

Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie – Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie

Gerd Rudolf¹, Thorsten Jakobsen¹, Wolfram Keller², Bärbel Krawietz²,
Monika Langer¹, Claudia Oberbracht¹, Sabine Stehle², Margret Stennes²,
Tilman Grande¹

Summary

Structural change as an outcome paradigm in psychodynamic psychotherapy – results of the PAL-Study (long-term psychoanalytic psychotherapy study)

Objective: Psychodynamic psychotherapies have proved to lead to relevant symptomatic improvement. An unresolved question, however, is what amount of psychodynamic change can be expected beyond symptom relief. For theoretical and methodological reasons rooted in the psychodynamic approach, this question was difficult to answer until now.

Method: In the German study PAL (long-term psychoanalytic psychotherapy), 32 patients in psychoanalytic therapy and 27 patients in psychodynamic psychotherapy were studied from the perspective of therapists, patients and researchers through three years post-treatment. In this paper we study the aspect of psychodynamic change of dysfunctional relations, unconscious conflicts and structural aspects as diagnosed by the Operationalized Psychodynamic Diagnostic method. Structural change is rated by the Heidelberg Structural Change Scale.

Results: A comparison of the two forms of therapy shows there more structural change in long-term psychoanalytic psychotherapy compared to the shorter psychodynamic psychotherapy. A comparison of patients with a high level and a low level of structural change revealed that the highly changed patients showed greater symptom relief and greater satisfaction with therapy, and that their therapists perceived a better overall result of treatment.

Discussion: For psychodynamic psychotherapies structural change seems to a relevant paradigm of outcome in addition to symptom relief. In longer and more frequent psychoanalytic therapies more structural change occurs compared to shorter psychodynamic psychotherapies. Beside the amount and length of treatment, the different therapy targets – working through vs. supportive – seem to be important.

Z Psychosom Med Psychother 58/2012, 55–66

Keywords

Psychodynamic Psychotherapy – Psychotherapy Outcome – Psychodynamic Foci – Structural Change

¹ Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg.

² Abteilung Innere Medizin und Psychosomatik der Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk, Berlin.

Zusammenfassung

Fragestellung: Psychodynamische Psychotherapieformen wie analytische und tiefenpsychologische Psychotherapie bewirken nachweislich gute Symptomreduzierungen. Als zentrale Frage blieb jedoch, welche Veränderungen sie in der pathogenen Psychodynamik der Patienten zu erreichen vermögen. Die Beantwortung der Frage scheiterte bisher an theoretischen und methodischen Schwierigkeiten des psychodynamischen Ansatzes.

Methode: In der Praxisstudie „Analytische Langzeitpsychotherapie“ wurden 32 analytische und 27 tiefenpsychologische Langzeitbehandlungen sehr detailliert aus der Sicht der Therapeuten, der Patienten und der unabhängigen Beobachter bis drei Jahre nach Therapieende begleitet. Im Mittelpunkt der jetzigen Auswertung steht die Änderung der diagnostizierten psychodynamischen Aspekte (OPD-basierte Foki der dysfunktionalen Beziehung, der unbewussten Konflikte und der strukturellen Einschränkungen) im Behandlungsverlauf. Deren Einschätzung erfolgt mit Hilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Diese erfasst Aspekte der Veränderung und Neuorientierung in den unbewussten dysfunktionalen Einstellungen.

Ergebnisse: Im Vergleich der beiden Therapieformen zeigt sich eine deutlich ausgeprägtere Umstrukturierung in der analytischen Psychotherapie. Unabhängig von der Behandlungsform zeigen die deutlich umstrukturierten Patienten verglichen mit den weniger umstrukturierten Patienten in signifikantem Ausmaß ausgeprägtere Symptomreduzierung im SCL-90-Gesamtwert und FPI, größere Behandlungszufriedenheit der Patienten und positivere Behandlungseinschätzung der Therapeuten.

Diskussion: Umstrukturierung im definierten Sinne bestätigt sich für psychoanalytisch begründete Therapien als relevantes Ergebnisparadigma jenseits der Symptombesserung. Nach den längeren Behandlungen lassen sich ausgeprägtere Umstrukturierungen erkennen als nach den kürzeren Psychotherapien. Dabei dürften neben der Therapiedosis unterschiedliche therapeutische Zielsetzungen – aufdeckend-durcharbeitende versus stützend-begleitende – von Bedeutung sein.

1. Prozess und Ergebnis

Psychotherapieforschung beschäftigt sich häufig mit dem Nachweis von Behandlungsergebnissen. Ein psychotherapeutisches Verfahren, dessen Wirksamkeit bei den häufigsten psychischen Störungen nachgewiesen werden konnte, hat größere Chancen, von den Kostenträgern des Versorgungssystems akzeptiert und zur vertieften Ausbildung zugelassen zu werden. Woran lassen sich gute Behandlungsergebnisse ablesen? Psychische Störungen sind durch typische Symptome der Patienten definiert. Die Symptome als Kriterien der Störung werden durch Fragebögen oder Interviewverfahren erfasst. Der Prä-Post-Vergleich der Symptomausprägung im Behandlungsverlauf erlaubt eine Aussage darüber, ob eine signifikante Symptomminderung erfolgt ist beziehungsweise ob die Kriterien der Störung noch oder nicht mehr erfüllt sind. Dabei müssen die zu prüfenden Verfahren in einer kontrollierten Studie besser abschneiden als ein unspezifisches Vorgehen oder mindestens so gut wie ein bereits geprüftes Verfahren. Dieses scheinbar einfache Konzept erfordert freilich die Berücksichtigung zahlreicher methodischer Gesichtspunkte, deren Sammlung sich in dem entsprechenden Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (2007) auf knapp zwanzig Seiten erstrecken.

Die psychodynamischen Therapieverfahren, in Deutschland analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, haben sich heute der genannten wissenschaftlichen Logik angeschlossen: Symptomminderung gilt als unverzichtbares Ergebniskriterium, allerdings ist dies im psychodynamischen Verständnis nicht das einzige Ergebniskriterium und nicht das wesentliche Therapieziel. Traditionell hatten sich die psychoanalytischen Verfahren stets mehr mit dem Veränderungsprozess als mit seinem Ergebnis beschäftigt. Das ging partiell soweit, dass man von dem Ergebnis ganz absah und das In-Gang-Setzen eines psychoanalytischen Prozesses in seinem Weiterwirken nach Ende der Behandlung als das eigentliche Anliegen der psychoanalytischen Behandlung betrachtete. Die Frage: „Was ist ein psychoanalytischer Prozess?“, wurde immer wieder unter großem Einsatz von Theorien diskutiert, aber selten empirisch geklärt. Dabei verschob sich der Akzent der Aufmerksamkeit auf die Seite des Psychoanalytikers und seine Sicht der unbewussten Vorgänge beim Patienten, was eine objektivierende Erfassung der Veränderungen zusätzlich erschwerte. Damit verbunden war eine breite Diskussion der Frage, welche therapeutischen Veränderungen psychoanalytische Therapien eigentlich anstreben. So gab es „unendlich viele Formulierungen für das, was als gutes Ergebnis einer Analyse angesehen werden konnte“ (Sandler 2007). Katryn De Witt (1997) führte aus, „this lack of theoretical consensus due to varying levels of abstraction and unclear relationship between constructs and observable behavior has impeded the development of any general accepted measurement approach“.

Freilich gab es im Kontrast zu diesen traditionellen psychoanalytischen Positionen Weiterentwicklungen psychodynamischer Psychotherapien, die aus psychoanalytischen Wurzeln heraus verschiedene Formen der Kurzzeit- und Langzeittherapie, der Einzel-, Gruppen-, Kinder- und Jugendlichen- sowie Familientherapie entwickelt haben. Diese pragmatischen Behandlungsverfahren waren von Anfang an darauf ausgerichtet, Symptome und dysfunktionelles Verhalten zu überwinden. Für sie wurden mittlerweile die genannten traditionellen Ergebnismessungen der Symptombesserung für die meisten wichtigen Störungen erbracht, wobei ein Großteil der Studien aus dem angelsächsischen Raum stammt (Überblicke bei Gerber et al. 2011; Leichsenring u. Rabung 2008; Shedler 2010). Das ist einigermaßen beruhigend für die Gruppe der psychodynamischen Therapeuten, wenngleich der Umfang der Therapiestudien in der Verhaltenstherapie ungleich viel größer ist. Das hat nicht zuletzt damit zu tun, dass die psychodynamischen Verfahren sich schwer tun mit Therapiestudien bei symptomhomogenen Patienten, da in diesem Ansatz nicht das Symptombild, sondern die Persönlichkeitsproblematik im Vordergrund des therapeutischen Interesses steht.

Offen geblieben ist die eingangs angesprochene Frage, die Aspekte von Ergebnis und Prozess verknüpft: Was vermag psychodynamische Psychotherapie in ihren unterschiedlichen Formen jenseits der Symptombesserung zu leisten und wie lässt sich ihre verfahrensspezifische Wirkweise verstehen?

Zu dieser Fragestellung wurde 1994 von der DGPT eine Studie ausgeschrieben, mit deren Durchführung die Arbeitsgruppe PAL (Psychoanalytische Langzeittherapie) nach Abschluss einer umfangreichen Vorstudie 1997 beauftragt wurde

(Grande et al. 1997) und deren Durchführung mit Auswertung bis zur Dreijahreskatamnese etwa zehn Jahre in Anspruch nahm. In der folgenden Untersuchung wird der Frage der therapeutischen Veränderungen jenseits der Symptomatik nachgegangen.

2. Die Studie und ihre Vorgehensweisen

Die PAL-Studie, deren Ergebnisse hier im Blick auf psychodynamische Effekte diskutiert werden sollen, untersuchte psychodynamische Langzeitbehandlungen unter naturalistischen Praxisbedingungen in Heidelberg und Berlin (und in einer Parallelstudie in Zürich). Ausführliche Darstellung von Design, Methodik und symptombezogenen Ergebnissen finden sich bei Grande et al. (2003, 2004, 2006, 2009); Jakobsen et al. (2007); Leising et al. (2006) und Rudolf et al. (2001, 2002, 2004).

- Die beteiligten erfahrenen Psychoanalytikerinnen und -analytiker behandelten je nach Indikation entweder im analytischen oder tiefenpsychologischen Verfahren; durch Matching wurde in beiden Therapiearmen die gleiche Störungsschwere sichergestellt.
- Neben der aufwändigen Dokumentation durch die beteiligten Therapeuten und die regelmäßigen Selbsteinschätzungen der Patienten erfolgte die psychodynamische Untersuchung durch psychoanalytisch geschulte Interviewer (anfangs alle 3 Monate, dann alle 6 Monate, zu Behandlungsende sowie 1 und 3 Jahre nach Behandlungsende).
- Von den 62 behandelten Fällen konnten für die Auswertung 32 eindeutig der analytischen Psychotherapie (AP) und 27 der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie (TP) zugeordnet werden.
- Zur Erfassung der Symptomreduzierung im traditionellen Sinne wurde die Symptomausprägung zu Behandlungsbeginn, im Behandlungsverlauf, zu Behandlungsende und im Katamnesezeitraum anhand von SCL-90 und IIP abgebildet. Der Vergleich der Symptomausprägung zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende beziehungsweise Katamnesezeitraum erlaubt die Einschätzung der Symptombesserung.
- Die Einschätzung der Umstrukturierung stützt sich auf die standardisierte Erfassung der psychodynamischen Aspekte in der Logik der OPD. Hierbei werden von zwei Ratern auf der Grundlage eines Forschungsinterviews die dysfunktionalen Beziehungen, die lebensbestimmenden unbewussten Konflikte und die strukturellen Einschränkungen beurteilt. Die Gütekriterien des Systems OPD erwiesen sich in Vorstudien als befriedigend und wurden in der PAL-Studie nochmals bestätigt. Der zweite entscheidende Schritt dieser Diagnostik lag darin, aus dem psychodynamischen Befund die fünf wichtigsten Themen (Foki) auszuwählen. Das geschah unter der Annahme, dass eine effektive Behandlung deutliche Veränderungen in der Ausprägung der Fokuspunkte erbringen sollte. Damit ist aus der Sicht der unabhängigen Beobachter das Psychotherapieziel definiert, dessen Erreichung dann im Folgenden untersucht werden konnte.

- Um die Veränderungen in den Fokuspunkten einschätzen zu können, wurde die Heidelberger Umstrukturierungsskala entwickelt (Rudolf et al. 2000). Sie ist angelehnt an die Skala APES von Stiles et al. (1992). Die Skala APES basiert auf Studien zu den kognitiven und emotionalen Markern, welche die effektive therapeutische Arbeit des Patienten in den einzelnen Therapiesitzungen kennzeichneten (z. B. Elliot 1985). Die Autoren entwickelten eine Sequenz von therapeutischen Schritten, welche das zunehmende Gewahrwerden, Verstehen, Bearbeiten, Lösen und Meistern von Problemen beschreibt (Field et al. 1994; Stiles et al. 1992, 1995) und kennzeichneten diesen Vorgang in Anlehnung an Piaget als Assimilation. Dieses kognitiv akzentuierte Schema therapeutischer Veränderung wurde in der Arbeitsgruppe PAL auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, wo die Vorgänge der Abwehr, der Beziehungsgestaltung, der Übertragungsentwicklung und Internalisierung die wesentlichen Bezugspunkte bilden. In dem Manual der Umstrukturierungsskala (Rudolf et al. 2000) sind sieben Stufen der Umstrukturierung beschrieben, wobei als wesentliche Kriterien fungieren: die Qualität der therapeutischen Beziehung, die affektive Situation des Patienten sowie die Veränderungen in der Realität des Fokusthemas. Darauf bezogen lassen sich sieben Stufen der Umstrukturierung unterscheiden:
 - 1) Nicht-Wahrnehmung des Fokusproblems (völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs; es gibt „kein Problem“)
 - 2) Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus (Symptomausdruck; interpersonelle Schwierigkeiten als Zumutungen; von außen kommend erlebt)
 - 3) Vage Fokuswahrnehmung (passive Beschäftigung mit dem Fokus; ansatzweise Anerkennung; Ahnung eigener Verantwortung)
 - 4) Anerkennung und Erkundung des Fokus (interessiertes Problemverstehen; Arbeitsbeziehung; aktives, bewältigendes Handeln)
 - 5) Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich (Abwehr wird brüchig; Prozess wird zur Passion; Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung und beginnende Neuorientierung)
 - 6) Neustrukturierung im Fokusbereich (versöhnliches Erleben; neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein)
 - 7) Auflösung des Fokus (Integration; Selbstübereinstimmung; realitätsgerechtes Erleben; Neugestaltungen).

Für jeden der sieben Fokuspunkte können drei Abstufungen vorgenommen werden, in dem Sinne, dass eine Stufe (z. B. Stufe 4) glatt erreicht ist (4), nicht ganz erreicht ist (4-) oder schon ansatzweise überschritten wurde (4+).

Bei Therapiebeginn wird eingeschätzt, auf welchem Umstrukturierungsniveau sich jeder einzelne Fokus befindet (Bsp: der mittlere Ausgangswert für tiefenpsychologisch fundierte Therapien beträgt 2.1, d. h. eine überwiegend ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus). Im Behandlungsverlauf bis zum Behandlungsende und im Katamnesezeitraum wird untersucht, welches Maß der Umstrukturierung bei wie vielen Foki beobachtet werden kann.

3. Therapieergebnisse: Symptomreduzierung und Umstrukturierung

Die symptombezogene Auswertung der Behandlungen (Grande et al. 2006; Jakobsen et al. 2007) ergab für beide Verfahren hoch signifikante Symptombesserungen im Vorher-Nachher-Vergleich sowie stabile Verbesserungen in der Einjahreskatamnese und Dreijahreskatamnese. Die nach Augenschein vorliegenden Unterschiede der Symptombesserung zwischen analytischer Psychotherapie (AP) und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (TP) sind nicht signifikant. Bezüglich der interpersonellen Problematik, gemessen im IIP, zeigte sich darüber hinaus bei den Patienten der analytischen Psychotherapie eine weitere signifikante Besserung im Katamnesenzeitraum.

Vor diesem Ergebnishintergrund deutlicher Symptombesserungen beider Verfahren untersuchen wir im Folgenden das Ausmaß der Umstrukturierung (UM) in den beiden Therapiearmen. Bei Behandlungsbeginn ist der Mittelwert der Umstrukturierung für die fünf Foki in beiden Verfahren gleich (AP 2.2; TP 2.1 n. s.), bei Behandlungsende in der Umstrukturierungswert in der Analytischen Psychotherapie signifikant höher (AP 4.2; TP 3.25; $p = 0.01^{**}$). Der bisher verwendete Mittelwert über die fünf Foki bringt die Umstrukturierungstendenz zum Ausdruck.

Durch eine weitere differenziertere Auswertung soll das Ergebnis anschaulicher gemacht werden: Es wird geprüft, ob mindestens auf zwei der fünf Foki Stufe 4 (Anerkennung und Erkundung des Fokus) oder Stufe 5 (Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich) erreicht wurde. Nach der Erfahrung der Vorstudien stellt Stufe 4 einen bedeutsamen therapeutischen Veränderungsschritt insofern dar, dass der Patient sich mit seiner Problematik aktiv auseinander zu setzen beginnt. Stufe 5 weist darüber hinaus auf bereits erfolgte Neuorientierung.

Die Umstrukturierung wird in drei Stufen zusammengefasst und für jeden Behandlungsfall eingeschätzt (Tab. 1a):

- Stufe 4 wird nicht in mindestens zwei Foki erreicht (nicht 2x Stufe 4).
- Stufe 4 wird in mindestens zwei Foki erreicht (2x Stufe 4).
- In mindestens zwei Foki wird Stufe 5 erreicht (2x Stufe 5).

Tabelle 1a: Anzahl der umstrukturierten Foki

	AP	TP
nicht 2x Stufe 4	3.1 %	59.3 %
2x Stufe 4	43.8 %	33.3 %
2x Stufe 5	53.1 %	7.4 %

$p = .001^{**}$

Die Zahlen verdeutlichen die Unterschiede zwischen analytischer Psychotherapie und tiefenpsychologischer Psychotherapie: Knapp 60 % der tiefenpsychologischen Patienten erreichen nicht die Grenze von mindestens zwei Foki auf Stufe 4, während die mit analytischer Psychotherapie behandelten Patienten knapp zur Hälfte zwei mal Stufe 4 und zur anderen Hälfte zwei mal Stufe 5 erreicht.

Um neben der Anzahl der umstrukturierten Foki auch die Intensität der Umstrukturierung zu berücksichtigen, wird als zusätzliches Kriterium einbezogen, ob sich die durchschnittliche Umstrukturierung über mindestens eineinhalb Stufen erstreckt oder nicht. So ergibt sich ein weiteres Umstrukturierungsmaß, bestehend aus Anzahl und Intensität der Umstrukturierung (siehe Tab. 1b):

- Nicht zwei mal Stufe 4 und keine 1.5 Stufen (UM negativ).
- Mindestens zwei mal Stufe 4 (oder mehr) *und* mehr als 1.5 Stufen (UM positiv).
- Entweder nur zwei mal Stufe 4 oder nur 1.5 Stufen (UM gemischt).

Tabelle 1b: Kombiniertes Maß der Umstrukturierung

	AP	TP
UM negativ	3.1 %	37 %
UM positiv	68.8 %	18.5 %
UM gemischt	28.1 %	44.5 %

$p = .001^{**}$

Dieser Vergleich unterstreicht die positiven Ergebnisse der analytischen Psychotherapie mit 70 % ausgeprägter Umstrukturierung im Vergleich zu 20 % bei der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Bei dieser findet sich ein erheblicher Anteil (45 %) von partieller Umstrukturierung.

4. Womit hängt Umstrukturierung zusammen?

Um zu klären, was erreichte oder fehlende Umstrukturierung für das Behandlungsergebnis bedeutet, wird im Folgenden ein Extremgruppenvergleich der gut umstrukturierten Patienten (UM positiv) und der wenig umstrukturierten Patienten (UM negativ) vorgenommen. Der erste Vergleich bezieht sich auf die Symptomreduzierung in SCL-90 und IIP. Verglichen werden die durchschnittlichen SCL-90-Gesamtwerte (GSI) zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende und ebenso die durchschnittlichen IIP-Werte zu Behandlungsbeginn und Behandlungsende (Tab. 2).

Hier sind unabhängig von der Therapieform alle Patienten zusammengefasst, da nicht der Vergleich der Therapieformen im Vordergrund steht, sondern der Vergleich von umstrukturierten und nicht-umstrukturierten Patienten. Die beiden Umstrukturierungsgruppen zeigen bei Behandlungsbeginn keine signifikant unterschiedlichen Symptomausprägungen, hingegen signifikante Symptomreduzierung bei Behandlungsende. Dabei sind die GSI- und IIP-Werte der umstrukturierten und nicht umstrukturierten Patienten unterschiedlich.

Dieser Effekt verstärkt sich, wie die Untersuchung von Grande et al. (2009) gezeigt hat, zum Zeitpunkt der Dreijahreskatamnese. Dabei erweist sich die Umstrukturierung bei Behandlungsende als der einzige verlässliche Prädiktor für das Befinden des Patienten drei Jahre nach Abschluss der Behandlung.

Tabelle 2: Symptomveränderungen in den Umstrukturierungsgruppen

Symptombesserung (GSI)		
	GSI-Anfangswert	GSI-Endwert
UM positiv	1.059	0.328
UM negativ	1.056	0.620
p = .001**		
Symptombesserung (IIP)		
	IIP-Anfangswert	IIP-Endwert
UM positiv	1.73	0.96
UM negativ	1.58	1.23
p = .001**		

Eine weitere Auswertung vergleicht die rückblickenden Patientenbewertungen der Behandlung für gut und wenig umstrukturierte Patienten. Hier wird, eher illustrierend, auf Itemebene beschrieben, dass die Statements der Patienten auf einer fünfstufigen Skala für gut umstrukturierte und wenig umstrukturierte Patienten unterschiedlich ausfallen. Die gut umstrukturierten Patienten urteilen häufiger:

- Die Therapie hat mir geholfen (p = .000**).
- Die Therapie war von angemessener Tiefe/Intensität (p = .000**).
- Die Therapie hat mir ein besseres Leben ermöglicht (p = .000**).
- Wenn ich Probleme habe, rede ich auch heute noch innerlich mit meinem Therapeuten (p = .001**).
- Ich fühle mich seit der Therapie dem Leben besser gewachsen (p = .000**).
- Die Therapie hat mir geholfen, das Leben nach meinen Zielen und Vorstellungen zu gestalten (p = .000**).

Diese Aussagen lassen die größere Therapiezufriedenheit der gut umstrukturierten Patienten in der rückblickenden Therapieeinschätzung erkennen.

Ein sehr ähnlicher Befund wird auch in der TK-Studie (Wittmann et al. 2011) mitgeteilt. Auch hier korreliert die Intensität der Umstrukturierung (diesmal nicht aus der Sicht unabhängiger Experten, sondern aus der Sicht der Therapeuten) signifikant mit dem Ausmaß der Therapiezufriedenheit (aus Patientensicht, gemessen mit den Skalen des HAQ). Die Autoren berechneten eine Prä-Post-Effektgröße für die Umstrukturierungsskala mit einem Wert von $D = 2.03$, was auf eine hohe Änderungssensitivität verweist.

Als letztes Beispiel wird abschließend die Einschätzung der Therapeuten einbezogen (rückblickende Ergebniseinschätzung der Therapeuten auf einer fünfstufigen Skala, zusammengefasst zu zwei Antwortalternativen) (Tab. 3).

Den im Urteil der Experten gut umstrukturierten Patienten (gut umstrukturiert: auf mindestens 2 Foki wurde Stufe 4 oder mehr erreicht **und** Verbesserung über mind. 1.5 Umstrukturierungsstufen; nicht gut: keine zwei Foki erreichen Stufe 4 **und** keine

teilen als die außenstehenden Untersucher, die aufgrund ihrer strikten wissenschaftlichen Ausrichtung bei gleichzeitig geringer Information über den Behandlungsfall „strenger“ urteilen. Die Tatsache, dass in beiden Vorgehensweisen die Einschätzung höherer Umstrukturierung (durch Forscher oder Therapeuten) mit höherer Behandlungszufriedenheit (der Patienten) einhergeht, unterstreicht die Validität des Ansatzes. Für die therapeutische Aus- und Weiterbildung und auch für erfahrene Psychotherapeuten wird die Transparenz des therapeutischen Geschehens dadurch wesentlich verbessert, dass der Therapeut mithilfe des beschriebenen diagnostischen Vorgehens eine fundierte psychodynamische Hypothese bilden und anhand der Umstrukturierungsskala die therapeutische Entwicklung in den psychodynamischen Problempunkten verlässlich einschätzen kann. Der Beantwortung der eingangs gestellten Frage, was in psychodynamischen Psychotherapien analytischer und tiefenpsychologischer Art jenseits der Symptombesserung an bedeutsamen Veränderungen erzielt werden kann, ist man mit dem hier beschriebenen Ansatz einen großen Schritt näher gekommen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (1996): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2006): Operationalisierte psychodynamische Diagnostik OPD-2. Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber.
- DeWitt, K. (1997): Interrater reliability of the scales of psychological capacities support for a measure of structural change. The IPA-research conference UCL.
- Elliott, R. (1985): Helpful and non-helpful events in brief counseling interviews: an empirical taxonomy. *J Couns Psychol* 32, 307–322.
- Field, S. D., Barkham, M., Shapiro, D. A., Stiles, W. B. (1994): Assessment of assimilation in psychotherapy: a qualitative case study of problematic experiences with a significant other. *J Couns Psychol* 41, 397–406.
- Gerber, A. J., Kocsis, J. H., Milrod, B. L., Rouse, S. P., Barber, J. P., Thase, M. E., Birkins, B., Leon, A. C. (2011): A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *AMJ Psychiatry* 168, 19–28.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderung in Psychoanalysen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stühr, U. (Hg.): *Psychoanalyse im Rückblick*, S. 415–431. Gießen: Psychosozialverlag.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, Th. (2001): Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med Psychother* 47, 213–233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C. (2003): Progressive changes in patients lives after psychotherapy: Which treatment effects support them? *Psychotherapy Research* 13, 43–58.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, Th., Keller, W. (2004): Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: the Heidelberg-Berlin-study. In: Richardson, P., Kächele, H., Renlund, C. (Hg.): *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*, S. 35–61. London: Karnac.

- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Rudolf, G. (2006): Differential effects of two forms of psychoanalytic therapy: results of the Heidelberg-Berlin-study. *Psychotherapy Research* 16, 470–485.
- Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M., Rudolf, G. (2009): Structural change as a predictor of long-term follow-up outcome. *Psychotherapy Research* 19, 344–357.
- Jakobsen, Th., Rudolf, G., Brockmann, J., Eckardt, J., Huber, D., Klug, G., Grande, T., Keller, W., Staats, H., Leichsenring, F. (2007): Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapien bei spezifischen psychischen Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 53, 87–110.
- Leichsenring, F., Rabung, S. (2008): Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *JAMA* 300, 1551–1565.
- Leising, D., Rudolf, G., Oberbracht, C., Grande, T. (2006): Veränderungen des Emotionserlebens im Verlauf psychoanalytischer Langzeitbehandlung. *Z Psychosom Med Psychother* 52, 39–51.
- Reimer, Ch., Rüger, U. (Hrsg.) (2006): *Psychodynamische Psychotherapien*. 3. Auflage. Springer: Heidelberg.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderungen in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut* 45, 237–246.
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, St. (2001): Therapeutische Umstrukturierung im analytischen Prozess: Modellbildung und Verlaufsbeobachtungen. In: Schlösser, A.; Gerlach, R. (Hg.): *Kreativität und Scheitern*, S. 463–476. Gießen: Psychosozialverlag.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, St. (2002): Structural changes in psychoanalytic therapies – the Heidelberg-Berlin-study on long-term psychoanalytic therapies (PAL). In: Leuzinger-Bohleber, M., Target, M. (Hg.): *Outcomes of psychoanalytic treatment. Perspectives for therapists and researchers*, S. 201–222. London, Philadelphia: WHURR-Publishers.
- Rudolf, G., Dilg, R., Grande, T., Jakobsen, Th., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Stehle, S., Oberbracht, C. (2004): Effektivität und Effizienz psychoanalytischer Langzeittherapie. Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. In: Gerlach, R.; Schlösser, A. M.; Springer, A. (Hg.): *Psychoanalyse des Glaubens*, S. 515–528. Gießen: Psychosozialverlag.
- Rudolf, G. (2010): *Psychodynamische Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U., Dahm, A., Kallinke, D. (Hg.) (2008): *Faber-Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-richtlinien*. 8. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg.
- Sandler, A. M. (2007): Psychoanalyse in Deutschland heute und morgen. In: Springer, A., Münch, K., Munz, D. (Hg.): *Psychoanalyse heute*, S. 49–62. Gießen: Psychosozialverlag.
- Shedler, J. (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol* 65, 98–109.
- Stiles, W. B., Meshot, C., Anderson, T. M., Sloan, W. W. (1992): Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychotherapy Research* 2, 81–101.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H., Morrison, L. A. (1995): Therapist contributions to therapeutic assimilation: an alternative to the drug metaphor. *Brit J Med Psychol* 68, 1–13.
- Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (2007): *Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie. Verfahrensregeln zur Beurteilung der wissenschaftlichen Anerkennung von Methoden und Verfahren der Psychotherapie*. www.wbpsychotherapie.de.
- Wittmann, W. W., Lutz, W., Stefanoffski, A., Kriz, D., Glahn, M. E., Völkle, M. C., Böhnke, J. R., Köck, K., Bittermann, A., Ruprecht, T. (2011): *Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse – Abschlussbericht*. Hamburg: Techniker Krankenkasse.

Wöller, W., Kruse, J. (Hg.) (2010): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.

Korrespondenzadresse: Prof. (em.) Dr. med. Gerd Rudolf, Psychosomatische Universitätsklinik, Thibautstr.2, 69115 Heidelberg, E-Mail: gerd.rudolf@gmx.net