich der emotionalen Qualität der Arbeitsbeziehung spielen, war eine zweite zentrale Frage, der wir nachgingen.

Methoden

Design

Für die vorliegende Studie zur Untersuchung psychodynamischer und psychoanalytischer Psychotherapien, die als Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie (FIPP) initiiert wurde, haben wir ein multi-perspektivisches und multi-methodales Längsschnittsdesign gewählt¹. Das wachsende Interesse an und die Akzeptanz des «Mixed Methods Designs» ist zum grossen Teil auf die zunehmende Anerkennung der Bedeutsamkeit qualitativer Methoden im Erkenntnisprozess zurückzuführen [13]. So stellen auch Bergin und Garfield fest, dass die wachsende Befürwortung narrativer, deskriptiver und qualitativer Ansätze eine signifikante Verlagerung der Einstellung zeigt, die sich wahrscheinlich vermehrt in der Durchführung und Auswertung von Erhebungen niederschlagen wird (S. 818). Unter den Studien, die sich des «Mixed Methods Designs» bedienen haben, seien die «Berliner Psychotherapie Studie» [14], die «Göttinger Studie» [15] sowie die das «Stockholmer Projekt zum Outcome Psychoanalytischer und Psychotherapeutischer Behandlungen» (STOPP) genannt [16]. Durch die Erhebung von symptomatischen sowie persönlichkeitsstrukturellen Veränderungen aus verschiedenen Perspektiven sowie der Analyse von aus Sicht der Therapeuten verfassten Behandlungsprotokollen wird eine komplementäre Betrachtung des Prozesses möglich.

In der vorliegenden Studie wurde der Verlauf von ambulanten psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapien mit einer Therapiefrequenz von einer oder zwei

1 Die Studie Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy: a prospective longitudinal study wurde vom Schweizer (Grant No. 3200-068011) und von der Freien Akademischen Gesellschaft, Basel, unterstützt.

Wochenstunden im ersten Therapiejahr untersucht. Am Ende jedes weiteren Therapiejahres wurden zudem Katamnesen durchgeführt. Die Daten sind aus drei unterschiedlichen Perspektiven erhoben worden: Durch Befragung (1.) der Therapeuten, (2.) der Patienten und (3.) hat ein Forschungsteam aus einer therapieexternen Sicht diagnostische Interviews mit den Patienten geführt und kriteriengeleitet ausgewertet. Dieser multi-perspektivische Ansatz, der die Subjektivität der Patienten und die Sicht der Therapeuten und externen Forscher gleichwertig berücksichtigt, wird dem psychoanalytischen Ansatz am besten gerecht. Die Begegnung zwischen Patient und Therapeut wird von uns als ko-konstruierter Prozess begriffen. Das Erleben ereignet sich im wechselseitigen Austausch von Subjektivitäten, an der Schnittstelle der sich gegenseitig beeinflussenden Erlebniswelten von Patient und Therapeut. Die Beobachtungsposition liegt dabei stets innerhalb des gemeinsamen Kontextes [17]. Diese Beobachtungsposition findet ihren Ausdruck in den Protokollen der Therapeuten.

In der Studie kamen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz. Qualitative Daten lagen in Form von Protokollen über einzelne bedeutsame Therapiestunden und in Form von Notizen über den therapeutischen Prozess vor. Basierend auf diesen Protokollen wurden wie unten stehend beschrieben, die emotionale Qualität (EQ), die Fortschritte im therapeutischen Prozess (FP) sowie die Lesbarkeit der Protokolle (LP) quantifiziert. Zu fünf Erhebungszeitpunkten wurden in dreimonatigen Abständen Fragebögen an die Therapeuten und die Patienten versandt, die Auskunft über die Symptome und die therapeutische Arbeitsbeziehung geben sollten. Die externen Forscher führten zu drei Zeitpunkten (bei Therapiebeginn, nach sechs und zwölf Monaten) psychodynamische Interviews nach den Richtlinien der «Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik» (OPD) [18] durch. Diese Interviews wurden videografiert und zu einem späteren Zeitpunkt evaluiert. Ausserdem wurde mittels des «Strukturierten Klinischen Interviews für DSM IV» (SKID-II) zu Beginn der Behandlung untersucht, ob die Patienten unter einer Persönlichkeitsstörung litten. Das SKID-II-Interview [19] fand ca. zwei Wochen nach dem ersten OPD-Interview statt. Dieses Studiendesign wurde in Anlehnung an jenes der Heidelberger Praxisstudie Analytische Langzeittherapie gewählt und in Kooperation mit deren Initianten realisiert, um eine Vergleichbarkeit der Daten dieser beiden Forschungsprojekte zu ermöglichen [14, 20].

Einschlusskriterien Therapeuten

Voraussetzung für die Studienteilnahme der Therapeuten ist das Erfüllen der Ausbildungsstandards/-kriterien der «European Federation for Psychoanalytical Psychotherapy» (EFPP).

Rekrutierung der Therapeuten

Psychoanalytische Psychotherapeuten aus der Deutschschweiz wurden schriftlich und mündlich über das Forschungsprojekt informiert. Die Gruppe «Forschungsinitiative Psychoanalytische Psychotherapie» kontaktierte im

Auftrag der EFPP alle dem Verband bekannten psychodynamisch orientierten Psychotherapeuten im Raum Basel/Bern/Zürich. 37 psychoanalytische Therapeuten und Therapeutinnen erklärten sich bereit, an dieser Studie teilzunehmen. 19 Therapeuten wiesen eine psychologische Grundausbildung auf, 18 eine medizinische. Alle Therapeuten haben ihre Ausbildung in psychoanalytischer Therapie absolviert (gemäss Kriterien der EFPP-Swiss-Sektion) und sind EFPP-zertifizierte Analytiker.

Einschlusskriterien Patienten

- Patienten, die nach einer Vorinformation durch ihren Therapeuten und eine umfassende Aufklärung durch das Forschungsteam der Teilnahme an der Studie zustimmten.
- Patienten, die von den Therapeuten bei Behandlungsbeginn mittels der OPD als gering, mässig oder gut strukturiert betrachtet werden. Diese Einschätzung musste durch diejenige des Forscherteams bestätigt werden.
- Patienten, die eine oder zwei Therapiesitzungen pro Woche in Anspruch nehmen.
- Patienten, die im Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) von den Therapeuten als deutlich belastet eingestuft werden.
- Zum Aufnahmezeitpunkt in die Studie sollten die Patienten nicht mehr als 15 Therapiestunden in Anspruch genommen haben.

Ausschlusskriterien Patienten

- Patienten mit einer nicht psychiatrischen Grunderkrankung (z.B. neurologische Störung), die teilweise oder ganz für die psychiatrische Symptomatik verantwortlich sein könnte.
- Patienten mit der Hauptdiagnose von substanzinduzierten (psychotropen) Störungen von Psyche und Verhalten (F10-F19). Hier kann die Kontinuität der Therapie nicht gewährleistet werden.
- Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (F20-F29). Bei diesen Patienten kann die Beziehungsfähigkeit deutlich beeinträchtigt sein. Die Kontinuität der Therapie ist auf diese Weise nicht gewährleistet.

Erhebungsinstrumente

In der vorliegenden Studie wurden verschiedene standardisierte Fragebögen verwendet. Die Therapeuten füllten den Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank [21] sowie einen Fragebogen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) [22] aus. Die Patienten füllten die Symptomcheckliste (SCL-90R) [23], das «Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme» (IIP-D) [24], den «Psychosozialen Kommunikativen Befund» (PSKB) [25], sowie ebenfalls den Fragebogen zur Therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) in der Patientenversion aus. Für die benutzten Fragebögen wurden, wo möglich, die internen Konsistenzen für die vorliegende Stichprobe bei Therapiebeginn berechnet.

Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) nach Schepank

Der BSS erlaubt den Schweregrad der psychogenen Erkrankung der Patienten zu beurteilen. Die Therapeuten schätzen die (a) körperliche, (b) psychische und (c) sozialkommunikative Beeinträchtigung jeweils auf einer Skala von 0 bis 4 ein. Dabei bedeutet 0 gar nicht bzw. 4 in extremer Ausprägung vorhanden. Diese drei Werte werden zu einem Gesamtscore aufsummiert, welcher von 0 bis 12 reicht.

Symptom Checkliste (SCL-90R)

Es werden in 90 Items die Symptome aus Sicht der Patienten erfasst. Die 90 Items werden zu 9 Skalen zusammengefasst: Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items. Der «Global Severity Index» (GSI) erfasst die grundsätzliche psychische Belastung, der «Positive Symptom Distress Index» (PSDI) misst die Intensität der Antworten und der Kennwert «Positive Symptome Total» (PST) gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen in der vorliegenden Studie zwischen $\alpha = 0,67$ und $\alpha = 0,89$. Die Skala phobische Angst ist die einzige Skala, die einen geringeren Wert als $\alpha = 0,75$ aufweist. Für den GSI beträgt $\alpha = 0,967$.

Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP-D):

Das IIP-D ist ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung interpersonaler Probleme. Erfragt werden interpersonale Verhaltensweisen, (a) die dem Probanden schwer fallen und (b) die ein Proband im Übermass zeigt. Der Fragebogen erlaubt eine differenzierte Diagnostik interpersonaler Probleme. Die Auswertung kann über acht faktorenanalytisch gebildete Skalen erfolgen, die den Oktanten des interpersonalen Kreismodells entsprechen: (1.) autokratisch/dominant, (2.) streitsüchtig/konkurrierend, (3.) abweisend/kalt, (4.) introvertiert/sozial vermeidend, (5.) selbstunsicher/unterwürfig, (6.) ausnutzbar/nachgiebig, (7.) fürsorglich/freundlich, (8.) expressiv/aufdringlich. Zusätzlich wird ein Gesamtwert gebildet, der das Ausmass an interpersonaler Problematik charakterisiert. Die internen Konsistenzen der Subskalen liegen in der vorliegenden Studie zwischen $\alpha = 0,72$ und $\alpha = 0,84$. Eine Ausnahme bildet die Skala (bc) zu streitsüchtig ($\alpha = 0,6$).

Psychozial kommunikativer Befund (PSKB-R)

Es handelt sich um ein Befundsystem, das Neurosen unter psychoanalytischen Gesichtspunkten beschreibt und den Aspekt der zwischenmenschlichen Beziehungen betont. Er gliedert sich in neun Skalen mit insgesamt 95 Items: (1.) Rücksichtsforderung, (2.) Ängstlichkeit im Kontakt, (3.) Körpersymptomklage, (4.) Körperbezogene Angst, (5.) depressiv/suizidale Stimmung, (6.) zwanghaft/überfürsorgliches Verhalten, (7.) regressive Bindung, (8.) Werteorientierung und (9.) hoher Anspruch. Die internen Konsistenzen liegen in der vorliegenden Stichprobe zwischen $\alpha = 0,62$ und $\alpha = 0,90$.

Fragebogen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB)

Dieser Fragebogen liegt als Patienten- und Therapeutenversion vor und ermöglicht damit die therapeutische Arbeits-

beziehung aus zwei verschiedenen Erlebnisperspektiven heraus abzubilden. Mittels 20 Items wird die Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung sowohl von den Therapeuten wie auch den Patienten erfasst. Unter therapeutischer Arbeitsbeziehung wird im TAB die Arbeitsbeziehung im engeren Sinne als auch umfassendere Aspekte der Beziehung zwischen Patient und Therapeut wie Vertrauen, Wärme und Akzeptanz verstanden. Zu beurteilen sind die Items auf einer vierstufigen Likert-Skala zwischen Zustimmung und Verneinung. Bei der vorliegenden Stichprobe beträgt Cronbachs $\alpha = 0,852$ (Patientenversion), $\alpha = 0,814$ (Therapeutenversion).

Klinisches und diagnostisches Interview

Zu Therapiebeginn wurde ein klinisches Interview zur Erfassung der ICD-10-Diagnosen und das SKID-II zur Erfassung von Persönlichkeitsstörungen durchgeführt. Dieses wurde in möglichst kurzem Abstand zum OPD-Interview (ca. zwei Wochen später) durch denselben Interviewer des Forschungsteams, der bereits das OPD-Interview gemacht hatte, durchgeführt.

Interview nach der «Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik» (OPD) und Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUS)

Zu drei Zeitpunkten (Therapiebeginn, sechs und zwölf Monate nach Therapiebeginn) wurden Interviews nach Kriterien der OPD1 mit den Patienten geführt und auf Video aufgezeichnet. Die OPD ist ein multiaxiales, auf psychoanalytischer Theorie aufbauendes Diagnosesystem, das es ermöglicht, jeden Patienten auf vier Achsen einzuschätzen. In der FIPP wurden die Beziehungs-, die Konflikt- und die Strukturachse verwendet. Die Achse I «Krankheitserleben und die Behandlungsvoraussetzungen» wurde nicht verwendet, da der Schwerpunkt der Studie auf der Erfassung der Möglichkeiten zur Beeinflussung der psychischen Struktur lag. Für eine Veränderungsmessung auf der Grundlage der OPD wurde die HUS benutzt. Sie erlaubt, die zentralen Problembereiche, die in der Therapie bearbeitet werden sollen, zu definieren und Veränderungen in diesen Bereichen zu erfassen [26]. Zu diesem Zweck werden fünf Foki formuliert und bezüglich des Strukturniveaus auf der HUS eingeordnet. Diese dienen als Grundlage für die weitere Interviewführung und für die Auswertung mit der HUS. Die fünf Foki beschreiben die für den betreffenden Patienten zentralen Problembereiche. Das mittels OPD festgelegte habituelle dysfunktionale Beziehungsmuster eines Patienten stellt jeweils einen der fünf Foki dar. Die anderen vier Foki beziehen sich auf strukturelle Schwierigkeiten oder zentrale Konflikte des Patienten. Die Bewertung der Foki erfolgt auf einer siebenstufigen Skala, die von Abwehr/Nichtwahrnehmung des Problems bis zur Auflösung desselben reicht. Jede der sieben Stufen beschreibt einen therapeutisch wichtigen Schritt von zunehmender Problembewusstheit über das Durcharbeiten bis hin zu einer tiefer greifenden Veränderung. Die Interviews wurden von zwei unabhängigen «Ratern» (nicht dem Interviewer) nach der OPD ausgewertet. Nach den je unabhängigen Ratings durch zwei

Tabelle 1

Heidelberger Umstrukturierungsskala.

Stufe	Niveau	Wert	Beschreibung der Stufe	
1. Nichtwahrnehmen des Fokusproblems	1 1+	1 1,33	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt kein Problem	
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2– 2 2+	1,66 2 2,33	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen, von aussen kommend erlebt	
3. Vage Wahrnehmung des Fokus	3– 3 3+	2,66 3 3,33	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortung	Bewältigung
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	4– 4 4+	3,66 4 4,33	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive Bewältigung	
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich	5– 5 5+	4,66 5 5,33	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur «Passion», Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung	Strukturelle Veränderung
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	6– 6 6+	5,66 6 6,33	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	
7. Auflösung des Fokus 7–	7– 7 7+	6,66 7 7,33	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltungen	

Rater wird in einem zusätzlichen Rating ein Konsensrating vorgenommen. Die einzelnen Stufen und deren Übersetzung in für die Berechnungen verwendbare Werten werden in Tabelle 1 dargestellt.

Qualitative Datenerhebung

Die Therapeuten verfassten im ersten Jahr zu fünf Erhebungszeitpunkten (t1–t5) Protokolle, anhand derer der therapeutische Prozess aus Therapeutensicht rekonstruiert werden sollte. Wir beschreiben hier aus Platzgründen ausschliesslich das für die vorliegende Publikation verwendete Protokoll «Analytischer Prozess und Zusammenarbeit», mittels welchem die Therapeuten diese aus ihrer Sicht beschreiben und kommentieren.

Protokoll «Analytischer Prozess und Zusammenarbeit»

Die Therapeuten beschrieben in freier Form, wie sich die therapeutische Arbeitsbeziehung über den relevanten Zeitraum gestaltete (für dieses Protokoll nur t2–t5). Die Therapeuten wurden gebeten, zu bilanzieren, welcher Art der analytische Prozess und die therapeutische Zusammenarbeit im vorausgegangenen Vierteljahr waren und welche Schwierigkeiten und positive Entwicklungen es gab. Die Therapeuten wurden angewiesen, mit einem freien Text die Atmosphäre und die Art des analytischen Prozessgeschehens und der Zusammenarbeit zu kommentieren. Ausserdem mussten die Therapeuten angeben (ja oder nein), ob Veränderungen in verschiedenen im Protokoll vorgegebenen Bereichen stattfanden (z.B. regressives Verhalten, Widerstand etc.) und diese allenfalls beschreiben. Wir entschieden uns aber ausschliesslich, die freie Beschreibung und Kommentierung des analytischen Prozesses und der Zusammenarbeit als Grundlage für die Bewertung der emotionalen Qualität des therapeutischen Prozesses zu nut-

zen, da das Angebot die Veränderungen zu kommentieren nur wenig in für die hier durchgeführte Analyse geeigneter Form genutzt wurde.

Erfassung der emotionalen Qualität (EQ) der therapeutischen Arbeitsbeziehung

Drei unabhängige Raterinnen (zwei Psychologinnen und eine Medizindoktorandin) haben die Protokolle bezüglich der EQ individuell bewertet. Eine der Raterinnen bewertete die EQ (Psychologin) zuerst zu t2, bevor sie den gesamten Prozess (t2–t5) bewertete. Diese Raterin las zunächst alle Protokolle nur zum ersten dokumentierten Zeitpunkt (t2) und bewertete diesen. Anschliessend las sie alle Zeitpunkte umfassenden Protokolle und bewertete diese. Es sollte untersucht werden, ob sich die emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung möglicherweise schon sehr früh in der Beschreibung der Zusammenarbeit niederschlägt. Alle Raterinnen schätzten die EQ auf einer fünfstufigen Skala ein, wobei 1 negative, 2 eher negative, 3 mittelmässige, 4 eher positive und 5 positive emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung bedeutete. Eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung wurde hier als eine Beziehung definiert, in welcher Patient und der Therapeut gemeinsam und zielgerichtet zusammenarbeiten können und eine emotionale Verbindung aufbauen. Als EQ fassten wir die Grundstimmung im therapeutischen Prozess, das gefühlsmässige Aufeinander-abgestimmt-sein bzw. Aufeinander-zugehen auf. Die Raterinnen wurden aufgefordert, sich auf ihren Gesamteindruck bezüglich der beschriebenen Sequenzen zu stützen, wobei sie auf negative und positive Emotionssequenzen, aber auch auf scheinbar isoliert auftretende Emotionen achten sollten. Ebenfalls sollten die Raterinnen die Beschreibungen der Übertragung und Gegenübertragung in die Bewertung mit einbeziehen. Die Bewertung der Protokolle wurde somit durch die beim Lesen direkt fassbaren Emotions- und Interaktionssequenzen entwickelt.

Tabelle 2 Kreuztabelle Hauptdiagnose und Komorbidität sowie Strukturniveau.

Hauptdiagnose (1. Diagnose) nach ICD-10		Komorbidität		Strukturniveau nach OPD		
		nein	ja	gering	mässig	gut
Abhängigkeitsstörung	N (%)	1 (100)	0	0	1 (100)	0
Affektive Störung	N (%)	15 (88,2)	2 (11,8)	2 (11,8)	9 (52,9)	6 (35,3)
Angststörung/Somatoforme Störung, Anpassungsstörung.	N (%)	7 (87,5)	1 (12,5)	1 (12,5)	4 (50)	3 (37,5)
Essstörung	N (%)	1 (100)	0	0	1 (100)	0
Persönlichkeitsstörung	N (%)	5 (41,7)	7 (58,3)	3 (25)	7 (58,3)	2 (16,7)
Gesamt	N (%)	29 (74,4)	10 (25,6)	6 (15,4)	22 (56,4)	11 (28,2)

Fortschritte im therapeutischen Prozess (FP) und Lesbarkeit der Protokolle (LP)

Die Raterinnen erfassten ausser der emotionalen Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung auch die Fortschritte im Prozess. Sie wurden gebeten, anhand derselben Protokolle, die als Grundlage für die Einschätzung der EQ benutzt wurden, zu bewerten, ob und in welchem Ausmass Fortschritte von den Therapeuten dokumentiert wurden (5-stufige Skala), wobei 1 keine bis sehr wenige, 2 wenige, 3 mittelmässige, 4 bereits merkbare und 5 deutliche Fortschritte bedeutete. Sie wurden darauf hingewiesen insbesondere auf Komparative, die auf Fortschritte im Prozess (FP) hindeuten könnten, zu achten. Ausserdem bewerteten zwei Raterinnen die «Lesbarkeit der Protokolle» (LP) (5-stufige Skala, analog zu EQ und FP). Kriterium war hier die Klarheit der Texte in Bezug auf die Zusammenarbeit im Therapieprozess. Dabei stand die Frage im Vordergrund, ob die Therapeuten diese darstellen konnten, ohne sich primär auf Fachsprache beziehen zu müssen und ohne dass die Beschreibungen zu komplex/verschachtelt erscheinen würden.

Statistische Analysen

Die Interraterreliabilität wurde mittels Intraklassenkoeffizienten (ICC) berechnet. Zusammenhänge zwischen den Globaleinschätzungen EQ, FP und LP sowie zwischen EQ zu t2 und EQ, FP und LP wurden mittels Rangkorrelationen erfasst. Ebenso wurden Rangkorrelationen zwischen der EQ und der EQ zu t2 und den TAB-Einschätzungen von Patienten und Therapeuten berechnet. Zusammenhänge zwischen den Globaleinschätzungen der EQ, der FP, der LP und den Veränderungen der Symptome zum Ende des ersten Therapiejahres wurden mittels linearen schrittweisen Regressionen überprüft. Als abhängige Variablen dienten die Prä-Post-Differenzen der verschiedenen klinischen Symptommasse (patientenseitig GSI des SCL-90R, Summenwert des PSKB und des IIP, therapeutenseitig der BSS) sowie der HUS. Als unabhängige Variablen wurden in alle Regressionsanalysen folgende Variablen eingegeben: EQ, FP, LP und EQ zu t2, Prä-post-Differenzwerte der TAB von Patient und Therapeut sowie TAB zu t1 von Therapeut und Patient. Ausserdem wurden Patientencharakteristika wie Alter, Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach SKID II und die mittels OPD erfassten Strukturmerkmale als mögliche Prädiktoren eingegeben. Ausserdem berechneten wir weitere schrittweise Regressionsanalysen, um zu eruieren, welche Rolle Patientencharakteristika wie z.B. die Persön-

lichkeitsstruktur bzgl. der Einschätzung der EQ und FP spielen. Ausser den Strukturmerkmalen nach OPD, gaben wir Alter, Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach SKID II und die Gesamtwerte der Symptomskalen PSKB, SCL-90R und IIP zu t1 ein. In einem zweiten Schritt untersuchten wir, ob die Subskalen des IIP und des PSKB als mögliche Prädiktoren in Frage kämen, da diese Hinweise interaktionale Schwierigkeiten differenzierter abzubilden vermögen. Für die Regressionsanalysen verwendeten wir den allgemein üblichen Signifikanzbereich von $p = 0,05$ bis $p = 0,1$. Die statistischen erfolgten mittels SPSS17.

Resultate

Im Zeitraum von Juli 2003 bis Januar 2005 konnten 57 Patienten-Therapeuten-Paare in die Studie aufgenommen werden. Für die vorliegende Analyse lagen vollständige Daten von 39/57 vor. Es wurden nur die Patienten ausgewählt, welche die Therapie im ersten Jahr nicht vorzeitig abgebrochen hatten (46/57). Ausserdem wurden zwei weitere Patienten, deren ambulante Behandlung durch einen stationären Aufenthalt unterbrochen wurde, aus der Analyse ausgeschlossen. Weitere fünf Protokolle konnten nicht bewertet werden, da bei den Protokollen mehr als ein Zeitpunkt fehlte.

Patienten

Fast zwei Drittel der Patienten sind weiblichen Geschlechts (69,2%). Das Durchschnittsalter liegt bei $MW = 35,79$ ($sd = 12,9$). 71,8% der Patientinnen sind schweizerischer Nationalität. Die Stichprobe weist einen hohen Anteil gut ausgebildeter Patienten auf. 26,3% der Patienten verfügen über eine Hochschul- oder Fachhochschulausbildung, 44,7% haben eine Matura/Fachmatura, 28,9% eine Real- oder Sekundarschulausbildung. Die Angaben zur Diagnostik nach ICD-10 sind in der Tabelle 2 zusammengefasst. Die Patienten mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung sind im Vergleich zu Patienten mit anderen Hauptdiagnosen am häufigsten komorbide² ($\alpha^2 = 9,86$; $df = 4$; $p = 0,043$). Patienten mit verschiedenen Hauptdiagnosen unterscheiden sich jedoch nicht bezüglich ihres Strukturniveaus ($\alpha^2 = 3,671$; $df = 8$; $p = 0,885$).

2 Komorbidität bedeutet das Vorhandensein von mehr als einer Störung in einem definierten Zeitraum.

Tabelle 3

Kreuztabelle Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mittels SKID II und mittels des klinischen Interviews.

		Diagnose F6 (Persönlichkeitsstörung)		Gesamt
		nein	ja	
SKID II Persönlichkeitsstörung diagnostiziert: ja/nein	nein	N (%) 22 (95,7)	1 (4,3)	23
	ja	N (%) 4 (25)	12 (75)	16
Gesamt		N (%) 26 (66,7)	13 (33,3)	39

Tabelle 4Zusammenhang zwischen der Einschätzung der EQ_{average} bzw. der EQ zu t2 und der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu den verschiedenen Messzeitpunkten sowie der Veränderung der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

		TAB Th. t1	TAB Th. t2	TAB Th. t3	TAB Th. t4	TAB Th. t5	TAB Pat. t1	TAB Pat. t2	TAB Pat. t3	TAB Pat. t4	TAB Pat. t5	TAB. Pat. Diff. t1–t5	TAB. Th. Diff. t1–t5
EQ _{average}	r _s	0,24	0,11	0,60	0,60	0,52	0,21	0,22	0,30	0,41	0,61	0,67	0,31
	p	0,14	0,52	0,00	0,00	0,00	0,20	0,19	0,06	0,01	0,00	0,00	0,07
	N	39	39	39	39	36	39	39	39	39	39	39	36
EQ zu t2	r _s	0,14	0,10	0,56	0,63	0,38	0,27	0,25	0,44	0,29	0,46	0,47	0,15
	p	0,39	0,56	0,00	0,00	0,02	0,10	0,13	0,01	0,08	0,00	0,00	0,40
	N	38	38	38	38	35	38	38	38	38	38	38	35

EQ_{average} = emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, TAB = therapeutische Arbeitsbeziehung, Th. = Therapeut, Pat. = Patient

Psychiatrische Diagnostik (ICD-10 und SKID-II)

Die am häufigsten vergebene Hauptdiagnose war die einer affektiven Störung (43,6%), die zweithäufigste die einer Persönlichkeitsstörung (30,8%). Auch die mittels SKID II als persönlichkeitsgestört diagnostizierten Patienten (41%) waren deutlich häufiger komorbid als andere Patienten (8,7% vs. 50%; $\chi^2 = 8,44$; $df = 1$; $p = 0,004$). Hier wurden alle Patienten berücksichtigt, welchen überhaupt eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, d.h. nicht nur jene mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung. Es ist anzumerken, dass 12 der Patienten, die nach SKID II die Diagnose einer PS erhalten, auch im klinischen Interview als persönlichkeitsgestört diagnostiziert werden (dabei erhalten 11/12 Patienten diese von den Forschenden als Hauptdiagnose). 22 Patienten werden übereinstimmend als nicht persönlichkeitsgestört diagnostiziert (Tabelle 3).

Interrater-Reliabilität für die Globaleinschätzungen EQ, FP und LP

Bezüglich der globalen Einschätzung wird ersichtlich, dass die Raterinnen sehr ähnliche Einschätzungen realisiert haben. Der Intraklassenkoeffizient (ICC) für die Bewertung der EP liegt sowohl bei zwei als auch bei drei Raterinnen bei 0,736 ($p < 0,0001$). Bei der Bewertung des Fortschritts beträgt der Intraklassenkoeffizient bei Einbezug aller drei Raterinnen 0,709 ($p < 0,0001$), und 0,835 ($p < 0,0001$) bei Einbezug der Ratings der beiden Psychologinnen. Bei der Lesbarkeit der Protokolle beträgt der ICC bei 0,629 ($p < 0,0001$). Auch hier wurden nur die beiden Ratings der Psychologinnen benutzt. Als Grundlage für weitere Berechnungen benutzten wir infolge den Durchschnittswert der Ratings der beiden Psychologinnen, obwohl auch mit dem Rating der Doktorandin eine hohe Übereinstimmung vorlag. Die Durchschnittswerte werden fortan als EQ_{average}, LP_{average} und FP_{average} bezeichnet.

Korrelationen zwischen den Globaleinschätzungen

Die EQ_{average} und FP_{average} korrelieren hoch miteinander ($r_s = 0,87$, $n = 39$, $p < 0,0001$). Die LP_{average} der Protokolle weist eine geringere, aber signifikante Korrelation mit der EQ_{average} ($r_s = 0,35$, $n = 39$, $p < 0,036$) sowie eine tendenzielle Korrelation mit den FP_{average} ($r_s = 0,29$; $n = 39$; $p < 0,079$) auf. Die Einschätzung der EQ zu t2 korreliert sowohl hoch mit der EQ_{average} wie sie über den ganzen Prozess hinweg eingeschätzt wurde (t2–t5) ($r_s = 0,667$; $p < 0,0001$) sowie den FP_{average} ($r_s = 0,713$; $p < 0,0001$). Sie korreliert in geringem Mass mit der LP_{average} ($r_s = 0,327$; $p = 0,045$).

Korrelationen zwischen den Globaleinschätzungen und der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung mittels Fragebogen

Einerseits korrelieren die Einschätzung der EQ zu t2 sowie der EQ_{average} zu den einzelnen Zeitpunkten höher mit den Therapeuteinschätzungen, andererseits deutlich höher mit der Veränderung der Einschätzung der TAB durch die Patienten (Tabelle 4). Beide Werte korrelieren zudem erst ab t3, also nach sechs Monaten Therapie, signifikant mit den Patienten- und Therapeuteinschätzungen der TAB.

Regressionsanalysen zur Prädiktion der Symptomverbesserung und der Verbesserung auf der HUS

Wir berechneten multiple schrittweise Regressionen (paarweiser Fallausschluss), um zu überprüfen, welche der unabhängigen Variablen am meisten zur Aufklärung der Varianz in den Kriteriumsvariablen beitragen würde. Als Kriteriumsvariablen dienten die Prä-Post-Differenzen der verschiedenen klinischen Symptommasse (GSI des SCL-90R, Summenwert des PSKB und des IIP sowie BSS) sowie der HUS. Wir nahmen an, dass die emotionale Qualität der Arbeitsbeziehung, wie sie aus den Protokollen ablesbar ist, möglicherweise mehr Varianz aufzuklären vermag als

die standardmässig eingesetzten Fragebögen zur Erfassung der therapeutischen Arbeitsbeziehung. Mittels Regressionsanalysen überprüften wir zudem, ob bestimmte Patientencharakteristika wie z.B. das Strukturniveau oder das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nach einem Jahr haben würden. Bei der Berechnung der Regressionsanalysen zur Symptomreduktionen im GSI des SCL-R und dem Gesamtwert des IIP wurde ausschliesslich EQ_{average} als Prädiktorvariable ins Modell aufgenommen und erklärte 21% bzw. 26% der Varianz in der Kriteriumsvariablen (Tabelle 5). Bei der Symptomveränderung im PSKB vermochte die EQ_{average} 14% zur Aufklärung der Streuung beizutragen, die Therapeuteinschätzung der TAB zu t1 zusätzliche 10%. Sie trug indes nichts zur Vorhersage der Verbesserungen in den einzelnen Dimensionen des BSS bei. Bei der Reduktion der körperlichen Beeinträchtigung stellte sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach SKIDII als relevant heraus, bei der Reduktion der sozialkommunikativen Beeinträchtigung zeigte sich, dass die LP dazu beizutragen vermag, die Streuung im Differenzwert vorherzusagen. Auch die Verände-

rung auf der HUS kann nicht aufgrund der Kenntnis der EQ_{average} präzisiert werden.

Korrelationen zwischen den Symptomverbesserungen, der Verbesserung auf der HUS und der emotionalen Qualität der Beziehung sowie der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus Sicht von Patienten und Therapeuten

Als Ergänzung zur Regressionsanalyse haben wir die Korrelationen zwischen der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu Beginn der Therapie aus Sicht von Patient und Therapeut sowie deren Veränderungen über die Zeit hinweg und den Symptomveränderungen dargestellt (Tabelle 6). Selbiges haben wir für die Einschätzung der emotionalen Qualität gemacht. Die Ergebnisse für die Veränderung auf der HUS und dem BSS (nur Summenscore) haben wir nicht dargestellt, da sämtliche Zusammenhänge nicht signifikant sind. Es zeigt sich, dass auch die Anfangswerte der TAB aus Sicht des Therapeuten sowie die Einschätzung der emotionalen Qualität zu t2 signifikante

Tabelle 5 Ergebnisse der multiplen schrittweisen Regressionen.

Model Nr.	Kriteriumsvariable	Unabhängige Variable(n)	R	R ²	Standardisierter Koeffizient β	df1; df2	Änderung in F	p
1	Änderung GSI t1-t5	EQ _{average}	0,50	0,26	-0,50	1;33	11,19	0,002
2	Änderung PSKB t1-t5	EQ _{average} TAB Therapeut t1	0,38 0,49	0,14 0,24	-0,24 -0,35	1;33 1;32	5,41 4,31	0,03 0,05
3	Änderung IIP t1-t5	EQ _{average}	0,46	0,21	-0,46	1;33	8,8	0,006
4	Änderung körperliche Beeinträchtigung BSS	Diagnose PS Nach SKID II	0,40	0,16	-2,5	1;32	6,3	0,013
5	Änderung psychische Beeinträchtigung BSS	–	–	–	–	–	–	–
6	Änderung sozial-kommunikative Beeinträchtigung BSS	LP _{average}	0,48	0,23	-0,48	1;33	10	0,004
7	Änderung BSS Gesamtbeeinträchtigung	–	–	–	–	–	–	–
8	Änderung HUS	Selbststeuerung OPD	0,37	0,14	0,37	1;33	50,15	0,03

GSI = Global Severity Index des SCL-90R; PSKB = Psychosozialkommunikativer Befund; IIP = Inventar interpersoneller Probleme; BSS = Beeinträchtigungsschwerescore; HUS: Heidelberger Umstrukturierungsskala; EQ_{average} = emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung Durchschnittsrating; TAB = therapeutische Arbeitsbeziehung; LP_{average} = Lesbarkeit der Protokolle Durchschnittsrating; OPD = Operationalisierte psychodynamische Diagnostik

Tabelle 6 Korrelationen zwischen den Veränderungen in den Symptommassen und der Einschätzung der EQ_{average} bzw. der EQ zu t2 und der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu den verschiedenen Messzeitpunkten sowie der Veränderung der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

		TAB Pat. Diff. t1–t5	Tab. Th. Diff. t1–t5	TAB Pat. t1	TAB Th. t1	EQ _{average}	EQ zu t2
Änderung GSI t1–t5	r	-0,31	-0,29	n.s.	-0,33	-0,50	-0,42
	p	0,03	0,04		0,02	0,001	0,01
	N	39	36		39	39	38
Änderung PSKB t1–t5	r	-0,23	n.s.	n.s.	-0,44	-0,38	-0,23
	p	0,082			0,03	0,01	0,08
	N	39			39	39	38
Änderung IIP t1–t5	r	-0,31	n.s.	n.s.	-0,35	-0,46	-0,36
	p	0,03			0,02	0,002	0,01
	N	39			39	39	38

GSI = Global Severity Index des SCL-90R; PSKB = Psychosozialkommunikativer Befund; IIP = Inventar interpersoneller Probleme; EQ_{average} = emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung Durchschnittsrating; EQ = emotionale Qualität; TAB = Therapeutische Arbeitsbeziehung

Korrelationen mit verschiedenen Symptomveränderungen aufweisen. Die Korrelationen liegen in der Regel jedoch unter jenen der $EQ_{average}$, so dass sich diese als Prädiktorvariable in den verschiedenen Regressionsanalysen als Variable mit der höchsten Varianzaufklärung durchsetzt. Die anderen Variablen werden aufgrund ihrer z.T. hohen Korrelation mit dieser Prädiktorvariablen nicht ins Modell aufgenommen.

Regressionsanalysen zur Prädiktion der $EQ_{average}$ und der $FP_{average}$

Die Einschätzung der $EQ_{average}$ variierte in Abhängigkeit vom Alter, der Ausprägung der suizidal depressiven Stimmung und der Rücksichtsforderung wie sie mittels des PSKB erfasst werden. Je jünger die Patienten, desto höher wurde die $EQ_{average}$ anhand der Protokolle eingeschätzt. Auch eine höhere Ausprägung in der depressiv suizidalen Stimmung geht mit einer höheren Einschätzung der $EQ_{average}$ einher, während eine gesteigerte Rücksichtsforderung des Patienten offenbar zu einer negativeren Färbung der $EQ_{average}$ beiträgt (Tabelle 7). Für die Prädiktion der Ausprägung der $FP_{average}$ erweist sich hingegen nur das Alter als relevant. Andere Variablen werden nicht ins Modell aufgenommen.

Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie war es zu prüfen, ob und in welchem Ausmass die emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, EQ – wie sie aus Sicht der Therapeuten mittels ihrer Protokolle über den analytischen Prozess und die Zusammenarbeit ablesbar ist und in Globaleinschätzungen übersetzt wurde – zur Prädiktion der Symptomveränderungen und der strukturellen Verbesserung nach dem ersten Jahr Psychotherapie beitragen würde. Ein zentrales Anliegen war es zu prüfen, ob die EQ sich möglicherweise besser als Prädiktor für die Symptom- bzw. Strukturveränderungen eignen würde als die Einschätzung der Veränderung der mittels Fragebögen eingeschätzten therapeutischen Arbeitsbeziehung (TAB) aus Patienten- und Therapeutensicht.

Dies bestätigte sich. Es zeigte sich, dass die $EQ_{average}$ signifikant zur Vorhersage des Behandlungsergebnisses nach einem Jahr Psychotherapie beiträgt und zwar deutlicher als die Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus Sicht von Therapeuten oder Patienten. Je positiver die $EQ_{average}$ aufgrund der Protokolle eingeschätzt wurde, desto stärker war auch die Reduktion der Symptome in der Wahrnehmung und Einschätzung der Patienten (Reduktionen

im SCL-90, PSKB und IIP). Die Patienten konnten ihre für sie problematischen Verhaltensweisen in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlicher reduzieren, wenn die therapeutische Arbeitsbeziehung eher als emotional positiv geprägt beschrieben wurde. Bei der Vorhersage der therapeutenseitigen Veränderungswerte war die $EQ_{average}$ jedoch nicht von Nutzen.

Wir verstehen diese Ergebnisse zunächst als Bestätigung dafür, dass eine effektive psychotherapeutische Arbeit nur in einem psychotherapeutischen Prozess stattfinden kann, in dem die Zusammenarbeit auch durch positive, produktive emotionale Prozesse gestützt wird. Die bestehende Forschungsliteratur die Rolle der therapeutischen Arbeitsbeziehung betreffend, stützt diesen Befund, wie einleitend beschrieben, deutlich. Es lassen sich an dieser Stelle aber verschiedene Diskussionspunkte aufgreifen. Zentrale Angelpunkte der Diskussion dürften sein, warum (1.) die $EQ_{average}$ wie sie mittels der Globaleinschätzungen erfasst wird, bedeutsamer für die Vorhersage von Symptomveränderungen (patientenseitig) ist, als die mittels TAB erhobenen Daten zur Erfassung der therapeutischen Beziehung und (2.) warum die $EQ_{average}$ deutlicher mit der patientenseitigen Veränderung der Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung korreliert als mit der therapeutenseitigen. Ausserdem gilt es in diesem Kontext zu hinterfragen, warum zwar die patientenseitig erfassten Symptomveränderungen, aber weder die therapeutenseitig erfassten Veränderungen noch die Veränderungen auf der HUS zuverlässig aus der $EQ_{average}$ oder den $FP_{average}$ vorhersagbar sind. Nicht zuletzt ist von Interesse, warum patientenseitige Variablen, wie Strukturniveau oder die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nach SKID II nichts zur Voraussage der Symptom- oder Strukturveränderungen beizutragen vermögen. In den folgenden Abschnitten gehen wir auf diese verschiedenen Diskussionspunkte ein.

Die $EQ_{average}$ als Prädiktor für Symptomveränderungen

Die Frage nach der besseren Prädiktionsqualität der Global-einschätzungen verlangt nach einer differenzierten Betrachtung der Möglichkeiten, die emotionale Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung mittels Fragebögen oder geschriebenen Textes zu erfassen. Wir gehen davon aus, dass sowohl die Therapeuten- als auch die Patienteneinschätzungen in Fragebogenform nur bedingt auf die stattfindende Interaktion in der Therapie schliessen lassen. Der Bezug zum Anderen (Patienten oder Therapeuten) wird in Form von nicht miteinander vernetzten, einzelnen Items abgefragt. Dadurch entsteht eine deutliche Fokussierung auf die eigene

Tabelle 7

Regressionsanalyse zur Prädiktion der $EQ_{average}$.

Modell und Schritte	Kriteriumsvariable	Unabhängige Variable(n)	R	R ²	Standardisierter Koeffizient β	df1; df2	Änderung in F	p
1	$EQ_{average}$	Alter	0,36	0,13	-0,40	1;37	5,63	0,02
2		Depressiv suizidale Stimmung PSKB	0,47	0,22	0,42	1;36	4,25	0,05
3		Rücksichtsforderung PSKB	0,57	0,33	-0,34	1;35	5,25	0,03
1	$FP_{average}$	Alter	0,32	0,10	-0,32	1;36	4,19	0,05

PSKB = Psychozialkommunikativer Befund

Wahrnehmung bzw. Perspektive auf den therapeutischen Prozess. Es besteht kein Raum für die Darlegung der für die Bewertung der Items relevanten Überlegungen. Durch das schriftliche Niederlegen der Gedanken zur Zusammenarbeit im therapeutischen Prozess hingegen entsteht/entfaltet sich (Beziehungs-)Wissen, das implizit durchaus vorhanden ist, das aber beim Bewerten einer Merkmalsausprägung im Fragebogen nicht unmittelbar bewusst wird. Die geschriebene Sprache erfordert hingegen eine bewusste analytische Arbeit des zu beschreibenden Geschehens. Damit führt das Schreiben letztendlich zu einer qualitativen Transformation der Denkprozesse [27, 28]. Es bedingt einen Wechsel von der Ebene des praktisch-situativen Denkens auf die Ebene theoretisch-konzeptuellen Denkens. Gleichzeitig erlaubt das Schreiben uns Ideen und Gefühle mitzuteilen und zwar über Zeit und Raum hinweg, wobei wir uns die Position des potentiellen Zuhörers vergegenwärtigen können müssen. Mit anderen Worten, das schriftliche Niederlegen der Gedanken zur therapeutischen Beziehung erfordert grundsätzlich andere kognitive Operationen als die Beantwortung von vorgefertigten Fragebögen. Hierbei sind qualitative neue oder andere Überlegungen anzustellen, die zudem in eine für den Leser verständliche Form übersetzt werden müssen, damit sich diesem ein mehr oder minder vollständiges Bild bezüglich des therapeutischen Miteinanders erschliesst. Es ist daher durchaus möglich, dass die Globaleinschätzung der $EQ_{average}$ aufgrund der Protokolle durchaus mehr und relevantere Informationen in vernetzter Form erfasst, wodurch eine bessere Prädiktion möglich wird. Wir möchten zusätzlich anmerken, dass die $EQ_{average}$ bezüglich der Varianzaufklärung der Veränderungen in den Symptommassen kohärenterweise die beste Prädiktorvariable ist, umspannt sie doch die den gesamten therapeutischen Prozess betreffende emotionale Qualität der Arbeitsbeziehung. Wie die Korrelationen, auf denen die Regressionsanalysen basieren aber zeigen, korreliert auch die EQ zu t2 bereits signifikant mit den Ergebnismassen, wenn auch weniger hoch als $EQ_{average}$. Dies macht im Übrigen Sinn, da anfängliche Schwierigkeiten im Prozess durchaus nicht zu einem schlechten Prozess führen müssen, sondern aufgefangen werden können, wenn der Therapeut die Schwierigkeiten verstehen kann und einen konstruktiven Ausweg findet. Hier wäre es interessant genauer zu untersuchen, warum und unter welchen Bedingungen sich manche Prozesse positiver entwickeln und andere negativer.

Zusammenhang zwischen $EQ_{average}$ und therapeuten- sowie patientenseitiger Einschätzung der therapeutischen Arbeitsbeziehung mittels des TAB

Wie bereits erwähnt stellt sich die Frage, warum sowohl die $EQ_{average}$ als auch die EQ nach drei Monaten Psychotherapie besser mit der TAB-Veränderung der Patientenurteile korrelieren als mit jener der Therapeutenurteile. Dies ist nicht unmittelbar erklärbar. Zunächst sei aber angemerkt, dass die unterschiedliche Bewertung der therapeutischen Arbeitsbeziehung mittels Fragebögen aus Therapeuten- und Patientensicht ein aus der Forschungsliteratur durchaus bekanntes Phänomen [8] ist. Auch sollte hier berücksichtigt werden, dass sich in der vorliegenden Arbeit ab t3 (ca. 6 Monate

nach Therapiebeginn) deutliche Korrelationen zwischen der $EQ_{average}$ bzw. der EQ zu t2 und zwar sowohl in den therapeuten- als auch den patientenseitigen Einschätzungen zeigen, so dass angenommen werden darf, dass beide Therapieteilnehmer durchaus eine «Ahnung» von der Qualität der therapeutischen Beziehung haben. Wir vermuten jedoch, dass die Therapeuten aus ihrer professionellen Position heraus die TAB zu Beginn der Behandlung aber auch nach einem Jahr Psychotherapie deutlich vorsichtiger bzw. verhaltener als die Patienten einschätzen. Dies würde durch die fehlende Korrelation zwischen EQ zu t2 und der Veränderung der TAB von t1 nach t5 (therapeuten- und patientenseitig) gestützt. Offenbar bedeutet eine negativere Beurteilung der EQ zu t2 nicht zwingend, dass sich die therapeutische Beziehung aus Sicht des Therapeuten nicht verbessern kann oder dass eine positiver gefärbte Beziehung zu Beginn wahrscheinlich eine stärkere Verbesserung im Verlauf der Therapie nach sich zieht. Patientenseitig sieht dies anders aus. Es zeigt sich hier eine stärkere Festlegung: ist die EQ zu t2 besser, zeigt sich auch eine deutlichere Verbesserung in der Einschätzung über die Zeit hinweg. Möglicherweise trägt dieses unterschiedliche Antwortverhalten dazu bei, dass geringere Korrelationen zwischen $EQ_{average}$ und den patientenseitigen Einschätzungen der TAB bestehen. Es könnte aber auch sein, dass die geringeren Korrelationen zwischen $EQ_{average}$ und patientenseitigen TAB Einschätzungen im Verlauf darauf beruhen, dass der Einschätzung der $EQ_{average}$ die Beschreibungen der Therapeuten zugrunde liegen. Dies zu verstehen, wäre mit Hinblick auf das Aushandeln einer tragfähigen therapeutischen Beziehung sehr bedeutsam. Eine abschliessende Antwort kann aufgrund des aktuellen Datenhintergrunds nicht gegeben werden.

Die Bedeutsamkeit der $EQ_{average}$ in Bezug auf die therapeuten- und patientenseitigen Veränderungen und die Veränderungen auf der HUS

Wir haben uns gefragt, warum die therapeuten- und patientenseitigen Veränderungen anders als die patientenseitig erfassten Veränderungen weder aus der $EQ_{average}$ noch aus der Einschätzung der TAB hervorsagbar sind. Diese Frage ist schwierig zu beantworten. Zwar ist aus der Forschungsliteratur allgemein bekannt, dass Therapeuten- und Patientenurteile bezüglich der Symptomatik häufig nicht kongruent sind, dennoch liesse sich unseres Erachtens annehmen, dass die patientenseitigen und therapeuten- und patientenseitigen Veränderungsmasse Korrelationen aufweisen, die sich in aufdeckbaren Zusammenhängen mit ähnlichen Variablen, sprich so zentralen Variablen wie der emotionalen Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung, widerspiegeln. Schlussendlich ist für den analytisch arbeitenden Therapeuten die Grundannahme bedeutsam, dass eine positive Arbeitsbeziehung bzw. die geringere Gegenwart negativer Emotionen eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung dafür ist, dass korrektive emotionale Erfahrungen stattfinden können. Dennoch lässt sich dieser Zusammenhang nicht mittels der berechneten Regressionsanalysen zeigen. Es ist denkbar, dass die Symptomerfassung bei den Patienten etwas anderes abrufen als bei den Therapeuten oder aber, dass der Massstab der Therapeuten für Veränderungen in der Symptoma-

tik ein anderer ist. Es könnte aber auch daran liegen, dass die Symptomveränderungen bei den Patienten mittels der verschiedenen Fragebögen differenzierter und veränderungs-sensitiver abgefragt werden, während dem Therapeuten in Fragebogenform dafür lediglich der deutlich weniger ausdifferenzierte Beeinträchtigungsschwerescore (BSS) zur Verfügung steht. Beide Überlegungen wären zu prüfen. Hierzu müssten wir weitere Veränderungsmasse aus Sicht des Therapeuten herbeiziehen können, idealerweise auch solche die aus Fragebögen abgeleitet sind.

Bezüglich der HUS ist die Beantwortung der Frage nach der fehlenden Prädiktion aufgrund der $EQ_{average}$ oder auch der TAB nicht einfacher. Auch hier wäre anzunehmen, dass sich in einer emotional positiv(er) gefärbten Beziehung deutlichere Veränderungen zeigen. Es erweist sich aber lediglich die Einschätzung der Selbststeuerung nach OPD zu Beginn des therapeutischen Prozesses als möglicher Prädiktor. Offenbar stellen für den Therapeuten Schwierigkeiten in der Selbststeuerung des Patienten eine zentrale Herausforderung im therapeutischen Prozess dar. Ist die Selbststeuerung stark beeinträchtigt, wird es schwierig eine Veränderung auf der HUS innerhalb des ersten Therapiejahres herbeizuführen und zwar unabhängig von der emotionalen Qualität der therapeutischen Beziehung. Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass die Veränderung auf der HUS grundsätzlich ein anderes Kriterium für die Veränderungseinschätzung darstellt als die Symptomveränderung.

Fehlende Prädiktion der Symptomveränderungen und der $EQ_{average}$ aufgrund von Patientencharakteristika

Es bestehen keine eindeutigen Hinweise darauf, dass das Behandlungsergebnis nach einem Jahr Psychotherapie aufgrund patientenseitiger Charakteristika vorauszusagen ist. Bei der Diagnose erstaunt dies nicht, da diese Symptome bzw. Symptomcluster erfasst, die für die Behandlungsplanung und -Durchführung wahrscheinlich weniger relevant sind, als die Bedeutung von bewusstem Verhalten [29]. Wir hätten aber angenommen, dass die Strukturvariablen möglicherweise einen Einfluss auf die Symptomveränderung haben würden, da sie durchaus Hinweise auf interaktionale Schwierigkeiten enthalten. Ein solcher Zusammenhang könnte aufgrund der Befunde aus dem Menninger Therapieprojekt vermutet werden [30]. Allerdings muss angemerkt werden, dass ein solcher Befund bis anhin in keiner anderen Studie repliziert werden konnte und Bergin und Garfield nicht zuletzt aufgrund dessen anmerken, dass weiter untersucht werden müsse, ob Struktur oder Ich-Stärke bestimmte Aspekte des therapeutischen Prozesses beeinflussen oder direkten Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben. Wir haben in den Regressionsanalysen zur Vorhersage der $EQ_{average}$ zwei Variablen ausmachen können, die einen Prädiktionscharakter haben, nämlich die Rücksichtsforderung und die depressiv-suizidale Stimmung des Patienten. Je stärker die Rücksichtsforderung, desto negativer die $EQ_{average}$. Die Rücksichtsforderung wird mittels einer Subskala des PSKB erfasst. Hier handelt es sich möglicherweise weniger um eine State- als vielmehr um eine Traitvariable, welche die Interaktion in der Therapie deutlich beeinflusst. Es

dürfte nicht erstaunlich sein, dass eine starke Rücksichtsforderung den therapeutischen Prozess behindert, da sie dazu führen kann, dass Konflikte nicht angesprochen werden können, so dass sich negative und vor allem nicht ansprechbare negative Emotionen ausbreiten. Die Tatsache, dass die depressiv-suizidale Stimmung eine positive Korrelation mit der $EQ_{average}$ aufweist, verweist möglicherweise darauf, dass Therapeuten sich mit einer solchen Patientenposition gut identifizieren können. Wir denken aufgrund dieser Ergebnisse, dass es durchaus zu erwägen wäre, einige oder alle mittels der Subskalen des PSKB erhobenen Symptombereiche, insbesondere aber diejenigen die eher als auf dem Hintergrund einer Beziehungsgeschichte entstandene Traits verstanden werden könnten, in den Regressionsanalysen zu berücksichtigen.

Zusammenhänge zwischen den Globaleinschätzungen

In den vorhergehenden Abschnitten haben wir die sich eröffnenden Diskussionspunkte aufgegriffen. Nicht zuletzt möchten wir abschliessend auf die Zusammenhänge zwischen den Globaleinschätzungen zurückkommen, da uns diese Einschätzungen auf dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse als sinnvoll erscheinen. Es zeigte sich, dass, wenn eine negativere Emotionalität im Vordergrund steht, seltener Fortschritte in der Therapie thematisiert werden. Auch haben Therapeutinnen, die in ihren Protokollen eher eine problematische Arbeitsbeziehung portraituren, offenbar mehr Mühe die Beziehung klar verständlich zu beschreiben, indem sie dann zum vermehrten Gebrauch von Fachsprache oder schwerer verständlichen Beschreibungen neigen. Dass eben diese fehlende Klarheit sich möglicherweise auch in einer fehlenden Klarheit in der Gestaltung der Beziehung äussert, könnte eine Erklärung für die Tatsache sein, dass eine höhere $LP_{average}$ mit einer deutlicheren Verbesserung der sozialkommunikativen Beeinträchtigung und einer Verbesserung der therapeutischen Arbeitsbeziehung aus Sicht des Therapeuten einhergeht. Auch diese Beziehungen weisen darauf hin, dass es einer positiven, klar strukturierten Interaktionserfahrung bedarf, damit der Patient seine Beziehungen und sein zwischenmenschliches Erleben neu erfahren und gestalten kann.

Schlussfolgerungen

Die Bedeutsamkeit der Einschätzung der emotionalen Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung für die Vorhersage der patientenseitig eingeschätzten Symptomveränderungen liefert einen deutlichen Hinweis darauf, dass die Protokolle wertvolle Informationen bezüglich der Entwicklung des therapeutischen Prozesses und des Behandlungsergebnisses nach dem ersten Jahr Psychotherapie enthalten. Zwar lassen die vorliegenden regressionsanalytischen Befunde keine Kausalanalysen zu, sie bestätigen aber die theoretisch erwarteten Zusammenhänge und können als Evidenz für unsere Hypothese gelten. Aufgrund der Datenanalyse bestätigt sich der Verdacht, dass die Protokolle gehaltreicher sind als die Fragebögen zur therapeutischen Arbeitsbeziehung. Schlussendlich beinhalten die Protokolle

die Darstellung von Interaktionen (Zusammenarbeit) und beziehen sich damit auf die Darstellung der Reaktionen und Emotionen beider Therapieteilnehmer. Aus dieser Perspektive wird verständlich, warum das Mass der EQ_{average} mehr zur Vorhersage der Symptomveränderungen beizutragen vermag als die Fragebögen zur TAB. Diese Ergebnisse legen nahe, dass es sinnvoll wäre, vermehrt Instrumente im therapeutischen Alltag wie auch in der Forschung zu implementieren, welche die Reflektion des therapeutischen Prozesses erfordern. Insbesondere das Aufkommen von negativen Gefühlen oder Gegenübertragungsgefühlen wird möglicherweise deutlicher dargelegt und kann überdacht und in Supervisionen angesprochen werden. Des Weiteren darf nicht übersehen werden, dass fehlender Fortschritt mit negativen Emotionen einhergeht. Ob nun der fehlende Fortschritt zu negativen Emotionen führt oder die negativen Emotionen zum Fehlen des Fortschritts, ist hier nicht zu beantworten. Deutlichere Aussagen wären eventuell möglich, wenn die Protokolle ausführlicher gestaltet würden, so dass unter anderem auch zuverlässige Globaleinschätzungen zu den einzelnen Zeitpunkten in der Therapie möglich würden. In jedem Fall wäre eine Erhärtung der Daten an einer grösseren Stichprobe wünschenswert. Optimal wäre hier sicher eine Überprüfung der vorliegenden Ergebnisse anhand der Daten aus dem Heidelberger Projekt. Hier liegen die Daten in vergleichbarer Form vor. Interessant wäre auch ein Vergleich bzgl. der Dropouts, die wir hier bewusst aus der Studie ausgeschlossen haben, da für diese z.T. nicht die für die Analyse notwendigen Daten vorhanden waren und wir mögliche Verzerrungen in der Datenanalyse vermeiden wollten. Auch wäre es, wie in der Diskussion angesprochen, von Vorteil therapeutenseitig differenziertere Instrumente zur Erfassung der Veränderung der Symptome einzusetzen.

Literatur

- 1 Lambert MJ. Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. In Norcross JC and Goldfield MR (Eds.) *Handbook of Psychotherapy Integration* New York: Basic Concepts; 1992.
- 2 Patterson CH. Empathy, warmth, and genuineness in psychotherapy: A review of reviews. *Psychotherapy*. 1983;21:431–8.
- 3 Garfield SL. Basic ingredients or common factors in psychotherapy? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1973;4:9–12.
- 4 Rizq R. Ripley's Game: projective identification, emotional engagement, and the counselling Psychologist. *Psychology and Psychotherapy*. 2005;78(4):449–64.
- 5 Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001;56:218–26.
- 6 Bruce E. Wampold. *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. London: Lawrence Erlbaum Associates; 2001.
- 7 Frank JD, Frank JB. *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1991.
- 8 Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy Research*. Ed. Michael J. Lambert John Wiley and Sons, Inc.; 2004.
- 9 Barber JP, Conolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients' outcome beyond in treatment change in symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(6):1027–32.
- 10 Gaston L. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*. 1990;41:9–12.
- 11 Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*. 2001;56:218–26.
- 12 Fredrickson BL, & Branigan CA. Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition and Emotion*. 2005; 19(3):313–32.
- 13 Hanson William E.; Creswell John W.; Clark Vicki L. Plano; Petska Kelly S.; Creswell J. David. *Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology*. *Journal of Counseling Psychology*. 2005;52(2):224–35.
- 14 Grande T, Dilg R, Jakobsen T, Keller W, Krawietz B, Langer M, Oberbracht C, Stehle S, Stennes M, Rudolf G: Differential Effects of Two Forms of Psychoanalytic Therapy – Results of the Heidelberg-Berlin Study. *Psychotherapy Research*, 2006;16:470–85.
- 15 Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H. The Göttingen study of psychoanalytic therapy: First results. *International Journal of Psychoanalysis*. 2005;86:433–55.
- 16 Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Borberg 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 STOPP. *International Journal of Psychoanalysis*. 2000;81(5):921–42.
- 17 Stolerow RD. From isolated Minds to Experiential Worlds. *American Journal of Psychotherapy*. 2000;54:149–51.
- 18 Arbeitskreis OPD (Hrsg.). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD. Grundlagen und Manual*, 4., korrig. Aufl.; 2004.
- 19 Fydrich T, Renneberg B, Schmitz B, Wittchen HU. *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse-II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe; 1997.
- 20 Jakobsen T, Rudolf G, Brockmann J, Eckert J, Huber D, Klug G, Grande T, Keller W, Staats H, Leichsenring F. Results of psychoanalytic long-term therapy in specific diagnostic groups: improvement in symptoms and interpersonal relationships. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Medizinische Psychotherapie*. 2007;53(2):87–110.
- 21 Schepank H. *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score*. Göttingen: Beltz; 1995.
- 22 Rudolf G. *Die Therapeutische Arbeitsbeziehung*. Berlin: Springer; 1991.
- 23 Franke G. *Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz; 1995.
- 24 Horowitz LM, Strauß B, Kordy H. *Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (Deutsche Version)*. Weinheim: Beltz-Test; 1994.
- 25 Rudolf G. PSKB-Se – ein psychoanalytisch fundiertes Instrument zur Patientenselbstbeurteilung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*. 1991;37:350–60.
- 26 Rudolf G, Grande T, Oberbracht C. Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut*. 2000;45:237–46.
- 27 Luria, A.R. *Language and Cognition*. New York: John Wiley & Sons; 1982.
- 28 Vygotsky LS. *Denken und Sprechen*. Basel: Beltz; 2002.
- 29 Wakefield JC. Meaning and melancholia. Why the DSM-IV cannot (entirely) ignore the patient's intentional system. In J. Barron (Ed.), *Making diagnosis meaningful*. Washington DC; American Psychological Association; 1998.