

Ingrid Erhardt
Bezogenheit und Differenzierung
in der therapeutischen Dyade

Forschung Psychosozial

Ingrid Erhardt

Bezogenheit und Differenzierung in der therapeutischen Dyade

**Eine empirische Untersuchung
von psychoanalytischen
und psychotherapeutischen
Veränderungsprozessen**

Mit einem Geleitwort von
Prof. Dr. em. Wolfgang Mertens

Psychosozial-Verlag

Mit freundlicher Unterstützung durch ein Stipendium der
Köhler-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft
und durch einen Forschungszuschuss der
Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPA).

Diese Arbeit wurde als Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität
München (Department Psychologie) 2012 unter dem Titel
Beziehung und Differenzierung in der therapeutischen Dyade –
Empirische Untersuchung differenzieller Veränderungsprozesse in psychoanalytischer und
psychodynamischer Psychotherapie unter Berücksichtigung der Patientenpersönlichkeit
und der therapeutischen Beziehung vorgelegt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe
© 2014 Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen
Fon: 0641-969978-18; Fax: 0641-969978-19
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Ernst Ludwig Kirchner: »Maskentanz«, 1928–29
Umschlaggestaltung & Satz: Hanspeter Ludwig, Wetzlar
www.imaginary-world.de

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
www.majuskel.de
Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2272-1

Inhalt

Geleitwort	9
Danksagung	13
1 Einleitung	17
2 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand	21
2.1 Empirische psychoanalytische Psychotherapieforschung	21
2.1.1 Ziele	22
2.1.2 Schwierigkeiten	23
2.2 Forschungsansätze in der psychoanalytischen Therapieforschung	27
2.2.1 Ergebnisforschung	27
2.2.2 Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie	29
2.2.3 Exkurs: Allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie	33
2.2.4 Prozess-(Ergebnis-)Forschung	35
2.2.5 Forschungsmethoden der psychoanalytischen Prozessforschung	38
2.2.6 Therapieprozessforschung mit dem <i>Psychotherapie-Prozess-Q-Set</i>	39
2.3 Die therapeutische Veränderung	45
2.3.1 Strukturveränderung als Erfolgskriterium	45
2.3.2 Forschungsinstrumente zur Erfassung der Strukturveränderung	48
2.3.3 Exkurs: Klinische statt statistische Signifikanz	52

2.4	Die therapeutische Beziehung	53
2.4.1	Das Konzept der therapeutischen Beziehung in der Psychoanalyse	53
2.4.2	Die therapeutische Beziehung als pantheoretisches Konzept	55
2.4.3	Forschungsergebnisse zur therapeutischen Beziehung	57
2.4.4	Die Veränderlichkeit der therapeutischen Beziehung	59
2.4.5	Beziehungsbrüche und die Korrektur von Missverständnissen	60
2.4.6	Forschungsinstrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung	63
2.4.7	Therapeutische Beziehung und Behandlungstechnik	66
2.4.8	Forschungsergebnisse zur Interaktion zwischen Behandlungstechnik und therapeutischer Beziehung	67
2.5	Der Einfluss des Patienten, des Therapeuten und die therapeutische Passung	71
2.5.1	Der Einfluss der Patientenpersönlichkeit	71
2.5.2	Der Einfluss des Therapeuten	75
2.5.3	Der Einfluss der therapeutischen Dyade	81
2.6	Die Persönlichkeitstheorie von Sidney Blatt	87
2.6.1	Die Dimensionen »Bezogenheit« und »Selbstdefinition«	87
2.6.2	Differenzielle Therapieresponse anaklitischer und introjektiver Patienten	90
2.6.3	Weitere Forschungsergebnisse zu Blatts Theorie	94
3	Fragestellungen und Hypothesen	97
3.1	Fragestellungen	97
3.2	Hypothesen	98
4	Methoden	101
4.1	Die Psychotherapieforschungsprojekte	101
4.1.1	Das <i>Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt</i>	101
4.1.2	Die <i>Ulmer Textbank</i>	102
4.1.3	Das <i>Berkeley Psychotherapy Program</i> und das <i>Psychotherapy Research Program</i> (Boston)	102
4.2	Die Stichprobe	103
4.3	Die Intervention	104
4.4	Die Forschungsinstrumente	105
4.4.1	Das <i>Psychotherapie-Prozess-Q-Set</i>	105

4.4.2	Die Erfassung von Patienten- und Therapeutenvariablen	106
4.4.3	Die <i>Differentiation-Relatedness Scale</i>	109
4.4.4	Die <i>California Psychotherapy Alliance Scales</i>	110
4.5	Das Forschungsdesign	112
4.6	Das Vorgehen	114
4.7	Definition des Therapieerfolgs	116
4.8	Statistische Methoden	117
5	Ergebnisse	121
5.1	Deskriptive Ergebnisse	121
5.2	Reliabilitätsanalyse	128
5.3	Überprüfung der Hypothesen	130
5.3.1	Überprüfung der Hypothese 1a	130
5.3.2	Überprüfung der Hypothese 1b	142
5.3.3	Überprüfung der Hypothese 2a	150
5.3.4	Überprüfung der Hypothese 2b	155
5.3.5	Überprüfung der Hypothese 3a	156
5.3.6	Überprüfung der Hypothese 3b	162
5.3.7	Überprüfung der Hypothese 4a	165
5.3.8	Überprüfung der Hypothese 4b	166
5.3.9	Überprüfung der Hypothese 5	167
6	Diskussion	171
6.1	Diskussion der Ergebnisse	171
6.2	Diskussion der Methoden	180
6.3	Einschränkungen der Studie	186
6.4	Ausblick	188
6.5	Schlussfolgerungen	192
6.6	Schlussbemerkung	194
7	Zusammenfassung	197
8	Literatur	199

9	Verzeichnisse	231
9.1	Abbildungsverzeichnis	231
9.2	Tabellenverzeichnis	232
10	Anhang	233
10.1	Merkmale anaklitischer und introjektiver Konfigurationen	233
10.2	Definitionen der zehn Stufen der <i>Differentiation-Relatedness-Scale</i>	234
10.3	Ratingbogen	237
10.3.1	Ratingbogen für die Einschätzung der Persönlichkeitskonfiguration	237
10.3.2	Ratingbogen für die <i>Differentiation-Relatedness-Scale</i>	238
10.3.3	Ratingbogen für die Einschätzung des therapeutischen Stils	239
10.4	<i>CALPAS-R</i> Rater-Version (Items)	240
10.5	<i>Psychotherapie-Prozess-Q-Set</i> (Items)	241
10.6	Weitere Tabellen und Abbildungen	267

Geleitwort

Lange Zeit wurde in der psychoanalytischen Behandlungstechnik der Schwerpunkt auf die Deutung und Bewusstmachung unbewusster Inhalte gelegt. Es war zudem überwiegend die Pathologie des Patienten, die in einem eher medizinischen Verständnis den Fokus der klinischen und behandlungstechnischen Praxis bildete. Auch wenn es bereits von Freud Überlegungen zum wichtigen Stellenwert der Beziehung und zur Person des Therapeuten gab, hat es in der Psychotherapieforschung doch geraume Zeit gedauert, bis geeignete Instrumente entwickelt wurden, um diesen zentralen Einflussgrößen gerecht zu werden. Vor allem mit der Berücksichtigung der Beziehung und der Verschränkung mit der Person des Therapeuten wird die Off-line-Forschung praxisnäher und hat damit auch größere Chancen, von praktizierenden Therapeuten zur Kenntnis genommen zu werden.

Im Rahmen der vorliegenden, sehr differenzierten Prozessforschung werden von Frau Erhardt vor allem solche Persönlichkeitsvariablen von Therapeuten und Patienten erforscht, die einen moderierenden Einfluss auf die therapeutische Beziehung sowie die Art und Qualität der Übertragung haben. Hierzu benutzt sie neben anderen Instrumenten das *Psychotherapie-Prozess-Q-Set* von Enrico Jones und ein Instrument zur Unterscheidung von zwei Erscheinungsformen depressiver Leidenszustände, der anaklitischen und der introjektiven Form, die seit nunmehr zwei Jahrzehnten von Sidney Blatt mit der *Differentiation-Relatedness-Scale* untersucht worden sind. Mit den *California Psychotherapy Alliance Scales* lässt sich die Zusammenarbeit zwischen Patient und Therapeut zuverlässig und gültig erfassen und eine Aussage darüber treffen, mit welchen Haltungen und Beziehungsangeboten des Therapeuten die Entstehung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses am besten gelingt und zwar differenziert nach zwei grundlegend unterschiedlichen

Ausprägungsformen depressiver Störungsbilder. Mit dieser Einbeziehung von Moderatorvariablen wird Psychotherapieforschung ohne Zweifel komplexer, anspruchsvoller, aufwendiger und vor allem auch wirklichkeitsnäher.

Inmitten unserer Wohlstandsgesellschaften nimmt die Depression in den letzten Jahren offenbar stetig zu. Epidemiologischen Schätzungen zufolge erleidet heute fast ein Viertel der Menschen mindestens einmal im Laufe des Lebens eine depressive Episode; Frauen scheinbar mindestens doppelt so häufig wie Männer, die ihre Depression nicht selten vor sich selbst verleugnen, die aber auch nicht immer richtig diagnostiziert wird. Arbeitssucht, ein überquellender Terminkalender, gestiegene Mobilität und permanente Verfügbarkeit sind fast zur selbstverständlichen Arbeitseinstellung geworden und werden noch dazu gesellschaftlich hoch prämiert.

Introjektiv depressive Patienten sind solche Menschen, die überwiegend mit depressiven Verstimmungen auf ihre nicht erreichten Leistungsziele reagieren und in endlosen Selbstbeichtungen die Diskrepanz zwischen eigenem Willen und Können, zwischen übersteigerten Ansprüchen und dem als kläglich festgestellten Versagen als deprimierende Unfähigkeit erleben. Insofern sind sie ein Spiegel der gegenwärtigen Lebensverhältnisse in einer globalisierten Leistungsgesellschaft, die permanentes Wachstum zum Fetisch erklärt hat. Anaklitisch depressive Patienten reagieren äußerst sensibel auf den vermeintlichen oder tatsächlichen Entzug von Anerkennung seitens anderer Menschen, sind ängstlich, die Zuwendung geliebter oder für ihre Selbstliebe benötigter Personen zu verlieren, und bilden wohl ebenfalls den Mangel an früh erfahrener Zuwendung und Liebe in unserer Gesellschaft ab, die sich Leistung und Konsum als oberste Lebensziele gesetzt hat.

Mit der Untersuchung von zwei Unterformen depressiver Modalitäten (anaklitisch und introjektiv) knüpft Frau Erhardt an das in den USA bekannte und langjährige Forschungsprojekt von Sidney Blatt an, der in einer Anzahl von Untersuchungen den Nachweis erbringen konnte, dass sich diese beiden Patiententypen hinsichtlich ihrer Erwartungen an eine Therapie deutlich voneinander unterscheiden. Somit wird eine Kenntnis dieser Modalitäten für die Therapieplanung und Indikationsstellung auch für Praktiker bedeutsam.

Das *Psychotherapie-Prozess-Q-Set* von Enrico Jones, als ein spezifisches Q-Set für den psychotherapeutischen Prozess entwickelt, stellt ein standardisiertes Kodiersystem für therapeutische Interaktionen einer therapeutischen Sitzung dar. Für die Fragestellungen von Frau Erhardt ermöglicht es eine Unterteilung in Subkomponenten (Patientenbeitrag, Therapeutenbeitrag und Zusammenarbeit), die eine weitere Differenzierung bei der Varianzaufklärung ermöglichen.

Im Theorieteil stellt Frau Erhardt den gegenwärtigen State of the Art der psychoanalytischen Therapieforschung übersichtlich und ausführlich dar und knüpft

in ihrem praktischen Teil an die *Münchener Bindungsorientierte Psychotherapieprozess-Studie* an, die in der Abteilung für Psychoanalyse und psychodynamische Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität München zur Erforschung eines Prototyps von interaktiver, kollaborativer und multimethodologischer Prozessforschung durchgeführt wurde, bei der alle Patienten mit dem *Adult Attachment Interview* (AAI), dem *Adult Attachment Projective* (AAP), der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD), der *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (HUSS/HSCS) untersucht sowie hinsichtlich des Prozesses mit den Methoden des *Zentralen Beziehungskonflikts* (ZBKT), der *Plananalyse* (PA) sowie des *Psychotherapieprozess-Q-Set* analysiert wurden.

Zum anderen bezieht sich Frau Erhardt auf Daten, die sie aus der *Ulmer Textbank*, dem *Berkeley Psychotherapy Program* und dem *Psychotherapy Research Program* in Boston erhalten hat.

Mit ihrer sehr differenzierten und äußerst sorgfältigen Untersuchung hat sich Frau Erhardt in dem kaum noch überschaubaren Gebiet der Psychotherapie-Outcome- und Prozessforschung eine hervorragende Expertise erarbeitet, die sie anhand eines einjährigen Forschungsaufenthalts in den USA bei renommierten Psychotherapieforschern vertiefen und konsolidieren konnte. Deshalb kann sie nicht nur eine exzellente Untersuchung vorlegen, sondern auch mit fundierten Kenntnissen den Nutzen von Prozessforschung sehr gut einschätzen und auf einige Mängel der verwendeten Instrumente aufmerksam machen. Auch trägt ihre Arbeit dazu bei, einige lieb gewordene Mythen der Psychotherapieforschung infrage zu stellen.

Die sehr verdienstvolle Arbeit, in der Psychotherapie-Prozessforschung mit kritischer Umsicht und hohem Sachverstand durchgeführt, kann jedem an Psychotherapieforschung interessierten Psychotherapeuten nachdrücklich empfohlen werden.

*München, im Oktober 2012,
Prof. Dr. em. Wolfgang Mertens
Department für Psychologie
Ludwig-Maximilians-Universität München*

1 Einleitung

Im Rahmen dieser Arbeit wird eine naturalistische Psychotherapiestudie vorgestellt, bei der retrospektiv 29 Behandlungsverläufe in psychoanalytischer und psychodynamischer¹ Langzeitpsychotherapie untersucht wurden. Im Mittelpunkt steht dabei die empirisch basierte Untersuchung der Veränderungsprozesse von Patienten, die im Hinblick auf deren persönlichkeitsstrukturellen Besonderheiten unter Berücksichtigung der therapeutischen Beziehung unterschieden werden. Der Titel *Bezogenheit und Differenzierung in der therapeutischen Dyade* bezieht sich einerseits auf die psychoanalytisch orientierte Theorie zu den Dimensionen »Bezogenheit« und »Selbstdefinition« nach Sidney J. Blatt (z.B. 1974, 1990, 2008) und andererseits auf die *Differentiation-Relatedness-Scale* (Diamond, Blatt, Stayer & Kaslow 1991, überarbeitete Version ebd. 2012) aus seiner Arbeitsgruppe, die auf dieser theoretischen Grundlage innerpsychische Repräsentanzen des Selbst und wichtiger Anderer unterscheidet.

Die therapeutische Beziehung als empirisch mannigfach bestätigter Wirkfaktor

1 Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und psychodynamische Psychotherapie (*psychodynamic psychotherapy*) werden hier zusammengefasst. Es handelt sich bei Letzterem um den im angloamerikanischen Sprachgebrauch üblichen Begriff, der sich zunehmend auch im deutschsprachigen Bereich in der Fachsprache einbürgert (Ermann 1995/2007, S. 443), obgleich dieser Ausdruck im Angloamerikanischen meist als Überbegriff für alle psychoanalytisch orientierten Verfahren verwendet wird. Zur Unterscheidung zwischen tiefenpsychologischer bzw. psychodynamischer Psychotherapie und psychoanalytischer Psychotherapie siehe ebd. sowie im Kommentar zu den Psychotherapie-Richtlinien (Rüdiger, Dahm & Kallinke 2009, S. 37ff.), Mertens (1990/1992, S. 192) sowie Reimer & Rüger (2006) und Rudolf & Rüger (2006). Die Begriffe psychoanalytisch und psychodynamisch werden von manchen Autoren auch synonym verwendet (z.B. Shedler 2010).

der Psychotherapie wird hinsichtlich des Beitrags des Patienten, des Therapeuten² sowie deren Interaktion und Passung berücksichtigt. Therapietechniken werden erst im Kontext der Beziehungsebene bedeutsam und wirksam. Die Interaktionen zwischen Patient und Therapeut sind sehr komplex und zeigen in jeder Dyade einen einzigartigen Verlauf mit spezifischen, sich wiederholenden und sich verändernden Mustern (Jones 2000). Um diesem vielschichtigen Forschungsgegenstand gerecht zu werden, sind ausreichend differenzierte Instrumente und eine klinisch informierte Perspektive notwendig.

Die Prozessforschung, die überwiegend von psychoanalytisch und psychodynamisch orientierten Therapieforschern ausgeübt wird, untersucht klinisch relevante Fragestellungen und entwickelt differenzierte Instrumente und Studiendesigns, um auch komplexe Fragestellungen untersuchen zu können. Anhand der Interaktionen zwischen Patient und Therapeut, die durch Video- oder Audioaufzeichnungen intersubjektiv beobachtbar sind, werden Beobachtungen systematisch durchgeführt, um diese mittels standardisierter Methoden einzuschätzen. Im Mittelpunkt stehen dabei die Fragen, was tatsächlich im Therapieprozess passiert und wie sich bestimmte Variablen auf das Therapieergebnis auswirken. Von zentralem Interesse ist dabei in erster Linie nicht lediglich die Symptomreduktion, sondern vielmehr Veränderungen der psychischen Struktur der Patienten. Auch Patienten, die ein und dieselbe Diagnose aufweisen, unterscheiden sich aufgrund ihrer individuellen Lebensgeschichte, Vulnerabilitäten und Bedürfnisse bedeutsam voneinander. Daher reagieren sie sehr unterschiedlich auf verschiedene therapeutische Interventionen und Haltungen. Blatt (2008) kritisiert, dass Patientencharakteristika, die für den Therapieprozess essenziell sind, in der Therapieforschung zu wenig berücksichtigt werden, und führte die Unterscheidung zwischen der sogenannten anaklitischen (abhängigen) und der introjektiven (selbstkritischen) Persönlichkeit als Patientenvariable in die Therapieforschung ein. In Studien mehrerer Forschungsprojekte wurde nachgewiesen, dass es Unterschiede in der Therapieresponse und der Art der Veränderung bei anaklitischen und introjektiven Patienten gibt. Es wurde bisher jedoch nicht systematisch überprüft, welche Faktoren und Prozessvariablen diese Unterschiede definieren.

Eine zentrale Fragestellung dieser Studie ist, ob sich die Therapieprozesse von anaklitischen und introjektiven Patienten unterscheiden und wenn ja, auf welche Art und Weise. Des Weiteren interessiert, ob und inwiefern sich die Persönlichkeitsorganisationen innerhalb der jeweiligen Patientengruppen im Laufe der

² Es wird für eine bessere Lesbarkeit die männliche Form verwendet, die sich aber stets auf beide Geschlechter bezieht, falls nichts anderes vermerkt. Dasselbe gilt für PsychoanalytikerInnen, PsychotherapeutInnen und PatientenInnen.

psychoanalytischen Behandlung verändern. Die Einschätzung des Strukturniveaus hinsichtlich der Selbst- und Objektrepräsentationen im Therapieverlauf dienen der Veränderungsmessung. Es wird untersucht, wodurch sich therapeutische Dyaden auszeichnen, die zu einer positiven therapeutischen Veränderung führen und sie werden solchen, die keine Veränderung erreichen, gegenübergestellt. Der Einfluss der therapeutischen Beziehung auf den Therapieprozess wird ebenfalls systematisch überprüft und dabei zwischen dem Beitrag des Patienten, des Therapeuten und deren Zusammenarbeit unterschieden. Zum Einsatz kommen mehrere empirische Forschungsinstrumente und durch eine Methodenkombination wird die Untersuchung in Bezug auf Therapieprozess, Patientenpersönlichkeit und deren Veränderung sowie der therapeutischen Beziehung ermöglicht.

Das *Psychotherapie-Prozess-Q-Set* (PQS; Jones 2000) wird zur Beschreibung des Therapieprozesses und salienter Prozessvariablen eingesetzt, die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS; Gaston & Marmar 1993) zur Beurteilung der therapeutischen Beziehung und die Differenzierung zwischen anaklitischen und introjektiven Patienten nach Blatt und Ford (1994) sowie die *Differentiation-Relatedness-Scale* (Diamond et al. 1991, 2012) dienen der Einschätzung des Niveaus der Selbst- und Objektrepräsentationen. Alle vier Forschungsinstrumente werden zu mehreren Messzeitpunkten bei allen 29 Behandlungsverläufen angewandt und ermöglichen somit eine Untersuchung der Veränderung des Therapieprozesses, der therapeutischen Beziehung und der psychischen Struktur im Verlauf.

Ziel dieser Untersuchung ist ein erweitertes Verständnis über den Einfluss klinisch relevanter Persönlichkeitscharakteristika auf den analytischen bzw. therapeutischen Prozess und auf die Entwicklung der therapeutischen Beziehung. Berücksichtigt werden auch der Stil des Therapeuten und die therapeutische Passung. Die Frage nach der komplexen Wechselwirkung zwischen diesen Variablen kann im Rahmen dieser Studie nur mit der Linse der jeweiligen Instrumente betrachtet und beantwortet werden. Mit dieser Studie soll ein Beitrag zu der Diskussion geleistet werden, welche Bestandteile für Patienten wirksam und hilfreich sind und welche nicht, und wie Patienten- und Prozessvariablen miteinander interagieren.

Der theoretische Teil beginnt in Kapitel 2.1 mit den Zielen und Schwierigkeiten der empirischen psychoanalytischen Therapieforschung, die sich von der Hauptströmung der Psychotherapieforschung in ihren theoretischen und methodischen Ansätzen unterscheidet. Die Forschungsansätze der empirischen analytischen Forschung können nicht erschöpfend dargestellt werden, es werden daher in Kapitel 2.2 nur die Ergebnisforschung und die Prozessforschung einander gegenübergestellt, um in die Prozess-Ergebnisforschung einzuführen, die

Gegenstand dieser Arbeit ist. Dabei sollen richtungweisende Studienergebnisse, der aktuelle Forschungsstand und relevante Forschungsinstrumente in Kürze dargestellt werden, wobei das *Psychotherapie-Prozess-Q-Set* ausführlicher vorgestellt wird. Auf die allgemeinen Wirkfaktoren, die für dieses Forschungsparadigma von Bedeutung sind, wird in diesem Rahmen ebenfalls eingegangen.

In Kapitel 2.3 wird die therapeutische Veränderung behandelt, indem die für die psychoanalytische Therapie zentralen Auffassungen zur Veränderung der psychischen Struktur als Behandlungsziel sowie Forschungsinstrumente und aktuelle Studien dargestellt werden, die für diesen Ansatz der empirischen Veränderungsmessung entwickelt bzw. eingeführt wurden. Dabei wird die *Differentiation-Relatedness-Scale* (DRS) ausführlicher vorgestellt. Die therapeutische Beziehung wird in Kapitel 2.4 behandelt, wobei psychoanalytische und pantheoretische Konzepte und ihre Beziehung zueinander dargestellt werden. Theorien und Forschungsergebnisse zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung für das Therapieergebnis, ihre Veränderlichkeit und ihre Rolle im Verhältnis zu Therapietechniken sowie der Einfluss von Brüchen in der Beziehung und ihre Wiederherstellung werden ausgeführt. Es werden häufig eingesetzte Instrumente zur Erfassung der therapeutischen Beziehung in Kürze dargestellt, wobei im Besonderen die *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS) vorgestellt werden.

Besondere Aufmerksamkeit soll dem Einfluss des Patienten, des Therapeuten und der therapeutischen Passung zuteil werden, die in Kapitel 2.5 erörtert werden, wobei jeweils theoretische Überlegungen und aktuelle empirische Untersuchungen dargestellt werden. In diesem Rahmen wird auch die Theorie der Interaktionsstrukturen von Enrico Jones (2000) erläutert, die von besonderer Relevanz für die vorliegende Arbeit ist. Schließlich wird die Theorie der Persönlichkeit und Psychopathologie von Sidney Blatt (2008) in Kapitel 2.6 ausführlicher vorgestellt, welche ebenfalls eine zentrale theoretische Grundlage dieser Arbeit darstellt. Dabei werden wichtige Forschungsergebnisse aus Blatts Arbeitsgruppe vorgestellt, insbesondere die differenzielle Untersuchung der Therapieresponse anhand der von ihm eingeführten Patientenvariablen sowie der Untersuchung von Veränderungen auf der Repräsentationsebene im Therapieverlauf.

Die Fragestellungen und Hypothesen werden in Kapitel 3 ausgeführt. Der methodische Teil in Kapitel 4 gliedert sich in die Beschreibung der Stichprobe, der Forschungsprojekte, der -instrumente und des -designs sowie der statistischen Methoden. Die Ergebnisse werden anhand der Überprüfung der einzelnen Hypothesen in Kapitel 5 ausgeführt. Die Diskussion in Kapitel 6 bezieht sich zum einen auf die Ergebnisse und zum anderen auf die eingesetzten Forschungsinstrumente. Schlussfolgerungen, Einschränkungen und klinische Implikationen der Studie werden abschließend diskutiert.

2 Theoretischer Hintergrund und Forschungsstand

2.1 Empirische psychoanalytische Psychotherapieforschung

Das Interesse der empirischen psychoanalytischen Therapieforschung gilt überwiegend dem therapeutischen bzw. analytischen Prozess. Man unterscheidet in den verschiedenen Stadien der Therapieforschung³ zwischen der Ergebnis- oder Wirksamkeitsforschung einerseits und der Prozessforschung andererseits, in der die prozessspezifischen Komponenten, wie Behandlungstechniken oder Beziehungsqualität, untersucht werden, sowie die Integration beider Ansätze in der Prozess-Ergebnisforschung (process outcome research). Während Wirksamkeitsstudien auf der Makroebene geeignet sind, die Effektivität eines Verfahrens an einer bestimmten Patientengruppe zu untersuchen und mit statistischen Methoden die Verschiedenheit der Effekte zwischen Gruppen festzustellen und aufzuzeigen, ermöglichen die Methoden der Prozessforschung die Untersuchung auf der Mikroebene, beispielsweise spezifische Veränderungen in der therapeutischen Interaktion und der therapeutischen Veränderung des Patienten. Die Unterscheidung zwischen Prozess (process) und Ergebnis (outcome) ist nicht immer eindeutig, da die Veränderungen im Prozess auch Indikatoren des Ergebnisses sein können (Hill & Lambert 2004, S. 84). Schwerpunkt dieser Untersuchungen ist

3 Es gibt zahlreiche Unterscheidungen von Stadien, Phasen oder Generationen in der Psychotherapieforschung, u.a. von Kächele (1992a, 2009, S. 7ff.), Wallerstein (2001, S. 46f., 2006, S. 425f.), Lambert, Bergin & Garfield (2004, S. 3–15), welche die Entwicklung der letzten 100 Jahre der Psychotherapieforschung bzw. der letzten 50 Jahre der Prozessergebnisforschung (Orlinksy, Rønnestad & Willutzki 2004, S. 307ff.), z.B. nach Forschungsansätzen und -zielen unterteilen, die in diesem Rahmen nicht weiter ausgeführt werden können.

weniger, *ob* die Behandlung wirksam ist, sondern *welche Faktoren* zu einer Veränderung im Therapieprozess beitragen. Dabei wird untersucht, welche Wirkfaktoren der Psychotherapie und sogenannte aktive Bestandteile (active ingredients) im Behandlungsprozess vorkommen und sich auf das Therapieergebnis auswirken. Dieser Ansatz erfordert differenzierte Forschungsinstrumente und praxisrelevante Fragestellungen, die über eine Vorher-Nachher-Messung, z.B. mit Fragebögen als Selbsteinschätzungsinstrumente und der Symptomreduktion als Erfolgsmaß, hinausgehen. Der Schwerpunkt liegt heute in der vergleichenden Evaluation verschiedener Formen psychoanalytischer Therapie sowie in der Analyse von Mikroprozessen der therapeutischen Interaktion (Kächele, Schachter & Thomä 2009, S. 20). Vor allem die naturalistischen Studien⁴ stellen die Domäne der psychoanalytischen Therapieforschung dar (Kächele 2009, S. 18), die hohen methodischen Standards genügen (Tschuschke 2005).

2.1.1 Ziele

Empirische⁵ Forschung besteht nicht nur aus der Durchführung von Experimenten und Testverfahren sowie der Verwendung von Fragebögen und nicht nur aus quantitativen, sondern auch aus qualitativen Verfahren, mitunter auch auf spezifisch psychoanalytischer Grundlage (Mertens 2005, S. 106), mit dem Ziel, viel mehr über das individuelle Urteil hinaus zu untersuchen, was tatsächlich in der Sitzung geschieht, welche Auswirkungen die Behandlung für den Patienten und was diese Effekte hervorgebracht hat (Schors 1993, S. 268). Zunehmend sind nicht nur Therapiewirkung, Theorie und Behandlungstechnik Gegenstand der Forschung, sondern auch die Interaktion in der therapeutischen Dyade. Ein Fokus der Prozessforschung liegt in der Untersuchung der Variabilität innerhalb der therapeutischen Dyade (Jones 2001, S. 236). Das Ziel psychoanalytischer Forschung gilt einem vertieften Verständnis des therapeutischen Prozesses und damit einer Optimierung seiner Anwendung in der klinischen Praxis (ebd., S. 270).

Mit der empirischen Forschung in der Psychoanalyse ist es möglich, »klinisch verdichtetes Wissen zu prüfen und neues Wissen über ein komplexes Geschehen wie eine psychoanalytische Behandlung zu generieren« (Kächele 2009, S. 245)

4 In naturalistischen Studien werden Behandlungsverläufe untersucht, wie sie tatsächlich in der klinischen Praxis stattfinden, ohne den Therapieprozess von außen zu beeinflussen (Kächele 2004).

5 Unter empirisch versteht man »sich auf Erfahrung gründend« oder »der Erfahrung angehörend«, es darf jedoch nicht mit dem Empirismus als philosophisch-erkenntnistheoretischer Ansatz verwechselt werden (Stier 1999, S. 4).

und »dem Theoriegebäude der Psychoanalyse ein überprüfbares wissenschaftliches Fundament zu geben« (Schors 1993, S. 267). Psychoanalytische (Prozess-) Forschung »ist kein Selbstzweck, sondern steht im Dienst der Optimierung der Therapie« (Thomä, Jimenez & Kächele 2006, S. 177) und kann durchaus klinisch und theoretisch sinnvoll sein (Jones 2001, S. 238).

2.1.2 Schwierigkeiten

Eine zentrale Schwierigkeit in der psychoanalytischen Prozessforschung liegt im Konstruieren quantitativer Methoden, die sowohl die Tiefe und die Komplexität klinischen Materials erhalten, als auch die Erfordernisse empirischer Forschung erfüllen (Jones in Fonagy et al. 2001, S. 264). In der Psychoanalyse wird jedoch die quantitative Forschung »als dem komplexen Gegenstand nicht angemessen« angesehen (Kutter 2004, S. 12) oder ihr wird sogar feindliches Misstrauen entgegengebracht (Roth, Fonagy & Parry 1996, S. 46). Daher bestehen die wesentliche Aufgabe und die Herausforderung psychoanalytischer Forschung darin, die für die Psychoanalytiker wichtigen, aber nahezu unmessbaren Themen (wie z.B. Fantasien, Interaktionsprozesse in der therapeutischen Dyade usw.) einerseits und die »Trivialität«⁶ der Verhaltensforschung andererseits zu verbinden (Bateman & Holmes 1995, S. 245). Die Schwierigkeit, psychoanalytische Konzepte zu operationalisieren (ebd., S. 246), stellt die psychoanalytische Forschung ebenfalls vor große Herausforderungen. Viele Konzepte sind weder ausreichend klar definiert noch von anderen Konzepten eindeutig abgegrenzt. Hinzu kommt die Verwendung einer Sprache, die nur denjenigen zugänglich ist, die sich mit der jeweiligen psychoanalytischen Strömung intensiv auseinandergesetzt haben.⁷ Dadurch ist nicht nur die Kommunikation mit Mitgliedern der wissenschaftlichen Gemeinschaft (scientific community) erschwert, sondern auch die Durchführung von Forschung nach allgemeinen wissenschaftlichen Kriterien. Um dem Abhilfe zu leisten, wurde die *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik* entwickelt (Arbeitskreis OPD 1996/2004, 2006), ein psychodynamisches System,

6 Falls nichts anderes vermerkt ist, stammen die Übersetzungen von Zitaten aus dem Englischen von der Autorin, z.T. mit Unterstützung einer Analytikerin mit englisch-deutscher Muttersprache.

7 Die »Unschärfe« psychoanalytischer Begriffe (Schors 1993, S. 267) und die »Elastizität« psychoanalytischer Konzepte (Sandler 1983, S. 36) sowie die »künstlerische Freiheit« bei der Diagnosenformulierung (Rudolf 2001, S. 105) wird an der Psychoanalyse von Vertretern anderer Psychotherapieschulen aber auch zunehmend von forschungsaffinen Psychoanalytikern scharf kritisiert.

um Diagnostik, Behandlungsplanung und -evaluation systematisch durchzuführen. Die OPD muss sich jedoch auch den Vorwurf des Operationalismus gefallen lassen, da sie eine »neue Kunstsprache« schafft und sich damit »ziemlich weit von einem genuin psychoanalytischen Wahrnehmungsprozess und einem entsprechenden Praxisverständnis entfernt hat« (Mertens 2012, S. 189).

Die psychoanalytische Therapie hat Schwierigkeiten, sich einer Prüfung mittels geforderter Standards gegenwärtiger Forschungskriterien zu unterziehen, auch weil die Rahmenbedingungen der psychoanalytischen Psychotherapie mit diesen nicht kompatibel sind. Zum einen ist die Behandlungsdauer sehr viel länger als die in anderen Psychotherapieverfahren und kann nicht zu Beginn festgelegt werden, da die Vorstellung eines Entwicklungsprozesses in der analytischen Behandlung dem diametral gegenübersteht. Hinzu kommt die Schwierigkeit, eine ausreichend große Anzahl an Einzelfallbeschreibungen für statistische Zwecke zu bekommen (Bateman & Holmes 1995, S. 246).

Mit den gegenwärtigen Forderungen nach spezifischen Wirksamkeitsnachweisen therapeutischer Verfahren nach den Kriterien der evidenzbasierten Medizin (evidence based medicine, EBM) tritt die Wirkungsforschung erneut in den Fokus der Psychotherapieforscher. Die Forderung der Scientific Community, nur diese Studiendesigns in der Therapieforschung einzusetzen, zieht scharfe Kritik zahlreicher Psychotherapieforscher⁸ nach sich und entfachte eine Kontroverse zum sogenannten »efficacy-effectiveness-gap«. Im Mittelpunkt steht die Diskussion über die mangelnde externe Validität bei hoher interner Validität in klinisch-kontrollierten Studien bei der Überprüfung der Wirksamkeit (efficacy) einerseits und die eingeschränkte interne Validität bei hoher externer Validität bei naturalistischen Studien und deren Aussagekraft über die Wirksamkeit (effectiveness) eines Verfahrens andererseits.

Außerdem stellt sich die Frage nach der Repräsentativität der Stichprobe bei den strengen Exklusionskriterien, der Manualisierung der Verfahren und der Generalisierbarkeit der Ergebnisse sowie schon vorher der Vorwurf des »Missbrauchs der Medikamentenmetapher« (»abuse« bzw. »disabuse of the drug metaphor in psychotherapy«, Stiles & Shapiro 1989 bzw. ebd. 1994) und der Übernahme des medizinischen Modells in die Psychotherapieforschung (Wampold 2001, S. 20). Letzteres bezieht sich auf die Auffassung, dass die Anwendung mehr oder weniger wirksamer Bestandteile, wie z.B. bestimmte Behandlungstechniken, durch den

8 Zahlreiche prominente Therapieforscher üben Kritik an den Forderungen der EBM nach klinisch-kontrollierten Studien (z.B. Henningsen & Rudolf 2000; Kazdin 2006; Kriz 2004, 2008; Kächele 2008; Leichsenring 2005a, 2005b; Lambert & Ogles 2004, S. 139ff.; Mertens 2008; Messer 2002, 2004; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki 2004, S. 311; Seligman 1995; Shedler 2010; Tschuschke 2005; Tschuschke, Cramer, Koemeda, Schulthess, von Wyle et al. 2009; Wampold 2001; Westen, Novotny, Thompson-Brenner 2004).

Therapeuten zu einer Veränderung beim Patienten führe, lässt außerdem unberücksichtigt, in welchem Ausmaß die individuellen Besonderheiten des Patienten und des Therapeuten diesen komplexen Prozess beeinflussen.

Hinzu kommt die Schwierigkeit der Kliniker mit der Rolle des Forschers in der therapeutischen Dyade. Um klinische Phänomene untersuchen zu können, müssen diese intersubjektiv beobachtbar sein (z.B. Jones 2001, S. 227f.). Die Einführung eines Dritten ist eine formale Notwendigkeit, um die wissenschaftlichen Gütekriterien zu gewährleisten (Kächele 1992b) und um das wissenschaftliche Vorgehen korrekt und solide durchführen zu können (Bateman & Holmes 1995, S. 245), da »die Evaluierung von Prozess und Ergebnis psychoanalytischer Arbeit nur im Kontext objektivierender Methodik gelingen kann« (Kächele 2009, S. 242). Ein analytisch gebildeter, externer Beobachter als Linse (lense) der Patienten-Analytiker-Passung kann die Perspektive des Analytikers erweitern und dadurch den Einfluss der Ähnlichkeiten und Unterschiede, welche die Beteiligten aufeinander haben, verdeutlichen (Kantrowitz 2002).

Doch der Dritte nimmt unweigerlich Einfluss auf die therapeutische Dyade, selbst wenn er für den Patienten und den Therapeuten lediglich in Form einer Videokamera oder eines Tonbandgerätes in Erscheinung tritt.⁹ Dabei müssen nicht nur ethische und datenschutzrechtliche¹⁰ (Kächele, Thomä, Ruberg & Grünzig 1988), sondern auch beziehungs-dynamische Aspekte berücksichtigt werden (Kächele, Schaumburg & Thomä 1973; Allert, Dahlbender, Thomä & Kächele 2000). Letztere können wirksam sein, obwohl oder gerade weil sie unter Umständen nicht artikuliert werden oder gar unbewusst sind.¹¹ Analytiker tun sich schwer, den analytischen Prozess reliabel einzuschätzen (Vaughan, Spitzer, Davies & Roose 1997). Diese Beschränkungen sind in der Doppelrolle des Analytikers als »Forscher und Heiler« (Freud 1927, S. 347)¹² bzw. als »teilnehmender Beobachter« (Sullivan 1953/1980, S. 35) zu finden (vgl. Kächele et al. 1988).

9 Es gibt jedoch begründete Annahmen, dass sich Analytiker mehr vor den Aufnahmen bzw. vor der Kritik ihrer Kollegen fürchten als ihre Patienten (Rudolf 1991, S. 122ff.; Kernberg 1997, S. 40).

10 Vertraulichkeit und Anonymität zum Schutz des Patienten müssen selbstredend gewährleistet sein, u.a. durch die Anonymisierung und einen auf Forschungsmitarbeiter beschränkten Zugang zu Transkripten (Kächele et al. 1988, S. 181).

11 So könnte z.B. der Wunsch, bei einem bestimmten Analytiker als Patient angenommen zu werden, dazu führen, einer Studienteilnahme trotz anfänglicher Bedenken zuzustimmen.

12 Hier beziehe ich mich auf das von S. Freud (1927) postulierte »Junktum zwischen Heilen und Forschen« in der Psychoanalyse. Zur kritischen Auseinandersetzung mit dem Freudschen Junktumkonzept siehe Meyer (1998) und Thomä & Kächele (2006, S. 93).