

**Persönlichkeitsstrukturelle und symptombezogene
Veränderungen während der psychoanalytisch orientierten
Psychotherapie im stationären Behandlungssetting**

Eine naturalistische Verlaufsuntersuchung in der Littenheit –
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dissertation
zur Erlangung der Würde einer Doktorin der Philosophie
vorgelegt der Philosophisch-Historischen Fakultät
der Universität Basel

von
Caroline Dreher
von
La-Chaux-de-Fonds/NE und Le Locle/NE

Zürich, 2006
Zentralstelle der Studentenschaft der Universität Zürich

Genehmigt von der Philosophisch-Historischen Fakultät der Universität Basel, auf Antrag von Prof. Dr. Udo Rauchfleisch und Prof. Dr. Joachim Küchenhoff.

Basel, den 9. Juni 2006

Der Dekan

Prof. Dr. Kaspar von Greyerz

Dank

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei den vielen Menschen, die mich in der einen oder anderen Weise unterstützt und viel zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Allen voran danke ich Prof. Dr. Udo Rauchfleisch und Prof. Dr. Joachim Küchenhoff, die mich mit kontinuierlichem Interesse und fachlicher Beratung in allen Phasen der Studiedurchführung begleiteten. Besonders in der Anfangszeit, als es galt, viel Unsicherheit auszuhalten, waren ihre Ermutigungen wertvolle Hilfen. Dr. phil. Dipl.-Psych. Tilman Grande war stets bereit, mich bei methodischen Unklarheiten zu beraten sowie mit inhaltlichen Anregungen und Literaturangaben zu unterstützen, wofür ich ihm herzlich danke.

Dr. med. Susanne Kunz, der leitenden Ärztin der Psychotherapiestationen der Psychiatrischen Klinik Littenheid, habe ich es zu verdanken, dass die Untersuchung durchgeführt werden konnte. Mit ihrer aussergewöhnlichen Hilfsbereitschaft und entgegenkommenden Art hat sie sich in der Klinik stets für meine Studie eingesetzt. Ich danke auch der ärztlichen Leitung und Verwaltung der Psychiatrischen Klinik Littenheid, dass ich die Studie durchführen konnte. Indem sie die PatientInnen für die Studie motivierten, erwiesen mir die MitarbeiterInnen der Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid einen unschätzbaren Dienst.

Meinen besonderen Dank spreche ich den an der Studie teilnehmenden PatientInnen aus. Sie haben mir einen wertvollen Einblick in ihre persönlichen Lebensgeschichten gewährt und mir dabei viel Vertrauen entgegengebracht.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinen ArbeitskollegInnen vom Sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) in Dietikon. Sie erlebten meine Freuden und Mühen während der Dissertation hautnah und reagierten mit Verständnis. Das SPZ ermöglichte mir zudem einen Urlaub, während dem ich mich gänzlich meinem Dissertationsprojekt widmen konnte.

Lic. phil. Hanspeter Matthys, lic. phil. Sophie Schneider, lic. phil. Daniela Gamper und lic. phil. Jacqueline Hurt opferten unzählige Stunden, um mir bei den aufwändigen OPD-Interviewratings zur Seite zu stehen. Lic. phil. Hanspeter Matthys, Dr. med. Walter Heuberger, MCS Steffi Bonsack, lic. phil. Jacqueline Hurt, lic. phil. Paola Fontana und pract. med.

Barbara Hernandez haben Teile des Manuskripts kritisch gelesen und wichtige Hinweise zu seiner Verbesserung geliefert. Wertvolle statistische Beratung habe ich von Dr. phil. Serge Brand und Dr. phil. Puspa Agarwalla erhalten. Die tatkräftige Unterstützung von Serge Brand hat zur methodischen Qualität der Arbeit erheblich beigetragen. Dipl. phil. II Carolina

Cornejo und Daniel Hotz haben mir beim Layout und bei der grafischen Gestaltung geholfen. Ihnen allen sei an dieser Stelle gedankt.

Und zu guter Letzt ein herzliches Dankeschön meinen Freundinnen und Freunden, meinen Eltern und meinem Bruder, die verständnisvoll meine wechselhaften Stimmungen mitgetragen haben. Ganz besonders liebevoll bedanke ich mich bei Martin Pálfalvy, der mir stets mit kritischer Anteilnahme zuhörte und oft für erfrischende Abwechslung sorgte.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	5
Einleitung	7
I Theoretischer Hintergrund	11
1 Zum Strukturbegriff – erste allgemeine Definitionen.....	11
2 Strukturkonzepte in der psychoanalytischen Theorie.....	13
2.1 Strukturtheorie und Strukturbegriff bei Freud.....	13
2.2 Ichpsychologie.....	16
2.3 Selbstpsychologie.....	19
2.4 Objektbeziehungstheorie.....	21
2.5 Zusammenfassung.....	23
3 Psychodynamisches Strukturmodell von Rudolf.....	25
3.1 Ich, Selbst und Objekte.....	26
3.1.1 Die Funktionen des Ich.....	27
3.1.2 Die Funktionen des Selbst.....	28
3.2 Die Funktion der Struktur.....	29
3.2.1 Struktur als Prozess.....	32
3.3 Zusammenfassung.....	33
4 Strukturelle Störungen.....	34
4.1 Abgrenzung struktureller Störungen von neurotischen Störungen.....	34
4.2 Psychoanalytisches Nosologie-Modell von Kernberg.....	36
4.3 Strukturelle Störung im entwicklungspsychologischen Strukturmodell.....	39
4.4 Symptomentstehung — Konflikt, Struktur und Beziehung.....	41
4.4.1 Grundkonflikt der Nähe.....	43
4.4.2 Grundkonflikt der Bindung – depressiver Grundkonflikt.....	44
4.4.3 Grundkonflikt der Autonomie.....	45
4.4.4 Grundkonflikt der Identität.....	46
4.5 Forschungsstand zu strukturellen Störungen.....	48
4.5.1 Strukturelle Störungen im Zusammenhang mit Konflikt und Beziehung.....	48
4.5.2 Soziodemografische Merkmale und Psychopathologie.....	50
4.5.3 Konstruktvalidität der Strukturachse.....	53
4.6 Zusammenfassung.....	53

5	Strukturelle Veränderungen.....	55
5.1	Psychoanalytische Modelle der Veränderung.....	55
5.2	Strukturveränderung in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung.....	57
5.3	Strukturveränderung im psychodynamischen Therapiemodell.....	58
5.4	Instrumente zur Erfassung der Struktur und der Strukturveränderung.....	61
6	Psychoanalytisch orientierte stationäre Therapie.....	64
6.1	Merkmale der stationären Psychotherapie.....	64
6.2	Konzepte der Behandlung strukturell gestörter PatientInnen.....	68
6.3	Wirkung und Wirkungsweise der psychoanalytisch orientierten stationären Therapie.....	69
6.4	OPD-ähnliche Messverfahren.....	75
6.5	Zusammenfassung und Implikationen für vorliegende Studie.....	77
6.5.1	Persönlichkeitsstruktur und Umstrukturierung.....	78
6.5.2	Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse.....	79
7	Ziele und Fragestellung.....	81
7.1	Studienziele.....	81
7.2	Fragestellungen und Hypothesen.....	82

II Methode..... 86

8	Untersuchungsdesign – eine naturalistische Verlaufsuntersuchung.....	86
9	Durchführung der Untersuchung.....	89
10	Erhebungsinstrumente.....	90
10.1	Psychodynamisches Interview nach OPD.....	90
10.2	Persönlichkeitsstruktur und Umstrukturierung.....	92
10.2.1	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD).....	92
10.2.2	Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	99
10.2.3	Auswertungsschritte.....	103
10.3	Selbstbeurteilungsinstrumente.....	104
10.3.1	Narzissmus-Inventar.....	105
10.3.2	Borderline-Persönlichkeits-Inventar.....	106
10.3.3	Symptomcheckliste.....	107
10.4	ICD-10.....	108
11	Statistische Verfahren.....	108
12	Littenheid – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.....	111

13	Rekrutierung der Stichprobe.....	113
13.1	Durchgeführte OPD-Interviews.....	113
13.2	Rücklauf Fragebogen.....	114
14	Beschreibung der Stichprobe.....	114
III	Ergebnisse.....	118
15	Unterschiede zwischen regulär austretenden PatientInnen und TherapieabbrecherInnen zu Therapiebeginn (T1).....	119
15.1	Ergebnisse des OPD-Befunds – Fremdbeurteilung.....	119
15.1.1	Ergebnisse der OPD-Beziehungsachse (Achse II).....	119
15.1.2	Ergebnisse der OPD-Konfliktachse (Achse III).....	121
15.1.3	Ergebnisse der OPD-Strukturachse (Achse IV).....	124
15.1.4	Zusammenhänge zwischen Gesamtstruktur und Konflikt.....	126
15.2	Problemfoki der Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	126
15.3	Ergebnisse der psychometrischen Befunde – Selbstbeurteilung.....	129
15.3.1	Ergebnisse des Narzissmus-Inventars.....	130
15.3.2	Ergebnisse des Borderline-Persönlichkeits-Inventars.....	131
15.3.3	Ergebnisse der Symptomcheckliste.....	133
15.4	Zusammenfassung.....	134
16	Persönlichkeitsstrukturelle Veränderung und psychopathologische Symptomveränderung während der Therapie (T1–T2).....	136
16.1	Veränderung auf persönlichkeitsstruktureller Ebene anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala – Fremdbeurteilung.....	137
16.1.1	Prä-Post-Veränderung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	137
16.1.2	Individuelle Progression der Umstrukturierung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	140
16.1.3	Statistische Signifikanz der Umstrukturierung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	141
16.1.4	Zusammenfassung.....	144
16.2	Unterschiede zwischen den Umstrukturierungsgruppen.....	145
16.2.1	Korrelationen zwischen Variablen und Differenzwerten der Umstrukturierung.....	147
16.2.2	Korrelationen zwischen OPD-Ausgangsbefund und Umstrukturierung.....	149
16.2.3	Zusammenfassung.....	149

16.3	Veränderungen der strukturellen Störungen aus der Fremd- und Selbstperspektive	151
16.3.1	Veränderungen der Strukturfoki	151
16.3.2	Veränderungen im Narzissmus-Inventar	152
16.3.3	Veränderungen im Borderline-Persönlichkeits-Inventar	154
16.3.4	Zusammenhang zwischen Umstrukturierung aus Selbst- und Fremdperspektive	155
16.3.5	Zusammenfassung	156
16.4	Umstrukturierung und Symptomveränderung	156
16.4.1	Veränderung der psychopathologischen Belastung	157
16.4.2	Zusammenhänge zwischen Umstrukturierung und Symptomveränderung	158
16.4.3	Zusammenhänge zwischen OPD-Strukturachse und Symptomveränderung.....	160
16.4.4	Zusammenfassung	161
17	Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse	162
17.1	Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse	163
17.2	Zusammenhänge zwischen OPD-Strukturachse und BPI-Skalen	164
17.3	Zusammenhänge zwischen der OPD-Strukturachse und der NI-Dimension „Das bedrohte Selbst“	165
17.4	Zusammenfassung	165
IV	Diskussion	167
18	Wissenschaftliche Integration der Befunde	167
19	Grenzen der Studie	188
20	Ausblick	190
	Bibliografie.....	194
Anhang A:	Soziodemografische Merkmale der PatientInnen	208
Anhang B:	Einverständniserklärung	211
Anhang C:	Informationsblatt für PatientInnen.....	212
Anhang D:	Heidelberger Umstrukturierungsskala.....	213

Zusammenfassung

Im Zentrum der Studie steht die Untersuchung der persönlichkeitsstrukturellen Entwicklungen und der psychopathologischen Symptomveränderungen von PatientInnen, die sich einer psychoanalytisch orientierte stationäre Behandlung unterzogen. Untersucht wird die prognostische Bedeutung von Patientenmerkmalen zu Therapiebeginn für den Ausgang der Behandlung. Weiter wurde die Änderungssensitivität der Strukturachse überprüft. Die Evaluation wurde auf den Psychotherapiestationen der Littenheid, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, im Kanton Thurgau vorgenommen. Bei 44 PatientInnen wurde zu Beginn der stationären Behandlung die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) durchgeführt. Danach wurden die fünf klinisch relevanten OPD-Problembereiche als Foki festgelegt und zu Beginn und Ende der stationären Psychotherapie mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala eingeschätzt. Die PatientInnen füllten die Fragebögen Narzissmus-Inventar (NI), Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) und Symptom-Checkliste (SCL-90-R) zu Beginn und zu Ende der Behandlung aus.

In vorliegender Arbeit werden zuerst die persönlichkeitsstrukturellen und psychopathologischen Unterschiede zwischen den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen dargestellt. Die acht TherapieabbrecherInnen zeigten stärkere strukturelle Beeinträchtigungen im Bereich der Selbststeuerung und der Abwehr. Dominant waren der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt und ein dysfunktionales Beziehungsmuster, das durch Ansprüche auf Freiraum und Geltung gekennzeichnet war. Eine signifikant stärkere Belastung im psychopathologischen Symptombereich war bei den TherapieabbrecherInnen nicht festzustellen. Bei 36 PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, wurden die Umstrukturierung und die symptomatischen Veränderungen während der Therapie untersucht. 44% der PatientInnen erreichten einen Umstrukturierungsgrad, der als Therapieziel definiert wurde. Diese Erfolgsquote ist als realistisches Ergebnis im Rahmen der stationären Therapie mit einer Behandlungsdauer von durchschnittlich drei Monaten zu bewerten. Auf der Einzel-fallebene konnte festgestellt werden, dass 75% der PatientInnen einen statistisch signifikanten Fortschritt hinsichtlich der Umstrukturierung erzielt hatten. Dieser erfolgte in Richtung einer besseren Wahrnehmung und Bearbeitung der Problemschwerpunkte. Die Strukturfoki aus dem Bereich Selbststeuerung, Kommunikation und Selbstwahrnehmung verbesserten sich während der Therapie am deutlichsten. Die prognostisch ungünstigen Merkmale wie die tiefere Schulbildung und die Diagnose Persönlichkeitsstörung hatte keinen Einfluss auf die Umstrukturierungsintensität. Einschränkungen in der OPD-Gesamtstruktur und den Struktur-

dimensionen Selbststeuerung, Kommunikation und Objektwahrnehmung gingen mit einem tiefen Umstrukturierungsgrad zu Therapieende einher. Die hohe Ausprägung des Versorgungs-Autarkie-Konflikts hatte einen günstigen Einfluss, hingegen der Selbstwertkonflikt einen negativen Einfluss auf den Umstrukturierungsgrad zum Ende der Therapie. Bezogen auf den Gesamt-Schwere-Index der SCL-90-R erfuhren 50% der PatientInnen eine statistisch signifikante Besserung hinsichtlich der psychopathologischen Symptome. Davon waren 37% der PatientInnen zu Behandlungsende nicht mehr im klinisch auffallenden Bereich. Die unterschiedliche Ausprägung der Symptombesserung konnte nicht eindeutig mit dem Umstrukturierungsgrad zum Ende der Therapie in Verbindung gebracht werden. Bei den OPD-Strukturdimensionen zeigte sich, dass eine geringer strukturierte Bindung mit einer geringeren Reduktion der Symptombelastung zu Therapieende einherging. Die Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse konnte nicht abgesichert werden.

Einleitung

Im Zentrum dieser Studie wird untersucht, ob und wie sich die Persönlichkeitsstruktur bei PatientInnen im Verlauf einer stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie verändert. Zudem wird nach Symptomveränderungen gefragt und deren Zusammenhang zu einer allfälligen Veränderung der Persönlichkeitsstruktur thematisiert. Die Untersuchung stützt sich auf die Evaluation der Behandlungen, die auf den Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton Thurgau) durchgeführt wurden.

Die stationäre Psychotherapie hat sich als besondere Therapieform in der psychiatrischen Versorgung fest etabliert. Allerdings werden im Rahmen der heutigen verschärften und zum Teil polarisierenden gesundheitspolitischen Diskussion sowie der prekäreren sozialökonomischen Situation empirische Ergebnisse vor allem bezüglich der Psychoanalyse und psychoanalytisch fundierter Therapieformen in Frage gestellt (Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger & Beutel, 2001). Der Nachweis der Praxisrelevanz für ambulante Psychoanalysen und im Speziellen für psychoanalytisch orientierte institutionalisierte Psychotherapie ist wieder von besonderer Wichtigkeit für die Psychotherapieforschung (W. Schneider, 1999). Es besteht somit ein klinischer aber auch ökonomischer und sozialpolitischer Bedarf an Aussagen über die Therapieerfolge der stationären Psychotherapie.

Aus der Sicht psychoanalytischer Theorie stellen die „Umstrukturierung der Persönlichkeit“ und die „Symptomreduzierung“ wesentliche Behandlungsergebnisse von psychoanalytisch orientierter Psychotherapie dar. Die Persönlichkeitsstruktur wird als eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens verstanden, die sich im interaktionellen Handeln manifestiert; sie umfasst die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zum Anderen (Rudolf, 2000). So finden nach Grande, Rudolf und Oberbracht (1997) „die wesentlichen Veränderungen aus psychoanalytischer Sicht auf einer persönlichkeitsstrukturellen Ebene statt, das heisst im Zuge der Wiederverflüssigung lebensgeschichtlich gewachsener pathologischer Strukturen und der Neuorganisation bzw. -integration der in ihnen eingefassten innerpsychischen Konflikte und Vulnerabilitäten“ (S. 416). Bei Sichtung der Forschungsliteratur wird deutlich, dass das zentrale psychodynamische Ziel der persönlichkeitsstrukturellen Entwicklung während der stationären Therapie noch wenig untersucht worden ist.

Die erfolgreiche Psychotherapie soll im Zusammenhang mit der Umstrukturierung das Abklingen der Symptomatik bewirken. In der Krankheitslehre der psychoanalytischen Theorie

werden die klinische Symptomatik mit der Persönlichkeitsstruktur in Beziehung zueinander gesetzt. So betont Rudolf (2000), dass neben der Symptombildung auf der Grundlage unbewusster Konflikte auch die Symptombildung infolge struktureller Vulnerabilität vorhanden ist. Entsprechend interessiert die Frage, wie sich symptomatische und strukturelle Veränderungen zueinander verhalten.

Viele Studien der Psychotherapieforschung lieferten zahlreiche eindrückliche statistische Belege für die Wirksamkeit der Psychotherapie im stationären Setting (Rudolf, 2000; Seidler, 1999). Die randomisierte, kontrollierte, prospektive Studie galt lange Zeit als „Goldstandard“ der Wirksamkeitsstudien. Im Rahmen der vor allem psychoanalytisch orientierten Psychotherapieforschung werden zunehmend die methodischen Mängel dieser Forschungsdesigns kritisiert. Zunehmend zeigt sich, dass in der klinischen Praxis geringere Therapieerfolge als im Forschungssetting zu finden sind. In den letzten Jahren wurden „naturalistische“ Forschungsdesigns propagiert, die sich durch folgende Merkmale auszeichnen: praxisnahes, nicht universitäres Setting, unselektierte Stichproben sowie Vorrang der externen gegenüber der internen Validität. Für die Evaluationsforschung im Bereich psychodynamischer Therapien sind Forschungsdesigns und Erhebungsinstrumente notwendig, die der Komplexität der psychodynamischen Theorie und Praxis gerecht werden (Henningsen & Rudolf, 2000).

Im Zusammenhang mit der Forderung nach vermehrter Qualitätssicherung der Behandlungen gewinnt die Frage nach der Erfassung der Persönlichkeitsstruktur und deren therapiebedingter Veränderung an Bedeutung. Diesen Anspruch erfüllt das seit 1996 bestehende psychoanalytisch orientierte Diagnoseinstrument „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD, Arbeitskreis OPD, 2001) und, auf der Basis von OPD entwickelt, die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000). Insbesondere die OPD-Strukturachse gehört zu den Kernelementen der OPD, weil sie dazu beiträgt, Handlungsanweisungen für die differenzielle Indikationsstellung zur und für die Durchführung von psychodynamischer Psychotherapie zu gewinnen. Allerdings war bisher die Anwendung der OPD-Strukturachse im Kontext der Veränderungsmessung bei der Psychotherapieforschung oder Qualitätssicherung problematisch, da das Instrument nicht änderungssensitiv ist (Grande, Rudolf & Oberbracht, 2000). Es sind Bestrebungen in Gang diesem Problem hinsichtlich der Änderungssensitivität zu begegnen. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen einer Dissertation (Gamper, 2006) die OPD-Strukturachse zu einem reliablen und anwendbaren Instrument („Strukturmerkmals-Erhebungsinstrument“ SMEI) zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und deren Veränderung weiterentwickelt und in einer multizentrischen Pilotstudie überprüft.

Weitere Forschungsbemühungen sind notwendig, damit substanzielle therapiebedingte Veränderungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur mit diesem Instrument beurteilt werden können.

Die vorliegende Studie möchte sich der jungen Tradition der naturalistischen Psychotherapieforschung anschliessen und verfolgt die Folgenden vier Ziele:

1. Es interessieren die Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur von PatientInnen, für die eine psychoanalytisch orientierte Behandlung auf der vollstationären Psychotherapiestation indiziert war.
2. Es soll überprüft werden, ob eine mögliche Veränderung der Umstrukturierung bei Therapieende auf das strukturelle Ausgangsniveau, auf Strukturdimensionen, auf Konflikttypen und Diagnosen der PatientInnen zu Therapiebeginn zurückführbar ist.
3. Darüber hinaus gilt es, die Symptome der PatientInnen während der Behandlung zu erfassen und zu überprüfen, ob ein Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Symptome und der Persönlichkeitsstrukturveränderung besteht.
4. Abschliessend interessiert eine methodische Frage, nämlich, ob die mit Zwischenstufen veränderte OPD-Strukturachse geeignet ist, die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur abzubilden.

In der Darstellung des theoretischen Hintergrunds der Arbeit wird dem Konzept der Persönlichkeitsstruktur in der psychoanalytischen Denktradition vertiefend nachgegangen. Nach einer kurzen Einführung in den Begriff Struktur wird die Strukturtheorie von Freud dargestellt (Kapitel 1). Das klassische psychoanalytische Strukturmodell bildet Freuds Konzept des psychischen Apparates mit den Instanzen Es, Ich und Überich und der Unterscheidung von bewussten und unbewussten Prozessen (Kapitel 2). Im Anschluss daran erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Konstrukt Persönlichkeitsstruktur aus ichpsychologischer, selbstpsychologischer und objektbeziehungstheoretischer Sicht. Auf der Basis der Darstellung der verschiedenen theoretischen Perspektiven zum Begriff der Struktur wird die entwicklungspsychologisch fundierte funktional-psychodynamische Theorie der Struktur der Persönlichkeit von Rudolf (2000) vorgestellt (Kapitel 3). Hierbei wird das Selbst als die höchste Integrationsstufe der psychischen Struktur angesehen, dessen Aufgabe die Selbstregulation und die Aufrechterhaltung von Objektbeziehungen ist. Die Struktur des Selbst wird sichtbar in der Beziehung zum Anderen. Die strukturelle Störung hingegen schränkt die Möglichkeiten, sich

zu verstehen und sich für andere verstehbar zu machen, erheblich ein oder verhindert sie. Neurotische Störungen differieren so tiefgehend von strukturellen Störungen, dass von qualitativen Unterschieden ausgegangen werden kann (Kapitel 4). Dies wird anhand des psychoanalytischen Nosologie-Modells von Kernberg (2000a) und des entwicklungspsychologischen Ansatzes von Rudolf (2000) dargestellt. In diesem Kapitel werden die zentralen Aspekte der psychotherapeutischen Medizin zum Verständnis klinisch relevanter Symptomatik im Zusammenhang mit Grundkonflikten und struktureller Vulnerabilität dargestellt. Im Anschluss werden die psychoanalytische Konzepte der Strukturveränderung, der so genannten Umstrukturierung, in psychodynamischen Behandlungen erläutert (Kapitel 5). Zum Schluss werden konzeptuelle Aspekte der psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie und entsprechende Forschungsergebnisse bezüglich deren Wirksamkeit vorgestellt (Kapitel 6).

Im methodischen Teil der Arbeit wird das wissenschaftliche Vorgehen der Untersuchung dargelegt. Die Studie basiert auf mündlichen OPD-Interviews und der schriftlichen Befragung von 44 PatientInnen, die auf den Psychotherapiestationen der Psychiatrischen Klinik Littenheid hospitalisiert waren. Die drei Psychotherapiestationen der Klinik gehen von einem psychoanalytischen Konzept aus und schliessen verschiedene therapeutische Techniken (kognitiv-verhaltenstherapeutische und familiendynamisch-systemische) mit ein. Die stationäre Behandlung erfolgt transdisziplinär durch ein therapeutisches Team, und das Behandlungsprogramm besteht aus den Konzepten sowohl aus dem verbalen als auch aus dem nonverbalen Therapiebereich. In dieser Studie wurde ein naturalistisches Untersuchungsdesign gewählt, das die systematische Überprüfung der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur und der Symptomveränderung erlaubt. Es handelt sich um eine prospektive Untersuchung mit jeweils einer Prä- und einer Postmessung.

Die Ergebnisse sind in drei Kapitel gegliedert. Zunächst werden die Ausgangsbefunde zur Persönlichkeit und zur psychopathologischen Symptomatik der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und der TherapieabbrecherInnen miteinander verglichen (Kapitel 15). Danach wird die therapeutische Umstrukturierung der PatientInnen dargestellt. Der Zusammenhang zwischen der Umstrukturierung aus der Fremdbeurteilung und den Behandlungsergebnissen hinsichtlich der Symptom- und der Strukturveränderung aus der Sicht der PatientInnen wird untersucht (Kapitel 16). Ferner wird die Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse überprüft (Kapitel 17).

I Theoretischer Hintergrund

Dieses Kapitel bildet den theoretischen Bezugsrahmen für die in der vorliegenden Studie interessierenden Zusammenhänge von Veränderungen auf einer persönlichkeitsstrukturellen Ebene mit der Symptomveränderung von PatientInnen im Verlauf einer stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. In Kapitel 1 werden einführend erste allgemeine Definitionen zum Begriff der Persönlichkeitsstruktur gegeben. In Kapitel 2 erfolgt eine Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Theorien zum Begriff Struktur, die für das Feld der stationären Psychotherapie relevant sind und grundlegende theoretische Konzeptionen liefern für ein modernes Strukturverständnis, das in Kapitel 3 beschrieben wird. Im Anschluss daran werden in Kapitel 4 theoretische Grundlagen zum Thema strukturelle Störungen und Symptomentwicklungen dargestellt und der aktuelle Forschungsstand zu diesem Gebiet präsentiert. Die Herleitung des theoretischen Hintergrunds wird in Kapitel 5 mit der Beschreibung psychoanalytischer Veränderungsmodelle der Persönlichkeitsstruktur abgeschlossen. In Kapitel 6 werden Möglichkeiten der Strukturveränderung im Rahmen der stationären psychoanalytischen Therapie sowie entsprechende Forschungsergebnisse dargestellt. Die Fragestellungen und Hypothesen werden in Kapitel 7 formuliert.

1 Zum Strukturbegriff – erste allgemeine Definitionen

Struktur ist kein genuin psychologischer oder psychoanalytischer Terminus, sondern in der Alltagssprache und im wissenschaftlichen Sprachgebrauch weit verbreitet. Der Begriff Struktur erhält aus seiner lateinischen Wurzel „schichten, aus- oder nebeneinander legen, zusammenfügen, aufbauen“ (Pouget-Schors, 2002, S. 49) in allen Disziplinen Hinweise auf die Art, wie ein Ganzes zusammengesetzt ist oder wie die Teile eines Ganzen in Beziehung zueinander stehen. Strukturen werden als Phänomene bezeichnet, die „dadurch sinnvoll erscheinen, dass sie bezüglich ihres Aufbaus, bezüglich der Regeln ihres Funktionierens und ihrer Entstehungsgeschichte erklärt werden können“ (Rudolf et al., 1995, S. 199).

Als psychologischer Begriff wurde Struktur zuerst von Dilthey verwendet, der am Ende des 19. Jahrhunderts eine verstehende, geisteswissenschaftliche Psychologie konzeptionalisierte und der geltenden, erklärenden, naturwissenschaftlich orientierten Psychologie gegenüberstellte (Harsch, 1980). Struktur im modernen psychologischen Sinne beschreibt das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen, die alles umfassen, was im bewussten oder bewusstseinsfernen Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft. Diese Dispositionen sind allerdings nicht direkt beobachtbar, sondern realisieren sich in aktuellen

und konkreten Situationen. Der psychologische Strukturbegriff impliziert eine zeitüberdauernde Stabilität mit langsamem Veränderungspotenzial (Rudolf et al., 1995).

Harsch (1980) gibt in seiner unveröffentlichten Monografie eine fundierte Einführung in die psychoanalytische Strukturthematik. Der Autor hebt zwei allgemeine Unterscheidungen hervor, die zwischen „Struktur“ und „System“ und die zwischen „innerem Aufbau“ und „äusserer Gestalt“. Struktur wird definiert als „Menge und Art der die Elemente eines Systems miteinander verknüpfenden Relationen“ (S. 3). Demgegenüber versteht er unter System „ein Ganzes, das aus Elementen besteht, die strukturiert sind, d.h. sie bilden einen Zusammenhang und befinden sich in einer Wechselwirkung, sodass die Veränderung eines Elements die Veränderung der anderen nach sich zieht“ (S. 3). System und Struktur bilden eine dialektisch Verschränkte. Es gibt keine Struktur ohne ein entsprechendes System und kein System ohne eine entsprechende Struktur. Die Struktur bezieht sich auf den inneren Aufbau, das System auf die äussere Gestalt eines Ganzen. Struktur ist demnach eine Eigenschaft des jeweiligen Systems, und zwar nicht dessen äussere Gestalt, sondern sein innerer Aufbau. Der mit der Struktur zusammenhängende Systembegriff betont die dynamischen Prozesse des homöostatischen Ausgleichs von Zuständen.

Um den Begriff Struktur in der Psychoanalyse näher zu bestimmen, diskutiert Küchenhoff (2002) in seinem Artikel die Strukturthematik bezüglich ihrer philosophischen Aspekte. Der Autor hält fest, dass ein dialektisches Strukturverständnis, wie oben auch von Harsch (1980) definiert, den prozesshaften Charakter, das Veränderungspotenzial von Struktur betont. Struktur ist also nicht etwas, das ausschliesslich als stabil und unveränderbar, sondern als dynamisch angesehen wird. Zudem betont ein dialektischer Ansatz die Wechselwirkung zwischen individuellen Entwicklungsprozessen, Umwelteinflüssen und gesellschaftlichen Bedingungen.

Wie auch in anderen Wissenschaften lässt sich in der psychoanalytischen Literatur kein einheitlicher Strukturbegriff finden. Küchenhoff (2002) betont die Notwendigkeit einer kritischen Auseinandersetzung mit Strukturmodellen und der sie begründenden theoretischen Annahmen, da das Strukturverständnis einer bestimmten klinischen Theorie jeweils handlungsleitend ist und somit praktische Konsequenzen für die psychotherapeutische Praxis hat. So werden beispielsweise statische Strukturkonzepte der Komplexität der psychoanalytischen Theorie und Praxis nicht gerecht.

2 Strukturkonzepte in der psychoanalytischen Theorie

Das psychoanalytische Konzept ist ein Persönlichkeitsmodell, das die lebensgeschichtliche Entwicklung der Persönlichkeit beschreibt und darin die bewussten und unbewussten Vorgänge und vor allem die Konflikte und Konfliktlösungsstile abbildet. Zahlreiche psychoanalytische Autoren haben in diesem Zusammenhang über das Thema Struktur und Struktur- bildung publiziert; ihre Arbeiten widerspiegeln das breite Spektrum psychoanalytischer Theo- rien, die zwangsläufig bestimmten philosophischen Positionen verpflichtet sind. Im Fol- genden Kapitel werden die wichtigsten theoretischen Positionen zum Begriff Struktur in der Triebtheorie, Ichpsychologie, Selbstpsychologie und Objektbeziehungstheorie skizziert, um eine theoretische Basis für die moderne Strukturkonzeption von Rudolf (2002a) zu liefern. Dabei interessiert im Besonderen, inwieweit die verschiedenen Theorien ein dialektisches Verständnis von Struktur beinhalten. Als zentrale theoretische Grundlage zur Konzeption des Begriffs Struktur wird hier gleich zu Beginn die Strukturtheorie von Freud vorgestellt.

2.1 Strukturtheorie und Strukturbegriff bei Freud

Das klassische psychoanalytische Strukturmodell von Freud ist das Resultat einer langen Ent- wicklung. 1915 entsteht die topische Theorie, die Freud in „Das Unbewusste“ (1915/1997) ausarbeitet. Freud unterscheidet in diesem Modell der Psyche zwei psychische Zustände oder Systeme: das System Ubw (Unbewusst) und die Systeme Vbw (Vorbewusst) oder Bw (Be- wusst). Das System Ubw enthält unbewusste Vorstellungen und Affekte, die sich jeder bewussten Bearbeitung und Integration entziehen. Das System Bw enthält alle vorbewussten und bewussten Inhalte, die dem rationalen Denken und Urteilen zugänglich sind (Müller- Pozzi, 1997). Die Weiterentwicklung dieses Modells war notwendig geworden, da die topi- sche Theorie nicht mit bestimmten, zu beobachtenden Erscheinungen des seelischen Konflikts in Übereinstimmung zu bringen war (Harsch, 1980).

1923 führt Freud die Strukturtheorie in „Das Ich und das Es“ (1923/1997) ein. Dieses Modell wird als Instanzen- oder Strukturmodell bezeichnet. Das dynamisch Unbewusste ist gültig für das Es. Das Es umfasst alles, was die Triebe psychisch repräsentiert (Wünsche, Fantasien). Das Überich ist eng mit dem Es verbunden und entsteht aus dem Umstand, dass sich das Kind im Laufe der Entwicklung gezwungen sieht, bestimmte Wünsche, vor allem die ödipalen Liebeswünsche, aus der Beziehung zu den Eltern zu verdrängen. Das Überich ist die gebie- tende, verbotende, billigende oder missbilligende Instanz. Dazu gehört auch das so genannte Ich-Ideal, an dem das Ich sich orientiert und misst. Das Ich erfasst alle organisierenden, integ- rativen Funktionen der menschlichen Psyche. Dazu gehören Wahrnehmung, Gedächtnis, Auf-

merksamkeit, Lernen, Denken und Urteilsfähigkeit. Die beiden Hauptaufgaben des Ich sind die Wahrnehmung und die Bewältigung der psychischen inneren Realität und der äusseren Realität (Müller-Pozzi, 1997).

Um ein vertieftes Verständnis für die Strukturtheorie von Freud herzustellen, wird im Folgenden auf die unterschiedliche Verwendung des Begriffs Struktur bei Freud eingegangen. Freud verwendet den Begriff Struktur in seinen Schriften nur sehr zurückhaltend. Gemäss G. Schneider (1995a) lassen sich zwei Aspekte bei Freuds Strukturbegriff hervorheben, das der *Organisiertheit der Psyche* und das der *Dynamik dieser Organisiertheit*. Die Frage nach der *Organisiertheit der Psyche*, ist in der ersten Verwendung des Strukturbegriffs im Zusammenhang mit dem seelischen Apparat impliziert, wenn es Freud im 7. Kapitel der „Traumdeutung“ (1900/1996) um die Erforschung von dessen Aufbau geht. In Bezug auf den Traum ist Freud der Ansicht, dass dieser einen der Wege zeigt, die zur Kenntnis der Struktur führen. Bei Freud ist nicht nur die seelische Persönlichkeit strukturiert, sondern auch das Ich hat eine eigene Struktur (Harsch, 1980). Das Ich wird als organisierte und organisierende Instanz gesehen. Kernberg (2000b) hält fest,

dass Freud die Mehrdeutigkeit, die innere Spannung des Konzepts vom Ich, immer beibehalten hat – um sowohl die Systemeigenschaften des Begriffs als die Tatsache anzugeben, dass Ich, im Rahmen dieser Systemeigenschaften, der Sitz des Bewusstseins und damit auch des Bewusstseins des eigenen Selbst oder vom Selbst als Person ist. (S. 331)

Das zweite Moment, die *Dynamik der Organisiertheit*, bezieht G. Schneider (1995a) auf die 1931 verfasste Arbeit „Über libidinöse Typen“ (1931/1997) von Freud. Hier verwendet Freud den Strukturbegriff im Zusammenhang mit der Entwicklung einer psychoanalytischen Typologie mit den drei Haupttypen des erotischen Typus, des Zwangstypus und des narzisstischen Typus. Häufiger als diese reinen Typen sind die gemischten Typen zu beobachten.

Man fühlt sich aber auf sicherem Boden der Erfahrung, wenn man sich nun den gemischten Typen zuwendet, die umso viel häufiger zur Beobachtung kommen als die reinen. Diese neuen Typen, der erotisch-zwanghafte, der erotisch-narzisstische und der narzisstische Zwangstypus, scheinen in der Tat eine gute Unterbringung der individuellen psychischen Strukturen, wie wir sie durch die Analyse kennen gelernt haben, zu gestatten. Es sind längst vertraute Charakterbilder, auf die man bei der Verfolgung dieser Mischtypen gerät. (Freud, 1931/1997, S. 270–271)

Unter „individueller psychischer Struktur“ versteht Freud hier das individuelle Verhältnis zwischen Es, Ich und Überich und die individuelle Unterbringung der Libido in den einzelnen Instanzen (Harsch, 1980). Gemäss G. Schneider (1995a) wird unter dem Aspekt der *Dynamik der Organisiertheit* mit „Charakter“ im oben erwähnten Artikel von Freud das Beständige und nur schwer Veränderbare hervorgehoben. Andererseits wird in der psychoanalytischen

Charakterologie Charakter primär als dynamisch im Sinne der Verarbeitung von Triebkonflikten begriffen, und diese Perspektive kennzeichnet die zuletzt genannte Arbeit „Über libidinöse Typen“ von Freud: „Umgekehrt auf den Begriff der Struktur hin gelesen, bekommt damit Struktur ein dynamisches Moment, so wie ja auch insgesamt das Strukturverhältnis ‚Überich–Ich–Es‘ nicht einfach festgestellt, sondern ein dynamisches Verhältnis ist“ (G. Schneider, 1995a, S. 28).

Freuds Strukturtheorie ist ein Versuch, das Zusammenspiel des psychischen Funktionierens im psychischen Apparat zu erfassen. Zusammen mit den oben beschriebenen Instanzen oder Substrukturen sind neben dem topischen Gesichtspunkt auch der dynamische, ökonomische, genetische und adaptive Aspekt in einem ganzheitlichen psychischen Gefüge – der Struktur – integriert und wirken determinierend auf das Verhalten. „Alles Verhalten hat strukturelle Determinanten, ist Ausdruck einer Struktur; Verhalten, das isoliert von der Struktur des Betroffenen ist, gibt es nicht (Heigl, 1995, S. 216).

Heigl beschreibt diese Aspekte besonders anschaulich in seiner Abhandlung „Zum strukturellen Denken in der Psychoanalyse“. Gemäss Heigl fliessen die Folgenden vier Grundannahmen in das strukturelle Denkprinzip der Psychoanalyse ein.

1. *Topischer Aspekt:* Der topischer Aspekt besagt, dass es unbewusste und bewusste Bereiche des Psychischen gibt. Unbewusste seelische Vorgänge wirken auf das Verhalten eines Individuums ein.
2. *Dynamischer Aspekt:* Der dynamische Gesichtspunkt verweist darauf, dass jedes Verhalten einer Person von Trieben bestimmt ist. Die Triebe sind auf Ziele ausgerichtet und von Triebobjekten ist ihre Befriedigung abhängig. Diese Zielorientierung und die Verbindung von Trieben und Triebobjekten deuten „auf die anlagemässige Bezogenheit des Menschen auf seine soziale Umwelt“ hin (S. 214). Heigl ist der Ansicht, dass Freuds ökonomischer Aspekt – alles Verhalten werde durch seelische Energie reguliert – entbehrlich ist, da psychische Energien im Gegensatz zum Verhalten nicht direkt beobachtbar sind.
3. *Genetischer Aspekt:* Der genetische Gesichtspunkt deutet darauf hin, dass genetisch frühe Erfahrungen einen Einfluss auf die Entwicklung der psychischen Struktur eines Menschen haben. Besonders auf die Triebvorgänge in interpersonellen Beziehungen und deren Internalisierung haben frühe Erfahrungen einen Einfluss. Heigl sieht hierbei das Verhalten nicht einfach als blosse Wiederholung früherer Verhaltensweisen im Sinne

eines Wiederholungszwanges da „sich zwischen Vergangenheit und Gegenwart die Struktur als eine neue Gruppe von Determinanten eingeschaltet hat, also zum Beispiel kognitive, Abwehr- und Steuerungs-Substrukturen das Verhalten neu beeinflussen“ (S. 215).

4. *Adaptiver Aspekt*: Der adaptive Aspekt betont, dass Verhalten durch die Notwendigkeit zur Anpassung an die äussere Lebenswirklichkeit determiniert ist. Die Erfahrungen des Kindes, dass es seine Triebe und Wünsche nicht immer befriedigen kann, lassen Substrukturen entstehen, welche steuernd oder kontrollierend wirken. Entsprechend hält Heigl fest: „Die Entwicklung einer neurotischen Struktur ist immer auch die mehr oder minder gelungene Anpassung an die spezifischen Umweltverhältnisse“ (S. 217–218).

Diese Gesichtspunkte stellen zusammengefasst die allgemeinen und abstrakten theoretischen Annahmen in der psychoanalytischen Metapsychologie dar. Jedem dieser Gesichtspunkte entspricht eine andere Zugangsweise, um seelische Vorgänge möglichst umfassend erklären zu können. Die Strukturtheorie von Freud ist von verschiedenen psychoanalytischen Denkrichtungen sehr unterschiedlich aufgenommen und weitergeführt worden.

2.2 Ichpsychologie

Einen wichtigen Stellenwert bekommt der Strukturbegriff in der Ichpsychologie. Seit Beginn der 40er Jahre hatte sich das psychoanalytische Interesse auf die Struktur des Ich, seine Funktionen und seine Entwicklung gerichtet (Rudolf, 2002a). Die wichtigsten Vertreter der Ichpsychologie wie Hartmann und Rapaport gehen von Freuds Instanzenmodell respektive seiner Strukturtheorie und den darin enthaltenen Aussagen über die Entwicklung und die Funktion des Ich aus. Das theoretische Interesse verlagert sich vom intrapsychischen Konflikt und den Abwehrmechanismen des Ich auf die Erforschung der adaptiven Funktionen, mit denen das Ich der Umwelt begegnet. Dem Ich wird mehr Bedeutung und Unabhängigkeit sowohl vom Es, vom Überich als auch innerhalb der Gesamtpersönlichkeit zugemessen. So bauen die ichpsychologischen Vertreter um den Begriff des Ich eine allgemeine Psychologie auf, um der Psychoanalyse in der empirischen Wissenschaft Geltung zu verschaffen (Müller-Pozzi, 1997). Eine weitere Gemeinsamkeit der Ichpsychologen ist, dass unter ihnen die Tendenz besteht, Struktur und System im oben definierten Sinne nicht klar zu unterscheiden (Harsch, 1980).

Rapaport (1970) gibt in einem seiner wichtigsten Werke „Die Struktur der psychoanalytischen Theorie“ einen Überblick über das psychoanalytische Persönlichkeitsmodell aus ichpsychologischer Sicht. Während Hartmann oft den Begriff des psychischen Apparates verwendet, zieht

Rapaport den der Struktur vor. Rapaport unterscheidet im Ich mehrere Strukturarten. Erstens sind die kontrollierenden und abwehrenden Strukturen zu erwähnen, die geordnetes Denken, kontrollierte Affekte und zielgerichtetes Verhalten erlauben. Auch die Instrumentalstruktur als zweite Strukturart, wie Informationen, Gewohnheiten, Begriffe, werden vom geordneten Denken, dem kontrollierten Affekt und dem zielgerichteten Verhalten benützt. Drittens sind Strukturen zu nennen, die durch Identifikation entstanden sind. Viertens werden strukturelle Gegebenheiten wie Gedächtnis, Wahrnehmung und Motilität erwähnt. Darunter versteht Rapaport psychologische Repräsentanz der Organe, zum Beispiel die psychologischen Strukturen über welche die Kontrolle über den motorischen Apparat ausgeübt wird.

Rudolf (1987) kritisiert, dass das Konstrukt „Ich“ im ichpsychologischen Sinn im Grunde autistisch und für die Beschreibung zwischenmenschlicher Beziehung nicht geeignet ist. „Um diesem Mangel abzuhelfen, wurde ein weiteres Konstrukt in die Ichpsychologie eingeführt, was auch eine psychische Zentralstruktur ähnlich dem Ich darstellt, aber zugleich die Fähigkeit zur Objektbeziehung aufweist, das Selbst“ (S. 65). In der Ichpsychologie wird das Selbst als Struktur verstanden, die nicht wie Es, Ich und Überich eine Instanz ist, sondern sich über die Instanzen hinweg erstreckt. Das Selbst wird in Gegenüberstellung zu den Objekten als die eigene Person verstanden. Nach Jacobson (1978) bezieht sich der Begriff des Selbst auf die gesamte Person eines Menschen wie auch seinen Körper – das Selbst ist eine leibseelische Einheit. Jacobson bezeichnet das Selbst in Hartmann'scher Tradition als deskriptiven Begriff, während Selbstrepräsentanzen metapsychologische Begriffe sind. Analog zu den Objektrepräsentanzen dienen die Selbstrepräsentanzen „zur Bezeichnung der unbewussten, vorbewussten und bewussten intrapsychischen Repräsentanzen des körperlichen und seelischen Selbst im System Ich“ (Harsch, 1980, S. 38).

Der strukturelle Aspekt ist von Rapaport (1970) mit dem Anspruch, theoretisch allgemein verbindlich zu sein, ausformuliert und folgendermassen zusammengefasst worden:

- 1) Die strukturellen Determinanten des Verhaltens wurden als vermittelnde Variablen eingeführt, welche der Beobachtung Rechnung tragen, dass Motivationen das Verhalten nicht in einem Eins-zu-eins-verhältnis determinieren.
- 2) Strukturelle Determinanten unterscheiden sich von motivierenden Determinanten, insofern sie relativ dauerhaft sind: ihr Veränderungstempo ist relativ langsam.
- 3) Es gibt sowohl angeborene als auch erworbene Strukturen: Apparate von primärer und sekundärer Autonomie.
- 4) Strukturbildung formt die Motivationen um und veranlasst das Entstehen neuer Motivationen von höherer Neutralisierung.
- 5) Strukturen und die aus ihnen erwachsenden Motivationen können zu relativ autonomen Determinanten des Verhaltens werden. (S. 61)

Zentral für die Struktur ist ihre Unveränderbarkeit oder zumindest ihre langsame Verlaufsgeschwindigkeit. „Die Beobachtung dieser relativ beharrlichen Determinanten von Verhalten und Symptom scheint die eigentliche Grundlage gewesen zu sein, auf der der Begriff Struktur errichtet wurde“ (Rapaport, 1970, S. 57). Das Ich bzw. das Überich muss überdauernd fortbestehen und aktiviert sein, um der gleichfalls überdauernden Gefahr einer unkontrollierten Triebabfuhr oder einer Wiederkehr des Verdrängten begegnen zu können, was im Falle des Versagens des Ich nicht mehr gewährleistet wäre (Deneke, 1999). Diese Aufrechterhaltung der Struktur ist im Sinne einer Selbsterhaltungstendenz zu verstehen.

Harsch (1980) fasst die Kritik gegenüber der Auffassung des ichpsychologischen Strukturbegriffs zusammen und betont dabei den Standpunkt, dass es bei einer Struktur primär um die Beziehung von Elementen eines Systems und deren gegenseitige Abhängigkeit geht und erst sekundär darum, ob diese Beziehungen stabil oder dauerhaft sind. Das Schwergewicht wird in der Ichpsychologie auf die Stabilität gelegt, und das Spannungsverhältnis der beiden Momente Stabilität und Veränderbarkeit tritt in den Hintergrund, was zu einem Aufgeben einer potenziellen Dialektik des Strukturbegriffs führt. Auch Kernberg (2000b, S. 332) ist der Meinung, dass der ichpsychologische Versuch, das Freud'sche Ich zu präzisieren, zur Verarmung des Begriffs beigetragen hat.

Stolorow (1978), der aus der amerikanischen ichpsychologischen Tradition stammt, setzt sich kritisch mit dem ichpsychologischen Strukturkonzept auseinander und schlägt vor, die Strukturtheorie von der Metapsychologie zu befreien (S. 317). Der Autor kritisiert die metapsychologischen und ichpsychologischen Konstruktionen wegen ihrer Neigung zur Vergegenständlichung von Abstraktionen. An ihre Stelle setzt er eine klinische Theorie, die Intersubjektivitätstheorie, die sich phänomenologisch an den Erscheinungen und am subjektiven Erleben orientiert (Orange, Atwood & Stolorow, 2001). Auch Rudolf (1987) kritisiert die „maschinenhaften“ Züge des ichpsychologischen Konzepts und betont die Notwendigkeit, Struktur ausgehend vom subjektiven Erleben der Betroffenen zu betrachten: „Die Begriffsbildung ‚das Organ Ich‘ verführt dazu, sich psychische Instanzen oder Strukturen dinghaft vorzustellen und die selbstverständliche Tatsache aus dem Auge zu lassen, dass es sich ‚nur‘ um Erlebnisqualitäten (ich sehe) handelt, die bestimmte seelische Leistungen oder Eigenschaften begleiten (ich sehe)“ (S. 63).

In der Intersubjektivitätstheorie von Stolorow (1978) entsprechen psychische Strukturen den Konfigurationen oder den Anordnungen von Repräsentanzen subjektiver Erfahrungen. Die Gesamtstruktur eines Menschen wird als „representational world“ (S. 316) bezeichnet. Mit

dem Konzept „representational world“ ist die Summe von Selbst- und Objektrepräsentanzen gemeint. Gemäss Stolorow (1978) durchdringen diese Selbst und Objektrepräsentanzen mit ihrem affektiven Gehalt permanent die individuellen Erfahrungen und stellen somit verdichtete Grundmuster des Erlebens der eigenen Person dar. Diese Repräsentanzen, die als Systeme bezeichnet werden, sind strukturiert und wirken strukturierend auf die persönliche Erfahrung: „conception of structures as systems of transformations, configurations of self and object representations can be viewed as being both structured and structuring“ (S. 316). Bei Stolorow wird deutlich, dass er den dialektischen Standpunkt vertritt, wenn er Repräsentanzen sowohl als Ergebnis wie auch als Ausgangspunkt subjektiver Erlebnisse und Erfahrungen betrachtet (Seidler, 1999).

2.3 Selbstpsychologie

Eine für die Begriffsbildung der Struktur wichtige Entwicklung vollzieht sich in den 60er und 70er Jahren unter dem Einfluss der Selbstpsychologie, deren wichtigster Vertreter Kohut darstellt. Kohut wird von den Ichpsychologen und der Objektbeziehungsschule theoretisch und konzeptionell beeinflusst. Bacal und Newmann (1994) diskutieren miteinander zusammenhängende Charakteristika, in denen die Selbstpsychologie sich von der Psychoanalyse unterscheidet:

Der Verzicht auf die Triebmotivierung als zentralem Faktor der Entwicklung und Pathogenese; die Verlagerung von einer Ein-Personen auf eine Mehr-Personen-Psychologie; die mit einer Veränderung des traditionellen Narzissmus-Konzepts verbundene Spezifizierung einer zentralen Form der Beziehung (der Selbstobjekt-Beziehung) zwischen dem Selbst und dem Anderen; und schliesslich die Fokussierung der analytischen (klinischen) Beobachtung auf das Selbst und seine Selbst-Objekt-Erfahrung. (S. 278)

Kohut (1973) ersetzt die zentrale Rolle des Triebs durch die Funktion des Selbst, wobei er das Selbst als eine übergeordnete Instanz konzeptualisiert. Für Kohut ist das Selbst zentral, das er als Struktur innerhalb der Psyche bezeichnet, da das Selbst mit Triebenergie besetzt ist und zeitlich kontinuierlich und stabil ist. Das Selbst besitzt Struktureigenschaften im Sinne der ichpsychologischen Ansätze. Als psychische Struktur hat es auch einen psychischen Ort. Kohut lokalisiert Selbstrepräsentanzen in allen drei Instanzen, im Es, im Ich und im Überich, wobei der Autor nicht zwischen Selbst und Selbstrepräsentanzen unterscheidet. Das Selbst ist entsprechend den Objektrepräsentanzen ein Inhalt des psychischen Apparats, aber es ist nicht einer seiner Bausteine, das heisst es ist keine psychische Instanz. Das Selbst ist, im Gegensatz zu den Instanzen Es, Ich und Überich, verhältnismässig erfahrungsnah definiert. Ein zentrales Konzept in der Selbstpsychologie stellt das Selbstobjekt dar. Das Selbstobjekt ist für Kohut

ein Objekt, ohne das die eigene Selbstregulation nicht aufrechterhalten werden kann. Das Selbstobjekt wird als ein Teil des eigenen Selbst erlebt, und es soll ständig verfügbar sein (Köhler, 1995).

Wolf (1996) hat in Anlehnung an Kohut das Selbst als psychische Struktur definiert, als überdauernde Konfiguration, die mit der Erfahrung des Selbstseins verbunden ist. Sie besteht aus einem Cluster von Entwicklungsmöglichkeiten, die durch Selbstobjekt-Beziehungen aufrechterhalten wird. „Insofern das Selbst eine ‚psychische Struktur‘ ist, hat es Fähigkeiten zur Selbsterhaltung erworben, die man als Repräsentanzen oder als Amalgame gesunder Selbstobjekt-Verbindungen betrachten kann“ (Bacal & Newmann, 1994, S. 280).

Deneke (1989) hat das Selbstsystem als autoreglatives System konzeptualisiert. Er sieht das Selbst als rückbezügliches System, das Regulationsvorgänge mit umfasst, die an seiner Organisation teilhaben. Die Regulationsvorgänge folgen zwei übergeordneten motivationalen Regulationsprinzipien, die in diametral entgegengesetzte Richtungen lenken. Eine Art der Regulationsvorgänge ist auf das Erreichen von spannungsfreien Ruhe- und Gleichgewichtszuständen ausgerichtet. Als Zielgrößen dieser Regulation nennt Deneke Befriedigung sinnlich-körpernaher Bedürfnisse, Sicherheit, stabiles Selbstwertgefühl und Befriedigung der Bedürfnisse nach Sinngabe. Die andere Art strebt nach Unruhe und zwar insofern, als sensorisch-affektive Stimulierung und Irritation, Erfahrung von Neuartigem, Überraschendem gesucht wird. Beide Prinzipien bleiben aber dynamisch aufeinander bezogen; sie verändern sich fließend. Auf diesem theoretischen Hintergrund haben Deneke und Hilgenstock (2000) ein Selbstbeurteilungsinstrument entwickelt, das so genannte Narzissmus-Inventar. Auf der Grundlage einer Untersuchung an 1277 psychoneurotischen und psychosomatischen PatientInnen konnten 18 verschiedene Regulationsvorgänge unterschieden werden. Dieses Instrument wird auch in der vorliegenden Studie eingesetzt und im Methodenteil ausführlicher beschrieben.

Abschließend soll noch erwähnt werden, dass der Ansatz von Kohut weniger als theoretisches Gesamtkonzept, sondern eher über die Modifikation der therapeutischen Haltung in der alltäglichen psychoanalytisch orientierten Therapie wirksam zu sein scheint (Seidler, 1999). Bacal und Newmann (1994) halten fest, dass die Selbstpsychologie enge Verbindungen zur Objektbeziehungstheorie aufweist, und zwar insofern, als, „der psychoanalytischen Selbstpsychologie eine objektrelationale Struktur zugrunde liegt“ (S. 17).

2.4 Objektbeziehungstheorie

Für den Strukturbegriff und innerhalb der Theorie der Persönlichkeitsstruktur bildet das Thema der Objektbeziehungen einen wichtigen Schwerpunkt. In Konzepten der Objektbeziehungstheorie von Autoren wie Balint, Klein, Bowlby oder Fairbairn wird betont, dass Objektbeziehungen für die Bildung von Struktur unerlässlich sind. Melanie Klein hat, gemäss Bacal und Newmann (1994), die erste vollständige Objektbeziehungstheorie erarbeitet.

Kernberg, der derzeit einflussreichster Vertreter der Objektbeziehungstheorie, entwickelt seine theoretischen Ansätze in Anlehnung an Jacobson, Mahler und in Auseinandersetzung mit der Auffassung Melanie Kleins (Ludwig-Körner, 1992). Ähnlich wie Rapaport (1970) versteht Kernberg unter Struktur psychische Konfigurationen mit langsamer Veränderungsrate, deren Aufgabe in der Regulierung psychischer Prozesse oder Funktionen besteht (Leichsenring, 2003). Kernberg (2000b), der an der Terminologie des Struktur- und Triebmodells von Freud festhält, setzt sich in seinem Werk „Schwere Persönlichkeitsstörungen“ ausführlich mit dem Strukturbegriff und mit dem Verhältnis zwischen Ich und Selbst auseinander. Er schlägt vor, zwei Begriffe zu verwenden, um die Person in ihrer Gesamtheit zu bezeichnen: Der Begriff Charakter ist geeignet, wenn die Person als Gesamtheit ihres Verhaltens und ihrer Interaktionen gemeint ist. Der Begriff Selbst betrifft die Gesamtheit der Selbstvorstellungen. Kernberg geht davon aus, dass das Selbst eine intrapsychische Struktur ist und unlösbar mit dem Ich, wo es auch seinen Ursprung hat, verbunden ist. Von Kernbergs Prämissen bleibt damit die Strukturtheorie von Freud unberührt. „Wenn man das Selbst so versteht, dann bleibt man in der Nähe von Freuds implizitem Beharren darauf, dass Selbst und Ich unlösbar miteinander verbunden seien“ (Kernberg, 2000b, S. 335). Kernberg beginnt in seiner Theorie mit der Analyse des Ich als Makrostruktur mit verschiedenen Substrukturen und Funktionen und geht dann über zu spezifischen Strukturabkömmlingen, nämlich den verinnerlichten Objektbeziehungen (Leichsenring, 2003).

Der Strukturbegriff der Objektbeziehungstheorien in der Tradition von Kernberg ist eng verbunden mit den Verinnerlichungsprozessen. Kernberg misst der Rolle des frühen (menschlichen) Objekts grosse Bedeutung für die Bildung der inneren Objektbeziehungen bei (Bacal & Newmann, 1994). Dies wird besonders deutlich in Kernbergs (1981) Präsentation seiner Objektbeziehungstheorie:

Diese Theorie besagt im Wesentlichen, dass die Grundeinheiten der intrapsychischen Strukturen Konstellationen von Selbstbildern, Objektbildern und Affektdispositionen sind, die spezifische, durch solche Selbst-Objekt-Affekt-Einheiten repräsentierte internalisierte Objektbeziehungen reflektieren. Diese

Einheiten internalisierter Objektbeziehungen vereinen sich zu komplexeren psychischen Strukturen (wie dem Ideal-Selbst und den Ideal-Objekten), und diese Strukturen geben ihrerseits schliesslich dem Ich, dem Über-Ich und dem Es ihre definitive Form. (S. 257)

Die Organisation der inneren Welt wird gebildet durch Selbst- und Objektrepräsentanzen, die von Affekten begleitet sind. Im Modell von Kernberg kann jede Form von Repräsentanz bewusst, unbewusst oder dissoziiert sein. Von spezieller Bedeutung ist, dass der Modus der Selbstrepräsentanz den Modus der Objektrepräsentanz beeinflusst. Eine Kernaussage der Theorie von Kernberg ist, dass das Innenleben eines Individuums dyadisch angelegt ist, nämlich durch die Repräsentanz einer Interaktion zwischen zwei Personen, zwischen dem Selbst und dem Objekt. Diese Repräsentanzen werden durch reale Erfahrungen in der Kindheit und die damit zusammenhängenden Abwehrprozesse konstituiert.

Bei diesem Ansatz wird der Nachdruck auf die Konstituierung dyadischer oder bipolarer intrapsychischer Vorstellungen (Selbst- und Objektbilder) gelegt, die die ursprüngliche Mutter-Kind Beziehung und ihre spätere Entwicklung zu dyadischen, triadischen und multiplen inneren und äusseren zwischenmenschlichen Beziehungen reflektieren. (...) wichtig ist jedoch die wesentlich dyadische oder bipolare Natur der Internalisierung, innerhalb welcher jede Einheit von Selbst- und Objektbild in einem besonderen affektiven Kontext etabliert wird. In dieser Konzeption sind die Selbst-Objekt-Affekt-, Einheiten' primäre Determinanten der Gesamtheit der psychischen Strukturen (Es, Ich und Überich). (Kernberg, 1981, S. 55)

Die Qualität und Abfolge von Objekterfahrungen sind entscheidend für die strukturell organisierte Niederlegung primärer Einheiten. Diese Einheiten sind die Bausteine, aus denen sich die anderen Strukturen entwickeln.

Struktur wird bei Kernberg eng mit entwicklungsbezogenen, genetischen und dynamischen Aspekten verknüpft (Pouget-Schors, 2002). Der Autor beschreibt die Introjektion, Identifizierung und Ich-Identität als aufeinander folgende Stadien in der Strukturierung der Prozesse der Internalisierung von Objektbeziehungen. Die Internalisierungsprozesse gestalten sich in Abhängigkeit von der entwicklungspsychologisch erreichten Reife eines Individuums. So handelt es sich auf einer unteren Stufe um Vorgänge der Introjektion. „Bei der Introjektion sind Objekt- und Selbstvorstellungen noch nicht vollkommen voneinander differenziert und der sie begleitende Affekt ist primitiv, intensiv und diffus“ (Kernberg, 1981, S. 78). Bei der Identifizierung besteht eine klare Trennung zwischen Selbst und Objektvorstellungen und Rollen Aspekte der Beziehung werden internalisiert. Zusätzlich sind die Affekte modulierter, „und da die Selbst- und Objektvorstellungen jeweils mit libidinösen bzw. aggressiven Besetzungen integriert werden, erweitert und vertieft sich das Spektrum der Affektdispositionen“ (S.78). Auf der dritten Stufe, bei der Bildung der Ich-Identität, findet eine definitivere

Strukturierung der inneren Welt der Objekte statt. Das Subjekt hat die Fähigkeit, sich selbst und das Objekt in unterschiedlichen Zusammenhängen als kohärent zu erleben. Das Erreichen der Objektkonstanz und die Ausbildung der Identität im Selbstbild ist die strukturelle Voraussetzung für eine Entfaltung der dreiteiligen Struktur. „Die Ich-Identität ist die umfassende Strukturierung von Identifizierungen und Introjektionen unter dem steuernden Prinzip der synthetischen Funktionen des Ich“ (S. 28) Diese Strukturierung impliziert eine Konsolidierung von Ichstrukturen, die mit einem Gefühl der Kontinuität des Selbst verbunden sind, wobei das Selbst die Organisation der Selbstbild-Komponenten von Introjektionen und Identifizierungen ist. Das Selbst differenziert sich also innerhalb des Ich.

Nach Kernberg (2000b) ist somit das Selbst „eine Ichfunktion und -struktur, die sich allmählich aus der Integration ihrer Teil-Selbstvorstellungen zu einer überordneten Struktur entwickelt, die andere Ichfunktionen wie Gedächtnisstrukturen und kognitive Strukturen einverleibt und zu den dualistischen Merkmalen führt, die in Freuds Ich implizit vorhanden sind“ (S. 340). Das Selbst erscheint bei Kernberg als ein intrapsychisches Bild neben anderen Repräsentanzen.

Ob Kernberg letztlich ein metapsychologisch fundierter Ansatz vertritt wird kontrovers diskutiert. Seidler (1999) ist der Meinung, dass sich Kernberg von der metapsychologisch fundierten Strukturtheorie löst, indem er auch dem Selbst den Stellenwert einer Struktur zuschreibt.

2.5 Zusammenfassung

Dieses Kapitel bestand aus einer Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Theorien zum Begriff Struktur, welche die theoretischen Konzeptionen für das moderne Strukturverständnis liefern, das im nächsten Kapitel 3 beschrieben wird. Dabei wurde deutlich, dass der Begriff Struktur in der psychoanalytischen Theorie in vielfachen Konzeptualisierungen und verwirrender Vielfalt verwendet wird. Kontrovers diskutiert wurde einerseits die Beziehung zwischen Ich und Selbst sowie andererseits das Verhältnis zwischen prozessualer Dynamik und statischer Organisation der psychischen Struktur.

Das Freud'sche Instanzenmodell respektive das so genannte Strukturmodell konzipiert „Struktur als das Zusammenspiel seelischer Kräfte (Ich–Es–Überich) oder Einflussfaktoren im Sinne des Triebs, der Aussenwelt und verinnerlichter Beziehungserfahrungen“ (Küchenhoff, 2002, S. 68). Geht man von der in Kapitel 1 definierten Struktur-Auffassung von Harsch (1980) als der wechselseitigen Abhängigkeit der Elemente untereinander und vom

System aus, dann stellt beim Instanzenmodell die seelische Persönlichkeit das System dar. Die Instanzen hingegen sind die Elemente des Systems, die untereinander in einer dialektischen Beziehung stehen und somit eine Struktur bilden (Harsch, 1980).

Struktur weist bei den Ichpsychologen im Gegensatz zur dynamischen Flexibilität des Instanzenmodells von Freud auf eine relative Stabilität von Funktionen hin. Die Ichpsychologen erkennen im Instanzenmodell von Freud explizit den strukturellen Aspekt, wobei Es, Ich und Überich als deren Funktionseinheiten betrachtet werden. Durch die Betrachtung des Ich als System statt als ein Element, stellen die verschiedenen Ichfunktionen die Elemente dar, die untereinander bestimmte Beziehungen unterhalten. Die Begriffe System und Struktur werden somit synonym verwendet, was zur Folge hat, dass Struktur in erster Linie durch relative Stabilität im Gegensatz zu Flexibilität, durch beharrliche Determinanten im Gegensatz zu den schnellen Abläufen der Triebvorgänge, durch Dauerhaftigkeit und eine langsame Veränderungsgeschwindigkeit gekennzeichnet ist (Harsch, 1980).

Im Rahmen der kontrovers geführten Diskussion zum Strukturbegriff kann zusätzlich auf die Schwierigkeit hingewiesen werden, die sich bei der Bestimmung des Verhältnisses zwischen Ich und Selbst ergeben. Der Ich-Begriff von Freud ist in mehrfacher Hinsicht gekennzeichnet durch Widersprüchlichkeit, im Sinne einer synonymen Verwendung von Ich und Selbst. Im Rahmen der ichpsychologischen und selbstpsychologischen Begriffsbildung erfährt das Selbst eine eigene Charakterisierung. Während ichpsychologische Theorien weiterhin das Ich als zentrale Struktur betrachten, entspricht es der Auffassung des Selbstpsychologen Kohut (1973), dass das Selbst eine übergeordnete Struktur ist. Die grundlegende Neuerung der Selbstpsychologie gegenüber der Trieb- und Strukturtheorie der Psychoanalyse besteht darin, dass das Selbst und seine Selbstobjektbedürfnisse als zentrale Motivationsfaktoren angesehen werden. Kohut setzt sich mit dem Triebkonzept auseinander, indem er den Motivationsprimaten nicht mehr den Trieben, sondern dem Selbst zuspricht. Somit wird von einem Selbst als System ausgegangen, dem als Elemente Selbstrepräsentanzen, Objektrepräsentanzen und Selbstobjekte zugeordnet werden.

Ludwig-Körner (1992) sieht die Schwierigkeit bei der Klärung des Verhältnisses zwischen Ich und Selbst darin, dass „eine Entscheidung für das Selbst als übergeordnetem Begriff für die Ganzheit der Person eine Unterordnung des Ich und seiner Funktionen einschliesst. Das ist aber mit der Strukturtheorie der Psychoanalyse nicht vereinbar“ (S. 189).

Kernberg (1981, 2000b) bezieht sich in seiner Formulierung der Objektbeziehungstheorie auf die Instanzen der Strukturtheorie von Freud. Die Konstrukte der Objektbeziehungspsychologie, die von Kernberg integriert werden, zeigen auf, wie sich aus den Beziehungserfahrungen der Kindheit durch Internalisierung Struktur entwickelt. Das Ich stellt die übergeordnete Struktur dar, in die unterschiedliche Aspekte des Selbstbildes integriert sind. Kontrovers wird der metapsychologische Ansatz von Kernbergs Theorie diskutiert.

Vor allem in der amerikanischen Literatur zum Verständnis der psychischen Struktur besteht die Tendenz, metapsychologische und ichpsychologische Konstruktionen zu überwinden. An ihrer Stelle wird eine klinische Theorie, die Intersubjektivitätstheorie, entwickelt, die sich phänomenologisch an den Erscheinungen und am subjektiven Erleben orientiert (Orange et al., 2001). So versteht Stolorow (1978) unter Struktur die Konfiguration von Repräsentanzen, die subjektiv erlebbar sind. Auch Rudolf (1987), der einen entwicklungspsychologischen Ansatz vertritt, kritisiert die ichpsychologischen Konzepte und betont die Notwendigkeit, Struktur ausgehend vom subjektiven Erleben der Betroffenen zu betrachten.

Auf der Grundlage dieses Verständnisses gehen diese Instanzen (Ich–Es–Überich) der Strukturtheorie als metapsychologische Entitäten verloren, an ihre Stelle tritt konzeptuell das Selbst in seiner Beziehung zum Anderen. Diese Auffassung hat sich gemäss Seidler (1999) durchgesetzt. Das im nächsten Kapitel dargestellte Verständnis von psychischer Struktur von Rudolf bezieht sich konzeptuell auf das Selbst und verzichtet auf die Instanzen der Strukturtheorie.

3 Psychodynamisches Strukturmodell von Rudolf

Basierend auf der Darstellung der verschiedenen theoretischen Grundlagen des Struktur-Begriffs soll im Folgenden das Strukturmodell von Rudolf (2000, 2002a) diskutiert werden. Rudolfs Struktur-Verständnis bildet die Grundlage für die vorliegende Studie. Es ist aus der kritischen Auseinandersetzung des Autors mit ichpsychologischen, selbstpsychologischen und objektbeziehungstheoretischen Ansätzen der Psychoanalyse hervorgegangen. Es ist gelungen eine entwicklungspsychologisch fundierte funktional-psychodynamische Theorie der Struktur der Persönlichkeit zu entwickeln. Rudolf hat massgeblich an der Entstehung eines diagnostischen Instruments, der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), das neben anderen Aspekten die Struktur erfasst, mitgewirkt (Arbeitskreis OPD, 2001). Zusätzlich leitet Rudolf aus seinem Strukturkonzept eine psychotherapeutische Vorgehensweise ab, die er strukturbezogene Psychotherapie nennt (Rudolf, 2004).

In der modernen Differenzierung der psychoanalytischen Konzepte werden die in Kapitel 2 dargestellten Konstrukte Ich, Selbst und Objektbeziehungen nun unter strukturellen Gesichtspunkten beschrieben. Dabei geht es im Strukturmodell von Rudolf um die entwicklungspsychologischen Aspekte dieser Strukturen, das heisst „um Prozesse der zunehmenden Differenzierung und Integration des Selbst in seinen Beziehungen zu den Objekten“ (Rudolf et al., 1995, S. 201). Im Folgenden wird das entwicklungspsychologische Verständnis von psychischer Struktur von Rudolf und die damit zusammenhängenden Begriffe Ich, Selbst und Objekte diskutiert.

3.1 Ich, Selbst und Objekte

Rudolf (2000) grenzt die Begriffe Ich und Selbst unter der Verwendung der Terminologie Intentionalität und Reflexivität voneinander ab. Das Ich wird von ihm als präreflexive Struktur gesehen im Gegensatz zum Selbst, das als reflexive Struktur betrachtet wird. Das Ich gilt „als zentraler Organisator des Psychischen, welcher zugleich intentional auf die Objekte ausgerichtet ist“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 71). Das Selbst entsteht in dem Moment, in dem das Ich sich selbst zum Objekt der Wahrnehmung nimmt respektive sich selbst reflektiert. Diese komplexe Beziehung zwischen Ich, Selbst und Objekt wird nun unter entwicklungspsychologischen Aspekten genauer erläutert.

Im Rahmen des entwicklungspsychologischen Strukturmodells von Rudolf (2000) werden die kindlichen, strukturellen Entwicklungsschritte um vier zentrale Entwicklungsthemen gruppiert. Diese Entwicklungsbereiche werden hier nur kurz aufgezählt, da diese im Zusammenhang mit strukturellen Störungen in Kapitel 4.4 detaillierter beschrieben werden. Die Folgenden entwicklungspsychologischen Gesichtspunkte beinhalten den stufenweisen Aufbau der strukturellen Funktionen:

1. Entwicklung des Systems der Nähe und Kommunikation (erstes Vierteljahr)
2. Entwicklung des Bindungssystems (1. und 2. Lebensjahr)
3. Entwicklung des Autonomiesystems (2. bis 4. Lebensjahr)
4. Entwicklung des Identitätssystems (4. bis 6. Lebensjahr)

Diese strukturelle Entwicklung betrifft zugleich das reifende Selbst und die sich differenzierenden Beziehungen. Das Beziehungssystem ist das vorgegebene: In der modernen Säuglingsforschung wird diese angeborene objektsuchende Aktivität des Säuglings und seine früh entwickelte Kompetenz, den betreuenden Erwachsenen in soziale Interaktionen einzubinden, betont (Stern, 1994). In den frühen Entwicklungsabschnitten beginnt sich das Ich auf die Welt

der Objekte auszurichten und erreicht einen wichtigen Punkt seiner Entwicklung in der Phase der Autonomieentwicklung, in der die neu gewonnene Verfügung über Motorik und Denken mit dem Erwerb des Wortes „Ich“ einhergeht (Rudolf, 2000). Zugleich beginnt beim Kind die Entwicklung der Struktur des Selbst, die dann abgeschlossen ist, wenn „das objektsuchende Ich sich selbst zum Objekt nimmt. Aus dem präreflexiven Ich wird dadurch das reflexive Selbst“ (Rudolf, 2000, S. 77). Durch die Entwicklung des Selbst entsteht ein psychischer Innenraum, der Introspektion und damit ein Bewusstsein des Ich ermöglicht. Auch die Struktur des Selbst und die Struktur der Objektbeziehungen reifen und entwickeln sich in intensiver Verflechtung. Das Selbst des Kindes gewinnt zunehmend an Kohärenz, Abgegrenztheit und an Fähigkeit der Selbstorganisation, was zu einer Festigung der Objektbindung führt. „Die Sicherheit der Objektbindung begünstigt wiederum die Entwicklung der Selbstautonomie, welche in weiteren Schritten dazu führt, dass das erstarkte Selbst sich von den Objekten zu lösen und sich mit ihnen auseinander zu setzen beginnt“ (Rudolf et al., 1995, S. 202).

Zusammenfassend können wir festhalten, dass bei Rudolf die Struktur konzeptuell auf das Selbst bezogen wird; die Persönlichkeitsganzheit wird mit dem Begriff Selbst bezeichnet. Das Selbst integriert alle übrigen Elemente der psychischen Struktur – zum Beispiel das Ich, das Überich, das Ich-Ideal und auch die Bedürfniswelt, alle psychischen Funktionen und Dispositionen einschliesslich sich selbst und die Beziehung zu anderen. „Das Selbst ist damit mehr als nur eine intrapsychische Repräsentanz, ein Bild der eigenen Person, es stellt vielmehr die höchste Integrationsstufe der psychischen Struktur dar; die Funktionen seiner Substrukturen, z.B. des Ich, stehen ihm für die eigenen ‚Aufgaben‘ zur Verfügung“ (Rudolf, 2000, S. 77). Wie im vorangegangenen Kapitel dargestellt wurde, kritisiert Rudolf (1987) die ichpsychologischen Ansätze für die an medizinischem Denken orientierte Verwendung des Ich im Sinne einer Organmetapher. Gemäss Rudolf (1987) ist das Ich ohne Aktionen oder Funktionen nicht vorstellbar (Seidler, 1999). Diese Funktionen sollen im Folgenden dargestellt werden.

3.1.1 Die Funktionen des Ich

Das Ich wird bei Rudolf (2000, 2002a) als Organisator des Psychischen gekennzeichnet, das auf die Aussenwelt und auf Objekte bezogen ist. Der Autor hebt drei zentrale Aufgaben des Ich hervor:

1. Die nach *innen gerichtete Aufmerksamkeit* für eigene Bedürfnisse und Affekte und die Notwendigkeit, diese so zu steuern, dass das intrapsychische Gleichgewicht und die äussere Handlungsfähigkeit gewahrt bleiben. Dies geschieht durch den unbewussten

Vorgang der Abwehr, der mittels spezifischer Abwehrmechanismen die Binnenregulation sichert.

2. Die nach *aussen gerichtete Anpassung*, die mithilfe der Ich-Funktionen bewältigt wird. Die Erfassung und Bewertung der äusseren Wirklichkeit dient auch der Realitätsprüfung.
3. *Die Selbstorganisation*. Hierbei ist die organisierende, integrative oder synthetisierende Ich-Funktion gemeint, bei dem das Ich sich selbst aufbauen, strukturieren und nach aussen abgrenzen muss.

Diese Prozesse spielen eine wichtige Rolle im Wachstum des Ich, von der kindlichen Entwicklung bis ins Erwachsenenalter hinein. Das ausgereifte Ich des Erwachsenen ist keineswegs starr und unveränderlich, sondern muss laufend unter den wechselnden Bedingungen seiner inneren Gefühlswelt und äusseren Lebensumständen seine Homöostase neu regulieren.

3.1.2 Die Funktionen des Selbst

Das Selbst ist eine übergeordnete reflexive psychische Struktur. Rudolf (2002a) betont drei zentrale Aufgaben des Selbst:

1. Das *Selbstbild* wird von Rudolf (2002a) folgendermassen umschrieben: „Hier macht das Ich sich selbst zum Gegenstand der Wahrnehmung, es reflektiert sein Tun und Erleben und gewinnt dadurch ein Bild der eigenen Person und ihrer Beziehung zur Welt“ (S. 5). Das Selbstbild ist eingebettet in ein affektives Erleben.
2. Mit *Identität* beschreibt Rudolf ein Kohärenz- und Konstanzprinzip: Das Selbst bemüht sich um die Konstanz und um die ganzheitliche Wahrnehmung der Selbstrepräsentanz.
3. Der *Selbstwert* ist nach Rudolf ein Prozess der Selbstbewertung. „Je weiter das Realselbst von der Vorstellung des Idealselbst entfernt ist, desto grösser ist die ‚narzisstische Kränkung‘ des Selbstwerterlebens und umso mehr ‚narzisstische Zufuhr‘ ist erforderlich, um ein Gefühl des eigenen Wertes wiederzuerlangen“ (Rudolf, 2000, S. 78).

Neben der Selbstregulation und dem Selbsterleben, ist die *Objektbeziehung* eine weitere wichtige Funktion des Selbst. Der Begriff Objektbeziehung meint das Geschehen in einem psychischen Innenraum, in dem die bisherigen Erfahrungen mit der Objektwelt aufbewahrt sind und als Grundlage für weitere Erfahrungen genutzt werden. Diese intrapsychischen Bilder der Objekte, die so genannten Objektrepräsentanzen, sind oft unbewusst und durch Fantasien ausgestaltet. Über das intrapsychische Geschehen hinaus wird der Begriff Objekt-

beziehung auch auf die äussere Interaktionsgestaltung, die Beziehungsdynamik, angewendet (Rudolf, 2000). Der Objektbeziehung liegen verschiedene Fähigkeiten zugrunde, die sich auf die Objektwahrnehmung und die Interaktionen beziehen, wie zum Beispiel

- die Wahrnehmung der Eigenständigkeit des Objekts (Selbst-Objekt-Differenzierung) sowie die Fähigkeit, sich in ein Objekt einzufühlen (Empathie),
- die ganzheitliche Wahrnehmung des Objekts, wobei widersprüchliche Teilaspekte von Gut und Böse integriert werden können,
- die Objektkonstanz, welche die Fähigkeit beschreibt, ein inneres Bild des Objekts zu errichten und festzuhalten, auch wenn dieses äusserlich abwesend ist,
- die Kommunikation, Kontaktaufnahme und intentionale Ausrichtung auf die Objektwelt, die zu den interaktionellen Fähigkeiten gehören.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass diese organisierenden Funktionen zunächst Funktionen des Ich sind, welche aber wiederum vom Selbst als dessen übergeordneter Struktur „benutzt“ werden, „womit auch diese zentrale Funktion der psychischen Regulation nach Abschluss der Entwicklung des Selbst zum Selbst gehört“ (Junghan, 2002, S. 105). Die oben erwähnten Fähigkeiten zur Objektbeziehung setzen ein relativ reifes Selbst voraus.

3.2 Die Funktion der Struktur

Die Funktion der Struktur als Ganzes ist es, die intrapsychische und psychosomatische Organisation und Regulation so zu gestalten, dass ein gewisses Wohlbefinden sichergestellt ist und interpersonell die Fähigkeit besteht, Beziehungen aufrechtzuerhalten. „Für diese Bereiche – Selbst, Beziehung, Objekte – bedeutet Struktur die Verfügbarkeit über intrapsychische und interpersonelle regulierende Funktionen, mit deren Hilfe die Person ihr inneres Gleichgewicht und ihre Beziehungsfähigkeit nach aussen sicherstellt“ (Rudolf, 2002a, S. 6).

Die strukturellen Funktionen betreffen gemäss Rudolf (2000) folgende Fähigkeiten:

- Sich selbst und andere kognitiv differenzieren können,
- sich selbst, Handeln, Fühlen und den Selbstwert steuern können,
- sich selbst und die anderen emotional verstehen können und in emotionalen Kontakt zu anderen treten,
- wichtige Beziehungen innerlich bewahren,
- sich selbst im Gleichgewicht halten und eine Orientierung finden.

Die Fähigkeit, zum Beispiel Objekte ganzheitlich wahrzunehmen, deutet darauf hin, dass das betreffende strukturelle Element auf einem guten Integrationsniveau entwickelt ist.

Küchenhoff (2002) betont, dass Integrationsniveaus Typisierungen von Funktionsweisen sind, um Grundmerkmale von Persönlichkeitsstrukturen zu beschreiben.

Struktur- oder Integrationsniveaus der psychischen Struktur zeigen an, dass der psychische Apparat, der als durch einzelne Elemente zusammengesetzt beschrieben wird (und diese sind heute nicht mehr Ich, Es und Überich, sondern zum Beispiel Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung des Anderen und Bindung), gut voneinander abgrenzbare Integrationsstufen des Funktionsniveaus kennt, die durch jeweils eine typische Konstellation der den Apparat konstituierenden Elemente gekennzeichnet sind (S. 68).

In diesem Sinn ist bei Rudolf (2002a) Struktur kein metapsychologisches Konstrukt. Alle strukturellen Funktionen können handlungsnah operationalisiert und empirisch untersucht werden, wie dies im Rahmen der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) gemacht wird. Eine systematische Beschreibung der OPD wird in Kapitel 10.2.1 geleistet.

Die strukturellen Funktionen oder Fähigkeiten haben drei Zielrichtungen, die im Folgenden zusammenfassend beschrieben werden (Rudolf, 2002a):

Differenzierung

Mittels der Fähigkeit zur Differenzierung werden Unterschiedlichkeiten kognitiv untersucht. Als strukturelles Thema kann die *Selbst-Objekt-Differenzierung* genannt werden. Hierbei geht es um die Differenzierungsarbeit, die ständig geleistet werden muss, um eine realitätsgerechte Wahrnehmung des Selbst und der Objektwelt sicherzustellen. *Affektdifferenzierung*, *Selbst-reflexion*, *variable Bindungen* und *Loslösung* sind weitere strukturelle Funktionen, die der Differenzierung zugeordnet werden.

Integration

Indem Teilaspekte und Unterschiedliches zu neuen Ganzheiten verknüpft werden, haben gewisse strukturelle Themen eine integrierende Funktion und schaffen auf diese Weise Kohärenzen und Sinnstrukturen. Differenzierung und Integration sind einander entgegengesetzt und bilden doch eine widersprüchliche Einheit. Gewisse strukturelle Funktionen sind nur aus diesem Wechselspiel zu verstehen. Dies sei am Beispiel der strukturellen Funktion der ganzheitlichen *Objektwahrnehmung* dargestellt. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Objekte setzt voraus, dass einerseits in der Entwicklung eine kognitive Differenzierung zwischen Selbst und Objekt erfolgt ist. Andererseits gründet die ganzheitliche Objektwahrnehmung entwicklungspsychologisch auf die Fähigkeit, positive Objekterfahrungen und negative Objekt-

aspekte, die in der frühen Erfahrung mit den wichtigsten Bezugspersonen unverbunden nebeneinander stehen, auf die gleiche Person zu beziehen. Zu nennen sind weitere strukturelle Fähigkeiten wie die Gewinnung von *Selbstbild* und *Identität* und die *Internalisierung* von Beziehungserfahrungen. Die Fähigkeit zur Integration ist die wichtigste Voraussetzung dafür, dass sich ein Individuum im Laufe seiner Entwicklung Erfahrungen aneignet und dadurch heranreift. Beim Funktionsniveau der Struktur wird auf die Qualität der Integration Bezug genommen.

Regulation

Regulierende strukturelle Funktionen erhalten oder stellen Systemgleichgewichte wieder her. Gemäss Rudolf (2002a) müssen Bedürfnisse und Triebimpulse durch *Impulssteuerung* gesteuert werden. Mittels der Fähigkeit zur *Affekttoleranz* werden die Affekte reguliert. Dieser Prozess kann auch unter dem Aspekt der Abwehr betrachtet werden. Die *Abwehr* mit ihren speziellen Mechanismen ist das wichtigste Regulationssystem. Es dient dazu, intrapsychische Spannungszustände zu regulieren. Die *Kontaktaufnahme* und die *emotionale Mitteilung* stellen weitere strukturelle Funktionen dar, die um Homöostase im Sinne der Nähe- und Distanz-Regulation zwischen dem Selbst und dem Objekt bemüht sind. Der Selbstwert ist ein veränderliches System, das immer wieder ins Gleichgewicht gebracht werden muss. Somit ist die *Selbstwertregulierung* auch in den Bereich der strukturell steuernden Funktionen einzuordnen. Diese Regulierungsprozesse werden durch Determinanten unterschieden wie zum Beispiel die Intensität des zu Steuernden, die Reaktionsschwelle, die Intensität der Reaktion, die Dauer der Reaktion und die Qualität der Reaktion. Ingesamt betreffen die Vorgänge der Steuerung die Regelung von Affekten, die Regelung des Selbstwertes und die Steuerung von Handlungsimpulsen.

Die genannten strukturellen Elemente beschreiben Fähigkeiten, die vom Einzelnen immer wieder verfügbar gemacht, ausprobiert und im Falle des Scheiterns modifiziert oder neu geschaffen werden müssen. Es ist der psychotherapeutische Anspruch, diese Entwicklungen zu unterstützen (Rudolf, 1999b).

3.2.1 Struktur als Prozess

Die Struktur ist das übergeordnete Ganze, in dem die Funktionen eingebettet sind. Diese Funktionen und Fähigkeiten sind relativ zeitstabile Merkmale. Die Struktur ist jedoch nicht als ein starrer Apparat mit bestimmten Aufgaben und Funktionen oder als abgeschlossenes Ergebnis einer lebensgeschichtlichen Entwicklung zu betrachten, sondern als fortlaufender Prozess des Strukturierens.

Der Kern der Persönlichkeit, das Selbst, ist ständig damit befasst, sich zu konstituieren, aus vielen Ansätzen und Selbstentwürfen ein ganzheitliches Selbst zu verwirklichen, welches gleichzeitig das Gefühl vermittelt, mit sich selbst übereinstimmend zu sein, also Identität zu besitzen und sich zugleich in einer lebendigen Fortentwicklung zu befinden (Rudolf, 1999b, S. 44).

Aus widersprüchlichen Selbstaspekten muss als Integrationsleistung ein ganzheitliches Selbst gebildet werden. Struktur begründet den zeitüberdauernden, persönlichen Stil, in dem der Einzelne seine intrapsychischen und interpersonellen Gleichgewichte herstellen muss (Arbeitskreis OPD, 2001). Zudem ist die strukturelle Selbstkonstituierung des Einzelnen keineswegs ein rein individueller Vorgang, sondern ein gesellschaftlicher Prozess. Die Selbstkonstituierung findet in der Auseinandersetzung mit den Bezugspersonen und in der Abstimmung mit den internalisierten Objekten und verinnerlichten Werten der Gesellschaft statt (Rudolf, 1999a).

Die in Kapitel 3.1 kurz dargestellten vier Hauptziele der frühkindlichen Entwicklung beschränken sich nicht auf die Kindheit, sondern müssen in Adoleszenz und Erwachsenenalter ständig weiterentwickelt werden. Dabei geht es um die ständige Auseinandersetzung mit Nähe und Beziehung, Objektbindung, Autonomie und Identität (Rudolf, 2000). Gewonnene Erfahrungen werden genutzt und an die aktuelle individuelle Lebenslage und an die gesellschaftliche Situation adaptiert. In der Annahme von lebenslang möglicher Entwicklung und Wachstum der Persönlichkeit beinhaltet der Strukturbegriff Aspekte von Entwicklungsdynamik mit einem zeitlichen, wenn auch langsamen Veränderungspotenzial (Slow-change-Modell, Arbeitskreis OPD, 2001).

Die Betrachtung von Struktur als Prozess ermöglicht es, die Persönlichkeit nicht als etwas statisch Festgefügtes, sondern als Potenzialität anzusehen (Rudolf, 1999a). Diese Potenzialität der Persönlichkeit ist die „Fülle ihrer inneren Möglichkeiten und, von aussen betrachtet, die jeweilige Realisierung eines ihrer vielen Selbstentwürfe in einer jeweiligen aktuellen interpersonellen Situation“ (S. 7). Auf die Strukturveränderung im therapeutischen Prozess wird in Kapitel 6.3 eingegangen.

3.3 Zusammenfassung

Der entwicklungspsychologisch fundierte funktional-psychodynamische Ansatz von Rudolf definiert Struktur „als die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in seiner Beziehung zum Anderen“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 71).

Dieser theoretische Ansatz geht vom Ich als dem zentralen Organisator des Psychischen, der zugleich intentional auf die Objekte ausgerichtet ist, aus. Das Verständnis psychischer Struktur wird konzeptuell auf das Selbst bezogen. Als Struktur der Persönlichkeit – hier als Selbst beschrieben – wird die habituelle Verfügbarkeit über psychische Funktionen verstanden. Gemeint sind jene psychischen Funktionen, welche die Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts und der Beziehung zu anderen ermöglicht (Rudolf & Grande, 2002). Die Struktur als Ganzes ist ein System, dessen einzelne Elemente eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig bedingen. Struktur ist somit ein ganzheitliches Gefüge von psychischen Dispositionen und umfasst alles, was im Erleben und Verhalten regelhaft abläuft. Diese funktionale Betrachtungsweise erlaubt folgende zusammenfassende Perspektive:

„1) Struktur ist abgestimmtes, geordnetes Funktionieren. 2) Struktur stellt sicher, dass Funktionen verfügbar sind. 3) Die Gesamtheit der verfügbaren Funktionen beziehungsweise nicht verfügbaren Funktionen charakterisiert das Funktionsniveau der Struktur. 4) Den Funktionen lassen sich unterschiedliche Aufgaben zuordnen“ (Rudolf, 1999b, S. 43). Hier verwendet Rudolf eine intentionale Sinnzuschreibung im dem Sinne, dass Funktionen auf Ziele von Prozessen und Entwicklungen gerichtet sind. Die drei Typen von Zielen, die sich für die strukturell verankerten Funktionen beschreiben lassen, sind Differenzierung, Integration und Regulation.

Die strukturellen Muster zeigen sich im interaktionellen Handeln. Die Struktur der Persönlichkeit – hier als Selbst beschrieben – ist nicht statisch gegeben, sondern muss sich im ständigen Rückbezug auf andere Menschen immer wieder konstituieren. Aus entwicklungspsychologischer Perspektive sind psychische Strukturen dynamisch, zumal sie sich lebensgeschichtlich bilden. Das Veränderungspotenzial ist langsam (Slow-change-Modell).

In der psychischen Struktur sind somit Fähigkeiten vorhanden, die das differenzierte Erleben und die Steuerung von eigenen Affekten ermöglichen, zugleich aber der Beziehungsregulation dienen. Bei der strukturellen Beeinträchtigung sind diese Fähigkeiten reduziert oder nicht vorhanden, wie im nächsten Kapitel ausführlicher dargestellt wird.

4 Strukturelle Störungen

In diesem Kapitel wird zuerst auf die strukturell beeinträchtigten Formen des Erlebens und Verhaltens in Abgrenzung zu neurotischen Störungen eingegangen. Diesbezüglich wird ein kurzer Überblick über die wichtigsten Konzepte zu strukturellen Störungen gegeben. Der Begriff der strukturellen Störungen wird unter anderem verknüpft mit den Konzepten „frühe Störung“, „strukturelle Ich-Störungen“, aber auch mit dem Begriff der „Borderline-Persönlichkeitsorganisation“. Im Verlauf der letzten Jahrzehnte sind zahlreiche Darstellungen der Borderline-Konzepte wie auch ihrer historischen Entwicklung erarbeitet worden, sodass die Autorin sich im Rahmen dieser Arbeit auf die einflussreichste Konzeptualisierung der Borderline-Störung im Bereich der psychoanalytischen Forschung beschränken wird. Gemeint sind die Werke von Kernberg (1996, 2000a, 2000b) und im deutschsprachigen Raum die überarbeitete Monografie von Rohde-Dachser (2004). Darauf soll im Spezifischen auf den entwicklungspsychologischen Ansatz zum Thema strukturelle Störungen von Rudolf (2000) eingegangen werden.

4.1 Abgrenzung struktureller Störungen von neurotischen Störungen

Durch die zunehmende Beschäftigung mit schwerer gestörten PatientInnen und den wachsenden Einfluss der Selbstpsychologie in den 70er Jahren wird eine bipolare Unterscheidung von neurotischer Störung und struktureller bzw. früher Störung vollzogen (Lohmer, Klug, Herrmann, Pouget & Rauch, 1992). Hoffmann (1986) konstatiert, dass sich im deutschsprachigen psychoanalytischen Diskurs der Begriff der Frühstörung eingebürgert habe, um die Gruppe der schwerer gestörten PatientInnen von den neurotischen Personen diagnostisch abzugrenzen. Im Übersichtsartikel von Hoffmann über frühe Störungen wird deutlich, dass die psychoanalytische Diagnostik diesbezüglich kein einheitliches Schema liefert. Hoffman weist darauf hin, dass das Konzept „frühe Störung“ in der klinischen Arbeit vermutlich in den 60er Jahren aus der Notwendigkeit, eine Verständigung über nicht leicht beschreibbare PatientInnen zu ermöglichen, entstanden sei. Der wenig verbindliche diagnostische Begriff kann auf keinen bestimmten Autor zurückgeführt werden und bewirkt in der klinischen Praxis nur eine scheinbare Klarheit.

Auf der phänomenologisch-deskriptiven Ebene ordnet Hoffmann (1986) der frühen Störung gewisse Persönlichkeitsstörungen (narzisstische, schizoide und dissoziale Persönlichkeitsstörung) zu. In den Bereich der frühen Störung gehören zusätzlich das Borderline-Syndrom, Suchterkrankungen, schwere Formen von Perversion, maligne verlaufende Angstneurosen und Zwangsneurosen, psychosomatische Störungen mit destruktivem Verlauf und die Gruppe

der psychogenen Psychosen. Folgende psychodynamische Gemeinsamkeiten findet Hoffmann (1986) bei der Gruppe der früh gestörten Personen in Abgrenzung zu den neurotischen Störungen:

- Die frühe Störung hat auf die psychosexuelle Entwicklung bezogen mehr mit prägenitalen als mit ödipalen Stadien zu tun;
- sie entstammt eher dyadischen als triadischen Störungsfeldern;
- bei ihrer Entstehung spielen eher Schädigungen, reale Überforderungen des Kleinkindes als innere Konflikte eine Rolle;
- ihre klinischen Erscheinungen bestehen eher in emotionalen Defizienzen, Fehlhaltungen, Störungen des Selbstbildes und der Identität, Charakterverzerrungen und Beziehungsstörungen als in Ichfremden Symptomen mit ausgeprägtem Leidensgefühl;
- therapeutisch sind die frühen Störungen eher schlechter als die Psychoneurosen zu beeinflussen. (S. 180–181)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es sich bei den frühen Störungen um Entwicklungsstörungen im strukturellen Bereich handelt und nicht um neurotische Symptome vor dem Hintergrund nicht bewältigbarer innerer Konflikte (Lohmer et al., 1992).

Eine weitere nennenswerte Klassifizierung stammt von Fürstenau (1977) mit der Einführung des Begriffs der „strukturellen Ich-Störungen“. Der Autor geht ebenfalls vom Konzept der frühen Störung aus, legt aber in seiner Theorie den Schwerpunkt auf die Ich-Funktionen und deren Einfluss auf die Beziehungsgestaltung. Fürstenau diagnostiziert bei strukturell gestörten Personen „erlebnisbedingte Störungen bezüglich der Disponibilität von Ich-Funktionen zur Ausübung überhaupt“ (S. 200). Bei diesen Personen stehen „Ich-Funktionen nicht angemessen zur Disposition“ (S. 201), die dem Selbst- und Objekterleben dienen. Im Gegensatz hierzu stellen neurotische Störungen „funktionelle Ich-Störungen“ dar, wobei die ödipalen Konflikte und ein relativ reifes Ich mit konfliktbedingten, partiellen Einschränkungen seiner Funktionen im Zentrum stehen. Bei neurotischen Erkrankungen handelt es sich somit um eine „erlebnisbedingte Beeinträchtigung der Funktionsausübung“ (S. 200) der Ich-Leistungen bei einer vergleichsweise intakten Struktur des Ich.

Heigl-Evers, Heigl, Ott und Rüter (1997) kritisieren die genannten Konzepte und schlagen vor, von basalen Störungen oder von dyadischen Beziehungsstörungen zu sprechen, weil dabei eine Festlegung hinsichtlich der Zeit und des Modus ihrer Entstehung vermieden wird. Sie weisen lediglich darauf hin, dass es hier um Basales gehe, das durch Fixierung und Regression zum Bereich von Störungen geworden ist.

Auch Lohmer et al. (1992) konstatieren, dass die Diagnose Frühstörung allein keine brauchbare Beurteilung von Art und Ausmass der Ich-Stärke, der typischen Objektbeziehungsmuster, der Abwehrmechanismen und damit der Indikation und der Behandlung erlauben. Die Autoren kritisieren, dass der „Omnibusbegriff“ von Frühstörung einem relativ eng gefassten Begriff von neurotischer Störung gegenübersteht. Kernbergs (1996) Vorschlag, im Sinne von unterschiedlichen Formen der Persönlichkeitsorganisation, von verschiedenen Funktionsniveaus der Persönlichkeit auszugehen, ermöglicht hingegen eine bessere Differenzierung der psychischen Struktur.

4.2 Psychoanalytisches Nosologie-Modell von Kernberg

Kernbergs Aufmerksamkeit gilt der Pathologie innerer Objektbeziehungen, ihrem Einfluss auf die Gestaltung des Überich und Ich sowie ihrer Beteiligung an der daraus entstehenden Entwicklung inadäquater Abwehrmechanismen und gestörter Beziehungen zu äusseren Objekten. Im Zentrum steht dabei die Borderline-Störung, die Kernberg unter deskriptiven, strukturellen und genetisch-dynamischen Aspekten untersucht. Die pathologische Entwicklung ist dadurch gekennzeichnet, dass frühe, zunächst entwicklungsadäquate Strukturen persistieren und nicht in eine reifere Organisationsform transformiert werden können (Kernberg, 1991).

Kernberg spricht von struktureller Analyse, wenn es darum geht, das Strukturniveau der Persönlichkeitsorganisation zu differenzieren. Anhand der drei Hauptkriterien Identitätsintegration versus Identitätsdiffusion, reife versus primitive Abwehrmechanismen und An- oder Abwesenheit der Realitätsprüfung unterscheidet Kernberg je nach Schweregrad die neurotische, die Borderline- und die psychotische Persönlichkeitsorganisation, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Ergänzende strukturelle Kriterien bilden der Grad der Überich-Integration und Anzeichen von so genannter Ich-Schwäche (Angsttoleranz, Impulskontrolle, Sublimationsfähigkeit und Tendenz zu primärprozesshaftem Denken). Die drei Persönlichkeitsorganisationen sind durch eine bestimmte Struktur der internalisierten Objektbeziehungen spezifiziert. Die unterschiedliche Struktur der Objektbeziehungen bedingt bei den drei Persönlichkeitsorganisationen ein unterschiedliches Ausmass an Reifung des Ich und seiner Funktionen. Auch die Affektentwicklung ist vom Reifegrad der internalisierten Objektbeziehungen abhängig (Kernberg, 1996).

Neurotische Persönlichkeitsorganisation

Die neurotische Persönlichkeitsorganisation als höchstes der drei Niveaus ist durch integrierte Ich-Identität und die damit einhergehende Fähigkeit der tief gehenden Objektbeziehungen,

durch Angsttoleranz, Impulskontrolle, Sublimierungsfähigkeit, Effektivität und Kreativität in der Arbeit gekennzeichnet (Kernberg, 1996). In dieser Persönlichkeitsorganisation sind die Selbst- und Objektrepräsentanzen gut integriert. Ein entwickeltes Überich, dem wichtige Funktion bei der Handlungssteuerung und Selbstwertregulation zugeschrieben werden, ist vorhanden. Die neurotische Persönlichkeitsstruktur weist eine reife Abwehrorganisation auf, die sich um Verdrängung und andere Mechanismen wie Verschiebung, Reaktionsbildung oder Intellektualisierung zentriert. Die Realitätsprüfung ist selbstverständlich erhalten. Dieser Bereich umfasst Persönlichkeiten, die hysterische, depressiv-masochistische, phobisch-vermeidende und zwanghafte Züge aufweisen.

Borderline-Persönlichkeitsorganisation

Die Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist einerseits gekennzeichnet durch Identitätsdiffusion. Bei der Identitätsdiffusion verfügen die Personen über kein sicheres Identitätsgefühl im Sinne einer integrierten Vorstellung von sich und signifikanten anderen. „Sie reflektiert sich in der subjektiven Erfahrung chronischer Leere, in widersprüchlichen Selbstwahrnehmungen, in widersprüchlichem Verhalten, das nicht in emotional bedeutungsvoller Weise integriert werden kann“ (Kernberg, 2000a, S. 27– 28). Im Kontrast zur neurotischen Persönlichkeitsorganisation sind die „guten“ und die „schlechten“ Selbst- und Objektbilder nicht zu einem integrierten Selbst und einem integrierten Konzept von bedeutsamen anderen verbunden, „sondern in vielfältigen widersprüchlichen, unverbunden nebeneinander bestehenden, affektiv-kognitiv inneren Bildern verblieben“ (Lohmer, 2000, S. 76). Wegen der Identitätsdiffusion zeigen diese Personen schwere Verzerrungen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen – „insbesondere in intimen Beziehungen mit anderen, einen Mangel an konsistenten Zielsetzungen im Sinne der Verpflichtung einer Arbeit oder eines Berufs, Unsicherheit und Desorientierung in vielen Lebensbereichen und verschiedene Ausmasse an Pathologie ihres Sexuallebens“ (Kernberg, 1996, S. 293).

Es herrschen primitive Abwehrmechanismen vor, in deren Mittelpunkt die Spaltung steht. Rohde-Dachser (2004) beschreibt eine Reihe von Hilfsmechanismen der Spaltung: Idealisierung, Projektion, projektive Identifizierung, Verleugnung, Omnipotenz, Entwertung sowie Identifizierung mit dem Angreifer.

Spaltungen sind nicht lediglich Ausdruck einer primär bestehenden mangelnden Integrationsfähigkeit des Ich, sondern eine aktive, wenn auch pathologische Abwehrleistung (Rauchfleisch, 1999). Gleichzeitig attestiert er den Borderline-PatientInnen eine unspezifische Manifestation von Ich-Schwäche oder Ich-Defekt im Sinne einer geringeren Angsttoleranz,

Impulskontrolle, Sublimationsfähigkeit und einer Tendenz zu primärprozesshaftem Denken. Zum Begriff Ich-Schwäche äussert sich Rohde-Dachser (2004) kritisch: „Die voreilige Zuschreibung eines Ich-Defekts schneidet jedoch die Frage nach der Funktion der Ausfälle bestimmter Ich-Funktionen ab und sollte deshalb mit Zurückhaltung gehandhabt werden“ (S. 66).

Kernberg (2000a) unterteilt diese Gruppe in ein „hohes Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ und in ein „niedriges Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation“ (S. 51). Die Gruppe der Borderline-Persönlichkeitsorganisation höheren Niveaus verfügt trotz der Identitätsdiffusion über genügend nicht konfliktuöse Entwicklungen einiger Ich-Funktionen, der Überich-Integration und über die Fähigkeit die soziale Anpassung aufrechtzuerhalten. Zudem erreichen diese Personen ein gewisses Mass an Intimität in Objektbeziehungen und Integration von sexuellen Impulsen. Diese Gruppe umfasst die zylothyme, die sadomasochistische, die histrionische, die dependente sowie einiger der besser funktionierenden narzisstischen Persönlichkeitsstörungen.

In der Gruppe der schweren Persönlichkeitsstörungen mit niedrigem Niveau der Borderline-Persönlichkeitsorganisation fallen nach Kernberg (1996) die schizoiden, schizotypischen, die paranoiden, die hypomanen Borderline-Persönlichkeitsstörungen nach DSM (DSM, Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen) sowie die Hypochondrie. Die malignen Formen des Narzissmus sowie die antisoziale Persönlichkeitsstörung weisen in besonderem Ausmass einen Überich-Verlust auf.

Im Gegensatz zur psychotischen Persönlichkeitsorganisation sind die Selbstrepräsentanzen hinreichend von den Objektrepräsentanzen differenziert. Auf diese Weise kann die Ich-Grenze zwischen dem Selbst und Nichtselbst aufrechterhalten und die Realitätsprüfung gewährleistet werden.

Psychotische Persönlichkeitsorganisation

Die psychotische Persönlichkeitsorganisation ist gekennzeichnet durch die bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation beschriebene Identitätsdiffusion und durch die primitiven Abwehrmechanismen wie Spaltung, projektive Identifizierung, Verleugnung, primitive Idealisierungen, Omnipotenz sowie omnipotente Kontrolle und Abwertung. Im Unterschied zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist die Fähigkeit zur Realitätsprüfung nicht mehr gegeben. Die Störung äussert sich in Halluzinationen und Wahnvorstellungen. Dieser Verlust der Realitätsprüfung deutet auf den Mangel an Differenzierung zwischen Selbst und Objektrepräsentanzen.

tanzen hin. Kernberg (2000a) geht davon aus, dass Personen mit einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation die so genannten atypischen Psychosen repräsentieren, „weswegen streng genommen die psychotische Persönlichkeitsorganisation ein klinisches Ausschlusskriterium für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung darstellt“ (S. 51).

Kernbergs Verdienst ist es, die intrapsychischen Prozesse bei Personen zu erforschen, die den klassischen Krankheitsgruppen der Psychosen und Neurosen nicht zuzuordnen sind. Es gelang ihm, die Borderline-Population trotz ihrer extremen Heterogenität und Polysymptomatik um den oben beschriebenen Abwehrmechanismus der Spaltung zu gruppieren. Kernberg betont bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nicht nur die Eigenständigkeit eines klinischen Syndroms, sondern auch die Eigenständigkeit einer psychischen Struktur. Seine theoretische Konzeption erlaubt es ihm, von einer „Organisation“ zu sprechen im Sinne von durchstrukturierten und miteinander in Bezug stehenden psychischen Prozessen und Vorgängen (Kind, 2000).

Kernbergs Modell der strukturellen Niveauunterschiede der Persönlichkeitsorganisation hat nachhaltigen Einfluss auf diagnostische Verfahren zur Erfassung der schweren strukturellen Störungen wie das in dieser Studie eingesetzte Instrument „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD), welches ausführlich im Methodenteil beschrieben wird. An die Stelle von neurotischem, Borderline- und psychotischem Organisationniveau wird im OPD eine Gliederung des Integrationsniveaus der Persönlichkeitsstruktur (gut, mässig, gering integriert, desintegriert) gestellt, welche nicht mit Diagnosen (Neurosen, Borderline-Störung, Psychose) verknüpft ist, sondern qualitativ unterschiedliche psychische Funktionen beschreibt (Rudolf, 2004).

4.3 Strukturelle Störung im entwicklungspsychologischen Strukturmodell

Die entwicklungspsychologische Betrachtungsweise versteht die Struktur als das Ergebnis eines Reifungsprozesses mit zunehmender Differenzierung und Integration, wobei es sich hierbei um den Aufbau der intrapsychischen Repräsentanz der äusseren Objektwelt (Objektrepräsentanz) und der Erfahrungen des Selbst im Umgang mit der Objektwelt (Selbstrepräsentanz, Interaktionsrepräsentanz) handelt (Arbeitskreis OPD, 2001). Im Falle einer strukturellen Störung kann der/die Einzelne über diesen psychischen Binnenraum nicht oder nur unzureichend verfügen und ihn mittels intrapsychischer Prozesse schlecht regulieren, was zu dazu führt, dass befriedigende interpersonelle Beziehungen nicht hergestellt und aufrechterhalten werden können. Eine strukturelle Störung beinhaltet, dass Funktionen, welche für die Organi-

sation des Selbst und seine Beziehungen zu den inneren und äusseren Objekten nicht zur Verfügung stehen (Rudolf, 2004).

Im Rahmen des entwicklungspsychologischen Strukturmodells sehen Rudolf et al. (1995) die strukturelle Störung beim Erwachsenen als Folge einer defizitären Entwicklung oder einer regressiven Entdifferenzierung im Sinne einer Vulnerabilität.

Bei der defizitären Entwicklung waren die Bedingungen für den heranreifenden Menschen im Rahmen der in Kapitel 3.1 kurz dargestellten Reifungsstufen der strukturellen Entwicklung, Nähe und Beziehung, Objektbindung, Autonomie und Identität, ungünstig. Ohne auf die spezifischen pathologischen Einflüsse der jeweiligen Reifungsstufen eingehen zu wollen, möchte ich an dieser Stelle die generelle ungünstige Entwicklungsbedingungen beschreiben.

Psychodynamische Entwicklungstheorien fokussieren auf die frühe Beziehung zwischen Eltern und Kind. Hierzu ist festzuhalten, wie Rauchfleisch (1999) kritisch bemerkt, „dass es eine unzulässige Vereinfachung der Situation wäre, wenn man die Bedeutung einer tragfähigen Eltern-Kind-Beziehung in der frühen Kindheit in dem Sinne verstünde, spätere Störungen der Kinder seien auf eine insuffiziente Betreuung durch die Mutter zurückzuführen“ (S. 40). Neben einer fehlenden oder ungenügenden tragfähigen, emotionale Sicherheit vermittelnden Beziehung zu konstanten Bezugspersonen sind es die genetische Ausstattung des Kindes, das heisst seine Anlagen, Begabungen, Sensibilität sowie angeborene, perinatal erworbene Schädigungen ebenso wie später eintretende zerebrale Schäden, die die Reifung bestimmter struktureller Funktionen beeinträchtigen können. Rudolf (2000) spricht von einer Passung, welche zwischen den äusserlich gegebenen Entwicklungsbedingungen mit ihren fördernden und störenden Einflüssen und den individuell gegebenen Bedürfnissen des Kindes bestehen. Diese Passung beeinflusst eine gesunde oder gestörte Entwicklung der Struktur. Für die Entwicklung spielen neben der Persönlichkeit der Bezugspersonen und der spezifischen Eigenart des Kindes auch die soziale Situation und die ökonomischen Bedingungen, in der die Familie lebt, eine Rolle. Individuelle und gesellschaftliche Faktoren bedingen sich gegenseitig (Rauchfleisch, 1999).

Damit es zu massiven Störungen der strukturellen Entwicklung beim Kind kommt, müssen die Entwicklungsbedingungen in massiver Weise eingeschränkt sein, und es treten Belastungsfaktoren in der frühen Kindheit auf, die zu einer psychischen Störung disponieren können. Rauchfleisch (1999) beschreibt in seinem Werk über schwere strukturelle Störungen, dass sich für dissoziale Menschen keine spezifische pathogene frühkindliche Situationen

eruiieren lassen. Bei vielen dissozialen Menschen zeigt sich jedoch, dass der Aufbau einer tragfähigen dualen Beziehung in der frühe Kindheit gefehlt hat. Hinzu kommen extreme Entbehrungssituationen und Deprivationserfahrungen. Dabei spielen soziale Konflikte und Notlagen der Eltern, psychosoziale und sexuelle Traumatisierung, defizitäre soziale Lernerfahrungen in destabilisierten und unstrukturierten Familien ebenso eine Rolle wie die fehlende Befriedigung von basalen körperlichen Bedürfnissen und Beziehungsbedürfnissen. Unter dem Einfluss überflutender Belastungserfahrungen ist die Reifung der strukturellen Fähigkeiten beeinträchtigt, was dazu führen kann, dass diese strukturelle Funktionen vulnerabel oder defizitär bleiben und für die innere und interpersonelle Regulation nur eingeschränkt zur Verfügung stehen (Rudolf, 2004)

Bei einer regressiven Entdifferenzierung wird davon ausgegangen, dass die Struktur sich zwar entwickeln konnte, aber nicht stabil genug ausgebildet ist, sodass in Situationen innerer und äusserer Belastung regressive Prozesse einsetzen (Rudolf et al., 1995). Die strukturellen Funktionseinschränkungen haben klinische Auswirkungen, die im nächsten Kapitel im Zusammenhang mit der Beschreibung der Symptombildung dargestellt werden.

4.4 Symptomentstehung — Konflikt, Struktur und Beziehung

In dieser Arbeit wird neben der Strukturveränderung auch der Zusammenhang zwischen klinischer Symptomatik und struktureller Veränderung untersucht. Aus diesem Grund werden im Folgenden einige zentrale Aspekte in der psychoanalytischen Krankheitslehre von Rudolf (2000) beschrieben. Neben einer Darstellung der Konzeptualisierung des Zusammenhangs zwischen Struktur und Symptomatik, soll auch die Frage nach dem Verhältnis zwischen Konflikt und Struktur in ihrer Bedeutung für das Symptom-Verständnis diskutiert werden.

Konstitutiv für die Theorie und Praxis der Psychoanalyse ist das Thema des Konflikts in Verbindung mit neurotischer Symptomatik. Beim neurotischen Konflikt handelt es sich um einen Konflikt zwischen Strebungen, die ganz oder teilweise unbewusst sind.

Während sich der neurotische Konflikt auf der biographisch-psychologischen Ebene als mehr oder minder deutlich erfahrener Widerspruch von Bedürfnissen und Verhaltensanforderungen darstellt, handelt es sich vom Standpunkt der Metapsychologie aus um einen Konflikt zwischen verschiedenen Instanzen (Ich/Überich versus Es) oder Trieben (Sexual- versus Ich-Triebe). (Hohl, 1995, S. 177)

Der neurotische Konflikt ist ein intrapsychischer Konflikt, der jedoch keineswegs per se pathologisch ist, sondern vielmehr der ubiquitäre Ausdruck eines Widerspruchs zwischen Individuum und Gesellschaft darstellt. Wenn unter dem Druck verstärkender Bedürfnisse oder

zunehmender Versagungen bestimmte Minimalgrenzen der Befriedigung unterschritten werden und die bis dahin funktionierenden Abwehrmechanismen versagen, treten Symptome auf, die sich erlebnismässig im Entstehen von Leidensdruck äussern. Das neurotische Symptom kann als Versuch verstanden werden, einen zugrunde liegenden Konflikt zu lösen. Diese Sichtweise des klinisch in Erscheinung tretenden Symptoms erlaubt, das neurotische Symptom als sinnvolle und kreative Anpassungsleistung zu betrachten, die es dem Betroffenen ermöglicht, mit widersprüchlichen Bedürfnissen weiterzuleben, wenn auch mit entsprechenden Einschränkungen (Hohl, 1995).

Die Zusammenhänge zwischen den unbewussten Konflikten und der Symptombildung sind psychodynamisch gut untersucht. Dies gilt weniger für das Verhältnis zwischen der Entwicklung struktureller Vulnerabilität und deren Bewältigungsversuche und den darauf aufbauenden Symptombildungen. Rudolf (2000) empfiehlt bei der Betrachtung des Geschehens, das sich hinter der Symptombildung abspielt, den neurotischen Konflikt, das Strukturniveau und die Modi der Verarbeitung von Konflikt und struktureller Vulnerabilität zu berücksichtigen. Neben der Symptombildung auf dem Hintergrund der oben dargestellten unbewussten Konflikte, kann die Symptombildung im Rahmen einer strukturellen Verletzlichkeit als ein zweiter selbstständiger Modus der Symptomentstehung betrachtet werden. „Je niedriger das Integrationsniveau der Struktur ist, desto geringere Belastungen genügen, um strukturelle Störungen hervorzurufen“ (S. 134). Der Autor betont allerdings, dass die Trennung von konfliktneurotischen und strukturellen Modi des Erlebens eine Simplifizierung darstellt. Die klinische Realität und empirische Studien (siehe Kapitel 4.5) zeigen, dass für die Symptomentstehung Aspekte von Konflikt und Struktur durchaus miteinander verwoben sind. In diesem Zusammenhang führt Rudolf das Konzept der Grundkonflikte ein, um das Zusammenspiel von Struktur und Konflikt in vier grossen Linien zu skizzieren. Bei der Darstellung der Grundkonflikte bezieht sich Rudolf auf die wichtigen frühkindlichen entwicklungspsychologischen Reifeschritte (Entwicklung des Systems der Nähe, der Bindung, der Autonomie und Identität). Die Grundkonflikte stellen kein Störungsbild dar, sondern eine Disposition für mögliche später auftretende Störungen.

Die dritte Ebene der Krankheitsdisposition und der jeweiligen Symptombildung nennt Rudolf (2000) „Modi der Verarbeitung von Konflikt und struktureller Vulnerabilität“ (S. 134). Mit dieser Ebene erweitert Rudolf die herkömmliche psychoanalytische Krankheitslehre über die Ausarbeitung des Konzeptes der strukturellen Vulnerabilität hinaus um eine Dimension, die es erlaubt, die Bemühungen eines Menschen um Stabilisierung und Restitution der Persön-

lichkeit konzeptuell mit der Manifestation klinischer Symptomatik in Beziehung zu setzen (vgl. Seidler, 1999). Das Konzept „Verarbeitung der Krankheit“ schliesst die intrapsychischen Konstrukte der Abwehr ebenso ein wie die nach aussen gerichteten Verhaltensmuster der Anpassung und wird als eine übergeordnete Strategie verstanden. Die klinische Symptomatik tritt dann in Erscheinung, wenn es nicht gelingt, „konfliktbedingte Einschränkungen auszugleichen oder strukturelle Verletzlichkeit und Defizienz zu bewältigen“ (Rudolf, 2000, S. 135).

Im Folgenden werden im Rahmen der vier Grundkonflikte das Zusammenspiel von Struktur und Konflikt, ihre entsprechenden Modi der Verarbeitung und die daraus entstehenden Symptombildungen dargestellt. Diese Grundkonflikte beziehen sich auf die vier grossen entwicklungspsychologischen Reifungsschritte. Bei der zusammenfassenden Ausführung beziehe ich mich vor allem auf das Werk von Rudolf (2000, S. 145–238).

4.4.1 Grundkonflikt der Nähe

Das Konzept dieses Konflikts beschreibt die Spannung zwischen Bedürfnis und Frustration. Der Ausgangspunkt dieses frühen basalen Konflikts bildet das Einschwingen in eine tragfähige Beziehung als Entwicklungsaufgabe der ersten Lebensmonate des Kindes. Es geht um die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Nähe und der Angst vor Nähe „und in deren Konsequenz die Ungewissheit von wirklich existieren und nicht wirklich Dasein“ (Rudolf, 2000, S. 139). Dieser Grundkonflikt hinterlässt in der Persönlichkeit eine widersprüchliche spannungsreiche Einstellung zum Erleben von nahen Beziehungen und eine brüchige Gewissheit der eigenen Existenz. In der Systematik des OPD-Systems beschreibt dieses Geschehen Aspekte des Abhängigkeit-Autonomie-Konflikts.

Die strukturellen Aspekte bei betreffenden Personen sind ein ausserordentlich fragiles Selbstsystem mit geringen Möglichkeiten der Selbstreflexion und Selbststeuerung, einer brüchigen und übersteuerten Abwehr und einer wenig differenzierten Objektwahrnehmung. Die fehlende Selbst-Objekt-Differenzierung ist konstitutiv für das Objekterleben.

Aus diesem Konflikt lässt sich die zentrale Angst, sich zu verlieren, ableiten. Es ist eine existenzielle Angst im Sinne einer „Angst vor dem Verlust des Miteinanderseins und damit zugleich der Verlust des Selbstseins“ (S. 146).

Beim Verarbeitungsmodus dieses Grundkonflikts steht das schizoid-vermeidende Bewältigungsmuster im Vordergrund. Die hierbei vorherrschende Objektlosigkeit bietet einerseits Schutz vor emotionaler Überflutung, andererseits birgt die Beziehungslosigkeit die Gefahr

einer Vereinsamung. In diesem Modus bestehen Ausgleichsbemühungen, die nur partiell wirkungsvoll und ihrerseits dysfunktional und symptomwertig sind und auf Dauer gar selbstzerstörend sein können. Zu nennen sind die durch die Diskrepanz zwischen heftigen intrapsychischen Spannungen und massiven Abwehrhaltungen entstehenden Impulsdurchbrüche, die sich beispielsweise durch Essstörungen, Sucht, Perversionen oder Selbstverletzungen manifestieren können. Des Weiteren sind phobische Entwicklungen zu erwähnen, die allen Formen des sozialen Kontaktes gelten, sowie hypochondrische Erkrankungen.

4.4.2 Grundkonflikt der Bindung – depressiver Grundkonflikt

Geht es im oben dargestellten basalen Grundkonflikt der Nähe um die Themen Bezogenheit, Kommunikation und Näheerleben, zentriert sich der zweite ebenfalls basale Grundkonflikt der Bindung, auf Geborgenheit, Versorgung, Sicherheit, Tröstung durch ein frühes Objekt, das dem unreifen und bedürftigen Selbst in der Kindheit nicht verlässlich zur Verfügung steht. „Das Objektverlangen haben und ausdrücken zu dürfen versus dieses Bedürfnis unterdrücken zu müssen mitsamt den zugehörigen Affekten, dieses Thema bildet einen Konfliktkern des depressiven Grundkonflikts“ (S. 154). Die Auswirkungen des depressiven Grundkonflikts im Leben eines Erwachsenen bilden die unbewusst dynamisch wirksam bleibenden Bedürfnisse und Affekte, die sich durch ein intensives basales Verlangen nach einem idealisierten Objekt manifestieren. Ein zweiter Konfliktaspekt entsteht aus der Tatsache, dass das idealisierte Objekt enttäuschende Erfahrungen auslöst und die erwarteten Ansprüche nicht erfüllen kann. Die Enttäuschung am Objekt führt wiederum zu einer Objektentwertung und zu einer Objektvermeidung. Im Zentrum steht die Angst, das wichtigste Objekt zu verlieren. Dieser Grundkonflikt beschreibt im Sinne des OPD-Systems Aspekte der beiden Konflikte Abhängigkeit-Autonomie und Versorgung-Autarkie in Verbindung mit strukturellen Auffälligkeiten auf einem mässig bis gering integrierten Strukturniveau.

Die typischen strukturellen Aspekte des Grundkonflikts der Bindung betreffen ein schwaches und bedürftiges Selbst, das bemüht ist um Anpassung, welche die Zuwendung der Objekte sichern könnte. Die betreffende Person ist bemüht, das idealisierte Bild der Objekte aufrechtzuerhalten und Objektenttäuschungen zu verarbeiten. Die passive Erfahrung des Verlassenwerdens und des Verlusts kann nicht ertragen werden (Rudolf, 2002a).

Bei diesem Grundkonflikt sind verschiedene Verarbeitungsformen klinisch bedeutsam, die sich jedoch nicht gegenseitig ausschliessen. Vielmehr lassen sich bei einzelnen PatientInnen mehrere dieser Verarbeitungsformen in unterschiedlicher Ausprägung erkennen.

Die altruistische Verarbeitung ist gekennzeichnet durch eine forcierte Objektorientierung. Die Person richtet sich selbstlos, pflichtorientiert auf sein Gegenüber ein, verzichtet auf eigene Interessen, ist gehemmt in der Aggression bis aufopfernd. Die zentralen Themen des depressiven Grundkonflikts werden abgewehrt oder kompromisshaft befriedigt. Die konstante Objektbeziehung wird unter eigenen Verzichtleistungen erreicht, und die Objektenttäuschung und aggressiven Impulse werden unterdrückt oder durch Reaktionsbildung in Fürsorglichkeit verwandelt. Selbstwertzweifel werden durch erlangte Unentbehrlichkeit für andere kompensiert. Die Symptombildung zeigt sich in einem depressive Syndrom.

Die narzisstische Verarbeitung des Grundkonflikts ist nicht durch Objektlosigkeit, wie bei der schizoiden Verarbeitung, sondern durch Objektunabhängigkeit gekennzeichnet. Durch Selbstüberhöhung und Objektentwertung wird eine narzisstisch gefärbte Autonomie erreicht, die die unbewusste Bedürftigkeit kompensiert. Die Symptombildung der dekompenzierten narzisstischen Struktur mündet unter Umständen in eine chronische Entwicklung des enttäuschten Rückzugs, der Selbstentwertung und Selbstzerstörung, wobei Themen der Suizidalität und Sucht ein bedeutsame Rolle spielen.

Die oral-regressive Verarbeitungsweise des depressiven Grundkonflikts verändert nicht die äussere Beziehung zu Objekten, sondern beschränkt sich darauf, die eigene innere Stimmungslage zu verändern. Symptomatisch ausgeprägt ist diese Objektunbezogenheit in den Essanfällen der Bulimikerin oder in der Substanzeinnahme der süchtigen Menschen.

Zudem ist der oben beschriebene schizoide Verarbeitungsmodus eine Bewältigungsform, die auch im Rahmen des depressiven Grundkonflikts häufig vorkommt. Weitere Verarbeitungsformen sind der philobatische Bewältigungsmodus und die Bewältigung des depressiven Grundkonflikts durch Humor.

4.4.3 Grundkonflikt der Autonomie

Die Fundamente für die Herstellung und Aufrechterhaltung der Autonomie werden nach den vorausgegangenen Entwicklungsstufen (Nähe und Bindung) gelegt. Die Aufrechterhaltung der Autonomie bleibt eine lebenslange Aufgabe. Die unterschiedlichen Konstellationen in der Familie, die zu einer beeinträchtigten Autonomieentwicklung des Kindes beigetragen haben, führen in der späteren Entwicklung zur Betonung der Gebundenheit als eine Bedingung für Sicherheit. Zusätzlich ist eine Autonomieangst vorhanden, die für die Existenz des Selbst und für die Aufrechterhaltung von Beziehungen bedrohlich werden könnte. Der Grundkonflikt imponiert vor allem durch den angstgetönten Verzicht auf die lustvollen Lebensäusserungen

des Selbst. „Der dringende Wunsch, unabhängig und autonom zu leben, steht im Kontrast zu der Angst, dadurch die Objekte zu verlieren oder gar zu zerstören“ (Rudolf, 2004, S. 54). Im Zentrum steht somit die Angst, die Selbstverfügbarkeit oder die Zustimmung der Objekte zu verlieren. Im Sinne der OPD-Terminologie lässt sich das Geschehen als Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt beschreiben, wenn das Ringen um die eigene Autonomie in den Vordergrund tritt. Betrifft der Konfliktaspekt die Schwierigkeit, zwischen einer zuverlässigen Bindung und einer verfügbaren Autonomie zu wechseln, dann handelt es sich um einen Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt.

Die strukturellen Folgen beeinträchtigter Autonomieentwicklung zeigen sich in dem unzureichenden Erleben des Selbst als Akteur und dem damit zusammenhängenden unsicheren Selbstwertgefühl und der vorherrschenden Angst. Das Selbst ist voller Angst gegenüber seinen eigenen expansiven aggressiven Impulsen, welche die wichtigen Objekte treffen könnten. Zentral sind Steuerungs- und insbesondere Vermeidungsbemühungen, auch hinsichtlich emotionaler Kommunikation. Die internalisierten Bindungen sind dyadisch, Abschiede und Trennungen sind kaum möglich.

Die Formen der Verarbeitung beinhalten den normativen, zwanghaften, überkompensatorischen, regressiven und hysterischen Bewältigungsmodus. Die Gemeinsamkeit dieser Verarbeitungsformen beinhaltet einerseits die fehlenden Autonomieansprüche in Verbindung mit fehlendem Selbstbewusstsein. Dazu gehört der Eindruck des Übersteuerten, Leistungsbezogenen und der fehlenden tief reichenden emotionalen Lebendigkeit. Andererseits ist eine Gebundenheitsmotivation erkennbar, welche die Werte der Sicherheit und Verpflichtung hochhält, „ohne die regressiven Seiten des Bindungsthemas, also das passive Versorgtwerden, in den Vordergrund zu stellen“ (Rudolf, 2000, S. 213). Störungsbilder, für die der Autonomiekonflikt eine zentrale Bedeutung besitzt, umfassen die Anorexie und Angststörungen, Zwangsstörungen sowie somatoforme autonome Funktionsstörungen. Zusätzlich sind die ängstlichen, abhängigen und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen zu nennen.

4.4.4 Grundkonflikt der Identität

Bei dem Grundkonflikt der Identität geht es um das Bedürfnis, die eigene Identität (psychosexuell und sozial) leben zu dürfen. Dieses zentrale Bedürfnis steht jedoch im Kontrast zu den anders gearteten Erwartungen, Loyalitätsforderungen und Verboten der wichtigen Objekte. Familiäre Konfliktspannungen und fehlende Unterstützung vor allem in der geschlechtlichen Identitätsentwicklung erschweren die identifikatorische Beziehung zu dem jeweiligen Elternteil. Die zentrale Angst zeigt sich im Verlust der psychosexuellen, körperlichen und sozialen

Identität. Im subjektiven Erleben herrschen Gefühle der Verwirrung, Ratlosigkeit und Unruhe vor. Im Rahmen der OPD-Systematik wird dieser Grundkonflikt als ödipal-sexueller Konflikt bezeichnet. Dieses Konfliktmodell beruht weniger auf dem psychoanalytischen Konzept des sexuellen Triebkonflikts als vielmehr auf einem Modell, demnach ein phasentypischer Beziehungskonflikt auch später beim Jugendlichen und Erwachsenen auch Auswirkungen auf das sexuelle Erleben und Verhalten hat.

Das Strukturniveau ist gut bis mässig integriert, insgesamt scheint die Verfügbarkeit über strukturelle Funktionen gut entwickelt zu sein. Die Selbstwahrnehmung ist neurotisch verzerrt und die Selbstbewertung schwankt zwischen narzisstischer Grossartigkeit und beschämender Unzulänglichkeit. Kontakt und Mitteilungsfähigkeit sind gut entwickelt.

Das typische Verarbeitungsmuster dieses Konflikts ist der hysterische Bewältigungsmodus, der durch heftig wechselnde Affekte, die häufig als nicht ganz passend und stimmig wahrgenommen werden, charakterisiert ist. Zudem können Beziehungsinszenierungen auftreten, die durch Sexualisierung verführerisch gestaltet werden, die aber keine befriedigenden sexuellen Erfahrungen ermöglichen. Oft wird in diesem Zusammenhang die Körpersymptomatik der Konversion beobachtet. Dieses neurotische Muster ist auch geeignet, schwere strukturelle Störungen zu überdecken und das Bild eines konfliktneurotischen Geschehens vorzutäuschen. In diesem Zusammenhang ist das besagte Muster bei der histrionischen Persönlichkeitsstörung zu sehen.

In der psychoanalytischen Theorieentwicklung musste die Vorstellung aufgegeben werden, dass sich gewisse Störungsbilder und Symptome bestimmten Konflikten zuordnen lassen. Vielmehr lässt das dynamische Zusammenspiel von Grundkonflikten, bestimmten Auffälligkeiten des strukturellen Integrationsniveaus und Modi der Verarbeitung eine breite Varianz von Phänomenen entstehen, deren Schwere von neurotisch und borderlinehaft bis zur psychotischen Ausprägung unterschiedlich sein kann. Für die Art und Schwere der Störung spielt offensichtlich das Strukturniveau eine zentrale Rolle, und dieses wiederum wird durch das Ausmass der lebensgeschichtlichen Belastungen mitbestimmt (Rudolf, 2000). Lohmer et al. (1992) halten fest, dass auch bei PatientInnen mit strukturellen Störungen ödipale Konflikte auftreten können. Diese werden jedoch anders verarbeitet als bei klassisch neurotischen PatientInnen.

Dieses Modell ermöglicht ein Verständnis für die unterschiedlichen Wege der Symptombildung wie es von Rudolf (2000) formuliert wird:

- Die Labilisierung und der Zusammenbruch der Abwehr führt zur Symptomentstehung: Das neurotische Gleichgewicht zwischen abgewehrten Bedürfnisspannungen und Abwehrmassnahmen wird irritiert.
- Die konfliktbedingte neurotische Einengung gewinnt ihrerseits Symptomcharakter: Konflikte werden dauerhaft abgewehrt, was zu chronischen Vermeidungshaltungen, Ängstlichkeit führen kann.
- Das Ausmass der strukturellen Defizite gewinnt Symptomcharakter: Strukturelle Störungen können nicht durch Bewältigung verdeckt werden (z.B. Tendenz zu Impulsdurchbrüchen).
- Die Bewältigungen der strukturellen Defizite gewinnen Symptomwert. Die Verarbeitungsmuster können Erleben und Verhalten symptomwertig gestalten.
- Der Zusammenbruch der Bewältigung von strukturellen Vulnerabilitäten kann zur Symptombildung führen. Verarbeitungsmuster halten oft den auftretenden Belastungen nicht stand, was eine psychische Dekompensation zur Folge haben kann.

4.5 Forschungsstand zu strukturellen Störungen

Im Folgenden wird ein Überblick über den Forschungsstand gegeben, wobei das Augenmerk auf Studien gelegt wird, welche die strukturellen Störungen mit dem in dieser Arbeit verwendeten psychodynamischen Diagnostikinstrument OPD untersuchen. In den Studien zeigen sich wichtige Hinweise auf die Validität der OPD-Achsen. Eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur OPD wird im Artikel von Cierpka et al. (2001) geleistet. In einem ersten Schritt wird in Kapitel 4.5.1 auf der Grundlage von empirischen Befunden das theoretische Verhältnis zwischen Konflikt, Struktur und Beziehung dargestellt.

4.5.1 Strukturelle Störungen im Zusammenhang mit Konflikt und Beziehung

Die Heidelberger OPD-Studie (Grande, Rudolf & Oberbracht, 1998) mit 100 PatientInnen, die an der Psychosomatischen Klinik in Heidelberg hospitalisiert waren, untersucht die Zusammenhänge zwischen den Integrationsstufen der Strukturachse der OPD mit den Achsen Beziehung und Konflikt. Zudem werden die strukturellen Integrationsniveaus zu den soziodemografischen Merkmalen und Diagnosen in Beziehung gesetzt. Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen Konflikt und Struktur dargestellt werden. In der Studie lassen sich in Abhängigkeit des Strukturturniveaus drei Konfliktgruppen differenzieren (Rudolf, Grande & Jakobsen, 2004):

Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt und Selbstwertkonflikt: Der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt wird in der Gruppe der gut integrierten PatientInnen nicht gefunden. Eine hohe Ausprägung dieses Konflikts hängt jedoch deutlich mit einem gering integrierten Strukturniveau zusammen (62%). Der Selbstwertkonflikt hat auch eine hohe Quote von 65% in der gering integrierten Gruppe. Bei den gut integrierten PatientInnen wird er mit 25% beziffert.

Versorgung-Autarkie-Konflikt und Schuldkonflikt: Beide Konflikte haben einen deutlichen Schwerpunkt im mässig integrierten Strukturniveau.

Ödipal-sexueller Konflikt und Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt: In der gut integrierten Gruppe kommt der ödipal-sexuelle Konflikt mit 58% am häufigsten vor, bei der gering integrierten Gruppe nur zu 12%. Der Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt kommt zu 37% in der gut integrierten und zu 12% in der gering integrierten Gruppe vor.

Diese statistisch signifikanten Ergebnisse bestätigen die psychodynamische Hypothese, dass unterschiedliche Konflikte verschiedenen Entwicklungsstufen zugeschrieben werden können. Je reifer der Grundkonflikt, desto eher entspricht er dem neurotischen Konflikt, und strukturelle Aspekte sind weniger an seiner klinischen Ausgestaltung beteiligt. Bei einem frühen Konflikt, wie beispielsweise beim Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt, wird das klinische Bild durch ausgeprägte strukturelle Vulnerabilität bestimmt.

Eine Übereinstimmung dieser Ergebnisse im Hinblick auf die empirische Korrelation zwischen Konflikt- und Strukturdimensionen ergibt sich in der Untersuchung von 171 alkoholabhängigen PatientInnen (Nitzgen & Brünger, 2000). Die Befunde der neueren Studie von Mestel, Klingelhöfer, Dahlbender & Schüssler (2004) bestätigen diese Zusammenhänge zwischen Konflikt und Struktur weitgehend. Eine enge Bindung des Selbstwertkonflikts an die geringe Integration von Struktur lässt sich jedoch in dieser Studie nicht finden. Vielmehr zeigt sich, dass der Selbstwertkonflikt überwiegend der mässig integrierten Struktur zugeordnet werden kann. Thomasius et al. (2001), die die prognostische und faktorielle Validität der OPD überprüfen, zeigen auf, dass Selbstwertkonflikte mit einem eher schlechteren Gesamtstrukturniveau zusammenhängen. Für den Konflikt Abhängigkeit-Autonomie konnten keine korrelativen Zusammenhänge gefunden werden.

Des Weiteren wird in der Heidelberger OPD-Studie (Grande et al., 1998) untersucht, ob die verschiedenen Integrationsniveaus der Struktur mit charakteristischen Beziehungstendenzen gekoppelt sind. PatientInnen mit einem *niedrigen Integrationsniveau der Struktur* weisen ausgeprägtere wütend-aggressive und destruktiv-entwertende Beziehungstendenzen auf mit

häufigerem Rückzug aus Beziehungen und Beziehungsabbruch. Diese Ergebnisse bestätigen, dass PatientInnen mit einer gering integrierten Struktur Schwierigkeiten haben, Beziehungen herzustellen und aufrechtzuerhalten. Bei PatientInnen mit *gut integriertem Strukturniveau* hingegen sind Tendenzen zur destruktiven Beziehungsgestaltung deutlich seltener vorhanden. Die problematischen Beziehungsfiguren zentrieren sich um die Themen der Verselbständigung einerseits und der Anlehnung beziehungsweise fürsorglichen Zuwendung andererseits im Kontext basal vorhandener und gesicherter Beziehungen. Die PatientInnen mit einem *mässig integrierten Strukturniveau* liegen in den meisten Bereichen zwischen den extremen Gruppen. Es zeigt sich, dass bei ihnen häufiger Themen des Gekränktheits, der Zurücksetzung und des Mangels an Anerkennung vorkommen.

Schulz (2000) konnte in ihrer Dissertation mit dem Einsatz des Systems des „facial coding“ zeigen, dass bei stationär psychotherapeutisch behandelten PatientInnen mit geringem Strukturniveau das mimische Verhalten gekennzeichnet ist durch reduzierte Komplexität, reduziertes Repertoire und verminderte Quantität an mimischen Bewegungen im Vergleich zu den Personen mit einem guten psychischen Strukturniveau. Diese Differenzen lassen vermuten, dass sich die intrapsychische Steuerung und Kontrolle von Affekten mit ihren Folgen für die Regulierung von Interaktionen bei Personen mit strukturellen Störungen qualitativ anders gestaltet als bei Personen mit einer reiferen psychischen Struktur, die in ihren mimischen Bewegungen reichhaltiger kommunizieren.

4.5.2 Soziodemografische Merkmale und Psychopathologie

In der Heidelberger OPD-Studie (Grande et al., 1998) werden die strukturellen Integrationsniveaus zu den soziodemografischen Merkmalen und ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) Diagnosen in Beziehung gesetzt. Es ergeben sich keine signifikanten Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen (Geschlecht, Familienstand, Ausbildung und beruflicher Stellung) und dem Strukturniveau. Allerdings kann insofern eine Tendenz festgestellt werden, als strukturell schwerer beeinträchtigte PatientInnen häufiger eine tiefe berufliche Stellung aufweisen. In der Studie von Spitzer, Michels-Lucht, Siebel und Freyberger (2002a) werden relevante Assoziationen zwischen dem Gesamtstrukturniveau, dem Familienstand und dem höchsten erreichten Berufsabschluss gefunden. Verheiratete Personen und AkademikerInnen sind insgesamt besser integriert.

Bei Durchsicht der OPD-Forschungsliteratur zeigen sich die Ergebnisse bezüglich der Zusammenhänge zwischen Strukturniveau, der klinischen Diagnose und der Psychopathologie wenig einheitlich:

Rudolf, Grande, Oberbracht und Jakobsen (1996) konnten in ihrer Studie (N = 40) keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Symptomdiagnosen nach ICD-10 und den OPD-Befunden finden. Allerdings konnte diese Studie zeigen, dass ein geringeres Strukturniveau mit einer längeren Dauer der psychogenen Erkrankung einhergeht. Dies ist vermutlich auf die strukturell bedingt schlechteren Regulationsmöglichkeiten betreffender PatientInnen zurückzuführen.

In der Heidelberger OPD-Studie von Grande et al. (1998) lassen sich bezüglich des Zusammenhangs zwischen Struktur und den symptombezogenen Diagnosen sowie Persönlichkeitsstörungen nach ICD-10 keine signifikante Ergebnisse nachweisen. Die symptombezogenen Diagnosen wie die depressiven, Angst-, somatoformen und Essstörungen tendieren zu einem mässigen Integrationsniveau. Die symptombezogenen Diagnosen verteilen sich aber insgesamt doch auf die drei Stufen (gut, mässig, gering integriert), sodass kein Rückschluss auf die Krankheitsschwere, gemessen an der strukturellen Beeinträchtigung, zugelassen werden konnte. Das Gleiche gilt für die Persönlichkeitsstörungen, wobei hier als Tendenz festzustellen war, dass auf einem guten Integrationsniveau seltener und auf einem geringen häufiger Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert werden konnten. Auf einem geringen Integrationsniveau finden die Autoren ausserdem besonders häufig narzisstische und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen, während histrionische und ängstlich-vermeidende Störungen fast ausschliesslich auf mässig integriertem Niveau gefunden wurden (vgl. auch Rudolf, Jakobsen, Grande & Oberbracht, 2002). Wird zusätzlich die in der Patientenselbsteinschätzung angegebene Symptomatik betrachtet, so lassen sich für die vier wichtigsten Symptomskalen körpernahe Angst, ängstlich im Kontakt, Körpersymptomklage, depressiv-suizidal des Psychischen und Sozialkommunikativen Befundes (PSKB-SE-R) wenig Unterschiede in den Diagnosegruppen finden. Die Schwere der strukturellen Störungen ist in dieser Studie also nicht mit dem Ausmass der Symptomatik verknüpft.

Schneider, Lange und Heuft (2004) untersuchen in ihrer Studie, ob die in Erstuntersuchungen gestellten OPD-Diagnosen handlungsleitende Zusammenhänge zur Indikationsstellung zu einer Fachbehandlung (Psychiatrie versus Psychotherapie) aufweisen. Die Autoren stellen fest, dass die Ambulanzklientel das höchste Strukturniveau bei PatientInnen ohne Psychotherapieindikation, ein reduziertes Strukturniveau bei der Indikation zur Psychotherapie und

das geringste bei PatientInnen mit psychiatrischer Indikation haben. Die PatientInnen mit einem gering integrierten Strukturniveau haben einen höheren Chronifizierungsgrad und weisen im Mittel mehr psychiatrisch-psychosomatische ICD-10 Diagnosen auf. Zudem sind sie psychogen stärker beeinträchtigt, gemessen mit dem Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS).

Reymann, Zbikowski, Martin, Tetzlaff und Janssen (2000) zeigen in ihrer Studie mit 22 stationär behandelten PatientInnen mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit, dass diese PatientInnen hinsichtlich ihres Gesamtstrukturniveaus vornehmlich auf einem mässigen Integrationsniveau angesiedelt sind. Die strukturellen Störungen stellen sich vorwiegend bei den Dimensionen Selbststeuerung und Objektwahrnehmung dar. Dies entspricht den empirischen Befunden der Untersuchung von 171 alkoholabhängigen PatientInnen einer Rehabilitationsklinik von Nitzgen und Brünger (2000). Diese PatientInnen weisen besonders schlechte Werte in der Dimension Selbststeuerung auf. Zusätzlich ergibt die Studie Übereinstimmungen des Strukturniveaus mit den ICD-10 Diagnosen. PatientInnen mit ICD-10 Diagnosen aus dem neurotischen Bereich erweisen sich als besser strukturiert als PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen und Psychosen.

Dies konnte auch in der Studie (N = 49) von Grütering und Schauenburg (2000) bestätigt werden. Es konnte gezeigt werden, dass PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung in fast allen Dimensionen der Strukturachse (ausgenommen Selbststeuerung und Kommunikation) geringer integriert sind als PatientInnen ohne Persönlichkeitsstörung.

In Übereinstimmung mit der oben erwähnten Studie konnten Spitzer et al. (2002a) nachweisen (N = 156), dass PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung überzufällig häufig bei einem mässigen und noch häufiger bei einem geringen Strukturniveau angesiedelt sind. Zudem konnte gezeigt werden, dass sich, je besser die PatientInnen strukturiert sind, desto seltener Suizidalität und Selbstverletzungen in der Anamnese finden. Der Zusammenhang zwischen aktueller Psychopathologie, gemessen mit der Symptomcheckliste (SCL-90-R), und dem Strukturniveau konnte nur in geringem Ausmass festgestellt werden. Es waren keine Unterschiede zwischen mässig und gering strukturierten PatientInnen in Bezug auf ihre SCL-90-R Angaben vorhanden.

4.5.3 Konstruktvalidität der Strukturachse

Im Hinblick auf die methodische Fragestellung dieser Arbeit interessieren Untersuchungen, die zur Konstruktvalidierung der Strukturachse die psychoanalytisch fundierten Selbstbeurteilungsinstrumente Narzissmus-Inventar (NI) und Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) einsetzen. Diese Instrumente zielen auf die Erhebung der Persönlichkeitsstruktur und werden auch in der eigenen Studie verwendet. Im Methodenteil werden diese Instrumente detailliert beschrieben.

Spitzer, Michels-Lucht, Siebel & Freyberger (2002b) überprüften die Konstruktvalidität der vierstufigen OPD-Strukturachse mit den Skalen des BPI. In varianzanalytischen Vergleichen erzielten PatientInnen mit einem guten Strukturniveau nach OPD im BPI und auf dessen Subskalen die günstigsten Werte und diejenigen mit einer geringen Integration die ungünstigsten Werte. Die zu erwartenden Korrelationen zwischen OPD-Selbstwahrnehmung und BPI-Identitätsdiffusion, zwischen OPD-Selbststeuerung und BPI-Mangelhafte Realitätsprüfung, zwischen OPD-Abwehr und BPI-Abwehr, zwischen OPD-Objektwahrnehmung und BPI-Mangelhafte Realitätsprüfung sowie zwischen OPD-Bindung und BPI-Angst vor Nähe konnten bestätigt werden. Die Befunde sprechen für eine befriedigende Konstruktvalidität der OPD-Strukturachse.

In Bezug auf die Assoziationen der OPD-Strukturdimensionen und den Skalen des NI konnten in der Validierungsstudie von Kraus (1999) zahlreiche Assoziationen hergestellt werden. Kraus konnte für alle Skalen der ersten Dimension (Das bedrohte Selbst), ausser der Skala Archaischer Rückzug, mittelhohe, zum Teil höchst signifikante Korrelationen mit den OPD-Strukturdimensionen und der Gesamtstruktur feststellen. Diese Assoziationen waren wie erwartet signifikant, weil die Skalen dieser Dimension „als Indikatoren des Ausmasses gewertet werden, in dem die Regulation des Selbsterlebens bzw. die Realisierung der Zielgrössen des Selbstsystems misslingt“ (Kraus, 1999, S. 127). Die Skala Archaischer Rückzug korrelierte nur mit der OPD-Strukturdimension Abwehr.

4.6 Zusammenfassung

In Kapitel 4 wurde ein Überblick über die strukturellen Störungen gegeben. Zuerst wurde versucht, neurotische Formen des Erlebens und Verhaltens von strukturell beeinträchtigten abzugrenzen. Eine zentrale Differenzierung der psychischen Struktur bietet das psychoanalytische Nosologiemodell von Kernberg (2000a). Der Autor geht in diversen theoretischen Abhandlungen auf die strukturelle Analyse ein und spricht von der Möglichkeit, das Funktionsniveau

der Persönlichkeit gestuft zu beschreiben. Er unterscheidet zwischen einer neurotischen, Borderline- und psychotischen Organisation der Persönlichkeit. Die verschiedenen Formen der Persönlichkeitsorganisation sind dadurch gekennzeichnet, dass der Reifungsgrad von Identität und Abwehr sowie die Fähigkeit zur Realitätsprüfung mit der Struktur der internalisierten Objektbeziehungen korrespondiert.

Das psychodynamische Modell der neurotischen Entwicklung stellt die unbewussten und Beziehungskonflikte in den Mittelpunkt. Im Strukturmodell von Rudolf (2000) hingegen liegt der Akzent bei der strukturellen Beeinträchtigung auf der eingeschränkten Verfügbarkeit über jene strukturellen Funktionen, die zur Regulation des Selbst in seinen Beziehungen notwendig sind. Zusammenfassend können wir festhalten, dass die strukturelle Dynamik dadurch gekennzeichnet ist, dass die basalen (passiven) Bedürfnisse in der frühen Kindheit unerfüllt geblieben sind und daher äussere Veränderungen und Belastungen zu heftigen und amorphen emotionalen Reaktionen führen, welche nicht mehr intrapsychisch bewältigt werden können, sondern das individuelle und speziell das interpersonelle Verhalten erfassen und beeinträchtigen. Bei der strukturellen Vulnerabilität fehlt jener seelische Binnenraum, in dem sich unbewusste Konflikte zwischen psychischen Substrukturen abspielen können; stattdessen werden Konfliktanteile externalisiert und als Spannung zwischen dem Selbst und der Objektwelt erfahren (Rudolf, 2004).

Vor diesem Hintergrund wurde das psychodynamische Verständnis der Symptombildung bei strukturellen Störungen dargestellt. Spezifisch an Rudolfs Modell ist, dass die Herausbildung der Symptomatik aus dem Zusammenspiel von Konflikt, struktureller Vulnerabilität und den Modi der Verarbeitung von Konflikt und struktureller Vulnerabilität erklärt wird. Im Rahmen der Darstellung der vier Grundkonflikte – Konflikt der Nähe, der Bindung, der Autonomie und der Identität – wird aufgezeigt, wie typische Konfliktmuster in Verbindung mit strukturellen Auffälligkeiten und spezifischen Modi der Verarbeitung in Verbindung stehen.

Aus den zitierten Forschungsergebnissen ging hervor, dass eine besser integrierte Struktur beim ödipal-sexuellen Konflikt, beim Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt und beim Versorgung-Autarkie-Konflikt vorkommt. Hingegen steht beim Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt und beim Selbstwertkonflikt eine geringer integrierte Struktur im Vordergrund. Eine neuere Studie konnte diese Ergebnisse in stationären Rahmen bestätigen, ausser in Bezug auf Selbstwertkonflikt, der entgegen den Erwartungen eng mit einem mässigen Strukturniveau korreliert. Es kommt dazu, dass strukturell schlechter integrierte Personen ein höheres Mass an dysfunktionalem Verhalten in der Interaktion aufweisen. In weiteren Querschnittsanalysen

konnte ein Zusammenhang der geringer integrierten Struktur mit der klinischen Diagnose Persönlichkeitsstörung und höherer Symptombelastung festgestellt werden. Weniger ausgeprägte Zusammenhänge gab es zwischen symptombezogenen ICD-10 Diagnosen und den Struktur-niveaus. In einer Studie wurde untersucht, ob sich das persönlichkeitsstrukturelle Niveau auch in der aktuellen Psychopathologie, gemessen mit SCL-90-R, widerspiegelt. Die Autoren fanden aber keine Unterschiede zwischen mässig und gering strukturierten PatientInnen in Bezug auf deren SCL-90-R Angaben. Zusätzlich zeigte eine Studie auf, dass die Strukturachse der OPD mit den Instrumenten Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) und der ersten Dimension des Narzissmus-Inventars (NI) Das bedrohte Selbst korreliert und somit eine befriedigende Konstruktvalidität festgestellt werden konnte.

5 Strukturelle Veränderungen

Die zentrale Frage vorliegender Untersuchung lautet, inwiefern sich im Laufe der psychoanalytisch orientierten Behandlung im stationären Behandlungssetting bei den PatientInnen therapiebedingte Veränderungen im Bereich der Persönlichkeitsstruktur feststellen lassen. Im Hinblick auf diese Fragestellung ist die in der Forschungsliteratur diskutierte Möglichkeit zur Strukturveränderung in der psychoanalytischen Therapie von besonderer Wichtigkeit. In folgendem Kapitel soll die psychische Struktur in ihrer Entwicklung und Veränderung – die sogenannte Umstrukturierung – diskutiert werden. Es werden zunächst verschiedene psychoanalytische Modelle der Strukturveränderung kurz eingeführt. Danach wird das Konzept Umstrukturierung im Rahmen des psychodynamischen Therapiemodells vorgestellt. Im Anschluss daran wird beschrieben, inwiefern Struktur und Strukturveränderung diagnostisch erfasst werden können.

5.1 Psychoanalytische Modelle der Veränderung

Harsch (1980) betont, dass innerhalb der psychoanalytischen Theorie die Strukturbildungsvorgänge und -veränderungen nur im Rahmen des jeweils konzeptuell zugrunde gelegten Strukturmodells zu beschreiben sind. In Kapitel 1 wurde die Auffassung von Struktur als wechselseitiger Abhängigkeit der Elemente untereinander und vom System vertreten. Diese Definition beinhaltet, dass Entwicklungen und Veränderungen eines Elements der Struktur auch eine Veränderung der Gesamtstruktur nach sich ziehen. Strukturveränderung bedeutet somit sowohl die Entwicklung und Veränderung einzelner Elemente als auch ihre Anordnung zu einem Ganzen, dem System (Harsch, 1980).

Harsch nennt die fünf hauptsächlichen Strukturmodelle: das organische Modell, das Triebmodell, das Konfliktmodell, das Objektbeziehungsmodell und das Repräsentanzenmodell. Je nach Modellvorstellung, in der die Strukturbildung und -veränderung diskutiert wird, herrschen verschiedene Auffassungen von der therapeutischen Veränderbarkeit psychischer Struktur vor. Im organischen Modell ist der strukturverändernde Einfluss der psychoanalytischen Therapie auf die Bereitstellung eines günstigen Milieus zur Nachreifung begrenzt. Im Triebmodell kommt der Bewusstmachung der unbewussten Prozesse wie Abwehrformationen ein zentraler Stellenwert für die Strukturveränderung zu. Im Konfliktmodell geht es im therapeutischen Prozess um die Wiederbelebung der pathogenen Konflikte, um so die Voraussetzung für die Bildung von weniger pathologischen, ichsyntonen Konfliktlösungen oder Kompromissbildungen zu schaffen. Im Rahmen des Objektbeziehungsmodells ist für eine Strukturveränderung in der psychoanalytischen Behandlung die Rekonstruktion der frühen pathologisch wirkenden Objektbeziehung in Form von Übertragung auf die reale Beziehung mit dem Therapeuten notwendig. Janssen (1987) betont, dass die psychoanalytische Praxis im Rahmen des Objektbeziehungsmodells zum Ziel haben muss, die unbewussten infantilen, konflikthaften Beziehungsmuster in der Übertragung zu reaktivieren, dem Patienten Einsicht in sein Erleben und Verhalten sowie in seine innere Objektwelt zu ermöglichen und ihm in der analytischen Beziehung neue Erfahrungen zu eröffnen.

Beim Repräsentanzmodell bestehen verschiedene Auffassungen psychischer Strukturen wie die Konfigurationen von Fantasien, die Anordnungen von entwickelten Selbst- und Objektrepräsentanzen, die Gliederungssysteme von Symbolen oder sprachlichen Zeichen, die Harsch (1980) unter dem Begriff Symbolbildung zusammenfasst. Psychische Strukturen werden im Nachvollzug des Symbolbildungsvorgangs in der Therapie modifiziert. In der Sicht von Stolorow (1978), eines Vertreters der Repräsentanzenlehre, ist die psychische Struktur als Konfiguration oder Anordnung subjektiv erfahrbarer Selbst- und Objektrepräsentanzen definiert. Der Autor nennt die Gesamtstruktur eines Menschen „representational world“ (S. 316). Die Bildung der Repräsentanzenwelt verläuft parallel zur Entwicklung des Ich. Im Rahmen der therapeutischen Strukturveränderung spricht der Autor von „representational transformation“ (S. 317), einem Umstrukturierungsprozess der Repräsentanzenwelt. Bei der Umstrukturierung im therapeutischen Setting geht es darum, neue Erfahrungen zu ermöglichen und rigide psychische Strukturen zu reorganisieren. Der Indikator für eine Umstrukturierung ist ein höheres Strukturniveau, wie es sich bei den Objektrepräsentanzen in der Fähigkeit zur Objekt Konstanz zeigt. Es handelt sich dabei um die Fähigkeit, ein differenziertes Bild von einer anderen Person aufzubauen, zu halten und zu integrieren. Ähnlich ist ein hohes

Strukturniveau bei den Selbstrepräsentationen erkennbar in der Kompetenz zur Selbstkonstanz, das heisst in der Konsolidierung eines kohäsiven Bildes von sich selbst. Als Ziel nennt er, vor allem bei schwer gestörten PatientInnen, den basalen Aufbau von fehlender oder defizienter Struktur. Die Methodik dieses Prozesses wird nicht genannt. Auch das dargestellte psychodynamische Strukturmodell von Rudolf (2000) folgt in der Operationalisierung von Struktur dem Repräsentanzmodell (Seidler, 1999).

Psychoanalytische Theorien zur Strukturveränderung stehen in einem engen Zusammenhang mit der Vorstellung über das Ziel einer psychoanalytischen Behandlung. Beim Konzept Behandlungsziel haben wir es gemäss Dreher (2001) mit einem facettenreichen Problem zu tun, das die verschiedenen psychoanalytischen theoretischen Ansätze widerspiegelt und somit nicht mit einer Definition zu erfassen ist. Nach einer kurzen Erläuterung der allgemeinen Behandlungsziele in der Psychotherapie werden im Folgenden die spezifischen Behandlungsziele im Rahmen des Strukturmodells von Rudolf (2000) fokussiert.

5.2 Strukturveränderung in der Psychotherapie und Psychotherapieforschung

Die allgemeine Definition einer Psychotherapie von Rauchfleisch (2001) lautet:

Psychotherapie stellt eine *geplante, wissenschaftlich fundierte Massnahme* dar, die zu *Änderungen von Störungen und Leidenszuständen* im Hinblick auf das Erleben und Verhalten führen soll. Es ist damit ein *zielorientierter Prozess*, das heisst, eine sich häufig über längere Zeit erstreckende Interaktion, in deren Verlauf die angestrebten Änderungen *durch psychologische Massnahmen* (Interaktionen auf der Grundlage einer tragfähigen emotionalen Beziehung) bewirkt werden. (S. 42)

Für die Psychotherapie gibt Strotzka (1975) eine viel zitierte Definition von Psychotherapie, in der Symptomreduzierung und Strukturänderung als Ziele deklariert werden. Strukturveränderung und Symptomreduzierung beziehen sich auf die beabsichtigten Veränderungen beim Patienten oder der Patientin im therapeutischen Setting. Diese Therapieerfolgskriterien spielen auch in der Psychotherapieforschung und in der Qualitätssicherung eine wichtige Rolle.

In der Psychotherapieforschung befasst sich die Ergebnisforschung mit der Frage, ob und in welchem Ausmass bestimmte psychotherapeutische Interventionen wirksam sind oder nicht. Die Prozessforschung beschäftigt sich vermehrt mit der Frage, was eigentlich innerhalb der Therapie geschieht und, vor allem, was davon wirksam ist (Fuchs, 1998). In der Psychotherapieforschung wird zwischen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren unterschieden. Unter „spezifischen Wirkfaktoren“ sind spezielle Techniken und Strategien zu verstehen. In den verschiedenen Therapieschulen werden die Konzepte Umstrukturierung und Symptomreduzierung behandlungstechnisch unterschiedlich umgesetzt. In der Verhaltenstherapie bei-

spielsweise geschieht dies mittels systematischer Desensibilisierung und verschiedenen Expositionsmethoden, wobei das Umlernen betont wird. Mit „unspezifischen Wirkfaktoren“ sind die allgemeinen Wirkfaktoren gemeint, die unabhängig von einer bestimmten Therapieschule auftreten. Hierbei geht es um zwischenmenschliche Aspekte, die in jeder therapeutischen Beziehung zu finden sind (Rauchfleisch, 2001).

In der Literatur zur Psychotherapieforschung werden inhaltliche sowie methodische Aspekte der Wirkfaktoren kritisch hinterfragt und kontrovers diskutiert, wie es der Übersichtsartikel von Czogalik und Enke (1997) aufzeigt. Die genannten Autoren gehen auch der Frage nach, wie das Verhältnis von Therapieprozess und Therapieergebnis zu bestimmen ist. Diesbezüglich bleibt festzuhalten, dass spezifische therapeutische Interventionen dann in einer konstruktiven Beziehung zum psychotherapeutischen Prozess stehen, wenn sie in der Lage sind, auf dem Fundament einer tragfähigen therapeutischen Beziehung integrierbare Neuerfahrung und Neubewertung bei PatientInnen anzustossen oder zu vertiefen. Bezüglich der spezifischen Wirkfaktoren ist Rauchfleisch (2001) der Meinung, dass der oder die TherapeutIn einerseits seine Methode auf die Bedürfnisse des oder der PatientIn abstimmen und gleichzeitig die erlernten Techniken an seine eigene Persönlichkeit anpassen muss, um einen im Sinne einer Strukturveränderung effektiven Therapieverlauf anzustreben.

5.3 Strukturveränderung im psychodynamischen Therapiemodell

Wurde in Kapitel 5.2 das Konzept Strukturveränderung als generelles Psychotherapieziel beschrieben, so soll nun im Folgenden das Konzept der Umstrukturierung innerhalb der Psychoanalyse und die aus ihrer Methode abgeleiteten Modifikationen in Form von analytisch orientierten Psychotherapien beschrieben werden.

Die Psychoanalyse als therapeutische Methode ermöglicht einen Zugang zu unbewussten psychischen Konflikten. Schliesslich soll durch die psychoanalytische Behandlungsmethode das Ziel jeder Therapie, Heilung von Krankheit oder die Symptomreduzierung, erreicht werden. Entsprechend der grundlegenden Annahme der psychoanalytischen Theorie, dass die Symptomatik durch die zugrunde liegenden unbewussten Konfliktspannungen aufrechterhalten werden, wird als Behandlungsergebnis Symptomwegfall oder -minderung und eine Umstrukturierung der Persönlichkeit erwartet (Heigl-Evers et al., 1997). Die spezifischen Wirkfaktoren der Psychoanalyse sind das freie Assoziieren des oder der PatientIn, die Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung sowie die Arbeit am Widerstand (Rauchfleisch, 2001).

Rudolf (2000) sieht die Umstrukturierung des praktischen Handelns von einem unbewusst-determinierten zu einem bewusst-verantwortenden Handeln als wichtigste Zielsetzung psychotherapeutischer Arbeit. Wie kann dieses Ziel erreicht werden? Rudolf et al. (2000) beschreiben diese Umstrukturierung als einen Prozess, der im Folgenden im Rahmen des psychodynamischen Therapiemodells beschrieben wird. Rudolf et al. (2000) nennen die einzelnen, zirkulär verlaufende Schritte des Prozesses „Aufbau der therapeutischen Beziehung“, „Einübung der therapeutischen Arbeit“ und „Durcharbeiten“ (S. 240).

Aufbau der therapeutischen Beziehung: Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung stellt die Ausgangssituation dar. Die wenig strukturierte therapeutische Situation, in die der Patient oder die Patientin mit seinen oder ihren unbewussten Konflikten und seiner oder ihrer strukturellen Vulnerabilität eintritt, ruft die zentralen dysfunktionalen Beziehungsmuster auf. In dieser therapeutischen Beziehung kommt es somit zu einer Aktivierung und unbewussten Inszenierung der Erfahrungen, die vom Patienten oder der Patientin als ein Übertragungsangebot und auf Seiten des oder der TherapeutIn als Gegenübertragungserleben beschrieben wird. Des Weiteren geht es zu Beginn der Therapie um die Förderung der Therapiemotivation sowie um eine Konsensfindung für die Therapieziele. Die Therapieziele richten sich auf die emotionale und kognitive Auseinandersetzung des Patienten oder der Patientin mit seinen oder ihren unbewussten inneren und äusseren Erfahrungen. Die Therapiemotivation und die Übertragung durchlaufen einen Veränderungsprozess im Behandlungsverlauf. Es gilt, langfristig auf der Grundlage einer vertrauensvollen Atmosphäre die in der Übertragung wiederbelebten konflikthaften Erfahrungen bewusst zu machen, durcharbeiten und zu internalisieren.

Einübung der therapeutischen Arbeit: Es ist die Aufgabe des oder der TherapeutIn den oder die PatientIn in der therapeutischen Arbeit anzuleiten und zur Therapiefortführung durch Aufmerksamkeit und Interventionen zu ermutigen. Mit therapeutischer Arbeit ist zudem gemeint, dass Grundlagen geschaffen werden, die es ermöglichen, Aufgaben wahrzunehmen im Sinne der Förderung der Selbstwahrnehmung und der Selbstexploration bezüglich abgewehrter konflikthafter Erfahrungen. Dieser Reflexionsprozess hat insofern einen interpersonellen Aspekt, als der oder die PatientIn sich dem Therapeuten mitteilt und durch die weitere Anregung sich selbst reflektiert und dabei gleichzeitig unbewusst die zentralen Beziehungserfahrungen in der Therapie aktualisiert. Durch die in der PatientIn-TherapeutIn-Beziehung hineingenommenen Mitteilungen entwickelt sich ein zirkulärer Prozess, der unbewusst gelenkt, die Produktion

von psychischen Inhalten wie Erinnerungen, Einfällen, Gedanken, Vorstellungen, Fantasien oder Träumen fördern kann.

Durcharbeiten: Der Begriff bezieht sich auf die therapeutische Arbeit, die der oder die TherapeutIn und der oder die PatientIn gemeinsam aufwenden müssen, „um den schwierigen Weg von der Einsicht in unbewusste Bedingungen des eigenen Handelns zu deren Veränderung gehen zu können“ (Rudolf, 2000, S. 391). Konkret geht es hierbei um die Analyse der Widerstände, welche die Einsicht unbewusst verhindern. Die Bearbeitung der Widerstände bedeutet, alte Formen der Befriedigung aufzugeben sowie bisher gültige pathogene Vorstellungen und Überzeugungen infrage zu stellen, um neue Erfahrungen zuzulassen und für sich mehr Autonomie und Anerkennung zu beanspruchen. Die immer neuen psychischen Produktionen von Vorstellungen und Fantasien sowie die wechselnden Aspekte der therapeutischen Beziehung bewirken, dass vielfältige Facetten einer inneren und äusseren Wirklichkeit sichtbar werden. Neue Ansätze des Selbstverständnisses, der Konfliktlösung und der Lebensgestaltung gewinnen an Bedeutung. Die therapeutische Arbeit im Sinne eines Durcharbeitens weist im Behandlungsverlauf unterschiedliche Qualitäten auf und kommt vorwiegend in Langzeitbehandlungen vor.

Die oben beschriebenen Stufen des therapeutischen Prozesses bewirken eine Reihe von möglichen Veränderungen:

1. Die Einsicht in die bisher abgewehrten Wünsche, Bedürfnisse, Emotionen und Handlungsimpulse und Verankerung von interpersonell erlebten Schwierigkeiten in die eigene Person. Die Einsicht ist die zentrale Voraussetzung für die Veränderung.
2. Die Übernahme der Verantwortung für diese Einsicht kann dazu führen, dass damit in neuer Weise umgegangen wird und nach Lösungen und Verhaltensweisen gesucht wird. Dies kann als Bewältigungsversuch der strukturellen Störungen gesehen werden.
3. Darauf aufbauend kann die Umstrukturierung im eigentlichen Sinn beginnen und erprobt werden. Therapeutisch positiv wirkt sich das Erleben einer tragfähigen Beziehung aus. Neue Erfahrungen können intrapsychisch als neue Objektrepräsentanzen und modifizierte Selbstrepräsentanzen internalisiert und dadurch die ehemaligen konfliktträchtigen Internalisierungen und unbewussten pathogenen Einstellungen überwunden werden. In diesem Rahmen findet die eigentliche Umstrukturierung statt. Auch für Kernberg (1981) ist der Umstrukturierungsprozess das Resultat von Internalisierungen. Die verschiedenen Stufen des Internalisierungsprozesses wurde in Kapitel 2.4 bereits referiert.

Was bedeutet das Therapieergebnis „Umstrukturierung“ für die therapeutische Praxis? Das Therapieergebnis kann aus verschiedenen Perspektiven beurteilt werden. Aus der Perspektive des oder der *PatientIn* ist das Abklingen der psychischen und körperlichen Beschwerden zentral. PatientInnen wollen besser mit der Beziehungsgestaltung und Belastungen umgehen können sowie Konfliktlösungen verbessern. Aus der Perspektive der *TherapeutInnen* sollen bei den PatientInnen, neben der Reduktion der psychischen und körperlichen Symptome, die oben genannten Umstrukturierungsprozesse im Sinne einer Verbesserung der sozialen Kompetenzen, der Fähigkeit zur Selbstwertregulierung und Selbstverantwortung sowie die Optimierung der Autonomie gefördert werden. Zudem soll der Verzicht auf einen negativen Umgang mit sich selbst erreicht werden. Allerdings geht es in der psychodynamischen Therapie nicht vorrangig um eine schnelle Symptomreduzierung bei den PatientInnen, sondern das Gewicht wird auf die Veränderung der inneren Einstellungen im Sinne der oben beschriebenen Umstrukturierung gelegt, zumal Symptome auch unter situativer Entlastung der Therapie abklingen können, ohne dass entscheidende Einstellungsänderungen erzielt worden wären (Rudolf, 2000). Eine weit reichende Umstrukturierung kann hingegen eine langfristige Bewahrung vor krisenhaften Einbrüchen und krankheitswertiger Symptombildung bewirken. Umstrukturierung wird von Rudolf im Sinne einer zunehmenden Integration spezifischer Bereiche, die für die Psychodynamik eines oder einer PatientIn von zentraler Bedeutung sind und zu manifesten Symptomen führen, gesehen. Das Konzept Umstrukturierung bedeutet somit Veränderung im Bereich des problematischen Beziehungsmusters, der dominierenden Konflikte und der wichtigsten strukturellen Fähigkeiten bzw. Vulnerabilitäten der PatientInnen (Grande, Rudolf, Oberbracht & Jakobsen, 2001). Das Therapieergebnis muss auch aus der Perspektive der *Gesellschaft* betrachtet werden. Gesellschaftliche Interessen an therapeutischen Erfolgen betreffen Aspekte der Arbeitsfähigkeit und die geringe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems von PatientInnen (Arztbesuche, Hospitalisierungen usw.). Rudolf (2000) hält fest, dass die klinische Relevanz von Veränderung sich aus der Verknüpfung mehrerer Perspektiven (PatientIn, TherapeutIn und Gesellschaft) ermitteln lässt. Zusätzlich sind katamnestiche Nachuntersuchungen nach einer Zeit von einen bis drei Jahren notwendig.

5.4 Instrumente zur Erfassung der Struktur und der Strukturveränderung

Einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschungsinstrumente zur Erfassung der Struktur und der Strukturveränderung nach psychodynamischen und psychoanalytischen Gesichtspunkten geben der von Rudolf, Grande und Henningsen (2002) herausgegebene Band „Die Struktur der Persönlichkeit“ sowie die Dissertation von Gamper (2006). Deshalb werden in vorliegender Arbeit nur die wichtigsten Instrumente in aller Kürze dargestellt. Im Artikel

von Grande, Schauenburg und Rudolf (2002) wird grundsätzlich kritisiert, dass fast alle objektiven und reliablen Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Veränderungen und psychischen Störungen eher symptomatische und verhaltensnahe Aspekte erfassen. Dem psychodynamischen Therapieprozess werden solche Instrumente nicht gerecht, zumal aus psychoanalytischer Sicht, die wesentlichen Veränderungen auf einer persönlichkeitsstrukturellen Ebene stattfinden. Der operationalisierten und reliablen Messbarkeit des Konstrukts Struktur und der Messung struktureller Veränderungen im Verlauf von Psychotherapien kommt heute für die psychoanalytische Therapieforschung wesentliche Bedeutung zu (Horowitz, 1994). Vor allem fehlen reliable und valide Messinstrumente zur Erfassung der strukturellen Veränderungen während der Therapie (Gamper, 2006).

Es gibt einige psychodynamische Ratingsysteme, die sich um die empirische Erfassung von Struktur bemühen. Zu nennen ist das „Scales of Psychological Capacities“, das von Wallerstein (1991) entwickelt wurde. Das Instrument ist in 17 Bereiche aufgliedert, die jeweils zwei oder drei Unterskalen aufweisen. Es geht hierbei um Fähigkeiten, die nach klinischer Theorie eng mit der strukturellen Verfasstheit von PatientInnen zusammenhängen, wie zum Beispiel Impulssteuerung oder Reziprozität. Dieses Instrument wurde mit der OPD im Sinne einer Übereinstimmungsvalidität verglichen (Grande et al., 2002). Das strukturelle Interview von Kernberg (2000b) unterscheidet zwischen neurotischem, Borderline- und psychotischem Strukturniveau (vgl. Kapitel 4.2). Auf der Grundlage einer spezifischen Form des psychoanalytischen Interviews werden die beobachtbaren Manifestationen von Identitätsintegration, Abwehrmechanismen und Realitätsprüfung erfasst, wie sie in der aktuellen Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn auftreten. Lohmer et al. (1992) entwickelten ein ähnlich differenziertes System zur Unterscheidung der strukturellen Niveauunterschiede und erweiterten das Verfahren von Kernberg. Ein weiteres Verfahren, das nach der Logik der strukturellen Niveauunterschiede von Kernberg funktioniert, ist das „Münchener Strukturniveau der Persönlichkeitsorganisation“ (Pouget-Schors, 2002). Das Instrument „Karolinska Psychodynamic Profile“ (KAPP) von Weinryb und Rössel (Weinryb, 1998) basiert ebenfalls auf dem strukturellen Interview nach Kernberg und wurde von Grütering und Schauenburg (2000) mit der OPD-Strukturachse empirisch validiert. Dieses Instrument hat 18 Skalen, um beispielsweise interpersonelle Beziehungen, Affektdifferenzierungen und das Verhältnis zum Körper zu messen. Das KAPP misst das Funktionsniveau während des Interviews und eignet sich nicht zur Verlaufsuntersuchung.

Bei den vorgestellten Instrumenten handelt es sich um Fremdbeurteilungsinstrumente. Im Rahmen der Selbstbeurteilungsinstrumente steht der „Inventory of Personality Organization“ (IPO) von Clarkin, Foelsch und Kernberg (vgl. Clarkin, Martius, Dammann, Smole & Buchheim, 1998) zur Verfügung. Auch dieses Instrument basiert auf den theoretischen Konzepten von Kernberg und erfasst die Persönlichkeitsorganisation mit sechs zentralen Skalen und zusätzlich neun Skalen, welche die jeweiligen Objektbeziehungstypen gewichten.

Von der Heidelberger Arbeitsgruppe unter der Leitung von Rudolf stammt ein Dokumentationssystem, das vorrangig Aspekte der therapeutischen Beziehung, der zentralen Konflikte und der strukturellen Störung erfasst. Neben anderen Instrumenten werden die OPD und die Heidelberger Umstrukturierungsskala zur Qualitätssicherung routinemässig in der Heidelberger Psychosomatischen Klinik eingesetzt (Rudolf, Lazig & Henningsen, 1997). Diese Instrumente basieren auf dem entwicklungspsychologischen Strukturmodell von Rudolf (2000). Grande et al. (1997) halten fest, dass der OPD-Befund mit den wichtigsten Achsen Beziehung, Konflikt und Struktur relativ basale und zeitstabile Merkmale abbildet, die psychoanalytisch gesamthaft als die Struktur eines oder einer PatientIn bezeichnet werden können. Die Veränderungsmessung gestaltet sich insofern schwierig, als „persönlichkeitsstrukturelle Gegebenheiten sich nicht im Sinne eines ‚Mehr oder Weniger‘ verändern, sondern eher in der Weise einer qualitativen Umgestaltung oder einer verbesserten Integration“ (S. 420). Die feineren Veränderungsschritte im Behandlungsprozess können im OPD nicht abgebildet werden. Rudolf et al. (2000) haben daraufhin in Anlehnung an die „Assimilation of Problematic Experience Scale“ von Stiles, Meshot, Anderson und Sloan (1992) ein Modell zur Erfassung von Veränderungen in Psychotherapien und -analysen entwickelt, das als Stufenskala, die Heidelberger Umstrukturierungsskala, zur Einschätzung von Entwicklungslinien innerhalb eines psychodynamischen therapeutischen Prozesses resultierte. Dieses Instrument wird in vorliegender Arbeit verwendet und im Methodenteil ausführlich beschrieben (vgl. 10.2.2).

Gamper (2006) entwickelte auf der Basis der Struktur-Checkliste zur Einschätzung der Strukturachse nach Rudolf et al. (1998) ein eigenes Erhebungsinstrument zur Erfassung der Persönlichkeitsstruktur und deren Veränderung. Dieses neue Messinstrument, das so genannte Strukturmerkmal-Erhebungsinstrument (SMEI), wurde in Gampers Dissertation hinsichtlich der Objektivität, der internen Konsistenz der Skalen und Subskalen sowie der Interraterreliabilität in einer multizentrischen Pilotstudie überprüft. Alle Items weisen auf gute Werte für die interne Konsistenz und Trennschärfe jedoch meist zu hohe Schwierigkeitsindizes hin. Das

SMEI sollte hinsichtlich der Validität, Sensitivität und klinischen Brauchbarkeit als Indikator für Veränderungen im Forschungsfeld überprüft werden.

6 Psychoanalytisch orientierte stationäre Therapie

Ziel von Kapitel 6 ist es, die spezifische Therapieform der stationären Psychotherapie zu beschreiben, um vor diesem Hintergrund die auf den Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid durchgeführten Therapien vorzustellen.

Die stationäre Psychotherapie ist in umfangreicher Literatur beschrieben worden (Janssen, 1987; König, 1995; Senf, 1988). Im deutschsprachigen Raum hat die stationäre Psychotherapie einen besonderen Stellenwert, zumal E. Simmel 1927 die erste psychoanalytische stationäre Psychotherapie in Berlin gründete (Senf, 1988). Stationäre Psychotherapie ist ein Behandlungskonzept, das in Deutschland innerhalb des Therapieangebots der psychosomatischen Kliniken stark verbreitet ist. In der Schweiz ist die stationäre Psychotherapie meistens in psychiatrische Kliniken integriert (Küchenhoff & Kern, 1998). Was die Angebote für stationäre psychotherapeutische Behandlungen in der gesamten Schweiz betrifft, so ergeben neuere Publikationen (Buddeberg, 2004; Kobler, 2005) folgendes Bild: An zehn psychiatrischen Kliniken in der Schweiz existieren Psychotherapiestationen mit circa 173 Betten und 26 Tagesklinikplätzen (zwei psychotherapeutische Tageskliniken). Die meisten Stationen befinden sich in der deutschsprachigen Schweiz. Davon haben vier Psychotherapiestationen und eine Tagesklinik ein tiefenpsychologisches Konzept, die restlichen Stationen sind kognitiv-verhaltenstherapeutisch oder systemisch orientiert. Zusätzlich gibt es in der ganzen Schweiz acht Spitäler mit speziellen stationären Abteilungen mit circa 200 Betten für Psychosomatische Medizin, wovon die meisten kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert sind. Buddeberg (2004) hält für die schweizerische Versorgungssituation zusammenfassend fest, dass im Gegensatz zur ambulanten Versorgung ein Mangel an Behandlungsmöglichkeiten im stationären Bereich besteht.

6.1 Merkmale der stationären Psychotherapie

Die stationäre Psychotherapie lässt sich als Behandlung eines erkrankten Menschen innerhalb einer Patientengruppe durch eine aus verschiedenen Berufsgruppen bestehende Therapeuten-gruppe innerhalb flexibler institutioneller Bedingungen, welche die äussere Realität darstellen, definieren (Janssen, 1987). W. Schneider (1999) hält fest, dass die Komplexität der stationären Psychotherapie gegenüber der ambulanten Einzelpsychotherapie vielschichtig ist. Die stationäre Psychotherapie ist ein bestimmtes Behandlungsverfahren, das einerseits durch

unterschiedlichste und hoch komplexe soziale Interaktionen charakterisiert ist. Ausserdem weist sie auch ökologische (z.B. bauliche) und geografische Aspekte auf. Die baulichen Gegebenheiten und die „Heimatferne“ haben grundsätzlich unterschiedliche Auswirkungen auf die PatientInnen und Folgen für den Behandlungsprozess.

Stationäre Psychotherapie ist von einer anderen institutionellen Psychotherapie, der teilstationären Psychotherapie, abzugrenzen. Die teilstationäre Institution wird von Kruse (1995) folgendermassen definiert: „Die tagesklinische Behandlung charakterisiert ein klinisches Behandlungsangebot, das nicht an das Krankenbett gebunden ist. Mit der Bezeichnung ‚teilstationär‘ wird gleichzeitig ausgedrückt, dass dem Kranken im Rahmen der tagesklinischen Behandlung dem vollstationären Krankenhausaufenthalt vergleichbare diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen“ (S. 714). Tageskliniken als psychotherapeutische Spezialeinrichtungen sind immer noch selten in der Schweiz. Ihre Zahl ist noch sehr viel kleiner als die der psychiatrischen Tageskliniken. Küchenhoff (1998) sieht im teilstationären Setting einige therapeutische und versorgungspolitische Vorteile. Die therapeutischen Vorteile sind: Entlastung von dem starken Binnendruck vollstationärer Psychotherapieeinrichtung, Verringerung der durch Regression entstehenden Risiken, ständiges Durcharbeiten von Trennungserfahrungen und bessere Verknüpfung der Psychotherapie mit sozialer Rehabilitation. Die versorgungspolitischen Faktoren sind im Bereich der Kostenvorteile und der Sozialverträglichkeit zu sehen. Die Nachteile sieht Küchenhoff in einer möglichen Überforderung der PatientInnen sowie in einer geringeren Flexibilität bei Kriseninterventionen.

Stationäre Psychotherapie orientiert sich an verschiedenen Grundkonzepten. Charakteristisch für das stationäre Behandlungsmodell ist, wie unter den jeweiligen Bedingungen das multipersonale Beziehungsangebot als therapeutischer Raum organisiert wird. Man kann drei verschiedene Grundkonzepte und Organisationsformen unterscheiden (Senf, 1988):

Quasiambulantes Therapiekonzept: Die psychoanalytische Psychotherapie wird wie im ambulanten Setting durchgeführt, isoliert von der Klinik. Daneben befinden sich die PatientInnen in der Klinik ohne therapeutische Gestaltung des stationären Zusammenlebens. Dieses Modell hat sich nicht durchsetzen können.

Bipolares Therapiekonzept: Bei diesem Modell ist die Unterscheidung zwischen analytisch-therapeutischem Raum und soziotherapeutischem Raum (z.B. in Form einer therapeutischen Gemeinschaft) entscheidend. Die therapeutische Haltung beider Bereiche ist grundsätzlich verschieden. Es besteht insofern eine Wechselwirkung zwischen den beiden Räumen, als der

analytische Therapeut einseitig Informationen aus beiden Räumen bekommt. Ausgangspunkt dieser funktionellen Trennung ist die Notwendigkeit, der klinischen Realität gerecht zu werden. Einerseits gibt es im Rahmen stationärer Psychotherapie regressive, das Überich entlastende Prozesse. Andererseits ist ein stabiler und geschützter Bereich vorhanden, der die Entfaltung dieser regressiven Prozesse erlaubt.

Integratives Therapiekonzept: Dieses Modell versucht den Dualismus im bipolaren Therapiekonzepts zu überwinden und hat sich heute durchgesetzt. Das Grundmerkmal dieser Form „enthält im Kern die Ansätze zu einem integrativen Modell, denn jede Berufsgruppe soll in die ‚Gemeinschaft‘ integriert werden“ (Janssen, 1987, S. 66). Das gesamte Leben auf der Station ist ein therapeutischer Raum, und gespaltene Übertragungsangebote seitens der PatientInnen werden durch ein multiples Übertragungsangebot im Rahmen eines eng kooperierenden Behandlungsteams aufgefangen (Senf, 1988). Janssen (1987) hat in einer Studie das bipolare Therapiekonzept mit dem integrativen verglichen. Beim integrativen Therapiekonzept konnten bessere Therapieresultate bezüglich Symptomen und Abwehnniveau, vor allem bei strukturell gestörten PatientInnen festgestellt werden. Der Vorteil des integrativen Therapiekonzepts liegt in der Tatsache, dass multidimensionale Übertragungsprozesse und Übertragungsspaltungen sowie agierte Reinszenierungen pathologischer Objektbeziehungsmuster sich entfalten können und für die gesamte Therapeutengruppe wahrnehmbar und bearbeitbar werden.

Bezüglich der *Indikation* zur stationären Therapie sind diverse empirische Arbeiten (Janssen, 1987; Rudolf, 2000; Rudolf & Grande, 2000; Senf, 1988) verfasst worden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Indikation insbesondere bei PatientInnen gegeben ist, bei denen die Herstellung eines Arbeitsbündnisses schwierig, eine besondere Beachtung der körperlichen Ebene notwendig ist (z.B. Essstörungen, psychische Komorbidität) oder das Arbeitsbündnis durch Selbstschädigungen immer wieder bedroht wird. Es geht um PatientInnen mit einer krisenhaften Zuspitzung einer lang anhaltenden Multimorbidität, die ambulant noch nicht oder nicht mehr behandelt werden kann. Rudolf und Grande (2000, S. 1171) stellen in ihrem Artikel eine Übersicht mit den wichtigsten Indikationen auf:

- Störungen mit einer psychischen Symptomatik, die eine gravierende Einschränkung der Alltagsbewältigung zur Folge haben
- Essstörungen
- Strukturelle Ich-Störungen, bei denen die Fähigkeit zur Selbststeuerung stark beeinträchtigt ist

- Persönlichkeitsstörungen mit einer ich-syntonen interpersonellen Problematik
- Somatisierungsstörungen, psychische und soziale Krisensituationen

Die wichtigsten *Ziele* der Psychotherapie sind, wie bereits in Kapitel 5.2. dargestellt, die Umstrukturierung und die Symptomminderung (Rudolf, 2000). G. Schneider (1995b) spezifiziert diese Therapieziele für das stationäre Setting. Gemäss Schneider geht es darum, die Basis für eine ambulante psychotherapeutische Behandlung herzustellen, was beinhaltet,

dass es bei diesen Patienten zentral um die Anregung und/oder die Erweiterung von Internalisierungs- und damit verbundenen Strukturbildungsprozessen geht, zum Beispiel basal um die Erfahrung des Verstandenwerdens und Verstehens, in der Therapie, die die Möglichkeit und den Sinn einer reflexiven Selbstzuwendung überhaupt erst einmal im Vorstellungshorizont auftauchen lassen kann und damit die Grundlage etwa für eine verbesserte Impulskontrolle in Frustrationssituationen legt. (S. 280)

Ähnlich basale Ziele formuliert Rudolf (2000) im Sinne einer Anregung zur Einsicht, Verantwortungübernahme und Entwicklung von Bewältigungsstrategien. Es soll ein Prozess der Selbstreflexion in Gang gesetzt werden, um die Motivation und Befähigung der PatientInnen für eine ambulante Psychotherapie zu entwickeln. Mit dieser Entwicklung sind aus psychoanalytischer Sicht folgende Aspekte verbunden (Rudolf & Grande, 2000):

- Der Abbau der interpersonellen Abwehrformen und ihre Ersetzung durch die Fähigkeit, Konflikte und Spannungen im eigenen Inneren erleben zu können,
- das Wagnis, Übertragungsbeziehungen im Raum der Station zuzulassen und die mit ihnen verbundenen Konflikte und Spannungen auszuhalten und kennen zu lernen,
- schliesslich auch die Einsicht in die Bedeutung und Funktion der zuvor als etwas ich-fremdes erlebten Symptome. (S. 1171)

Bezüglich des *Behandlungsangebots* gibt es in der stationären Therapie unterschiedliche Schwerpunkte, die sich stark am zugrunde liegenden therapeutischen Konzept orientieren. Grundsätzlich stellen psychoanalytisch orientierte stationäre Therapien für eine gewisse Zeit (circa sechs Wochen bis zu einem halben Jahr) einen geschützten Raum zu Verfügung, in dessen Rahmen multimodale Behandlungspakete angeboten werden, die für verschiedene Störungsformen modifiziert eingesetzt werden. Die Therapieplanung geschieht in Bezug auf bestimmte Behandlungsparameter, die im Folgenden aufgeführt werden:

- Interaktionell ausgerichtete Behandlungstechniken versus auf Einsicht und Durcharbeiten zielende Deutungen
- Anstoss regressiver Prozesse versus struktur- und haltgebende Massnahmen
- Einsatz symptom- bzw. verhaltensorientierter Techniken

- Ausmass der Betonung nonverbaler Therapieverfahren (Bewegungs-, Gestaltungs-, Musiktherapie)
- Familientherapeutische Massnahmen
- Sozialtherapeutische Massnahmen (Rudolf & Grande, 2000).

Zentral für die Therapieplanung ist die therapeutische Zielsetzung. Wird beispielsweise die Zielsetzung bei einem oder einer PatientIn in der Strukturbildung gesehen, dann wird der therapeutische Akzent auf psychotherapeutisch interaktionelle und nonverbale Verfahren gelegt, welche die Strukturbildung fördern. Beim Ziel der Konfliktbearbeitung hingegen stehen vermehrt verbale Verfahren im Vordergrund. Auf das spezifische Behandlungsangebot der drei Psychotherapiestationen in der Psychiatrischen Klinik Littenheid wird im nächsten Kapitel eingegangen. Zum multimodalen Behandlungsangebot von psychoanalytisch orientierten stationären Therapien bemerkt Söllner (2005) kritisch, dass gerade in der stationären Psychotherapie darauf geachtet werden muss, dass multimodale Behandlungspakete nicht zu einem polypragmatischen Sammelsurium verschiedener Methoden zusammengeschlossen werden, sondern in einer Behandlungseinheit eine einzige theoretische Fundierung handlungsleitend bleibt.

6.2 Konzepte der Behandlung strukturell gestörter PatientInnen

Die psychodynamische Therapie umfasst verschiedene theoretische Konzepte und unterschiedliche Anwendungsformen psychoanalytisch fundierter Verfahren, die im Rahmen der spezifischen Behandlung strukturell gestörter PatientInnen angewendet werden und somit in der psychoanalytischen stationären Psychotherapie eine wichtige Rolle spielen. Diese Konzepte werden in einem neueren Werk von Küchenhoff (2005) zum Thema psychodynamischer Kurz- und Fokalthérapien sehr anschaulich dargestellt, sodass im Rahmen vorliegender Arbeit diese therapeutischen Ansätze nur in aller Kürze erwähnt werden:

Psychoanalytisch orientierte Behandlung von Ich-Störungen nach Blanck und Blanck (1994): Therapeutisches Ziel ist die Entwicklungsförderung im Sinne der Abwehrstärkung und Versprachlichung der Erfahrungen. Der Therapeut übt eine holding function aus und ist nicht deutend, sondern erklärend.

Psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Heigl-Evers und Nitzschke (1994): Im Mittelpunkt steht eine Modifikation der Behandlungstechnik, die das psychoanalytische Prinzip Deutung durch das Prinzip Antwort ersetzt. Hierbei geht es um eine selektiv authentische Mitteilung von Gegenübertragungsreaktionen, um die Interaktionsangebote der PatientInnen ver-

stehbar zu machen. Auf diese Weise soll den PatientInnen die Differenz zwischen den verinnerlichten pathologischen Objekten und den realen Objekten deutlich werden.

Übertragungsfokussierte Psychotherapie nach Kernberg: Die aus der expressiven Therapie von Kernberg abgeleitete transference focused psychotherapy (TFP) (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2001) zielt darauf ab, die Spaltungen in den Selbst- und Objektvorstellungen bei der Borderline-Persönlichkeitsorganisation durch integrierte Selbst- und Fremdbilder zu ersetzen. Zentral ist die Arbeit an der Übertragung und am Arbeitsbündnis. TFP wird vorwiegend im ambulanten Setting angewendet.

Strukturbezogene Psychotherapie von Rudolf (2004): Strukturelle Einschränkungen werden als frühkindliche Entwicklungsdefizite gesehen und von der Konfliktdynamik abgegrenzt. Gegenstand der therapeutischen Arbeit sind die dysfunktionalen Interaktionsmuster, die Hinweise auf strukturelle Unfähigkeiten geben. Diese werden nicht als Übertragung gewertet und gedeutet, sondern stattdessen ausgearbeitet, um die PatientInnen damit zu konfrontieren. Die PatientInnen sollen zu Einsicht, Verantwortungsübernahme und Entwicklung von Bewältigungsstrategien angeregt werden. Es erfolgt die Formulierung strukturbezogener therapeutischer Ziele, die sich an den OPD-Dimensionen orientiert.

Psychodynamische, adaptive konflikt- und strukturbezogene Kurz- und Fokaltherapie (PAKT) von Küchenhoff (2005): Ausgehend von den besonderen Merkmalen einer psychodynamischen Kurz- und Fokaltherapie, stellen der Umgang mit der begrenzten Zeit und die Formulierung eines psychodynamischen Fokus auf der Grundlage der OPD-Dimensionen zentrale Kernelemente der therapeutischen Arbeit dar. Das PAKT kann entsprechend adaptiert und in der Beratung, der störungsspezifischen und der Intervalltherapie eingesetzt werden. Vor allem bei der Behandlung von strukturell gestörten PatientInnen wird im PAKT auf therapeutische Verfahren der strukturbezogenen Psychotherapie von Rudolf (2004) Bezug genommen.

Gemeinsam ist den angeführten Ansätzen, dass sie die psychoanalytische Methode deutlich modifizieren und versuchen eine systematische Behandlungstheorie der strukturell gestörten PatientInnen aufzubauen sowie spezifische Behandlungsvorschläge zu bieten.

6.3 Wirkung und Wirkungsweise der psychoanalytisch orientierten stationären Therapie

Der Stellenwert der Psychotherapieforschung und die Frage nach wissenschaftlich abgesicherten Befunden hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Im Folgenden wird nur auf psychoanalytisch orientierte Studien eingegangen. Die Psychoanalyse besitzt eine reichhaltige

Forschungstradition. Vor allem in den letzten Jahren sind empirische Studien, welche die Wirksamkeit von Psychoanalysen und psychoanalytischer Therapie im ambulanten Setting belegen, durchgeführt worden (Grande et al., 1997; Leuzinger-Bohleber, Rüger, Stuhr & Beutel, 2002; Sandell, 1997; Mattanza et al., 2003). Im teilstationären Bereich lassen sich deutlich weniger empirische Arbeiten finden. Eine neuere Studie hierzu stammt von Agarwalla und Küchenhoff (2004).

Zur Wirksamkeit von stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapien finden sich zahlreiche Publikationen. Söllner (2005) fasst den aktuellen Forschungsstand zur stationären Psychotherapie zusammen und bemängelt, dass es im Vergleich zur Erforschung der ambulanten Therapien nach wie vor bedeutend weniger Forschungsliteratur zur Prozess- und Ergebnisqualität stationärer Psychotherapie gibt. Zusammenfassend kann jedoch gesagt werden, dass die Ergebnisse der vorhandenen Studien darauf hinweisen, dass stationäre Psychotherapie ein sehr effektives Therapieverfahren ist, das gerade bei schweren, chronifizierten Störungen seine Wirkung entfaltet. Im Folgenden werden zwei neuere Studien aus der Ergebnisforschung im Rahmen psychoanalytisch orientierter stationärer Therapie, die Symptomveränderungen belegen, kurz vorgestellt:

In der prospektiven Studie von Rudolf, Jakobsen, Micka und Schumann (2004) werden mehrere Jahrgänge von PatientInnen ($N = 465$), die stationär behandelt wurden, störungsspezifisch auf ihre Behandlungsergebnisse und deren katamnestiche Stabilität hin untersucht. Für die Auswertung wurden zwei Hauptdiagnosegruppen, Persönlichkeitsstörungen und symptombezogene Störungen nach ICD-10 betrachtet. Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die Effektstärken für Symptombesserungen, gemessen mit dem Selbstbeurteilungsfragebogen PSKB-Se-R hoch sind, am niedrigsten bei somatoformen Störungen ($d = .71$) und am höchsten bei den affektiven Störungen ($d = 1.21$). Auch bei den schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen waren nicht zu erwartende gute Behandlungsergebnisse vorhanden ($d = .98$). Bezüglich der katamnestiche Untersuchungen weisen die diagnostischen Gruppen eine unterschiedliche Stabilität auf. Die Gesamtquote der Therapieabbrüche liegt bei 16%. Rudolf et al. (2004) bemerken, dass vor allem PatientInnen mit der Diagnose einer somatoformen Störung und einer Essstörung die Therapie abbrechen. Behandlungsabbrüche sind ein Problem in der stationären Psychotherapie, das noch wenig erforscht ist. Donaubauer, Wosgin, Roisin, Linster und Wilmers (2001) halten in ihrer Untersuchung fest, dass sich eine besonders hohe Abbruchwahrscheinlichkeit bei PatientInnen mit einer niedrigen Therapiemotivation und einer hohen medizinischen Behandlungserwartung zeigt.

Weitere Faktoren sind vermeidender Bindungsstil und das Vorliegen einer somatoformen Erkrankung als Diagnose.

Eine weitere Outcome-Studie ist die Untersuchung von Franz et al. (2000). Im Rahmen einer multizentrischen, retrospektiven Studie wurde eine Patientenstichprobe von $N = 495$ untersucht. Allgemein lässt sich aussagen, dass sich bei PatientInnen mit verschiedenen Störungsbildern Verbesserungen zeigen. 55% der PatientInnen schilderten ihren Zustand als deutlich verbessert, 22% als unverändert und 6% als verschlechtert (Beeinträchtigungsschwere Score, BSS). Die Effektstärke von $d = .84$ des Gesamt-Schwere-Index (GSI) der Symptomcheckliste (SCL-90-R) belegt eine gute Wirksamkeit der Therapie. Bezogen auf die einzelnen SCL-90-R-Skalen findet sich die höchste Effektstärke für Depressivität ($d = .90$), gefolgt von Angst ($d = .73$), Zwanghaftigkeit ($d = .73$) und Unsicherheit ($d = .61$). Relativ niedrige Werte werden für phobische Angst ($d = .45$), Somatisierung ($d = .49$) und paranoides Denken ($d = .49$) angegeben.

Neben Ergebnisstudien gibt es zahlreiche Studien, die sich mit der Untersuchung psychodynamischer therapeutischer Prozesse im Rahmen spezifischer Behandlungsmethoden in der stationären Psychotherapie beschäftigen (Geyer & Reihls, 2000; Hoffman et al., 2000). Zu erwähnen sind zudem die Studien zur stationären Prozessqualität mit qualitativen Forschungsmethoden von Ruff und Leikert (1999) sowie Buchholz und von Kleist (1997).

Während der Sichtung der Forschungsliteratur fällt auf, dass sich aus psychoanalytischer Sicht zunehmend empirische Überprüfungen stationärer Psychotherapie finden, wobei sowohl spezifische Methoden wie zum Beispiel die Gruppenpsychotherapie (vgl. Tschuschke, 1990) als auch die Behandlungen spezifischer Patientengruppen, vor allem Essstörungen (Kächele, 1999) oder die Effekte stationärer Psychotherapie auf spezielle Problemkonstellationen untersucht worden sind.

Im Hinblick auf die Fragestellung vorliegender Studie werden im Folgenden Untersuchungen vorgestellt, welche die OPD einsetzen. Die Studie von Grande et al. (2001) ist von besonderem Interesse wegen der Vergleichbarkeit mit der vorliegenden Studie. Grande et al. konnten zeigen, dass eine zwölfwöchige stationäre Psychotherapie bei den PatientInnen ($N = 40$) therapiebedingte Fortschritte bewirkte, gemessen mit OPD und der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Das Messinstrument basiert auf einer Skala von sieben Stufen (vgl. Kapitel 5.4). Die Autoren schlagen vor, Umstrukturierungen im psychotherapeutischen Prozess als Veränderungen im Umgang von PatientInnen mit den für ihre psychische Problematik rele-

vanten Fokusthemen zu erfassen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass die PatientInnen durchschnittlich auf Stufe 2 „Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus“ in die Behandlung eintreten (mittlerer Wert: 2.22) und zwischen den Stufen 3 „Vage Fokuswahrnehmung“ und Stufe 4 „Anerkennung und Erkundung des Fokus“ abschliessen (mittlerer Wert: 3.34). Das Erreichen der Stufe 4 kann als wesentliches Ziel der stationären Psychotherapie angesehen werden. 43% der PatientInnen erreichten bis zum Ende der Behandlung mindestens Stufe 4 als Umstrukturierungswert. Die Autoren stellten fest, dass diese Umstrukturierungswerte hoch mit dem globalen Therapieerfolg aus Expertensicht korrelierten, was Hinweise auf die Validität des Instruments gibt. Hingegen korrelierten die Umstrukturierungswerte sehr gering mit psychopathologischer Symptomveränderung (Depressivität) während der Therapie. In der Untersuchung wurde zusätzlich eine Prädiktoruntersuchung durchgeführt. Folgende strukturellen Merkmale korrelierten signifikant mit dem Mass der Umstrukturierung bei Therapieende: Affektdifferenzierung ($r = .51$), Objektbezogene Affekte ($r = .46$) und Mitteilen von Affekten ($r = .38$) (Rudolf, 2002b). Es konnten zudem hohe positive Zusammenhänge zwischen dem Umstrukturierungswert zu Beginn der Therapie und prognostisch günstigen Merkmalen wie Einsichtsfähigkeit, Therapiemotivation und emotionale Ansprechbarkeit gemessen werden. Im Rahmen einer Katamnesestudie zu den gleichen stationär behandelten PatientInnen konnte aufgezeigt werden, dass der Umstrukturierungswert bei Therapieende mit progressiven Veränderungsschritten in der Auseinandersetzung mit Lebensanforderungen nach der Entlassung aus der Klinik signifikant korrelierte (Grande, Rudolf, Oberbracht & Jakobsen, 2003).

Die empirische Untersuchung des Konzepts der Umstrukturierung wurde auch im ambulanten Setting durchgeführt. Zu erwähnen ist hierbei die „Praxisstudie Analytische Langzeittherapie“ (PAL-Studie) unter der Leitung von Prof. Rudolf (Grande et al., 1997; Rudolf et al., 2001; Rudolf, 2006). Von Mattanza et al. (2003) ist eine an diese PAL-Studie angelehnte Untersuchung. Sie untersucht den Effekt Jung'scher Psychotherapien in der Schweiz und stellt positive Wirkungen fest. Diese Studien sind in Bezug auf vorliegende Arbeit interessant, weil die AutorInnen die Umstrukturierung mittels der Heidelberger Umstrukturierungsskala untersuchen. In der Schweizer Studie von Mattanza et al. (2003) wird ein Anstieg der mittleren Umstrukturierungswerte für alle Probanden und alle ausgewählten Foki von 2.7 Punkten ermittelt. Es konnte festgestellt werden, dass nachhaltige Veränderungen in der Umstrukturierung von PatientInnen nur mit lang dauernden Therapien zu erreichen waren. Aufgrund der Umstrukturierungswerte bildeten die AutorInnen deskriptive Verlaufstypen. Die Probanden wurden in drei Gruppen eingeteilt aufgrund eines geringen, mittleren und hohen Umstruk-

turierungswertes. Die Gruppen unterschieden sich bezüglich Bildungsgrad, Geschlecht, der Diagnose Persönlichkeitsstörung und Therapiedauer (Jakobsen & Mattanza, 2006). Auch in der PAL-Studie von Rudolf (2006) zeigte sich, dass die strukturellen Einschränkungen in den kürzeren und niederfrequenten Psychotherapien deutlich weniger therapeutisch verändert werden können als in den frequenteren Psychoanalysen. Zudem wurde ein besseres Behandlungsergebnis bei höherem strukturellen Ausgangsniveau zu Beginn der Therapie festgestellt. Es zeigte sich, dass in den Bereichen der Objektwahrnehmung und der Bindung die höchste Rate der nicht gebesserten Strukturfoki vorlag. Dagegen war die Quote der gebesserten Fokusthemen am höchsten bei den strukturellen Themen aus dem Bereich der Selbststeuerung und der Kommunikation (Rudolf, 2004).

Das Konzept der Umstrukturierung wird in stationären Verlaufsuntersuchungen kaum untersucht. Hingegen wurde die prognostische Bedeutung der OPD-Strukturachse und der Konfliktachse für den Behandlungserfolg und die symptomatische Veränderung in einigen neueren prospektiven Studien untersucht.

Rudolf et al. (1996) untersuchen unter anderem die Frage, in welchem Ausmass sich aufgrund des initialen OPD-Befundes die Behandlungsergebnisse einer zwölfwöchigen stationären Therapie bei N = 40 PatientInnen vorhersagen lassen. Behandlungsergebnisse sind die Prä-Post-Differenzwerte für verschiedene Messinstrumente (z.B. Globaleinschätzungen der Therapeuten zu den strukturellen Veränderungen, PSKB-Se-R, BSS). Hierbei kann festgehalten werden, dass die Voraussetzungen besserer struktureller Fähigkeiten das Behandlungsergebnis günstig beeinflussen. Strukturelle Merkmale wie die Fähigkeit zur Bindung erhöhten die Chancen einer Behandlung besonders. Zudem fanden die Autoren schlechtere Prognosen für PatientInnen mit den Konflikttypen Abhängigkeit-Autonomie sowie Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung, während reifere Konflikte wie Unterwerfung-Kontrolle und ödipal-sexuelle Konflikte einen günstigeren Einfluss auf das Behandlungsergebnis hatten.

Strauss, Hüttmann und Schulz (1997) konstatierten, dass der Behandlungserfolg nicht signifikant mit Beziehungsmustern und Konflikttypen im Zusammenhang steht. Nur der Konflikttyp Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung“ konnte häufiger bei den PatientInnen festgestellt werden, die schlechtere Behandlungsergebnisse erzielten. Die Gesamteinschätzung der Struktur und die strukturellen Merkmale Abwehr, Objektwahrnehmung und Bindung stehen hingegen in einem engen Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg.

In Übereinstimmung mit den vorgestellten Resultaten konnte in der Studie von Mestel et al. (2004) festgestellt werden, dass gering integrierte PatientInnen über deutlich mehr Symptome klagten, gemessen mit SCL-90-R. Die Autoren betonten, dass die Strukturachse somit als Schweregradmarker für den Therapieerfolg angesehen werden kann. Gemessen an den Prä-Post-Veränderungen des GSI des SCL-90-R profitierten sowohl gering und mässig strukturierte PatientInnen entsprechend ihres Ausgangsniveaus von der Therapie.

Der Zusammenhang zwischen Struktur und Symptomatik wird in der Forschungsliteratur kontrovers diskutiert und die Ergebnisse sind uneinheitlich. Die folgende Studien konnten kaum die prognostische Bedeutung der Strukturachse in Bezug auf Behandlungserfolg oder Symptomverbesserung aufzeigen.

Die Untersuchung von Thomasius et al. (2001) fand bei jungen erwachsenen Drogenabhängigen, die ambulant behandelt wurden, zwar ein theoretisch erwartet häufigeres Vorkommen des Konflikttypus Abhängigkeit-Autonomie und des Typus Selbstwertkonflikts. Für die prognostische Bedeutung der Konflikttypen und der strukturellen Merkmale gab es jedoch in dieser Studie wenig Anhaltspunkte.

Eine neuere Vergleichsstudie, die sich mit psychoanalytisch orientierten teilstationären und stationären Behandlungssettings und Behandlungsergebnissen auseinandersetzt, ist von Agarwalla und Küchenhoff (2004) durchgeführt worden. Die therapeutischen Ergebnisse der Tagesklinik waren mindestens gleich gut wie die einer stationären Behandlung. Die AutorInnen untersuchten zudem, ob die Symptomverbesserungen, gemessen mit SCL-90-R und PSKB-Se-R, auf Aspekte der Persönlichkeitsstruktur, gemessen mit OPD, zurückführbar sind. Dabei konnte festgestellt werden, dass PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung und einem geringen oder mässigen Strukturniveau weniger Symptomverbesserungen, gemessen mit SCL-90-R, erzielten als PatientInnen mit gleichem Strukturniveau, aber ohne zusätzliche Persönlichkeitsstörung nach ICD-10. Insgesamt standen die Symptomveränderungen nur in schwacher Verbindung mit der Persönlichkeitsstruktur.

In der Studie von Spitzer, Michels-Lucht, Siebel und Freyberger (2004) wurde das Strukturniveau von 102 stationär psychiatrisch behandelten PatientInnen zum Behandlungserfolg in Beziehung gesetzt, gemessen mit folgenden Instrumenten: SCL-90-R, Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP-D) und Therapiebeurteilung aus der Sicht der PatientInnen. Tendenziell war ein besseres Integrationsniveau mit dem Umfang der Symptomremission assoziiert. 70% der gut integrierten PatientInnen, 60% der mässig integrierten und nur 25%

der gering integrierten verbesserten sich bezüglich der psychopathologischen Beschwerden. Während keine der OPD-Strukturdimensionen mit einer Reduktion der Psychopathologie und der Verbesserung interpersonalen Probleme korrelierte, waren aus der Sicht der PatientInnen die Merkmale der Gesamtstruktur, der Abwehr und der Objektwahrnehmung wichtige Voraussetzungen für einen Behandlungserfolg.

6.4 OPD-ähnliche Messverfahren

Insgesamt finden sich wenige Studien, die stationäre Therapieverläufe auf OPD-Basis untersuchen, da sich dieses diagnostische Instrument als nicht änderungssensitiv erweisen hat. In Verlaufsuntersuchungen konnten jedoch mit anderen psychoanalytisch orientierten Instrumenten, welche Einschätzungen zur Persönlichkeitsstruktur erlauben, Veränderungen nach der stationären Therapie bei den einzelnen Persönlichkeitsstrukturmerkmalen festgestellt werden. So ermittelte Rudolf (2002b) mit dem Messinstrument Ich-Selbst-Objektbeziehungen (ISO), das als Vorläuferinstrument der OPD-Strukturachse gilt, Veränderungen bei folgenden strukturellen Themen nach der Therapie: Affektdifferenzierung, Impulssteuerung, Affekttoleranz, Selbstwertregulierung, objektbezogene Affekte, Mitteilen von Affekten und Verstehen fremder Affekte

Seidler (1999) untersuchte in seiner Verlaufsuntersuchung der Gruppentherapie die Veränderung der Selbstreflexivität bei stationären PatientInnen mit dem Fremdbeurteilungsinstrument Klinisches-Reflexivitäts-Rating (KRR). Das Konstrukt Selbstreflexivität steht der Struktur, wie sie vom OPD-Arbeitskreis definiert wird, konzeptuell nahe und ist mit der OPD-Dimension Selbstwahrnehmung vergleichbar. Seidler stellt fest, dass die Zunahme an Selbstreflexivität nicht mit einer Symptomverbesserung im psychischen Bereich korreliert, wohl aber mit einer Besserung im körperlichen Erleben und im Sozialverhalten. Hier wird angenommen, dass es bei PatientInnen mit gering integriertem Strukturniveau während der Behandlung zu einer Ausdifferenzierung des psychischen Binnenraumes kommt, sodass das Erleben innerpsychischer Konflikte zunehmend möglich wird. Zudem wurde das Messinstrument ISO eingesetzt, mit dem die therapeutische Einschätzung der strukturellen Merkmale gemessen wurde, und dieses mit dem Instrument KRR, das Selbstreflexivität misst, verglichen. Es zeigt sich, dass die genannten Aspekte der Umstrukturierung – Selbstreflexivität nach KRR und strukturelle Merkmale nach ISO – aus unterschiedlicher Perspektive (Forscher und TherapeutInnen) in gleicher Weise registriert werden.

In einer kürzlich publizierten Studie von Faber, Micka und Seidler (2005) gingen die Autoren der Frage nach, ob eine mögliche Veränderung der Fähigkeit, Schuldgefühle zu empfinden,

mit dem strukturellen Ausgangsniveau der PatientInnen, mit der Veränderung der Struktur-
niveaus und der Veränderung der Symptomatik im Verlauf stationärer Therapie zusammen-
hängt. Mit dem Messinstrument ISO wurde die strukturelle Veränderung gemessen. Mit
Selbsteinschätzungsinstrumenten (SCL-90-R, BSS, Test-of-Self-Conscious-Affect) wurden
der Symptomverlauf und die Veränderung der Schuldgefühle gemessen. Ein Rückgang der
Symptomatik war bei strukturell höher integrierten PatientInnen deutlicher als bei Patien-
tInnen mit einem niedrigerem Strukturniveau. Eine signifikante Veränderung der Fähigkeit,
Schuldgefühle zu empfinden, ergab sich nicht. Zusammenhänge zwischen Veränderungen in
der Symptomatik und dem Erleben selbstreflexiver Affekte zeigten sich bei den PatientInnen
mit einem niedrigerem Strukturniveau.

Das Narzissmus-Inventar wurde in der stationären Psychotherapieforschung eingesetzt. Bei
der Kieler Gruppentherapiestudie handelt es sich um eine Längsschnittstudie zu den Effekten
mehrmonatiger stationären Gruppentherapie (Strauss & Burgmeier-Lohse, 1994). Eine
positive Gesamtbeurteilung auf der Grundlage des Narzissmus-Inventars erreichten 55% der
PatientInnen. Zusätzlich wurde die Tauglichkeit unterschiedlicher psychodiagnostischer In-
strumente, unter ihnen das Narzissmus-Inventar, zur Erfassung von Psychotherapieeffekten
untersucht. Hierbei wurde die erste Dimension Das bedrohte Selbst des Narzissmus-Inventars
als änderungssensitiv eingestuft. Die restlichen drei Dimensionen waren bezüglich der Ände-
rungssensitivität nicht eindeutig zu bewerten. Eine ähnliche Argumentation vertrat Seidler
(1999), der in seiner Verlaufsuntersuchung ausschliesslich die erste Dimension des Narziss-
mus-Inventars einsetzte.

In einer neueren Studie von Leichsenring, Vogel und Sachsse (2004) über die Therapieeffekte
einer zwei- bis viermonatigen traumazentrierten stationären Psychotherapie für Patientinnen
mit einem komplexen Posttraumatischen Belastungssyndrom wurde unter anderem das
Borderline-Persönlichkeits-Inventar eingesetzt. Zu Therapieende erfüllten signifikant weniger
Patientinnen den Cut-Off-Wert des Borderline-Persönlichkeits-Inventars als am Anfang. Sie
mussten zudem signifikant weniger primitive Abwehrmechanismen einsetzen.

Es wurde auf den vorgangegangenen Seiten der aktuelle Stand Forschungsstand im Rahmen der
OPD aufgezeigt. Dabei wurde deutlich, dass die Umstrukturierung als Konzept bislang kaum
erforscht ist und die Persönlichkeitsstruktur vor allem im Hinblick auf ihre prognostische Be-
deutung für das Behandlungsergebnis untersucht wurde. Es wurden Studien aufgeführt, die
zwar nicht mit OPD als diagnostischem Forschungsinstrument, sondern mit OPD-verwandten

oder Vorläuferinstrumenten erhoben wurden. Sie liefern interessante Ergebnisse und wichtige Ergänzungen bezüglich der Umstrukturierung während der stationären Therapie.

6.5 Zusammenfassung und Implikationen für vorliegende Studie

Mit den vorangehenden Kapiteln sind die theoretischen Grundlagen für die vorliegende Studie gesetzt. In Kapitel 5 erfolgte eine Auseinandersetzung mit dem Thema strukturelle Veränderung. Es wurden zuerst die unterschiedlichen Auffassungen von der Veränderbarkeit der psychischen Struktur im Rahmen des organischen Modells, des Triebmodells, des Konfliktmodells und des Repräsentanzenmodells beschrieben (Harsch, 1980). Anschliessend wurde auf das Konzept der Umstrukturierung im Rahmen der psychodynamisch orientierten Behandlung eingegangen. Neben der Symptomreduzierung stellt die Umstrukturierung das wichtigste therapeutische Ziel dar. Dabei wurde im Speziellen das psychodynamische Therapiemodell von Rudolf dargestellt, in dessen Rahmen die Prozesse der Umstrukturierung beschrieben wurden. Dieses Prozessmodell der therapeutischen Umstrukturierung ist auf der Basis der theoretisch fundierten Grundannahmen über die Persönlichkeitsstruktur und über strukturelle Störungen entwickelt worden, die in Kapitel 2 und 3 dargestellt wurden. Mit dem Fremdbeurteilungsinstrument Heidelberger Umstrukturierungsskala ist das Prozessmodell der therapeutischen Umstrukturierung operationalisiert. Dieses wird im Methoden-Kapitel 10.2.2 ausführlich beschrieben.

Anschliessend wurde ausführlich über das Setting, die Organisationsform und das Behandlungsangebot der psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie berichtet. Das Ziel der stationären Psychotherapie ist es, im Rahmen der Umstrukturierung gewisse Prozesse psychischer Strukturbildung anzustossen und affektive Differenzierung zu fördern. Zentrales Ziel ist es auch, dass die PatientInnen lernen, ihre Problematik in die eigene Verantwortung zu übernehmen und beginnen, Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Es wurde ein Überblick über neuere Verlaufsuntersuchungen innerhalb der psychoanalytisch orientierten stationären Psychotherapieforschung gegeben. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich zunehmend empirische Überprüfungen stationärer Psychotherapie aus psychoanalytischer Sicht finden, wobei sowohl spezifische Methoden, die Behandlungen spezifischer PatientInnengruppen oder die Effekte stationärer Psychotherapie auf spezielle Problemkonstellationen untersucht worden sind. Insgesamt ist unbestritten, dass durch stationäre Psychotherapie Veränderungen angestossen werden.

Kritisch ist anzumerken, dass die vielfältigen methodischen Vorgehensweisen mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien erschweren. Nur ein kleiner Teil der Verlaufsuntersuchungen stützt sich auf eine prospektive Vorgehensweise mit Prä-Post-Messungen; ein grosser Teil erhebt Daten retrospektiv. Zudem liegen vor allem unterschiedliche Erfolgskriterien vor, wie zum Beispiel psychophysiologische Outcome-Kriterien, abschliessende Einschätzungen der PatientInnen oder Arbeitsfähigkeit, welche die Vergleichbarkeit der Studien zusätzlich erschweren. Das Erfolgskriterium der Umstrukturierung wurde insgesamt selten aufgegriffen (Rudolf et al., 2004).

Im Folgenden werden nun die Kernaussagen und die wichtigsten Ergebnisse der bisherigen empirischen OPD-Verlaufsuntersuchungen nochmals rekapituliert und im Hinblick auf die Fragestellungen und Hypothesen der vorliegenden Studie präzisiert. Das Ziel der Studie ist es ja, die Umstrukturierung und ihre Relation zu symptombezogenen Behandlungsergebnissen zu eruieren. Zudem wird die Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse untersucht.

6.5.1 Persönlichkeitsstruktur und Umstrukturierung

In einigen wenigen prospektiven Studien wurde ausgehend von der Hypothese, dass die Persönlichkeitsstruktur grossen Einfluss auf das Behandlungsergebnis nimmt, die prognostische Bedeutung der OPD-Strukturachse und der Konfliktachse untersucht. Rudolf et al. (1996) und Strauss et al. (1997) stellen fest, dass PatientInnen mit einer geringer integrierten Struktur und bestimmten Konflikttypen (Abhängigkeit-Autonomie und Selbstwert) schlechtere Therapieerfolge aufwiesen als diejenigen mit einem höheren Integrationsniveau. Mestel et al. (2004) bestätigen weitgehend diese Ergebnisse in einer neueren Studie. Thomasius et al. (2001) und Spitzer et al. (2004) sowie Agarwalla und Küchenhoff (2004) hingegen konnten keinen oder nur einen sehr schwachen Zusammenhang zwischen Strukturniveau, Konflikttypen und Behandlungsergebnis feststellen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Zusammenhang zwischen Struktur, Konflikt und Behandlungserfolg im Sinne der Verbesserung der psychopathologischen Beschwerden in der Forschungsliteratur widersprüchlich und uneinheitlich dargestellt wird. Die widersprüchlichen Ergebnisse beruhen vielleicht auf den relativ kleinen Fallzahlen oder auf den selektierten Patientenstichproben.

Aus theoretischer psychoanalytischer Sicht ist die Frage nach der prognostischen Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur auf die Veränderung der Behandlungsergebnisse zentral. Allerdings ist nicht zu vernachlässigen, dass die Persönlichkeitsstruktur selbst ein – wenn auch

langsames – Veränderungspotenzial besitzt (Rudolf, 2000). Die wesentlichen Veränderungen im Rahmen einer psychoanalytischen und psychodynamischen Therapie finden auf einer persönlichkeitsstrukturellen Ebene statt, „das heisst im Zuge der Wiederverflüssigung lebensgeschichtlich gewachsener pathologischer Strukturen und der Neuorganisation bzw. -integration der in ihnen eingefassten innerpsychischen Konflikte und Vulnerabilitäten“ (Grande et al., 1997, S. 416). Im Mittelpunkt dieser Argumentation steht die Frage nach der Intensität der Umstrukturierung der Persönlichkeit als therapeutisches Ergebniskriterium. Diese Frage wurde jedoch bislang kaum erforscht, möglicherweise aus Ermangelung reliabler und valider Instrumente zur Abbildung der persönlichkeitsstrukturellen Veränderungen. Dieses Defizit an Instrumenten wurde aber inzwischen ausgeglichen. Die Möglichkeit zur differenzierten Einschätzung der Umstrukturierung als therapeutisches Besserungsmass wurde mit dem Fremdbeurteilungsinstrument Heidelberger Umstrukturierungsskala geschaffen.

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala wurde im Rahmen der Verlaufsuntersuchung von Grande et al. (2001) validiert. Neben der Validierung des Instruments konnte in dieser Studie ein zentrales Ergebnis festgestellt werden: Im Rahmen einer zwölfwöchigen Therapie werden bei den PatientInnen Umstrukturierungsprozesse angestoßen. Anders als im ambulanten Setting, in dessen Rahmen Integrationsprozesse bei langjähriger Therapie stattfinden (Mattanza et al., 2003) sind die Umstrukturierungen im stationären Rahmen auf einer basaleren Stufe angesetzt.

Aufgrund der gemachten Ausführungen kann gesagt werden, dass weiterhin erheblicher Forschungsbedarf angesichts des unzureichend geklärten Verhältnisses zwischen Therapieerfolg und strukturelle Veränderung im Rahmen stationärer Therapie besteht (Spitzer et al., 2004). Es gibt zudem kaum Verlaufsstudien, die die Persönlichkeitsstruktur als spezifisches Besserungsmass der psychodynamisch stationären Therapie berücksichtigen.

6.5.2 Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse

Neben der Untersuchung der Umstrukturierung und ihres Zusammenhangs mit der symptomatischen Verbesserung wird in vorliegender Studie die OPD-Strukturachse bezüglich ihrer Änderungssensitivität überprüft. Das OPD ist ein diagnostisches Instrument, das zeitstabile Merkmale abbildet. Die Strukturachse der OPD erweist sich nicht als änderungssensitiv bezüglich der Messung von Veränderungen während der stationären Therapie (Grande et al., 2000). Thomasius et al. (2001) halten fest, dass aufgrund der groben Skalierung der Integrationsniveaus (gut, mässig, gering, desintegriert) bei der Strukturachse eine Verbesserung im Verlauf nicht abbildbar ist. In den aktuellen offiziellen OPD-Erhebungsbögen ist nun bei der

Strukturachse die Möglichkeit der Zwischenwerte gegeben, wobei aus einer vierstufigen eine siebenstufige Einschätzung entstanden ist (gut integriert, gut bis mässig integriert, mässig integriert, mässig bis gering integriert, gering integriert, gering bis desintegriert, desintegriert). Interessant ist die Überprüfung, ob die siebenstufige Strukturachse nun in der Lage ist, die strukturellen Veränderungen während der Therapie zu abbilden. Die Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse wird mit den Veränderungswerten der psychoanalytisch fundierten Selbstbeurteilungsinstrumente Borderline-Persönlichkeits-Inventar und Narzissmus-Inventar verglichen. Die Selbstbeurteilungsinstrumente eignen sich deshalb für den Vergleich, weil sie Rückschlüsse auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zulassen und als Instrumente zur Erfassung des Therapieverlaufs eingesetzt werden (Kraus, 1999). Die Konzeptualisierungen narzisstischer Regulationsmechanismen und Persönlichkeitsorganisation stehen dem Konstrukt der psychischen Struktur im Sinne der OPD nahe.

Bisherige Befunde zur Konstruktvalidität der OPD-Strukturachse zeigten gute Übereinstimmungen vor allem mit der ersten Dimension (Bedrohtes Selbst) des Narzissmus-Inventars und dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar (Kraus, 1999; Spitzer et al., 2002b). Insofern kann davon ausgegangen werden, dass die OPD-Strukturachse, das Borderline-Persönlichkeits-Inventar und das Narzissmus-Inventar grundsätzlich ähnliche Dimensionen aus der Perspektive der Fremd- und Selbsteinschätzung erfassen. Allerdings ist aus der Forschung bekannt, dass strukturelle Aspekte nur bedingt mit Selbstbeurteilungsverfahren zu vergleichen sind, auch wenn diese den Anspruch haben, ähnliche Konstrukte zu messen (Mestel et al., 2004).

Der Nachweis der Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse wäre ein Gewinn, zumal in der Literatur immer wieder betont wird, dass die Strukturachse der OPD zu den Kernelementen der OPD gehört. Die Strukturachse trägt dazu bei, Handlungsanweisungen für die differenzielle Indikationsstellung zur Durchführung von psychodynamischer Psychotherapie zu generieren (Spitzer et al., 2002b). Diese Frage nach der Änderungssensitivität der Strukturachse ist auch insofern interessant, als es empirische Verlaufsuntersuchungen gibt, die als Wirkung erfolgreicher Behandlungen durchaus bedeutsame Veränderungen bei einzelnen Strukturmerkmalen im Rahmen der Persönlichkeitsstruktur feststellen (Rudolf, 2002b; Seidler, 1999).

7 Ziele und Fragestellung

7.1 Studienziele

Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der Evaluation von Therapieergebnissen im Behandlungsverlauf von PatientInnen, die auf den Psychotherapiestationen der Psychiatrischen Klinik Littenheid, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Kanton Thurgau, hospitalisiert waren. Im Rahmen dieser psychoanalytisch orientierten Psychotherapie im stationären Behandlungssetting werden die Umstrukturierung der Persönlichkeit und die Symptomreduzierung als die zentralen Ziele der psychoanalytischen Behandlung angestrebt. Entsprechend stellt vorliegende Studie folgende Frage in den Mittelpunkt: Wie entwickelt sich die Persönlichkeitsstruktur im Verlauf einer stationären psychodynamischen Therapie, und in welcher Relation steht sie zum Ausmass der psychischen Beschwerden der PatientInnen? Ein wesentliches Anliegen vorliegender Untersuchung ist es, Bedingungen zu formulieren, die zu einem besseren Therapieerfolg führen. Der Therapieerfolg bildet sich in der Art, wie die Therapie beendet wird, sowie im Grad der positiven Umstrukturierungswerte und Symptomreduktionen ab. Die Studie verfolgt vier Hauptziele:

1. *Therapieabbrüche und reguläre Therapiebeendigung*: Es interessieren die soziodemografischen Aspekte, Strukturmerkmale, Konflikttypen und Diagnosen, die mit der regulären Beendigung der Therapie, respektive mit einem Therapieabbruch assoziiert sind.
2. *Umstrukturierung*: Auf einer deskriptiven Ebene soll das zentrale Behandlungsergebnis, nämlich die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, aufgezeigt werden. Die Umstrukturierungen, operationalisiert in der Heidelberger Umstrukturierungsskala, werden als Veränderungen im Bereich der problematischen Beziehungsmuster, der vorherrschenden Konflikte und der strukturellen Fähigkeiten bzw. Vulnerabilitäten gesehen. Zusätzlich wird überprüft, ob die Verbesserung des Umstrukturierungswertes aus Expertensicht mit der Strukturveränderung aus der Perspektive der PatientInnen korreliert. Dies soll Hinweise auf die Validität der Ergebnisse geben.
3. *Zusammenhänge zwischen Umstrukturierung und Symptomveränderung*: Es interessiert, in Erfahrung zu bringen, ob die Persönlichkeitsstruktur und deren Umstrukturierung mit der Symptomveränderung einhergehen.
4. *Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse*: Ein weiteres Ziel ist die Überprüfung der Änderungssensitivität der siebenstufigen OPD-Strukturachse.

7.2 Fragestellungen und Hypothesen

Aufgrund der theoretischen Überlegungen und empirischen Untersuchungen werden hier nun die Fragestellungen dargestellt. Im Folgenden werden die Fragenkomplexe thematisch gegliedert und entsprechende Hypothesen formuliert, die aus Studien abgeleitet wurden, welche Ähnliches messen.

Therapieabbruch und reguläre Therapiebeendigung

Fragestellung: Wie unterscheiden sich PatientInnen, welche die Therapie regulär beendet haben von den PatientInnen, welche die Therapie abbrechen, und zwar in den Dimensionen der Demografie, der Diagnosen, der OPD-Achsen (Beziehung, Konflikt und Struktur), Problemfoki und in den Skalen der Selbstbeurteilungsinstrumente (Narzissmuss-Inventar, Borderline-Persönlichkeits-Inventar und Symptomcheckliste)?

Hypothese: Systematische Untersuchungen zum Thema Therapieabbruch fehlen in der OPD-Forschung. Donaubauer et al. (2001) halten jedoch in ihrer Untersuchung fest, dass eine besonders hohe Abbruchwahrscheinlichkeit bei PatientInnen mit einem vermeidenden Bindungsstil besteht. Weiter ergeben empirische Befunde, dass PatientInnen mit einem Vorherrschen des Abhängigkeit-Autonomie-Konflikts, des Selbstwertkonflikts und der Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung schlechtere Therapieprognosen haben. Zudem weisen Studien nach, dass das Integrationsniveau der Gesamtstrukturniveau und der Strukturmerkmale wie Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung und Bindung massgeblich mit Therapieerfolg assoziiert sind (Kern & Küchenhoff, 2000; Mestel et al., 2004; Rudolf et al., 1996; Strauss et al., 1997). Wenn erwähnte Konflikttypen (Abhängigkeit-Autonomie-Konflikte, Selbstwertkonflikte, Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung) und ungünstige Integrationsniveaus beim Gesamtstrukturniveau und bei den Strukturmerkmalen (Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Bindung) bei PatientInnen vorhanden sind, ist anzunehmen, dass sich dies auf die Art und Weise, wie die Therapie beendet wird, niederschlägt. Ferner ist zu vermuten, dass die TherapieabbrecherInnen eine höhere Symptombelastung und stärkere narzisstische Dysfunktionen aufweisen, was sich wiederum durch höhere Werte auf den Selbstbeurteilungsskalen abbilden lässt.

Umstrukturierung

Fragestellung: Inwiefern findet eine Umstrukturierung während der stationären Psychotherapie statt, und wie stark ist die Veränderung?

Hypothese: Es ist anzunehmen, dass in Anlehnung an die Studie von Grande et al. (2001) die in vorliegender Studie untersuchten PatientInnen eine durchschnittliche Verbesserung des Umstrukturierungswerts um einen Punkt auf der Umstrukturierungsskala erzielen und die Stufe 4, welche die Anerkennung und Erkundung des Fokus abbildet, nicht überschreiten.

Fragestellung: Ist eine mögliche Umstrukturierung bei Therapieende auf die soziodemografischen Merkmale, die Dauer der Behandlung, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, das gesamtstrukturelle Ausgangsniveau, die Strukturdimensionen, die Konflikttypen der PatientInnen zu Therapiebeginn zurückführbar?

Hypothese: Jakobsen & Mattanza (2006) haben in ihrer Studie festgestellt, dass die Variablen Bildung, Therapiedauer und Geschlecht positive Prädiktoren für Umstrukturierungsprozesse waren, die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung hingegen ein schlechter Prädiktor. Bei einem geringen Ausgangsniveau der Gesamtstruktur und der Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung, Objektwahrnehmung und Kommunikation ist zu vermuten, dass diese mit einem ungünstigen Umstrukturierungswert assoziiert sind (Rudolf, 2002b). Für die Konflikttypen Abhängigkeit-Autonomie, Selbstwert und Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung werden ungünstige Umstrukturierungswerte prognostiziert (Mestel et al., 2004; Rudolf et al., 1996; Strauss et al., 1997).

Fragestellung: Geht das Ausmass der Umstrukturierung während der Therapie aus ExpertInnen-sicht mit einer Strukturveränderung aus der Perspektive der PatientInnen einher? Welche Strukturfoki verändern sich während der Therapie?

Hypothese: Es ist anzunehmen, dass PatientInnen mit vergleichsweise ungünstigen Umstrukturierungswerten ein vergleichsweise instabiles Selbstsystem und unreifere Persönlichkeitsstrukturen aufweisen und diese Tatsache in relativ hohen Werten auf den Skalen des Narzissmus-Inventars und des Borderline-Persönlichkeits-Inventars abgebildet wird (Spitzer et al., 2002b). Es ist zu vermuten, dass die Strukturfoki aus dem Bereich der Strukturdimensionen wie Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Objektwahrnehmung und Kommunikation sich während der stationären Therapie verbessern werden (Rudolf, 2002b).

Zusammenhänge zwischen Umstrukturierung und Symptomveränderung

Fragestellung: Gehen Verbesserungen der Umstrukturierungswerte mit einer verbesserten Symptomausprägung einher?

Hypothese: Grande et al. (2001) konnten in ihrer Studie lediglich einen Zusammenhang zwischen einer Besserung der depressiv-suizidalen Symptomatik und dem bei Behandlungsende erreichten Umstrukturierungsgrad feststellen.

Fragestellung: Eignen sich die Gesamtstrukturniveaus und die Strukturdimensionen zu Behandlungsbeginn zur Vorhersage des Behandlungserfolgs, wie er durch die Prä-Post-Differenz der psychopathologischen Symptomausprägung in der Symptomcheckliste (SCL-90-R) operationalisiert wird?

Hypothese: Es ist zu vermuten, dass geringe Integrationsniveaus der Gesamtstruktur und der Strukturdimensionen Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung und Bindung die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Behandlungsergebnisses bezüglich der psychopathologischen Merkmale erhöhen (Kern & Küchenhoff, 2000; Mestel et al., 2004; Rudolf et al., 1996; Strauss et al., 1997).

Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse

Fragestellung: Kann die Strukturachse die im Laufe der stationären Behandlung stattgefundenen Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur auf der Ebene der Gesamtstruktur und der Strukturdimensionen bei den PatientInnen abbilden?

Hypothese: Im Bereich der Strukturachse ist anzunehmen, dass sich auf der Ebene der Gesamtstruktur und auf der Ebene der Strukturdimensionen keine signifikante Verbesserungen abbilden lassen (Grande et al., 2000).

Fragestellung: Inwiefern lassen sich Veränderungen der Strukturdimensionen der OPD-Strukturachse in Selbsteinschätzungsverfahren wie dem des Borderline-Persönlichkeits-Inventars und dem des Narzissmus-Inventars abbilden?

Hypothese: In einer Querschnittsuntersuchung fanden sich folgende Assoziationen zwischen den OPD-Strukturdimensionen und den BPI-Skalen (Spitzer et al., 2002b):

OPD-Selbstwahrnehmung	BPI-Identitätsdiffusion
OPD-Selbststeuerung	BPI-Mangelhafte Realitätsprüfung
OPD-Abwehr	BPI-Primitive Abwehrmechanismen

OPD-Objektwahrnehmung

BPI-Mangelhafte Realitätsprüfung

OPD-Bindung

BPI-Angst vor Nähe

In einer Querschnittsuntersuchung wurden Zusammenhänge zwischen den OPD-Strukturdimensionen und denjenigen Skalen des Narzissmus-Inventars gefunden, die einen starken psychostrukturellen Gehalt aufweisen. In besonderer Weise gilt dies für die Skalen der ersten Dimension (Das bedrohte Selbst) des Narzissmus-Inventars (Kraus, 1999).

Es ist zu vermuten, dass sich keine Veränderungen der Strukturdimensionen der OPD-Strukturachse in den genannten Selbsteinschätzungsverfahren abbilden lassen.

II Methode

Nachdem die theoretischen Grundlagen der Studie vorgestellt wurden, soll nun der Forschungsprozess dargestellt werden. In einem ersten Schritt wird in Kapitel 8 das Studiendesign und in Kapitel 9 der Ablauf der Untersuchung vorgestellt. Weiter wird in Kapitel 10 auf die Messinstrumente und in Kapitel 11 auf die Auswertungsmethodik eingegangen. Das therapeutische Behandlungsangebot der Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid wird in Kapitel 12 vorgestellt. In diesem Rahmen wird in Kapitel 13 und 14 die Stichprobe beschrieben.

8 Untersuchungsdesign – eine naturalistische Verlaufsuntersuchung

Es handelt sich bei vorliegender Untersuchung um eine prospektive Längsschnittstudie mit einer Prä- und Postmessung bei einer stationären PatientInnenstichprobe. Die Untersuchung wurde auf den drei Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid durchgeführt. Der Designtyp entspricht einer naturalistischen Verlaufsuntersuchung ohne Randomisierung (Bortz & Lienert, 1998).

Naturalistische Studien sind von der Evidence-Based Medicine und deren methodischen Vorgehensweisen abzugrenzen. Das methodische Werkzeug der evidenzbasierten Psychotherapieforschung besteht aus experimentellen vergleichenden Therapiestudien mit randomisierter Patientenzuweisung (randomized clinical trial, RCT). Dieser Designtyp ist für die Untersuchung gewisser Forschungsfragen in der psychotherapeutischen Medizin sinnvoll. Die Vorteile sind die erhöhte Transparenz, Überprüfbarkeit sowie die Reproduzierbarkeit der wissenschaftlich geprüften Wirksamkeit der Behandlungsangebote (Buchkremer & Klingberg, 2001). Es wird jedoch kritisiert, dass „bei der Idealisierung des experimentellen Designs der Naturwissenschaften (bzw. der pharmazeutischen Forschung) und seiner Übertragung auf das Gebiet der Psychotherapieforschung“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, S.17) methodische Schwächen bezüglich der externen Validität auftreten. Randomisierte Gruppenzuweisungen sind mit wissenschaftlichen Risiken wie der Verzerrung des Untersuchungsgegenstandes verbunden und ethisch kaum vertretbar (Henningsen & Rudolf, 2000). Vor dem Hintergrund dieser Kritik, werden in der Psychotherapieforschung naturalistische Studien gefordert, die den realistischen Gegebenheiten der klinischen Versorgung Rechnung tragen. Diese können zwar nur eingeschränkt Therapiemethoden miteinander vergleichen, sie erlauben jedoch die Berücksichtigung praxisnaher Phänomene während des Therapieverlaufs (Schauenburg, Sammet & Strack, 2001). Der naturalistische Designtyp ist geeignet, die Komplexität der Behandlungen auf den Psychotherapiestationen zu erfassen. Es wird somit nicht

der Nachweis der Wirksamkeit der Behandlungen im engeren Sinn (efficacy) angestrebt. Viel eher wird die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen (effectiveness) untersucht. Henningsen und Rudolf (2000) fassen die geforderten Merkmale für das naturalistische Design zusammen:

- Im Zentrum steht die Erforschung real durchgeführter Psychotherapien und zwar mit dem Anspruch der Überprüfung von Wirksamkeit, nicht nur von effizienter Umsetzung in die Praxis.
- Der Fokus des Forschungsinteresses liegt auf der Erfassung vieler in der Praxis relevanter, zum Beispiel patienten-, therapeuten- und kontextabhängiger Variablen in ihrem Effekt auf das Therapieergebnis. Die Veränderungsmessung muss in einer klinisch bedeutungsvollen Weise erfolgen mit entsprechenden methodischen (statistischen) Verfahren.
- Die Erhebungsinstrumente sollten die verschiedenen Perspektiven von PatientIn und TherapeutIn, neben der des Forschers, berücksichtigen, im Sinne eines Mehrebenenansatzes.
- Die Verwendung eines identischen Pools an normierten Instrumenten erleichtert die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Auf der Grundlage dieser Kriterien wird versucht, der Komplexität der Behandlungen auf den Psychotherapiestationen gerecht zu werden, indem die spezifischen PatientInnenvariablen und ihr Zusammenhang mit der therapeutischen Veränderung erfasst werden. Zur Gewinnung realistischer und praxisnaher Ergebnisse impliziert das naturalistische Design ein Vorgehen, das die Behandlungsverläufe möglichst wenig beeinflusst.

Tabelle 1

Synopsis von Messzeitpunkten, Konzepten, Operationalisierung und Perspektive

Messzeitpunkte	Konzept	Operationalisierung	Perspektive
Eintritt (T1)		OPD-Interview	UntersucherIn
	Persönlichkeitsstruktur	OPD-Achsen Beziehung, Konflikt, Struktur	UntersucherIn/RaterIn
	Problemfokus	Heidelberger Umstrukturierungsskala Fokusauswahl	UntersucherIn/RaterIn
	Persönlichkeitsstruktur	Narzissmus-Inventar (NI)	PatientIn
	Persönlichkeitsstruktur	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)	PatientIn
	Symptome	Symptomcheckliste (SCL-90-R)	PatientIn
	Diagnostik	ICD-10-Diagnose	Behandelnde TherapeutIn
Austritt (T2)		OPD-Interview	UntersucherIn
	Persönlichkeitsstruktur Umstrukturierung	OPD-Achse Struktur	UntersucherIn/RaterIn
	Persönlichkeitsstruktur Umstrukturierung	Heidelberger Umstrukturierungsskala	UntersucherIn/RaterIn
	Persönlichkeitsstruktur Umstrukturierung	Narzissmus-Inventar (NI)	PatientIn
	Persönlichkeitsstruktur Umstrukturierung	Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI)	PatientIn
	Symptome Symptomveränderung	Symptomcheckliste (SCL-90-R)	PatientIn
	Diagnostik	ICD-10-Diagnose	Behandelnde TherapeutIn

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Gesamtheit der Erhebungszeitpunkte, Konzepte und der Operationalisierungen. Darüber hinaus wird ersichtlich, dass ein Mehrebenenansatz gewählt wurde. Die Messdaten wurden aus der Perspektive der Untersucherin, der PatientInnen und der TherapeutInnen erhoben. Die Fremdbeurteilungsinstrumente Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) und die Heidelberger Umstrukturierungsskala messen die Persönlichkeitsstruktur und deren Veränderung. Die Selbstbeurteilungsinstrumente Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) und der Narzissmus-Inventar (NI) erfassen die gleichen Konstrukte. Die revidierte Form der Symptomcheckliste SCL-90-R wurde zur Erfassung der allgemeinen Psychopathologie eingesetzt. Die klinischen Diagnosen wurden nach dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO ICD-10 (Dilling et al., 1993) durch die jeweiligen behandelnden TherapeutInnen in der Klinik gestellt.

9 Durchführung der Untersuchung

Die Untersuchung wurde auf den drei Psychotherapiestationen (Pünt Nord, Pünt Süd, Pünt Mitte) der Psychiatrischen Klinik Littenheid durchgeführt. Diese Stationen nehmen psychotherapeutische behandlungsbedürftige PatientInnen aus einem breiten Behandlungsspektrum auf. Diese Psychotherapiestationen werden in Kapitel 12 und die untersuchten PatientInnen in Kapitel 13 ausführlich beschrieben. Um die grösstmögliche Transparenz zu gewährleisten, sollen nun die Untersuchungsschritte im Einzelnen beschrieben werden. Die Durchführung der vorliegenden Studie geschah mit Zustimmung der Ethikkommission des Kantons Thurgau.

Die Stichprobe wurde zwischen Oktober 2004 und Oktober 2005 konsekutiv aufgenommen. Im Unterschied zu Therapiestudien auf der Grundlage experimenteller Forschungsdesigns, die sich in ihren randomisierten Stichproben auf kleine Gruppen hoch selektierter PatientInnen beziehen, konnten in dieser Studie alle PatientInnen einbezogen werden, die innerhalb eines Jahres auf einer bestimmten Psychotherapiestation zur Aufnahme kamen.

Bei der Datenaufnahme während eines Jahres war die Autorin weder über die Gründe für die stationäre Behandlung, noch über die Diagnose der PatientInnen informiert. Sie nahm auch nicht an stationsinternen Rapporten oder Supervisionen teil, um die Neutralität der diagnostischen Haltung nicht zu gefährden. Erst nach der Datenauswertung wurden die Eintritts- und Austrittsdiagnosen mitgeteilt, welche die jeweiligen behandelnden ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten mittels ICD-10 festgelegt hatten. Die Diagnosen waren mit klinischen Interviews erhoben worden.

Für die Studie wurden zwei Messzeitpunkte berücksichtigt. Die Messdaten wurden zu Beginn der Behandlung und am Ende der Behandlung erhoben.

Messzeitpunkt T1 (Eintritt): Das erste Interview fand zu Therapiebeginn, rund eine Woche nach Aufnahme in die Klinik, statt. Die PatientInnen waren von den behandelnden Therapeuten beim ersten Gespräch nach Aufnahme auf der Station über die Studie informiert und um Teilnahme angefragt worden. Sie erhielten gleichzeitig eine schriftliche Information über die Studie. Bei ihrer zunächst mündlichen Einwilligung koordinierte die Stationspflege die Interviewtermine zwischen den PatientInnen und der Autorin. Die Interviews wurden in den Therapieräumen der Klinik durchgeführt. Die PatientInnen wurden von der Autorin nochmals über die Ziele und den Ablauf der Studie informiert und um ihr schriftliches Einverständnis gebeten. Die OPD-Interviews dauerten etwa je eine Stunde und wurden auf Video aufge-

zeichnet. Die Erhebung der soziodemografischen Daten erfolgte im Rahmen der Interviews. Es wurden Angaben bezüglich Alter, Familienstand, Höchster Schulabschluss, Beruf, Arbeitsfähigkeit bei Aufnahme, Vorerfahrung mit ambulanter, teilstationärer und stationärer Therapie, Dauer der Beschwerden, Behandlungsdauer und Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung erfasst. Die GesprächspartnerInnen sassen einander gegenüber, wobei die Videokamera sowohl auf die PatientInnen als auch auf die Autorin gerichtet war. Nach dem jeweiligen Interview hatten die PatientInnen die Möglichkeit eines nachbereitenden Gesprächs mit einer Bezugsperson aus dem Behandlungsteam. Die PatientInnen füllten das NI, das BPI sowie den SCL-90-R aus, was circa 30 bis 45 Minuten dauerte.

Messzeitpunkt T2 (Austritt): Das zweite Interview mit den PatientInnen fand in der letzten Woche ihrer Behandlung in der Klinik Littenheid statt. Zuvor wurde die Autorin wiederum durch die TherapeutInnen über den geplanten Austritt informiert, und die Stationspflege übernahm die Koordination der Interviewtermine. Auch diese Interviews wurden erneut in den Therapieräumen der Klinik durchgeführt. Das Gespräch dauerte etwa eine Stunde, und die PatientInnen füllten das NI, das BPI und den SCL-90-R aus.

10 Erhebungsinstrumente

Im Folgenden werden die Untersuchungsinstrumente zur Operationalisierung der zu messenden Konstrukte dargestellt. Es wurden Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente gewählt, welche die wichtigsten Veränderungskriterien der Psychotherapie – Umstrukturierung der Persönlichkeit und Symptomreduzierung – erfassen. Diese Instrumente wurden in vorliegender Studie eingesetzt, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu ermöglichen.

Kernstück dieser Studie ist die psychodynamische Befunderhebung der Persönlichkeitsstruktur und deren Veränderungsmessung, gemessen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Basis für die Beurteilung war das psychodynamische Interview nach OPD.

10.1 Psychodynamisches Interview nach OPD

Mit den PatientInnen wurde bei Ein- und Austritt in die Klinik ein halbstrukturiertes Interview geführt. Diese Interviews waren in ihrem Ablauf an der psychodynamischen Interviewführung gemäss der OPD orientiert (Dahlbender et al., 2004; Schauenburg, Janssen & Buchheim, 1998). Dieses spezifische Vorgehen verbindet Elemente des klassischen psychoanalytischen Erstinterviews nach Argelander (1970), des strukturellen Interviews von Kernberg (2000b), der tiefenpsychologisch-biografischen Anamnese Dührssens (1981) und der psychiatrischen

Exploration. Bei der psychodynamischen OPD-Diagnostik wird vom beobachteten konkreten und szenischen Verhalten und von den verbalen Mitteilungen der PatientInnen über Gegenwart und Vergangenheit ausgegangen.

Im Rahmen der halbstrukturierten Interviews werden die wichtigsten Themen im Bereich der Beziehungsgestaltung, der Konflikte und der Struktur erfragt. Man berücksichtigt dabei die gegenwärtigen Interaktionen zwischen den GesprächsteilnehmerInnen. Das aktuelle Verhalten der PatientIn in der Interviewsituation wird zum allgemeinen Verhalten in Objektbeziehungen sowie der Entstehung und Entwicklung der Symptomatik in Bezug gesetzt. Aktiv wird mit Klärung, Konfrontationen, Interpretationen und Übertragungsdeutung gearbeitet, und die wahrgenommene Gegenübertragung wird berücksichtigt.

Die Konzeption eines Leitfadens als Strukturierungshilfe für das Interview und zur Sicherung einer Datenerhebung wurde erstellt. Durch die zunächst offene Gesprächsführung, die im Verlauf des Interviews strukturierter wird, kann sich die Beziehungsgestaltung der Beteiligten entfalten. Das Gespräch verläuft zirkulär mit Kernsymptomen als Ankerpunkte, die wiederholt in unterschiedlichen Kontexten exploriert werden. Das Interview wird in fünf Phasen unterteilt, wobei jede Phase durch eine strukturierende Frage eingeleitet wird. (Schauenburg et al., 1998).

1. Phase – Eröffnungsphase: In der Eröffnungsphase werden die Rahmenbedingungen des Gesprächs erläutert. Die Ziele und der Zeitrahmen des Gesprächs werden mitgeteilt. Der oder die PatientIn wird aufgefordert, die Gründe für die Hospitalisierung zu nennen. Die Interviewerin gewinnt einen ersten Eindruck der Symptomatik und den Kernsymptomen der PatientIn, dem Leidensdruck, der aktuellen Lebenssituation und dem Selbst- und Objekt-erleben.

2. Phase – Beziehungserfahrungen und Beziehungsepisoden: Die Ermittlung von Beziehungsepisoden mit wichtigen Bezugspersonen steht im Zentrum dieser Phase. Es werden Hinweise auf Objektbeziehungen aufgegriffen und nach Beziehungssituationen mit wichtigen Personen im Umfeld des oder der PatientIn gefragt. Die Interviewerin fragt nach konkreten Beispielen, um Beziehungsepisoden sichtbar zu machen. Im Mittelpunkt stehen dysfunktionale biografisch geschilderte Beziehungsmuster.

3. Phase – Selbsterleben und relevante Lebensbereiche: Hier steht die Erfassung des Selbsterlebens in spezifischen Situationen und Beziehungsbereichen im Vordergrund. Eruiert wird, wie die Person sich heute und in früheren Lebensabschnitten sieht und wie sie sich selbst in

ihren Beziehungen beurteilt. Die Selbstbeschreibung ist ein wichtiger Aspekt dieser Interviewphase. Es interessieren zudem die Beurteilungen der Partnerschaften, der Herkunftsfamilie und der gegenwärtigen Familie, der Mitgliedschaften in sozialen Gruppen sowie die Einschätzung des Berufs.

4. Phase – Objekterleben und Lebensgestaltung: Das Objekterleben in der Gegenwart und in der Vergangenheit wird im Rahmen der konkreten Lebensgestaltung (Arbeit, Familie, Freundeskreis) erfragt. In dieser Phase wird geklärt, wie die Wahrnehmungen von und Einstellungen zu diesen Objekten gestaltet sind oder waren. Wichtigen Bezugspersonen, die der oder die PatientIn selbständig erwähnt, wird vertiefend nachgegangen. Nicht genannte Personen können von der Interviewerin angesprochen werden.

5. Phase – Psychotherapiemotivation und Behandlungsvoraussetzungen: Hierbei geht es um die Einschätzung der Motivation für die Psychotherapie, der Einsichtsfähigkeit und Selbstreflexionsfähigkeit auf der Basis einer zusammenfassenden Intervention. Es interessiert dabei die Reaktion des oder der PatientIn auf die Intervention und ob ein gemeinsames Verstehen von Interviewerin und PatientIn möglich ist. Hinweise auf das weitere Vorgehen schliessen das Gespräch ab.

Im Mittelpunkt des zweiten Interviews zu Therapieende steht die Erhebung von Beziehungsepisoden, wobei die Fragen und Interventionen der Autorin am oben aufgeführten Leitfaden zur Durchführung eines OPD-Interviews orientiert sind. Zentral sind zudem die im ersten Interview erhobenen Problemfoki der PatientInnen.

10.2 Persönlichkeitsstruktur und Umstrukturierung

Die Persönlichkeitsstruktur und deren Veränderung während der stationären Therapie wurde mit den Fremdbeurteilungsinstrumenten, der OPD (Arbeitskreis OPD, 2001) und der Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000), erhoben.

10.2.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

1992 wurde der Arbeitskreis Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in Göttingen gegründet. Er setzte es sich zum Ziel, die phänomenologisch-deskriptiv orientierte Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) von Dilling et al. (1991) durch die Entwicklung weiterer Achsen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern. Es wurde ein psychodynamisch orientiertes diagnostisches System entwickelt, das in fünf Achsen Aspekte der Krankheitsverarbeitung, der Beziehungs- und Konfliktdiagnostik

sowie der Persönlichkeitsstruktur erfasst. Die Kategorien des Kapitels V der ICD-10 (Psychische Störungen) bilden die fünfte Achse des Systems (Arbeitskreis OPD, 2001). Die Diagnostik bewegt sich zwischen einer Verhaltensbeschreibung einerseits und einer metapsychologischen Begriffsbildung andererseits. Die Beziehungs- (Achse II), die Konflikt- (Achse III) und die Strukturachse (Achse III) sind im engeren Sinn psychodynamisch orientiert und für die Fragestellung vorliegender Studie bedeutsam. Der Befund der genannten drei Achsen bildet relativ zeitstabile und basale Merkmale ab und erfasst zusammengefasst wichtige Aspekte derjenigen Gegebenheiten, die psychoanalytisch als die Struktur eines oder einer PatientIn bezeichnet werden. Somit bieten diese drei Achsen zentrale Grundlagen für die Messung der Umstrukturierung.

OPD-Achse II: Beziehung

Auf der OPD-Achse werden die habituellen, dyfunktionalen Beziehungsmuster erfasst. Das habituelle Beziehungsverhalten kann als überdauernde psychosoziale Kompromissbildung zwischen Wünschen und Befürchtungen in Beziehungen definiert werden (Arbeitskreis OPD 2001). Das dysfunktionale habituelle Beziehungsmuster wird als „die spezifische – für den Patienten leidvolle – Konstellation bezeichnet, die sich aus seinem habituellen Beziehungsverhalten und den typischen Reaktionsweisen seiner Sozialpartner ergibt“ (S.48). Entwicklungspsychologisch gesehen gilt interpersonelles dyfunktionales Verhalten als zentraler Aspekt für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Die Elemente dieses dysfunktionalen Beziehungsverhaltens sind die interpersonellen Verhaltensweisen und Positionen, welche die Person und ihre Objekte in der zentralen leidvollen und problematischen Beziehungskonstellation einnehmen.

In der vorliegenden Studie wird die Beziehungsachse der neuen Version der OPD II eingesetzt (Grande, Dahlbender, Schauenburg, Stasch & Cierpka, 2005). Basierend auf dem interpersonellen Kreismodell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB, Benjamin, 1974) werden die interpersonellen Verhaltensweisen und Positionen erfasst. Aus diesem Kreismodell wurden 32 Items abgeleitet, welche die Qualität dieser Positionen und des mit ihnen verbundenen Beziehungsverhaltens für jeden und jede PatientIn beschreiben. Das Beziehungsrating in der Beziehungsachse der OPD II ist konsequenter an die Logik des Zirkumplexmodells interpersonellen Verhaltens angepasst (Grande et al., 2005).

Die Beziehungsachse ist auf das subjektive Erleben von PatientInnen sowohl in Bezug auf die eigene Person, als auch auf relevante Bezugspersonen zentriert. In einem ersten Schritt wird das Verhalten aus der Erlebensperspektive des oder der PatientIn dargestellt. In einem zweiten

Schritt wird das Muster aus der Erlebensperspektive der anderen (Bezugspersonen, UntersucherIn) abgebildet. Aus diesen Unterscheidungen ergeben sich vier analytische Einheiten, die als interpersonelle Positionen bezeichnet werden:

- Wie der oder die PatientIn sich selbst erlebt,
- wie der oder die PatientIn andere erlebt,
- wie andere den oder die PatientIn erleben,
- wie andere sich gegenüber dem der der PatientIn erleben.

In einem dritten Schritt werden die einzelnen Bestandteile der Beziehungsbeurteilung in eine einzige beziehungsdynamische Formulierung integriert, in der die Ergebnisse der beiden ersten Schritte zu einer prägnanten Beziehungsgestalt zusammengefasst werden (Arbeitskreis OPD, 2001; Grande et al., 2005).

OPD-Achse III: Konflikt

Die unbewussten, zeitlich überdauernden Konflikte sind gekennzeichnet durch „festgelegte Erlebnismuster eines Menschen, die in entsprechenden Situationen immer wieder zu ähnlichen Verhaltensmustern führen, ohne dass dies dem Menschen bewusst wäre“ (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 59). Die Konfliktachse verzichtet auf die Verwendung klassischer Kategorien der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie (z.B. analer oder oraler Konflikt). Im Rahmen der OPD-Konfliktdiagnostik wird von einem Modell der kontinuierlichen Entwicklung unter besonderer Berücksichtigung zeitlich begrenzter Reifungsabschnitte ausgegangen. Das Scheitern der Integration bestimmter Grundkonflikte kann grundsätzlich in jeder Lebensphase geschehen.

Es werden acht Konflikttypen definiert, die eine lebensbestimmende Bedeutung haben können. Zusätzlich wird bei jedem Konflikttyp zwischen einem aktiven und einem passiven Verarbeitungsmodus unterschieden. Beim Verarbeitungsmodus geht es jeweils um das Vorherrschen von Selbstzurücknahme, Anpassung, Resignation (passiver Modus) oder um eine abwehrtbetonte und kontraphobische Verarbeitung (aktiver Modus) von Konflikten.

K1 *Abhängigkeit versus Autonomie*: Beziehungen mit ausgeprägter Abhängigkeit werden gesucht (passiver Modus), oder Bindungswünsche werden unterdrückt (aktiver Modus).

K2 *Unterwerfung versus Kontrolle*: Gehorsam und Unterwerfung (passiver Modus) oder Kontrolle (aktiver Modus) bestimmen die Beziehungen und das innere Erleben.

- K3 *Versorgung versus Autarkie*: Die Bedürfnisse nach Versorgung und Geborgenheit führen zu Abhängigkeit (passiver Modus) oder werden als Selbstgenügsamkeit und Anspruchslosigkeit abgewehrt (aktiver Modus).
- K4 *Selbstwertkonflikte*: Das Selbstwertgefühl ist entweder brüchig (passiver Modus), oder es dominieren die kompensatorischen Anstrengungen zur Aufrechterhaltung des bedrohten Selbstwertgefühls (aktiver Modus).
- K5 *Schuldkonflikte*: Die Schuld wird bis hin zur masochistischen Unterwerfung auf sich genommen (passiver Modus), oder es fehlt jegliche Form von Schuldgefühlen (aktiver Modus).
- K6 *Ödipal-sexuelle Konflikte*: Erotik und Sexualität fehlen in der Wahrnehmung und im Affekt (passiver Modus) oder bestimmen alle Lebensbereiche, ohne dass Befriedigung gelingt (aktiver Modus).
- K7 *Identitätskonflikte*: Hier bestehen Identitätsdissonanzen bezüglich der Geschlechtsidentität, der Rollenidentität, der religiösen und kulturellen Identität. Der Annahme des Identitätsmangels (passiver Modus) steht das kompensatorische Bemühen, Unsicherheiten und Brüche zu überspielen, entgegen (aktiver Modus).
- K8 *Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung*: Es ist die fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung. Hierbei werden Gefühle und Bedürfnisse bei sich und anderen nicht wahrgenommen (passiver Modus) oder durch sachlich-technische Beschreibungen ersetzt (aktiver Modus).

Die aufgeführten Konflikte werden aufgrund einer ausführlichen Konflikt-Checkliste (Grande & Oberbracht, 2000) nach dem Grad ihres Vorhandenseins beurteilt. Die Konflikt-Checkliste ermöglicht es, das im Interview erhobene Material mit den für das Vorliegen eines bestimmten Konflikts bestätigenden Kriterien zu vergleichen und den diagnostischen Prozess auf diese Weise zu vereinfachen. Auf einer vierstufigen Skala wird eingeschätzt, ob und mit welcher Bedeutsamkeit ein Konflikt vorliegt (0 = nicht vorhanden, 1 = wenig bedeutsam, 2 = bedeutsam, 3 = sehr bedeutsam). Es wird angegeben, welches der auf der Konfliktachse abgebildeten Merkmale als das wichtigste und zweitwichtigste eingestuft wird. Auf einer ebenfalls vierstufigen Skala wird der Modus der Verarbeitung für den wichtigsten Konflikt eingeschätzt (vorwiegend aktiv, gemischt, eher aktiv, gemischt, eher passiv, vorwiegend passiv).

OPD-Achse IV: Struktur

Unter Struktur im engeren Sinn wird „eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens“ verstanden, wobei dessen strukturelle Muster sich „im interaktionellen Handeln“ manifestieren (Arbeitskreis OPD, 2001, S. 67). Struktur wird definiert als „die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zum Anderen“ (S. 71). Als psychische Funktionen, welche zusammen die Struktur als Ganzes bilden, gelten die Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit lassen sich diese Funktionen als Dimensionen bestimmen, die ihrerseits wiederum in weitere Strukturmerkmale unterteilt sind:

Die *Selbstwahrnehmung* zeigt sich a) in der Selbstreflexion, das heisst in der Fähigkeit, sich selbst zum Gegenstand der Reflexion zu machen, b) im Selbstbild, also der Kompetenz, verschiedene Aspekte des Selbst und des Körpers zu erkennen, c) in der Identität oder dem Vermögen, das Selbstbild im Lauf der Zeit stabil und kohärent zu gestalten und d) mit der Affektdifferenzierung in der Fähigkeit, eigene Affekte wahrzunehmen und zu differenzieren.

Die *Selbststeuerung* umschreibt die Fähigkeit, steuernd mit den eigenen Triebimpulsen und Affekten und dem Selbstwertgefühl umzugehen. Die Themen der Selbststeuerung sind a) die Affekttoleranz, das heisst die Akzeptanz und der steuernde Umgang mit den eigenen Affekten, b) die Selbstwertregulation, also der Aufbau eines adäquaten Selbstwertgefühls und die Steuerung seiner Schwankungen, c) die Impulssteuerung, das heisst die Kontrolle der Triebimpulse, und d) die Fähigkeit zur Antizipation.

Die Funktion *Abwehr* bezieht sich auf die Mittel, die zur Erhaltung des psychischen Gleichgewichts und zur wirksamen und flexiblen Selbststeuerung eingesetzt werden. Die Abwehrmechanismen werden beschrieben anhand der Kriterien a) Gegenstand, das heisst ob die Abwehr intrapsychisch oder interpersonal verläuft, b) Erfolg, c) Stabilität, d) Flexibilität und e) Form der Abwehrmechanismen.

Die *Objektwahrnehmung* zeigt sich a) in der Kompetenz, zwischen Subjekt und Objekt sicher zu differenzieren, b) in der Fähigkeit, das Erleben und die Perspektive anderer empathisch nachzuvollziehen, c) in einer realistischen ganzheitlichen Objektwahrnehmung, d) im Erleben vielfältiger objektbezogener Affekte.

Die Funktion *Kommunikation* setzt sich zusammen aus a) der Fähigkeit, Kontakt aufzubauen, b) der Fähigkeit, fremde Affekte zu verstehen und c) eigene Affekte mitzuteilen, d) den Möglichkeiten, eine Reziprozität in interpersonellen Beziehungen herzustellen.

Die Funktion *Bindung* zeigt sich a) in der Fähigkeit zur Objektinternalisierung, indem innere Repräsentanzen von wichtigen Beziehungspersonen aufgebaut, emotional besetzt und über die Zeit konstant gehalten werden können, b) im Vermögen, sich von Objekten zu trennen und einen Trauerprozess zu durchlaufen, c) in der Kompetenz, variable dyadische oder triadische Bindungen zu Objekten aufzubauen und aufrechtzuerhalten.

Die Persönlichkeitsstruktur setzt sich gemäss der OPD aus einer Kombination von 60 Strukturmerkmalen zusammen, welche ihrerseits 24 strukturellen Themen zugeordnet werden können, die in sechs strukturellen Dimensionen zusammengefasst werden. Der globale Wert ergibt sich durch eine Einschätzung der Gesamtstruktur anhand der sechs Dimensionen. Die Struktur wird dabei anhand von vier Integrationsniveaus beschrieben (gute, mässige, geringe, Desintegration). Um die Diagnostik der Struktur zu erleichtern, wurde eine „Struktur-Checkliste“ (Rudolf et al., 1998) entwickelt mit dem Ziel einer Standardisierung der Struktureinschätzung. Dabei wurden die oben erwähnten sechs strukturellen Dimensionen mit ihren 24 strukturellen Themen durch mehrere Modellsätze operationalisiert. In vorliegender Arbeit wird die von Rudolf (2004) überarbeitete Fassung der Struktur-Checkliste verwendet. Sie ist gegenüber der früheren Liste im Bereich der Integrationsniveaus erweitert worden. Die vier Stufen der Integrationsniveaus sind inhaltlich definiert, wobei neu die Berücksichtigung von Zwischenstufen möglich ist (Rudolf, 2004, S. 78–79):

Stufe 1 – Gut integriert: Es wird auf dieser Stufe von einem relativ autonomen Selbst ausgegangen, das die Nähe und Distanz zu den Objekten regulieren kann. Das Selbst verfügt über einen strukturierten psychischen Binnenraum, in dem konflikthafte Erfahrungen intrapsychisch verarbeitet werden können. Steuerungsmöglichkeiten sind vorhanden, welche die Konflikte intrapsychisch halten können. Zudem ist die Fähigkeit gegeben, die innere Welt selbstreflexiv, die äussere Welt realitätsgerecht und empathisch wahrzunehmen. Die Internalisierung von ausreichend guten Objekten ist möglich.

Stufe 1.5 – Gut bis mässig integriert: Dieses Integrationsniveau enthält Anteile von Stufe 1 und Stufe 2.

Stufe 2 – Mässig integriert: Das Erleben von Nähe, Bindung, Autonomie und Identität ist nur eingeschränkt möglich. Die Introspektion und Steuerung der Bedürfnisse und Affekte ist in nicht ausreichenden Masse möglich. Generell überwiegt die Tendenz der Übersteuerung. Die weitgehend ungelebte Aggressivität führt zu autoaggressiven und selbstentwertenden Tendenzen. Das Selbstwertgefühl ist angewiesen auf Bestätigung von anderen, die Kränkbarkeit

ist gross. Die intrapsychische Abwehr richtet sich gegen innere Triebwünsche und Gefühle, wobei die Selbstbilder und die Objektbilder stabil bleiben. Die Differenzierung zwischen Subjekt und Objekt, Empathie und objektbezogene Affekte sind eingeschränkt. Vorherrschend sind dyadische Beziehungen.

Stufe 2.5 – Mässig bis gering integriert: Dieses Integrationsniveau enthält Anteile von Stufe 2 und Stufe 3.

Stufe 3 – Gering integriert: Der seelische Binnenraum wirkt ungenügend entwickelt. Das Selbst ist sehr bedürftig, sehr impulsiv und sehr vulnerabel im Selbstwertbereich. Die Objektbilder sind bedrohend-verfolgend oder werden als Sehnsuchtsobjekt idealisiert. Es besteht eine geringe Differenzierung psychischer Substrukturen, Konflikte werden interpersonell statt intrapsychisch erfahren. Die Beziehung zu den anderen ist durch mangelnde Empathie und eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit belastet.

Stufe 3.5 – Gering bis desintegriert: Dieses Integrationsniveau enthält Anteile von Stufe 3 und Stufe 4.

Stufe 4 – Desintegriert: Das desintegrierte Niveau beschreibt in der Struktur-Checkliste vorwiegend postpsychotische Zustände. Diese Stufe wurde in der neuen Version von Rudolf (2004) dahingehend erweitert, dass auch schwere Persönlichkeitsstörungen abgebildet werden können. Kennzeichnend für dieses Niveau ist somit die fehlende Kohärenz des Selbst. Die Charakterisierung der eigenen Person ist nicht möglich. Die überflutende Emotionalität wird durch Abwehrmuster im Sinne postpsychotischer, posttraumatischer, perverser Organisationsformen überdeckt. Zwischen Aspekten des Selbst und des Objekts kann nur mit grossen Schwierigkeiten unterschieden werden. Gute innere Objekte sind kaum verfügbar, Empathie kann nicht erlebt werden. Handlungen erfolgen teilweise in dissoziativen Bewusstseinszuständen. Die Verantwortung für impulsives Handeln wird kaum erlebt. In der Gegenübertragung entwickelt sich ein Gefühl der Fremdheit oder des Bedrohlichen.

Die OPD-Strukturachse beurteilt, ob ein oder eine PatientIn in den sechs Dimensionen jeweils ein hohes, mässiges, gering integriertes oder desintegriertes Niveau aufweist, wobei Zwischenstufen angegeben werden können. Die Einschätzungen werden zuletzt in einem Gesamturteil zusammengefasst. Der Befund der Strukturachse wird in vorliegender Studie bei Therapiebeginn (T1) und bei Therapieende (T2) erhoben, um die Änderungssensitivität dieser Achse zu messen.

Gütekriterien der OPD

Bei der OPD ist die Objektivität durch die Richtlinien im Manual, die Konflikt-Checkliste und die Struktur-Checkliste mit den entsprechenden Ankerbeispielen prinzipiell gewährleistet. Bei sorgfältigem Training ist die Auswertungsobjektivität höher. Eine höhere Interpretationsobjektivität kann erzielt werden, wenn keine individuellen Deutungen in die Interpretationen des Testwertes einfließen (Freyberger, Schneider, Heuft, Schauenburg, Seidler, 1998). Die Interraterreliabilität wurde in verschiedenen Studien überprüft (Freyberger et al., 1998; Rudolf et al., 1996). Im Forschungssetting liegen die gewichteten Kappa-Werte für die Beziehung Achse zwischen .56 und .62 im akzeptablen Bereich. In der Konfliktachse wird ein mittlerer Kappa-Wert von .61 (Range: .48 bis .71) über alle Konflikte erreicht, in der Strukturachse ein mittlerer Wert von .71 (Range: .60 bis .81). Gamper (2006) führte im Rahmen der Entwicklung des Strukturmerkmals-Erhebungsinstruments (SMEI), das auf der OPD-Struktur-Checkliste von Rudolf et al. (1988) basiert, eine Item- und Konsistenzanalyse durch. Cronbachs Alpha liegt für die Dimension Selbstwahrnehmung zwischen .87 und .93, für die Dimension Selbststeuerung zwischen .90 und .92, für die Dimension Abwehr zwischen .91 und .92, für die Dimension Objektwahrnehmung zwischen .90 und .93, für die Dimension Kommunikation zwischen .90 und .93 und für die Dimension Bindung zwischen .78 und .93. Die interne Konsistenz der Strukturachse ist somit gegeben. Eine Darstellung des aktuellen Forschungsstandes zur Validität der OPD-Achsen wird im Artikel von Cierpka et al. (2001) geleistet. Insbesondere wurden die Konstrukt- und die prognostische Validität für den Psychotherapieerfolg untersucht. Die betreffenden Ergebnisse sind in Kapitel 4.5 und 6.3 vorliegender Arbeit dargestellt worden. Die Studien zeigen auf, dass die Validität der OPD-Achsen als befriedigend bis gut bezeichnet werden kann.

10.2.2 Heidelberger Umstrukturierungsskala

Zur Messung der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur wird in vorliegender Arbeit die Heidelberger Umstrukturierungsskala (siehe Anhang) eingesetzt, die im Rahmen des OPD-Arbeitskreises entwickelt wurde (Rudolf et al., 2000).

Die Umstrukturierungsskala stellt eine Weiterentwicklung der „Assimilation of Problematic Experiences Scale“ (APES, Stile et al., 1992) dar und wurde in Richtung des von Rudolf (2000) entwickelten psychoanalytischen Prozess- und Veränderungsmodells modifiziert (vgl. Kapitel 5.3). Das Verfahren ist so konzipiert, dass es therapeutische Veränderungen auf der Ebene der symptomverursachenden oder aufrechterhaltenden Persönlichkeitsdispositionen wie pathogene Konfliktneigungen, strukturelle Funktionseinschränkungen oder dysfunk-

tionale Beziehungsbereitschaften misst. Hierbei wird die therapeutische „Veränderung als Umstrukturierung im Sinne einer zunehmenden Integration spezifischer ‚Problembereiche‘, die für die Psychodynamik eines Patienten von zentraler Bedeutung sind“ erfasst (Grande et al., 1997, S. 420).

Die Anwendung der Umstrukturierungsskala setzt die Formulierung dieser „Problembereiche“, der so genannten Problemfoki, voraus, anhand derer der Umstrukturierungsprozess beobachtet werden kann. Die Foki werden auf der Grundlage des OPD-Befundes definiert. Wie im vorangegangenen Kapitel beschrieben, gibt die OPD einen umfassenden Befund, der die Formulierung eines dysfunktionalen Beziehungsmusters (Beziehungsachse), Angaben zur Ausprägung von acht Konflikttypen (Konfliktachse) und Informationen zum Integrationsniveau in Bezug auf sechs Strukturdimensionen mit den untergeordneten Strukturmerkmalen (Strukturachse) enthält. Die aus der OPD abgeleitete Fokusliste ist in Tabelle 2 dargestellt und umfasst insgesamt 30 Merkmale. Diese Foki werden anschliessend mit der Umstrukturierungsskala beurteilt.

Tabelle 2

OPD-Befund mit Fokusliste der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Beziehung

Individualisierte Formulierung eines habituell-dysfunktionale Beziehungsmusters

Lebensbestimmende Konflikte

- | | |
|---------------------------|--|
| 1. Abhängigkeit/Autonomie | 5. Schuldkonflikt |
| 2. Unterwerfung/Kontrolle | 6. Ödipal-sexueller Konflikt |
| 3. Versorgung/Autarkie | 7. Identitätskonflikt |
| 4. Selbstwertkonflikt | 8. Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung |

Strukturelle Fähigkeiten/Vulnerabilitäten

- | | |
|---|---|
| 1. Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung | 4. Fähigkeit zur Objektwahrnehmung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflexion • Selbstbild • Identität • Affektdifferenzierung | <ul style="list-style-type: none"> • Subjekt-Objekt-Differenzierung • Empathie • Ganzheitliche Objektwahrnehmung • Objektbezogene Affekte |
| 2. Fähigkeit zur Selbststeuerung | 5. Fähigkeit zur Kommunikation |
| <ul style="list-style-type: none"> • Affekttoleranz • Selbstwertregulation • Impulssteuerung • Antizipation | <ul style="list-style-type: none"> • Kontakt • Verstehen fremder Affekte • Mitteilen eigener Affekte • Reziprozität |
| 3. Fähigkeit zur Abwehr | 6. Fähigkeit zur Bindung |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intrapyschische Abwehr • Flexibilität der Abwehr | <ul style="list-style-type: none"> • Internalisierung • Loslösung • Variabilität der Bindungen |

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala beschreibt mittels sieben Stufen unterschiedliche Prozesse des Umgangs eines oder einer PatientIn mit einem Problemfokus und erfasst Veränderungen, die dem Konzept der Umstrukturierung entsprechen (Rudolf et al., 2000):

- Stufe 1: Nichtwahrnehmung des Fokusproblems
- Stufe 2: Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusproblem
- Stufe 3: Vage Fokuswahrnehmung
- Stufe 4: Anerkennung und Erkundung des Fokus
- Stufe 5: Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich
- Stufe 6: Neustrukturierung im Fokusbereich
- Stufe 7: Auflösung des Fokus

Die Skala beginnt mit der Ausblendung eines Problemfokus auf Stufe 1. Auf Stufe 2 ist der Problemfokus störend geworden (Fehlhandlungen, unangenehme Gedanken). Das Störende wird weniger der eigenen Person, sondern der Aussenwelt zugeschrieben. Auf Stufe 3 bekommt der Fokus eine kontinuierliche Existenz. Die Zuwendung zum Fokus geschieht jedoch durch den Druck äusserer Schwierigkeiten und interpersoneller Spannungen. Auf Stufe 4 beschäftigt sich der oder die PatientIn aktiv und offensiv mit dem Fokusthema und beginnt, Verantwortung dafür zu übernehmen. Das Ergebnis dieser Bemühungen ist im erfolgreichen Fall die Bewältigung des Problemfokus. Die Stufe 5 kennzeichnet eine intensive Auseinandersetzung mit dem Fokus. Früher erfolgreiche Formen der Abwehr greifen nicht mehr, sondern werden brüchig. Diese vorübergehende Labilisierung kann Gefühle des Schmerzes und der Trauer auslösen und eine zunehmend realitätsgerechtere Wahrnehmung einleiten. Der eigentliche Umstrukturierungsprozess beginnt auf dieser Stufe. Auf Stufe 6 erlebt der oder die PatientIn, dass frühere Bewältigungs- und Abwehrformen nicht mehr benötigt werden; es tritt eine Entspannung ein. Defizite und Unzulänglichkeiten können besser akzeptiert und toleriert werden. Neue Erlebens- und Verhaltensmuster werden spontan umgesetzt. Stufe 7 beschreibt einen Zustand der Integration. Dies bedeutet, dass PatientInnen sich das Neue als Ergebnis der Umwertungs- und Anerkennungsprozesse angeeignet haben.

Jede der sieben Stufen kann im Hinblick auf den jeweils zu beurteilenden Fokus als „genau zutreffend“ oder als „zutreffend mit Tendenz zur nächst unteren Stufe“ beziehungsweise „zutreffend mit Tendenz zur nächst oberen Stufe“ beurteilt werden. Auf diese Weise können bei der Einschätzung auch Zwischenstufen gewählt werden. Die Hauptstufen sind jeweils durch ganze Zahlen kodiert. Die Zwischenstufen werden entsprechend der jeweiligen Tendenz mit einem Minus- oder Pluszeichen markiert (z.B. -3 oder +3) und für Berechnungen entsprechend numerisch umgesetzt (-3 entspricht 2.7, +3 entspricht 3.3) (Rudolf et al., 2000).

Gütekriterien der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Es wurden gute Interraterreliabilitäten von $r = .77$ (Pearson-Korrelation) für die Beurteilung der Foki auf der Umstrukturierungsskala erreicht (Grande et al., 2001). Die Validität wurde in verschiedenen Studien im stationären Setting und im ambulanten Setting nachgewiesen (vgl. Kapitel 6.3).

10.2.3 Auswertungsschritte

Die komplexe Ermittlung des Umstrukturierungsprozesses erfordert zwei methodische Schritte, die im Folgenden genauer beschrieben werden (Rudolf et al., 2000).

Bestimmung der Problemfoki

Auf der Grundlage des zu Therapiebeginn durchgeführten OPD-Interviews wurde der OPD-Befund der Beziehungs-, Konflikt und Strukturachse erhoben. Der OPD-Erhebungsbogen (www.opd-online.net) wurde der Homepage des OPD-Arbeitskreises entnommen. Die Autorin und die RaterInnen erhoben den Befund jeweils unabhängig voneinander. In Konsensdiskussionen prüften die RaterInnen eventuelle Unterschiede zwischen ihren Einschätzungen und einigten sich auf ein gemeinsames Urteil.

Auf der Grundlage des OPD-Befundes wurde aus der Fokusliste (Tabelle 2) für jeden und jede PatientIn fünf Foki ausgewählt. Diese Foki wurden hinsichtlich ihrer vermutlichen Relevanz für die Verursachung und Aufrechterhaltung der Beschwerden eines oder einer PatientIn ausgewählt. Es wurde angenommen, dass sich in diesen Problemfoki etwas ändern müsste, wenn sich die Probleme und Beschwerden des oder der PatientIn vermindern sollten.

Der erste Fokus stellte immer das dyfunktionale Beziehungsmuster dar. Die restlichen vier Foki wurden den Bereichen Konflikt und Struktur entnommen, wobei aus jedem der beiden Listenbereiche mindestens ein Fokus gewählt werden musste. Alle fünf Foki wurden ausformuliert im Sinne einer psychodynamischen Beschreibung des zentralen Problems der PatientInnen.

Beurteilung des Umstrukturierungswerts

In einem zweiten Schritt wurde die Position und Haltung der PatientInnen gegenüber den relevanten Problemfoki erfasst. Dies geschah mithilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala und dem dazugehörigen Manual (Rudolf et al., 2000). Anhand der Skala wurde zum Behandlungsbeginn die Art des Umgangs der PatientInnen mit jedem einzelnen der fünf ausgewählten Foki eingeschätzt.

Beim zweiten Interview, demjenigen zu Therapieende, gestaltete sich das Verfahren einfacher. Die Autorin und ein oder eine RaterIn erhoben unabhängig voneinander nur noch den OPD-Befund zur Strukturachse. Es musste beurteilt werden, ob sich hinsichtlich des Grades der Umstrukturierung der zum Messzeitpunkt T1 erhobenen Problemfoki eine Veränderung ergeben hat. Die RaterInnen einigten sich in einer anschließenden Konsensdiskussion auf ein

Expertenurteil (argumentative Validierung). Auf diese Weise konnten Veränderungen als Bewegungen der Foki auf der siebenstufigen Skala abgebildet werden.

Gütekriterien der vorliegenden Studie

Objektivität: In vorliegender Studie wurden für die Erhebung des OPD-Befundes und der Einschätzung der Umstrukturierung vier RaterInnen rekrutiert, die zuvor den Grund- und Aufbaukurs der OPD bei Prof. J. Küchenhoff an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Basel absolviert hatten. Die RaterInnen sind psychoanalytisch ausgebildeten PsychologInnen: Hanspeter Matthys, Sophie Schneider, Daniela Gamper und Jacqueline Hurt. Jacqueline Hurt, langjährige Mitarbeiterin der „Version Schweiz der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie“ (Mattanza et al., 2003), hatte im Rahmen der OPD- und Umstrukturierungsratings auch eine supervidierende Funktion. Die Autorin war bei allen Ratings dabei. Um die Objektivität des Konsensratings zu erhöhen, erfolgten die Ratings in wechselnder Kombination durch die verschiedenen RaterInnen.

Interraterreliabilität: In der vorliegenden Studie wurde die Interrater-Übereinstimmung der Strukturachse mit dem Kappa-Koeffizient (κ) von ermittelt. Eine gute Übereinstimmung erfordert einen Kappa-Wert über .70 (Bortz & Döring, 2005). Die Übereinstimmungen liegen für die Dimensionen Selbstwahrnehmung bei $\kappa = .62$, für Selbststeuerung bei $\kappa = .78$, für Abwehr bei $\kappa = .68$, für Objektwahrnehmung bei $\kappa = .63$, für Kommunikation bei $\kappa = .74$, für die Bindung bei $\kappa = .80$. Der Gesamtwert beträgt bei $\kappa = .78$. Die Strukturachse ist somit unter den RaterInnen zuverlässig geratet worden. Es ist davon auszugehen, dass die anderen Achsen (Beziehung und Konflikt) zuverlässig geratet wurden. Die Interrater-Übereinstimmung der mittleren Umstrukturierung auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala wurde überprüft. Für die Beurteilung der individuell ausgewählten Foki zu Therapiebeginn ergab sich eine Korrelation nach Pearson von $r = .83$, $p < .001$. Für die Einschätzung der Foki auf der Umstrukturierungsskala zu Therapieende wurde eine Korrelation von $r = .93$, $p = .001$ errechnet. Im Rahmen klinischer Studien werden Interraterreliabilitätswerte über .60 als gut beurteilt (vgl. Mattanza et al., 2006). Somit sind die Interraterreliabilitäten sehr gut.

10.3 Selbstbeurteilungsinstrumente

Im Folgenden werden Selbstbeurteilungsfragebögen beschrieben, die aus der Sicht der PatientInnen Hinweise auf den Therapieerfolg geben. Das Narzissmus-Inventar (NI) und das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) wurden ausgewählt, weil sie sich vor dem Hintergrund der psychodynamischen Theorie auf das relevante Konstrukt „Persönlichkeitsstruktur“

beziehen. Diese Tests sind in der Erhebung und Auswertung standardisiert und änderungs-sensitiv. Zusätzlich werden diese Instrumente zur Überprüfung der Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse eingesetzt. Das dritte Instrument, die Symptomcheckliste (SCL-90-R) ermöglicht es, die psychopathologische Symptomreduzierung zu erfassen.

10.3.1 Narzissmus-Inventar

Die Entwicklung des NI (Deneke & Hilgenstock, 2000) nahm ihren Ausgangspunkt in unterschiedlichen Narzissmustheorien von Kohut und Kernberg, die parallel zur Konstruktion des Fragebogens in eine umfassende Theorie des narzisstischen Persönlichkeitssystems integriert wurden. Der Begriff Narzissmus wird von Deneke und Hilgenstock (2000) im Sinn einer Selbstkonzeption (Selbstsystem) verwendet, die sich auf das Selbsterleben und dessen Regulation bezieht. Diese Regulationsvorgänge folgen zwei motivationalen Prinzipien: dem Ruheprinzip, das nach Befriedigung der gewohnten Bedürfnisse strebt, und dem entgegengesetzten Unruheprinzip, das von der Neugier auf Neues geleitet wird. Ständig muss die jeweilige narzisstische Balance neu organisiert oder durch aktive Regulationsprozesse aufrechterhalten werden. Das NI ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, das verschiedene theoretisch relevante Aspekte der Organisation und Regulation des narzisstischen Persönlichkeitssystems erfasst.

Die 163 Items des Instruments lassen sich aufgrund faktorenanalytischer Untersuchungen zu 18 Skalen zusammenfassen, die wiederum vier Bereichen zugeordnet werden können:

1. Dimension - *Das bedrohte Selbst*: Diese Dimension gibt Hinweise auf die Instabilität des Selbst. Ohnmächtiges Selbst (15 Items), Affekt-/Impulskontrollverlust (5 Items), Derealisation/Depersonalisation (6 Items), basales Hoffnungspotenzial (10 Items), Kleinheitsselbst (10 Items), negatives Körper selbst (10 Items), soziale Isolierung (10 Items), archaischer Rückzug (10 Items).
2. Dimension - *Das „klassisch“ narzisstische Selbst*: Hierbei werden Merkmale der narzisstischen Persönlichkeit beschrieben. Grössenselbst (10 Items), Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt (10 Items), Gier nach Lob und Bestätigung (10 Items), narzisstische Wut (10 Items).
3. Dimension - *Das idealistische Selbst*: Es geht hier um die Stabilisierung des Selbst durch Idealisierung. Autarkie-Ideal (10 Items), Objektbewertung (10 Items), Werte-Ideal (7 Items), symbiotischer Selbstschutz (10 Items)

4. Dimension - *Das hypochondrische Selbst*: Bei dieser Dimension ist eine Fokussierung des Körpers als Objekt kennzeichnend. Hypochondrische Angstbindung (5 Items), narzisstischer Krankheitsgewinn (5 Items).

Die Befragten geben auf einer Likertskala mit 5 Ausprägungen (1 bis 5) ihre Zustimmung beziehungsweise Ablehnung an. Das Item Basales Hoffnungs selbst geht umgepolt in die Wertung ein. Das Instrument ist hinsichtlich der Gütekriterien verlässlich. In einer neueren Studie wurde die Reliabilitätsüberprüfung und Normierung des NI anhand einer gesunden Vergleichsstichprobe durchgeführt (Meder, Juchems & Wietersheim, 2004). In dieser Studie konnten die guten Reliabilitätswerte repliziert werden: Testhalbierungsreliabilität ($r = .76$ bis $r = .93$). Die interne Konsistenz beträgt (Cronbachs Alpha = $.72$ bis $.91$). Die Validität konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (Deneke & Hilgenstock, 2000).

In Anlehnung an Kraus (1999), Seidler (1999) sowie Strauss und Burgmeier-Lohse (1994) wird in der vorliegenden Studie bei der Untersuchung der Längsschnittstichprobe und bei der Überprüfung der Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse ausschliesslich die erste Dimension des NI verwendet. Diese Dimension, Das bedrohte Selbst, gilt als besonderes änderungssensitiv und bildet die Therapieeffekte valider ab als die restlichen drei Dimensionen. Zudem steht diese Dimension mit ihrem psychostrukturellen Gehalt dem Konstrukt der psychischen Struktur im Sinne der OPD sehr nahe (Kraus, 1999). In der Querschnittsuntersuchung der Stichprobe hingegen werden die Ergebnisse sämtlicher Skalen dargestellt, um einen umfassenderen Vergleich der Gruppen zu erzielen.

10.3.2 Borderline-Persönlichkeits-Inventar

Das BPI von Leichsenring (1997) ist ein theoriegeleiteter Selbstbeurteilungsfragebogen für die Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. Der Test basiert im Wesentlichen auf den strukturellen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg (2000), die ausführlich in Kapitel 4.2 beschrieben wurden. Neben den strukturellen Kriterien Identitätsdiffusion, mangelhafte Realitätsprüfung, unreife Abwehrmechanismen und frühe Formen verinnerlichter Objektbeziehungen sind in den Items die Merkmale Impulskontrolle, affektive Symptome und Probleme in der Regulierung von Nähe und Distanz enthalten. Die Items des BPI sind auch vereinbar mit den DSM-IV-Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Dieses Instrument berücksichtigt 53 Items, die mit Ja oder Nein beantwortet werden. In der Auswertung wird neben der Summierung zu den vier Skalen Identitätsdiffusion und Entfremdungserlebnisse (12 Items), Angst vor Nähe (8 Items), primitive Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen (8 Items), mangelhafte Realitätsprüfung (5 Items) ein Cut-Off-Wert

(20 Items) gebildet. Dieser Cut-Off-Wert differenziert zu einem hohen Prozentsatz zwischen Personen mit oder ohne Borderline-Persönlichkeitsstörung. Es gilt $\text{Cut } 20 \geq 10$ als Cut-Off-Wert. Von den Borderline-Patienten werden anhand des Cut-offs 85% bis 89% korrekt als Borderline-Patienten klassifiziert. Neben dem Schweregrad der strukturellen Störung erfasst das Instrument die vorherrschenden Objektbeziehungsstile. In empirischen Untersuchungen von Leichsenring (1998) konnten die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = .91) und die nach der Retest-Methode ermittelten Reliabilitätskoeffizienten als zufrieden stellend bewertet werden. BPI-Skalen korrelieren signifikant mit andern diagnostischen Instrumenten wie zum Beispiel dem Borderline-Syndrom-Index von Conte, Plutchik, Karasu & Jerrett (1980). Signifikante Korrelationen stützen die Konstruktvalidität des BPI sowie Kernbergs strukturelle Theorie der Borderline-Persönlichkeitsorganisation. Es liegen Normen in Form von T-Werten für verschiedene diagnostische Gruppen vor. Das BPI ist relevant für die Indikationsdiagnostik, Therapieprozessdiagnostik und Veränderungsmessung.

10.3.3 Symptomcheckliste

Rudolf (2000) nennt den neurotischen Konflikt, das Strukturniveau und die Modi der Verarbeitung von Konflikt und struktureller Vulnerabilität, die für die Symptombildung eine wichtige Rolle spielen. In vorliegender Studie wird ein Instrument eingesetzt, das die deskriptiv-phänomenologischen klinischen Beschwerden erhebt.

Für die Einschätzung der Symptomatik kommt die SCL-90-R (Franke, 2002), die Symptom-Checkliste, zur Anwendung. Sie misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Die SCL-90-R ist ein aus 90 Items bestehender Selbstbeurteilungsfragebogen und anwendbar bei Jugendlichen ab 12 Jahren sowie bei Erwachsenen. Der Test wurde im Jahr 1977 von Derogatis entwickelt. Seit 1995 ist die deutsche Version von Franke in Anwendung.

Die 83 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, Paranoides Denken und Psychotizismus. Die grundsätzliche psychische Belastung zeigt der GSI (Gesamt-Schwere-Index) an. Die Belastung, die in jeder einzelnen Frage angesprochen wird, kann auf einer fünfstufigen Likertskala zwischen „überhaupt nicht“ (0) und „sehr stark“ (4) angegeben werden.

Das SCL-90-R gilt als Kernelement von Testbatterien in der Psychotherapieforschung und hat gute psychometrische Kennwerte (Schauenburg & Strack, 1998). Die Skalen der SCL-90-R

weisen eine gute Retest-Reliabilität auf ($r = .69$ bis $.92$), die internen Konsistenzen (Cronbachs alpha) der einzelnen Skalen liegen für klinischen Stichproben zwischen $r = .79$ und $.89$, die interne Konsistenz des GSI zwischen $r = .94$ und $.98$. Die Validität kann als gesichert angesehen werden.

10.4 ICD-10

Die Erhebung des psychopathologischen Befundes erfolgt mit dem Internationalen Klassifikationssystem der WHO (ICD-10) (Dilling et al., 1993). Bei Aufnahme der PatientInnen in die Klinik und bei ihrer Entlassung wird die diagnostische Einschätzung nach ICD-10 dokumentiert. Die Diagnosen werden durch Konsensbildung der behandelnden PsychotherapeutInnen mit den OberärztInnen der jeweiligen Station ermittelt. Zur Beschreibung der Stichprobe wurden lediglich die Entlassungsdiagnosen genutzt, da sie als klinisch gesicherter gelten können.

11 Statistische Verfahren

Die verwendeten statistischen Verfahren wie auch das jeweilige spezifische Vorgehen werden bei der Ergebnisdarstellung ausgewiesen. Für das grundsätzliche Vorgehen hinsichtlich der deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen gelten die nachfolgenden Angaben.

Für die Berechnung der Interraterreliabilität gilt das Folgende: Als numerischen Wert zur Bestimmung der Zuverlässigkeit der Raterübereinstimmungen wird Cohens Kappa verwendet. Kappa beschreibt analog dem Korrelationskoeffizienten, wie gut zwei oder mehrere Beurteiler übereinstimmen. Dabei erfordert eine gute Übereinstimmung einen Kappa-Wert über $.70$ (Bortz, 1999). Gerechnet wurde bei allen Instrumenten mit den Skalenrohwerten. Für die bivariaten Auswertungen wurden statistische Routineverfahren durchgeführt. Es sind im Einzelnen:

Nonparametrische Verfahren: Der X^2 -Test wurde für den Vergleich von Häufigkeitsverteilungen eingesetzt. Der H-Test von Kruskal-Wallis und der U-Test von Mann-Whitney für Gruppenvergleiche wurde bei ordinal- oder nominalskalierten beziehungsweise nicht-normalverteilten Merkmalen durchgeführt. Zur Überprüfung der im Therapieverlauf auftretenden Veränderungen bei ordinalskalierten Daten wurde der Wilcoxon-Test durchgeführt.

Parametrische Verfahren: Der t-Test und die einfaktorielle Varianzanalyse wurde für Gruppenvergleiche bei metrischen Merkmalen durchgeführt. Parametrische Verfahren wurden eingesetzt, wenn das Kriterium der Varianzenhomogenität erfüllt war. Der t-Test und die Varianzanalyse reagiert weitgehend robust gegenüber der Verletzung der Normalverteilung

(Bortz, 1999). A-posteriori-Tests für multiple Mittelwertvergleiche wurden mit der Bonferroni-Holm Korrektur für p-Werte durchgeführt.

Korrelationen: Spearmans Roh Korrelationen wurden für Assoziationen bei ordinalskalierten beziehungsweise nicht normalverteilten Merkmalen eingesetzt. Zusätzlich wurden Regressionsanalysen errechnet.

In die statistische Analyse der Veränderungsmessungen flossen nur die Daten der PatientInnen ein, welche die Therapie regulär beendeten und die entsprechenden Fragebögen vollständig ausgefüllt hatten. Deshalb variiert das „n“ je nach der untersuchten Fragestellung.

Es wurden Effektstärkemasse eingesetzt, um die Stärke therapeutischer Veränderungen anzugeben. Dabei wurden die Variablen der Selbstbeurteilungsinstrumente und der Heidelberger Umstrukturierungsskala verwendet. Die Wirksamkeit einer Therapie ausgedrückt, in Effektstärken, ist in der Evaluationsforschung weit verbreitet (Hartmann & Herzog, 1995). Zur Berechnung der Effektstärken der Veränderungsmessungen für abhängige Stichproben wird die Differenz der Mittelwerte zum ersten Messzeitpunkt (T1) und zum zweiten Messzeitpunkt (T2) durch die Streuung der Differenzen geteilt (Bortz & Döring, S. 606, 2005):

$$d = \mu_1 - \mu_2 / \sigma_D \cdot \sqrt{2}$$

Nach einer auf Cohen (1988) zurückgehenden Konvention gelten Effektstärken $d > .8$ als hoch, $d > .5$ als mittel und $d > .2$ als klein. Effektstärken aus Eingruppen-Prä-Post-Designs, also ohne Kontrollgruppe, dürfen jedoch nicht nach den Cohen'schen Kriterien bewertet werden, da sie höher als genannte Effektstärken ausfallen, welche aus Studien mit Kontrollgruppenvergleich resultieren (Hartmann & Herzog, 1995). Deshalb wird in vorliegender Studie in Anlehnung an Mestel, Neeb, Hauke, Klingelhöfer und Strauss (2000) eine Korrektur vorgenommen, was mit dem anzuwendenden Korrekturfaktor von $d = .10$ zu folgender Bewertung führt: $d > .3$ kleiner Effekt, $d > .6$ mittlerer Effekt, $d > .9$ grosser Effekt.

Neben der Überprüfung des Therapieeffekts werden individuelle Erfolgsparameter durch die statistische und klinische Signifikanz bestimmt. Das Konzept der statistischen und klinischen Signifikanz von Veränderungen wurde von Jacobson und Mitarbeitern (Jacobson & Truax, 1991) als Instrument der Psychotherapie-Outcome-Forschung entwickelt. Grundlegende Idee hinter diesem Konzept ist zunächst die Überprüfung statistisch signifikanter Änderungen des Zustandes eines oder einer PatientIn durch die Therapie. Der Reliable Change Index (RCI, Jacobson & Truax, 1991) wird hierbei zur Operationalisierung des statistischen Mindest-

veränderungskriteriums für einen individuellen Wert herangezogen. Eine Veränderung wird dann als statistisch signifikant angesehen, wenn eine Veränderung zwischen zwei Werten einer Person mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% als überzufällig gross gelten kann. Dies bedeutet, dass die individuelle Prä-Post-Messung als statistisch signifikant angesehen wird, wenn ihr Wert den RCI-Wert überschreitet. Die entsprechende Formel lautet folgendermassen (Schauenburg & Strack, 1998):

$$X_{1t1} - X_{1t2} > RCI$$

$$\text{Mit } RCI = 2 \cdot S_{\text{diff}} = 2 \cdot \sqrt{2 \cdot SE^2}$$

($X_{1t1} - X_{1t2}$: Prä-Post-Wert eines oder einer PatientIn, S_{diff} : Standardfehler der Differenz, SE: Standardmessfehler)

Die Überprüfung der individuellen statistischen Signifikanz bildet die Grundlage der Bewertung von Behandlungserfolg im Rahmen der Heidelberger Umstrukturierungsskala. Beim Konzept der klinischen Signifikanz wird die gemessene statistisch signifikante Veränderung zu einer Normstichprobe in Bezug gesetzt. Auf diese Weise lässt sich beurteilen, ob die erzielte Änderung auch von klinischer Relevanz ist (Jackobson & Truax, 1991). Die klinische Signifikanz konnte für die mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala erhobenen Werte nicht errechnet werden, da keine Normstichprobe vorliegt.

Die individuellen Erfolgsparameter im Sinne der statistischen und klinischen Signifikanz konnten für die Symptomcheckliste (SCL-90-R) bestimmt werden. Um die individuellen Prä-Post-Veränderungen der SCL-90-R zu erfassen, wurden in vorliegender Arbeit die errechneten Kennwerte des RCI und des Cut-Off-Scores von Schauenburg und Strack (1998) eingesetzt. Eine Veränderung des Gesamt-Schwere-Index (GSI) wurde als klinisch relevant eingeschätzt, wenn eine Reduktion des Mittelwertes bei Klinikeintritt um .42 Punkte erfolgte. Zudem wurde ein Cut-Off-Punkt definiert, der den Wechsel von klinisch auffälligen Werten in den Normalbereich aufzeigt. Dieser lag für den GSI bei .57.

Als signifikant wird ein Wert von $p < .05$ bezeichnet, das heisst die als signifikant angegebenen Zusammenhänge beruhen mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% auf einem systematischen Fehler. Bei einem Wert von $p < .05$ ist der Unterschied bezüglich der untersuchten Variablen signifikant, bei einem Wert von $p < .01$ hochsignifikant. Ein p -Wert zwischen .05 und .1 gilt als Trend. Die Statistiken werden mit dem handelsüblichen SPSS 11.0 for Windows Statistikpaket ausgeführt.

12 Littenheid – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Ziel von Kapitel 12 ist es, die Therapieform der stationären Psychotherapie in der Klinik Littenheid zu beschreiben. Alle drei Stationen umfassen je 20 Betten, sodass insgesamt 60 PatientInnen aufgenommen werden können. Die stationäre Behandlung umfasst psycho-, soziotherapeutische und somatische Massnahmen, demzufolge kommen auch vorwiegend psychotherapeutische, psychosoziale und pharmakologische Behandlungsverfahren zur Anwendung. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener SpezialistInnen aus dem medizinischen, psychotherapeutischen, sozial- und arbeitsagogischen Bereich gewährleisten eine individuelle psychische Entwicklung der PatientInnen.

Die Indikation für die stationäre Psychotherapie ist für PatientInnen mit folgenden Diagnosen gegeben: Persönlichkeitsstörungen, Essstörungen, funktionelle Störungen, Angst- und Zwangstörungen, affektive Störungen, Traumafolgen, remittierte Psychosen. Die Ausschlusskriterien sind schwere Selbst- und Fremdgefährdung, akute Psychosen und schwere körperliche Pflegebedürftigkeit.

Alle Stationen berücksichtigen einen therapeutischen Prozess mit spezifischen Behandlungsstufen: Das *Aufnahme-Prozedere* erfolgt entweder aufgrund externer Zuweisung oder als Übertritt von anderen Stationen der Klinik Littenheid. Alle PatientInnen werden aber erst nach einem Vorgespräch, in der Regel bei den OberärztInnen, in Vertretung auch bei den ärztlichen oder psychologischen TherapeutInnen der Psychotherapiestationen, aufgenommen. Die Indikation zur Aufnahme wird im Vorgespräch unter Berücksichtigung des psychischen Störungsbildes, des Therapieauftrags, des Behandlungsangebotes der Stationen und der jeweiligen Zusammensetzung des Stationsmilieus gestellt. Nach der Indikationsstellung wird der zeitliche Rahmen des Eintritts mit dem oder der PatientIn vereinbart. Die *Eintrittsphase* besteht aus den ersten zwei bis vier Wochen und dient dem gegenseitigen Kennenlernen, der anamnestischen Exploration sowie der konkreteren Vereinbarung der Therapieziele und der psychodynamischen Fokusbildung. In der *Behandlungsphase* wird mit den vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten intensiv mit den PatientInnen gearbeitet. Es finden regelmässig Standortbestimmungen statt, in denen die Therapieziele mit den PatientInnen überprüft werden. Falls erforderlich, kann das Therapieprogramm angepasst werden. Ist das Erreichen der Therapieziele absehbar oder die Aufenthaltsdauer fortgeschritten, wird mit dem oder der PatientIn der Beginn der *Austrittsphase* vereinbart und der Austrittstermin festgelegt. In dieser Phase hat die Vorbereitung der tragenden Strukturen ausserhalb des stationären Rahmens Priorität. Die Aufenthaltsdauer hängt auch von der Lebenssituation und dem Auftrag der

PatientInnen ab. Angestrebt wird eine Dauer von drei Monaten, manchmal auch länger. Die Mindestdauer sind vier Wochen.

Konzeptuell bieten die drei Stationen ein multidisziplinäres und multimodales Behandlungsmodell an, das psychoanalytische, verhaltenstherapeutische und systemische Ansätze integriert. Die Pflege ist verantwortlich für das sozio- und milieutheraeutische Angebot. Das Behandlungsangebot besteht aus Folgenden Elementen:

- Einzelpsychotherapie (ein bis zwei Sitzungen wöchentlich), Gruppentherapie (zwei Sitzungen wöchentlich), Gespräche mit Bezugsperson aus dem Pflegebereich, Maltherapie (einzeln und Gruppe), Körperorientierte Therapien (Bewegungstherapien, Körperwahrnehmungsgruppe, Yoga, rhythmische Bewegung, Entspannungsverfahren, Massage), Musiktherapie (einzeln und Gruppe)
- DBT-Skills-Gruppe (Fertigkeitentraining nach der Methode „Dialektisch Behaviorale Therapie“ nach Linehan, 1996)
- Spezielle Gruppentherapien für Patientinnen mit Essstörungen
- Ergotherapie, Holz- und Malateliers, Beschäftigungstherapie
- Milieutheraeutische Aktivitäten (Gruppentherapie für soziale Kompetenz, Kochgruppe, Freizeitaktivitäten, Sport, Leitung der Hausversammlungen)
- Sozialdienst

Das Behandlungsprogramm besteht aus einem für die PatientInnen obligatorischen psychotherapeutischen und milieutheraeutischen Rahmenprogramm, das individuell modifiziert werden kann. PatientInnen können zusätzlich indikationsgeleitet an weiteren Therapien aus den Bereichen Körperorientierte Therapie sowie Gruppentherapien und Aktivitäten teilnehmen. Das Behandlungskonzept basiert auf dem in Kapitel 6 beschriebenen integrativen Therapiemodell. Die durchgeführten Einzel- und Gruppentherapien werden unter verschiedenen Perspektiven in zahlreichen Rapporten, Fallbesprechungen sowie internen und externen Supervisionen begleitet.

Die Klinik hat drei Psychotherapiestationen, die sich jeweils bezüglich der Zielgruppe unterscheiden. Die Psychotherapiestation „Pünt Nord“ ist auf junge Erwachsene im Alter von 18 bis 35 Jahren spezialisiert. Das Behandlungsangebot der Psychotherapiestation „Pünt Mitte“ wendet sich zusätzlich an PatientInnen mit Depressionen und einer sekundären Abhängigkeitserkrankung. In der Psychotherapiestation „Pünt Süd“ sind neben dem herkömmlichen Behandlungsprogramm Kurztherapien, die vier bis sechs Wochen dauern, und Mutter/-

Vater-Kind-Hospitalisationen möglich. Auf beide der letztgenannten Stationen kommen PatientInnen im mittleren Erwachsenenalter. Für die Auswertung der Ergebnisse war die Zuteilung der PatientInnen zu den einzelnen Stationen nicht von Bedeutung.

13 Rekrutierung der Stichprobe

In die vorliegende Studie wurden PatientInnen der drei stationären psychotherapeutischen Abteilungen der Klinik Littenheid einbezogen. Die Stichprobe wurde zwischen Oktober 2004 und Oktober 2005 konsekutiv aufgenommen. Die Teilnahmebedingungen für die Studie erfüllten alle PatientInnen, für die eine Indikation zur stationären Therapie gestellt worden war und sich der Behandlung auf einer der drei Psychotherapiestationen unterzogen. Als Behandlungsabbruch wurde unabhängig vom Zeitpunkt jede Entlassung definiert, die von den TherapeutInnen der Klinik nicht als „regulär“ bezeichnet wurde. Diese Entlassungen wurden weiter differenziert in „patientenseitig veranlasste Beendigungen“ und „klinikseitig veranlasste Beendigungen“ (disziplinarische Entlassungen und Verlegungen) (Lotz-Rambaldi, Lang, Koch & Schulz, 2000). Insgesamt konnten durch die TherapeutInnen der Psychotherapiestationen 46 PatientInnen zur Teilnahme an der Studie motiviert werden. Eine weitere Patientin wurde nicht in die Studie aufgenommen, weil sie während des Interviews stark sediert war, wodurch in der Folge das Interview unterbrochen werden musste. Die Teilnahme zu einem späteren Zeitpunkt war wegen des Ablaufs der Rekrutierungsphase nicht mehr möglich. Zwei PatientInnen entschieden sich kurz vor Interviewbeginn, doch nicht an der Studie teilzunehmen. Zwei weitere PatientInnen waren kurz nach dem Interview nicht mehr bereit, an der Studie teilzunehmen. Zur besseren Übersicht wird hier zuerst die Durchführung der Interviews und im Anschluss daran der Rücklauf der Fragebögen beschrieben.

13.1 Durchgeführte OPD-Interviews

Von den 44 PatientInnen, die zum Therapiebeginn (T1) am OPD-Interview teilnahmen, konnten 36 PatientInnen zu ihrem jeweiligen Therapieende (T2) interviewt werden. Um die Erhebungsphase von einem Jahr einzuhalten, wurden zwei PatientInnen drei Wochen vor dem geplanten Austritt interviewt. Ein Patient wurde zu T2 nach sechs Wochen seines Klinikeintritts interviewt.

Acht PatientInnen konnten zum Austrittsinterview, Zeitpunkt T2, nicht befragt werden. Die Gründe sind die Folgenden: Acht PatientInnen brachen die Therapie vorzeitig ab, was einer Abbruchsquote von 18% entspricht. Die Austritte erfolgten sehr rasch, oft auch überstürzt, sodass es der Autorin nicht mehr möglich war, die Patientin während ihres Klinikaufenthaltes

zu interviewen. Mit diesen acht PatientInnen wurde jedoch kurz nach Austritt telefonisch Kontakt aufgenommen. Sechs Personen dieser Gruppe liessen sich nicht zu einem nachträglichen Austrittsinterview (T2) motivieren. Nur zwei Personen waren zu Beginn einverstanden, zu einem Austrittsinterview zu erscheinen, kamen jedoch unentschuldigt nicht zum Interviewtermin in die Klinik. Es fanden somit mit diesen acht Personen keine Interviews zu T2 statt. Es waren vier patientenseitig veranlasste Beendigungen. Zwei PatientInnen mussten auf die geschlossene Akutaufnahme verlegt werden. Weitere zwei Patienten mussten die Station aus disziplinarischen Gründen verlassen.

13.2 Rücklauf Fragebogen

Von der Ausgangsstichprobe von 44 PatientInnen retournierten zum Therapieende (T2) 31 PatientInnen die Austrittsfragebögen. Insgesamt wurden von 13 Personen die Fragebögen zu T2 nicht zurückgegeben. Bei fünf dieser 13 PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten und zu T2 interviewt wurden, sind die Gründe für die fehlende Rückgabe nicht bekannt. Die acht Personen, die zu T2 nicht interviewt wurden, sind TherapieabbrecherInnen. Diesen konnten die Austrittsfragebögen bei Austritt nicht abgeben werden. Trotzdem wurden diesen PatientInnen nach telefonischer Einwilligung die Fragebögen zugesandt. Es erfolgte jedoch keine Rückgabe der Fragebögen.

Insgesamt sind eine Längsschnittstichprobe mit Daten von 36 PatientInnen (67% von 44) sowie Daten zum Therapiebeginn der acht TherapieabbrecherInnen vorhanden. Der überwiegende Teil der verlaufsbezogenen Analysen beruht auf der Datenbasis dieser 36 UntersuchungsteilnehmerInnen. Einzelne Berechnungen basieren aufgrund fehlender Angaben auf kleineren Stichproben.

14 Beschreibung der Stichprobe

Im vorliegenden Kapitel werden die zentralen soziodemografischen Merkmale der gesamten Ausgangsstichprobe beschrieben. Die Tabellen im Anhang geben einen Überblick über die relevanten Merkmale. Im Folgenden werden die wichtigsten Angaben bezüglich Alter, Familienstand, höchster Schulabschluss, Beruf, Vorerfahrung mit ambulanter, teilstationärer und stationärer Therapie, Behandlungsdauer und Arbeitssituation nach der Entlassung aufgeführt. Zusätzlich werden die Diagnosen tabellarisch dargestellt.

Die Untersuchungsgruppe umfasste $N = 44$ Personen. Insgesamt dauerte die durchschnittliche Behandlung auf der Psychotherapiestation in der Klinik 11.84 Wochen ($SD = 4.74$).

Es nahmen 25 Frauen (57%) und 19 Männer (43%) an der Studie teil. Das Durchschnittsalter der PatientInnen lag bei $M = 30.50$ Jahren ($SD = 11.26$). Das Mindestalter war 18 Jahre, das Höchstalter 63 Jahre. Die meisten PatientInnen waren ledig ($n = 31, 71\%$). Der Anteil der PatientInnen, die unabhängig vom Zivilstand in einer festen Partnerschaft lebten, betrug $n = 15 (34\%)$. 29 PatientInnen (65%) hatten keine keine PartnerIn. Die meisten Personen hatten keine Kinder ($n = 30, 67\%$).

Viele PatientInnen ($n = 25, 57\%$) absolvierten als höchste Schulbildung eine Berufslehre oder Fachschule. 12 PatientInnen (27%) schlossen ausschliesslich die obligatorische Volksschule ab und fünf Personen hatten einen universitären Abschluss. Hinsichtlich der letzten beruflichen Stellung waren 28 PatientInnen (64%) in ausführenden Berufen tätig. Hiermit sind Tätigkeiten gemeint, die handwerkliche Berufe, Gelegenheitsarbeiten und Berufslehren integrieren. 16 PatientInnen (36%) waren in Kaderpositionen oder als höhere Angestellte beschäftigt. Nach der Behandlung in der Klinik Littenheid waren 21 (48%) ohne Lohnarbeit (stellenlos, Hausfrauen, in Pension), 8 (18%) in Ausbildung und weitere 15 (34%) PatientInnen berufstätig.

33 PatientInnen (75%) waren vor Klinikeintritt in ambulanter Behandlung. Die Mehrzahl der PatientInnen war vor der Aufnahme in den zurückliegenden Jahren nicht stationär behandelt worden ($n = 25, 57\%$). 29 PatientInnen (81%), die zu Therapieende befragt werden konnten, gaben an, eine nachbehandelnde ambulante Psychotherapie durchführen zu wollen. Weitere drei PatientInnen (8%) waren sich diesbezüglich nicht sicher und vier (11%) wollten keine ambulante Nachbehandlung.

Tabelle 3 enthält die Einteilung der Symptomdiagnosen nach ICD-10.

Tabelle 3

Symptomdiagnosen der Stichprobe

Symptomdiagnosen nach ICD-10	n = 42	%
F1 Abhängigkeitserkrankungen	7	17
F3 Affektive Störungen	15	36
F4 Angststörungen	3	7
F4 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8	19
F5 Essstörungen	6	14
F9 Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen	3	7

In Tabelle 3 beziehen sich die Symptomdiagnosen auf die Entlassungsdiagnosen, da sie im Vergleich zu den Eintrittsdiagnosen als klinisch gesicherter gelten können. Es wurden die Symptomdiagnosen dargestellt, unabhängig davon, ob die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung vergeben wurde. Es zeigte sich ein Schwerpunkt bei den affektiven Störungen.

Die Diagnose Persönlichkeitsstörung wurde als Haupt- und Nebendiagnose vergeben. Bei 25 PatientInnen (57%) wurde eine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Dabei wurde am häufigsten die kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0, 11 Fälle: narzisstisch/emotional instabile Anteile, narzisstisch/schizoide Anteile, narzisstisch/dissoziale Anteile) gefolgt von der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline Typus (ICD-10: F60.31, 9 Fälle) gesehen. Die Geschlechter unterschieden sich nicht hinsichtlich der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung.

Beschreibung der TherapieabbrecherInnen

Die Gruppe der PatientInnen, welche die Therapie abgebrochen haben, wird bezüglich der soziodemografischen Merkmale beschrieben und diese mit der Längsschnittstichprobe verglichen.

Die Gruppe der TherapieabbrecherInnen umfasste acht Personen (18%). Die Abbrüche erfolgten nach durchschnittlich sieben Wochen ($SD = 3.44$) auf der Station. Die Gruppe umfasste drei Frauen und fünf Männer. Das Durchschnittsalter lag bei $M = 21.75$ Jahren ($SD = 2.49$). Bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, lag das Durchschnittsalter bei $M = 32.44$ ($SD = 11.55$). Die TherapieabbrecherInnen waren somit signifikant um 11 Jahre jünger als die regulär ausgetretenen PatientInnen ($t(42) = 2.59, p < .05$). Bei den TherapieabbrecherInnen hatten sieben von acht keine oder keinen PartnerIn. Alle TherapieabbrecherInnen waren ledig. Bezüglich der Anzahl Kinder gab es signifikante Unterschiede. Keine der TherapieabbrecherInnen hatte Kinder ($X^2(1) = 4.56, p < .05$).

Die Hälfte der TherapieabbrecherInnen schlossen ausschliesslich die obligatorische Volksschule ab, weitere drei Personen befanden sich in Ausbildung (Berufslehre). Hinsichtlich der letzten ausgeführten beruflichen Stellung ergaben sich signifikante Unterschiede. Alle acht TherapieabbrecherInnen waren in ausführenden Positionen beschäftigt (handwerkliche Berufe, Gelegenheitsarbeiten und Berufslehren, ($X^2(1) = 5.59, p < .05$). Fünf PatientInnen waren vor Klinikeintritt in fachspezifischer ambulanter Behandlung und hatten frühere Hospitalisierungen in psychiatrischen Kliniken erlebt.

Bezüglich den symptombezogenen Diagnosen wurden bei vier PatientInnen eine Abhängigkeitserkrankung, bei zwei Personen eine affektive Störung, bei einer Person eine Angststörung und bei einer Person eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) diagnostiziert. Bei sechs Personen wurde zusätzlich die Diagnose Persönlichkeitsstörung festgestellt. Somit wurde bei 75% der TherapieabbrecherInnen eine Persönlichkeitsstörung gesehen. Bei den PatientInnen, die regulär beendeten, betrug der Anteil an Persönlichkeitsstörungen 53%. Bezüglich den Diagnosen gab es keine signifikante Unterschiede zwischen TherapieabbrecherInnen und den PatientInnen, die regulär ausgetreten.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich hinsichtlich des Alters, der Kinderanzahl und der beruflichen Position (vorwiegend ausführende Berufe) signifikante Unterschiede ergaben zwischen den TherapieabbrecherInnen und den PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten.

III Ergebnisse

Dieses Kapitel bezieht sich auf die Behandlungsergebnisse von PatientInnen, die auf den psychoanalytisch orientierten Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid hospitalisiert waren. Zuerst werden in Kapitel 15 die Ausgangsbefunde zur Persönlichkeitsstruktur und zur psychopathologischen Symptomatik der PatientInnen, die zu Beginn der Therapie erhoben wurden, präsentiert. Dabei wird auf die unterschiedlichen Befunde der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen fokussiert. Ein zentrales Anliegen ist es dabei, persönlichkeits- und symptomspezifische Merkmale zu identifizieren, die im Zusammenhang mit der Art, wie die Therapie beendet wird, stehen.

In Kapitel 16, werden die strukturellen und psychopathologischen Veränderungen der PatientInnen im Behandlungsverlauf dargestellt. Es interessiert die globale Beurteilung des Behandlungserfolgs der stationären psychoanalytisch orientierten Psychotherapie im Sinne einer Umstrukturierung und Symptomremission. Im Zentrum steht die Bildung von Umstrukturierungsgruppen, wobei die Bedingungen seitens der PatientInnen, die zu einem positiven Behandlungsergebnis führen, näher untersucht werden. In diesem Zusammenhang wird untersucht, ob die unterschiedlichen Umstrukturierungsintensitäten mit der Ausprägung der psychopathologischen Symptombelastung einhergehen. Die Ergebnisse beziehen sich auf die Perspektive der PatientInnen und der UntersucherInnen.

In dieser Arbeit wird die revidierte Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) verwendet, die eine siebenstufige Einschätzung der Integrationsniveaus der Strukturdimensionen erlaubt (Rudolf, 2004). In Kapitel 17 werden die Ergebnisse bezüglich der Überprüfung der Änderungssensitivität der Strukturachse dargestellt. Danach werden korrelative Zusammenhänge zwischen der OPD-Strukturachse als Fremdeinschätzungsinstrument und den Instrumenten Narzissmus-Inventar (NI) und Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) dargestellt.

Die Ergebnisse beruhen stets auf der maximal verfügbaren Stichprobengrösse. Um die Übersicht über die Befunde der Studie zu erleichtern, erfolgt jeweils am Ende der Kapitel eine Zusammenfassung der Ergebnisse. Diskutiert werden die Ergebnisse allerdings erst im letzten Teil IV vorliegender Arbeit.

15 Unterschiede zwischen regulär austretenden PatientInnen und TherapieabbrecherInnen zu Therapiebeginn (T1)

Im vorliegenden Kapitel wird der Ausgangsbefund der PatientInnen zu Therapiebeginn (T1) umrissen. Dabei wird über die Ergebnisse der auf der persönlichkeitspsychologischen und psychopathologischen Analyseebene eingesetzten Fremdbeurteilungs- und Selbstbeschreibungsverfahren berichtet. Kapitel 15.1 gibt einen Überblick über den OPD-Befund, wobei die Ergebnisse der Beziehungs-, der Konflikt- und der Strukturachse dargestellt werden. Anschliessend werden in Kapitel 15.2. die Problemfoki, die mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala erhoben wurden, auf deskriptiver Ebene aufgezeigt. Schliesslich werden in Kapitel 15.3 die psychometrischen Befunde des NI, des BPI und der Symptomcheckliste (SCL-90-R) beschrieben.

Im Zentrum vorliegenden Kapitels steht die Frage, inwiefern sich die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, von den TherapieabbrecherInnen unterscheiden. Dabei werden Hinweise auf patientenspezifische Merkmale, die eine prognostische Bedeutung für die Art der Beendigung der Therapie haben, überprüft. Es wird erwartet, dass die TherapieabbrecherInnen im Vergleich zu den PatientInnen, die regulär die Therapie beendeten, schlechtere Ressourcen beim OPD-Befund und ungünstigere Werte bei den psychometrischen Befunden aufweisen.

15.1 Ergebnisse des OPD-Befunds – Fremdbeurteilung

Der OPD-Befund bezieht sich auf die Fremdeinschätzung der Beziehungs-, Konflikt- und Strukturachse der PatientInnen. Die OPD-Einschätzungen basieren auf videodokumentierten Forschungsinterviews mit Konsensrating.

15.1.1 Ergebnisse der OPD-Beziehungsachse (Achse II)

Das Ziel der Untersuchung ist es, das habituelle dysfunktionale Beziehungsverhalten der PatientInnen zu eruieren. In vorliegender Arbeit wurde die Beziehungsachse der neuen Version der OPD-II verwendet (Grande et al., 2005). Bei der Untersuchung wurden die einzelnen Items über die Erlebensperspektive des/der PatientIn und der UntersucherIn zu den übergeordneten acht Beziehungsthemen gemäss den Oktanten des interpersonellen Kreismodells zusammengefasst. Die Positionen der Beziehungsthemen waren entweder auf der aktiven (auf das Gegenüber gerichteten) oder auf der reaktiven (auf das Selbst gerichteten) Ebene. Zusätzlich wurden die Positionen der Beziehungsthemen auf den komplementären Polen „feindselig“ versus „freundlich“ (Affiliation) sowie auf den Polen „Autonomie gewährendes Verhalten und Verselbständigung“ versus „Kontrolle und Anpassung“ (Inter-

dependenz) auf dem Kreismodell bestimmt. Dargestellt werden im Folgenden die häufigsten Items und deren übergeordnete Beziehungsthemen bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten ($n = 36$). Die Beziehungsmuster der TherapieabbrecherInnen ($n = 8$) werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

Regulär austretende PatientInnen

In der *Erlebensperspektive der PatientInnen* zeigte sich, dass deren Beziehungsverhalten, gemäss ihrem Selbsterleben, aktiv und reaktiv geprägt war. Hierbei war das Item 7 „Sich besonders kümmern“ am deutlichsten besetzt (13 von 36, 36%). Dieses Item konnte dem Beziehungsthema „Sich kümmern“ zugeordnet werden und wies eine Mischung von positiver Affiliation und Kontrolle (negative Interdependenz) auf. Weiter wurde das Item 31 „Sich wenig anlehnen, sich wenig bedürftig zeigen“ mit 28% (10 von 36) häufig genannt. Dieses Item war dem Beziehungsthema „Sich anlehnen“ zugeordnet mit negativer Affiliation und positiver Interdependenz im Sinne von Verselbständigung.

Die *PatientInnen erlebten andere Menschen* als aktiv und reaktiv. Das Item 15 „Ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen“ gehörte zum übergeordneten Beziehungsthema „Sich kümmern“ und kam am häufigsten vor (9 von 36, 25%). Diesmal war dieses Beziehungsthema mit einer negativen Affiliation (feindselig) und positiver Interdependenz (in dem Sinne, dass der/die andere sich selbst überlassen wird). Zusätzlich war das übergeordnete Beziehungsthema „Kontakt zulassen“ mit dem Item 32 „Sich zurückziehen, abschotten“ mit 19% (7 von 36) häufig vertreten.

Bezüglich der *Erlebensperspektive der UntersucherInnen* zeigte sich, dass sie die PatientInnen reaktiv erlebten. Das Item 31 „Sich wenig anlehnen, sich wenig bedürftig zeigen“ war dem Beziehungsthema „Sich anlehnen“ zuzuordnen und kam mit 22% (8 von 36) vor. Es war von negativer Affiliation und positiver Interdependenz. Die *UntersucherInnen erlebten sich selber* gegenüber den PatientInnen, als sich zurückziehend und abschottend (Item 32). Dies entsprach dem Beziehungsthema „Kontakt zulassen“ (9 von 36, 25%).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich das dysfunktionale Beziehungsmuster im komplementären Themenpaar „Sich kümmern/sich anlehnen“ finden liess. Zusätzlich kam das Beziehungsthemenpaar „Kontakt zulassen/Kontakt aufnehmen“ häufig vor. Die PatientInnen schrieben der eigenen Person und anderen Personen reaktive und aktive Verhaltensweisen zu.

TherapieabbrecherInnen

Hinsichtlich des dysfunktionalen habituellen Beziehungsverhaltens der acht TherapieabbrecherInnen zeigten sich andere Beziehungsthemen als bei den PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten.

In der *Erlebensperspektive der PatientInnen* zeigte sich, dass diese in ihrem Selbsterleben viel Freiraum und Selbständigkeit (Item 17) für sich beanspruchten. Dieses Item war mit negativer Affiliation und positiver Interdependenz dem Beziehungsthema „Sich entfalten“ zugeordnet und kam am häufigsten vor. Zusätzlich kam das Item 27 „Sich selbst entwerten“ vor, das zu dem Beziehungsthema „Sich zur Geltung bringen“ mit negativer Affiliation und negativer Interdependenz gehörte. Beide Beziehungsthemen bezogen sich auf reaktives Verhalten.

Die *PatientInnen erlebten das Verhalten anderer Menschen* als aktiv, nämlich als sich einmischend (Item 9, Beziehungsthema: „Freiraum lassen“) und entwertend sowie beschämend (Item 11, Beziehungsthema: „Andere anerkennen“). Diese Aspekte waren von negativer Affiliation und negativer Interdependenz geprägt.

Aus der *Perspektive der UntersucherInnen* fand sich das Beziehungsthema „Sich zur Geltung bringen“ bestätigt, allerdings mit positiver Affiliation im Sinne von „Sich wichtig machend“ (Item 19) und positiver Interdependenz.

Bezüglich der *Erlebensperspektive der UntersucherInnen* zeigte sich, dass diese „Sich schützend“ (Item 30) gegenüber den PatientInnen erlebten und weniger „Kontakt zulassen“ (Item 32). Beide Beziehungsthemen waren von negativer Affiliation und positiver Interdependenz geprägt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass bei den TherapieabbrecherInnen das dysfunktionale Beziehungsmuster durch die komplementären Themenpaare „Andere anerkennen/sich zur Geltung bringen“ und „Sich entfalten/Freiraum lassen“ gekennzeichnet war. Während die PatientInnen sich selbst reaktiv wahrnahmen, wurden andere Personen in ihrem Verhalten als aktiv empfunden.

15.1.2 Ergebnisse der OPD-Konfliktachse (Achse III)

Die OPD-Achse III widmet sich den zentralen Konflikten der PatientInnen. Im Folgenden werden die Konflikttypen der Ausgangsstichprobe beschrieben und wiederum die Unterschiede zwischen den PatientInnen, die regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen festgehalten. Ein bestimmter Konflikt lag nach OPD-Definition vor, wenn er in der OPD-

Diagnose entweder als „wichtigster“ oder als „zweitwichtigster“ Konflikt angegeben wurde (Arbeitskreis OPD, 2001). In Tabelle 4 werden die absoluten und relativen Häufigkeiten der erst- oder zweitwichtigsten Konflikte unabhängig vom Verarbeitungsmodus dargestellt. In Anlehnung an Grande, Oberbracht und Rudolf (1998) wurde zwischen dem wichtigsten und zweitwichtigsten Konflikt nicht unterschieden.

Tabelle 4

Absolute und relative Häufigkeiten der erst- und zweitwichtigsten Konflikte (OPD-Achse III) der regulär austretenden PatientInnen (n = 36), und TherapieabbrecherInnen (n = 8)

OPD-Achse III: Konflikt	Regulärer Austritt n = 36		Therapieabbruch n = 8	
	Liegt vor	In Bezug auf RA %	Liegt vor	In Bezug auf TA %
Abhängigkeit/Autonomie	6	8	4	25
Unterwerfung/Kontrolle	23	31	5	31
Versorgung/Autarkie	21	28	1	6
Selbstwertkonflikte	13	18	4	25
Schuldkonflikte	4	6	2	13
Ödipal-sexuelle Konflikte	5	7	0	0
Identitätskonflikte	1	1	0	0
Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung	1	1	0	0

Anmerkungen. RA = Regulärer Austritt, TA = Therapieabbruch.

Auf deskriptiver Ebene ist der Tabelle 4 zu entnehmen, dass in der Gruppe der PatientInnen, die regulär austraten, die Konflikte Unterwerfung-Kontrolle und Versorgung-Autarkie am häufigsten als erst- oder zweitwichtigster Konflikt vorkamen. In der Gruppe der TherapieabbrecherInnen wurden die Konflikte Unterwerfung-Kontrolle, Abhängigkeit-Autonomie und die Selbstwertkonflikte entweder als bedeutsam oder als sehr bedeutsam eingestuft. In obiger Tabelle 4 ist ersichtlich, dass für die Gruppe der PatientInnen, die regulär austraten, der Identitätskonflikt und die Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung sehr selten bedeutsam waren. Bei den TherapieabbrecherInnen waren die ödipal-sexuellen Konflikte, die Identitätskonflikte und die fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung nicht vorhanden.

Mittels des nonparametischen Verfahrens (U-Test nach Mann-Whitney) wurde ausschliesslich für den Konflikt Versorgung-Autarkie ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ermittelt (RA: Median: 2.00, Spannweite: 3.00; TA: Median: .50, Spannweite: 2.00; $Z = -2.64$, $p < .01$). PatientInnen, die regulär austraten, zeichneten sich somit durch bedeutsame

oder sehr bedeutsame Versorgung-Autarkie-Konflikte aus. Es zeigte sich zudem, dass der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt am stärksten bei TherapieabbrecherInnen ausgeprägt war, allerdings nur in der Tendenz (RA: Median: 0.00, Spannweite: 3.00; TA: Median: 1.50, Spannweite: 3.00; $Z = -1.78, p < .1$). Bei den restlichen in der Tabelle 4 aufgeführten Konflikten wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt ($Z = -.18$ bis $-1.64, ns$).

In der OPD-Diagnose stellt der Verarbeitungsmodus eine zentrale Differenzierung der Konflikte dar. Gemäss Definition der OPD wird der Verarbeitungsmodus ausschliesslich für den wichtigsten Konflikt eines/einer PatientIn bestimmt. Der aktive Modus betont die Objektbezogenheit, es überwiegt die kontraphobische Abwehr und Reaktionsbildung. Der passive Modus deutet auf die regressive Abwehrhaltung hin (Arbeitskreis OPD, 2001).

Tabelle 5

Absolute und relative Häufigkeiten des wichtigsten Konflikts (OPD-Achse III) in Abhängigkeit des Verarbeitungsmodus für die regulär austretenden PatientInnen ($n = 36$) und TherapieabbrecherInnen ($n = 8$)

OPD-Achse III: wichtigster Konflikt	n	Modi der Verarbeitung des wichtigsten Konflikts			
		Vorwiegend aktiv	Gemischt eher aktiv	Gemischt eher passiv	Vorwiegend passiv
Regulärer Austritt					
Abhängigkeit/Autonomie	5	1	1	1	2
Unterwerfung/Kontrolle	10	2	3	2	3
Versorgung/Autarkie	9	1	5	1	2
Selbstwertkonflikte	11	6	3	0	2
Schuldkonflikte	1	0	0	0	1
Gesamt	36 (100%)	10 (28%)	12 (33%)	4 (11%)	10 (28%)
Therapieabbruch					
Abhängigkeit/Autonomie	4	2	2	0	0
Unterwerfung/Kontrolle	1	1	0	0	0
Selbstwertkonflikte	3	3	0	0	0
Gesamt	8 (100%)	6 (75%)	2 (25%)	0	0

Tabelle 5 zeigt, wie häufig die verschiedenen Verarbeitungsmodi entsprechend dem jeweiligen wichtigsten Konflikt vorkamen. Auf deskriptiver Ebene kann festgehalten werden, dass die Konflikte der TherapieabbrecherInnen im Gegensatz zu den PatientInnen, die regulär austraten, im aktiven Bereich der Verarbeitungsmodi lagen. Dieser Unterschied war allerdings nicht signifikant ($Z = -1.57, ns$). Tabelle 5 zeigt zudem auf, dass der reifere Konflikt Unter-

werfung-Kontrolle als wichtigster Konflikt bei den TherapieabbrecherInnen kaum vorkam. Es ist deshalb davon auszugehen, dass dieser Konflikt, der in Tabelle 4 mit 31% vorkam, als zweitwichtigster Konflikt eingeschätzt wurde.

Bei den PatientInnen, die regulär austraten, war eine gleichmässigerer Verteilung der Verarbeitungsmodi über die wichtigsten Konflikte zu finden. Der in dieser Gruppe selten vorkommende Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt und der häufigere Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt wurden gleichermaßen aktiv, gemischt eher aktiv, gemischt eher passiv und passiv verarbeitet. Bei dem Versorgung-Autarkie-Konflikt war ein leicht höherer Anteil an PatientInnen mit aktiver Konfliktverarbeitung beobachtbar. Die aktive Verarbeitung war beim Selbstwertkonflikt noch deutlicher zu konstatieren.

15.1.3 Ergebnisse der OPD-Strukturachse (Achse IV)

Die OPD versteht die Struktur als eine für den Einzelnen typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die sich im interaktionellen Handeln manifestiert. Die Struktur umfasst die Gestaltung und Funktionsweisen des Selbst in der Beziehung zum anderen (Arbeitskreis OPD, 2001). Tabelle 6 gibt Auskunft über die statistischen Kennwerte in Bezug auf die Integrationsniveaus der Strukturdimensionen und der Gesamtstruktur der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und der TherapieabbrecherInnen.

Tabelle 6

Medianwerte der Strukturdimensionen und Gesamtstruktur (OPD-Achse IV) der regulär austretenden PatientInnen (n = 36) und der TherapieabbrecherInnen (n = 8)

OPD-Achse IV Struktur	Regulärer Austritt n = 36		Therapieabbruch n = 8		Statistischer Unterschied zwischen den Gruppen (U-Test nach Mann-Whitney)
	Median	Spannweite	Median	Spannweite	
Selbstwahrnehmung	2.00	2.00	2.75	1.00	Z = -1.95, p < .1
Selbststeuerung	2.00	2.50	3.00	1.50	Z = -2.99, p < .01
Abwehr	2.00	2.00	2.75	1.50	Z = -1.98, p < .05
Objektwahrnehmung	2.00	2.00	2.50	1.00	Z = -1.53, ns
Kommunikation	2.00	2.00	2.00	1.50	Z = -.48, ns
Bindung	2.25	1.50	2.50	1.00	Z = -.70, ns
Gesamteinschätzung Struktur	2.00	1.50	2.50	1.00	Z = -1.83, p < .1

Anmerkungen. Strukturdimensionen: 1 = gut integriert, 1.5 = gut bis mässig integriert, 2 = mässig integriert, 2.5 = mässig bis gering integriert, 3 = gering integriert, 3.5 = gering bis desintegriert, 4 = desintegriert. In vorliegender Arbeit wurde die neue OPD-Struktur-Achse verwendet, die eine siebenstufige Einschätzung der Strukturdimensionen erlaubt, ns = nicht signifikant.

Bei Betrachtung der Strukturdimensionen und der Gesamteinschätzung der Struktur in Tabelle 6 kann festgehalten werden, dass die PatientInnen, die regulär austraten, einen Median-

wert von 2.00 aufwies, der auf einem mässigen Integrationsniveau angesiedelt war. Die Strukturdimension Bindung tendierte zu einer Integration auf mässig bis geringem Niveau. Bei den PatientInnen, welche die Therapie abbrachen, lagen die Medianwerte höher als bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, ausser bei der Strukturdimension Kommunikation, die ebenfalls mässig integriert war. Die höheren Medianwerte deuten auf eine höhere strukturelle Belastung bei den TherapieabbrecherInnen hin. Die anderen Medianwerte innerhalb der Gruppe der TherapieabbrecherInnen lassen erkennen, dass sich die Strukturdimensionen zwischen den Beurteilungsmerkmalen mässig bis gering und gering integriert befanden. Die Gesamteinschätzung der Struktur war auf einem mässig bis geringem Niveau angesiedelt. Deutlich zu erkennen ist, dass bei den TherapieabbrecherInnen die Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung und Abwehr, die gesamthaft das Selbsterleben charakterisieren, auf einem schlechteren Integrationsniveau waren als die Dimensionen, die das Objekterleben widerspiegeln.

Inferenzstatistisch liessen sich, ermittelt durch den U-Test nach Mann-Whitney, signifikante bis sehr signifikante Unterschiede der Mediane bezüglich einigen Strukturdimensionen finden. Tabelle 6 zeigt einen sehr signifikanten Unterschied bei der Strukturdimension Selbststeuerung und einen signifikanten Unterschied bei der Strukturdimension Abwehr auf. Die PatientInnen, welche die Therapie abbrachen, hatten somit eine signifikant schlechter integrierte Abwehr und Selbststeuerung als die PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten. In der Tendenz unterschieden sich die Mediane der beiden Gruppen in der Strukturdimension Selbstwahrnehmung und in der Gesamteinschätzung des Strukturniveaus.

Im Rahmen der Häufigkeitsverteilung bezüglich der Gesamtstruktur wurden eine gute Gesamtintegration und eine desintegrierte Struktur in keinem einzigen Fall vergeben. Nur drei PatientInnen (8%) wiesen eine gut bis mässig integrierte Gesamtstruktur auf. Bei den PatientInnen, die die Therapie beendeten, lag die Mehrzahl (16 von 36, 44%) auf einer mässig integrierten Gesamtstruktur. Eine mässig bis gering integrierte Gesamtstruktur lag bei 13 PatientInnen (36%) vor. Vier PatientInnen (11%) zeigten eine Integration auf geringem Niveau. Bei den acht TherapieabbrecherInnen waren zwei PatientInnen (25%) mässig, drei (38%) mässig bis gering und weitere drei (38%) gering integriert bezüglich der Gesamteinschätzung der Struktur. Wie oben in Tabelle 6 ersichtlich, unterschieden sich diesbezüglich die beiden Gruppen nur tendenziell.

15.1.4 Zusammenhänge zwischen Gesamtstruktur und Konflikt

Mit der Rangkorrelation nach Spearman wurden die Zusammenhänge zwischen der Gesamteinschätzung der Struktur und den Ausprägungen der verschiedenen Konflikte unabhängig vom Verarbeitungsmodus errechnet. Die Berechnungen bezogen sich auf die Gesamtstichprobe ($N = 44$). Es zeigte sich, dass der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie einen positiven Zusammenhang mit dem Integrationsniveau der Gesamtstruktur aufwies ($r = .47, p < .001$). Dies bedeutet, je bedeutsamer dieser Konflikt bei den PatientInnen ausgeprägt war, desto eher sich das Gesamtstrukturniveau auf einem tiefen Integrationsniveau befand. Umgekehrt war ein negativer Zusammenhang zwischen dem Konflikt Unterwerfung-Kontrolle und dem Integrationsniveau der Gesamtstruktur zu finden ($r = -.42, p < .01$). Die weiteren Konflikte korrelierten nicht signifikant mit dem Integrationsniveau der Gesamtstruktur. Die Korrelationswerte reichten von $r = -.25$ bis $.23, ns$.

15.2 Problemfoki der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Im Folgenden werden die Problemfoki, die zu Therapiebeginn auf der Basis des OPD-Befundes mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala erhoben wurden, dargestellt. In diesem Rahmen werden die am häufigsten vorkommenden Foki getrennt für die PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten, und für die TherapieabbrecherInnen aufgezeigt.

Der *erste* Fokus entsprach immer dem repetitiv-maladaptiven Beziehungsmuster. Das zentrale dysfunktionale Beziehungsmuster wurde auf der Grundlage des Befundes der OPD-Beziehungssachse zu einem beziehungs-dynamischen Fokus formuliert (Rudolf et al., 2000). Die zusammenfassenden Ergebnisse wurden in Kapitel 15.1.1 dargestellt.

Die restlichen vier Foki wurden aus dem Befund der OPD-Konfliktachse und der OPD-Strukturachse ausgewählt, die für die jeweiligen PatientInnen zentral und veränderungsrelevant waren. Dabei wurde darauf geachtet, dass aus jedem dieser beiden Achsen wenigstens ein Fokus bestimmt wurde. Entsprechend dem Ausmass der strukturellen Störung können somit bis zu drei Problemfoki aus der OPD-Strukturachse gewählt werden. Nach der Bestimmung der Foki wurden diese mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala eingeschätzt (Rudolf et al., 2000).

Gemäss Rudolf et al. (2000) wurde als *zweiter* Fokus bei allen PatientInnen ein Konfliktfokus ausgewählt. Bei den PatientInnen, welche die Therapie beendeten, waren es die Konflikte Unterwerfung-Kontrolle (12 von 36, 33%), Selbstwert (11 von 36, 31%) und Versorgung-Autarkie (7 von 36, 19%), die am häufigsten vorkamen und als veränderungsrelevant für die

jeweiligen PatientInnen eingeschätzt wurden. Bei den acht TherapieabbrecherInnen waren es vor allem die Konflikte Abhängigkeit-Autonomie (38%), Selbstwert (38%), die als Problemfoki bestimmt wurden. Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit dem dargestellten OPD-Befund über die unterschiedliche Verteilung der Konflikte in Tabelle 5

Als *dritter* Fokus wurde bei 58% (21 von 36) der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, ein Konflikt, bei 42% (15 von 36) ein Strukturthema festgelegt. Bei den Konflikten kamen der Versorgung-Autarkie- (8 von 36, 22%), der Unterwerfung-Kontrolle- (6 von 36, 17%) sowie der Selbstwertkonflikt (3 von 36, 8%) am häufigsten vor. Am häufigsten wurden folgende Strukturthemen genannt: Affektdifferenzierung (19%), Selbstreflexion (14%), Impulssteuerung (8%). In dieser Gruppe wurde kein Strukturthema aus dem Bereich des Objekterlebens bestimmt. Bei 63% (5 von 8) der TherapieabbrecherInnen wurde ein Konflikt festgelegt; am häufigsten kam der Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt (38%) vor. Bei den weiteren drei TherapieabbrecherInnen wurden die Strukturmerkmale wie Selbstreflexion, Identität und ein Strukturthema aus dem Bereich des Objekterlebens, nämlich Selbst-Objekt-Differenzierung gewählt.

Als *vierter* Fokus wurden bei fast allen PatientInnen (32 von 36, 86%), welche die Therapie beendeten, Strukturmerkmale bestimmt. Am häufigsten kamen Affektdifferenzierung (19%), Impulssteuerung (11%), Affekttoleranz (8%), Selbstwertregulation (6%) vor. Bei neun Personen (25%) kamen Strukturthemen aus dem Bereich des Objekterlebens vor. Hierbei wurden vor allem Strukturthemen aus der Strukturdimension Objektwahrnehmung (Selbst-Objekt-Differenzierung, Empathie, ganzheitliche Objektwahrnehmung) und Bindung (Loslösung) genannt. Bei vier PatientInnen kamen Konflikte vor, nämlich der Selbstwertkonflikt und Identitätskonflikt. Bei den TherapieabbrecherInnen kamen als vierter Fokus ausschliesslich Strukturdimensionen vor. Diese Strukturthemen stammten hauptsächlich aus dem Bereich des Selbsterlebens, nämlich Impulssteuerung (6 von 8).

Als *fünfter* Fokus wurden bei allen PatientInnen Strukturthemen bestimmt. Hierbei war die Durchmischung von Strukturthemen aus dem Bereich des Selbst- und Objekterlebens gegeben. Bei 11 PatientInnen, welche die Therapie beendeten, waren Strukturthemen vorhanden, die das Selbsterleben betrafen, wie Identität (1), Affektdifferenzierung (2), Affekttoleranz (2), Impulssteuerung (5), Selbstwertregulierung (1) und intrapsychische Abwehr (1). Strukturthemen, die dem Objekterleben entsprachen, waren Selbst-Objekt-Differenzierung (6), Empathie (4), ganzheitliche Objektwahrnehmung (3), Verstehen fremder Affekte (1), Mitteilen eigener Affekte (7), Internalisierung (1), Loslösung (3) und Variabilität der Bin-

dungen (1). Bei den TherapieabbrecherInnen kamen vier Strukturthemen aus dem Bereich Selbsterleben vor, nämlich Affekttoleranz, Selbstwertregulierung, Impulssteuerung und Identität, und Strukturthemen aus dem Gebiet des Objekterlebens, nämlich ganzheitliche Objektwahrnehmung, objektbezogene Affekte und Mitteilen eigener Affekte.

Zur besseren Übersicht wurden die Strukturthemen, die als Problemfoki für die PatientInnen ausgewählt wurden, zu den übergeordneten Strukturdimensionen zusammengefasst. In Tabelle 7 werden die absoluten und relativen Häufigkeiten der Strukturdimensionen für die PatientInnen, welche die Therapie beendeten, sowie für die TherapieabbrecherInnen dargestellt.

Tabelle 7

Absolute und relative Häufigkeiten der Strukturfoki (Heidelberger Umstrukturierungsskala) der regulär austretenden PatientInnen (n = 36) und TherapieabbrecherInnen (n = 8)

Strukturfoki	Regulärer Austritt		Therapieabbruch	
	n = 36		n = 8	
	Liegt vor	In Bezug auf RA %	Liegt vor	In Bezug auf TA %
Selbstwahrnehmung	25	30	3	17
Selbststeuerung	21	25	10	55
Abwehr	1	1	0	0
Objektwahrnehmung	19	23	3	17
Kommunikation	9	11	2	11
Bindung	8	10	0	0

Anmerkungen. RA = Regulärer Austritt, TA = Therapieabbruch.

Aus Tabelle 7 ist ersichtlich, dass bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, mehrheitlich Strukturfoki aus den Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung (30%) und Selbststeuerung (25%) gewählt wurden. Bei den Strukturdimensionen, die das Objekterleben betrafen, wurden hauptsächlich Strukturfoki aus dem Bereich Objektwahrnehmung (23%) gewählt. Insgesamt wurden vermehrt Strukturfoki, die dem Selbsterleben entsprachen, berücksichtigt. Eine ähnliche Gewichtung des Selbsterlebens im Gegensatz zum Objekterleben wurde bei den TherapieabbrecherInnen konstatiert. Hierbei wurden die Strukturfoki aus dem Bereich der Selbststeuerung am stärksten gewichtet (55%). Ähnlich häufig wie bei den PatientInnen, die regulär beendeten, wurden bei den TherapieabbrecherInnen Strukturfoki aus den Strukturdimensionen Objektwahrnehmung und Kommunikation gewählt.

Der Mittelwert aller Foki betrug bei den PatientInnen, die die Therapie beendeten, $M = 2.77$, $SD = .59$ und bei den TherapieabbrecherInnen $M = 2.49$, $SD = .32$. Auf der deskriptiven Ebene wiesen die TherapieabbrecherInnen etwas tiefere Werte auf, die Unterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht signifikant ($t(42) = 1.29$, *ns*). Der Mittelwert der TherapieabbrecherInnen lässt erkennen, dass diese Gruppe durchschnittlich etwas oberhalb der Stufe 2 „Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus“ in die Behandlung eintrat. Die PatientInnen, die die Therapie beendeten, befanden sich mit ihrem Mittelwert von $M = 2.77$ deutlicher auf Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“ zu Beginn der Behandlung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für über die Hälfte der PatientInnen, welche die Therapie beendeten, jeweils zwei Problemfoki aus der Konfliktachse und zwei Problemfoki aus der Strukturachse gewählt wurden. Für etwas weniger als die Hälfte der PatientInnen wurden jeweils ein Konfliktfokus und drei Strukturfoki gewählt. Bei den TherapieabbrecherInnen verhielt sich die Auswahl der Foki sehr ähnlich. Diese konfliktorientierten Foki beschränkten sich im Wesentlichen auf die Konflikte, die schon im OPD-Befund als sehr bedeutsam oder bedeutsam eingestuft wurden. Prozentual kamen bei den PatientInnen, die regulär beendeten, die Konflikte Unterwerfung-Kontrolle, Selbstwert und Versorgung-Autarkie häufig als Problemfoki vor. Bei den TherapieabbrecherInnen waren es hauptsächlich die Konflikte Abhängigkeit-Autonomie, Selbstwert und Unterwerfung-Kontrolle. Bei den Strukturfoki fiel auf, dass insgesamt mehr Foki aus dem Bereich des Selbsterlebens ausgewählt wurden, als aus dem Bereich des Objekterlebens. Bei den TherapieabbrecherInnen war eine starke Gewichtung der Strukturfoki aus dem Bereich der Strukturdimension Selbststeuerung vorhanden. Bei den PatientInnen, die regulär beendeten, wurden hauptsächlich Aspekte aus der Strukturdimension Selbstwahrnehmung gewählt.

15.3 Ergebnisse der psychometrischen Befunde – Selbstbeurteilung

Den Abschluss dieses Kapitels bilden die Befunde der für die Selbstbeurteilung bedeutsamen Verfahren bezüglich der Persönlichkeitsstruktur, gemessen mit dem Narzissmus-Inventar (NI) und dem Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) sowie der psychopathologischen Belastung, gemessen mit der Symptomcheckliste (SCL-90-R). Die dargestellten Ergebnisse werden hinsichtlich der Frage, ob sich die PatientInnen, welche die Therapie beendeten, von denen unterscheiden, die die Therapie abgebrochen haben, untersucht.

15.3.1 Ergebnisse des Narzissmus-Inventars

Das NI erlaubt Vergleiche der beiden Gruppen unter einer psychodynamischen Perspektive auf 18 unterschiedlichen Skalen. Das Instrument erfasst theoretisch relevante Aspekte der Organisation und Regulation des narzisstischen Persönlichkeitssystems, soweit sie der Selbstbeobachtung zugänglich sind. Die folgende Tabelle 8 enthält die beschreibenden statistischen Kennwerte zu den Einzelskalen des NI, wobei zwischen den PatientInnen, die regulär austraten, und den TherapieabbrecherInnen unterschieden wurde.

Tabelle 8

Narzissmus-Inventar (NI): Skalenmittelwerte und Standardabweichung der regulär austretenden PatientInnen (n = 36) und TherapieabbrecherInnen (n = 7)

NI-Skalen	Regulärer Austritt		Therapieabbruch		Statistischer Unterschied zwischen den Gruppen (t-Test)
	n = 34		n = 7		
	M	SD	M	SD	
Das bedrohte Selbst					
Ohnmächtiges Selbst (OHS)	31.06	8.32	29.14	13.65	<i>ns</i>
Affekt-/Impulskontrollverlust (AIV)	30.35	9.63	32.86	11.24	<i>ns</i>
Derealisation/Depersonalisation (DRP)	26.16	9.83	28.81	14.65	<i>ns</i>
Basales Hoffnungspotenzial (BAH)	32.91	7.36	31.14	9.54	<i>ns</i>
Kleinheitsselfst	31.41	10.37	32.29	13.93	<i>ns</i>
Negatives Körperselfst (NEK)	24.65	11.02	29.86	16.39	<i>ns</i>
Soziale Isolierung (SOI)	28.62	9.48	29.57	9.98	<i>ns</i>
Archaischer Rückzug (ARR)	32.15	7.19	32.57	12.30	<i>ns</i>
Das klassisch narzisstische Selbst					
Grössenselfst (GRS)	25.56	7.37	26.86	9.34	<i>ns</i>
Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt (SIS)	26.28	5.73	31.71	10.79	<i>ns</i>
Gier nach Lob und Bestätigung (GLB)	26.65	8.42	27.57	7.26	<i>ns</i>
Narzisstische Wut (NAW)	23.18	8.94	30.00	7.83	$t(42) = -1.87, p < .1$
Das idealistische Selbst					
Autarkieideal (AUI)	30.88	6.02	31.57	7.93	<i>ns</i>
Objektbewertung (OBA)	27.48	7.50	31.86	8.67	<i>ns</i>
Werte-Ideal (WEI)	30.92	6.18	31.84	6.99	<i>ns</i>
Symbiotischer Selbstschutz (SYS)	36.59	5.49	37.86	8.59	<i>ns</i>
Das hypochondrische Selbst					
Hypochondrische Angstbindung (HYA)	23.06	8.40	25.43	11.12	<i>ns</i>
Narzisstischer Krankheitsgewinn (NAK)	21.82	9.89	20.29	8.59	<i>ns</i>

Anmerkungen. M = Mittelwerte, SD = Standardabweichung, ns = nicht signifikant.

Betrachtet man die Ergebnisse dieses mit 18 Einzeldimensionen recht umfangreichen Untersuchungsinstruments, waren auf deskriptiver Ebene fast alle Mittelwerte der Skalen der TherapieabbrecherInnen leicht erhöht im Vergleich zu den PatientInnen, die regulär austraten. Hohe Werte sollen ein destabilisiertes Selbstsystem, niedrige Werte hingegen eine gut funktionsfähige Regulation des Selbsterlebens indizieren. Hierbei ist zu beachten, dass sich die Dimension Basales Hoffnungspotenzial im Gegensatz zu den anderen Skalen inhaltlich gegenläufig verhält (je höher der Mittelwert, desto weniger dysfunktional). Nur in einer Skala, nämlich Narzisstische Wut erreichte der Unterschied zwischen den beiden Gruppen tendenziell Bedeutsamkeit $t(42) = -1.87, p < .1$.

Bei der deskriptiven Bewertung dieser Ergebnisse zeigten sich im Vergleich zur Gesundenorm ($N = 273$, vgl. Meder et al., 2004) bei fast allen Skalen erwartungsgemäss sehr auffällige Werte. Die Werte in vielen Skalen unterschieden sich hingegen nicht wesentlich von denen der Normstichprobe der Testautoren (Deneke & Hilgenstock, 2000). Die Werte der Normstichprobe repräsentieren die Merkmalsausprägung von PatientInnen mit psychiatrischen und psychosomatischen Diagnosen.

15.3.2 Ergebnisse des Borderline-Persönlichkeits-Inventars

Das BPI ist ein weiteres psychodynamisches Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung persönlichkeitsstruktureller Merkmale, das im Wesentlichen auf die Konzeption der Borderline-Persönlichkeitsorganisation von Kernberg (2000a) basiert. Des Weiteren erlaubt das Instrument die phänomenologische Diagnostik der Borderline-Störung nach DSM-IV-Kriterien. Nachfolgende Tabelle 9 zeigt die statistischen Kennziffern der Skalen des BPI für den Vergleich zwischen den PatientInnen, die regulär austraten, und den TherapieabbrecherInnen.

Ähnlich wie beim NI erzielten auf deskriptiver Ebene die TherapieabbrecherInnen höhere Werte auf allen Skalen, was auf eine weniger reife Struktur im Vergleich zu den PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten, hindeutet.

Bei der inferenzstatistischen Analyse zeigte der Levene-Test auf Gleichheit der Varianzen ein signifikantes Ergebnis. Dies bedeutet, dass die Varianzenhomogenität nicht gegeben war. Es wurde anstelle des t-Tests, der die Varianzenhomogenität voraussetzt, der Welch-Test eingesetzt. Der Welch-Test setzt nichtvarianzenhomogene Populationen voraus (Scheffé, 1970; Welch, 1947). Tabelle 9 illustriert, dass es keine signifikante Differenzen zwischen den PatientInnen, die regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen gab. Einzig die Skala

mangelhafte Realitätsprüfung ergab eine tendenzielle Differenz zwischen den beiden Gruppen.

Tabelle 9

Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI): Skalenmittelwerte und Standardabweichung der regulär austretenden PatientInnen (n = 36) und TherapieabbrecherInnen (n = 7)

BPI-Skalen	Regulärer Austritt n = 35		Therapieabbruch n = 7		Statistischer Unterschied zwischen den Gruppen (Welch-Test)
	M	SD	M	SD	
Identitätsdiffusion	5.57	3.02	7.71	4.42	ns
Angst vor Nähe	3.45	1.87	4.14	2.91	ns
Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	3.53	2.05	4.29	3.55	ns
Mangelhafte Realitätsprüfung	.43	.98	2.14	2.19	w(6.49) = -2.03, p < .1
BPI-Gesamtwert	19.20	6.48	27.86	16.32	ns
Cut-20	9.55	3.31	11.14	6.87	ns

Anmerkungen. M = Mittelwerte, SD = Standardabweichung, ns = nicht signifikant.

Anhand des Cut-Off-Werts konnte die Diagnose Borderline-Störung nach DSM-IV gestellt werden. Es wird die Verwendung des Kriteriums Cut-20 \geq 10 empfohlen (Leichsenring, 1997). Ist das Kriterium nicht erfüllt, wird auf das Vorliegen einer anderen psychischen Störung oder auch keiner psychischen Störung geschlossen. Aus Tabelle 9 ist ersichtlich, dass die TherapieabbrecherInnen das Kriterium für eine Borderline-Störung mit einem Mittelwert von $M = 11.14$, $SD = 6.87$ erfüllten. Drei TherapabbrecherInnen unterschritten den Cut-Off-Wert. Vier weitere überschritten den Cut-Off-Wert (13 bis 19 Punkte). Die PatientInnen, welche die Therapie beendeten, erfüllten dieses Kriterium mit einem Mittelwert von $M = 9.55$, $SD = 3.31$ knapp nicht. Dabei unterschritten 16 PatientInnen den Cut-Off-Wert \geq 10. Zehn PatientInnen hatten einen Cut-20-Wert = 10. Weitere neun PatientInnen überschritten den Cut-Off-Wert (11 bis 15 Punkte).

Obschon nicht signifikant, deutete die odds ratio (OR) darauf hin, dass das Risiko, die Diagnose Borderline-Störung aufzuweisen, bei TherapieabbrecherInnen gegenüber den regulär austretenden PatientInnen um das 3.5-fache erhöht war (CI: .63 bis 18.35, ns).

Der Mittelwert für den Gesamtwert des BPI der TherapieabbrecherInnen unterschied sich nicht signifikant vom Gesamtwert der Normierungsstichprobe der Borderline-PatientInnen von Leichsenring (1997). Im Gegensatz hierzu lag der Mittelwert des Gesamtwerts der PatientInnen, welche die Therapie beendeten, signifikant tiefer als der Mittelwert des Gesamtwerts

der Borderline-Normierungsstichprobe ($t(34) = -7.62, p < .001$) und signifikant höher als der Gesamtwert der Normierungsstichprobe der gesunden Stichprobe ($t(34) = 7.91, p < .001$). Bei den TherapieabbrecherInnen waren die hohen Werte der Skala der mangelhaften Realitätsprüfung auffallend. Dieser Mittelwert unterschied sich nicht signifikant von der Normierungsstichprobe der nicht remittierten Schizophrenie-Patienten von Leichsenring (1997).

15.3.3 Ergebnisse der Symptomcheckliste

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) wird zur Erfassung der symptomatischen Belastung im Bereich der Psychopathologie eingesetzt. Es lassen sich neun syndromale Skalen sowie ein Gesamt-Schwere-Index (GSI) berechnen. Tabelle 10 stellt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenwerte und des GSI für die PatientInnen, welche die Therapie regulär beenden, und für die TherapieabbrecherInnen dar.

Tabelle 10 illustriert, dass sich die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und die TherapieabbrecherInnen hinsichtlich der psychopathologischen Beeinträchtigung zu Therapiebeginn nicht signifikant unterschieden. Beim GSI war lediglich ein tendenzieller Unterschied festzustellen. Die Ergebnisse wurden mittels eines t-Tests ermittelt, hinsichtlich der Varianzhomogenität überprüft und entsprechende Korrekturverfahren mit dem Welch-Test eingesetzt (Scheffé, 1970; Welch, 1947).

Tabelle 10

Symptomcheckliste (SCL-90-R): Skalenmittelwerte und Standardabweichung der regulär austretenden PatientInnen (n = 36) und TherapieabbrecherInnen (n = 7)

SCL-90-R-Skalen	Regulärer Austritt n = 35		Therapieabbruch n = 7		Statistischer Unterschied zwischen den Gruppen (t-Test)
	M	SD	M	SD	
Somatisierung	1.09	.74	1.27	1.06	ns
Zwanghaftigkeit	1.55	.83	1.84	.80	ns
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.38	.84	1.82	1.26	ns
Depressivität	1.72	.82	1.89	1.17	ns
Ängstlichkeit	1.37	.87	1.61	1.08	ns
Aggressivität und Feindseligkeit	.96	.73	1.57	1.19	ns
Phobische Angst	.73	.84	1.02	1.31	ns
Paranoides Denken	1.03	.73	1.52	1.01	ns
Psychotizismus	1.00	.63	1.54	1.24	ns
Gesamt-Schwere-Index (GSI)	1.12	.56	1.58	.84	$t(40) = -1.82, p < .1$

Anmerkungen. M = Mittelwerte der Skalenwerte und GSI, SD = Standardabweichung, ns = nicht signifikant.

Als Ausdruck der Symptombelastung zeigte der GSI beider Gruppen im Vergleich zur Normierungsstichprobe der stationären PsychotherapieklientInnen keine signifikanten Unterschiede (GSI: $M = 1.20$, $SD = .62$, Franke, 2002, S. 47). Wiederum waren auf deskriptiver Ebene die Mittelwerte der Skalenwerte der TherapieabbrecherInnen erhöht im Vergleich zu den regulär ausgetretenen PatientInnen. Auffällig waren die subjektiv berichteten Belastungswerte der TherapieabbrecherInnen, die auf der Skala Aggressivität/Feindseligkeit viel höher lagen als die der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten.

15.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde der Frage nachgegangen, inwiefern sich die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, von den TherapieabbrecherInnen unterscheiden, um die prognostische Bedeutung der Befunde zu überprüfen. Die acht TherapieabbrecherInnen unterschieden sich in mehreren Aspekten von den 36 regulär austretenden PatientInnen.

OPD-Beziehungsachse

Bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, zeigte das dysfunktionale Beziehungsmuster sich hauptsächlich im komplementären Themenpaar „Sich kümmern/sich anlehnen“. Zudem liessen sich die Items im Beziehungsthemenpaar „Kontakt zulassen/Kontakt aufnehmen“ zusammenfassen.

Bei den TherapieabbrecherInnen war das dysfunktionale Beziehungsverhalten gekennzeichnet durch die komplementären Themenpaare „Andere anerkennen/sich zur Geltung bringen“ und „Sich entfalten/Freiraum lassen“. Diese PatientInnen erlebten ihr Verhalten eher auf der reaktiven Ebene, im Gegensatz zu den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten.

OPD-Konfliktachse

Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen gab es bezüglich des Konflikts Versorgung-Autarkie. Dieser Konflikt kam häufiger vor bei den PatientInnen, die regulär austraten, im Vergleich zu den TherapieabbrecherInnen. Signifikanztests wiesen darauf hin, dass hingegen der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie tendenziell häufiger bei den TherapieabbrecherInnen vorkam. Auf deskriptiver Ebene kam als wichtigster und zweitwichtigster Konflikt bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, der Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt (31%) am häufigsten vor, gefolgt vom Versorgung-Autarkie-Konflikt (28%). Bei den TherapieabbrecherInnen waren es vor allem die Konflikte Unterwerfung-Kontrolle (31%), Abhängigkeit-Autonomie (25%) und Selbstwertkonflikte (25%). Der reife ödipal-sexuelle Konflikt kam bei 7% der PatientInnen, die regulär austraten, vor. Bei den TherapieabbrecherInnen

hingegen fehlte dieser Konflikt. Bezüglich der Verarbeitungsmodi hinsichtlich des wichtigsten Konflikts zeichneten sich die TherapieabbrecherInnen vorwiegend durch eine aktive Konfliktverarbeitung aus. Bei den PatientInnen, die regulär austraten, war eine gleichmässige Verteilung der Verarbeitungsmodi über die wichtigsten Konflikte zu finden.

OPD-Strukturachse

Die Mehrzahl der PatientInnen, welche regulär beendeten, lag auf einem mässig integrierten Niveau der Gesamtstruktur (44%), gefolgt von einem mässig bis geringem Niveau (36%). Bei den TherapieabbrecherInnen waren zwei (25%) hinsichtlich der Gesamtstruktur mässig, drei (38%) mässig bis gering integriert, und weitere drei PatientInnen (38%) waren gering integriert. Hinsichtlich der Selbststeuerung und Abwehr unterschieden sich die beiden Gruppen signifikant. In der Tendenz unterschieden sich die Werte in der Strukturdimension Selbstwahrnehmung und in der Gesamteinschätzung des Strukturniveaus zugunsten der PatientInnen, die regulär austraten.

Zusammenhänge zwischen Konflikt und Gesamtstruktur

Es gab ein hoch signifikanter positiver Zusammenhang zwischen dem Konflikt Abhängigkeit-Autonomie und dem Integrationsniveau der Gesamtstruktur. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass eine hohe Ausprägung dieses Konflikts mit einem niedrigen Strukturniveau zusammenhing. Zusätzlich ergab die Korrelationsberechnung einen signifikanten negativen Zusammenhang zwischen dem Integrationsniveau und dem Konflikt Unterwerfung-Kontrolle, sodass das Vorliegen dieses Konflikts auf eine bessere Struktur schliessen lässt.

Problemfoki

Für alle PatientInnen wurden fünf Foki aus dem OPD-Befund gewählt. Die konfliktorientierten Foki beschränkten sich im Wesentlichen auf die Konflikte, die schon im OPD-Befund sehr bedeutsam oder bedeutsam eingestuft wurden. Es wurden mehr Strukturfoki aus dem Bereich des Selbsterlebens ausgewählt als aus dem Bereich des Objekterlebens. Bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, lag der Schwerpunkt auf Problemfoki aus dem Bereich der Selbstwahrnehmung (30%), gefolgt von der Selbststeuerung (25%) und der Objektwahrnehmung (23%). Bei den TherapieabbrecherInnen waren hauptsächlich Problemfoki aus den Strukturdimensionen Selbststeuerung (55%) relevant. Die Mittelwerte bezüglich der Problemfoki der TherapieabbrecherInnen lag zwischen der Stufe 2 „Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus“ und der Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung. Bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, lag der durchschnittliche Wert der Problem-

foki deutlicher auf Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“. Der Unterschied zwischen den Gruppen war nicht signifikant.

Psychometrische Befunde der Selbstbeurteilungsinstrumente

Die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, unterschieden sich hinsichtlich der Werte im NI, BPI und SCL-90-R nicht signifikant von den TherapieabbrecherInnen. Ein tendenzieller Unterschied zwischen den Gruppen gab es bei der NI-Skala Narzisstische Wut und bei der BPI-Skala Mangelhafte Realitätsprüfung und im Gesamt-Schwere-Index (GSI) des SCL-90-R. Auf deskriptiver Ebene liessen sich jedoch bei den TherapieabbrecherInnen ungünstigere Werte bei den Selbstbeurteilungsinstrumenten finden als bei den PatientInnen, die regulär beendeten

16 Persönlichkeitsstrukturelle Veränderung und psychopathologische Symptomveränderung während der Therapie (T1–T2)

Im Folgenden werden die Therapieergebnisse der 36 PatientInnen, welche die Behandlung auf den Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid regulär beendeten, dargestellt. Dem Anspruch des stationären Behandlungskonzepts gemäss sollten Effekte der Therapie sichtbar werden an einer Umstrukturierung im Sinne einer Veränderung der inneren Haltung zu und des Umgangs mit den für die psychische Störung der PatientInnen relevanten Problembereichen. Neben der Stabilisierung der Persönlichkeit und des Selbstsystems ist zu erwarten, dass sich eine Reduktion der psychischen Symptome ergibt. Um die Wirkung der Therapie beurteilen zu können, wurden Auswirkungen der Behandlung auf mehreren Ebenen erfasst, wie dies für die Therapieevaluation allgemein empfohlen wird. Dies geschah durch eine Erfassung von Veränderungen mittels Prä-Post-Vergleichen der Mittelwerte sowie durch Berücksichtigung der Einzelfallebene.

In Kapitel 16.1 werden die globalen Beurteilungen des Behandlungserfolgs und die individuellen Progressionen der PatientInnen hinsichtlich der Umstrukturierung dargestellt. Danach wird auf der Ebene des Einzelfalls die statistische Signifikanz der Veränderung der Umstrukturierung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala bestimmt. In diesem Zusammenhang werden Gruppen gebildet, welche die unterschiedliche Entwicklung der Umstrukturierung abbilden. In diesem Rahmen wird in Kapitel 16.2 dargestellt, inwiefern sich die Umstrukturierungsgruppen voneinander unterscheiden. In Kapitel 16.3 werden die Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur aus der Sicht der PatientInnen dargestellt und zur Umstrukturierung aus Expertensicht in Beziehung gesetzt. In Kapitel 16.4 werden die psychopathologischen Symptomveränderungen während der Therapie präsentiert. Es wird untersucht, ob die

Umstrukturierungswerte mit der Ausprägung der Symptombelastung einhergehen. Darauf folgend wird überprüft, inwiefern die Integrationsniveaus der Strukturdimensionen mit dem Ausmass der symptomatischen Beschwerden assoziiert sind.

16.1 Veränderung auf persönlichkeitsstruktureller Ebene anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala – Fremdbeurteilung

Das zentrale Instrument zur Erfassung der Intensität von Veränderungen auf der persönlichkeitsstrukturellen Ebene war die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Mit diesem Instrument wurden die Umstrukturierungswerte erhoben, die als zentrale Veränderungsmasse des Therapieerfolgs gelten. Dieses Verfahren beschreibt die Durcharbeitung vorab als relevant gekennzeichnete psychodynamischer Problemfoki im Therapieverlauf auf sieben qualitativ unterschiedlichen Stufen. Mit der Umstrukturierungsskala wurden von den UntersucherInnen bei jedem/jeder PatientIn inhaltlich andere Aspekte der Problemfoki erfasst. Die Veränderungen wurden jedoch immer nach den gleichen Kriterien auf den Stufen von 1 bis 7 eingeschätzt und beurteilt. Stufe 1: Nichtwahrnehmung des Fokus, Stufe 2: Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusbereich, Stufe 3: Vage Fokuswahrnehmung, Stufe 4: Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Stufe 5: Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich, Stufe 6: Neuordnung des Fokusbereichs und Stufe 7: Auflösung des Fokus. In den folgenden Kapiteln interessiert nun die Frage, ob eine Veränderung der Umstrukturierung bei den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten (T2), stattgefunden hat.

16.1.1 Prä-Post-Veränderung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala

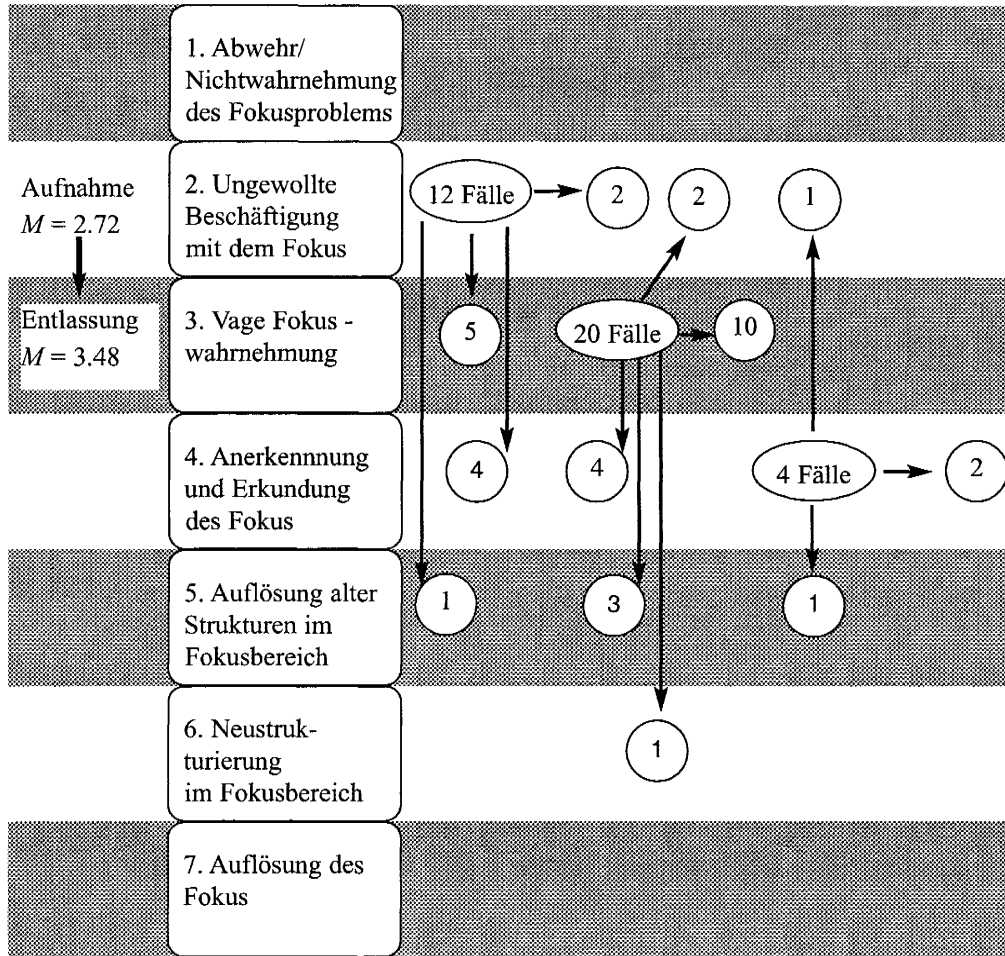
In Anlehnung an Grande et al. (2001) wurden in Tabelle 11 auf Seite 139 die Bewegungen der für die PatientInnen ausgewählten Problemfoki auf der Umstrukturierungsskala dargestellt. Auf der linken Seite der Skala sind die Durchschnittswerte der fünf Problemfoki aller PatientInnen zu Beginn der Therapie und zum Therapieende dargestellt. Tabelle 11 ist zu entnehmen, dass die PatientInnen zu Therapiebeginn einen Mittelwert von $M = 2.77$ ($SD = .59$) aufwiesen. Dieser Wert deutet darauf hin, dass die PatientInnen durchschnittlich zwischen den Stufen 2 „Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus“ und Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“ in die Behandlung auf den Psychotherapiestationen eintraten. Bei Therapieende stieg der mittlere Wert der Problemfoki auf $M = 3.48$ ($SD = .90$). Der durchschnittliche Anfangswert verbesserte sich somit um fast eine Stufe (.78). Dies bedeutet, dass die PatientInnen zwischen Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“ und Stufe 4 „Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs“ aus der Behandlung austraten.

Die inferenzstatistische Analyse mittels t-Test zeigte auf, dass die Zunahme der Umstrukturierung hoch signifikant war ($t(35) = -4.83, p < .001$). Im Wesentlichen spiegelte sich dieses Ergebnis in den Effektstärken, welche die Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende beschreiben (Bortz & Döring, 2005)¹. Dieser signifikante Anstieg des durchschnittlichen Umstrukturierungswerts entsprach einer starken Effektstärke von $d = 1.13$. Frauen wiesen einen höheren Zuwachs an Umstrukturierung auf als Männer (Frauen $d = 1.29$, Männer: $d = .88$). Die Effektstärken befanden sich im mittleren bis starken Bereich.

¹ Die Bewertung der Effektstärken geschieht folgendermassen: $d > .3$ = kleiner Effekt, $d > .6$ = mittlerer Effekt, $d > .9$ = grosser Effekt (Mestel et al., 2000).

Tabelle 11

Umstrukturierungswerte der PatientInnen auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala, $n = 36$.



Anmerkungen. M = Mittelwert. Auf der linken Seite der Skala sind die Mittelwerte der Problemfoki zu Therapiebeginn (T1) und Therapieende (T2) dargestellt. Auf der rechten Seite der Skala werden die Bewegungen der Problemfoki von PatientInnen mit verschiedenen Anfangspositionen zu Therapiebeginn aufgezeigt.

16.1.2 Individuelle Progression der Umstrukturierung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Das im vorhergehenden Kapitel dargestellte errechnete absolute Erfolgsmass gibt Hinweise über die allgemeine positive Wirkung der Therapie, erlaubt jedoch noch keine differenzierte Aussagen über die Progression eines/einer PatientIn auf der Umstrukturierungsskala. Die Progression auf der Umstrukturierungsskala wurde als Differenz der Durchschnittswerte über alle fünf ausgewählten Foki zu Beginn und am Ende der Therapie berechnet (Grande et al., 2001).

Auf der rechten Seite der Skala in Tabelle 11 sind die Bewegungen der einzelnen PatientInnen, bezogen auf den ganzzahlig gerundeten durchschnittlichen Skalenwert über die fünf ausgewählten Problemfoki dargestellt. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass sich die Qualität der Wahrnehmung und des Umgangs mit den Fokusproblemen bei insgesamt 19 PatientInnen (53%) verbesserte und zwar um eine bis drei Stufen hin zu einer besseren Wahrnehmung (Stufe 3 und 4), Auflösung des Fokus (Stufe 5) und Neustrukturierung im Fokusbereich (Stufe 6). Bei 14 PatientInnen (38%) blieb die jeweilige Fokuswahrnehmung zu Therapieende unverändert. Rückschritte um eine bis zwei Stufen gab es bei drei PatientInnen (8%).

Unabhängig vom Ausgangswert erreichten 16 PatientInnen (44%) bis zum Ende der Therapie mindestens die Stufe 4, was als Therapieziel im Rahmen der stationären Psychotherapie definiert wurde (Grande et al., 2001). Davon verliessen sechs PatientInnen auf Stufe 5 die Therapie. Auf dieser Stufe kann von einer Umstrukturierung im engeren Sinn gesprochen werden. Unterhalb Stufe 4 blieben 20 PatientInnen (56%).

Tabelle 11 verdeutlicht, wie unterschiedlich sich die PatientInnen bezüglich der Problemfoki im Behandlungsverlauf weiterentwickelten. 12 PatientInnen begannen die Behandlung auf Stufe 2, wovon die Mehrheit sich im Umgang mit den Fokusproblemen um eine bis zu drei Stufen verbesserten. Die Mehrheit der PatientInnen (20 Fälle) begann die Therapie auf Stufe 3, wovon acht PatientInnen sich um eine bis drei Stufen verbesserten und zehn weitere PatientInnen auf dieser Stufe verharrten. Die vier PatientInnen, welche die Therapie bereits auf der Stufe 4 begannen, entwickelten sich bis zu Therapieende kaum weiter, im Gegensatz zu den PatientInnen, die auf den tieferen Stufen 2 und 3 angingen. Bei den PatientInnen, die auf Stufe 2 die Therapie begannen, gab es keine Rückschritte zu Therapieende.

16.1.3 Statistische Signifikanz der Umstrukturierung anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Als ein weiteres individuumorientiertes Erfolgsmass wurde die statistische Signifikanz des Behandlungsverlaufs anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala bestimmt (Schauenburg & Strack, 1999). Mit Hilfe des Reliable Change Index (RCI) konnte auf der Ebene des Einzelfalles bestimmt werden, ob eine Veränderung auf der Umstrukturierungsskala so gross war, dass sie mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% nicht mehr als ein Messfehler der Skala aufzufassen war. Eine Veränderung wurde dann als statistisch signifikant angesehen, wenn ihr Differenzwert den RCI-Wert überschritt. Der errechnete RCI für die Umstrukturierungsskala betrug $RCI = .16$. Auf der Basis dieses Wertes konnte die Stichprobe in zwei Gruppen eingeteilt werden: Neun Personen (25%) konnten im Prä-Post-Vergleich keine statistisch signifikante Veränderungen erzielen, da die Differenzwerte den $RCI = .16$ unterschritten. 27 Personen (75%) hingegen überschritten den RCI-Wert, was bedeutet, dass sie sich in der Prä-Post-Differenz statistisch signifikant verändert hatten. Diese Gruppe konnte wiederum in zwei weitere Gruppen eingeteilt werden. Es wurde festgelegt, Prä-Post-Veränderungen bis maximal zu einer Standardabweichung von $< .89$ als geringe Veränderung zu betiteln, wohingegen Veränderungen von und über einer Standardabweichung $\geq .89$ als statistisch bedeutsame Veränderungen zu betrachten waren. Unter diesen Vorgaben verbesserten sich 12 Personen auf der Umstrukturierungsskala um weniger als eine Standardabweichung, 15 Personen verbesserten sich um eine Standardabweichung und mehr.

In Tabelle 12 ist ersichtlich, dass für die drei Gruppen jeweils die durchschnittlichen Umstrukturierungswerte zu Therapiebeginn (T1) und zu Therapieende (T2) aufgeführt wurden. Die Gruppen werden im folgenden beschrieben:

Gruppe I: keine statistisch signifikante Veränderungen ($n = 9, 25\%$): Der durchschnittliche Umstrukturierungswert zu Therapiebeginn (T1) war $M = 3.02$ ($SD = .61$), es erfolgten allerdings keine statistisch signifikante Veränderungen zu Therapieende ($M = 2.67, SD = .64$).

Gruppe II: statistisch signifikante Veränderungen um weniger als eine Standardabweichung von $< .89$ ($n = 12, 33\%$): Zu erwähnen ist, dass der Mittelwert zu T1 $M = 2.78$ ($SD = .57$) war und der durchschnittliche Umstrukturierungswert sich auf $M = 3.27$ ($SD = .56$) steigerte. In der Gruppe II betrug somit die durchschnittliche Verbesserung auf der Umstrukturierungsskala .49 Punkte, also eine halbe Stufe.

Gruppe III: statistisch signifikante Veränderungen um eine Standardabweichung von $\geq .89$ und mehr ($n = 15, 42\%$): Der Mittelwert zu T1 lag bei $M = 2.61$ ($SD = .58$), der Mittelwert zu

Therapieende war $M = 4.15$ ($SD = .78$). In dieser Gruppe betrug der durchschnittliche Anstieg auf der Umstrukturierungsskala zu Therapieende 1.54 Punkte.

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit ANOVA wurde eingesetzt, um die Unterscheidung der Mittelwerte der drei Gruppen zu den beiden Messzeitpunkten T1 und T2 zu überprüfen. Zum ersten Messzeitpunkt (T1) unterschieden sich die Mittelwerte der drei Gruppen nicht signifikant ($F(2, 35) = 1.41, ns$). Auf deskriptiver Ebene war in Gruppe I der durchschnittliche Umstrukturierungswert zu Therapiebeginn etwas höher als in den anderen beiden Gruppen.

Zum zweiten Messzeitpunkt (T2) wies die varianzanalytische Prüfung statistisch signifikante Unterschiede der Mittelwerte zwischen den Gruppen auf ($F(2, 35) = 14.09, p < .001$). Die Posthoc-Tests mit der Bonferroni-Holm Korrektur für p-Werte deuteten darauf hin, dass sich die Mittelwerte ($M = 2.67, SD = .64$) der Gruppe I und der Gruppe II ($M = 3.27, SD = .56$) nicht unterschieden. Hingegen unterschied sich der mittlere Umstrukturierungswert der Gruppe I sehr signifikant vom Mittelwert der Gruppe III ($M = 4.15, SD = .77$). Zusätzlich unterschieden sich die Mittelwerte der Gruppe II sehr signifikant von der Gruppe III.

Tabelle 12

Statistisch signifikante Veränderungen (RCI) der Umstrukturierungswerte der Heidelberger Umstrukturierungsskala

	Gruppe I	Gruppe II	Gruppe III
	Keine statistisch signifikante Veränderung n = 9	Veränderung weniger als 1 SD (< .89) n = 12	Veränderung um 1 SD und mehr (≥ .89) n = 15
1. Abwehr/ Nichtwahrnehmung des Fokusproblems			
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	M = 2.67	M = 2.78	M = 2.61
3. Vage Fokus- wahrnehmung	M = 3.00	M = 3.27	
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus			M = 4.15
5. Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich			
6. Neustruk- turierung im Fokusbereich			
7. Auflösung des Fokus			

Anmerkungen. M = Mittelwert, SD = Standardabweichung. Die jeweiligen Standardabweichungen sind im Text vermerkt. Pfeile = Mittelwertsveränderungen von T1 zu T2.

16.1.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurden das Ausmass der Umstrukturierung der 36 PatientInnen anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala aufgezeigt. Es zeigte sich, dass sich die Gesamtgruppe der 36 PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, hinsichtlich der Umstrukturierung signifikant um fast eine Stufe verbesserte (.78). Der Anfangswert $M = 2.77$ stieg auf $M = 3.48$ als absolutes Erfolgsmass. Zum Ende der stationären Psychotherapie lag der durchschnittliche Endwert der PatientInnen zwischen Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“ und Stufe 4 „Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs“. Dieser Anstieg widerspiegelte sich in einer sehr günstigen Effektstärke.

Bei der Betrachtung der individuellen Progression auf der Umstrukturierungsskala bleibt festzuhalten, dass über die Hälfte der PatientInnen (19, 53%) ausgehend von den Anfangswerten Verbesserungen erzielten, die von einer bis zu drei Stufen auf der Skala reichten. Rückschritte um eine bis zwei Stufen gab es bei drei PatientInnen (8%). Unterschiedliche Entwicklungen der PatientInnen konnten aufgezeigt werden. Die vier PatientInnen, welche die Therapie bereits auf der Stufe 4 begannen, entwickelten sich bis zu Therapieende kaum weiter, im Gegensatz zu den PatientInnen, die auf den tieferen Stufen 2 und 3 begannen. Mindestens die Stufe 4 als Therapieziel erreichten 16 PatientInnen (44 %) unabhängig vom Ausgangswert zum Ende der Therapie.

Als ein weiteres individuumorientiertes Erfolgsmass wurde die statistische Signifikanz des Behandlungsverlaufs bestimmt. Auf der Basis des RCI-Wertes konnten drei Verlaufsgruppen differenziert werden, die unterschiedliche Intensitäten der Umstrukturierung abbildeten. Die Gruppe I ($n = 9$, 25%) erzielte keine statistisch signifikanten Veränderungen. Die PatientInnen in dieser Gruppe stagnierten im Verlauf der Therapie hinsichtlich der Umstrukturierungswerte. Die Gruppe II ($n = 12$, 33%) erreichte statistisch signifikante Veränderungen auf der Umstrukturierungsskala, die weniger als eine Standardabweichung betrug, und verbesserte sich durchschnittlich um eine halbe Stufe. Sie befand sich zum Ende der Therapie auf der Stufe 3 „Vage Fokuswahrnehmung“. Die PatientInnen in der Gruppe III ($n = 15$, 42%) erzielte statistisch signifikante Veränderungen und schien von der Therapie bezüglich der Umstrukturierungswerte am meisten zu profitieren. Sie verbesserte sich um 1.55 Punkte und beendete die Therapie durchschnittlich auf der Stufe 4 „Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs“. Die Anfangswerte der drei Gruppen unterschieden sich nicht signifikant. Dagegen unterschied sich der Umstrukturierungswert zum Ende der Therapie bei Gruppe III sehr signifikant von den Gruppen I und II.

16.2 Unterschiede zwischen den Umstrukturierungsgruppen

Es interessiert, ob die auf der Basis des RCI-Werts ermittelte Gruppeneinteilung sich bezüglich bestimmter Merkmale signifikant unterscheiden lässt. Unterscheiden sich die drei Umstrukturierungsgruppen hinsichtlich der soziodemografischen Merkmale, der Behandlungsdauer, der Diagnosen, des Ausgangsbefundes der OPD-Strukturachse, der OPD-Konfliktachse und der Selbstbeurteilungsinstrumente NI und BPI? Die Ermittlung der folgenden Ergebnisse erfolgte über die varianzanalytische Prüfung metrischer Daten und die Prüfung nominalskalierten Daten auf Häufigkeitsverteilung mit dem χ^2 -Test. Zudem wurde ein nonparametrischer Gruppenvergleich durchgeführt (H-Test nach Kruskal-Wallis).

Die Gruppen entsprechen denjenigen Tabelle 12: Gruppe I: keine statistisch signifikante Veränderung, Gruppe II: Verbesserung um .49 Punkte, Gruppe III: Verbesserung um 1.55 Punkte.

Soziodemografische Merkmale: Die drei Gruppen unterschieden sich hinsichtlich des Alters nicht signifikant ($F(2, 33) < 1.37, ns$). Das Durchschnittsalter war jedoch in den drei Gruppen unterschiedlich (Gruppe I: $M = 36.56, SD = 13.28$, Gruppe II: $M = 33.75, SD = 11.15$, Gruppe III: $M = 28.93, SD = 10.41$). Auch bezüglich der Geschlechterverteilung war kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen erkennbar ($\chi^2(2) = .94, ns$). Der Frauenanteil in der Gruppe I (6 von 9) und in der Gruppe III (10 von 15) war mit 66% etwas höher als in der Gruppe II (6 von 12, 50%). Der Aspekt der Partnerschaft unabhängig vom Zivilstand ergab ebenfalls keine signifikante Unterscheidung zwischen den Gruppen ($\chi^2(2) = .87, ns$). Der Vergleich der Bildung (akademisch versus nonakademisch) zeigte ebenfalls keinen signifikanten Zusammenhang mit der Gruppeneinteilung ($\chi^2(2) = 1.87, ns$), obwohl Unterschiede erkennbar waren. In der Gruppe III, welche die stärksten Verbesserungen aufzeigte, waren am wenigsten akademische PatientInnen vertreten (2 von 15, 13%). In der Gruppe II und III waren akademische PatientInnen mit jeweils 33% vertreten. Hinsichtlich der beruflichen Stellung der PatientInnen ergaben sich ebenfalls keine signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ($\chi^2(4) = 4.85, ns$).

Diagnose: Hinsichtlich der Hauptdiagnosen war die Verteilung in den drei Gruppen sehr ähnlich ($\chi^2(2) = 1.00, ns$). Der Anteil der Persönlichkeitsstörungen als Hauptdiagnose oder als Nebendiagnose war in Gruppe III am höchsten, aber nicht signifikant ($\chi^2(2) = .58, ns$). Der Anteil an Persönlichkeitsstörungen war in Gruppe I: 44% (4 von 9), Gruppe II: 50% (6 von 12), Gruppe III: 60% (9 von 15). Deskriptiv gesehen, waren in der Gruppe III mit den deutlichsten Veränderungen, am meisten PatientInnen mit Persönlichkeitsstörungen vertreten.

Behandlungsdauer: Bezüglich der Behandlungsdauer gab es keine Unterschiede zwischen den drei Gruppen ($F(2, 33) < 2.34, ns$). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf der Psychotherapiestation war in allen Gruppen ähnlich (Gruppe I: $M = 12.92, SD = 4.32$, Gruppe II: $M = 11.17, SD = 3.04$, Gruppe III: $M = 14.60, SD = 4.43$). Die Gruppe mit den besten Umstrukturierungswerten hatte eine etwas längere Aufenthaltsdauer in der Klinik als die beiden anderen Gruppen.

Ausgangsbefunde der OPD-Achsen: Der OPD-Befund bezog sich auf die Strukturachse und die Konfliktachse zu Beginn der Therapie. Der nonparametrische Gruppenvergleich ergab in Bezug auf die Strukturachse keine Unterschiede zwischen den Gruppen ($X^2(2) = .03$ bis $1.14, ns$). Dies bedeutet, dass sich in allen drei Gruppen ein ähnliches Gesamtstrukturniveau und ähnliche Einschätzungen der Strukturdimensionen zeigten. Die prozentuale Häufigkeitsverteilung bezüglich der Gesamteinschätzung der Struktur liess erkennen, dass über die Hälfte der PatientInnen in Gruppe III (53%) mässig integriert war (Gruppe II: 50%, Gruppe I: 22%). Mässig bis gering integriert waren vor allem PatientInnen aus der Gruppe I mit 44% (Gruppe II: 33%, Gruppe III: 33%). Auch die Konflikte kamen in allen drei Gruppen ähnlich häufig vor ($X^2(2) = .71$ bis $3.00, ns$). Auf der deskriptiven Ebene kann festgehalten werden, dass der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie in Gruppe I häufiger als sehr bedeutsam eingeschätzt wurde (Gruppe I: 33%, Gruppe II: 8%, Gruppe III: 7%). Der Konflikt Unterwerfung-Kontrolle wurde in Gruppe III am häufigsten als sehr bedeutsam eingestuft (Gruppe I: 22%, Gruppe II: 17%, Gruppe III: 40%). Der Konflikt Versorgung-Autarkie in Gruppe I wurde am seltensten als sehr bedeutsam eingeschätzt (Gruppe I: 11%, Gruppe II: 33%, Gruppe III: 27%).

Ausgangsbefunde der strukturellen Belastung, gemessen mit BPI und NI: Hierbei ist die strukturelle Reife und Stabilität gemeint, gemessen mit den Selbstbeurteilungsinstrumenten BPI und NI. Die drei Gruppen unterschieden sich bezüglich der BPI-Werte zum ersten Messzeitpunkt nicht signifikant ($F(2, 32) = -.07$ bis $1.88, ns$). Bei Therapiebeginn wiesen die Gruppen folgende BPI-Gesamtwerte auf: Gruppe I: $M = 18.66 (SD = 4.21)$, Gruppe II: $19.63 (SD = 6.46)$, Gruppe III: $M = 19.20 (SD = 7.84)$. Beim NI konnte bei einer Skala ein tendenzieller Unterschied identifiziert werden ($F(2, 31) = 2.56, p < .1$). Die Posthoc-Tests mit der Bonferroni-Holm Korrektur für p-Werte deuteten darauf hin, dass der Mittelwert der Skala Affekt-/Impulskontrollverlust in Gruppe I ($M = 36.00, SD = 7.48$) in der Tendenz höher war als in Gruppe III ($M = 26.93, SD = 8.64$). Kein Unterschied bestand zum entsprechenden

Mittelwert der Gruppe II ($M = 30.91$, $SD = 10.89$). Zusammenhänge zwischen den Symptomskalen des SCL-90-R werden in Kapitel 16.4.3 dargestellt.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die ausgewählten Variablen nicht signifikant zwischen den drei Gruppen mit unterschiedlichem Behandlungserfolg hinsichtlich der Umstrukturierungswerte differenzierten. Die inferenzstatistische Analyse liess erkennen, dass somit keine Merkmale auf Seiten der PatientInnen sich eruieren liess, die einen statistisch signifikanten Einfluss auf das Therapieergebnis hatten. Die geringe Fallzahl erschwerte generell den Nachweis von signifikanten Unterschieden. Es wurde untersucht, ob die Zusammensetzung der drei Gruppen einen ungünstigen Einfluss auf die Ergebnisse haben. Deshalb wurden die oben genannten Variablen zuerst im Rahmen eines Zwei-Gruppenvergleichs, der auch auf der Basis des RCI-Werts ermittelt wurde (keine statistisch signifikante Veränderung $n = 9$, versus statistisch signifikante Veränderungen, $n = 27$) überprüft. Auch diese Ergebnisse zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Die Beschreibung von Häufigkeiten auf deskriptiver Ebene liessen jedoch einige Hinweise auf Unterschiede zwischen den Gruppen erkennen, die an dieser Stelle kurz zusammengefasst werden. Die Gruppe III mit den stärksten Veränderungen auf der Umstrukturierungsskala war jünger und enthielt den grössten Frauenanteil im Vergleich zu den Gruppen I und II. Zudem waren in der Gruppe III weniger akademische PatientInnen vertreten. Der Anteil an PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung war in Gruppe III am häufigsten. Zudem waren die PatientInnen in Gruppe III durchschnittlich zwei Wochen länger auf der Psychotherapiestation in Behandlung. Bezüglich des OPD-Ausgangsbefundes ergaben sich kleinere Verschiebungen hinsichtlich des Konflikts Abhängigkeit-Autonomie, der prozentual häufiger in Gruppe I vorkam. Im Rahmen des Ausgangsbefunds des Selbstbeurteilungsinstruments NI konnten tendenziell höhere Werte in der Gruppe I bei der Skala Affekt-/Impulskontrollverlust festgestellt werden.

16.2.1 Korrelationen zwischen Variablen und Differenzwerten der Umstrukturierung

In einem weiteren Versuch, Faktoren zu identifizieren, die Hinweise auf den unterschiedlichen Behandlungsverlauf geben, wurde gänzlich auf eine Gruppeneinteilung verzichtet und Zusammenhänge zwischen den oben genannten Variablen mit den Prä-Post-Differenzen der Umstrukturierungsskala untersucht. Korrelationen zwischen den Variablen und den Veränderungswerten wurden berechnet, um somit dem Informationsverlust, der immer mit Gruppenbildungen einhergeht, entgegenzuwirken (Mestel et al., 2000). Es konnten keine signifikante

Korrelationen, gerechnet mit Spearman, zwischen dem Ausgangsbefund der Gesamtstruktur, der sechs Strukturdimensionen und dem Behandlungsergebnis im Sinne der Differenz der Umstrukturierungswerte ($r = -.03$ bis $-.25$, *ns*) festgestellt werden. Die Korrelationen der Konflikte mit den Differenzwerten war ebenfalls nicht signifikant ($r = -.26$ bis $.24$, *ns*). Versuchsweise wurde auch eine Regressionsanalyse durchgeführt. Die Beta-Werte bewegten sich zwischen $-.40$ und $-.32$. Somit konnte keine der sieben Variablen der OPD-Strukturachse die Differenz der Umstrukturierungswerte voraussagen. Bei der Konfliktachse bewegten sich die Betawerte zwischen $.36$ bis $.22$. Eine Voraussage war somit auch mit den OPD-Konflikten nicht möglich.

Weiter wurden Regressionsanalysen mit den Differenzwerten der Umstrukturierung als abhängige Variable und den Merkmalen Geschlecht und Bildung als unabhängige Variablen durchgeführt, die jedoch zu keinen signifikanten Ergebnisse führten. Des Weiteren war kein Zusammenhang bei der Variable Diagnose einer Persönlichkeitsstörung ($r = .02$, *ns*) vorhanden. Bei der Variable Behandlungsdauer ($r = .31$, $p < .1$) zeigte sich jedoch eine tendenzielle Korrelation mit den Umstrukturierungsdifferenzen.

Korreliert wurden ferner der Ausgangsbefund der Selbstbeurteilungsinstrumente BPI und NI mit den Differenzwerten der Umstrukturierung. Es fanden sich keine Zusammenhänge mit den Skalen des BPI. Zwei Skalen des NI korrelierten signifikant negativ mit den Differenzwerten der Umstrukturierung: die Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust ($r = -.41$, $p < .05$) und Narzisstische Wut ($r = -.35$, $p < .05$).

Somit kann festgehalten werden, dass Assoziationen der Variablen OPD-Strukturachse und Konfliktachse, Geschlecht, Bildung, Diagnose (Persönlichkeitsstörung) mit den Prä-Post-Umstrukturierungsdifferenzen keine signifikante Ergebnisse erbrachten. Bei der Variable Behandlungsdauer zeigte sich jedoch der Trend, dass je länger die Behandlung andauerte, desto grösser die erreichten Prä-Post-Umstrukturierungsdifferenzen waren. Zudem konnte festgestellt werden, dass eine höhere Belastung in den beiden Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust und Narzisstische Wut des NI mit einer geringeren Prä-Post-Umstrukturierungsdifferenz im Zusammenhang stand.

16.2.2 Korrelationen zwischen OPD-Ausgangsbefund und Umstrukturierung

Es interessiert, ob eine mögliche Veränderung der Umstrukturierung bei Therapieende (T2) auf das Ausgangsniveau der Gesamtstruktur, der Strukturdimensionen, der Konflikttypen und auf die Diagnosen der PatientInnen zu Therapiebeginn (T1) zurückführbar ist.

Bei der Untersuchung dieser Frage wurden wiederum die Berechnungen der Korrelationen mit Spearman durchgeführt. Diese ergaben Zusammenhänge mit folgenden Dimensionen der Struktur: Selbststeuerung ($r = -.38, p < .05, R^2 = 14\%$), Objektwahrnehmung ($r = -.45, p < .01, R^2 = 20\%$), Kommunikation ($r = -.37, p < .05, R^2 = 14\%$). Die Gesamtschätzung der Struktur zum ersten Messzeitpunkt korrelierte mit $r = -.37, (p < .05, R^2 = 14\%)$. Die negativen Zusammenhänge der aufgeführten Strukturdimensionen zum ersten Messzeitpunkt korrelierten signifikant. Das Bestimmtheitsmass (R^2), das die gemeinsame Varianz erklärt, war in allen Fällen nicht sehr hoch. Zu berücksichtigen ist, dass hohe Werte eine ungünstiges Strukturniveau oder einen sehr bedeutsamen Konflikt aufzeigen. Zusammenfassend können wir konstatieren, dass je höher (ungünstiger) die entsprechenden Strukturdimensionen Selbststeuerung, Objektwahrnehmung, Kommunikation und das Gesamtstrukturniveau zu Beginn der Therapie waren, desto tiefer die mittleren Umstrukturierungswerte beim Ende der Therapie ausfielen.

Im Rahmen der OPD-Konfliktachse korrelierte der Konflikt Versorgung-Autarkie hoch signifikant mit dem mittleren Umstrukturierungswert zu Therapieende ($r = .53, p < .001, R^2 = 28\%$). Eine signifikante negative Korrelation war bei dem Selbstwertkonflikt vorhanden ($r = -.41, p < .05, R^2 = 17\%$). Insgesamt bedeutet dieses Ergebnis, dass je ausgeprägter der Versorgung-Autarkie-Konflikt vorhanden war, desto höher die mittleren Umstrukturierungswerte waren. Umgekehrt verhält es sich beim Selbstwertkonflikt. Die höhere Ausprägung des Selbstwertkonflikts liess auf einen tieferen mittleren Umstrukturierungswert zum zweiten Messzeitpunkt schliessen. Die Tatsache, dass eine Persönlichkeitsstörung als Haupt- oder Nebendiagnose gestellt wurde, stand in keinem Zusammenhang mit dem mittleren Umstrukturierungswert zum Ende der Therapie.

16.2.3 Zusammenfassung

Untersucht wurden in den vorangegangenen Kapiteln, wie sich die Umstrukturierungsgruppen I, II und III hinsichtlich bestimmter Variablen unterscheiden, um Hinweise auf günstige Umstrukturierungsintensitäten zu erhalten.

Es konnte aufgezeigt werden, dass sich die drei Gruppen bezüglich der Variablen soziodemografische Informationen, Diagnose, Behandlungsdauer, Ausgangsbefunde der OPD-Achsen Struktur und Konflikt sowie der Selbstbeurteilungsinstrumente NI und BPI nicht signifikant unterscheiden. Auf deskriptiver Ebene liessen sich jedoch einige Differenzen erkennen. Die Gruppe III, die sich bezüglich der Umstrukturierung am stärksten veränderte, war jünger und enthielt den grössten Frauenanteil. Zudem waren in der Gruppe III weniger akademische PatientInnen vertreten. Am grössten war der Anteil an PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung in Gruppe III. Zudem waren die PatientInnen in Gruppe III durchschnittlich zwei Wochen länger auf der Psychotherapiestation in Behandlung. Bezüglich des OPD-Ausgangsbefundes ergab sich, dass der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie prozentual am häufigsten in Gruppe I vorkam. Hinsichtlich des Ausgangsbefunds des Selbstbeurteilungsinstrumentes NI konnten tendenziell die höchsten Werte in der Gruppe I bei der Skala Affekt-/Impulskontrollverlust festgestellt werden.

Die Korrelationen und Regressionsanalysen der Variablen mit den Prä-Post-Umstrukturierungsdifferenzen bestätigten einen Teil dieser Ergebnisse. Die Assoziationen der Variablen OPD-Strukturachse, -Konfliktachse und BPI zu T1, Geschlecht, Bildung, Diagnose Persönlichkeitsstörung mit den Umstrukturierungsdifferenzen erbrachten keine signifikante Ergebnisse. Es zeigte sich jedoch ein Trend in die Richtung, dass je länger die Behandlung andauerte, desto grösser die erreichten Umstrukturierungsdifferenzen waren. Zudem zeigte sich, dass eine höhere Belastung in den beiden Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust und Narzisstische Wut mit einer geringeren Umstrukturierungsdifferenzen einhergingen.

Die Korrelationen des OPD-Ausgangsbefundes – Gesamtstruktur, Strukturdimension und Konflikttypen – mit dem Umstrukturierungswert zum Ende der Therapie ergaben, dass ungünstige Integrationsniveaus bezüglich Gesamtstruktur und den Strukturdimensionen Selbststeuerung, Objektwahrnehmung und Kommunikation zu Beginn der Therapie mit einem schlechteren Umstrukturierungswert beim Ende der Therapie im Zusammenhang standen. Bei den Konflikten bewirkte eine hohe Ausprägung des Konflikts Versorgung-Autarkie zu Therapiebeginn einen günstigeren mittleren Umstrukturierungswert zu Therapieende. Hingegen wirkte sich eine hohe Ausprägung des Selbstwertkonflikts ungünstig auf den Umstrukturierungswert zum zweiten Messzeitpunkt aus.

16.3 Veränderungen der strukturellen Störungen aus der Fremd- und Selbstperspektive

In diesem Zusammenhang interessiert, welche strukturellen Problemfoki, die mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala erhoben wurden, in der stationären Psychotherapie eine Veränderungsmöglichkeit aufweisen. Danach werden die Veränderungen der Persönlichkeitsstruktur aus der Sicht der PatientInnen dargestellt. Die Ergebnisse dieser beiden Selbstbeurteilungsinstrumente, NI und BPI, stellen weitere Hinweise auf Erfolgskriterien der Therapie dar. Danach wird überprüft, ob die Fremdbeurteilung der Umstrukturierung mit der Selbstbeurteilung einhergeht. In die Tests zur Signifikanzprüfung der Veränderung zwischen den Messzeitpunkten T1 und T2 gingen all diejenigen PatientInnen ein, von denen für diese Zeitpunkte vollständige Datensätze vorlagen.

16.3.1 Veränderungen der Strukturfoki

In Anlehnung an (Rudolf, 2004) wurde überprüft, welche Strukturfoki zum zweiten Messzeitpunkt (T2) einen Wert von -4 und mehr auf der Umstrukturierungsskala erreichten. Diese Grenze von ≥ -4 wurde gewählt, weil ab dieser Stufe von einer bewussten und aktiven Auseinandersetzung mit dem Problemfokus ausgegangen wird. Zudem wird das Erreichen der Stufe 4 als zentrales Therapieziel in der stationären Psychotherapie definiert (Grande et al., 2001). Strukturfoki, die diesen Wert nicht erreichen, deuten darauf hin, dass die entsprechenden PatientInnen, sich ungewollt mit dem Fokusbereich beschäftigen oder noch eine vage Fokuswahrnehmung haben.

Tabelle 13 verweist auf die Häufigkeit der Strukturfoki, die zu den übergeordneten Strukturdimensionen zusammengefasst wurden, welche zum Ende der Therapie die Stufe -4 erreichten (bewusste Fokuswahrnehmung) und auf diejenigen, die diese Stufe unterschritten (unbewusste oder vage Fokuswahrnehmung).

Tabelle 13

Absolute und prozentuale Häufigkeit der Umstrukturierung der Strukturdimensionen, eingeschätzt anhand der Heidelberger Umstrukturierungsskala

Strukturdimensionen	N = Strukturfoki	Bewusste Fokuswahrnehmung (≥ -4)	Unbewusste oder vage Fokuswahrnehmung (< -4)
Selbstwahrnehmung	25	11 (44%)	14 (56%)
Selbststeuerung	22	15 (68%)	7 (32%)
Abwehr	1	0	1 (100%)
Objektwahrnehmung	19	7 (37%)	12 (63%)
Kommunikation	9	6 (67%)	3 (33%)
Bindung	8	3 (38%)	5 (63%)

Anmerkungen. Die Strukturfokusthemen wurden zu den übergeordneten Strukturdimensionen zusammengefasst. Bewusste Fokuswahrnehmung (≥ -4): In diese Kategorie kamen Strukturfoki mit dem Wert ≥ -4 zu T2. Unbewusste oder vage Fokuswahrnehmung (< -4): In diese Kategorie fielen die Strukturfoki, die den Wert < -4 unterschritten.

In Tabelle 13 zeigt sich, dass im Bereich der Selbststeuerung und Kommunikation die höchste Quote der gebesserten Strukturfoki vorlagen. Bei der Strukturdimension Kommunikation erreichte der Strukturfokus Mitteilen von Affekten besonders gute Werte (Stufe 6). Im Bereich der Selbststeuerung erzielte vor allem der Strukturfokus Impulssteuerung günstige Werte. Bei der Strukturdimension Selbstwahrnehmung besserte sich vor allem der Fokus Affektdifferenzierung. In den Bereichen der Objektwahrnehmung und der Bindung war die höchste Rate der nicht gebesserten Strukturfoki zu beobachten. Die entsprechenden Strukturfoki mit besonders ungünstigen Werten waren ganzheitliche Objektwahrnehmung und objektbezogene Affekte. Die Strukturdimension Abwehr wurde nur selten als Fokus gewählt.

16.3.2 Veränderungen im Narzissmus-Inventar

Das Instrument erfasst Formen der Selbstregulation und der Selbststabilität. In Tabelle 14 werden die Mittelwerte und die Standardabweichungen in den Skalen des NI für die beiden Erhebungszeitpunkte dargestellt. Zusätzlich werden angegeben, mit welcher Irrtumswahrscheinlichkeit ein statistischer Vergleich beider Erhebungen auf Unterschiede hinweist. Zur besseren Interpretation werden die Effektstärken für die Prä-Post-Vergleiche aufgelistet.

Tabelle 14

Narzissmus-Inventar (erste Dimension: Das bedrohte Selbst): Skalenmittelwerte und Standardabweichung für die zwei Erhebungszeitpunkte sowie entsprechende Signifikanztests und Effektstärken

NI-Skalen (Das bedrohte Selbst)	Therapiebeginn (T1)		Therapieende (T2)		Statistische Signifikanz der Prä-Post-Vergleiche (t-Test)	Effekt- stärke
	n = 31		n = 31			
	M	SD	M	SD		
Ohnmächtiges Selbst (OHS)	30.82	8.70	23.35	9.36	$t(30) = 4.27, p < .001$	1.10
Affekt-/Impulskontrollverlust (AIV)	29.67	9.441	24.60	8.69	$t(30) = 3.44, p < .01$	.89
Derealisation/Depersonalisation (DRP)	25.89	10.28	20.28	9.45	$t(30) = 3.59, p < .001$	.92
Basales Hoffnungspotenzial (BAH)	32.84	7.15	30.58	7.29	$t(30) = 2.34, p < .05$	.54
Kleinheitsselbst (KLS)	31.40	10.79	26.37	9.93	$t(30) = 3.89, p < .001$	1.00
Negatives Körper selbst (NEK)	24.97	11.51	21.20	11.09	$t(30) = 2.81, p < .01$	.72
Soziale Isolierung (SOI)	29.00	9.96	26.50	8.38	$t(30) = 1.53, ns$	.39
Archaischer Rückzug (ARR)	31.40	6.79	28.17	6.62	$t(30) = 2.43, p < .05$	.62

Anmerkungen. *M* = Mittelwerte, *SD* = Standardabweichung. Die Bewertung der Effektstärken geschieht folgendermassen: $d > .3$ = kleiner Effekt, $d > .6$ = mittlerer Effekt, $d > .9$ = grosser Effekt, *ns* = nicht signifikant.

Im Hinblick auf die Veränderung liessen sich, wie im Methodenteil erwähnt, nur jene Skalen interpretieren, die den Aspekt des Bedrohten Selbst beschreiben (vgl. Seidler, 1999; Strauss et al., 1994). Bei Betrachtung der Mittelwerte in Tabelle 14 zeigt sich, dass in fast allen Skalen eine Stabilisierung des Selbstsystems von Therapiebeginn zum Ende ersichtlich war. Die inferenzstatistische Analyse mittels eines t-Tests erbrachte den Befund, dass in sechs Skalen eine signifikante Abnahme in der Instabilität des Selbstsystems erfolgte. Bei der Skala Soziale Isolierung fand keine signifikante Reduktion statt. Die Skala Basales Hoffnungspotenzial verhielt sich im Gegensatz zu den anderen sieben Skalen inhaltlich gegenläufig. Im Gegensatz zu den Ergebnissen der anderen sechs Skalen kam es hier zu einer Abnahme, also zu einer „Verschlechterung“ des Selbstvertrauens am Ende der Therapie. Zu erwähnen ist, dass eine hoch signifikante Reduktion in drei Skalen, Ohnmächtiges Selbst, Kleinheitsselbst, Derealisation /Depersonalisation erreicht wurde. Im Wesentlichen spiegelten sich diese Ergebnisse in den dargestellten Effektstärken, welche die Veränderungen zwischen Therapiebeginn und Therapieende beschreiben. Die Veränderungen der Skalen Ohnmächtiges Selbst, Derealisation/Depersonalisation und Kleinheitsselbst konnten als stark eingestuft werden. In den Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust, Negatives Körper selbst und Archaischer Rückzug waren Veränderungen von mittlerer Stärke zu konstatieren. Obwohl nicht signifikant, konnte bei der Skala Soziale Isolierung eine Veränderung von geringer Effektstärke $d = .39$ festgehalten werden. Fasst man die Einzeleffektstärken dieser Variablen zusammen, so ergab sich

zum Ende der Therapie eine durchschnittliche Effektstärke von $d = .74$, was auf einen mittleren Therapieeffekt hinweist. In den genannten Skalen erzielten die PatientInnen zu Therapieende Mittelwerte, die nach wie vor signifikant bis hoch signifikant über denjenigen der gesunden Normstichprobe lagen ($t(30) = -3.37$ bis 4.44 , $p < .01$ bis $p < .001$), (N = 273, Meder et al., 2004).

16.3.3 Veränderungen im Borderline-Persönlichkeits-Inventar

Das BPI orientiert sich einerseits an dem Konzept der Borderline-Persönlichkeitsorganisation und andererseits an einem phänomenologisch-deskriptiven Ansatz. Hierbei interessiert, ob sich bei den PatientInnen hinsichtlich der Reife der Persönlichkeitsstruktur Verbesserungen ergeben. In der Tabelle 15 werden die beschreibenden statistischen Kennwerte, die Mittelwerte und die Standardabweichungen in den Skalen des BPI für die beiden Messzeitpunkte dargestellt. Zusätzlich wird angegeben mit welcher Irrtumswahrscheinlichkeit ein statistischer Vergleich beider Erhebungen auf Unterschiede hinweist. Aufgelistet werden wiederum die Effektstärken für die Prä-Post-Vergleiche der Stichprobe.

Tabelle 15

Borderline-Persönlichkeits-Inventar: Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für die zwei Erhebungszeitpunkte sowie entsprechende Signifikanztests und Effektstärken

BPI-Skalen	Therapiebeginn (T1)		Therapieende (T2)		Statistische Signifikanz der Prä-Post-Vergleiche (t-Test)	Effekt- stärke
	n = 31		n = 31			
	M	SD	M	SD		
Identitätsdiffusion	5.54	3.17	4.00	3.44	$t(30) = 2.21, p < .05$	.56
Angst vor Nähe	3.38	1.89	3.06	1.94	$t(30) = .91, ns$	.23
Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen	3.48	2.13	2.58	2.26	$t(30) = 2.08, p < .05$	.52
Mangelhafte Realitätsprüfung	.35	.79	.16	.37	$t(30) = 1.43, ns$	.36
BPI Gesamtwert	19.10	6.84	14.03	6.71	$t(30) = 3.57, p < .001$	.90
Cut-20	9.51	3.24	7.32	4.15	$t(30) = 2.93, p < .01$	.74

Anmerkungen. M= Mittelwert, SD = Standardabweichung. Die Bewertung der Effektstärken geschieht folgendermassen: $d > .3$ = kleiner Effekt, $d > .6$ = mittlerer Effekt, $d > .9$ = grosser Effekt, *ns* = nicht signifikant.

Aus Tabelle 15 ist ersichtlich, dass sich auch hier die Mittelwerte zum Ende der Therapie hin reduzierten, wenn auch weniger ausgeprägt als beim NI. Inferenzstatistisch zeigte sich, dass die Werte der zwei Skalen Identitätsdiffusion sowie Abwehrmechanismen und Objektbeziehungen zum Ende der Therapie signifikant abnahmen. Bezüglich der Effektstärken liess sich bei diesen beiden Skalen ein mittlerer Effekt der Veränderung konstatieren. In Bezug auf die

Skalen Angst vor Nähe und Mangelhafte Realitätsprüfung liessen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Werten zu Therapiebeginn und -ende ablesen. Obwohl nicht signifikant, liessen sich bei diesen Skalen trotzdem Therapieeffekte erkennen, wenn auch von geringer Effektstärke. Der Mittelwert zum Messzeitpunkt T2 der Skala Mangelhafte Realitätsprüfung unterschied sich ohnehin nicht signifikant vom Mittelwert der gesunden Normstichprobe ($M = .26$, $SD = .54$, $t(30) = -1.47$, *ns*). Auf der Skala BPI-Gesamtwert nahm der Wert hoch signifikant ab. Dieses Ergebnis entsprach einer grossen Effektstärke und bedeutet, dass sich die PatientInnen insgesamt deutlich in Richtung einer reiferen Persönlichkeitsstruktur verbesserten.

Anhand des Cut-Off-Werts konnte die Diagnose Borderline-Störung nach DSM-IV gestellt werden. Es wurde das Kriterium $\text{Cut-20} \geq 10$ verwendet (Leichsenring, 1997). Ist das Kriterium nicht erfüllt, wird auf das Vorliegen einer anderen oder auch keiner psychischen Störung geschlossen. Aus Tabelle 15 ist ersichtlich, dass der Cut-Off-Wert sich signifikant reduzierte. Die Effektstärke lag im mittleren Bereich.

16.3.4 Zusammenhang zwischen Umstrukturierung aus Selbst- und Fremdperspektive

Im Folgenden wird überprüft, inwiefern Veränderungen der Umstrukturierung aus der Fremdbeurteilung mit der Veränderung der Persönlichkeitsstruktur aus der Sicht der PatientInnen einhergehen. Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen den Umstrukturierungswerten, gemessen mit der Umstrukturierungsskala, und den Ergebnissen des BPI wurde mit Spearman berechnet. Im Einzelnen wurde die Korrelation des Prä-Post-Differenzwerts der Umstrukturierungsskala mit den Prä-Post-Differenzen der Skalen des BPI überprüft. Hierbei kam es einzig bei der Skala Mangelnde Realitätsprüfung zu einem Zusammenhang von $r = .35$, $p < .1$, der nur tendenziell war. Bei Berücksichtigung des Bestimmtheitsmasses wird deutlich, dass lediglich $R^2 = 12\%$ der gemeinsamen Varianz erklärt wurde. Zusätzlich wurde bei der Betrachtung des entsprechenden Streudiagramms das Zustandekommen des Korrelationskoeffizienten durch zwei Ausreisser erklärbar. In einem weiteren Schritt wurden die Differenzwerte der BPI-Skalen mit dem Umstrukturierungswert zum zweiten Messzeitpunkt korreliert. Hierbei wurden signifikante Assoziationen festgestellt, wobei das Ausmass der Veränderung in den Skalen Identitätsdiffusion ($r = .38$, $p < .05$) und Angst vor Nähe ($r = .41$, $p < .05$) einen Zusammenhang mit dem Umstrukturierungswert zu Therapieende aufwies.

Des Weiteren wurde wiederum mit Spearman überprüft, ob die Differenzwerte der Umstrukturierungsskala mit den Differenzwerten des NI korrelierten. Auch hier kann konstatiert

werden, dass keine Assoziationen zwischen den Skalen des NI mit den Prä-Post-Umstrukturierungswerten vorhanden waren. Zusätzlich wurde versucht, die Differenzwerte der NI-Skalen mit dem Umstrukturierungswert zum Ende der Therapie in Beziehung zu setzen. Es ergaben sich ebenfalls keine signifikante Zusammenhänge.

16.3.5 Zusammenfassung

Bezüglich der Veränderungsmöglichkeit der einzelnen Strukturfoki, die mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala erhoben wurden, zeigte sich, dass die Selbststeuerung und Kommunikation, Selbstwahrnehmung günstige Werte zum Ende der Therapie aufwiesen. Die Strukturfoki der Strukturdimension Objektwahrnehmung zeigten vergleichsweise wenig Veränderungspotenzial während der Therapie. Insgesamt konnte von einer Stabilisierung des Selbst, gemessen mit dem NI, zum Ende der Therapie ausgegangen werden. Die Skalen zeigten zum Teil hoch signifikante Reduktionen der Werte zum zweiten Messzeitpunkt. Dies betraf die Skalen Ohnmächtiges Selbst, Derealisation/Depersonalisation und Kleinheitsselbst. Einzig die Skala Soziale Isolierung reduzierte sich nicht signifikant. Zudem gab es Rückschritte in der Skala Basales Hoffnungspotenzial. Die durchschnittliche Effektstärke lag im mittleren Bereich. Beim BPI verringerte sich der Gesamtwert hoch signifikant, was auf eine Reifung der Persönlichkeitsstruktur hindeutete. Nur bei der Skala Angst vor Nähe konnte keine signifikante Reduktion festgestellt werden. Ausser denjenigen der BPI-Skala Mangelhafte Realitätsprüfung, waren sämtliche Werte der Skalen des BPI und des NI zum zweiten Messzeit im klinisch auffälligen Bereich. Bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Umstrukturierung aus der Sicht der UntersucherInnen mit der Veränderung des Selbstsystems aus der Perspektive der PatientInnen, gemessen mit dem NI, ergaben sich keine signifikante Ergebnisse. Das Ausmass der Umstrukturierung stand somit in keinem Zusammenhang zur Veränderung der Stabilität im Selbstsystem.

Es ergaben sich jedoch Zusammenhänge zwischen dem höheren Umstrukturierungswert zum Zeitpunkt der Entlassung und günstigen Veränderungen in den BPI-Skalen Identitätsdiffusion und Angst vor Nähe während der Therapie.

16.4 Umstrukturierung und Symptomveränderung

Es werden die Ergebnisse bezüglich der Veränderung der psychopathologischen Belastung der PatientInnen nach der psychodynamisch orientierten stationären Psychotherapie dargestellt. Neben der Stabilisierung der Persönlichkeit und des Selbstsystems ist zu erwarten, dass sich zu Therapieende eine Reduktion der psychischen Symptome ergibt. Danach wird die

Frage nach den Ausprägungen der psychopathologischen Belastungen im Zusammenhang mit der Veränderung der Umstrukturierung untersucht.

16.4.1 Veränderung der psychopathologischen Belastung

Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) misst die psychopathologische Symptombelastung der PatientInnen. In Tabelle 16 sind die statistischen Kennwerte, die Mittelwerte und die Standardabweichungen in den Skalen des SCL-90-R für die beiden Messzeitpunkte dargestellt. Die Effektstärken veranschaulichen die Ausprägung der Veränderungen im Behandlungszeitraum.

Tabelle 16

Symptomcheckliste (SCL-90-R): Skalenmittelwerte und Standardabweichungen für die zwei Erhebungszeitpunkte sowie entsprechende Signifikanztests und Effektstärken

SCL-90-R-Skalen	Therapiebeginn		Therapieende		Statistische Signifikanz der Prä-Post-Vergleiche (t-Test)	Effekt- stärke
	(T1)		(T2)			
	n = 30		n = 30			
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Somatisierung	1.06	.72	.69	.74	$t(29) = 2.46, p < .05$	.63
Zwanghaftigkeit	1.52	.83	.80	.54	$t(29) = 5.60, p < .001$	1.45
Unsicherheit im Sozialkontakt	1.33	.86	.83	.62	$t(29) = 3.45, p < .01$	.89
Depressivität	1.69	.85	1.05	.72	$t(29) = 3.71, p < .001$	.94
Ängstlichkeit	1.26	.86	.70	.48	$t(29) = 3.97, p < .001$	1.02
Aggressivität und Feindseligkeit	.89	.69	.61	.69	$t(29) = 1.95, p < .1$	.49
Phobische Angst	.69	.83	.35	.56	$t(29) = 2.99, p < .01$	.77
Paranoides Denken	.97	.71	.60	.55	$t(29) = 2.41, p < .05$	.62
Psychotizismus	.97	.63	.53	.63	$t(29) = 3.99, p < .001$	1.03
Gesamt-Schwere-Index (GSI)	1.11	.56	.66	.45	$t(29) = 4.47, p < .001$	1.15

Anmerkungen. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung. Bewertung der Effektstärken: $d > .3$ = kleiner Effekt, $d > .6$ = mittlerer Effekt, $d > .9$ = grosser Effekt, *ns* = nicht signifikant.

Bei fast allen Skalen war eine deutliche Reduktion hinsichtlich der psychischen Symptome feststellbar. Bei den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und Psychotizismus zeigten sich die stärksten statistisch signifikanten Verbesserungen. Bei den Skalen Unsicherheit im Sozialkontakt und Phobische Angst waren sehr signifikante und bei den Skalen Somatisierung und Paranoides Denken signifikante Veränderungen der Werte zu konstatieren. Einzig bei der Skala Aggressivität/Feindseligkeit war eine tendenzielle Reduktion des Wertes zu verzeichnen. Als Ausdruck der gesamten Symptombelastung ergab der GSI des SCL-90-R eine höchst signifikante Verbesserung.

Tabelle 16 ist zu entnehmen, dass sich während der Behandlungszeit fast durchgängig mittlere bis hohe Effektstärken fanden. Als einzige Ausnahme erschien die Skala Aggressivität/ Feindseligkeit, bei der sich die Verbesserung eher im unteren Effektbereich befand. Besonders eindrucksvolle Verbesserungen fanden sich bei den Skalen Zwanghaftigkeit, Ängstlichkeit, Psychotizismus und beim GSI. Auf der Einzelfallebene wurden die statistische (RCI) und klinische Signifikanz (c-Kriterium) des Behandlungsverlaufs anhand des GSI des SCL-90-R bestimmt. Um von einer klinisch relevanten Verbesserung auszugehen, muss der Postwert eines Patienten im GSI den Wert von .57 (c-Kriterium) unterschreiten und eine GSI-Differenz von .42 (RCI) überschreiten (Schauenburg & Strack, 1998). Bei 11 PatientInnen (37%) kann von einer klinisch relevanten Verbesserung gesprochen werden. Statistisch signifikant verändert, aber weiterhin klinisch auffällig, sodass der GSI-Wert zum zweiten Messzeitpunkt den Cut-Off-Punkt überschritt, war bei vier PatientInnen (13%) festzustellen. Keine statistisch signifikante Veränderungen im GSI zeigten sich bis zum Behandlungsende bei insgesamt 13 PatientInnen (43%). Davon lagen die GSI-Werte bei vier PatientInnen zum zweiten Messzeitpunkt nicht im Bereich der pathologischen Auffälligkeit. Bei zwei PatientInnen (7%) ergaben sich statistisch signifikante Verschlechterungen zum Ende der Therapie.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bezogen auf den GSI der SCL-90-R insgesamt 50% der PatientInnen eine statistisch signifikante Veränderung bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfuhren. Davon waren 11 PatientInnen (37%) klinisch relevant gebessert. Diese Besserungen liessen sich am deutlichsten anhand der SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit ($d = 1.45$), Ängstlichkeit ($d = 1.02$) und Psychotizismus ($d = 1.03$) nachvollziehen.

16.4.2 Zusammenhänge zwischen Umstrukturierung und Symptomveränderung

Im Folgenden soll der Frage, ob die günstigen Veränderungen der Umstrukturierungswerte mit einer verbesserten Symptomausprägung einhergehen, nachgegangen werden. Um diese Frage zu beantworten, wurden die Umstrukturierungsgruppen I, II und III, wie sie auf Seite 143 beschrieben wurden, hinsichtlich der unterschiedlichen Veränderungen der symptomatischen Belastung während der Therapie untersucht. Die Umstrukturierungsgruppen entsprechen denjenigen Tabelle 12: Gruppe I ($n = 8$): keine statistisch signifikante Veränderung, Gruppe II ($n = 8$): Verbesserung um .49 Punkte auf der Umstrukturierungsskala, Gruppe III ($n = 14$): Verbesserung um 1.55 Punkte auf der Umstrukturierungsskala.

Hinsichtlich der psychopathologischen Veränderung, ausgedrückt im Globalwert des GSI, konnten bei den Gruppen II ($Z = -2.24, p < .05$) und III ($Z = -2.48, p < .05$) signifikante Verbesserungen verzeichnet werden. Bei Gruppe I, die in Bezug auf die Umstrukturierung

keine statistisch signifikante Verbesserungen erzielte, konnte ebenfalls nur eine tendenzielle Reduktion der symptomatischen Belastung erreicht werden ($Z = -1.18, p < .1$).

Trotz dieser Differenzen zwischen Gruppe I und den Gruppen II und III verfehlte der statistische Vergleich, errechnet mit dem H-Test nach Kruskal-Wallis, sowohl für den Parameter der statistischen Signifikanz ($X^2(2) = 1.46, ns$) als auch für den der klinischen Signifikanz ($X^2(2) = .00, ns$) eindeutig die relevante Schwelle. In keiner der drei Gruppen liessen sich somit unterschiedliche Ausprägungen der Symptomreduzierungen feststellen. Auf deskriptiver Ebene liess sich dieses Ergebnis besonders gut mit denjenigen PatientInnen veranschaulichen, die klinisch relevante Verbesserungen bezüglich der Symptomreduzierung erzielt hatten. Wie Tabelle 17 zeigt, waren die PatientInnen mit den besten Ergebnissen hinsichtlich der Symptomveränderung gleichmässig über alle drei Gruppen verteilt. Auch die zwei PatientInnen, die sich zu Therapieende in der symptomatischen Belastung sogar verschlechtert hatten, liessen sich jeweils in der Gruppe III und in der Gruppe I wiederfinden.

Tabelle 17

Verteilung der PatientInnen hinsichtlich des Symptomverlaufs in Abhängigkeit des Umstrukturierungsverlaufs

Symptomverlauf SCL-90-R	Umstrukturierungsverlauf		
	Gruppe I n = 8	Gruppe II n = 8	Gruppe III n = 14
Klinisch relevante Verbesserung = Beschwerdefrei/ statistisch signifikante Veränderung der Symptomatik	4	3	4
Beschwerdefrei/keine statistisch signifikante Veränderung der Symptomatik	0	1	3
Beschwerden/statistisch signifikante Veränderung der Symptomatik	2	1	1
Beschwerden/keine statistisch signifikante Veränderung Symptomatik	1	3	5
Verschlechterung der Symptomatik	1	0	1

Anmerkungen. Gruppe I (n = 8), die keine statistisch signifikante Veränderungen erzielte, Gruppe II (n = 8), die sich um weniger als eine Standardabweichung veränderte, und Gruppe III (n = 14), die sich um eine Standardabweichung und mehr bezüglich den Umstrukturierungswerten veränderte. Die Symptomverlaufgruppen wurden auf der Basis von statistischer (RCI) und klinischer Signifikanz (c-Kriterium) anhand des GSI des SCL-90-R bestimmt.

Es wurden die korrelativen Zusammenhänge der Prä-Post-Differenzen der Umstrukturierungswerte mit den Differenzwerten der Skalen und des GSI der SCL-90-R überprüft. Es ergaben sich keine signifikante Ergebnisse ($r = -.01$ bis $r = -.19, ns$). Zusätzlich wurden die Differenzwerte der Skalen und des GSI der SCL-90-R mit dem Umstrukturierungswert zum zweiten Messzeitpunkt korreliert. Auch hier fanden sich keine signifikante Korrelationen.

In diesem Zusammenhang interessierte, ob die Ausgangswerte des GSI und der Skalen der SCL-90-R zu Therapiebeginn sich in Abhängigkeit der drei Umstrukturierungsgruppen unterschieden. Die Überprüfung ergab einen tendenziellen Unterschied bei der Skala Aggressivität/Feindseligkeit ($X^2(2) = 5.29, p < .1$). Die Gruppe I hatte höhere Werte in der Skala Aggressivität/Feindseligkeit im Vergleich zu den anderen Gruppen (Gruppe I: $M = 1.29, SD = .55$, Gruppe II: $M = 1.03, SD = .86$, Gruppe III: $M = .71, SD = .66$).

Die Korrelationen, errechnet mit Spearman, bestätigen diese Ergebnisse. Eine mittlere Korrelation (Spearman) von $r = -.42, p < 0.5$ ergab sich bei der Skala Aggressivität/Feindseligkeit zu Therapiebeginn (T1) mit dem Differenzwert der Umstrukturierungsskala. Je ausgeprägter die Aggressivität/Feindseligkeit zu Therapiebeginn war, desto geringer fielen die Differenzwerte der Umstrukturierungsskala aus. Auch bei der Skala Ängstlichkeit war eine schwache negative Korrelation, die nur tendenziell signifikant war, zu verzeichnen ($r = -.32, p < .1$). Je höher ausgeprägt die Ängstlichkeit zu Therapiebeginn war, desto geringer fielen die Differenzwerte der Umstrukturierungsskala aus.

16.4.3 Zusammenhänge zwischen OPD-Strukturachse und Symptomveränderung

In Anlehnung an Spitzer et al. (2004) wird im Folgenden überprüft, ob sich das Gesamtstrukturniveau und die sechs Strukturdimensionen der OPD zu Behandlungsbeginn (T1) zur Vorhersage des Behandlungserfolgs im Sinne einer Symptomreduktion eignen.

Mit dem nonparametrischen H-Test nach Kruskal-Wallis wurde überprüft, ob sich die PatientInnen mit unterschiedlich integriertem Gesamtstrukturniveau (gut, gut bis mässig, mässig, mässig bis gering, gering, gering bis desintegriert, desintegriert) hinsichtlich der symptomatischen Belastung, gemessen mit SCL-90-R, zu Beginn der Therapie (T1) unterscheiden. Das Ergebnis war nicht signifikant ($X^2(2) = .01$ bis $4.27, ns$). Die Werte der Skalen des SCL-90-R unterschieden sich auch nicht zum zweiten Messzeitpunkt in Abhängigkeit vom Integrationsniveau der Gesamtstruktur ($X^2(2) = .02$ bis $2.84, ns$).

Auch bezüglich der Prä-Post-Differenzen der Skalen des SCL-90-R gab es keine signifikanten Unterschiede ($X^2(2) = .01$ bis $4.42, ns$) hinsichtlich der Gesamtstrukturniveaus.

Die korrelativen Zusammenhänge (Spearman) der Gesamtstruktur und der sechs Strukturdimensionen (Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung) zu Beginn der Therapie mit den Prä-Post-Differenzen im SCL-90-R ergaben einzig für die Strukturdimension Bindung relevante Ergebnisse. Die Strukturdimension Bindung korrelierte signifikant mit den SCL-90-R-Skalen Unsicherheit im sozialen

Kontakt ($r = -.40, p < .05$), Depressivität ($r = -.45, p < .05$) und Psychotizismus ($r = -.38, p < .05$). Aufgrund der Strukturkodierung (je besser, desto niedriger der Wert) ergaben sich inverse Korrelationen. Je ungünstiger (höher) das Integrationsniveau im Bereich der Strukturdimension Bindung, desto geringer waren die Differenzen bei den Symptomskalen Unsicherheit im Kontakt, Depressivität und Psychotizismus.

16.4.4 Zusammenfassung

Insgesamt liess sich eine signifikante Reduktion in der psychopathologischen Symptomatik feststellen. Besonders die SCL-90-R-Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Psychotizismus und Ängstlichkeit zeigten starke Verbesserungen und hohe Effektstärken zum Ende der Therapie. Die Effektstärke des GSI, als Ausdruck der gesamten Symptombelastung, lag im höchsten Bereich.

Auf der Einzelfallebene konnte bezogen auf den GSI dargestellt werden, dass 11 PatientInnen (37%) eine klinisch relevante Besserung bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfuhren. Statistisch signifikant verbessert, aber weiterhin klinisch auffällig waren vier PatientInnen (13%). Bei vier PatientInnen (13%) waren zwar keine statistisch signifikanten Veränderungen zu verzeichnen, dafür waren sie beschwerdefrei. Keine statistisch signifikante Verbesserung und weiterhin klinisch auffällig waren neun (30%) Patientinnen. Verschlechterungen erlitten zwei PatientInnen (7%).

Die drei Umstrukturierungsgruppen, die unterschiedliche Veränderungen auf der Umstrukturierungsskala abbildeten, wurden hinsichtlich psychopathologischer Symptomveränderungen untersucht. Es gab eine signifikante Reduktion des GSI in den Gruppen II und III, hingegen war bei Gruppe I nur eine tendenzielle Reduktion festzustellen. Der statistische Vergleich der Gruppen für den Parameter der statistischen Signifikanz und für denjenigen der klinischen Signifikanz war nicht signifikant. Die unterschiedlichen Ausprägungen der psychopathologischen Symptomveränderungen konnten somit nur bedingt mit den verschiedenen Umstrukturierungsintensitäten der drei Gruppen in Verbindung gebracht werden.

Bei den Skalen des SCL-90-R konnte die Skala Aggressivität/Feindseligkeit zu Beginn der Therapie identifiziert werden, die eine signifikante Assoziation zur Intensität der Umstrukturierung aufwies. Ansonsten korrelierten die Differenzwerte des GSI und der SCL-90-R-Skalen nicht signifikant mit den Umstrukturierungswerten zu T2 und Differenzwerten der Umstrukturierung.

Des Weiteren wurde überprüft, ob das Gesamtstrukturniveau und die Strukturdimension der OPD eine prognostische Bedeutung für das Ausmass der Symptomveränderung haben. Bei den Strukturdimensionen konnte festgestellt werden, dass einzig eine geringere integrierte Bindung mit geringeren Symptomveränderungen in den Bereichen Unsicherheit im Kontakt, Depressivität und Psychotizismus in Verbindung stand.

17 Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse

In diesem abschliessenden Kapitel soll nun die OPD-Strukturachse hinsichtlich ihrer Änderungssensitivität überprüft werden. Das OPD ist ein diagnostisches Instrument, das zeitstabile Merkmale abbildet. Es erwies sich in Studien als nicht änderungssensitiv bezüglich der Messung von Veränderungen während der stationären Therapie (Grande et al., 2000). In verschiedenen Studien wurde die Vermutung geäussert, dass auch aufgrund der groben Skalierung der Integrationsniveaus (gut/mässig/gering/desintegriert) eine Verbesserung im Verlauf nicht abbildbar ist (Thomasius et al., 2001). Nun wurde bei der Strukturachse die Möglichkeit der Zwischenwerte gegeben, wobei aus einer vierstufigen eine siebenstufige Einschätzung entstanden ist (gut integriert/gut bis mässig integriert/mässig integriert/mässig bis gering integriert/gering integriert/gering bis desintegriert/desintegriert) (Rudolf, 2004). Im Folgenden interessiert, ob diese veränderte Strukturachse nun in der Lage ist, die strukturellen Veränderungen während der Therapie abzubilden. In der Absicht, Hinweise zur Einschätzung der Änderungssensitivität der siebenstufigen OPD-Strukturachse zu erhalten, werden korrelative Zusammenhänge zwischen den Skalen des BPI und NI untersucht. Bisherige Ergebnisse zur Konstruktvalidität der vierstufigen OPD-Strukturachse zeigten gute Übereinstimmungen vor allem mit der ersten Dimension (Bedrohtes Selbst) des NI (Kraus, 1999) und den Skalen des BPI (Spitzer et al., 2002b). Die Studien waren als Querschnittsuntersuchungen konzipiert. Die Konzeptualisierungen der narzisstischer Regulationsmechanismen im NI und Persönlichkeitsorganisationen im BPI stehen dem Konstrukt der psychischen Struktur im Sinne der OPD nahe. Diese Selbstbeurteilungsinstrumente eignen sich auch deshalb zum Vergleich, weil sie Rückschlüsse auf das psychostrukturelle Integrationsniveau zulassen (Kraus, 1999). Es kann davon ausgegangen werden, dass die OPD-Strukturachse, das BPI und das NI grundsätzlich ähnliche strukturelle Auffälligkeiten aus der Perspektive der Fremdeinschätzung und Selbsteinschätzung erfassen. Es wird erwartet, dass sich die Veränderungen der OPD-Strukturachse in den Selbstbeurteilungsverfahren wie dem des BPI und NI nicht abbilden lassen.

17.1 Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse

Die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur, gemessen mit der OPD-Strukturachse, wird im Folgenden dargestellt. Veränderungen werden in Anlehnung an Grande et al. (2000) nicht am Grad der Minderung oder am Wegfall der strukturellen Auffälligkeit bemessen, sondern am Grad eines höheren Integrationsniveaus. Tabelle 18 veranschaulicht die absoluten und relativen Häufigkeiten der Integrationsniveaus bezüglich der Gesamtstruktur zu Therapiebeginn und zum Ende der Therapie. Es wird deutlich, dass sich die Anzahl der PatientInnen, die gut bis mässig integriert waren, zu Therapieende deutlich erhöhte. Die Anzahl der PatientInnen, die mässig integriert waren, blieb unverändert. Die PatientInnen, die zu Therapiebeginn mässig bis gering integriert waren, verringerte sich zu Therapieende.

Tabelle 18

Absolute und relative Häufigkeiten der Integrationsniveaus der Gesamtstruktur zu Therapiebeginn und zu Therapieende (n = 36)

Integrationsniveaus der Gesamtstruktur	Gesamtstruktur zu Therapiebeginn		Gesamtstruktur zu Therapieende	
	n	%	n	%
Gut	0	0	0	0
Gut bis mässig	3	8	10	28
Mässig	16	44	16	44
Mässig bis gering	13	36	7	19
Gering	4	11	3	8

Mittels des nonparametrischen Tests nach Wilcoxon wurden die Veränderungen der Strukturachse von Therapiebeginn bis zum Ende der Behandlung inferenzstatistisch überprüft. Hierbei ergaben sich in fast allen Dimensionen signifikante bis sehr signifikante Veränderungen.

Tabelle 19

Veränderung der Strukturdimensionen zu Therapiebeginn bis Therapieende

OPD-Strukturdimension	Signifikanztest nach Wilcoxon
Selbstwahrnehmung	$Z = -2.98, p < .01$
Selbststeuerung	$Z = -2.87, p < .01$
Abwehr	$Z = -2.21, p < .05$
Objektwahrnehmung	$Z = -1.66, p < .1$
Kommunikation	$Z = -2.68, p < .01$
Bindung	$Z = -3.54, p < .001$
Gesamtstrukturniveau	$Z = -3.63, p < .001$

Wie Tabelle 19 zeigt, liessen sich in allen Strukturdimensionen signifikante bis höchst signifikante Verbesserungen hinsichtlich des Integrationsniveaus zum Ende der Therapie feststellen. Einzig die Dimension Objektwahrnehmung liess eine nur tendenzielle Veränderung erkennen. Diese Ergebnisse deuten auf die Möglichkeit hin, dass die neu konzipierte siebenstufige Strukturachse änderungssensitiv ist.

17.2 Zusammenhänge zwischen OPD-Strukturachse und BPI-Skalen

Es wird im Folgenden der Frage nachgegangen, ob sich die Veränderungen der Gesamtstruktur und der Strukturdimensionen der OPD in den Veränderungswerten des Selbsteinschätzungsinstruments BPI abbilden lassen.

Bei der Frage nach Zusammenhängen zwischen der OPD-Strukturachse und den BPI-Skalen wurde zum einen untersucht, wie die Anfangswerte der jeweiligen Skalen miteinander korrelieren, zum anderen, wie das jeweilige Ausmass der Veränderung auf den Dimensionen und Skalen miteinander in Beziehung steht.

Es wurden zuerst die OPD-Strukturdimensionen mit den BPI-Skalen zum ersten Messzeitpunkt nach Spearman korreliert, um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit der Studie von Spitzer et al. (2002b) zu ermöglichen. Es fanden sich einzig für die Strukturdimension Selbststeuerung und für die Gesamtstruktur folgende Zusammenhänge: Die Selbststeuerung ging mit den BPI-Skalen Identitätsdiffusion ($r = .31, p < .05$), Mangelhafte Realitätsprüfung ($r = .34, p < .05$) und den BPI-Gesamtwert ($r = .43, p < .01$) einher. Die Gesamtstruktur korrelierte mit der BPI-Skala Mangelhafte Realitätsprüfung ($r = .33, p < .05$).

In einem zweiten Schritt wurde versucht, die jeweiligen Differenzwerte der OPD-Strukturdimensionen mit den BPI-Skalen in Beziehung zu setzen. Mittels Korrelationsberechnung nach Spearman konnten signifikante Assoziationen zwischen den Differenzwerten der BPI-Skala Angst vor Nähe und den Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung ($r = .37, p < .05$), Abwehr ($r = .43, p < .05$), Kommunikation ($r = .42, p < .05$) und Gesamtstruktur ($r = .39, p < .05$) errechnet werden. Hier zeigte sich, dass das Ausmass der Veränderung in der Skala Angst vor Nähe einen korrelativen Bezug zum Ausmass einiger Strukturdimensionen zeigte. Dies bedeutet, dass günstigere Veränderungen der Integrationsniveaus der Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung, Abwehr, Kommunikation und in der Gesamtstruktur mit positiven Veränderungen in der Skala Angst vor Nähe einhergingen.

17.3 Zusammenhänge zwischen der OPD-Strukturachse und der NI-Dimension „Das bedrohte Selbst“

Im Folgenden werden die Zusammenhangsberechnungen nach Spearman zwischen der OPD-Gesamtstruktur sowie den Strukturdimensionen und den Skalen der Dimension Das bedrohte Selbst aus dem NI dargestellt.

Zuerst wurde die Korrelation der NI-Skalen mit den OPD-Strukturdimensionen zum ersten Messzeitpunkt durchgeführt, um eine Vergleichbarkeit mit der Studie von Kraus (1999) zu erhalten. Es konnten wiederum nur wenige Korrelationen gefunden werden. Die Strukturdimension Selbststeuerung korrelierte mit den NI-Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust ($r = .33, p < .05$), Negatives Körper selbst ($r = .31, p < .05$), und die Strukturdimension Bindung korrelierte mit der NI-Skala Soziale Isolierung ($r = .36, p < .05$). Eine niedriges Integrationsniveau der Selbststeuerung korrespondierte somit mit grösserer Instabilität in den Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust und Negatives Körper selbst. Eine schlechter integrierte Bindung ging einher mit ungünstigeren Werten in der Skala Soziale Isolierung.

In einem zweiten Schritt wurde versucht, die jeweiligen Differenzwerte der OPD-Strukturdimensionen mit den Prä-Post-Werten der NI-Skalen zu korrelieren. Mittels Korrelationsberechnungen konnte eine signifikante Assoziation zwischen der Strukturdimensionen Kommunikation und der NI-Skala Affekt-/Impulskontrollverlust ($r = .38, p < .05$) festgestellt werden. Hier zeigte sich, dass das Ausmass der günstigen Veränderung in der Skala Affekt-/Impulskontrollverlust einen korrelativen Bezug zum günstigeren Ausmass der Veränderung in der Strukturdimension Kommunikation hatte.

17.4 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die siebenstufige Strukturachse der OPD auf ihre Eignung zur Abbildung von Veränderungen, die im stationären psychotherapeutischen Rahmen angestossen werden, untersucht. Zusätzlich wurden das BPI und das NI, die im Rahmen stationärer Psychotherapie häufig zur begrifflichen Fassung von erreichten strukturellen Veränderungen herangezogen werden, auf ihre Vereinbarkeit mit den Veränderungen auf der OPD-Strukturachse überprüft.

Die Ergebnisse lassen erkennen, dass die OPD-Strukturachse die Veränderungen abbilden konnte. Alle Strukturdimensionen, ausser der Strukturdimension Objektwahrnehmung, veränderten sich zum Ende der Therapie signifikant bis hoch signifikant in Richtung eines höheren Integrationsniveaus.

Bei der Frage nach Zusammenhängen zwischen der OPD-Strukturachse und den BPI-Skalen sowie der ersten Dimension Das bedrohte Selbst des NI wurde untersucht, wie die Anfangswerte und die Veränderungswerte der jeweiligen OPD-Strukturdimensionen mit den Skalen des BPI und NI miteinander korrelieren.

Der Vergleich der Strukturachse mit den Skalen des BPI zu Beginn der Therapie ergab einen signifikanten korrelativen Zusammenhang der Strukturdimension Selbststeuerung mit den Skalen Identitätsdiffusion, Mangelhafte Realitätsprüfung und dem Gesamtwert. Zusätzlich korrelierte die OPD-Gesamtstruktur mit der Skala Mangelhafte Realitätsprüfung. Es zeigte sich zudem, dass das Ausmass der positiven Veränderung in der BPI-Skala Angst vor Nähe in einem korrelativen Bezug zum Ausmass der Veränderungen in den Strukturdimensionen Selbstwahrnehmung, Abwehr, Kommunikation und in der Gesamtstruktur stand.

Der Vergleich der Strukturachse mit dem NI zum ersten Messzeitpunkt ergab einen signifikanten korrelativen Zusammenhang der Strukturdimension Selbststeuerung mit den Skalen Affekt-/Impulskontrollverlust sowie Negatives Körperselbst. Zusätzlich korrelierte die Strukturdimension Bindung mit der Skala Soziale Isolierung. Beim Vergleich der Veränderungswerte zeigte sich, dass das positive Ausmass der Veränderung in der Strukturdimension Kommunikation mit einer günstigen Veränderung in der Skala Affekt-/Impulskontrollverlust in korrelativem Bezug stand.

IV Diskussion

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Umstrukturierung von PatientInnen, die auf den psychoanalytisch orientierten Psychotherapiestationen in Littenheid in Behandlung waren, zu erfassen. Der Zusammenhang zwischen der Umstrukturierung aus der Sicht der UntersucherInnen sowie den Behandlungsergebnissen hinsichtlich der Psychopathologie und der Strukturveränderungen aus der Sicht der PatientInnen wird untersucht. Ein zentrales Anliegen dieser Studie ist es, Aufschlüsse über Prognosekriterien sowie günstige und ungünstige Einflüsse auf den Behandlungsverlauf zu erhalten.

Die Untersuchung wurde auf den drei Psychotherapiestationen Littenheid, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, im Kanton Thurgau durchgeführt. 44 PatientInnen nahmen an der Studie teil, davon brachen acht PatientInnen die Therapie ab. Im Rahmen eines naturalistischen Studiendesigns wurde die prospektive Untersuchung mit jeweils einer Prä- und Postmessung durchgeführt.

Die folgende Schlussbetrachtung gliedert sich nach drei Themenbereichen: Zum einen werden die wichtigsten Ergebnisse entlang der Hypothesen zusammengefasst und abschliessend diskutiert. Die Schlussfolgerungen werden einerseits von den Ergebnissen der Fremdeinschätzungen, andererseits auf der Grundlage der geschilderten Selbstbeurteilungen der psychologischen Fragebögen vorgenommen. Dabei werden die Befunde hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit mit dem aktuellen Forschungsstand diskutiert. Weiter werden Überlegungen in theoretisch-methodischer Hinsicht angestellt. Dabei werden die wesentlichen Erträge dieser Untersuchung erläutert, aber auch auf die Grenzen dieser Studie hingewiesen. Abschliessend wird die theoretische und praktische Relevanz der Studienergebnisse dargestellt.

18 Wissenschaftliche Integration der Befunde

Merkmale der Stichprobe

Bei der in dieser Studie untersuchten Stichprobe mit 44 PatientInnen handelt es sich in der Soziodemografie und Diagnostik um eine heterogene Gruppe. Das Auswahlkriterium erfüllten diejenigen PatientInnen, für die im Untersuchungszeitraum eine Indikation zur stationären Therapie gestellt wurde und die auf einer der drei Psychotherapiestationen eine Behandlung antraten.

Der Vergleich mit Studien aus der stationären Psychotherapieforschung zeigt, dass die Stichprobe der vorliegenden Studie typisch ist für eine stationäre psychoanalytisch orientierte

Psychotherapie. Merkmale der vorliegenden Stichprobe waren der höhere Anteil weiblicher PatientInnen (57%), das Durchschnittsalter von 32 Jahren, die Mehrzahl von Ledigen (71%) und die häufiger vorkommende berufliche Position im subalternen Bereich (63%). Diese PatientInnenmerkmale lassen sich mit den Studien von Grande et al. (2001), Spitzer et al. (2004) und Strauss et al. (1997) vergleichen, wobei der prozentuale Anteil von Frauen in den genannten Studien höher war als in der eigenen.

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer der vorliegenden Stichprobe von drei Monaten entspricht dem üblichen Rahmen eines psychoanalytisch orientierten stationären Settings in der Schweiz. In deutschen Studien werden auch kürzere Behandlungen von durchschnittlich sechs Wochen (Spitzer et al., 2004), aber auch längere Behandlungen von sechs Monaten (Strauss et al., 1997) erwähnt. Die Behandlungsdauer in der vorliegenden Studie nimmt somit eine mittlere Position ein und stimmt mit der Studie von Grande et al. (2001) überein. Die meisten PatientInnen (74%) der vorliegenden Studie führten vor ihrem Klinik-eintritt eine vorbehandelnde ambulante Therapie durch, und knapp die Hälfte der PatientInnen (46%) berichtete von vorhergehenden psychiatrischen Hospitalisationen. Diese Angaben stimmen im Wesentlichen mit den Stichprobenmerkmalen der Studien von Strauss et al. (1997) und Seidler (1999) überein.

Bezüglich der Verteilung der Symptomdiagnosen überwogen in der vorliegenden Stichprobe die affektiven Störungen (ICD-10: F3) mit 36% , gefolgt von den reaktiven Störungen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F4: 20%), den Abhängigkeitserkrankungen (F1: 17%), die allerdings als sekundäre Diagnose im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung vergeben wurden, und den Essstörungen (F5: 15%). Die affektiven Störungen werden auch in den Stichproben der Studien von Grande et al. (2001) mit 37% und von Spitzer et al. (2004) mit 69% am häufigsten diagnostiziert. Die in der Studie von Grande et al. (2001) häufig vorkommenden somatoformen Störungen (F45) kamen in der vorliegenden Stichprobe nicht vor, auch Angststörungen (F40) kamen in der eigenen Stichprobe mit 7% vergleichsweise selten vor. Die Häufigkeit der somatoformen Störungen in der Studie von Grande et al. (2001) ist vermutlich auf eine psychosomatische Ausrichtung des Behandlungskonzepts der betreffenden Klinik zurückzuführen. Bei über der Hälfte der an der vorliegenden Studie teilnehmenden PatientInnen (57%) wurde eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Dieser Anteil ist mit dem prozentualen Anteil von 49% in der Stichprobe von Grande et al. (2001) vergleichbar. Die Ergebnisse der Studie sind repräsentativ, da die untersuchte Stichprobe in ihren soziodemo-

grafischen und klinischen Charakteristika den stationär behandelten PatientInnen anderer Studien zur OPD ähnelt.

Merkmale der TherapieabbrecherInnen

Die PatientInnen, die die stationäre Behandlung vorzeitig abbrachen, wurden als TherapieabbrecherInnen bezeichnet. Als Behandlungsabbruch wurde, unabhängig vom Zeitpunkt, jede Entlassung definiert, die von den TherapeutInnen der Klinik nicht als „regulär“ bezeichnet wurde. Diese Entlassungen unterscheiden sich in patientenseitig veranlasste Beendigungen und in klinikseitig veranlasste Beendigungen im Sinne von disziplinarischen Entlassungen und Verlegungen (Lotz-Rambaldi et al., 2000).

Acht PatientInnen, die an der Untersuchung teilnahmen, konnten als TherapieabbrecherInnen bezeichnet werden. Die Quote betrug somit 18%. Diese Zahl entspricht derjenigen, die von Strauss et al. (1997) mit 16% und Rudolf et al. (2004) mit 14 bis 19% beziffert wurde. Die patientenseitig veranlasste Beendigung bestand in dieser Stichprobe aus vier PatientInnen. Als Gründe gaben die behandelnden TherapeutInnen fehlende Motivation und erhöhte Therapieerwartungen sowie Überforderung an. Im Rahmen der klinikseitig veranlassten Beendigungen mussten zwei PatientInnen wegen Suizidalität und aggressivem Agieren auf die geschlossene Akutaufnahme verlegt werden. Weitere zwei Patienten mussten wegen Drogengebrauch und Aggressivität die Station aus disziplinarischen Gründen verlassen.

Hinsichtlich der soziodemografischen Variablen unterschieden sich die TherapieabbrecherInnen von den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, durch das jüngere Alter von durchschnittlich 22 Jahren. Ein weiteres Merkmal der TherapieabbrecherInnen war ihre schlechtere berufliche Position im Vergleich mit den anderen PatientInnen. Mit dem jüngeren Alter als einem Faktor, der die Wahrscheinlichkeit für eine vorzeitige Beendigung der Therapie erhöht, wurden vorliegende Ergebnisse bereits repliziert. Gemäss Lotz-Rambaldi et al. (2000) brechen PatientInnen unter 30 Jahren doppelt so häufig die stationäre Therapie ab wie ältere PatientInnen. Eine Erklärung liefern Lotz-Rambaldi et al. (2000), indem sie bei den jüngeren PatientInnen auf eine geringere Beständigkeit in den eigenen Zielsetzungen hinweisen. Zudem ist aufgrund des dynamischeren Lebensumfeldes die Wahrscheinlichkeit interkurrenter Ereignisse ausserhalb der Klinik bei jungen PatientInnen erhöht. Vor dem Hintergrund des bedeutend jüngeren Alters der TherapieabbrecherInnen ist die berufliche Position, die vermehrt im subalternen Bereich angesiedelt war, im Vergleich zu den PatientInnen, die regulär beendeten, zu verstehen. Die berufliche Orientierung stellt eine zentrale Entwicklungsaufgabe in dieser Altersphase dar. Die schlechtere berufliche Position und der tiefere

Ausbildungsstatus stehen oft im Zusammenhang mit dem jungen Erwachsenenalter. Der Faktor der schlechteren beruflichen Position gilt aber auch unabhängig vom Alter als Merkmal von erhöhter Abbruchwahrscheinlichkeit (Lotz-Rambaldi et al., 2000).

Bezüglich der Symptomdiagnosen lag bei den TherapieabbrecherInnen vorliegender Studie der Schwerpunkt bei den Abhängigkeitserkrankungen. Zudem wurde bei sechs TherapieabbrecherInnen eine Persönlichkeitsstörung festgestellt. Die Mehrzahl war vorgängig bereits in psychiatrischen Kliniken hospitalisiert gewesen. In der Literatur werden Diagnosegruppen wie Angststörungen, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen genannt, die erhöhte Therapieabbruchquoten aufweisen (Lotz-Rambaldi et al., 2000). Rudolf et al. (2004) erwähnen im Besonderen die somatoformen Störungen und die Essstörungen mit ausgeprägten Abbruchquoten, allerdings enthielt die Stichprobe der Studie Rudolf keine PatientInnen mit Abhängigkeitserkrankungen.

Zu berücksichtigen ist, dass die vorliegende Gruppe der TherapieabbrecherInnen sehr klein war, was die Vergleichbarkeit mit anderen Studien erschwert. Trotz dieses Umstandes konnten in der vorliegenden Stichprobe soziodemografische Variablen – Alter und berufliche Position - identifiziert werden, die in der Literatur mit Therapieerfolg im Sinne einer regulären Beendigung oder Therapieabbruch assoziiert werden.

Persönlichkeitsstrukturelle und psychopathologische Unterschiede zwischen den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen

Im Folgenden werden die Ausgangsbefunde zur Persönlichkeitsstruktur und der psychopathologischen Symptomatik für die TherapieabbrecherInnen und für die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, getrennt vorgestellt. Die Analyse der Unterschiede zwischen den zwei Patientengruppen erlaubt es, die prognostische Bedeutsamkeit der Befunde zu diskutieren.

Die OPD-Ausgangsbefunde zeigten in der Gesamtsicht und in Übereinstimmung mit den Erwartungen, dass die TherapieabbrecherInnen stärkere Belastungen aufwiesen als PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten. Hinsichtlich der *Gesamtstruktur* und der *strukturellen Dimensionen* lagen die TherapieabbrecherInnen auf einem tieferen Integrationsniveau, wobei dies insbesondere für die Ebenen der Selbststeuerung und der Abwehr galt. Die untersteuerte Selbststeuerung deutet darauf hin, dass unangenehme Affekte schlecht ausgehalten und reguliert werden können. Es bestehen Stimmungsschwankungen und ein vulnerables Selbstwertgefühl mit unzureichenden Regulierungsmöglichkeiten. Die Abwehr ist in-

stabil und reicht gegen die inneren Triebwünsche, Impulse und Gefühle nicht aus. Kennzeichnend für eine gering integrierte Abwehr sind beeinträchtigte, überhöhte oder entwertete Bilder des Selbst und der Objekte (Arbeitskreis OPD, 2001). Dieses Ergebnis überrascht nicht, wenn berücksichtigt wird, dass die Hälfte dieser jungen PatientInnen an einer Abhängigkeitserkrankung litten. In den OPD-Studien von Nitzgen und Brünger (2000) und Reyman et al. (2000) zeigte sich, dass die PatientInnen mit einer Abhängigkeitserkrankung im Bereich der Selbststeuerung ungünstige Werte aufweisen. Zahlreiche Studien deuten darauf hin, dass die flexible und angemessene Abwehr in psychoanalytisch orientierter ambulanter oder stationärer Psychotherapie von prognostischer Bedeutung für den Therapieerfolg ist (Jakobsen & Mattanza, 2006; Spitzer et al., 2004; Strauss et al., 1997). Entgegen den Erwartungen unterschieden sich die TherapieabbrecherInnen hinsichtlich der Objektwahrnehmung und Bindung nicht signifikant, sondern nur in deskriptiver Hinsicht von den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten. In verschiedenen Studien wird festgestellt, dass vor allem besser integrierte Bindungsfähigkeit (Rudolf et al., 1996) und Objektwahrnehmung (Spitzer et al., 2004; Strauss et al., 1997) bei erfolgreichen Therapien eine Rolle spielen. Allerdings wurden in diesen Studien die spezifischen OPD-Ausgangsbefunde der TherapieabbrecherInnen nicht untersucht, wodurch die Vergleichbarkeit mit diesen Studien eingeschränkt wird.

Die vergleichsweise geringe Verfügbarkeit der intrapsychischen strukturellen Funktionen bei den TherapieabbrecherInnen führt zu inneren und zwischenmenschlichen Spannungen, die sich auch in spezifischer Weise in den *Konflikten* abbilden. Die TherapieabbrecherInnen unterschieden sich von den PatientInnen, die regulär beendeten, durch das Fehlen des Versorgung-Autarkie-Konflikts. Wenn auch nur tendenziell, war der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie bei den TherapieabbrecherInnen dominant. Der Selbstwertkonflikt war auf deskriptiver Ebene als wichtigster Konflikt ebenfalls häufig anzutreffen. Diese Konflikttypen – Abhängigkeit-Autonomie und Selbstwertkonflikte – weisen auf frühe Störungen der psychischen Entwicklung hin (Rudolf, 2000). Der das menschliche Erleben grundsätzlich kennzeichnende Konflikt zwischen dem Wunsch nach Abhängigkeit und Bindung auf der einen Seite und dem Wunsch nach Selbständigkeit und Autonomie auf der anderen Seite können die Jungerwachsenen offenbar nicht konstruktiv lösen. Der bei den TherapieabbrecherInnen dominierende aktive Verarbeitungsmodus der Konflikte deutet auf die kontraphobische Abwehr hin und im Speziellen auf den Konflikt Abhängigkeit-Autonomie bezogen auf eine forcierte narzisstisch geprägte Autonomie als Gegengewicht gegen ausgeprägte Bedürfnisse nach Nähe und Abhängigkeit (Arbeitskreis OPD, 2001). In OPD-Studien wurde die enge Verbindung zwischen einem tiefen Integrationsniveau in der Gesamtstruktur und dem Abhängigkeit-Autonomie- so-

wie dem Selbstwertkonflikt nachgewiesen (Rudolf et al., 2004). In Übereinstimmung mit der Studie von Rudolf et al. (1996) zeigten die PatientInnen mit einem Vorherrschen des Konflikts Abhängigkeit-Autonomie einen schlechteren Behandlungsprognose. Die Ergebnisse zur Struktur- und Konfliktachse decken sich weitgehend mit der OPD-Studie von Thomasius et al. (2001), die PatientInnen im Alter von durchschnittlich 19 Jahren mit einer Abhängigkeits-erkrankung in ambulanter Therapie untersuchten.

Das *dysfunktionale Beziehungsverhalten* der TherapieabbrecherInnen wies auf adoleszente Muster im Sinne eines Ringens um die Selbständigkeit und des Selbstwertgefühls hin. Hierbei waren die Themenpaare Andere anerkennen/Sich zur Geltung bringen und Sich entfalten/Freiraum lassen relevante Beziehungsthemen. Auffallend war, dass die TherapieabbrecherInnen aktive Verhaltensweisen der anderen schilderten, die sie als kontrollierend-einmischend sowie als entwertend erlebten, und auf die sie einerseits mit Rückzug (Selbstentwertung), andererseits mit Kampf um Selbständigkeit reagieren mussten. Aus der Perspektive der Untersucherin erschien dieses reaktive Verhalten der PatientInnen jedoch als aktives problematisches Beziehungsangebot im Sinne von sich-wichtig-machend, welches herausforderte. Gemäss Grande et al. (2005) führt diese unterschiedliche Wahrnehmung der aktiven und reaktiven Verhaltensweisen zu einer Trennung zwischen Fremderleben und Selbsterleben. Charakteristisch für PatientInnen mit einem geringen Integrationsniveau der Struktur sind Beziehungen mit feindseligen und aggressiven Tendenzen, die zum Beziehungsabbruch führen können (Grande et al., 1998).

Die vorliegenden Ergebnisse zur Persönlichkeitsstruktur der TherapieabbrecherInnen stimmen im Wesentlichen mit der Untersuchung von Kern und Küchenhoff (2000) überein. In der Untersuchung von teilstationären PatientInnen stellten die genannten Autoren bei den TherapieabbrecherInnen im Vergleich zu den PatientInnen, die die Therapie regulär beendeten, ungünstigere OPD-Befunde fest, wobei im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen der Schwerpunkt auf einem passiv-regressiven Verarbeitungsmodus der Konflikte lag.

Es ist davon auszugehen, dass die dargestellten spezifischen persönlichkeitsstrukturellen Konstellationen der TherapieabbrecherInnen der vorliegenden Stichprobe die therapeutische Arbeitsbeziehung erschwert. Die Studie von Oberbracht (2002) untersucht die prognostische Bedeutung des Strukturniveaus für die Entwicklung der therapeutischen Arbeitsbeziehung bei stationären PatientInnen. Oberbracht konnte belegen, dass die gering strukturierten PatientInnen von Beginn der Therapie an am wenigsten Passung in der Beziehung mit dem oder der TherapeutIn aufweisen, weil sie diese stark idealisierten. Die Überschätzung der Beziehung

hatte im Verlauf der Therapie keinen Bestand und führte in eine destruktive Bewegung, die letztlich Therapieabbrüche begünstigte. Konzag, Bandemer-Greulich, Bahrke und Fikentscher (2004) stellen in ihrer Untersuchung über die Wirksamkeit stationärer Psychotherapie fest, dass die Beziehung zum oder zur EinzeltherapeutIn bei strukturell gestörten PatientInnen sehr ambivalent und brüchig ist, wobei sich Wünsche nach intensiver Zuwendung mit Ängsten vor Ablehnung oft in rascher Folge abwechseln. Donauer et al. (2001) stellen fest, dass eine hohe Abbruchwahrscheinlichkeit sich bei PatientInnen mit einem vermeidenden Bindungsstil und einem abweisenden Verhalten zeigt. Zudem weisen die TherapieabbrecherInnen in genannter Studie weniger selbstunsicheres und fürsorgliches Verhalten hinsichtlich ihrer Interaktionen mit anderen Menschen auf.

Die Ausgangsbefunde der OPD-Achsen der PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, unterschieden sich in vielerlei Hinsicht von denjenigen der TherapieabbrecherInnen. Insgesamt lagen auf der strukturellen Ebene die meisten PatientInnen bezüglich *Gesamtstrukturniveau* und den verschiedenen Strukturdimensionen auf dem Niveau von NeurosepatientInnen. Grundsätzlich sind somit die intrapsychisch und interpersonell regulierenden Funktionen vorhanden, jedoch situativ herabgesetzt. Die geschilderten Auffälligkeiten bei den TherapieabbrecherInnen dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch die PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, Besonderheiten von klinischer Relevanz aufwiesen. So war ein Drittel letzterer PatientInnen bezüglich der Gesamtstruktur mässig bis gering integriert, was auf Schwierigkeiten, intrapsychische Spannungen zu ertragen und auf Probleme, stabile interpersonale Beziehungen einzugehen und diese konstruktiv zu regulieren, hinweist. Dies mag mit den Einschätzungen der *Konflikte* der PatientInnen kompatibel sein, zumal unterschiedliche Konflikte, die den verschiedenen Entwicklungsstufen zugeschrieben werden, bei diesen PatientInnen vorkamen. Innerhalb dieser Gruppe kamen ähnlich häufig der reifere Unterwerfung-Kontrolle-Konflikt, der tendenziell frühe Selbstwertkonflikt und der Versorgung-Autarkie-Konflikt als wichtigste Konflikte vor. Der markanteste Unterschied zu den TherapieabbrecherInnen war bei den PatientInnen, die regulär beendeten, das Dominieren des Konflikts Versorgung-Autarkie. Dieser Konflikt hat gemäss Grande et al. (1998) einen deutlichen Akzent im mässig integrierten Strukturniveau und beschreibt eine Form der konflikthaften Ausgestaltung einer basal schon gesicherten Beziehung.

Diese spezifische, eher reifere Form der konflikthaften Beziehungsgestaltung bildete sich in den Ergebnissen der *Beziehungsachse* ab. Die zentralen globalen Beziehungsthemen betrafen das Themenpaar Sich kümmern/Sich anlehnen und „Kontakt zulassen/Kontakt aufnehmen,

was in der folgenden typischen Beziehungsdynamik veranschaulicht werden kann: Die PatientInnen fühlten sich von anderen Menschen vernachlässigt, im Stich gelassen. Diese immer wiederkehrende enttäuschenden Erfahrungen bewältigten sie durch Distanzierung, indem sie sich unbedürftig zeigten (Autarkie) oder indem sie aktiv auf andere Menschen zuzugingen, um sich besonders fürsorglich um andere zu kümmern (Versorgung). Das dysfunktionale Beziehungsmuster besagter PatientInnen vorliegender Stichprobe zentrierte sich also um die gegensätzlichen Themen der Abgrenzung und der Anlehnung respektive der Zuwendung.

Insgesamt konnten die dargestellten Zusammenhänge zwischen der Struktur-, der Konfliktachse und Beziehungsmuster für die beiden Gruppen plausibel aufgezeigt und interpretiert werden. Als eine Bestätigung der dargestellten Zusammenhänge zwischen Struktur und Konflikt bei den TherapieabbrecherInnen und den PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, können die folgenden Assoziationen gesehen werden: Der Konflikt Abhängigkeit-Autonomie konnte mit einem niedrigen Gesamtstrukturniveau in Verbindung gebracht werden. Der Konflikt Unterwerfung-Kontrolle korrelierte hingegen mit einem höheren Integrationsniveau der Gesamtstruktur. Die Ergebnisse von Grande et al. (1998) konnten in Bezug auf den Zusammenhang zwischen den Konflikten Abhängigkeit-Autonomie und Unterwerfung-Kontrolle sowie Gesamtstruktur repliziert werden. Entgegen den Erwartungen konnten bei den anderen zeitlich überdauernden Konflikten geringe, aber nicht signifikante korrelative Zusammenhänge mit dem Gesamtstrukturniveau gefunden werden, was vermutlich auf die geringe Stichprobe zurückzuführen ist.

Das Narzissmus-Inventar (NI) und das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI) wurden in der vorliegenden Studie eingesetzt, weil diese psychoanalytisch fundierten Fragebögen besonders geeignet schienen, die Persönlichkeitsstruktur aus der Sicht der PatientInnen zu erfassen. Die Selbstbeurteilungen wiesen zum Teil in eine ähnliche Richtung wie die Fremdeinschätzungen. Allerdings liegen auch einige erwartungskonträre Ergebnisse vor, auf die hier zunächst eingegangen wird. Die Werte der TherapieabbrecherInnen waren zwar im Vergleich zu den PatientInnen, die regulär beendeten, ungünstiger, unterschieden sich aber nicht signifikant.

Tendenziell ungünstigere Werte erzielten die TherapieabbrecherInnen nur in jeweils einer Skala des NI und des BPI. Der ungünstigere Wert im NI betraf die Skala Narzisstische Wut. In dieser Skala kommt zum Ausdruck, dass die TherapieabbrecherInnen vermehrt aggressive Impulse mobilisieren, um die narzisstische Bedrohung oder Selbstwerteinbrüche zu bewältigen. Es droht hierbei dem Selbstsystem, dass die aggressiven Impulse, ihre potentiell

schützende Funktion einbüßen und destruktiv werden. Auf diese Weise wird das Selbstsystem noch mehr destabilisiert (Deneke & Hilgenstock, 2000). Dieses Ergebnis stimmt mit der gering integrierten Selbststeuerung im Rahmen der OPD-Strukturachse der TherapieabbrecherInnen überein. Im BPI wies die Skala Mangelhafte Realitätsprüfung bei den TherapieabbrecherInnen im Vergleich zu den PatientInnen, die regulär beendeten, deutlich ungünstigere Werte auf. Der hohe Wert in dieser Skala deutet darauf hin, dass die TherapieabbrecherInnen nur mangelhaft zwischen Fantasie und Wirklichkeit unterscheiden können. Eigene Fantasien werden für die Wirklichkeit gehalten. Kernberg (2000b) fasst unter den Begriff Realitätsprüfung die spezifische Fähigkeit zur Überprüfung der eigenen Wahrnehmungen durch Beobachtung und logisches Denken sowie die Urteilsfunktion (Antizipation und Taktgefühl). Das in diesen Bereichen gestörte Selbsterleben widerspiegelt sich auf der OPD-Strukturachse, auf der das Vorherrschen der intrapsychischen Konflikte bei den TherapieabbrecherInnen festgestellt werden konnte. Zum anderen hält Kernberg (2000b) fest, dass das Auftreten von psychotischen Erlebnissen im Rahmen der Borderline-Persönlichkeitsstörungen auftreten können. Es ist davon auszugehen, dass einer psychotischen Episode eine starke Beeinträchtigung der auch sonst nur mühsam aufrechterhaltenen Regulierungstätigkeit bei den TherapieabbrecherInnen vorausgegangen ist.

Als tendenziell stärker durch psychopathologische Symptome belastet stellten sich die TherapieabbrecherInnen dar. Entgegen den Erwartungen erreichten die Unterschiede jedoch keine statistische Bedeutsamkeit. Mestel et al. (2004) konnten in ihrer Studie nachweisen, dass PatientInnen mit gering integrierter Struktur und PatientInnen mit dem Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt über deutlich mehr Symptome, gemessen mit dem SCL-90-R, klagten. Diesbezüglich fanden hingegen Kern und Küchenhoff (2000) in ihrer Studie keine signifikanten Unterschiede zwischen PatientInnen, welche die teilstationäre Therapie regulär beendeten, und den TherapieabbrecherInnen. Auf deskriptiver Ebene imponierten bei den TherapieabbrecherInnen vorliegender Studie die deutlich erhöhten Werte der SCL-90-R-Skala Aggressivität/Feindseligkeit, die mit dem ungünstigeren Wert in der Skala Narzisstische Wut im NI korrespondieren. Zudem scheinen die erhöhten Werte in den SCL-90-R-Skalen Paranoides Denken und Psychotizismus mit einem entsprechend ungünstigeren Wert in der BPI-Skala Mangelnde Realitätsprüfung einherzugehen. In Anbetracht der Tatsache, dass die Diagnose Abhängigkeitserkrankung bei den TherapieabbrecherInnen häufig gestellt wurde, können paranoide Tendenzen die Entwicklung einer Abhängigkeit von psychotropen Substanzen fördern und als Folge der Abhängigkeit noch verstärkt werden (Thomasius, 2000). Es ist jedoch in Erwägung zu ziehen, dass Extremwerte die mittleren Werte der Gruppe der Therapieab-

brecherInnen aufgrund ihrer geringen Grösse mehr beeinflussen können, als bei der umfangreicheren Teilstichprobe der PatientInnen, die regulär beendeten.

Umstrukturierung als therapeutisches Ziel

Die Veränderung der Persönlichkeitsstruktur gilt im Rahmen der psychoanalytischen Therapie als ein zentrales Ziel (Rudolf, 2000). Im Rahmen der Untersuchung der Intensität der Umstrukturierung wurde überprüft, inwiefern sich die PatientInnen im Umgang mit den Problemfoki im Sinne der dysfunktionalen Beziehungsmuster, Kernkonflikten und strukturellen Vulnerabilitäten während der Therapie veränderten. Angesichts des zeitlich befristeten Settings der stationären Therapie wurde erwartet, dass zumindest ein Teil der persönlichkeitsstrukturellen Einschränkungen wahrgenommen und als Problem kognitiv realisiert wird (Grande et al., 2001).

Entsprechend den Erwartungen verbesserte sich die Gesamtgruppe der 36 PatientInnen hinsichtlich der Umstrukturierung um durchschnittlich fast eine Stufe (.78). Der durchschnittliche Anfangswert von 2.77 stieg auf 3.48 als absolutes Erfolgsmass. Dies bedeutet, dass der durchschnittliche Endwert aller PatientInnen zwischen Stufe 3 Vage Fokuswahrnehmung und Stufe 4 Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs lag. Der Umstrukturierungswert stimmt mit dem Ergebnis der Studie von Grande et al. (2001) überein, die bei den PatientInnen einen mittleren Wert von 3.34 zum Ende der Therapie konstatierte.

Die Therapie traten 12 PatientInnen auf dem Niveau der Ungewollten Beschäftigung mit dem Fokus (Stufe 2) an. Diese PatientInnen übernahmen wenig Eigenverantwortung im Umgang mit ihren Problemfoki und waren tendenziell fremdmotiviert bezüglich der Behandlung. Die Konfliktthemen lösen zwar unangenehme Gefühle oder Gedanken aus oder führen zu deutlichen körperlichen und psychischen Beschwerden, die jedoch als Störung oder Zumutung empfunden werden (Grande et al., 2001; Rudolf et al., 2000).

Die Mehrzahl der PatientInnen in der Studie von Grande et al. (2001) begannen die Therapie auf genannter Stufe 2, im Gegensatz zur vorliegenden Stichprobe, die mehrheitlich auf Stufe 3 (20 PatientInnen) in die Behandlung eintrat. Auf Stufe 3 wird der Umgang mit den Problemfoki als Vages Problemverständnis beschrieben. In Ansätzen werden die Schwierigkeiten als intrapsychische Problematik erkannt. Die PatientInnen lassen sich punktuell emotional berühren und beginnen sich auf die therapeutische Beziehung einzulassen, ohne dass schon eine stabile Behandlungsmotivation entstanden wäre. Sie haben schon vage Vorstellungen darüber,

dass die Schwierigkeiten und Beschwerden mit der eigenen Person zu tun haben könnten (Grande et al., 2001; Rudolf et al., 2000).

In der Studie von Grande et al. (2001) begann keiner der PatientInnen die Behandlung auf der Stufe 4, wohingegen in der vorliegenden Studie vier PatientInnen ihre Therapie auf dieser Stufe angingen. Stufe 4 beschreibt einen Umgang mit den Foki, der sich als Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs bezeichnen lässt. Hierbei ist die therapeutische Arbeitsbeziehung im Sinne eines Arbeitsbündnisses bezogen auf die gemeinsame Zielsetzung etabliert. Die PatientInnen setzen sich aktiv und interessiert mit den Fokusproblemen auseinander. Sie anerkennen die Schwierigkeiten als zu sich gehörig. Daraus resultiert ein Zugewinn an Steuerungsmöglichkeiten, und es entstehen erste Veränderungen, die allerdings noch nicht gereift sind (Rudolf et al., 2000).

Zu Therapieende erreichten insgesamt 16 PatientInnen (44%) mindestens oben beschriebene Stufe 4. Die Erwartung, dass im stationären Rahmen mit einer Behandlungszeit von durchschnittlich drei Monaten weniger als die Hälfte die PatientInnen die Stufe 4 erreichen, konnte bestätigt werden und stimmt mit dem prozentualen Anteil in der Studie von Grande et al. (2001) überein, in der ebenfalls 43.7% der PatientInnen dieses Therapieziel erreichten. Der Vergleich der Ergebnisse mit der Studie von Grande et al. (2001) deutet darauf hin, dass die vorliegende Erfolgsquote von 44% ein realistisches Ergebnis im Rahmen der stationären Therapie ist. Die Autoren bewerten das Erreichen genannter Stufe 4 als ein wesentliches Ziel der stationären Therapie, das sich darin ausdrückt, dass ein Prozess der therapeutischen Selbstreflexion und Introspektivität in Gang gesetzt und dadurch die Motivation und Befähigung des Patienten für eine weiterführende Psychotherapie entwickelt wurde (Rudolf & Grande, 2000). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass in der vorliegenden Studie 81% PatientInnen angaben, eine nachbehandelnde ambulante Psychotherapie durchführen zu wollen, was als weiterer Behandlungserfolg zu gewichten ist. Die Motivation, nach Abschluss der Klinikbehandlung eine ambulante Nachbehandlung durchzuführen, wurde offensichtlich auch bei PatientInnen angestoßen, die bei Therapieende lediglich tiefere Stufen als die Stufe 4 erreichten. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die PatientInnen, welche die Stufe 4 erreichten, günstigere Voraussetzungen mitbringen hinsichtlich der Bündnisfähigkeit in der ambulanten Anschluss- und der weiterführenden progressiven Veränderungsschritte. In der katamnestic Untersuchung stationärer PatientInnen von Grande et al. (2003) konnte festgestellt werden, dass die Anerkennung der spezifischen Konfliktbereitschaften und Vulnerabilitäten im Sinne der Stufe 4 der Umstrukturierungsskala eine zentrale prognostische

Bedeutung hat. PatientInnen, die während der Therapie Stufe 4 erzielten, waren nach der Klinikentlassung eher in der Lage, Lebensanforderungen zu bewältigen.

Im begrenzten Zeitraum von durchschnittlich drei Monaten in der stationären Therapie war in der vorliegenden Stichprobe ein Erreichen der Stufe 5 nur in wenigen Fällen möglich. Ab Stufe 5 kann von einer eigentlichen Umstrukturierung gesprochen werden. Es ändert sich nicht nur die Art der Bewältigung von Schwierigkeiten, sondern es wird unabweisbar, dass die Schwierigkeiten nicht mehr externalisiert werden können. Diese Aneignung von Konflikten deuten auf einen Prozess hin, mit dem eine realitätsgerechtere Wahrnehmung und emotionale Einstellung gegenüber der Umwelt möglich wird. Dieser Prozess kann jedoch zu Unsicherheiten und Trauer über den Verlust von gewohnten Einstellungen und Verhaltensweisen führen (Rudolf et al., 2000). Auf der Stufe 5 werden somit regressive Prozesse beschrieben, die eher in länger dauernden psychoanalytischen Therapien zu beobachten sind (Mattanza et al., 2006; Rudolf et al., 2001). Vor diesem Hintergrund ist es erklärbar, wieso sich die PatientInnen vorliegender Studie hinsichtlich der Intensität der Umstrukturierung während der Therapieverlaufs sehr unterschiedlich entwickelten.

Auffallend war ja, dass diejenigen PatientInnen, die bereits auf Stufe 4 die Therapie begannen, sich bis zum Ende der Therapie kaum auf eine höhere Stufe begaben. Es imponierte hingegen, dass die Mehrheit der PatientInnen, die auf einem tieferen Niveau (Stufen 2 und 3) in die Behandlung eintraten, sich bis zum Ende der Therapie um eine bis drei Stufen verbesserten. Gerade in der stationären Therapie, wo die Stabilisierung und Wiedergewinnung struktureller Funktionen die Zielsetzung bildet, werden je nach individueller Situation, psychopathologischer Symptomatik und struktureller Vulnerabilität solche regressiven Prozesse, die kennzeichnend sind für die Stufe 5, unter Umständen sogar durch spezifische strukturierende Techniken und Massnahmen aktiv vermieden (Rudolf, 2004). Rohde-Dachser (2005) hält fest, dass in weiterführenden psychoanalytisch orientierten Therapien die Regression nicht ausschliesslich für neurotischen PatientInnen reserviert werden kann. Die Autoren beschreibt, dass der oder die Borderline-PatientIn in der Regression das Ziel verfolge, „erkannt“ zu werden. „In diesem Falle wird der Ausgang der Therapie in entscheidender Weise davon abhängen, inwieweit der Analytiker in der Lage ist, die Regression seines Patienten zu akzeptieren, angstfrei zu tolerieren und vielleicht sogar ein Stück weit zu teilen“ (Rohde-Dachser, 2005, S. 166).

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Intensität der Umstrukturierung auf der Grundlage von Durchschnittswerten aller fünf ausgewählten Foki dargestellt wurden. So konn-

ten bei der Analyse der Einschätzungen der Umstrukturierung bei einigen PatientInnen festgestellt werden, dass im Bereich einzelner Foki Fortschritte gemacht wurden, andere Foki hingegen stagnierten oder nicht wahrgenommen wurden. Eine mögliche Interpretation hierfür könnte sein, dass die punktuellen Fortschritte als Ressource dienen für die kompensatorische Bewältigung der nicht gelösten Probleme. Auch bei denjenigen PatientInnen, die in Bezug auf die Problemfoki keine Fortschritte gemacht hatten, kann es durchaus sein, dass es im Sinne einer Restitution zu symptomatischen und äusseren Veränderungen gekommen ist. Auffallend war, dass ein Patient, der zu Beginn der Therapie seine Schwierigkeiten klar anerkannte und als Fokus bearbeiten wollte (Stufe 4), bei Klinikentlassung eine narzisstisch stabilisierte Abwehr zeigte und die Schwierigkeiten externalisierte (Stufe 2). Offensichtlich lag eine Fehleinschätzung des initial erhobenen diagnostischen Befundes auf der Grundlage der Fokusliste zu Beginn der Therapie vor, die möglicherweise auf eine labilisierte Abwehr des Patienten in der Krisensituation zu Beginn der Therapie zurückzuführen war. Rudolf et al. (1996) betonen, dass die diagnostische und psychodynamische Beurteilung wesentlich von der grundsätzlichen Zugänglichkeit des oder der jeweiligen PatientIn abhängt.

Neben der oben dargestellten deskriptiven Untersuchung der individuellen Progression auf der Umstrukturierungsskala, wurde zusätzlich auf Einfallebene bestimmt, ob der oder die PatientIn zugleich eine reliable Veränderung durch die Behandlung erfahren hatte. Auf der Grundlage des Index für reliable Veränderungen konnten drei Umstrukturierungsgruppen gebildet werden, welche die unterschiedlichen Intensitäten der Umstrukturierung abbildeten.

Gruppe I: 25% (9 Fälle) erzielten keine statistisch signifikante Veränderungen. Die PatientInnen in dieser Gruppe stagnierten im Verlauf der Therapie hinsichtlich der Umstrukturierungswerte.

Gruppe II: 33% (12 Fälle) erreichten statistisch signifikanten Veränderungen auf der Umstrukturierungsskala und verbesserten sich durchschnittlich um fast eine halbe Stufe. Sie befanden sich zum Ende der Therapie auf der Stufe 3 Vage Fokuswahrnehmung.

Gruppe III: 42% (15 Fälle) erzielten statistisch signifikante Veränderungen und schienen bezüglich der Umstrukturierungswerte am meisten von der Therapie zu profitieren. Sie verbesserten sich um 1.55 Punkte auf der Umstrukturierungsskala und beendeten die Therapie durchschnittlich auf der Stufe 4 Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, was als Bewältigung im Sinne von Coping und aktives Handhaben der Problematik verstanden werden kann.

Es zeigt sich damit, dass 75% der PatientInnen strukturell verankerte Fortschritte in Richtung einer besseren Wahrnehmung der Problemschwerpunkte machten. Dies bedeutet, dass die zum Teil schwer kranken, stationär behandelten PatientInnen bis zu jenem Punkt gelangten, an dem eine neu entwickelte Sensibilisierung und Introspektivität es erlaubte, ihre Schwierigkeiten bewusster wahrzunehmen und neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Hinweise auf günstige Therapieverläufe

Ein Erreichen eines hohen Grades an Umstrukturierung (Stufe 4) lässt erwarten, dass die jeweiligen PatientInnen aus klinischer Sicht bessere Voraussetzungen in soziodemografischer und persönlichkeitsstruktureller Hinsicht zu Beginn der Therapie mitbringen. Im Folgenden interessieren die Merkmale der PatientInnen, die Hinweise auf günstige Umstrukturierungsintensitäten geben können. Insgesamt erschwerte die geringe Fallzahl den Nachweis von statistisch signifikanten Unterschieden zwischen den Gruppen. Aus diesem Grund werden nachfolgend die wichtigsten Ergebnisse auf deskriptiver Ebene dargestellt. Grundsätzlich wurde vorsichtig interpretiert und kein Anspruch auf eine kausale Beweisführung erhoben.

Soziodemografische Merkmale und Behandlungsdauer: Hinsichtlich der soziodemografischen Variablen konnte festgestellt werden, dass bei vorliegender Stichprobe die Gruppe III mit den stärksten Veränderungen auf persönlichkeitsstruktureller Ebene den grössten Frauenanteil enthielt. Der höhere Anteil an Frauen in Gruppe III entspricht der festgestellten grösseren Effektstärke im Rahmen der Umstrukturierung von Frauen im Vergleich zu Männern. Dieses Ergebnis ist schwierig zu interpretieren, zumal soziodemografische Merkmale in OPD-Studien kaum untersucht werden (Spitzer et al., 2002a). In der Schweizer Version der PAL-Studie schienen ebenfalls Frauen bessere Umstrukturierungswerte zu erzielen (Jakobsen & Mattanza, 2006). Zudem galt in letzterer Studie eine gute Schulbildung als förderlich für den therapeutischen Prozess. In der vorliegenden Studie konnte allerdings in der Gruppe III die höchste Quote von Personen mit niedrigeren Bildungsabschlüssen nachgewiesen werden. Franz et al. (2000) untersuchten in einer Multizenterstudie die Effekte psychoanalytisch orientierter stationärer Therapie und konnten bei den soziodemografischen Variablen keine Geschlechtseffekte hinsichtlich symptomatischer Besserung und Veränderung interpersoneller Problembelastung feststellen. Zudem profitierten PatientInnen mit niedrigen Bildungsabschlüssen gut von der stationären Therapie (Franz et al., 2000).

Hinsichtlich der Diagnose konnte festgestellt werden, dass in der vorliegenden Stichprobe Gruppe III mit den stärksten Veränderungen die höchste Rate von PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung vertreten waren. Dies überrascht insofern, als erwartet

wurde, dass PatientInnen mit einer Persönlichkeitsstörung hinsichtlich der Umstrukturierung eher als änderungsresistent gelten, da sich diese Diagnose auf zeitstabile Merkmale bezieht (Jakobsen & Mattanza, 2006). Hingegen ist aus der neueren Psychotherapieforschung bekannt, dass PatientInnen mit einer Diagnose Persönlichkeitsstörung sehr günstige symptombezogene Therapieergebnisse (Rudolf et al., 2004) erzielen und sich diesbezüglich kaum von der stationären Patientengruppe ohne Persönlichkeitsstörung unterscheiden.

Diese Befunde geben Hinweise darauf, dass gerade diejenigen PatientInnen mit eher schlechteren Voraussetzungen wie schlechterer Schulbildung und der Diagnose Persönlichkeitsstörung positive Resultate erzielen. Es kann angenommen werden, dass im Rahmen der stationären Psychotherapie die Stützen und Entwicklungshilfen geboten wurden, die spezifisch von diesen PatientInnen benötigt wurden.

Ferner wurde festgestellt, dass in der vorliegenden Stichprobe die PatientInnen in Gruppe III durchschnittlich etwas länger als Gruppe I und Gruppe II, nämlich zwei Wochen, auf der Psychotherapiestation in Behandlung waren. Studien zeigen in der stationären Psychotherapie signifikante Symptomreduzierungen schon nach vier Wochen (Franke, Hoffmann & Frommer, 2005). Für eine darüber hinausgehende Umstrukturierung der Persönlichkeit stellt sich die Frage nach der Behandlungsdauer jedoch anders. In der PAL-Studie konnten in den länger dauernden und hoch frequenten analytischen Psychotherapien ausgeprägtere Umstrukturierungsprozesse festgestellt werden als in den kürzeren Psychotherapien. Ähnliches wurde in der Schweizer Version der PAL-Studie konstatiert (Mattanza & Jakobson, 2006). Auch in der Studie von Franke et al. (2005) zeigt sich, dass im Bereich der Persönlichkeit und der interpersonellen Beziehungsmuster Veränderungen im Rahmen einer durchschnittlich 50-tägigen stationären Behandlung höchstens angestossen werden. Die Behandlungsdauer in der stationären Therapie wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Dammann, Clarkin & Kächele, 2000).

Persönlichkeitsstrukturelle Merkmale: Erwartungsgemäss wurden die erfolgreichen PatientInnen bezüglich der Umstrukturierung bereits vor der Behandlung im Hinblick auf die strukturelle Merkmale als weniger beeinträchtigt beurteilt. Eine geringer integrierte Gesamtstruktur und ein geringeres Integrationsniveau bei den Strukturdimensionen Selbststeuerung, Objektwahrnehmung und Kommunikation zu Beginn der Behandlung führte bei den PatientInnen zu einem tieferen Umstrukturierungswert zum Zeitpunkt der Entlassung.

Die signifikanten aber eher geringen Zusammenhänge sollten zwar nicht überinterpretiert werden; sie stimmen jedoch im Wesentlichen mit anderen OPD-Studien überein. Auf die prognostische Bedeutung der Gesamtstruktur und der Objektwahrnehmung für den Therapieerfolg wurde von Strauss et al. (1997) und (Rudolf et al., 1996) hingewiesen. Hingegen fanden Thomasius et al. (2001) wenig Anhaltspunkte für die Vorhersagekraft der Strukturachse. Spitzer et al. (2004) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer besser integrierten Gesamtstruktur, Objektwahrnehmung, Abwehr und der Therapiebeurteilung aus der Sicht der PatientInnen feststellen. Die zitierten Arbeiten fassten den Behandlungserfolg mit anderen Instrumenten als mit der Umstrukturierungsskala zusammen, wodurch die Vergleichbarkeit von deren Ergebnissen mit den Vorliegenden eingeschränkt ist. Hingegen hält Rudolf (2002b) fest, dass die strukturellen Themen wie Affektdifferenzierung (Selbstwahrnehmung), Mitteilen von Affekten (Kommunikation) und objektbezogene Affekte (Objektwahrnehmung) als Prädiktoren für den Grad der therapeutischen Umstrukturierung nachgewiesen werden konnten. Wenn die basale Fähigkeit, eigene Belange mit dem oder der TherapeutIn kommunikativ auszutauschen, fehlt, so sind die Voraussetzungen für jeden Ansatz von Psychotherapie deutlich erschwert (Rudolf, 1999b).

Für die in vorliegender Studie prognostische Bedeutung der Strukturdimension Selbststeuerung sprechen auch die Ergebnisse des Selbstbeurteilungsinstruments NI. Es konnte eine höhere Belastung auf zwei Skalen des NI, nämlich Affekt-/Impulskontrollverlust und Narzisstische Wut zu Beginn der Therapie identifiziert werden, die mit einer reduzierten Veränderung hinsichtlich der Umstrukturierung in Verbindung standen. Vor allem die Narzisstische Wut konnte schon bei den PatientInnen, welche die Therapie abbrachen, als dominant vorhanden festgestellt werden. Aggressive Impulse, die schlecht kontrolliert werden können, die theoretisch mit der OPD-Strukturdimension Selbststeuerung in Verbindung stehen, scheinen eine progressive Entwicklung hinsichtlich des Umgangs mit den relevanten Problemfoki ungünstig zu beeinflussen und Therapieabbrüche zu begünstigen. Kern und Küchenhoff (2000) stellten fest, dass neben einer Intaktheit der Abwehr die Fähigkeit zur Selbststeuerung einen positiven Einfluss auf die Verringerung der psychischen Beeinträchtigung, gemessen mit dem BSS, hat.

In der vorliegenden Studie bewirkte bei den Konflikten das Vorherrschen des Versorgung-Autarkie-Konflikts einen höheren Umstrukturierungswert zum Ende der Therapie, der Selbstwertkonflikt ging mit einem tieferen Umstrukturierungswert einher. Es ist anzunehmen, dass PatientInnen mit einem Versorgung-Autarkie-Konflikt, bei dem vergleichsweise bessere

strukturelle Voraussetzungen (mässiges Integrationsniveau) gegeben sind, sich im Gegensatz zum Selbstwertkonflikt eher auf eine therapeutische Beziehung einlassen können (Rudolf et al., 2004). Auch Mestel et al. (2004) konnten aufzeigen, dass PatientInnen mit einem aktiv verarbeiteten Versorgung-Autarkie-Konflikt einen besseren Therapieerfolg aufweisen. Die prognostische Bedeutung des Konflikts konnte Strauss et al. (1997) nur beim Konflikt Mangelnde Konflikt- und Gefühlswahrnehmung feststellen, der allerdings in vorliegender Studie kaum vorkam.

Umstrukturierung aus der Fremd- und Selbstperspektive

Die Ergebnisse stellten dar, welcher Persönlichkeitsbereich respektive welche Strukturfoki, ermittelt mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala, sich im Verlauf der Therapie veränderten. Hierbei zeigte sich, dass die Quote der gebesserten Strukturfoki am höchsten bei den strukturellen Themen aus dem Bereich der Selbststeuerung (68%) und Kommunikation (67%) war, gefolgt von der Selbstwahrnehmung (44%). Im Besonderen waren es die Affektthemen wie Affektdifferenzierung (Selbstwahrnehmung) und Impulssteuerung (Selbststeuerung) sowie das Mitteilen von Affekten (Kommunikation), die sich in der vorliegenden Stichprobe verbessert hatten.

Insgesamt wurde erwartet, dass Strukturfoki aus dem Bereich der Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Objektwahrnehmung und Kommunikation ein höhere Veränderungsmöglichkeit aufzeigen als Strukturthemen aus der Strukturdimension Bindung (Rudolf, 2002b). Gemäss Rudolf (2004) sind diese Strukturfoki für PatientInnen bewusstseinsnäher als „basale“ strukturelle Merkmale wie die Internalisierungsfähigkeit aus dem Bereich der Bindung (Rudolf, 2004). Die Affektthemen scheinen als therapeutische Themen stationärer Therapie von besonderer Bedeutung und ihre Bearbeitung in Anbetracht der kurzen Therapiedauer auch eine realistische Zielsetzungen zu sein. Entgegen den Erwartungen konnten sich bei den PatientInnen in der vorliegenden Studie die Strukturfoki im Bereich der Objektwahrnehmung (objektbezogene Affekte) wenig verbessern.

In diesem Zusammenhang sollen die strukturellen Veränderungen aus der Sicht der PatientInnen erwähnt werden, die mit dem NI und dem BPI erhoben wurden. Insgesamt konnte eine Abnahme der Instabilität des Selbstsystems in der Dimension Das bedrohte Selbst des NI festgestellt werden. Die unmittelbaren Therapieeffekte bei den Skalen lagen im mittlern bis hohen Bereich. Im Wesentlichen stehen die Ergebnisse des NI im Einklang mit den Ergebnissen der Studie von Strauss und Burgmeier-Lohse (1994) zum Effekt der stationären Gruppenpsychotherapie. Die Skala Soziale Isolierung, die eine resignativ-misstrauische Grundhaltung gegen-

über andern beschreibt, reduzierte sich als einzige Skala nicht. Dies stimmt mit den wenig veränderten OPD-Strukturfoki aus dem Bereich der Objektwahrnehmung und Bindung überein.

Bezüglich der strukturellen Kriterien der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, gemessen mit dem BPI, zeigte sich insgesamt eine deutliche Verbesserung der Werte in Richtung einer reiferen Persönlichkeitsstruktur im Sinne Kernbergs (2000b) zum Ende der Therapie. Auffallend ist wiederum, dass die einzige Skala, die sich nicht reduzierte, eine objektbezogene Skala war, die theoretisch in enger Verbindung steht mit der OPD-Strukturdimension Bindung (Spitzer et al., 2002b). Diese Skala, Angst vor Nähe beschreibt die Furcht vor nahen und engen Beziehungen, die ihren Ursprung in einer unbewussten Angst, sich in einer Beziehung selbst zu verlieren, hat. Auch dieser Aspekt ist im Rahmen einer langjährigen ambulanten Therapie zu bearbeiten. Leichsenring et al. (2004) stellen in ihrer Untersuchung zu schwer traumatisierten PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung fest, dass die Angst vor Nähe zu Beginn der stationären Therapie sogar zunimmt und erst nach mehrmonatigem Verlauf leicht abnimmt. Agarwalla und Küchenhoff (2004) stellen fest, dass PatientInnen mit der Diagnose Persönlichkeitsstörung sich hinsichtlich der sozialen Interaktion während der Therapie weniger verbesserten als PatientInnen ohne die Diagnose Persönlichkeitsstörung.

Es kann somit festgehalten werden, dass die Einschätzungen der persönlichkeitsstrukturellen Veränderungen aus der Fremd- und Selbstperspektive auf inhaltlich-deskriptiver Ebene gut übereinstimmen. Den PatientInnen sind die Defizite im objektbezogenen respektive im sozialen Bereich zugänglich.

Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen und Umstrukturierung

Im Verlauf der Behandlung auf den Psychotherapiestationen konnten hoch signifikante Reduktionen im Bereich der psychopathologischen Belastung, gemessen mit dem SCL-90-R, erreicht werden. Hohe Therapieeffekte zeigten sich vor allem bei Zwanghaftigkeit, Depressivität, Ängstlichkeit und Psychotizismus. Die hohe Effektstärke bei den genannten Symptombereichen ist dadurch erklärbar, dass die Ausgangswerte bei Therapiebeginn auf diesen Skalen deutlich höher waren als diejenigen auf anderen Skalen, sodass sich ihre Reduktion schneller einstellte (Agarwalla & Küchenhoff, 2004). Insgesamt sind die Effektstärken vergleichbar mit den neueren Studie von Franke et al. (2005) und Konzag et al. (2004) zur Wirksamkeit der stationären Therapie mit einer durchschnittlichen Behandlungszeit von 51 Tagen respektive von 71 Tagen. Im Vergleich mit der Multizenterstudie von Franz et al. (2000) sind

die vorliegenden Symptomverbesserungen deutlich höher. Dies könnte mit der deutlich geringeren Symptomschwere der vorliegenden Stichprobe zu Beginn der Behandlung zusammenhängen. Während bei Franke et al. (2005) der Aufnahme-GSI-Rohwert bei 1.24 ($SD = 1.17$) und bei Franz et al. (2000) der durchschnittliche Aufnahme-GSI-Rohwert bei 1.38 lag, war in der vorliegenden Stichprobe der Aufnahme GSI-Rohwert 1.11 ($SD = .56$).

Auf der Einzelfällebene konnte, bezogen auf den Gesamt-Schwere-Index, dargestellt werden, dass 37% der PatientInnen eine klinisch relevante Besserung bis zum Zeitpunkt der Entlassung erfuhren. Statistisch signifikant verbessert, aber weiterhin klinisch auffällig waren 13% der PatientInnen. Bei weiteren 13% waren zwar keine statistisch signifikanten Veränderungen zu verzeichnen, dafür waren sie zu Therapieende beschwerdefrei. Keine statistisch signifikante Verbesserung und weiterhin klinisch auffällig waren 30% der PatientInnen. Verschlechterungen erlitten 7% PatientInnen. Diese Angaben sind gut vergleichbar mit denjenigen Studien, wie zum Beispiel der von Schauenburg et al. (2001).

Uneinheitlich zeigten sich die Befunde hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen der Umstrukturierungsprozesse und der Symptomverbesserung. Die drei Umstrukturierungsgruppen differierten nicht signifikant hinsichtlich der psychopathologischen Belastung zu Behandlungsbeginn. Tendenziell war jedoch in der Gruppe I, die keine statistisch signifikante Verbesserung hinsichtlich der Umstrukturierung erzielte, ein erhöhter Wert auf der Skala Aggression/Feindseligkeit zu verzeichnen. Zudem konnte in Gruppe I nur eine tendenzielle Symptomreduktion (GSI) im Vergleich zu den Gruppen II und III festgestellt werden, die signifikante Symptomreduktionen aufzeigten. Gruppen II und III schienen nicht nur hinsichtlich der Umstrukturierung am meisten von der Therapie zu profitieren sondern, auch bezüglich der Symptomreduktion. Der Verlaufsvergleich hinsichtlich der individuellen Erfolgsparameter (statistische und klinische Signifikanz der Symptomveränderung) zeigte jedoch zwischen den drei Umstrukturierungsgruppen keine differenziellen Unterschiede. Aufgrund der widersprüchlichen Befundlage muss die Frage, ob die therapeutische Umstrukturierung mit der Symptombesserung einhergeht, offen bleiben. Es besteht diesbezüglich weiterhin Forschungsbedarf. Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Umstrukturierung und Symptomveränderung geben Grande et al. (2001), die in ihrer Studie einen Zusammenhang zwischen der Verbesserung der depressiv-suizidalen Symptomatik und dem bei Behandlungsende erreichten Umstrukturierungsgrad konstatieren.

Bei den Strukturdimensionen konnte festgestellt werden, dass eine schlechter integrierte Bindung mit geringeren Symptomveränderungen in den Bereichen Unsicherheit im Kontakt,

Depressivität und Psychotizismus einherging. Die geringe Bindungsfähigkeit impliziert, dass sich das vom Objekt getrennte Selbst verloren fühlt und Trennungen von wichtigen Objekten nicht ertragen werden können. Bei PatientInnen mit einer schlecht integrierten Bindung kann vermutet werden, dass mit dem Therapieende und dem Abschied aus der therapeutischen Beziehung eine Ängstlichkeit und Depressivität aktualisiert wurde. In diesem Zusammenhang hätten zusätzliche Messwerte während des Behandlungsverlaufs Auskunft über mögliche Fluktuationen der Symptomatik gegeben, um den geringen Veränderungswert zu Therapieende besser zu verstehen. Dammann et al. (2000) halten fest, dass bei schweren Persönlichkeitsstörungen der SCL-90-R zur Outcome-Messung problematisch ist, da die Symptomatologie grösseren Fluktuationen unterliegt und der therapeutische Effekt somit schwer zu gewichten ist. Eine andere mögliche Interpretation ist, dass diese PatientInnen sich aufgrund der gestörten Bindungsfähigkeit von Beginn an weniger auf die therapeutische Beziehung einliessen und auf diese Weise eine Verbesserung der Symptomatik nicht möglich war. Agarwalla und Küchenhof (2004) betonen die Bedeutung der therapeutischen Arbeitsbeziehung bei der Verbesserung der Ängstlichkeit im Kontakt und der Depressivität während der Therapie. Auch Rudolf et al. (1996) konstatieren, dass die Bindungsfähigkeit besonders relevant ist für die Vorhersage von Therapieerfolgen.

Das Auffinden von Zusammenhängen zwischen der Struktur und der psychopathologischen Symptomatik war nur bedingt zu erwarten. Die Befunde in der Forschungsliteratur sind diesbezüglich uneinheitlich (vgl. Spitzer et al., 2004). Spitzer et al. (2002a) fanden in einer Querschnittuntersuchung keinen Unterschied zwischen den mässig und gering strukturierten PatientInnen in Bezug auf ihre psychopathologische Symptomatik. In einer späteren Verlaufsuntersuchung von Spitzer et al. (2004) konnte das Verhältnis zwischen Strukturniveau und Symptomveränderung nicht signifikant belegt werden. Auf deskriptiver Ebene gab es jedoch Hinweise, dass gering strukturierte PatientInnen weniger Symptomremissionen zeigten. Dieser Aspekt konnte in der vorliegenden Studie nicht repliziert werden. So wäre es gut denkbar, dass an das Strukturniveau optimal angepasste Behandlungsmethoden bei allen PatientInnen, ausser - wie oben aufgeführt - bei PatientInnen mit einer geringen Bindungsfähigkeit, zu Verbesserungen der Psychopathologie in ähnlichem Umfang führten.

Änderungssensitivität der OPD-Strukturachse

Die Untersuchung widmete sich einer methodischen Fragestellung, nämlich der Überprüfung der Änderungssensitivität der siebenstufigen OPD-Strukturachse. Einschränkend seien zu Beginn einige methodenkritische Aspekte erwähnt. So wurde die Wertveränderung der Strukturachse nicht im Rahmen der probabilistischen Testtheorie erfasst (Stieglitz, 1994). Ein solches Vorgehen hätten den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt. Die Veränderungsmessung erfolgte durch die Differenzwertbildung der Strukturdimensionen, wobei die Überprüfung der Zeitstabilität der Kennwerte der Testkonstruktion nicht berücksichtigt wurde. Zudem kann von einer Kriteriumsvalidierung der Änderungssensitivität der Strukturachse in diesem Zusammenhang nur bedingt gesprochen werden. Als Aussenkriterium für die Strukturachse, die als Fremdbeurteilungsverfahren gilt, wurden zwei Selbstbeurteilungsinstrumente (BPI und NI) gewählt. Problematisch ist dieses Vorgehen, weil angenommen wird, dass Selbstbeurteilungsdaten ein weniger differenziertes Bild geben als Fremdbeurteilungsdaten. Dies führt dazu, dass Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumente keine hohe Übereinstimmung erreichen (Stieglitz, 1994). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass ohnehin keine etablierten änderungssensitive Fremdbeurteilungsverfahren zur psychoanalytischen Strukturdiagnostik vorhanden sind (Gamper, 2006). Obwohl Fremd- und Selbstbeurteilung nie völlig konvergieren, so zeigen inhaltlich und konzeptuell korrespondierende Instrumente doch Übereinstimmungen, wie die Studien von Spitzer et al. (2002b) und Kraus (1999) belegen.

Das OPD ist ein diagnostisches Instrument, das tiefer in der Persönlichkeit verankerte und zeitstabile Merkmale abbildet. Entsprechend erwies sich die vierstufige Strukturachse in der Studie von Grande et al. (2000) als nicht änderungssensitiv bezüglich des Prä-Post-Vergleichs während der stationären Therapie. Es war zu vermuten, dass auch die siebenstufige Strukturachse keine Veränderungen abbilden konnte. Entgegen den Erwartungen konnten aber in der vorliegenden Studie Veränderungen mit der Strukturachse, in Richtung eines höheren Integrationsniveaus bezüglich der Strukturdimensionen und der Gesamtstruktur zum Ende der Therapie, gemessen werden.

Zur Absicherung der Ergebnisse zur Änderungssensitivität der Strukturachse wurden etablierte Selbstbeurteilungsinstrumente, das BPI und das NI, die im Rahmen stationärer Psychotherapie häufig zur begrifflichen Fassung von erreichten strukturellen Veränderungen herangezogen werden, auf ihre Vereinbarkeit mit den Wertveränderungen auf der OPD-Strukturachse überprüft. Es fanden sich nur wenige relevante Assoziationen, die jedoch theoretisch plausibel waren.

Die Ergebnisse wiesen darauf hin, dass die Änderungssensitivität der OPD-Strukturache zwar belegt, aber nicht abgesichert werden konnte. Der kaum vorhandene Zusammenhang zwischen dem Ausmass der Veränderungswerte der Strukturdimensionen, den BPI-Skalen und den NI-Skalen ist vielleicht auf die Tatsache zurückzuführen, dass die PatientInnen zu Therapiebeginn tendenziell als strukturell zu auffällig, respektive als zu gering integriert eingeschätzt worden waren, sodass nicht auszuschliessen ist, dass zum zweiten Messzeitpunkt Messfehler korrigiert worden sind, die fälschlicherweise als Veränderungen eingeschätzt wurden (Grande et al., 2000). Problematisch in diesem Zusammenhang war sicherlich der Umstand, dass die Autorin bei allen Ratings dabei war und nur den ZweitraterInnen bei der Beurteilung des Abschlussinterviews der Anfangsbefund nicht vorlag. Es ist davon auszugehen, dass dieser Umstand einen Einfluss auf die Konsensdiskussion gehabt hat. Hingegen spricht die Tatsache, dass schon zum ersten Messzeitpunkt kaum Assoziationen vorhanden waren, für den Umstand, dass die Stichprobe zu klein war, um die Ergebnisse von Spitzer et al. (2002b) und Kraus (1999) zu replizieren. Die kleine Stichprobe führte zu einer sehr kleinen Fallzahl in den Patientengruppen mit unterschiedlichen Integrationsniveaus. Weitere empirische Absicherungen sind dringend notwendig.

19 Grenzen der Studie

Im Folgenden sollen verschiedene methodische Gesichtspunkte der vorliegenden Untersuchung kritisch diskutiert werden. Die Studie wurde in einem klinischen respektive naturalistischen Rahmen durchgeführt. Die Ergebnisse sind somit auf andere stationäre psychoanalytische Settings verallgemeinerbar. Die Praxisnähe von Feldstudien geht immer mit Einschränkungen der internen Validität einher. Kritisch anzumerken ist, dass in diese Untersuchung keine Vergleichsgruppe mit einbezogen wurde. Das Fehlen einer Vergleichsgruppe hat ungünstige Auswirkungen auf die Aussagekraft der Ergebnisse hinsichtlich der Einflussfaktoren auf den Therapieverlauf. Im Sinne eines aufwändigen Kohorten-Vergleichs-Designs wäre die Berücksichtigung einer psychoanalytisch orientierten teilstationären Psychotherapie als Vergleichsgruppe denkbar (Henningsen & Rudolf, 2000).

Ein weiteres methodisches Problem dieser Studie, das bei den Ergebnisinterpretationen zu berücksichtigen ist, war die kleine Stichprobe. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und die Autorin, die nicht im klinischen Alltag integriert war, blieb auf die Motivierung der PatientInnen durch die MitarbeiterInnen der Psychotherapiestationen angewiesen. Die geringe Stichprobengrösse führte zu den gravierendsten Einschränkungen der internen Validität. Aufgrund der geringen Anzahl an PatientInnen sinkt die Power der Untersuchung und damit die

Wahrscheinlichkeit, vorhandene Effekte nachzuweisen (β -Fehler) (Bortz & Döring, 2005). Dieser Aspekt erschwert auch die Vergleichbarkeit der Teilstichproben. Kritisch muss auch die Zusammensetzung der Stichprobe gesehen werden. Es ist zu vermuten, dass weniger schwer erkrankte PatientInnen leichter zu motivieren waren, an der Studie teilzunehmen als schwerer erkrankte.

In vorliegender Studie konnte der Anregung von Henningsen & Rudolf (2000) gefolgt werden, Daten jeweils aus der Perspektive der PatientInnen und der UntersucherInnen zu gewinnen. Die Erhebung der zentralen Patientenvariablen geschah mittels Fremd- und Selbstbeurteilungsinstrumenten. Zu berücksichtigen ist, dass mit den Selbst- und Fremdeinschätzungen zwei verschiedene Datenquellen vorlagen, die in unterschiedlicher Weise zu interpretieren waren. Bei den Selbstbeurteilungen handelt es sich um subjektive Informationen. Zu berücksichtigen ist, dass das Antwortverhalten im Sinne der sozialen Erwünschtheit durch Simulation oder Dissimulation geprägt werden kann (Bortz & Döring, 2005). Stieglitz (1994) hält fest, dass auch der Schweregrad der psychischen Erkrankung von Bedeutung ist, wobei kognitive Effekte aus den Bereichen Gedächtnis, Konzentration und Informationsverarbeitung das Antwortverhalten beeinflussen können. Im Rahmen der Fremdbeurteilungen ist zu berücksichtigen, dass Ratings durch die Tendenz verfälscht werden können, theoriekonforme diagnostische Schlüsse zu ziehen. Soweit wie möglich wurde versucht, diese Fehlerquelle zu reduzieren, indem die Autorin nicht in dem klinischen Alltag integriert wurde. Erst nach Abschluss der Ratings erhielt die Autorin Zugang zu den Diagnosen. Neben diesem Untersuchungsdesign lieferte die Interraterreliabilität weitere Hinweise auf die Zuverlässigkeit der Ratings.

Problematisch ist in diesem Zusammenhang, dass die Intensität der Umstrukturierung auf der Grundlage von Durchschnittswerten aller fünf ausgewählten Foki dargestellt wurden. Diese Werte belegen die Wirkung der Therapie, geben jedoch nur in geringem Mass Auskunft über die individuelle Intensität der Umstrukturierung. In der PAL-Studie und in der Schweizer Version der PAL-Studie (Rudolf, 2006; Jakobsen, Mattanza & Hurt, 2006) wurden zur Einschätzung der unterschiedlichen Intensität der Umstrukturierung Erfolgskriterien definiert und dabei die Veränderungen der einzelnen Foki bei jedem und jeder PatientIn im Einzelnen überprüft. Diese Auswertungsstrategie, die eine differenzierte Abbildung der Umstrukturierungsverläufe in der ambulanten Langzeitpsychotherapie erlaubte, erschien weniger geeignet für die PatientInnen im stationären Setting, die sich, im Gegensatz zu den PatientInnen in der Langzeitpsychotherapie, mehrheitlich im Sinne der Umstrukturierungsskala im Bereich der

Verhaltensveränderung und Bewältigung (Stufen 2 bis 4) befanden. Es wurde deshalb ein anderes Vorgehen gewählt, um die unterschiedliche Intensität auf der Umstrukturierungsskala abzubilden. Als Erfolgskriterien wurden statistische Erfolgsmasse wie der Index für reliable Veränderungen (RCI, Jacobson & Truax, 1991) und Effektstärken verwendet. Der RCI erlaubte eine Einschätzung, inwieweit der Therapieerfolg respektive die Veränderungen auf der Umstrukturierungsskala statistisch signifikant waren.

20 Ausblick

Abschliessend sollen im Folgenden Überlegungen zur theoretischen und praktischen Relevanz der Studie angestellt werden. Psychotherapieforschung sollte sich nicht nur auf Effektivitätsnachweise und Qualitätssicherung stützen, sondern auch relevante Befunde liefern, die in der klinischen Praxis genutzt werden können. Hierzu zählt der Versuch, Aufschlüsse über Prognosekriterien zu erhalten sowie günstige und ungünstige Einflüsse auf den Behandlungsverlauf zu identifizieren.

Trotz der oben referierten methodischen Einschränkungen ist es in vorliegender Studie grundsätzlich gelungen, relevante Aussagen über den Behandlungsverlauf in einem gut etablierten, standardisierten und zugleich individualisierten Behandlungssetting mit psychodynamischer Grundorientierung zu machen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen sich zu einem grossen Teil in bestehende Befunde zur stationären psychodynamisch orientierten Psychotherapie gut einordnen.

Insgesamt konnten die dargestellten Zusammenhänge zwischen Struktur- und Konfliktachse sowie Beziehungsmuster für die TherapieabbrecherInnen und PatientInnen, welche die Therapie regulär beendeten, plausibel aufgezeigt und interpretiert werden. Das spezifische Verhältnis zwischen Struktur, Konflikt und Beziehung bei den TherapieabbrecherInnen war gekennzeichnet durch stärker beeinträchtigte Strukturniveaus der Selbststeuerung und der Abwehr, die mit frühen Konflikten wie Abhängigkeit-Autonomie und Selbstwertkonflikten einhergingen. Zudem war die Beziehungsdynamik mit narzisstischen Ansprüchen auf Freiraum und Geltung sowie entwertenden Tendenzen durchsetzt. Angesichts der Tatsache, dass die TherapieabbrecherInnen sich in der Spätadoleszenz befanden, sind die OPD-Befunde hinsichtlich ihrer prognostischen Bedeutung für den Behandlungsverlauf mit Vorsicht zu interpretieren. Bohleber (1987) hält fest, dass aus klinischer Sicht spätadoleszente Entwicklungsprozesse wie die konflikthafte und verzweifelte Suche nach Identität und Lebenssinn oftmals dem Phänotyp einer strukturellen Störung gleichen können, jedoch eine alters- und gesellschaftsspezifische und deshalb auch eine vorübergehende Erlebensform darstellen können.

Die Persönlichkeitsstruktur der jüngeren PatientInnen mit einem Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt in Verbindung mit geringerer Struktur weisen von Beginn der Therapie an schlechtere Behandlungsprognosen auf durch ihre negativen Introjektionen (Mestel et al., 2004). Diese PatientInnen bedürfen eines intensiveren therapeutischen Vorgehens. Die Ergebnisse zur Persönlichkeitsstruktur dieser PatientInnen unterstreichen die zentrale Bedeutung der bestehenden Jugendstation in der Klinik Littenheid, die ein spezialisiertes therapeutisches Angebot für PatientInnen in der Adoleszenz und Spätadoleszenz anbieten. Lotz-Rambaldi et al. (2000) betonen, dass jüngere PatientInnen sich in einer durch ältere PatientInnen geprägten Psychotherapiestation unwohl fühlen, was zu einer erhöhten Abbruchquote bei jüngeren PatientInnen führt. Neben einem notwendigen jugendspezifischen therapeutischen Ansatz ist die Sensibilisierung des therapeutischen Teams für die Thematik der vorzeitigen Beendigungen speziell bei PatientInnen mit geschilderter eingeschränkter Persönlichkeitsstruktur unerlässlich.

Wilmers und Roisin (2000) betonen, dass Therapieabbrüche kein grundsätzliches „Übel“ sind, das vermieden werden muss. AbbrecherInnen kritisieren, wenn auch nicht immer direkt, manche Gegebenheiten in der Klinik, deren Veränderung zu einer Verbesserung der Behandlung beitragen könnte. Zudem können abgebrochene Behandlungen einerseits für die Klinik, aber auch für die TherapieabbrecherInnen selbst durchaus Anstösse für Entwicklungen bieten. Daraus wäre eine Fragestellung abzuleiten, die in weiterführenden Studien zu erforschen wäre, denn die vorzeitigen Beendigungen stationärer Behandlungen sind Folgen komplexer Wechselwirkungen zwischen unterschiedlichen PatientInnen-, TherapeutInnen- beziehungsweise Team- und Umweltvariablen, die bisher noch wenig erforscht sind.

Bezüglich der generellen Effektivität kann insgesamt – analog zu den Ergebnissen zur Umstrukturierung in der stationären Psychotherapie in der Studie von Grande et al. (2001) – ein positives Therapieergebnis bei den vorliegenden 36 PatientInnen, welche die psychoanalytisch orientierte stationäre Psychotherapie in der Klinik regulär beendeten, konstatiert werden. Im Rahmen der Umstrukturierung konnte gezeigt werden, dass bei den PatientInnen ein vormals nicht wahrgenommenes und abgewehrtes Fokusthema, das für die Aufrechterhaltung der Symptomatik und der interpersonellen Schwierigkeiten relevant gewesen war, allmählich zum Gegenstand der Reflexion wurde, ohne dass jedoch bereits eine tief gehende Auflösung des Fokusproblems erzielt worden wäre. Dabei wird deutlich, dass nicht nur die in der psychoanalytischen Therapie bedeutsame Umstrukturierung betroffen ist, sondern auch auf der Symptomebene Veränderungen stattfanden, die in ihrem Ausmass vergleichbar sind mit

anderen Studien. Küchenhoff (2006) konstatiert, dass die Symptomverbesserung ein unspezifischer Effekt der meisten Therapien ist. Syptomverbesserung gibt es bei PatientInnen durch die Entlastung und Ermutigung der Therapie. Zur Absicherung der Stabilität der psychodynamisch erzielten Effekte wären jedoch weiterführende katamnestische Studien notwendig.

Die Vorhersagekraft des Umstrukturierungsprozesses für die Symptomverbesserung liess sich nicht eindeutig bestimmen. Strukturelle Veränderungen gehen nicht notwendigerweise mit der Verbesserung der Symptomatik einher (Agarwalla & Küchenhoff, 2004) Angesichts des bisher auch in der Forschungsliteratur unzureichend geklärten Verhältnisses zwischen Symptomveränderung einerseits und strukturellen Veränderungen im Rahmen der stationären Psychotherapie andererseits besteht weiterhin Forschungsbedarf.

Im Bereich des Objekterlebens und der sozialen Interaktion zeigten die in vorliegender Studie untersuchten PatientInnen eine charakteristische Verlaufsdynamik, die auf langsam verlaufende Verinnerlichungsprozesse im Bereich interpersoneller Kompetenzen verweist (Rudolf, 2004). Kernberg (2000a) hält hierbei fest, dass bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation die „guten“ und die „schlechten“ Selbst- und Objektbilder nicht zu einem integrierten Selbst und einem integrierten inneren Konzept anderer Menschen verbunden sind, sondern in widersprüchlichen affektiv-kognitiven inneren Bildern verbleiben. Diese Schwächung der Ich-Funktionen, die aufgrund der Spaltung eintritt, erschwert es im besondern Masse dem oder der PatientIn, sich realitätsgerecht auf Objekte und Interaktionssituationen einzustellen.

Gerade aber die Fähigkeit zur Beziehungsaufnahme als Eigenschaft der PatientInnen zu Beginn der Therapie erwies sich in der vorliegenden Untersuchung für die Syptomverbesserung und für den Umstrukturierungsprozess als prognostisch relevant. Das Ergebnis deutet vermutlich auf die Befunde der Psychotherapieforschung hin, wonach die therapeutische Beziehung als ein wesentlicher Indikator des Therapieverlaufs gesehen wird. In der stationären Psychotherapie ist das Konzept der therapeutischen Beziehung jedoch viel komplexer als in der ambulanten Therapie und die vielfältigen therapeutischen Beziehungen sind bei strukturell gestörten PatientInnen in der Regel sehr ambivalent und brüchig.

Heigel-Evers et al. (1997) betonen, dass die PatientInnen aufgrund ihrer strukturellen Einschränkungen auch im geschützten Raum der Klinik in besonderer Weise auf eine Halt, Schutz und Versorgung sichernde dyadische Beziehung angewiesen sind. Konzag et al. (2004) stellen fest, dass die einzelpsychotherapeutische Beziehung für die PatientInnen auch in

einem komplexen gruppenpsychotherapeutisch orientierten stationären Behandlungssetting eine zentrale Bedeutung hat. Neben der Einzelpsychotherapie werden auch die Kontakte der PatientInnen untereinander in der therapeutischen Gemeinschaft als sehr wirksam eingestuft, wobei auch hier meist dyadische Beziehungen zu den MitpatientInnen entwickelt werden. Als Fazit halten Konzag et al. fest, dass das Gelingen oder Scheitern des Übergangs dieser dyadischen Beziehungen in zunächst nur insulär mögliche Tranguierungsprozesse für den Therapieerfolg im Sinne einer Symptomreduktion wesentlich zu sein scheinen.

Zusammengenommen ist davon auszugehen, dass das Behandlungsprogramm, wie das auf den Psychotherapiestationen der Klinik Littenheid untersuchte, den PatientInnen den Rahmen für Selbstreflexionsprozesse und einen Autonomiegewinn bietet, wobei das multidisziplinäre Behandlungskonzept den Kontext dafür liefert, eigene Ressourcen und Einsichten zu entwickeln, indem die PatientInnen ihr Potenzial und ihre Grenzen erfahren und entdecken können.

Bibliografie

- Agarwalla, P. & Küchenhoff, J. (2004). Teilstationäre Psychotherapie. Ergebnisse, Katamnese, Einflussfaktoren. *Psychotherapeut*, 49, S. 261–271.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.). (2001). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual*. (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Argelander, H. (1970). *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Bacal, H.B. & Newmann, K.M. (1994). *Objektbeziehungstheorien – Brücken zur Selbstpsychologie*. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog.
- Benjamin, L.S. (1974). Structural Analysis of Social Behavior. *Psychological Review*, 81, 392–425.
- Blanck, G. & Blanck, R. (1994). *Ich-Psychologie II. Psychoanalytische Entwicklungspsychologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bohleber, W. (1987). Die verlängerte Adoleszenz. Identitätsbildung und Identitätsstörungen im jungen Erwachsenenalter. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 21, 58–84.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Bortz, J. & Döring, N. (2005). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer Medizin.
- Bortz, J. & Lienert, G.A. (1998). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Ein praktischer Leitfaden für die Analyse kleiner Stichproben*. Berlin: Springer.
- Buchholz, M.B. & von Kleist, C. (1997). *Szenarien des Kontakts. Eine metaphernanalytische Untersuchung stationärer Psychotherapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie?. Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20–30.
- Buddeberg, C. (2004). Psychosoziale Medizin, Psychosomatik und Psychotherapie in der Schweiz. Entwicklungslinien der letzten 50 Jahren. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 346–354.
- Cierpka, M., Grande, T., Stasch, M., Oberbracht, C., Schneider, W., Schüssler, G., Heuft, G., Dahlbender, R., Schauenburg, H. & Schneider, G. (2001). Zur Validität der Operationalisierten Diagnostik (OPD). *Psychotherapeut*, 46, 122–133.
- Clarkin, J.F., Martius, P., Dammann, G., Smole, S. & Buchheim, P. (1998). IPO – „Inventory of Personality Organization“: Ein Selbstbeurteilungs-Instrument zur Erfassung der Persönlichkeitsorganisation. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 2, 169–172.
- Clarkin J.F., Yeomans, F., Kernberg, O.F. (2001). *Psychotherapie der Borderline-Störung*. Stuttgart: Schattauer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.

- Conte, H.R., Plutchik, R., Karasu, T.B., Jerrett, I. (1980). A self-report borderline-scale. Discriminative validity and preliminary norms. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 428–435.
- Czogalik, D. & Enke, H. (1997). Allgemeine und spezielle Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In A. Heigl-Evers, F. Heigl, J. Ott & U. Rüger (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (3. Aufl., S. 499–511). Lübeck: Fischer.
- Dahlbender, R.W., Grande, T., Buchheim, A., Schneider, G., Perry, J.C., Oberbracht, C., Freyberger, H.J., Janssen, P.L., Schauenburg, H., Buchheim, P. & Doering, S. (2004). Qualitätssicherung im OPD-Interview: Entwicklung eines Interviewleitfadens. In R. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *OPD. Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 41–67). Bern: Huber.
- Dammann, G., Clarkin, J.F. & Kächele, H. (2000). Psychotherapieforschung und Borderline-Störung: Resultate und Probleme. In O.F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 701–728). Stuttgart: Schattauer.
- Deneke, F.-W. (1989). Das Selbst-System. *Psyche*, 43, 577–608.
- Deneke, F.-W. (1999). *Psychische Struktur und Gehirn. Die Gestaltung subjektiver Wirklichkeiten*. Stuttgart: Schattauer.
- Deneke, F.-W. & Hilgenstock, B. (2000). *Das Narzissmus-Inventar. Handbuch* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Weltgesundheitsorganisation* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Donauerbauer, B., Wosgien, M., Rosin, U., Linster, H.W., Wilmers, F. (2001). Früher und später Abbruch stationärer Psychotherapie. In M. Bassler (Hrsg.), *Störungsspezifische Ansätze in der stationären Psychotherapie* (S. 50–65). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Dreher, A.U. (2001). Welche Ziele verfolgen Psychoanalytiker? In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 93–106). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dührssen, A. (1981). *Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Faber, R., Micka, R. & Seidler, G.H. (2005). Zum Zusammenhang von Veränderungen in Symptomatik und struktureller Schuldfähigkeit während stationärer Psychotherapie. *Psychodynamische Psychotherapie. Forum für tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie*, 5, 18–29.
- Franke, G.H. (2002). *SCL-90-R. Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis – Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Franke, G.H., Hoffmann, T. & Frommer, J. (2005). Entspricht die Symptombesserung vier Wochen nach Behandlungsbeginn dem Erfolg in der Ein-Jahres-Katamnese? Eine

- Studie zur stationären psychodynamischen Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 51, 360–372.
- Franz, M., Janssen, P., Lensche, H., Schmidtke, V., Tetzlaff, M., Martin, K., Wöller, W., Hartkamp, N., Schneider, G. & Heuft, G. (2000). Effekte stationärer psychoanalytisch orientierter Psychotherapie – eine Multizenterstudie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 46, 242–258.
- Freud, S. (1900/1996). *Zur Psychologie der Traumvorgänge. Die Traumdeutung* (Studienausgabe, Band II, 10. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1915/1997). *Das Unbewusste. Psychologie des Unbewussten*. (Studienausgabe, Band III, 8. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1923/1997). *Das Ich und das Es. Psychologie des Unbewussten*. (Studienausgabe, Band III, 8. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (1931/1997). *Über libidinöse Typen. Sexualleben*. (Studienausgabe, Band V, 8. Aufl.). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freyberger, H.J., Schneider, W., Heuft, G., Schauenburg, H. & Seidler, G.H. (1998). Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität und zukünftigen Forschungsfragestellungen zur OPD. In H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 105–121). Bern: Huber.
- Fuchs, T. (1998). *Entwicklung und Validierung eines katamnestischen Fragebogens. Der Bonner Fragebogen für Therapie und Beratung*. Dissertation, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität. Witterschlick/Bonn: Wehle.
- Fürstenau, P. (1977). Die beiden Dimensionen des psychoanalytischen Umgangs mit strukturell ich-gestörten Patienten. Ein Beitrag zu Erweiterung der psychoanalytischen Praxeologie. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 31, 197–207.
- Gamper, D. (2006). *Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und struktureller Veränderung. Eine methodische Untersuchung zur Entwicklung des Strukturmerkmals-Erhebungsinstruments (SMEI) auf der Grundlage der Struktur-Checkliste nach Rudolf et al. (1998)*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Basel, Basel.
- Geyer, M. & Reihls, R.G. (2000). Zur Wirksamkeit stationärer Psychotherapie – Ergebnisse einer Langzeit-Katamnesestudie. In W. Tress, W. Wöller & E. Horn (Hrsg.), *Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of Art* (S. 12–30). Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Grande, T., Dahlbender, R., Schauenburg, H., Stasch, M. & Cierpka, M. (2005). Neue Möglichkeiten der Diagnostik dysfunktionaler Beziehungen – die Beziehungssachse der OPD-II. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 41, 403–418.
- Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Konflikt-Checkliste: Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Konfliktdiagnostik nach OPD. In W. Schneider & H.J. Freyberger

- (Hrsg.), *Was leistet OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 74–105). Bern: Huber.
- Grande, T., Oberbracht, C. & Rudolf, G. (1998). Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 121–139). Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (1997). Die Praxisstudie Analytischer Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung* (S. 415–432). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (1998). Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen*, 2, 172–182.
- Grande, T., Rudolf, G. & Oberbracht, C. (2000). Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In W. Schneider & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 148–162). Bern: Huber.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (2001). Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik. Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 213–233.
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (2003). Progressive Changes in Patients Lives after Psychotherapy: Which Treatment Effects Support them? *Psychotherapy Research*, 13, 43–58.
- Grande, T., Schauenburg, H. & Rudolf, G. (2002). Zum Begriff der „Struktur“ in verschiedenen Operationalisierungen. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 177–191). Stuttgart: Schattauer.
- Grütering, T. & Schauenburg, H. (2000). Die Erfassung psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale. Vergleich zweier klinischer Instrumente: Karolinska Psychodynamic Profile (KAPP) und OPD-Strukturachse. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999* (S. 115–137). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Harsch, W. (1980). *Der Begriff der psychischen Struktur in der Psychoanalyse*. Dissertation, Medizinische Fachbereiche der Freien Universität Berlin, Berlin.

- Hartmann, A. & Herzog, T. (1995). Varianten der Effektstärkenberechnung in Meta-Analysen: Kommt es zu variablen Ergebnissen? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 337–343.
- Heigl, F. (1995) Zum strukturellen Denken in der Psychoanalyse. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 42, 213–224.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. & Rüger U. (1997). *Lehrbuch der Psychotherapie* (3. Aufl.). Lübeck: Fischer.
- Heigl-Evers, A. & Nitzschke, B. (1994). Das analytische Prinzip „Deutung“ und das interaktionelle Prinzip „Antwort“. In A. Heigl-Evers & J. Ott (Hrsg.), *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode* (S. 53–108). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Henningsen, P. & Rudolf, G. (2000). Zur Bedeutung der Evidence-Based Medicine für die Psychotherapeutische Medizin. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 50, 366–375.
- Hoffmann, S.O. (1986). Die sogenannte frühe Störung. Ein Versuch, ein trübes, seichtes und gelegentlich auch tiefes Gewässer etwas zu klären. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 31, 179–190.
- Hoffmann, S.O., Egle, U.T., Bassler, M., Nickel, R., Petrak, F. & Porsch, U. (2000). Psychotherapeutische Kombinationsbehandlung – Wechselwirkung differenter Therapieteile innerhalb einer stationären psychodynamisch-verhaltenstherapeutischen Kombinationsbehandlung. In W. Tress, W. Wöller & E. Horn (Hrsg.). *Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of Art* (S. 45–56). Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften.
- Hohl, J. (1995). Neurotischer Konflikt. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (2. Aufl., S. 176–185). Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Horowitz, M.J. (1994). Personality Structure and the Process of Change during Psychoanalysis. In M.J. Horowitz, O.F. Kernberg & E.M. Weinshel (Eds.), *Psychic structure and psychic change. Essays in honor of Robert S. Wallerstein, M.D.* (2nd ed., pp. 1–29). Madison: International Universities Press.
- Jacobson, E. (1978). *Das Selbst und die Welt der Objekte*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Jakobsen, T. & Mattanza, G. (2006). Hinweise auf günstige Therapieverläufe. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 143–165). Basel: Karger.
- Jakobsen, T., Mattanza, G. & Hurt, J. (2006). Die Therapieverläufe. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 83–110). Basel: Karger.
- Janssen, P.L. (1987). *Psychoanalytische Therapie in der Klinik*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Junghan, M. (2002). Die Anwendung der Strukturachse der OPD in der Analytischen Psychologie. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 90–112). Stuttgart: Schattauer.
- Kächele, H. (1999). Eine Multizenterstudie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Essstörungen. Studiendesign und erste Ergebnisse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 100–108.
- Kern, C. & Küchehoff, J. (2000). Zur Evaluation der Psychotherapie im teilstationären Setting. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainzer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 24–56). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Kernberg, O.F. (1981). *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kernberg, O.F. (1991). Psychic structure and structural change: An ego psychology-object relations theory viewpoint. In T. Shapiro (Ed). *The Concept of Structure in Psychoanalysis* (pp. 315–339). Madison: International Universities Press.
- Kernberg, O.F. (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut*, 41, 288–296.
- Kernberg, O.F. (2000a). Borderline-Persönlichkeitsorganisation und Klassifikation der Persönlichkeitsstörungen. In O.F. Kernberg, B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 45–53). Stuttgart: Schattauer.
- Kernberg, O.F. (2000b). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kind, J. (2000). Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. In O.F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 27–43). Stuttgart: Schattauer.
- Kobler, S. (2005). *Psychosomatische und Psychosoziale Behandlungsangebote in der Schweiz*. Inaugural-Dissertation, Universitätsspital Zürich, Abteilung Psychosoziale Medizin, Zürich.
- Kohut, H. (1973). *Narzissmus: Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Köhler, L. (1995). Selbstpsychologie. In W. Mertens (Hrsg.), *Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse* (S. 115–122). Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- König, K. (1995). *Einführung in die stationäre Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Konzag, T.A., Bandemer-Greulich, U., Bahrke, U. & Fikentscher, E. (2004). Therapeutische Beziehung und Therapieerfolg bei der stationären Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 394–405.

- Kraus, D. (1999). *Untersuchung zur Konstruktvalidität zweier psychoanalytisch fundierter Fragebögen*. Dissertation. Universität Hamburg, Hamburg.
- Kruse, G. (1995). Sozialpsychiatrie. In V. Faust (Hrsg.), *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung* (S. 711–721). Stuttgart: Fischer.
- Küchenhoff, J. (1998). *Teilstationäre Psychotherapie. Theorie und Praxis. Erfahrungen der psychiatrischen Universitätsklinik Basel*. Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (2002). In Strukturen denken. Strukturkonzepte in Philosophie, Psychiatrie und Psychoanalyse und ihre praktischen Auswirkungen. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 68–78). Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (2005). *Psychodynamische Kurz- und Fokaltherapie. Theorie und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Küchenhoff, J. (2006). Die Analytische Psychologie und ihre empirische Erforschung – eine kritische Würdigung. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 165–178). Basel: Karger.
- Küchenhoff, J. & Kern, C. (1998). Stationäre Psychotherapie in der deutschsprachigen Schweiz – eine Übersicht. *Zeitschrift für Neurologie und Psychiatrie*, 149, 11–20.
- Leichsenring, F. (1997). *Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Leichsenring, F. (1998). Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI): Ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung struktureller Kriterien der Persönlichkeitsorganisation nach Kernberg. *Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*, 4, 164–169.
- Leichsenring, F. (2003). *Borderline-Stile. Denken, Fühlen, Abwehr und Objektbeziehungen – eine ganzheitliche Sichtweise* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Leichsenring, F., Vogel, C. & Sachsse U. (2004). Ergebnisse einer traumazentrierten stationären Psychotherapie für PatientInnen mit komplexer PTBS. In U. Sachsse (Hrsg.), *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis* (S. 334–359). Stuttgart: Schattauer.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B. & Beutel, M. (2001). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen*, 3, 193–277.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U. & Beutel, M. (2002). „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. *Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Linehan, M. (1996). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. München: CIP-Medien.

- Lohmer, M. (2000). Abwehrmechanismen und Objektbeziehungsgestaltung bei Borderline-Patienten – eine psychoanalytische Perspektive. In O.F. Kernberg, B. Dulz, & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen* (S. 75–84). Stuttgart: Schattauer.
- Lohmer, M., Klug, G., Herrmann, B., Pouget, D. & Rauch, M. (1992). Zur Diagnostik der Frühstörung. Versuch der Standortbestimmung zwischen neurotischem Niveau und Borderlinestörung. *Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik*, 37, 243–255.
- Lotz-Rambaldi, W., Lang, K., Koch, U. & Schulz, H. (2000). Vorzeitig und regulär entlassene Patienten der stationären psychosomatischen Rehabilitation im Vergleich: Eine kontrollierte Studie zu Prädiktoren, subjektivem Erleben der Behandlung und aktuellem Befinden. In M. Bassler (Hrsg.), *Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra. Mainzer Werkstatt über empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1999* (S. 289–207). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Ludwig-Körner, C. (1992). *Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Mattanza, G., Hurt, J., Jakobsen, T., Schwandt, S., Wilke, S., Jagmetti, E., Junghan, M. & Fischer, P. (2003). *Zur Wirksamkeit analytischer Psychotherapien. Eine Forschung der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie und des C.G. Jung Institutes in Zürich-Küsnacht in Kooperation mit der Praxisstudie Analytische Langzeithherapie (PAL)*. Forschungsbericht. (Erhältlich bei Dr. med. G. Mattanza, Universitätsstrasse 67, 8006 Zürich).
- Mattanza G., Jakobsen, T. & Hurt, J. (2006). Jung'sche Psychotherapie ist effizient. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.). *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 38–83). Basel: Karger.
- Meder, G., Juchems, A. & von Wietersheim, J. (2004). Reliabilitätsüberprüfung und Normierung des Nazissmus-Inventars anhand einer gesunden Vergleichsstichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 14–20.
- Mestel, R., Klingelhöfer, J., Dahlbender, R. & Schüssler, G. (2004). Validität der OPD-Achsen Konflikt und Struktur in der stationären psychosomatischen Rehabilitation. In R. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *OPD. Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 229–245). Bern: Huber.
- Mestel, R., Neeb, K., Hauke, B., Klingelhöfer, J. & Strauss, K. (2000). Zusammenhänge zwischen der Therapiezeitverkürzung und dem Therapieerfolg bei depressiven Patienten. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie* (S. 98–147). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Müller-Pozzi, H. (1997). *Psychoanalytisches Denken: eine Einführung* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Nitzgen, D. & Brünger, M. (2000). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck: Einsatz und Befunde. In W. Schneider & H.J.

- Freyberger (Hrsg.), *Was leistet OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 238–253). Bern: Huber.
- Oberbracht, C. (2002). Passen oder Verpassen? Prognostische Bedeutung der Struktureinschätzung nach OPD für die therapeutische Arbeitsbeziehung. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 197–213). Stuttgart: Schattauer.
- Orange, D., Atwood, G. & Stolorow R. (2001). *Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis*. Frankfurt a.M.: Banes & Apsels.
- Pouget-Schors, D. (2002). Strukturkonzepte in der psychoanalytischen Entwicklung. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 49–57). Stuttgart: Schattauer.
- Rapaport, D. (1970). *Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. Versuch einer Systematik*. Stuttgart: Klett.
- Rauchfleisch, U. (1999). *Aussenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauschfleisch, U. (2001). *Arbeit im psychosozialen Feld: Beratung, Begleitung, Psychotherapie, Seelsorge*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reymann, G., Zbikowski, A., Martin, M., Tetzlaff, M. & Janssen, P.L. (2000). Erfahrungen mit der Anwendung von Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik bei Alkoholkranken. In W. Schneider & H.J. Freyberger (Hrsg.), *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 229–238). Bern: Huber.
- Rohde-Dachser, C. (2004). *Das Borderline-Syndrom* (7. Aufl.). Bern: Huber.
- Rudolf, G. (1987). *Krankheiten im Grenzbereich von Neurose und Psychose. Ein Beitrag zur Psychopathologie des Ich-Erlebens und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Rudolf, G. (1999a). Persönlichkeit und Symptom im Kontext der Psychotherapie. In P. Buchheim, M. Cierpka & T. Seifer (Hrsg.), *Symptom und Persönlichkeit im Kontext. Ressourcen. Aspekte der Wirklichkeit* (S. 1–19). Berlin: Springer.
- Rudolf, G. (1999b). Persönlichkeitsstörung und Persönlichkeitsstruktur. *Persönlichkeitsstörung, Theorie und Therapie*, 3, 40–48.
- Rudolf, G. (2000). *Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage* (4. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. (2002a). Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom*

- theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 2–44). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2002b). Strukturbezogene Psychotherapie. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 249–268). Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2006). Empirische Annäherung an einen unmöglichen Gegenstand. In G. Mattanza, I. Meier & M. Schlegel (Hrsg.), *Seele und Forschung. Ein Brückenschlag in der Psychotherapie* (S. 13–26). Basel: Karger.
- Rudolf, G., Buchheim, P., Ehlers, W., Küchenhoff, J., Muhs, A., Pouget-Schors, D., Rüger, U., Seidler, G.H. & Schwarz, F. (1995). Struktur und strukturelle Störung. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 41, 197–212.
- Rudolf, G. & Grande, T. (2000). Indikation und Besonderheiten stationärer psychoanalytischer Psychotherapie. In H.-J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (2. Aufl., S. 1169–1175). Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G. & Grande, T. (2002). Struktur der gesunden Persönlichkeit. *Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*, 3, 174–185.
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, T., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S. & Wilke, S. (2001). Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). In U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel (Hrsg.), *Langzeitpsychotherapie – Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 238–259). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rudolf, G., Grande, T. & Jakobsen, T. (2004). Struktur und Konflikt: Gibt es strukturspezifische Konflikte? In R. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *OPD. Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 195–207). Bern: Huber.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000). Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut*, 4, 237–246.
- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. & Jakobsen, T. (1996). Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 42, 343–357.
- Rudolf, G., Jakobsen, T., Grande, T. & Oberbracht C. (2002). Strukturelle Aspekte der Persönlichkeitsstörungen. In G. Rudolf, T. Grande & P. Henningsen (Hrsg.), *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts* (S. 158–174). Stuttgart: Schattauer.

- Rudolf, G., Jakobsen, T., Micka, R. & Schumann, E. (2004). Störungsbezogene Ergebnisse psychodynamisch-stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 37–52.
- Rudolf, G., Lazig, P. & Henningsen, C. (1997). Dokumentation im Dienste von klinischer Forschung und Qualitätssicherung. *Psychotherapeut*, 42, 145–155.
- Rudolf, G., Oberbracht, C. & Grande, T. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 167–183). Bern: Huber.
- Ruff, W. & Leikert, S. (1999). *Therapieverläufe im stationären Setting. Eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozessqualität*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Sandell, R. (1997). Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In M. Leuzinger-Bohleber & U. Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung* (S. 348–366). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Schauenburg, H., Janssen, P.L. & Buchheim, P. (1998) Interviewführung in der OPD. In H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse in der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 139–159). Bern: Huber.
- Schauenburg, H., Sammet, I. & Strack, M. (2001). Verlauf der Symptombelastung und Vorhersage des Behandlungserfolges in der stationären Psychotherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47, 380–395.
- Schauenburg, H. & Strack, M. (1998). Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 48, 257–264.
- Scheffé, H. (1970). Practical solutions to the Behrens-Fisher problem. *Journal of the American Statistical Association*, 65, 1501–1508.
- Schneider, G. (1995a). Internalisierung und Strukturbildung: Einleitung und Überblick. In G. Schneider & G.H. Seidler (Hrsg.), *Internalisierung und Strukturbildung* (S. 10–44). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schneider, G. (1995b). Möglichkeiten und Grenzen der Entwicklung der Symbolisierungsfähigkeit in der psychoanalytisch orientierten stationären Psychotherapie – ein störungsorientierter Ansatz zur stationären Psychotherapie. In G. Schneider & G.H. Seidler (Hrsg.), *Internalisierung und Strukturbildung* (S. 279–313). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Schneider, G., Lange, C. & Heuft, G. (2004) Trägt die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) zur differentiellen Therapieindikation bei? In R. Dahlbender, P. Buchheim & G. Schüssler (Hrsg.), *OPD. Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 219–221). Bern: Huber.

- Schneider, W. (1999). Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die stationäre Psychotherapie. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis, Band 1: Modelle, Konzepte, Settings* (S. 285–303). Opladen: Leske + Budrich.
- Schulz, S. (2000). *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*. Dissertation. Berlin: dissertation.de
- Seidler, G.H. (1999). *Stationäre Psychotherapie auf dem Prüfstand. Intersubjektivität und gesundheitliche Besserung*. Bern: Huber.
- Senf, W. (1988). Theorie der stationären Psychotherapie. In H. Becker & W. Senf (Hrsg.), *Praxis der stationären Psychotherapie* (S. 2–28). Stuttgart: Thieme.
- Söllner, W. (2005). Hat die stationäre Psychotherapie eine Zukunft? [Editorial.] *Psychodynamische Psychotherapie. Forum für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*, 4, 1–5.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel U. & Freyberger, H.J. (2002a). Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Zusammenhänge mit soziodemographischen, klinischen und psychopathologischen Merkmalen sowie kategorialen Diagnosen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 52, 392–397.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel U. & Freyberger, H.J. (2002b). Zur Konstruktvalidität der Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 299–311.
- Spitzer, C., Michels-Lucht, F., Siebel U., Freyberger, H.J. (2004). Zum Zusammenhang zwischen OPD Merkmalen der Persönlichkeitsstruktur und symptombezogenen sowie interpersonalen Behandlungsergebnissen stationärer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 50, 70–85.
- Stern, D.N. (1994). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stieglitz, R.-D. (1994). Selbst- und Fremdbeurteilung in der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik und Therapieforschung. In P.L. Janssen & W. Schneider (Hrsg.), *Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 37–65). Stuttgart: Fischer.
- Stiles, W.B., Meshot, C.M., Anderson, T.M., & Sloan W.W. (1992). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2, 411–420.
- Stolorow, R.D (1978). The concept of psychic structure: its metapsychological and clinical psychoanalytic meanings. *International Review of Psychoanalysis*, 5, 313–320.
- Strauss, B. & Burgmeier-Lohse, M. (1994). *Stationäre Langzeitgruppentherapie. Ein Beitrag zur empirischen Psychotherapieforschung im stationären Feld*. Heidelberg: Asanger.
- Strauss, B., Hüttmann, B. & Schulz, N. (1997). Kategorienhäufigkeit und prognostische Bedeutung einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik. Erste Erfahrungen mit der „OPD-1“ im stationären Rahmen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 58–63.

- Strotzka, H. (Hrsg.). (1975). *Psychotherapie: Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Thomasius, R. (2000). Diskussion zu den Ergebnissen der Psychodynamik und Persönlichkeitspsychologie. In R. Thomasius (Hrsg.), *Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs* (S. 253–271). Stuttgart: Wissenschaftlicher Verlag.
- Thomasius, R., Weiler, D., Sack, P., Schindler, A., Gemeinhardt, B., Schuhbert, C. & Küstner, U. (2001). Validität der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) bei familientherapeutisch behandelten Drogenabhängigen im adoleszenten und jungen Erwachsenenalter. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 365–372.
- Tschuschke, V. (1990). Spezifische und/oder unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. Ein Problem der Einzelpsychotherapie oder auch der Gruppenpsychotherapie. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse* (S. 243–271). Berlin: Springer.
- Wallerstein, R.S. (1991). Assessment of structural change in psychoanalytic therapy and research. In M.D. Shapiro (Ed.), *The concept of structure in psychoanalysis* (pp. 241–263). Madison: International Universities Press.
- Weinryb, R.M. (1998). Zur Diagnostik der Charakterstruktur mit dem „Karolinska Psychodynamic Profile“ (KAPP). In H. Schauenburg, H.J. Freyberger, M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 69–97). Bern: Huber.
- Welch, B.L. (1947) The generalization of “Students’ s” problem when several different population variances are involved. *Biometrika*, 34, 28–35.
- Wilmers, F. & Rosin, U. (2000). Determinanten des Abbruches. Vorzeitige Beendigung der stationären Behandlung in einem psychosomatischen Krankenhaus. Ergebnisse von Nachbefragungen. In M. Bassler (Hrsg.), *Wirkfaktoren von stationärer Psychotherapie. Mainer Werkstatt über Empirische Forschung von stationärer Psychotherapie 1998* (S. 257–295). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Wolf, E. (1996). *Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Anhang

Anhang A: Soziodemografische Merkmale der PatientInnen

Anhang B: Einverständniserklärung

Anhang C: Informationsblatt für PatientInnen

Anhang D: Heidelberger Umstrukturierungsskala

Anhang A: Soziodemografische Merkmale der PatientInnen

Tabelle A-1

Stichprobenbeschreibung: Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft, Kinder

Merkmal	Gesamtstichprobe		Längsschnittstichprobe		Therapieabbruch		Statistische Unterschiede zwischen den zwei Untergruppen
	N = 44		n = 36		n = 8		
Alter	<i>M</i> = 30.50		<i>M</i> = 32.44		<i>M</i> = 21.75		<i>t</i> (42) = 2.59, <i>p</i> < .05
	<i>SD</i> = 11.26		<i>SD</i> = 11.54		<i>SD</i> = 2.49		
	Min. = 18		Min. = 18		Min. = 19		
	Max. = 63		Max. = 63		Max. = 26		
	n	%	n	%	n	%	
Geschlecht							
Weiblich	25	57	22	61	3	38	$X^2(1) = 1.49^a$, <i>ns</i>
Männlich	19	43	14	39	5	62	
Familienstand							
Ledig	31	71	23	64	8	100	^b
Verheiratet, zusammenlebend	5	11	5	14	–	–	
Verheiratet, getrennt lebend	4	9	4	11	–	–	
Geschieden	3	7	3	8	–	–	
Wiederverheiratet	1	2	1	3	–	–	
Partnerschaft^c							
Ja	15	34	14	39	1	13	$X^2(1) = 2.03^a$, <i>ns</i>
Nein	29	65	22	61	7	87	
Kinder							
Keine	30	67	22	61	8	100	$X^2(1) = 4.56^a$, <i>p</i> < .05
Ein und mehrere Kind(er)	14	32	14	39	–	–	

Anmerkung. a) Die Bedingungen zur Durchführung des X^2 -Tests werden nicht erfüllt, weil 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von unter 5 haben (vgl. Bortz, 1989, S. 197). b) Wegen zu geringer Fallzahl wurde kein Signifikanztest durchgeführt. c) Unabhängig vom Zivilstand wurden die PatientInnen in die dichotome Variable Partnerschaft (ja/nein) zusammengefasst. *M* = Mittelwert, *SD* = Standardabweichung, *ns* = nicht signifikant.

Tabelle A-2

Stichprobenbeschreibung: Schulbildung, Berufliche Position, berufliche Stellung nach Austritt

Merkmal	Gesamtstichprobe		Längsschnittstichprobe		Therapieabbruch		Statistische Unterschiede zwischen den zwei Untergruppen
	N = 44		n = 36		n = 8		
	n	%	n	%	n	%	
Höchste Schulbildung							
Keine	2	5	1	3	1	12	^a
Obligatorische Volksschule	12	27	8	22	4	50	
Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule	21	48	18	50	3	37	
Maturitätsschule	1	2	1	3	–	–	
Höhere Fach- oder Berufsschule	3	7	3	8	–	–	
Universität	5	11	5	14	–	–	
Akademische Laufbahn^c							
Ja	9	20	9	25	–	–	$X^2(1) = 2.51^b, ns$
Nein	35	80	27	75	8	100	
Berufliche Position							
Kader/höhere Angestellte	16	36	16	44	–	–	$X^2(1) = 5.59^b, p < .05$
Ausführende Position ^d	28	64	20	56	8	100	
Berufliche Stellung nach Austritt							
Stellenlos (ohne Lohnarbeit)	21	48	17	47	4	50	^a
Berufstätig	15	34	13	36	2	25	
In Ausbildung	8	18	6	17	2	25	

Anmerkung. a) Wegen zu geringer Fallzahl wurde kein Signifikanztest durchgeführt. b) Die Bedingungen zur Durchführung des X^2 -Tests werden nicht erfüllt, weil 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von unter 5 haben (vgl. Bortz, 1989, S. 197). c) Variable Höchste Schulbildung wurde zur dichotomen Variable Akademische Laufbahn (ja/nein) zusammengefasst. „Akademische Laufbahn ja“ beinhaltet: Maturitätsschule, Höhere Fach- oder Berufsschule, Universität. „Akademische Laufbahn nein“ beinhaltet: Keine abgeschlossene obligatorische Volksschule, obligatorische Volksschule, Berufslehre oder Vollzeit-Berufsschule. d) Unter Ausführende Position werden Angestellte im subalternen Bereich verstanden, d.h. Angestellte ohne Verantwortung, Personalführung und Unterschriftenberechtigung (handwerkliche Arbeiten, in Ausbildung und Gelegenheitsarbeiten). M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ns = nicht signifikant.

Tabelle A-3

Stichprobenbeschreibung: Psychotherapeutische Vorbehandlung, Hospitalisationen, Behandlungsdauer

Merkmal	Gesamtstichprobe N = 44		Längsschnitt- stichprobe n = 36		Therapieabbruch n = 8		Statistische Unterschiede zwischen den zwei Unter- gruppen
	n	%	n	%	n	%	
Psychotherapeutische Vorbehandlung							
Ja	33	75	28	78	5	63	$X^2(1) = .82^a$, <i>ns</i>
Nein	11	25	8	22	3	37	
Hospitalisation							
Ja	19	43	14	49	5	63	$X^2(1) = 1.49^a$, <i>ns</i>
Nein	25	57	22	61	3	37	
Behandlungsdauer in der Klinik Littenheid Anzahl Wochen	$M = 11.84$ $SD = 4.74$		$M = 12.92$ $SD = 4.33$		$M = 7.00$ $SD = 3.44$		$t(42) = 3.61$, $p < .001$

Anmerkung. a) Die Bedingungen zur Durchführung des X^2 -Tests werden nicht erfüllt, weil 20% der Zellen eine erwartete Häufigkeit von unter 5 haben (vgl. Bortz, 1989, S. 197). M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, *ns* = nicht signifikant.

Anhang B: Einverständniserklärung

Ich erkläre mich bereit, an der Studie in klinischer Psychologie an der Universität Basel über „Eine Anwendungsstudie zur Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und struktureller Veränderung im Verlauf von Psychotherapie im stationären Behandlungssetting“ teilzunehmen.

Ich bin bereit, zu Beginn und am Ende meiner Behandlung auf der Station an einem Gespräch teilzunehmen. Ich bin heute von Frau Dreher ausführlich über die Inhalte und Ziele der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich bin informiert darüber, dass sämtliche Daten der Schweigepflicht unterliegen und nur anonymisiert ausgewertet werden.

Die Patienteninformation sowie ein Exemplar der Einverständniserklärung habe ich erhalten, gelesen und verstanden. In diesem Zusammenhang bestehende Fragen wurden mit mir besprochen und beantwortet.

Die Teilnahme an der Studie erfolgt freiwillig. Mein Einverständnis kann ich jederzeit zurückziehen, ohne dass für mich dadurch Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.

- Das Video des Forschungsgesprächs kann aufbewahrt und später für Lehrzwecke (Ärztefortbildung) verwendet werden.
- Das Video des Forschungsgesprächs soll direkt nach der Auswertung gelöscht werden.

Name und Vorname:

Ort und Datum:

Unterschrift

Anhang C: Informationsblatt für PatientInnen

Sehr geehrte Patientin

Sehr geehrter Patient

Mir ist bewusst, dass es für Sie im Moment dringendere Anliegen gibt, als an einer wissenschaftlichen Studie teilzunehmen. Bitte lesen Sie trotzdem weiter ...

Im Rahmen meiner Dissertationsarbeit in klinischer Psychologie an der Universität Basel geht es um die Auswirkungen von Psychotherapie auf die Eigenschaften der Persönlichkeit. Die Erfahrungen, die Sie während der stationären Therapie machen, helfen uns, Aussagen über die Auswirkungen von Psychotherapie auf die Patienten und Patientinnen zu erhalten. Wenn wir die Wirkungen von Psychotherapie besser kennen, können auch Behandlungskonzepte verbessert werden. Dies ist jedoch nur in Zusammenarbeit mit Ihnen, den Patientinnen und Patienten, möglich.

Ich möchte Ihnen einige Fragen zur Ihrer Persönlichkeit und zu Ihrer Befindlichkeit stellen. Um diese Aspekte erfassen zu können, braucht es je ein Gespräch zu Beginn und am Ende der Behandlung. Das Gespräch dauert jeweils eine Stunde. Zusätzlich werden Ihnen einige Fragebögen vorgelegt. Die Gespräche werden auf Video aufgezeichnet. Die Informationen, welche Sie mir über sich geben, stehen unter der ärztlichen Schweigepflicht und werden entsprechend den Vorschriften des Datenschutzes vertraulich behandelt. So werden auch die gewonnenen Daten anonym ausgewertet und aufbewahrt. Die Videobänder werden unter Verschluss gehalten und nicht weitergegeben. Gemäss Ihrem Wunsch wird das Video direkt nach der Auswertung gelöscht.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die Teilnahme oder Ablehnung hat keinen Einfluss auf Ihre Behandlung in der Klinik Littenheid. Wenn Sie weitere Fragen zum Ablauf der Untersuchung haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können mich an meinem Arbeitsort erreichen.

Falls Sie sich entschliessen, an der Studie teilzunehmen, informieren Sie bitte Ihren behandelnden Psychotherapeuten, der einen Termin für das Gespräch ausmachen wird.

Für Ihr Interesse und Ihr entgegengebrachtes Vertrauen bedanke ich mich herzlich.

Caroline Dreher

Sozialpsychiatrisches Zentrum Limmattal

Kirchplatz 5, 8953 Dietikon

044/ 744 47 87

Anhang D: Heidelberger Umstrukturierungsskala

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala

Stufen		Auszug aus dem Manual
1. <i>Abwehr/Nichtwahrnehmung des Fokus</i>	stimmt	Die Schwierigkeit ist völlig unbewußt; Erfahrungen, die mit ihr in Verbindung stehen, werden vermieden; problematisches Verhalten ist ich-synton; es gibt bezogen auf den kritischen Bereich für den Patienten „kein Problem“
	1	
	genau	
	1+	
2. <i>Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusbereich</i>	Tendenz↓	Unangenehme Empfindungen und Gedanken im Zusammenhang mit dem Problembereich können nicht mehr sofort abgewiesen werden; Beschäftigung mit dem Fokusproblem erfolgt aber nur gezwungenermaßen; äußere Konfrontationen mit dem Problem, die jedoch als Störung abgewiesen werden; keine Einsicht, daß die Schwierigkeiten mit der eigenen Person zu tun haben könnten
	Tendenz↑	
	2-	
	stimmt	
	2	
	genau	
3. <i>Vage Fokuswahrnehmung</i>	2+	Patient bemerkt bzw. ahnt die Existenz einer Schwierigkeit, die zu ihm gehört und nicht einfach abgewiesen werden kann; das Problem bekommt im Zuge der Wiederholungen eine kontinuierliche Existenz; negative Affekte entstehen durch die Spannung zwischen Unabweisbarkeit des Fokusproblems einerseits und einer defensiv-aversiver Haltung andererseits
	Tendenz nach oben	
	Tendenz↑	
	3-	
	stimmt	
	3	
4. <i>Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs</i>	genau	Die Schwierigkeit beginnt, im Bewußtsein des Patienten eine Gestalt zu bekommen; es gibt Ansätze zu einer aktiven, offensiven Beschäftigung damit; das Problem kann als Aufgabe formuliert und damit zum Gegenstand einer therapeutischen Arbeit gemacht werden; destruktive und abwehrende Bewegungen können diese Haltung unterbrechen, sie jedoch nicht aufheben
	3+	
	Tendenz↓	
	Tendenz↑	
	4-	
	stimmt	
5. <i>Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich</i>	4	Infragestellung und Auflösung gewohnter Modi der Bewältigung; Verunsicherung bezüglich der Bewertungen der eigenen Person und anderer; Wahrnehmung eigener Begrenzungen und Beschädigungen; Resignation und verzweifelte Stimmungen wechseln sich mit Reparationsbewegungen ab; das Alte ist verloren und versperrt, das Neue noch nicht zugänglich
	genau	
	4+	
	Tendenz↓	
	Tendenz↑	
	5-	
6. <i>Neuordnung des Fokus- Bereichs</i>	5	Aufgabe und Verabschiedung von gewohnten Modi der Bewältigung; der Pat. ist in seinem Erleben mehr und mehr für sich selbst zuständig, kann sein Leben im Problembereich gestalten und verantworten; Erfahrungen des Scheiterns stellen diese Haltung nicht mehr grundsätzlich infrage; zunehmend stellt sich ein versöhnliches Erleben im Problembereich ein; Neuintegration
	genau	
	5+	
	Tendenz↓	
	Tendenz↑	
	6-	
7. <i>Auflösung des Fokus</i>	6	Der Umgang mit dem Fokusproblem ist etwas Selbstverständliches geworden; der Bereich hat im Erleben des Pat. seine besondere Bedeutung verloren; das Problem ist etwas Zurückliegendes, mit dem sich der Pat. erinnernd beschäftigt
	genau	
	7	
	7-	

Lebenslauf

Caroline Dreher, geboren am 2. Februar 1964 in Basel, heimatberechtigt in La-Chaux-de-Fonds/NE und Le Locle/NE. Besuch des Holbein-Gymnasiums in Basel von 1977 bis 1983. Abschluss mit Matura Typus D. Studium der Psychologie, Soziologie sowie Wirtschafts- und Sozialgeschichte an der Universität Zürich von 1987 bis 1997. Abschluss mit Lizenziat. Zusatzstudium der Psychopathologie an der Universität Zürich von 1997 bis 2000. Abschluss mit Lizenziat. Doktorexamen im Fach „Klinische Psychologie“ am 9. Juni 2006.

1993 bis 1994 wissenschaftliche Hilfsassistentin an der Abteilung Sozialpsychologie des Psychologischen Instituts der Universität Zürich. Psychotherapieausbildung am Psychoanalytischen Seminar in Zürich. 1998 bis 2002 psychotherapeutische Mitarbeiterin in psychiatrischen Kliniken in Bern und Zürich. Seit 2002 psychotherapeutische Mitarbeiterin im Sozialpsychiatrischen Zentrum der Psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich.