

Aus der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. Dr. W. Tress

**Psychodynamische Veränderungen gemäß OPD-2 nach  
Kurzeitpsychotherapie**

**Eine explorativ-retrospektive Untersuchung**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

vorgelegt von

Eva Steffen

2011

Als Inauguraldissertation gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

gez.

Dekan: Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf

Referent: Univ.-Prof. Dr. Dr. Tress

Korreferent: Priv.-Doz. Dr. Lange-Asschenfeldt

1	Einleitung .....	5
2	Theoretischer Hintergrund .....	8
2.1	Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) .....	8
2.1.1	Die Entwicklung der OPD .....	8
2.1.2	Der Aufbau der OPD-2, ihre Operationalisierung und Manualisierung....	10
2.1.2.1	Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen .....	10
2.1.2.2	Achse II: Beziehung.....	13
2.1.2.3	Achse III: Konflikt .....	15
2.1.2.4	Achse IV: Struktur .....	20
2.1.2.5	Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen .....	22
2.2	Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score psychogener Erkrankungen .....	24
2.3	Psychodynamische Kurzzeittherapie.....	27
2.3.1	Die psychodynamische Psychotherapie.....	27
2.3.2	Kurze Psychotherapie.....	30
2.3.3	Psychodynamische Kurztherapie nach Strupp und Binder .....	31
2.3.4	Das Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt.....	36
3	Forschungshypothesen .....	41
4	Empirischer Teil .....	43
4.1	Stichprobe .....	43
4.2	Methoden und Datengewinnung.....	45
4.2.1	Methode der Untersuchung .....	45
4.2.2	Befund-Material .....	46
4.2.3	OPD-Befunderhebung.....	46
4.2.4	Vorgehen bei der OPD-Veränderungsmessung.....	48
4.2.4.1	Achsen I, III, IV .....	48

4.2.4.2	Achse II .....	50
4.2.5	Reliabilität der OPD-Befunde .....	51
4.2.6	Klinische Verlaufsbeurteilung mittels BSS .....	53
4.2.7	Auswertung / Statistische Methoden .....	54
4.3	Ergebnisteil .....	54
4.3.1	Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen.....	54
4.3.2	Ergebnisse Achse II: Beziehung .....	61
4.3.3	Achse III: Konflikt.....	65
4.3.4	Achse VI: Struktur.....	67
5	Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick.....	72
6	Literaturverzeichnis .....	80
7	Anhang .....	88
7.1	OPD-2 Erhebungsbogen .....	89
7.1.1	Itemliste Achse Beziehung .....	93
7.2	Kontingenztafeln „Veränderung“ .....	94

# 1 Einleitung

*„Du kannst vor dem davonlaufen, was hinter dir her ist, aber was in dir ist, das holt dich ein.“ (aus Afrika)*

Die Erklärung und Erfassung seelischer Phänomene beschäftigt die Menschheit seit jeher, zum Beispiel Platons „Seelenlehre“ (4. Jhdt. v. Chr.), „Über die Beschaffenheit der Seele“ (Mamertus, 5. Jhdt.), „Über das Organ der Seele“ (Soemmering, 18. Jhdt.). Philosophische und psychologische Ideen und Theorien, mit denen wir versuchen, die Komplexität der menschlichen Seele zu erfassen und darzustellen, können aber wahrscheinlich doch immer nur ein Ausschnitt, eine vereinfachende, vage Wiedergabe dessen sein, was den individuellen Menschen, seine Gefühlswelt und Existenz ausmacht. Modelle und Konzepte, die die menschliche Psyche zu erklären versuchen, sind mannigfaltig. Das bekannteste Konstrukt ist wohl Sigmund Freuds Strukturmodell der Psyche mit seinen Instanzen Ich, Es und Über-Ich (1923) und seine hiermit verknüpfte Triebtheorie (1915) sowie die Methode der Psychoanalyse (1913). Seine Theorien bilden die Grundlage psychoanalytischer und psychoanalytisch-orientierter Arbeit. Hierzu zählt die psychodynamische Psychotherapie: Sie verwendet in der klinischen Situation grundsätzlich psychoanalytische Konstrukte, um psychische Zustände und Erkrankungen zu erfassen und zu einer Diagnose zu gelangen, die den Leitfaden für die nachfolgende Behandlung bilden soll. Aber auch diese, prinzipiell dem gleichen Konzept entlehnten Annahmen und Formulierungen, unterliegen stetig der Veränderung aufgrund von wechselnder Abstraktion und Interpretation.

Die Mitglieder des Arbeitskreises zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik formulierten diesbezüglich (1996):

„Viele metapsychologische Theorien wurden allerdings im Verlauf der Zeit auf so hohem Abstraktionsniveau formuliert, dass sie sich mehr und mehr von den klinisch beobachtbaren Phänomenen abhoben und spekulativ wurden. Diese Entwicklung führte zu sehr heterogenen Theorien und zu Mehrdeutigkeiten in der psychoanalytischen Begriffsbildung (...), die Übereinstimmung unter den Klinikern [ließ] zu wünschen übrig.“ (S.13)

Aus dieser Überlegung heraus gründeten bereits Anfang der 1990er Jahre Psychoanalytiker, Psychosomatiker und Psychiater um M. Cierpka und W. Schneider den Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (OPD) und entwickelten das gleichnamige diagnostische Inventar mit entsprechendem Manual für die praktische Anwendung. Der Arbeitskreis wollte einerseits mit der Herausgabe der OPD „(...) zu einer Verbesserung der Kommunikation innerhalb der „scientific community“ über die Konstrukte der psychodynamischen Theorie beitragen“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S.16). Andererseits wollten die Mitglieder aber auch ein diagnostisches Instrumentarium entwickeln, mit welchem nicht nur *deskriptiv* Symptome psychischer Erkrankungen erfasst werden, sondern mit dessen Hilfe *integrativ* psychodynamische (Teil-)Aspekte individueller Persönlichkeits- und Krankheitskonstellation eines Patienten abgebildet werden können.

Die so entstandene OPD ist ein multiaxiales Instrument. Den Operationalisierungen der einzelnen Variablen auf den fünf Achsen liegen klassisch-psychodynamische Konstrukte zugrunde. Ihre verbreitete Anwendung in zahlreichen tiefenpsychologisch-orientiert arbeitenden Kliniken und Praxen führte zu einer Überarbeitung und Ergänzung der ersten Version von 1996. Bei der Entwicklung der OPD-2 bis zu ihrer Veröffentlichung 2006 stand zunehmend insbesondere der Aspekt der Prozessorientierung im Sinne einer Therapieplanung und Erfassung von Veränderungen im Focus: „In zahlreichen psychotherapeutischen Institutionen wird die OPD zur Diagnostik und zunehmend auch zur Therapieplanung und Evaluation eingesetzt. (...) ist die OPD somit ein respektables Mitglied einer Instrumenten-Familie zur Evaluation von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in der Fachpsychotherapie geworden.“ (Heuft et al., 2005).

Die Entwicklung und Publikation der OPD fiel in die Zeit der Durchführung einer großen naturalistischen Psychotherapie-Studie an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf: Unter der Leitung von W. Tress wird hier seit 1991 im Düsseldorfer Kurzzeittherapie Projekt (DKZP) die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie bei Patienten mit Persönlichkeitsstörungen bzw. psychosomatischen Störungen im Vergleich zu Patienten mit neurotischen Störungen (Angst und Depressionen) untersucht. Die im

Rahmen des Projektes durchgeführten ambulanten Therapien, orientieren sich am Modell des zyklisch-maladaptiven Beziehungsmusters (CMP/SASB-Modell) (Tress et al., 1996) und am Manual zur Kurzzeittherapie von Strupp und Binder (1984). Als diagnostische (Mess-) Instrumente werden standardisiert im Therapieverlauf und zu zwei Katamneszeitpunkten durch den Therapeuten der Beeinträchtigungs-Schwere-Score für psychogene Erkrankungen (BSS) (Schepank, 1995) und die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (1989) erhoben. Die Patienten nehmen zu den selben Zeitpunkten eine Selbstbeurteilung mittels Global Severity Index (GSI) der SCL-90-R (Derogatis, 1977) und dem Intrex-Fragebogen (Benjamin, 1974, 1984; Tress, 1993) vor. 2008 veröffentlichte Ergebnisse der Studie belegen deutliche Behandlungseffekte bei Patienten mit psychosomatischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen und unterstreichen die bereits in mehreren Untersuchungen nachgewiesene Wirksamkeit kurzzeittherapeutischer Interventionen bei Patienten mit Ängsten und Depressionen (Hecke et al., 2008).

Im Zuge der Veröffentlichung der zweiten Version der OPD (mit dem ergänzenden Schwerpunkt der Prozessdiagnostik) entstand im Zusammenhang mit der Durchführung und der Analyse der Daten des DKZP das Konzept der vorliegenden Dissertation:

Unter Verwendung der OPD-2 soll in einer explorativen Untersuchung an zwanzig Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder neurotischen Störungen retrospektiv die Veränderung psychodynamisch relevanter Merkmale nach Kurzzeitpsychotherapie untersucht werden. Hierbei steht nicht der Vergleich der unterschiedlichen Erkrankungsgruppen im Vordergrund, sondern zentral ist die Betrachtung von Therapieeffekten auf der Ebene psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale nach OPD. Dies führt zur Hauptfrage der vorliegenden Untersuchung, ob nämlich diese Veränderungen der OPD-Merkmale die guten und schlechten klinischen Verläufe der Patienten gemäß der Entwicklung ihres Beeinträchtigungs-Schwere-Scores für psychogene Erkrankungen (BSS) im Laufe der Therapie entsprechend abbilden können oder nicht.

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Im theoretischen Teil der Arbeit sollen zunächst grundlegende Informationen zu Methoden und Instrumenten der vorliegenden Arbeit dargestellt werden. In einem ersten Teil folgen hier Erklärungen zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik einschließlich ihrer Entstehung, ihres Aufbaus und der praktischen Anwendung. Das zweite Kapitel beinhaltet eine kurze Darstellung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores, der als Referenzwert in der Untersuchung dient. Abschließend wird die psychodynamische Kurzzeittherapie als Behandlungsmethode sowohl grundsätzlich in ihrer Entwicklung und Theorie, aber auch speziell in ihrer von Strupp und Binder definierten Form vorgestellt.

### ***2.1 Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)***

Im Folgenden sollen Hintergründe der Entstehung der OPD näher erläutert, und ein Überblick über ihren Aufbau und ihre Anwendung gegeben werden (OPD-Erhebungsbogen im Anhang 7.1).

#### **2.1.1 Die Entwicklung der OPD**

Die erste Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) erschien 1996, entwickelt in über dreijähriger Arbeit von einer Gruppe psychodynamisch-arbeitender deutscher Psychotherapeuten und Psychosomatiker um Manfred Cierpka aus Göttingen (heute Heidelberg) und Wolfgang Schneider aus Dortmund (heute Rostock). Gemeinsam war ihnen die Unzufriedenheit mit dem damals aktuellen Stand der psychotherapeutischen Diagnostik: Sie sahen insbesondere hinsichtlich der Eindeutigkeit und Genauigkeit bei der Erfassung psychischer Störungen im klinischen Alltag großen Verbesserungsbedarf. Erklärtes Ziel der Arbeitsgruppe war es zunächst, ein diagnostisches Instrument zu entwickeln, das durch die Verwendung einer schulen-übergreifenden und einheitlich-präzisen Begriffskultur zu einer Verbesserung unter klinisch tätigen Therapeuten führen sollte. Einen weiteren Anstoß für die Entwicklung der OPD stellte der Unmut über die Einführung der ICD-10 (WHO, 1993) und des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) als rein deskriptive Klassifikationssysteme psychischer Störungen dar. Psychodynamisch relevante

diagnostische Ebenen wie „Aussagen über intrapsychische und interpersonelle Konflikte oder das Strukturniveau (...) und sein subjektives Krankheitserleben (...)“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S. 14) wurden darin komplett ausgeklammert. Die Gründungsgruppe der OPD verständigte sich darauf, ein diagnostisches Inventar zu entwickeln, das sich grundsätzlich am ICD-Modell als traditionellem Diagnosesystem orientieren sollte, mit welchem aber gleichzeitig auch „beobachtungsnahe psychodynamische Konstrukte in Ergänzung zur phänomenologischen Diagnostik“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S.14) erfasst werden sollten.

Um die komplexen Bedingungsgefüge psychischer Vorgänge und Störungen abzubilden, wurde ein multiaxiales Modell verwendet. In mehreren Arbeitsgruppen entstand ein Instrument mit fünf diagnostischen Achsen. Die Erfassung erfolgt analog dem im Anhang (7.1) beigefügten Erhebungsbogen.

Die jeweilige Thematik „der ersten vier Achsen entstammt einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S.16) im Sinne einer Übereinstimmung mit „psychoanalytischen Teilkonzepten (Persönlichkeitsstruktur, intrapsychischer Konflikt, Übertragung)“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S.16). Die fünfte Achse integriert die etablierte symptombezogen-deskriptive Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) in die OPD.

Es ergaben sich daraus folgende fünf Achsen als Gerüst der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (Anhang 7.1):

- I. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen
- II. Beziehung
- III. Konflikt
- IV. Struktur
- V. Psychische und Psychosomatische Störungen

Nach breiter Anwendung in verschiedenen Feldern, z.B. ambulanten Praxen, in Kliniken und auch in der wissenschaftlichen Forschung, wurde der Ruf nach einer grundsätzlichen Überarbeitung und auch Weiterentwicklung der OPD laut: Zehn Jahre

nach der ersten Version der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik legte der Arbeitskreis 2006 eine zweite Version, die OPD-2, vor.

Der Schwerpunkt der OPD-2 sollte nicht mehr nur in einer reinen Statusdiagnostik liegen, sondern insbesondere im Einsatz als „Instrument für Therapieplanung und Veränderungsmessung“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 28). Dabei wurde bei den Weiterentwicklungen der OPD auf folgende vier Aspekte besonders fokussiert:

- in der OPD-2 sollen therapeutische Prozesse stärker erfasst werden
- mittels der OPD-2 sollen Therapieschwerpunkte (Foki) zur Therapieplanung identifiziert werden können
- im Mittelpunkt der Diagnostik soll nicht nur die Erfassung von Störungen des Patienten stehen, sondern auch die Benennung seiner Ressourcen
- das theoretische Konzept der OPD-2 beinhaltet eine weniger starke inhaltliche Trennung der einzelnen Achsen

Grundsatz der OPD ist auch in der zweiten Version die Identifizierung von dysfunktionalen Beziehungsmustern, inneren spannungsreichen Konfliktkonstellationen und strukturellen Bedingungen des Patienten. Anhand dieser festgelegten, operationalisierten und damit im Therapieprozess messbaren Variablen, kann sowohl eine Therapieplanung, als auch die Überprüfung der Effekte therapeutischer Interventionen stattfinden: „Psychotherapeutisch induzierte Veränderungen können in den identifizierten OPD-Kategorien im Prozess verfolgt werden.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.29).

## **2.1.2 Der Aufbau der OPD-2, ihre Operationalisierung und Manualisierung**

Nachfolgend werden die Achsen I bis V der OPD erläutert.

### **2.1.2.1 Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**

Im Mittelpunkt der ersten Achse stehen Krankheitserleben und Krankheitstheorie des Patienten. Es geht weniger um Krankheitsverhalten, als um die Erfassung von emotionalen und affektiven Prozessen vor dem Hintergrund der Erkrankung und den

damit verbundenen Voraussetzungen für therapeutisches Arbeiten.

Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung spielen für die Indikationsstellung zur Therapie sowohl im Bereich der somatischen Medizin als auch der Psychotherapie eine entscheidende Rolle. Jede Form einer medizinischen Behandlung stellt große Ansprüche an die emotionale und kognitive Bereitschaft und Belastbarkeit des Individuums. Voraussetzungen für die Durchführung einer Therapie sind in jedem Fall, dass der Patient einen gewissen Leidensdruck aufweist, dass er überhaupt zu einer Therapie motivierbar ist und dass er über notwendige persönliche und psychosoziale Ressourcen verfügt, die den Erfolg oder Misserfolg einer Therapie entscheidend mitbestimmen. Bei der Planung einer tiefenpsychologischen Intervention steht außerdem noch die Fähigkeit des Patienten, Einblicke in psychodynamische Zusammenhänge eines Krankheitsgeschehens wahrzunehmen, im Fokus. Keine dieser Variablen ist losgelöst von den übrigen zu betrachten, sie beeinflussen sich gegenseitig und unterliegen einer lebenslangen Veränderung.

„Wir fanden in unserer Untersuchung einen systematischen Zusammenhang zwischen Aspekten der initialen Behandlungsmotivation und Therapieeffekten. Vor allem eine psychosozial fokussierende Laienätiologie und ein hohes Ausmaß an Offenheit für Psychotherapie wirken sich positiv auf Veränderungen von psychischen Symptomen und interpersonalen Problemen aus. Dieser Befund sollte bei der Therapieplanung bzw. der Indikationsstellung zur Psychotherapie berücksichtigt werden. Für die Patienten bedeutet eine angemessene Behandlungserwartung und -motivation eine bessere Ausgangsbasis für den therapeutischen Prozeß, es treten weniger kognitive und affektive Dissonanzen auf; die therapeutischen Maßnahmen scheinen unter diesen Bedingungen eine größere Effizienz aufzuweisen.“ (Schneider et al, 1999, S. 247)

Bei der Operationalisierung relevanter Dimensionen dieser Thematik sollten in der OPD-2 die Merkmalsbereiche so formuliert sein, dass sie sowohl für Patienten mit psychischen als auch für solche mit psychosomatischen und somatischen Krankheiten Verwendung finden können. Ziel war es zudem, in Anbetracht der grundsätzlichen Motivation zur Entwicklung eines neuen diagnostischen Instruments, eine große Praxisnähe und -relevanz zu erreichen, um damit eine relevante Aussage für die Indikationsstellung zur Psychotherapie treffen zu können.

Operationalisiert wurden diese Parameter in drei Subkategorien der OPD-Achse I:

- Objektivierende Bewertung der Erkrankung / des Problems
- Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten sowie
- Veränderungsressourcen / Veränderungshemmnisse

In der erste Subkategorie (Objektivierende Bewertung der Erkrankung / des Problems) soll die Schwere der Symptomatik des Patienten durch den Therapeuten beurteilt werden, als Ergänzung wurden zwei international eingeführte Beurteilungsskalen (GAF und EQ-5D) eingearbeitet. Zusätzlich werden in der ersten Subdimension als Hinweise auf eine mögliche Chronifizierung die Dauer der Störung sowie das Alter des Patienten bei der Erstmanifestation dokumentiert.

Die zweite Subkategorie (Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten) soll den Leidensdruck des Patienten, aber auch sein Krankheitserleben, seine Krankheitsdarstellung und auch seine Krankheits-(Veränderungs-) Konzepte systematisch in der Höhe ihrer somatischen, psychischen und sozialen Ausprägung erfassen.

In der Variablen Veränderungsressourcen und Veränderungshemmnisse (dritte Subkategorie) werden nicht nur Ressourcen des Patienten im Sinne von „gesundheitsförderlichen, störungsadaptiven Fähigkeiten und Verhaltensweisen“ (OPD-2, 2006, S.171), sondern auch innere und äußere Veränderung*shemmnisse* in die Diagnostik miteinbezogen.

Hinsichtlich individueller Veränderungskonzepte sowie Veränderungsressourcen und -hemmnisse können im optionalen „Psychotherapiemodul“ zusätzliche therapie-relevante Einschätzungen getroffen werden.

Die Items der Achse I werden einzeln in ihrer Ausprägung von nicht vorhanden (0) bis sehr hoch (4) in fünf Abstufungen eingeschätzt und auf dem OPD-Befundbogen dokumentiert.

### **2.1.2.2 Achse II: Beziehung**

Im Zentrum des Krankheitsverständnisses fast aller wichtigen psychotherapeutischen Schulen und insbesondere des psychodynamischen Krankheitskonzeptes stehen immer die Erfahrungen aus zwischenmenschlichen Beziehungen: Die habituelle Beziehungsgestaltung eines Menschen kann als Ausdruck der intrapsychischen Konfliktkonstellation, aber auch der strukturellen Gegebenheiten des Individuums verstanden werden. Der Analyse von Beziehungsverhalten als Schnittstelle zwischen intrapsychischer und interpersoneller Ebene kommt im Rahmen einer psychotherapeutischen Diagnostik also eine herausragende Bedeutung zu.

Diejenigen Verfahren zur Identifikation von Beziehungsmustern, die einer psychoanalytischen oder der interpersonellen Tradition entstammen, gehen vom Vorhandensein eines oder mehrerer zentraler interpersoneller Muster bei einem Patienten aus. Als Beispiele, wie diese Muster methodisch zu erfassen sind, seien an dieser Stelle die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) (Benjamin, 1974, 1982; Tress et al., 1990; 2002), das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) von Luborsky und Crits-Christoph (1998) sowie das zyklisch maladaptive Muster (engl. cyclic maladaptive pattern, CMP) von Strupp und Binder (1991) sowie Tress et al. (1996) genannt. Grundlage für das in der OPD verwendete Modell zur Erfassung von Beziehungsgestaltung ist das interpersonelle Kreismodell entsprechend der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) nach Benjamin (1974).

Im Sinne der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik soll der Therapeut individuelles Beziehungsverhalten des Patienten in der zwischenmenschlichen Interaktion zwischen Therapeut und Patient erfassen: Aufgabe des Therapeuten ist es, durch den Patienten auch in der therapeutischen Situation gelebte, typische Verhaltensmuster zu erkennen und diese gleichzeitig mit den an sich selbst wahrgenommenen Reaktionen und Impulsen auf den direkten Kontakt mit dem Patienten zu verknüpfen. Das Erleben des Untersuchers steht in diesem Moment beispielhaft für das Erleben Anderer in der Begegnung mit dem Patienten.

Die Diagnostik des Beziehungsverhaltens gemäß OPD fußt demnach auf der Beschreibung und Analyse von zwei (Wahrnehmungs-)Perspektiven durch den Therapeuten: Zum einen der Perspektive des Patienten und zum Anderen der

Perspektive des Gegenübers, zum Beispiel des Untersuchers. Aus jeder dieser Perspektiven können sowohl die Verhaltensweisen des Patienten als auch das Verhalten der Anderen betrachtet werden. Es lassen sich demnach die folgenden vier Erlebensperspektiven formulieren:

- *Wie der Patient sich selbst erlebt:* Wie erlebt der Patient sich selbst und sein Beziehungsverhalten?
- *Wie der Patient Andere erlebt:* Wie erlebt der Patient typische Reaktionen anderer auf seine Beziehungsangebote?
- *Wie Andere den Patienten immer wieder erleben:* Wie erleben andere den Patienten in seiner Beziehungsgestaltung? Dabei umfasst diese Position meist mehr als dasjenige, was der Patient selbst beschreiben kann.
- *Wie Andere sich selbst gegenüber dem Patienten immer wieder erleben:* Welche Rollenangebote induziert der Patient bei seinem Gegenüber im Sinne eines Rollenangebotes oder gar Rollendrucks?

Bei der Anwendung der OPD gilt es, diese oben genannten Positionen der Interaktionspartner in einem standardisierten Verfahren mit für das Beziehungsgeflecht des Patienten typischen Verhaltensweisen zu füllen, um damit seine pathologischen Verhaltensmuster benennen zu können.

Zur praktischen Umsetzung der Beziehungsdiagnostik der OPD-2 wurde in Anlehnung an oben genannte Modelle der Erfassung von interpersonellen Mustern eine standardisierte Liste von 32 Beziehungselementen generiert (siehe Anhang 7.1.1). Allen Items gemein ist eine pathologische Grundorientierung, die deshalb vorausgesetzt wird, da nur *dysfunktionales* Beziehungsverhalten erfasst werden soll. Der Untersucher soll anhand dieser Liste *die* Items (maximal drei) pro Erlebensperspektive benennen, die das dysfunktionale Beziehungsverhalten und -erleben des Patienten und seines Gegenübers am zutreffendsten beschreiben. Die (inhaltliche) Verknüpfung der vier Perspektiven führt dann zum Ziel der beziehungs-dynamischen Formulierung des Patienten.

Beispiel für eine psychodynamische Diagnostik gemäß OPD (nach Arbeitskreis OPD, 2006, S. 306 ff):

1) Benennung typischer Verhaltensweisen des Patienten und der seines Gegenübers im Kontakt mit dem Patienten mit Hilfe der Itemliste

Patient erlebt sich

Item Nr.	Text
26:	sich anpasst
7:	sich besonders kümmert

Patient erlebt Andere

Item Nr.	Text
10:	Ansprüche stellen
12:	Vorwürfe machen
11:	beschämen

Andere erleben den Patienten

Item Nr.	Text
10:	Ansprüche stellt
11:	entwertet, beschämt
12:	Vorwürfe macht

Andere erleben sich

Item Nr.	Text
26	sich anpassen
32:	sich abschotten
12:	Vorwürfe machen

2) Resultierende beziehungsdynamische Formulierung:

Der Patient erlebt Andere als anspruchsvoll und befürchtet, vor diesem Anspruch zu versagen und beschämt zu werden. → Er versucht, dies zu vermeiden, indem er sich anpasst und sich sehr um die Anderen bemüht. → Im Kontrast zu dieser Selbstsicht wirkt er nach Außen hin anspruchsvoll, fordernd und kritisch. → Dies bringt Andere dazu, entweder mit ihm behutsam zu sein und sich zu schützen oder ihn offensiv zu korrigieren. → Es besteht die Gefahr, dass der Patient jede dieser beiden Antworten als Zeichen dafür erlebt, dass er Ansprüchen nicht genügt und versagt hat.

### **2.1.2.3 Achse III: Konflikt**

In Anlehnung an das traditionell psychoanalytische Verständnis stehen innere Konflikte in der psychodynamischen Betrachtungsweise des Menschen im Mittelpunkt des Geschehens: „Unbewusste intrapsychische Konflikte sind unbewusste innerseelische Zusammenstöße entgegengerichteter Motivationsbündel, z.B. etwa der basale Wunsch nach Versorgung und der basale Wunsch, autark zu sein. (...) Ein zeitlich

überdauernder Konflikt bedeutet darüber hinaus die Fixierung in einem rigiden und unauflösbaren Entweder-oder, ohne dass es zu einer Lösung und Entscheidung kommt.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.96). Solche innerseelischen, unbewussten Dysbalancen spielen bei der Entstehung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen eine entscheidende Rolle. Es handelt sich dann um *dysfunktionale* Konflikte, das heißt Konflikte, die die Entwicklung eines Menschen behindern oder das zwischenmenschliche Zusammenleben stören. Freud benennt innere Konflikte des Menschen als ursächlichen Faktor der Entstehung von Neurosen (Freud, 1895).

Es gilt im Rahmen der Diagnostik insbesondere zeitlich überdauernde Konflikte von konflikthafteren äußeren Lebensbelastungen abzugrenzen. „Konflikthafte Belastungen (...) sind bewusst und grundsätzlich einer Verarbeitung und Lösung zugänglich“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 96). Dührssen spricht von „normalen“ Konflikten, „wenn die innerseelischen oder zwischenmenschlichen Schwierigkeiten, den Beteiligten bewusst sind und wenn die aufkommenden widerstreitenden Interessen durch Aussprechen, Abwägen und gegebenenfalls durch Kompromisse ausgeglichen werden können“ (Dührssen, 1981, S.28). In Unterscheidung dazu ist der zeitlich überdauernde, psychodynamische Konflikt dadurch gekennzeichnet, dass er das Erleben des Menschen und seine daraus resultierenden Verhaltensmuster determiniert. Dieses Geschehen vollzieht sich unbewusst. Es lässt sich jedoch an sich wiederholenden, beobachtbaren Erlebens- und Verhaltensweisen (induktiv) sowie anhand lebensgeschichtlich erkennbarer Adaptations- und Lösungsversuche, die sich klinisch wiederum als Symptom manifestieren (deduktiv), identifizieren.

Die Konfliktoperationalisierungen der OPD sollen erklärtermaßen trotz ihrer Nähe zum traditionell psychoanalytischen Konfliktverständnis weder ausschließlich in Bezug zum Freud'schen Instanzenmodell noch zu entwicklungspsychologischen Theorien gesehen werden. Ganz bewusst wurde bei der Entwicklung der Konfliktthemen auf traditionell psychoanalytische Begriffe verzichtet. „Das hier vertretene Konfliktmodell benutzt als Grundeinheit die konflikthafte Interaktionserfahrung des Menschen.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S. 112).

Die OPD unterscheidet gemäß ihren Operationalisierungen folgende zeitlich überdauernde Konflikte:

- Individuation vs. Abhängigkeit:

Thema sind Bindungs- und Beziehungsfähigkeit eines Menschen. Diese spannt sich zwischen den beiden gegensätzlichen Polen der Sehnsucht nach enger Beziehung und symbiotischer Nähe (Abhängigkeit) einerseits und dem Streben nach betonter Selbständigkeit und ausgeprägter Distanz (forcierte Individuation) andererseits. In der Konfliktversion besteht ein Ungleichgewicht zwischen diesen Polen, Allein-Sein-Müssen bzw. Zusammen-Sein-Müssen wird zu einer existenziellen Notwendigkeit. Die Selbstwahrnehmung ist dabei entweder geprägt von Hilflosigkeit, Schwäche und Angewiesensein auf andere (Abhängigkeit) oder von dem Gefühl der forcierten Eigenständigkeit und der Überzeugung niemanden zu brauchen (Individuation). Nach außen hin imponieren Angst und Bedrohung vor Trennung und Einsamkeit beziehungsweise der Eindruck eines beständigen Kampfes um Eigenständigkeit und Unabhängigkeit.

- Unterwerfung vs. Kontrolle

Zentral ist hier das lebensbestimmende Motiv, den anderen zu dominieren oder sich dem anderen unterzuordnen. Das Leben ist bestimmt vom Thema der „Oben-unten“-Dynamik. In der Interaktion zeigt sich bei passiver Unterwerfung die Unfähigkeit „nein“ zu sagen, eigene Ansichten oder Wünsche durchzusetzen. Es imponiert unterschwellig aggressives Verhalten und ohnmächtige Wut. Der Gegenpol ist geprägt vom Bestreben, andauernde Kontrolle über andere und Situationen zu erlangen. Spürbar ist eine unverstellte trotzig Aggressivität und Eigenwilligkeit, die einem ständigen Machtkampf gleicht.

- Versorgung vs. Autarkie

Versorgung versus Autarkie meint gemäß OPD „das grundsätzliche Bedürfnis von Menschen, etwas zu bekommen, einer Zuwendung sicher zu sein, im Gegensatz zu keiner Versorgung zu bedürfen“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.227). Entscheidend ist, dass hierbei nicht die grundsätzliche Fähigkeit Bindungen einzugehen im Mittelpunkt steht,

sondern die inhaltliche Ausgestaltung bereits etablierter Beziehungen betroffen ist: Typisch sind ausgeprägte Wünsche nach Geborgenheit und gefühlsmäßiger Verbundenheit in Beziehungen, was sich in anklammerndem und forderndem Verhalten äußert und bei Zurückweisung bei den Betroffenen große Ängste und depressive Verstimmung auslösen kann. Der Gegenpol ist gekennzeichnet durch Selbstgenügsamkeit, Anspruchslosigkeit und Bescheidenheit in der Ausgestaltung von Beziehungen, im Sinne einer „altruistischen“ Grundhaltung.

- Selbstwertkonflikte (Selbst- vs. Objektwert)

Selbstwertkonflikte sind mehr noch als alle anderen Konflikte generell, da jeder Mensch auf die Befriedigung und Anerkennung seines Selbstwertgefühls bedacht ist. Dysfunktional konflikthaft wird das Thema Selbstwert dann, wenn Anstrengungen zur Anerkennung des Selbstwertgefühls übermäßig stark und erfolglos oder unzureichend und gescheitert erscheinen. Es geht dabei um die Pole von „sich selbst in Frage stellen können“ und „sich selbst eine Wertigkeit zumessen können“. Auffällig sind Äußerungen wie „Ich bin nichts mehr“ oder andere Betonungen der Unwichtigkeit und Bedürfnislosigkeit der eigenen Person. Im Gegensatz hierzu kann sich ein Selbstwertkonflikt auch in einer vordergründigen forcierten Selbstsicherheit (pseudoselbstsicher) und damit verbundenen Abwertung des Gegenübers äußern.

- Über-Ich- und Schuldkonflikte

Im Vordergrund steht bei betroffenen Menschen die Thematik der realen oder vermeintlichen Schuld. Bei der Beurteilung stehen gemäß OPD-2 die unrealistischen Fixierungen und Festlegungen im Sinne einer unterwürfigen konstanten Schuldannahme oder umgekehrt einer konstanten Tendenz zur Schuldabweisung im Mittelpunkt. Schuldgefühle können offen mit Einnahme der Position des „Schuldigen“ erlebt werden, was einhergeht mit einer unterwürfigen, (über-)angepassten, selbstlosen Haltung, oder aber Schuldgefühle werden verleugnet oder verdrängt und auf andere abgewälzt, wobei dann häufig der Eindruck entsteht die Menschen seien „eiskalt“ und nur auf ihren Vorteil bedacht.

- Ödipal-sexuelle Konflikte

Der hier angesprochene Konflikt kreist gemäß OPD-2 „um die Anerkennung der körperlich-sexuellen Attraktivität, die Geltung als Mann bzw. Frau und den diesen entgegenstehenden Strebungen und Hemmungen. (...) In den Interaktionen geht es darum (besonders in Bezug auf die Geschlechterrolle), etwas gelten zu wollen versus sich im Hintergrund zu halten, rivalisieren zu können versus nachgeben zu können, körperliche Lust genießen zu können versus auf körperliche Lust verzichten zu müssen.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.244/245). Im Konfliktfall sind entweder das völlige Fehlen angemessener Affekte in konfliktspezifischen Situationen oder aber das Auftreten von stark wechselnden, zum Teil dramatischen Emotionen, Erotisierung und Rivalisierung bis hin zur Schamlosigkeit auffällig.

- Identitätskonflikte

Betroffen sind Menschen, bei denen der Aufbau eines eigenen Identitätsgefühls mit entsprechendem Wohlbefinden nicht gelungen ist. Dabei geht es um die „Gesamtheit der inneren Bilder eines Menschen von sich selbst“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.249). Fragen wie „Wer bin ich eigentlich?“ oder „Wo gehöre ich eigentlich hin?“ stehen im Mittelpunkt und werden mit Hilfe von Bagatellisierung und Rationalisierung bis hin zur Verleugnung kompensiert. Es erscheint dann ein Gefühl des völligen Identitätsmangels. Alternativ kann es zur Tendenz kommen, die Unsicherheit in der eigenen Identität zu kompensieren, indem diese zum Beispiel durch die Konstruktion eines Familienromans überspielt wird. Dann ist jedoch das vorherrschende Grundgefühl die Befürchtung und Angst, das eigene Identitätssystem könne durch Widersprüchlichkeit gefährdet und aufgedeckt werden.

Die Operationalisierung der Konfliktthemen gemäß OPD stellt im Verständnis des Arbeitskreises eine theoretisch-idealtypische Ausbildung von pathologischen Lebens- und Charaktergegebenheiten eines Menschen dar. Selten finden sich nach Annahme der Autoren in der klinischen Realität völlige Übereinstimmungen mit individuellen Konfliktmustern, so dass auch eine geringere Anzahl von zutreffenden Kriterien der Operationalisierungen als hinreichend für eine positive Diagnostik eines Konfliktthemas zu sehen ist. Auf einer Skala von 0 (nicht vorhanden) bis 3 (sehr

bedeutsam) soll jedes der sieben Konfliktthemen hinsichtlich seiner Ausprägung bei dem Patienten bewertet werden. Entscheidend ist die abschließende Identifikation jener Konflikte, denen die größte klinische Bedeutung zukommt und die damit im Zentrum der therapeutischen Arbeit liegen als Haupt- und zweitwichtigster Konflikt.

#### **2.1.2.4 Achse IV: Struktur**

Als Ergebnis eines entwicklungspsychologischen Reifungsprozesses ist die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen in hohem Maße individuell ausgestaltet. Jeder Mensch verfügt sowohl über ganz eigene strukturelle Schwächen und Einschränkungen, aber auch über persönliche Ressourcen und Stärken. Kommt es im Rahmen eines Entwicklungsdefizits zum Ausbleiben von bestimmten strukturellen Differenzierungen und Integrationsschritten, resultieren daraus individuelle strukturelle Störungen. Mit Hilfe der Strukturdiagnostik der OPD sollen sowohl strukturelle Möglichkeiten und Einschränkungen des jeweiligen Patienten erfasst werden, gleichzeitig aber auch eine therapeutische Zielsetzung bezüglich Struktur- bildung in der Therapie benannt werden können.

Das Werkzeug der Strukturdiagnostik der OPD ist die so genannte „situationsdynamischen Analyse von Strukturen“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S. 65). Dabei geht man von der Annahme aus, dass sich strukturelle Muster eines Menschen im interaktionalen Handeln manifestieren. Es gilt, sowohl die vom Patienten in der diagnostischen Beziehung inszenierten Interaktionen, als auch die von ihm berichteten Interaktionen außerhalb der therapeutischen Situationen unter strukturellen Gesichtspunkten zu untersuchen.

Grundlage sollen die strukturellen Bedingungen sein, wie sie in der Beziehungsgestaltung der letzten ein bis zwei Jahre sichtbar werden. Akute Störungen werden zunächst außer Acht gelassen, sie stellen im Verständnis der OPD nur Indikatoren für strukturelle Bereitschaften dar, jedoch keine Parameter einer überdauernden strukturellen Diagnostik.

Im psychologischen Sinne bezeichnet Struktur „das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Sie umfasst alles, was in Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft (bewusst oder bewusstseinsfern)“ (Arbeitskreis

OPD, 2006, S.114). Sie ist einer lebenslangen Entwicklung unterworfen, die jedoch so langsam abläuft, „dass der Eindruck von Konstanz überwiegt; hier ist die Berührungsstelle zu Begriffen wie Identität, Charakter oder Persönlichkeit“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.114). Entscheidend bei der Betonung des dynamischen Aspektes sind entwicklungspsychologische Annahmen, die zwar von einer angeborenen Persönlichkeits*disposition* ausgehen, die aber insbesondere die Prägung und Differenzierung psychischer Struktur in den ersten Lebensjahren hervorheben. Der psychologische Strukturbegriff geht jedoch weiterhin davon aus, dass die Entwicklung von Persönlichkeitsstrukturen eines Menschen sich in *lebenslanger Veränderung* befindet, und damit eine Beschreibung von Strukturmerkmalen immer nur „vorläufig und unabgeschlossen“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.114) sein kann.

In vier grundlegenden Dimensionen jeweils in der Ausrichtung auf das Selbst und auf die Objekte sollen folgende strukturelle Parameter eines Patienten mit Hilfe der Operationalisierungen in der OPD erfasst werden:

- *Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung:* Selbstreflexion, Konsistenz des Selbstbildes (Identität) sowie Introspektionsfähigkeit, gelungene Selbst-Objekt-Differenzierung sowie affektive Wahrnehmung des Gegenübers (Empathie, Intuition, Verstehen)
- *Die Fähigkeit zur Steuerung des Selbst und der Beziehungen:* integrierender Umgang mit Triebimpulsen und Affekten sowie Regulation des Selbstwertgefühls und des Bezugs zu Anderen
- *Die Fähigkeit zur emotionalen Kommunikation nach innen und außen:* innere Kommunikation mittels Affekten und Phantasien, emotionale Ausrichtung auf Andere, Mitteilung von eigenen affektiven Signalen sowie Verstehen affektiver Signale des Anderen
- *Die Fähigkeit zur inneren Bindung und äußeren Beziehung:* längerfristige Errichtung von inneren Repräsentanzen des Gegenübers (Objektinternalisierung und Objekt Konstanz), Fähigkeit zwischen Bindung und Lösung wechseln zu können sowie Beziehungen mittels Regeln schützen zu können

Die vier in der OPD benannten strukturellen Dimensionen sind logisch nicht voneinander unabhängig, sie bilden die Struktur eines Menschen aus verschiedenen Perspektiven ab und erfassen ihre komplexen Funktionen in verschiedenen Zusammenhängen.

Die Strukturbeurteilung der OPD umfasst die Einschätzung des strukturellen Niveaus der oben genannten operationalisierten Dimensionen auf einer Skala von gut integriert (reife Struktur) bis desintegriert (psychotische Struktur) in sieben Skalenstufen sowie eine globale Einschätzung des (Gesamt-)Integrationsniveaus des Patienten.

#### **2.1.2.5 Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen**

Auf der fünften Achse sollen psychische und psychosomatische Störungen des Patienten anhand der Prinzipien der Diagnostik nach ICD-10 (WHO, 1993) und optional des DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) erfasst und dokumentiert werden, ergänzend zu den nach psychodynamischen Gesichtspunkten operationalisierten Diagnosekriterien der ersten vier Achsen.

Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", die Ziffer 10 bezeichnet die zehnte Revision der Klassifikation. Sie wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1993 erstellt. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen. Zur Kodierung von Störungen mittels der ICD-10 werden unterschiedliche Ebenen angegeben: Es wird von ein- bis maximal sechststelligen Kodierungsebenen ausgegangen, die nach einem alphanumerischen System klassifiziert werden.

Erfasst werden psychische Störungen im Rahmen der ICD-10 anhand vergleichsweise einfach definierter, unmittelbar beobachtbarer bzw. explorierbarer psychopathologischer Phänomene, sowie leicht erfassbarer Zeit- und Verlaufskriterien. Dieser symptomorientierte Charakter der etablierten Diagnosesysteme war nicht zuletzt ein ausschlaggebendes Motivationsargument zur Entwicklung der OPD.

Das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ist ein Klassifikationssystem, das von der American Psychiatric Association erstmals 1952 herausgegeben und seit dem vier Mal revidiert wurde. Grundlage für die Entwicklung

des diagnostischen Instruments war die Unzufriedenheit mit den Klassifikationen der ICD. In den Grundkonzepten ist die Übereinstimmung mit der ICD relativ deutlich. Im klinischen Alltag stellt das DSM in seiner vierten Fassung (DSM-IV, 1994) heute eine Ergänzung zum diagnostischen Instrument der ICD-10 dar. Zu berücksichtigen sind jedoch auch Unterschiede in einigen wesentlichen Punkten, zum Beispiel arbeitet das DSM-System mit fünf Achsen, die ICD-10 lediglich mit dreien: Persönlichkeitsstörungen und somatische Störungen werden im Gegensatz zur ICD-10 in der Systematik des DSM-IV auf zwei eigenständigen Achsen abgebildet.

Im klinischen Alltag stellt die Ebene der Symptomatik eine relevante diagnostische Dimension dar. Auf ihr fußt die Formulierung von Hypothesen über die Art der Erkrankung und ihren Ursprung. Andererseits besitzt sie jedoch keinen Wert im Sinne eines handlungsleitenden Instruments für die therapeutische Tätigkeit, da psychoanalytische Arbeit nicht primär symptomorientiert ist, auch wenn Symptomreduktion ein erklärtes Ziel der Behandlung darstellt. Bei der Konstruktion und Operationalisierung der Achse V in der OPD war es das Ziel der Arbeitsgruppe, „das Kapitel V der ICD-10 in der jetzt vorliegenden Fassung an die Erfordernisse der Diagnostik in der Psychotherapie und Psychosomatik zu adaptieren“ (Arbeitskreis OPD, 1996, S. 79). Im Manual findet sich folgender Handlungsfaden zur klinischen Durchführung der ICD-10/ DSM-IV Diagnostik im Rahmen der OPD:

Auf dem OPD-Erhebungsbogen soll jeweils eine Hauptdiagnose auf den Achsen Va (psychische Störungen), Vb (Persönlichkeitsstörungen, F60.xx oder F61.x) und Vc (körperliche Erkrankungen) angegeben werden. Alle Achsen können ergänzend nach dem System des DSM-IV mitverschlüsselt werden. Ergänzend kann die Kodierungsziffer F60.81 für die narzisstische Persönlichkeitsstörung nach den Diagnosekriterien des OPD-Manuals vergeben werden. Zusätzlich ist außerdem die Subkategorisierung der ICD-10 Kategorie F54 zur Erfassung psychischer Verhaltenseinflüsse bei anderorts klassifizierten Erkrankungen möglich; mit der vierten und fünften Kodierungsstelle ist eine weitere Differenzierung der somatopsychischen Störungen erhebbbar.

## **2.2 Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score psychogener Erkrankungen**

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score psychogener Erkrankungen (BSS) (Schepank, 1995) gilt als reliables und im deutschsprachigen Raum weit verbreitetes „Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung“ (Schepank, 1995, S.1).

Der BSS findet nicht nur häufig im klinischen Alltag bei der Patientenbeurteilung Verwendung, sondern wird insbesondere in psychotherapeutischer „Grundlagenforschung, Therapieeffektvergleichs- und Katamneseforschung“ (Schepank, 1995, S.17) eingesetzt.

1995 von Heinz Schepank veröffentlicht, war der BSS während Schepanks dreißigjähriger Tätigkeit an der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse in Mannheim aus der Notwendigkeit entstanden, „ein Messverfahren zu entwickeln, das konzeptübergreifend und weitgehend theorieunabhängig funktioniert, das somit für Psychoanalytiker und Verhaltenstherapeuten, für Psychiater und Benutzer anderer Therapieverfahren praktikabel ist, wie auch ganz besonders für die Forschung“ (Schepank, 1995, S.4).

Schepank legte der Entwicklung des BSS die Annahme zugrunde, dass sich die klinische Symptomatik einer psychogenen Erkrankung auf verschiedenen Ebenen manifestieren kann: Auf einer körperlichen, einer psychischen und einer sozialkommunikativen (zwischenmenschlichen) Ebene.

Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score stellt ein Fremdrating-Instrument dar, welches „aus Expertensicht einschätzen [soll], wie schwer ein Mensch durch seine psychogene Symptomatik insgesamt beeinträchtigt ist (=Summenwert) und in welchem Bereich diese Beeinträchtigung bevorzugt liegt (=Profil).“ (Schepank, 1995, S.7). Die Ausprägung der Beeinträchtigung auf den einzelnen Ebenen wird in ihrer Schwere auf einer Skala von 0-4 beurteilt.

Dabei sind die Skalenstufen folgendermaßen definiert (Schepank, 1995, S.9):

0 = gar nicht, das heißt, praktisch ohne jegliche psychische Störung

1 = geringfügig, das heißt, eine Symptommanifestation ist in geringem Ausmaß zwar vorhanden, sie wird aber als leicht eingeschätzt. Keine nennenswerte Beeinträchtigung des Individuums

2 = deutlich, das heißt, eine Symptomatik ist unübersehbar vorhanden. Sie führt zu einer merklichen Beeinträchtigung des Individuums

3 = stark, das heißt, eine ausgeprägte und schon erhebliche Beeinträchtigung des Individuums auf der entsprechenden Skalendimension durch eine psychogene Symptomatik ist vorhanden

4 = extrem, das heißt, die Symptomatik ist so stark, dass sie auf der zu beurteilenden Dimension zu einer kaum noch überbietbaren Beeinträchtigung des Individuums im Lebensalltag führt

In der Regel wird die Einschätzung des BSS im Sinne einer Punktprävalenz (durchschnittliche Beeinträchtigung in den letzten 7 Tagen) vorgenommen. Voraussetzung für die Anwendung des BSS soll die gründliche persönliche (tiefenpsychologische, psychoanalytische oder verhaltenstherapeutische) Diagnostik sein. Die Beurteilung sollte durch einen erfahrenen Experten unter deskriptiven Gesichtspunkten in einem angemessenen Setting erfolgen.

Zu beachten gilt, „nicht die Kategorie, der das Symptom klassifikatorisch zugehört und wo es sich manifestiert (im Körperlichen, im Psychischen, im Zwischenmenschlichen Verhalten) ist entscheidend für das BSS-Rating, sondern die Dimension, in der sich die Beeinträchtigung schließlich auswirkt.“ (Schepank, 1995, S.14). Ein Symptom kann sich zudem auf mehrere der drei Dimensionen beeinträchtigend auswirken und wird dann folglich in mehreren Dimensionen geratet.

Um die Zuordnung zu den drei Dimensionen zu ermöglichen, werden die Punktwerte in der Reihenfolge körperlich-psychisch-sozialkommunikativ dokumentiert, addiert ergeben die einzelnen Skalenwerte den Gesamtscore (BSS-gesamt), der somit zwischen null Punkten und zwölf Punkten liegen kann.

Folgende Interpretationsvorgaben des BSS-Summenwertes liefert das Testmanual (Schepank, 1995, S.10):

0 - 1 = optimale Gesundheit

2 - 3 = leichte Störung

4 - 5 = deutliche Störung von Krankheitswert: am häufigsten bei der ambulanten Inanspruchnahmeklientel, die mit gutachterpflichtiger Richtlinien-Langzeitpsychotherapie versorgt wird

6 - 7 = ausgeprägte, schon ziemlich schwer beeinträchtigende Erkrankung

8 - 9 = außerordentlich schwere Erkrankung

10 - 12 = in jeder Hinsicht schwerst gestörte Patienten mit Extremgraden psychogener Erkrankungen und ihrer Folgen in allen drei Dimensionen

Als cut-off-Wert für eine krankheitswertige und behandlungsbedürftige Störung gilt ein Summenwert von 5 Punkten.

1997 von Franz et al. erhobene Daten ergaben einen mittleren BSS-Gesamtscore (letzte sieben Tage) in der allgemeinen Bevölkerung von 3.4 Punkten (Standardabweichung 1.9 Punkte), in der Ambulanz der psychosomatischen Universitätsklinik Düsseldorf von 6.8 Punkten und bei stationären Klinikpatienten dieser Einrichtung von 7.2 Punkten.

In seinen Ausführungen zum BSS benennt Schepank 1995 die Vorzüge des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores: Sie lägen zum einen in seiner leichten Erlernbarkeit und folgenden schnellen Anwendung bei guten Raterübereinstimmungen (ICC .89-.99) (S. 18f), zum anderen aber auch in einer schulenübergreifenden Anwendbarkeit: Der BSS umfasse die Gesamtheit aller psychogenen Störungen „weitgehend von einer schulgebundenen Pathogenesetheorie unabhängig“ (S. 17) und sei dadurch variabel einsetzbar in klinischem Alltag, aber auch für Forschungszwecke. Aufgrund seiner dreidimensionalen Struktur sei der BSS sensibel für gegebenenfalls auftretenden Symptomwandel im Langzeit- oder Therapieverlauf, er zeichne sich insgesamt ganz besonders durch seine hohe Spezifität und Sensibilität im Hinblick auf Veränderungen aus.

Auch im Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt wurde der BSS als Outcome-Maß eingesetzt: Im Rahmen des DKZP wurde im Therapieverlauf und im Katamnesezeitraum durch die Therapeuten und unabhängige Nachuntersucher die Erkrankungsschwere anhand des BSS beurteilt und im Sinne eines Therapieeffektes interpretiert.

Diese Einschätzungen der klinischen Beeinträchtigung im Verlauf der therapeutischen Interventionen und im Katamnesezeitraum wurden bei der Durchführung der vorliegenden Arbeit als Referenzwert für die klinische Entwicklung der Patienten verwendet.

### **2.3 Psychodynamische Kurzzeittherapie**

Die Patienten, deren psychodynamische Entwicklung in der vorliegenden Arbeit betrachtet werden soll, wurden in psychodynamischen Kurzzeittherapien behandelt. Zum besseren Verständnis wird im folgenden Teil zunächst grundsätzlich die Theorie und Methode der psychodynamischen Psychotherapie dargestellt und anschließend die Entwicklung und Besonderheiten kurzer psychodynamischer Therapieverfahren erläutert, insbesondere das Modell von Strupp und Binder. Im letzten Abschnitt folgt die kurze Vorstellung des Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projektes, welches den Anstoß und das Material zur vorliegenden Untersuchung lieferte.

#### **2.3.1 Die psychodynamische Psychotherapie**

Der Begriff der psychodynamischen Psychotherapie tauchte erstmals im Umfeld der Schule von H.S. Sullivan in den USA auf. Die psychodynamische Therapie ist sowohl in den deutschsprachigen Ländern, als auch im anglo-amerikanischen Raum im klinischen und ambulanten Arbeitsfeld bis heute die am meisten angewandte Therapierichtung (Gabbard, 1990). Gemeinsam ist allen psychodynamischen (Synonym: psychoanalytisch-orientierten) Behandlungsverfahren ihr grundlegender Bezug zur Persönlichkeits- und Krankheitstheorie der Psychoanalyse. Bergin und Garfield (1994) sprechen summarisch von den „psychodynamic approaches“.

Trotz gemeinsamer Wurzeln unterscheiden sich die Psychoanalyse und psychodynamische Psychotherapien jedoch sowohl in ihrer behandlungstechnischen

Umsetzung als auch in ihrem zugrunde liegenden Behandlungsziel: Psychodynamische Verfahren stellen nicht nur eine methodische Abweichung von dem Verfahren der klassischen Psychoanalyse dar, sondern sind durch die Entwicklung eigener Methoden und Zielsetzungen auch als eine sich qualitativ von der analytischen Psychotherapie unterscheidende Behandlungsform anzusehen.

M. Ermann (2007) fasst die Unterschiede der beiden Verfahren bezüglich ihrer Zielsetzung, Behandlungsstrategie und Methodik tabellarisch folgendermaßen zusammen:

	Psychodynamisch	Psychoanalytisch
Zielsetzung	Verminderung bzw. Beseitigung der aktuellen Störung	Umstrukturierung und Nachreifung der Persönlichkeit, womit Symptomheilung verbunden ist
Behandlungsstrategie	Bearbeitung der rezenten Psychodynamik der Störung	Bearbeitung der Dynamik der Persönlichkeit und der darin gebundenen Grundkonflikte
Methodik	Begrenzung der Regression einschließlich Widerstand und Übertragung	Herstellung und Bearbeitung einer Übertragungsneurose

Tabelle 1: Psychodynamische versus psychoanalytische Verfahren (M. Ermann, 2007, S.444)

Kann man es als Behandlungsziel der klassischen Psychoanalyse formulieren, „die Grundkonflikte der Persönlichkeit aufzuarbeiten und dadurch nicht nur zur Symptombeseitigung, sondern auch zur Veränderung und Reifung der Persönlichkeit zu gelangen“ (Ermann, 2007, S.439), so stehen dem die Zielsetzungen der psychodynamischen Verfahren gegenüber, welche „die Verminderung bzw. Auflösung der aktuellen Symptomatik und Beeinträchtigungen darstellen, (...) während weder die Veränderung der zu Grunde liegenden Persönlichkeit noch die Aufarbeitung der

dahinter stehenden Grundkonflikte und Lebensgeschichte zu ihren Zielen gehört.“ (Ermann, 2007, S.446). Auch in den psychodynamischen Verfahren bilden Persönlichkeit, Grundkonflikt und Biographie zwar wichtige Anhaltspunkte für den Behandler, um die Störung einzuordnen und ihre Dynamik zu verstehen, „sie sind hier aber nur soweit Gegenstand der Behandlung wie sie unmittelbar am Zustandekommen und an der Aufrechterhaltung der Störung beteiligt sind.“ (Ermann, 2007, 446).

Methodisch wird in der klassischen Analyse die Manifestationen von Regression, Inszenierung, Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand in der therapeutischen Beziehung zum Bezugspunkt der therapeutischen Beobachtung und des Verständnisses der Problematik des Patienten. Im Rahmen der psychodynamischen Verfahren werden regressive Prozesse begrenzt. Mittelpunkt der Behandlung bildet die Bearbeitung unbewusster Beziehungs-Repräsentanten, welche ihre Entsprechung in der Patient-Therapeut-Beziehung finden und als Ursache für die aktuelle Störung angesehen werden: „In den psychodynamischen Verfahren werden die bewusstseinsnahen Probleme des Patienten in ihrer unbewussten Dimension behandelt.“ (Ermann, 2007, S.445).

Als Grundannahmen psychodynamischer Psychotherapie formulieren Hoffmann und Schüßler (1999) folgendes:

„1. Jede Form psychodynamischer Psychotherapie ist auf die Lebenskonflikte ausgerichtet. Deren Bearbeitung findet im Rahmen der Verbalisierung statt. Die Arbeit an hochkonflikthaften, emotionalen und triebhaften Inhalten ist jedoch ohne verbindliche Sicherheit des therapeutischen Rahmens nicht möglich (Arbeitsbündnis, hilfreiche Beziehung).

2. Alle psychodynamischen Ansätze legen besonderen Wert auf die Wahrnehmung und Bearbeitung interaktioneller Prozesse, in denen sich innerseelische Konflikte manifestieren. Über das Arbeitsbündnis hinaus ist die Beziehung zwischen Therapeut und Patient je nach psychodynamischem Ansatz und therapeutischem Zeitausmaß Zentrum des therapeutischen Geschehens und Motor der therapeutischen Veränderung.“ (S.370)

### 2.3.2 Kurze Psychotherapie

Bereits Sigmund Freud selbst bediente sich zur Behandlung seiner Patienten nicht nur der klassischen Form der von ihm entwickelten therapeutischen Psychoanalyse, sondern modifizierte die Form des ursprünglichen Verfahrens. So führte er im Gegensatz zur zeitintensiven klassischen Analyse bei einigen Patienten eine zeitlich begrenzte, und mit klar formulierten Behandlungszielen versehene, psychoanalytische Behandlung durch:

Den Komponisten Gustav Mahler therapierte er bei Eheproblemen gar in nur vier Stunden, den Wiener Dirigent Bruno Walter behandelte er 1904 nur sechs Sitzungen lang. Um 1920 begannen einige von Freuds Mitarbeitern, vor allem Rank und Ferenczi, zu untersuchen, wie sich die üblicherweise mehrere Jahre in Anspruch nehmende analytische Behandlung abkürzen ließe. Die beiden erklärten, zwischen therapeutischen Veränderungen und dem Bearbeiten frühkindlicher Neurosen gebe es keinen zwingenden Zusammenhang. Sie veröffentlichten ihre Empfehlungen in einer Monographie (Ferenczi, Rank, 1924).

Zunächst stand Freud den Überlegungen der beiden wohlwollend gegenüber, bald änderte er jedoch seine Meinung und hielt derartige Bestrebungen nicht länger für ratsam: „Ich muss leider konstatieren, alle Bemühungen, die analytische Kur ausgiebig zu beschleunigen, sind bisher gescheitert. Der beste Weg zu ihrer Abkürzung scheint ihre korrekte Durchführung zu sein.“ (1926, S.255).

Die Arbeit in der oben skizzierten Richtung stagnierte, erst in den vierziger Jahren wurde durch Alexander und French (1946) ein neuer Anstoß bezüglich einer Verkürzung der Psychoanalyse gemacht. Im Allgemeinen wurde ihnen zugestanden, dass ihre Ideen in gewissem Maße nützlich sein könnten. Das psychoanalytische Establishment jedoch stand diesen Veränderungen feindselig gegenüber, so dass auch diese Versuche, die Form der Psychoanalyse zu überarbeiten bald im Sande verlief.

Zu einem Durchbruch und erneuten Aufflammen von wissenschaftlichen Strebungen kam es, als Dührssen 1962 mit ihren Berliner Katamnesestudien den Nachweis erbrachte, dass analytisch-orientierte Behandlungen auch mit begrenztem Aufwand im Hinblick auf Frequenz und Dauer anhaltende Wirkung brachten. Mehrere

psychoanalytisch-orientierte Gruppen begannen unabhängig voneinander im Rahmen von Kurzzeittherapien technische Veränderungen einzusetzen und diese zu publizieren: Zu nennen sind die Tavistock-Gruppe um Michael Balint und David Malan (Balint et al., 1973; Malan, 1965, 1976a, 1976b, 1979), Sifneos (1979), Mann (1978) sowie Mann und Goldmann (1982) und Davanloo (1978, 1980).

Die Ergebnisse, zu denen diese Gruppen zum größten Teil unabhängig voneinander kamen, sind höchst bemerkenswert und revidierten einige grundlegende Aspekte der Psychoanalyse. Die Hauptresultate lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- In dynamisch ausgerichteten Therapien können Patienten, die an lange bestehenden neurotischen und Persönlichkeitsstörungen leiden, in viel kürzerer Zeit behandelt werden, als bisher angenommen.
- Die Deutung von Übertragung und Widerständen als Grundprinzipien psychoanalytischer Therapie sind auch in zeitlich begrenzten Therapieformen anwendbar.
- Auch in Kurzzeittherapien lassen sich beständige Veränderungen in der Persönlichkeitsstruktur bewirken.

So ähnlich auch die Resultate und einige der Therapieprinzipien dieser Gruppen waren (beispielsweise wurde in allen Gruppen ein Arbeitsbereich für die Therapie definiert), so unterschieden sie sich jedoch deutlich hinsichtlich entscheidender Parameter, wie zum Beispiel der Patientenauswahl, der Form der Intervention und ihrer Auffassung darüber, welches Therapieelement die therapeutische Veränderung bringen würde. Trotz der vielfältigen Forschungsansätze und der erzielten Ergebnisse bestand schlussendlich weiterhin deutlicher Forschungsbedarf im Hinblick auf kurze Psychotherapieformen.

### **2.3.3 Psychodynamische Kurztherapie nach Strupp und Binder**

Basierend auf psychoanalytischen Grundideen und deren Weiterentwicklung entstand Anfang der achtziger Jahre das Modell von Strupp und Binder zur psychodynamischen Kurztherapie: „Wie schon erwähnt, basiert die Psychodynamische Kurzzeittherapie auf psychoanalytischen Konzeptionen und deren Weiterentwicklung durch Theoretiker der

Gegenwart (...). Genauso wenig zu übersehen ist, dass wir an einer interpersonellen-zwischenmenschlichen Perspektive festhalten, die auf den Theorien von Harry Stack Sullivan und Anhängern der neofreudianischen Schule (Horney, Erikson) sowie auf den Beiträgen moderner Vertreter interpersoneller Theorien (Anchin & Kiesler, 1982) gründet.“ (Strupp und Binder, 1991, S.54). Ihr Ansatz geht von der Überlegung aus, dass, unabhängig von der Schwere der Störung, die interpersonellen Beziehungen das therapeutische Feld sind, in dem sich die intrapsychischen Konflikte manifestieren und zu behandeln sind.

1984 veröffentlichten Hans Strupp und Jeffrey Binder ihr „Psychotherapy In A New Key - A Guide To Time-limited Dynamic Psychotherapy“ als Therapiehandbuch. Sie nannten es eine „Anleitung zu einer verfeinerten Form der Psychodynamischen Kurztherapie“ (Strupp und Binder, 1991, S.15). Sie entwickelten ihr Modell der psychodynamischen Kurztherapie als einen „einzeltherapeutischen Ansatz, der klinische Konzepte aus mehreren psychodynamischen Richtungen in sich vereint“ (nach Strupp und Binder, 1991, S. 16). Grundlegende Prinzipien der Psychoanalyse wie Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand sollen dabei nicht außer Acht gelassen werden, sondern sind durch neuere Ideen und Theorien ergänzt, beispielsweise Sullivans Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen oder die Theorie der Objektbeziehungen nach Kernberg, sowie die Anwendung der allgemeinen Systemtheorie nach Watzlawick et al..

Strupp und Binder formulieren als wichtigstes Ziel der therapeutischen Arbeit im Rahmen einer dynamischen Kurztherapie „eine konstruktive menschliche Erfahrung zu vermitteln, die zu einer qualitativen Verbesserung der zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten führt“ (Strupp und Binder, 1991, S. 17). Sie erklären diese therapeutische Zielsetzung vor dem Hintergrund der Hypothese, dass den psychischen Probleme eines Menschen frühere Schwierigkeiten in der Beziehung zu bedeutsamen Bezugspersonen zugrunde liegen, die ursprünglich eine Art Selbst-Schutz-Funktion erfüllten, aktuell aber leidvoll und „scheiternsfixiert“ (Strupp und Binder, 1991, S. 16) sind: „Neurotische Konflikte manifestieren sich in gegenwärtigen Beziehungen als Wiederholung von Kindheitskonflikten.“ (Strupp und Binder, 1991, S.46).

In der Annahme, dass sich im Rahmen der Patient-Therapeut-Beziehung die typischen

pathologischen Beziehungsmuster des Patienten abbilden, können diese dem Therapeuten im Wechselspiel der Übertragung und Gegenübertragung zugänglich werden und somit einer Korrektur unterzogen werden. Dabei ist es nicht erklärtes Ziel, eine Suche nach lebensgeschichtlichen Zusammenhängen durchzuführen, im Sinne einer Rekonstruktion der Vergangenheit oder gar Bewusstmachung verdrängter Erinnerungen, sondern viel mehr in erster Linie zu analysieren, „inwieweit sich subjektive Verhaltensweisen, mit denen der Patient auf frühere Erlebnisse (insbesondere Kindheitserlebnisse) reagiert hat, immer noch tiefgehend auf seine heutigen Beziehungen auswirken.“ (Strupp und Binder, 1991, S. 51).

Als Kernstück der therapeutischen Arbeit im Rahmen einer psychodynamischen Kurztherapie bezeichnen Strupp und Binder in ihren Ausführungen die Formulierung eines dynamischen Fokus: „(...) als heuristisches Mittel verstanden (...) hilft er der Therapeutin psychotherapeutisch relevante Informationen zu gewinnen, zu erkennen und zu strukturieren. Dieses aktive und explizite Entdeckungsverfahren steht im Gegensatz zu dem passiven, auf eine breite Untersuchung angelegten, offenen Modell, das von einigen ohne zeitliche Begrenzung arbeitenden Therapiemethoden vertreten wird.“ (Strupp und Binder, 1991, S. 99).

Im Sinne ihrer interpersonellen Konzeption der Kurztherapie gehen Strupp und Binder davon aus, dass die psychischen Probleme des Patienten ursächlich in zwischenmenschlichen Beziehungsmustern fußen, die unflexibel, selbstschädigend und maladaptiv sind. Der Fokus in der psychodynamischen Kurztherapie soll eben dieses zentrale zwischenmenschliche Beziehungsmuster erfassen, in welchem sowohl dem Patienten eigene unbewusste Rollenmuster, sowie die komplementären Rollen der Anderen und ihre psychodynamischen Verstrickungen in Form von fehlangepassten Interaktionssequenzen, nicht-erfüllbaren Erwartungen und negativen Selbsteinschätzungen abgebildet werden.

Strupp und Binder postulieren, dass sich dieses typische, dysfunktionale Beziehungsmuster eines Patienten fortwährend aufgrund von sich selbst bestätigenden interpersonellen Erfahrungen am Leben erhält, sich also im Sinne eines *Circulus vitiosus perpetui*: „In der Psychodynamischen Kurztherapie sind Patient und Therapeut damit befasst, die zentralen zwischenmenschlichen Dilemmata im Leben

des Patienten zu erzählen und wiederzuerzählen.“ (Schafer, 1983; Sherwood, 1969; Spence, 1982, nach Strupp und Binder, 1991, S.104).

Als modellhafte Form der Darstellung des sich selbst verstärkenden pathologischen Beziehungsverhaltens entwickelten Strupp und Binder das Modell des so genannten zyklisch maladaptiven Musters (CMP, engl.: cyclic maladaptive pattern). Es ermöglicht anhand seiner vier Kategorien (Introjekt, Erwartungen an Andere, interpersonelles Verhalten des Patienten und Verhalten der Bezugspersonen) die zirkuläre Anordnung der prototypischen, maladaptiven, intrapsychischen und interpersonellen Verhaltensmuster und des Verhaltens seiner Bezugsperson. Tress und Henry (1996) integrierten in dieses Modell zusätzlich die biographischen Erfahrungen mit den frühen Bezugspersonen vor allem aus dem Bereich des Bindungs- und Autonomiebestrebens.

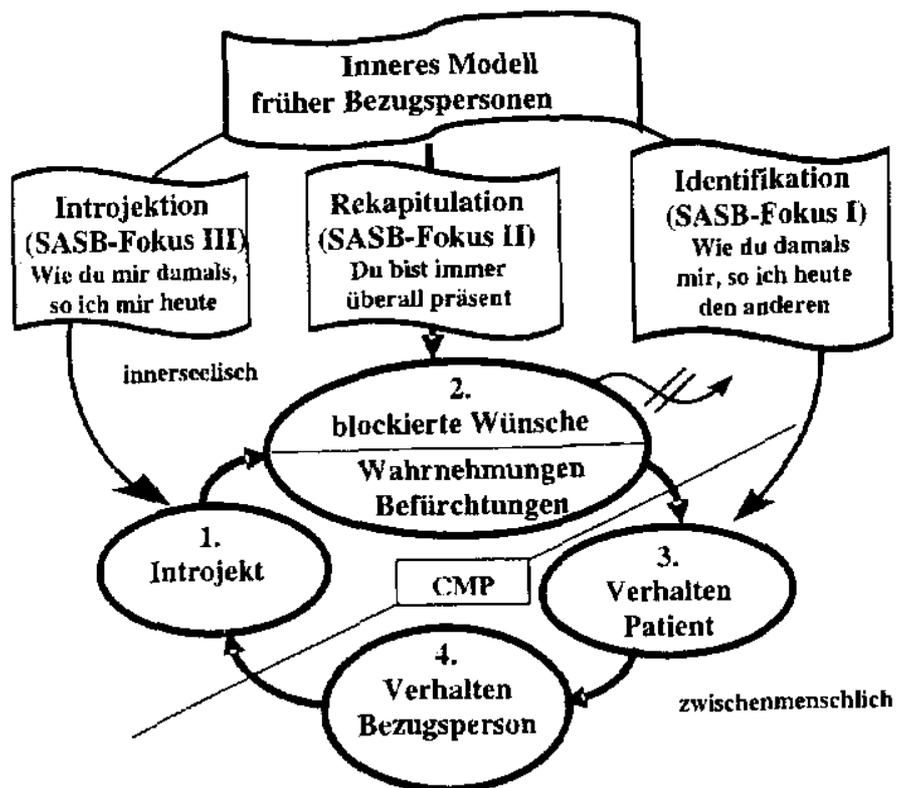


Abbildung 1: „Ätiopathogenetisches Modell psychogener Erkrankungen“ (Tress u. Henry, 1996).

Das *Introjekt* erfasst die Einstellung des Patienten zur eigenen Person und seinen Umgang mit sich selbst. Es umfasst Einstellungen und Bewertungen, die dem Patient früher von relevanten Bezugspersonen entgegengebracht wurden und die dieser heute

sich selbst gegenüber zeigt. Das Selbstbild des Patienten oder sein innerseelischer Umgang mit sich selbst wird durch das typische maladaptive Verhalten der anderen ihm gegenüber weiter aufrechterhalten (s.u.).

*Stereotype Erwartungen an Andere:* In Abhängigkeit von der Position des Introjekts entwickeln sich die Erwartungen des Patienten, wie sich Andere ihm gegenüber verhalten werden. Dabei wird das Verhalten des Patienten vom Gefühl der überdauernden realen Präsenz der früheren Bezugspersonen determiniert (Rekapitulation/Übertragungsbereitschaft). „Diese Kategorie beschreibt a) blockierte positive Erwartungen und Wünsche; sie können wir als Motor der Beziehungspsychopathologie verstehen, weil die in ihnen manifeste Bindungssehnsucht auch den beziehungsstörungen Menschen immer wieder zum anderen hintreibt, statt in Isolation zu verharren und b) interaktionell wirksame vorgefasste negative Erwartungen, Befürchtungen und Phantasien in Bezug auf die Reaktion anderer, die das eigene Verhalten steuern.“ (Tress et al., 2003).

*Verhalten Patient:* Aus den Erwartungen an Andere und aus der Identifikation mit den Primärobjekten (z.B. Identifikation mit dem Aggressor) entstehen die unbewussten, dysfunktionalen interpersonellen Verhaltensweisen und Beziehungsangebote des Patienten gegenüber den aktuellen Bezugspersonen.

*Verhalten Bezugspersonen:* Das Verhalten der Anderen als Reaktion auf das maladaptive Verhalten des Patienten gestaltet sich (im Sinne der projektiven Identifizierung oder des role-taking) meist komplementär zum Verhalten des Patienten. Mit seinem vorausgehenden Verhalten manövriert der Patient den Anderen in eine Position, in der dieser fast gezwungen wird, gerade das gefürchtete Verhalten zu zeigen (z.B. Tadel, Strafe, Beziehungsabbruch und ähnliches). Dies wiederum wertet der Patient als Bestätigung seines negativen Introjekts. Damit schließt und verstärkt sich das CMP im Sinne einer positiven Feedback- Schleife. Die frühkindlich begründete Beziehungspathologie verfestigt sich im Erwachsenenalter.

In ihren Ausführungen zur psychodynamischen Kurztherapie betonen Strupp und Binder, dass „die Formulierung eines Fokus als wesentlicher Teil der Therapiearbeit verstanden [werden muss] und nicht einfach als Vorarbeit dazu. Für den Patienten sind

sowohl der Prozess als auch das Ergebnis dieser Tätigkeit von Nutzen. (...) Ein Fokus erklärt nicht alles, er ist eine Landkarte und nicht das Gelände selbst. (...) Ziel ist es, eine konstruktive Lebenserfahrung zu vermitteln, die beim Patienten zu einer Besserung des Selbstbildes und der Qualität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen führt.“ (Strupp und Binder, 1991, S. 116, 148 und 17).

Das Modell der psychodynamischen Kurztherapie nach Strupp und Binder versucht, die im Rahmen der Patient-Therapeut-Beziehung auftretenden Verhaltensmuster im Sinne einer Re-Inszenierung des persönlichen CMPs des Patienten zu identifizieren und auf dessen Grundlage therapeutische Veränderungen in der Wahrnehmung und den Gefühlen des Patienten und in der Qualität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen zu erzielen.

#### **2.3.4 Das Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt**

Das Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projekt (DKZP) wurde 1991 von W. Tress ins Leben gerufen. In einem naturalistischen Design sollte die Eignung der psychodynamischen Kurzzeittherapie für Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen und schweren Persönlichkeitsstörungen (Zielgruppen) im Vergleich zu neurotischen Störungen (Angst und Depression) untersucht werden.

In der Zeit von 1991 bis 2005 wurden 130 Patienten von 58 Therapeuten im Rahmen des Projektes behandelt. Die Patienten wurden nacheinander in das Projekt aufgenommen, sofern bei ihnen eine der folgenden Hauptdiagnosen gestellt werden konnte:

- Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)
- Patienten mit psychosomatischen Störungen im eigentlichen Sinn und Somatisierungsstörungen (ICD-10: F45 und F54)
- Patienten mit Ängsten und Depressionen (Neurosen, ICD-10: F32; F34; F40/41)

Behandelt wurden die Patienten in 25-stündigen, ambulanten, psychodynamisch-interpersonellen Fokaltherapien („Störungsspezifische Kurzzeittherapie“ Benjamin, 2002; Tress et al., 2003), die sich am Modell des zyklisch maladaptiven Beziehungs-

musters (CMP/SASB-Modell) von Tress et al. (1996) sowie am Manual zur Kurzpsychotherapie von Strupp und Binder (1991) orientierten. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit stand eine Verbesserung des Introjekts des Patienten: „Das Introjekt ist die eigentliche pathologische Entität im Subjekt und deshalb zentrales Objekt der Behandlung“ (Tress et al., 1996). Die technischen Prinzipien des therapeutischen Vorgehens finden sich in Tabelle 2.

<p>1. Die Behandlung erfolgt aus der optimistischen Grundhaltung heraus, dass Patienten in der Lage sind, in einem absehbaren Zeitraum Veränderungen in ihrem Leben vorzunehmen. Die begrenzte Anzahl der Sitzungen ist daher von Beginn an präsent und kann gegebenenfalls bearbeitet werden. Innerhalb des Zeitrahmens können die Sitzungen flexibel verteilt werden, vielleicht anfangs häufiger und gegen Ende seltener.</p>
<p>2. Die Behandlungsplanung und die Erstellung des störungsspezifischen CMPs eines Patienten erwächst aus den wöchentlichen Supervisionssitzungen. Die behandelnden Therapeuten werden durch die Teilnahme an den Supervisionssitzungen und audiogestützte Fallvorstellungen geschult</p>
<p>3. Wenn wir ein CMP erstellen, beginnen wir mit dem negativen Introjekt und fragen: „Weshalb behandelt sich der Patient so lieblos?“ Anschließend hinterfragen wir sein Negativ-Stereotyp gegenüber anderen (Rekapitulation). „Woher aus seinen interpersonellen Vorerfahrungen stammt beides?“ Ätiologisches Modell: Maladaptive Muster werden aus Treue und Anhänglichkeit zu ehemaligen Bezugspersonen aufrecht erhalten. Stets will der Patient doch noch die damals vermisste Liebe finden, und sei es über den Umweg von Rache und Versöhnung, immer aber durch Ähnlichkeit mit den Bezugspersonen von damals.</p>
<p>4. Voraussetzung der Therapie ist eine sichere Beziehung zum Therapeuten ohne Gefahr der Kränkung. Selbst und gerade die alten Loyalitäten dürfen auch keine unterschwellige Kritik erfahren. Sie waren und sind oft noch Überlebensbasis des Patienten.</p>
<p>5. Auf der Grundlage einer soliden therapeutischen Allianz laden wir den Patienten ein, mit uns seine Muster zu identifizieren, über seine unglückliche Kindheit und Jugend zu trauern, auf Wiedergutmachung zu verzichten und an der Stelle der alten Anhänglichkeit erste Erfahrungen mit einem neuen, besseren Spiel zu machen. Wir verführen nicht, sondern ermutigen, auf uns zu vertrauen und Neuland zu betreten, den Neubeginn (Balint 1952) zu wagen.</p>
<p>6. Umwege, die vom einmal gefundenen störungsspezifischen Fokus (s. o. CMP) ablenken, sind grundsätzlich zu vermeiden und nur in Ausnahmefällen sehr bewusst einzuschlagen</p>

<p>7. Es überwiegt die Konzentration auf das Hier und Jetzt. Vergangenheitsforschung dient der Erhellung der Gegenwart und der Bahnung der Zukunft. Progressiv übergeben wir dem Patienten die Autorenschaft für das eigene Leben und steigern so die Sensibilität für persönliche Verantwortung.</p>
<p>8. Erst ab Mitte der Therapie sprechen wir auch dysfunktionales kommunikatives Verhalten (Identifikationen) des Patienten an, mit dem er seine Umwelt und tendenziell den Therapeuten gegen sich einnimmt. Das eigene Verhalten ist zwar für die Umgebung offensichtlich, dem Bewusstsein des Patienten aber am schwersten zugänglich (Selbst- vs. Fremdwahrnehmung) und birgt für ihn das größte Kränkungspotenzial.</p>
<p>9. Konflikte innerhalb der therapeutischen Dyade werden am besten nur im Falle höher strukturierter Ich-Funktionen mit dem Patienten bearbeitet. Bei niedrigem Strukturniveau der Ich-Funktionen ist supportives Vorgehen angezeigt, das die therapeutische Beziehung selbst von Konflikten frei hält und stattdessen die Probleme Schulter an Schulter mit dem Patienten in seinem heutigen Alltag und im dort und damals betrachtet.</p>
<p>10. Negative therapeutische Reaktionen stellen uns vor die Leitfrage: Aus Liebe und Treue zu wem? Etwa, wenn die Patientin als Tochter gescheiterter Eltern nach erfolgreicher Prüfung sich wieder die Arme zerschneidet und sich dabei betrinkt, um nicht unter dem Druck ihres Loyalitätskonflikts dissoziieren zu müssen.</p>
<p>11. Auf Seiten der Therapeuten erfordert Kurzzeit-Psychotherapie eine klare Therapieplanung, eine Festlegung auf eine bestimmte Problemstellung und eine damit zusammenhängende eindeutige Strategie therapeutischen Handelns, an dem das jeweilige konkrete Tun vermessen und evaluiert werden kann.</p>

Tabelle 2: Technische Prinzipien der störungsspezifischen Kurzzeittherapie (nach Benjamin 2002; Tress et al. 2003 zit. nach Hecke et al., 2008, S.111.).

Der Verlauf der Therapien und der Nachbehandlung erfolgte nach standardisierten Leit- und Dokumentationsvorgaben des Projektes:

Tiefenpsychologische Anamnese im Rahmen von maximal drei Vorgesprächen mit Formulierung des CMP des Patienten und Benennung von Therapiezielen, Kategorisierung der Symptome des Patienten nach den Klassifikationen der ICD-10 und des DSM-IV, Tonbandaufzeichnungen der einzelnen Sitzungen, wöchentliche Supervisionen durch W. Tress unter Verwendung dieses Audiomaterials, zusammenfassende Verläufe des Therapeuten unter Berücksichtigung von critical

events (Abschnitte der Sitzungen, in denen bedeutsame Aspekte des CMP sichtbar werden), Evaluation des Therapieverlaufs mittels psychometrischer und diagnostischer Instrumente wie dem BSS (Schepank, 1995) und der Global Assessment of Functioning Scale (GAF, 1989), sowie der Selbsteinschätzung des Patienten mittels Intrex-Fragebogen (Benjamin, 1974, 1984; Tress, 1993) und dem Global Severity Index (GSI) der Symptom Check List (SCL-90-R, Derogatis, 1977).

Das Resultat des Behandlungsprozesses wird im Rahmen der Abschlussdiagnostik nach 25 Stunden sowie zu zwei Katamnesezeitpunkten (6 Monate und 1 Jahr) ebenfalls mit den zuvor genannten diagnostischen Instrumenten erfasst.

Hecke et al. veröffentlichten 2008 die folgenden Resultate des DKZP:

Mit Hilfe der eingesetzten Messinstrumente konnte die Wirksamkeit von psychodynamischer Kurzzeittherapie für psychosomatisch Erkrankte, sowie für persönlichkeitsgestörte Patienten nachgewiesen und für diese beiden Zielgruppen im Vergleich mit der neurotischen Störungsgruppe substantielle Behandlungseffekte gezeigt werden.

Klinisch relevante Verbesserungen erzielten 49% der neurotischen, 46% der psychosomatisch Erkrankten und 39% der persönlichkeitsgestörten Patienten.

Nach zwölf Monaten lag die mittlere Gesamteffektstärke der neurotischen Patienten mit 1.6 höher als die der Patienten mit psychosomatischen Störungen (.94) und der Persönlichkeitsstörungen (.90). Diese Zahlen bezüglich der Therapiegewinne sind mit denen anderer Studien und Metaanalysen aus den letzten 15 Jahren vergleichbar (z.B. Abbas et al., 2006; Leichsenring und Rürger, 2004; Anderson und Lambert, 1995; Crits-Christoph, 1992).

Auch die Zahlen bezüglich Patienten, die von der Behandlung im DKZP nicht oder nur in geringem Maße profitierten, entsprechen der bekannten Studienlage (neurotische Patienten 28%, persönlichkeitsgestörte Patienten 34%, psychosomatisch erkrankte Patienten 39%). Bei 11% der Behandelten kam es, möglicherweise aufgrund einer verstärkten Selbstwahrnehmung und -reflexion, zu einer Verschlechterung der Ausgangswerte.

Während der Zeit der Durchführung des DKZP erschien die OPD als neues diagnostisches Instrument. Mit ihrem Einsatz in naturalistischen Studien wie dem Kurzzeittherapie-Projekt könnten die gewonnenen Ergebnisse weiter differenziert und die Psychotherapie-Forschung um neue Aspekte hinsichtlich der Wirkung und Wirksamkeit von Psychotherapie bereichert werden. Die Möglichkeiten des Einsatzes der OPD als Messinstrument zur Veränderungsmessung soll mit Hilfe der vorliegenden Arbeit exploriert werden.

### 3 Forschungshypothesen

Die OPD wurde vom Arbeitskreis zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik entwickelt als ein Messinstrument für psychodynamische Persönlichkeitsmerkmale. Mit ihrer Hilfe sollen symptomunterhaltende dysfunktionale Beziehungsgefüge, lebensbestimmende Konfliktkonstellationen und Strukturmerkmale von Patienten genau bestimmt, aber auch der Verlauf dieser Parameter im Rahmen von therapeutischen Maßnahmen nachvollzogen werden können. In der vorliegenden Arbeit soll die Anwendung als Instrument für Prozessdiagnostik untersucht werden, indem Veränderungen von OPD-Merkmalen im Rahmen von Kurzzeittherapie erfasst und dem klinischen Verlauf der Beeinträchtigungs-Schwere gemäß BSS gegenüber gestellt werden.

Die zentralen Hypothesen der Arbeit können folgendermaßen formuliert werden:

- 1)  $H_0$ : Mit Hilfe der OPD-2 ist es nicht möglich, Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie auf der Ebene psychodynamischer Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen.  
 $H_1$ : Mit Hilfe der OPD-2 ist es möglich, Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie auf der Ebene psychodynamischer Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen.
  
- 2)  $H_0$ : Die therapeutischen Veränderungen nach OPD-2 verlaufen nicht entsprechend dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und können damit die klinisch-symptomatisch unveränderten Patienten von denen, die ihre Therapie erfolgreichen durchführten, nicht trennen.  
 $H_1$ : Die therapeutischen Veränderungen nach OPD-2 verlaufen entsprechend dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und trennen damit die klinisch-symptomatisch unveränderten Patienten von denen, die ihre Therapie erfolgreichen durchführten.

Die Prüfung der Hypothesen erfolgt mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5%, das

heißt, die jeweilige Hypothese ( $H_1$ ) soll als bestätigt gelten, wenn die dazugehörige Nullhypothese auf dem 5%-Signifikanzniveau zurückgewiesen werden kann.

## **4 Empirischer Teil**

Das vierte Kapitel der vorliegenden Arbeit behandelt die Durchführung der Untersuchung sowie die daraus gewonnenen Ergebnisse. Zunächst soll im ersten Unterabschnitt die herangezogene Stichprobe vorgestellt werden, im zweiten Abschnitt folgt die Erläuterung des Vorgehens bei der Datengewinnung und -auswertung. Bezüglich der Qualität der gewonnenen Ergebnisse beinhaltet dieser Teil eine Darstellung zur Reliabilität der erhobenen Befunde. Abschließend werden im Ergebnisteil die konkreten Daten der Untersuchung und die daraus entstandenen Resultate vorgestellt.

### **4.1 Stichprobe**

Die in der vorliegenden Arbeit untersuchten Patienten wurden aufgrund von Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60) oder neurotischen Störungen (ICD-10: F32; F34; F40 und F41) im Rahmen des DKZP ambulant in psychodynamisch-störungsspezifischen Kurzzeittherapien behandelt. Im Folgenden sollen Veränderungen psychodynamischer Persönlichkeitsmerkmale dieser Patienten in Abhängigkeit von ihrem klinischen Verlauf gemäß BSS, jedoch unabhängig von der zu Grunde liegenden Hauptdiagnose, betrachtet werden. Dazu werden die OPD-Merkmale jener Patienten, deren klinisch-symptomatischer Zustand gemäß BSS sich im Rahmen der Kurzzeittherapie deutlich verbesserte, verglichen, mit den Verläufen der OPD-Merkmale solcher Patienten, deren Behandlung weniger erfolgreich verlief.

Um die beiden klinischen Verlaufsgruppen zu erhalten, wurden die Patienten folgendermaßen aus der Gesamtstichprobe des DKZP ausgewählt: Die Veränderung der BSS-Werte eines Patienten soll dann als klinisch bedeutsam gelten, wenn sie mindestens eine Standardabweichung beträgt. Die Standardabweichung der Gesamt-BSS-Werte in der zugrunde gelegten Stichprobe beträgt  $s = 1.3$ . Daher gilt in der vorliegenden Betrachtung eine Reduktion des BSS um zwei Punkte zwischen  $t_1$  und  $t_2$  als klinisch relevant (BSS-Verbesserer). Dagegen liegt demnach bei Patienten mit einer Veränderung des BSS um weniger als zwei Punkte keine klinisch bedeutsame Entwicklung hinsichtlich der Symptomschwere vor (BSS-Nicht-Verbesserer). Eine Zunahme des BSS um zwei oder mehr Punkte nach Abschluss der Therapie, die einer klinisch bedeutenden Verschlechterung der Symptomschwere entsprechen würde,

zeigt sich bei keinem im DKZP behandelten Patienten.

Unter den im DKZP behandelten Patienten fanden sich lediglich acht Patienten mit vollständigen Datensätzen, deren Symptomschwere sich gemäß BSS nur um weniger als zwei Punkte (d.h. null oder einen Punkt) verbesserte. Patienten, die ihre Therapie erfolgreich absolvierten und eine deutliche Besserung ihrer Symptomschwere erreichen konnten (zwei und mehr Punkte im BSS), fanden sich zahlreich.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine Stichprobe von zwanzig Patienten ausreichen muss, um klinisch signifikante Effekte wahrscheinlich zu machen, wurden daher neben den acht BSS-Nicht-Verbesserern nach dem Zufallsprinzip zwölf BSS-Verbesserer eingeschlossen. Eine größere Stichprobe wäre möglich gewesen, hätte jedoch den Arbeitsaufwand unverhältnismäßig angehoben, ohne einen höheren Erkenntnisgewinn zu versprechen.

Der mittlere Gesamt-BSS aller hier untersuchten Patienten betrug zu Therapiebeginn 6.5 Punkte, zum Nachuntersuchungszeitpunkt 3.9 Punkte. In der Gruppe der BSS-Verbesserer kam es von einem Ausgangswert von im Mittel 6.5 Punkten zu Therapiebeginn zu einem Rückgang auf 2.5 Punkte zum Zeitpunkt der ersten Nachuntersuchung. Der Mittelwert des Gesamt-BSS in der Gruppe der BSS-Nicht-Verbesserer betrug zum Zeitpunkt t1 6.4 Punkte und war sechs Monate nach Abschluss der Therapie im Mittel weiterhin bei 5.9 Punkten (Abb. 2)

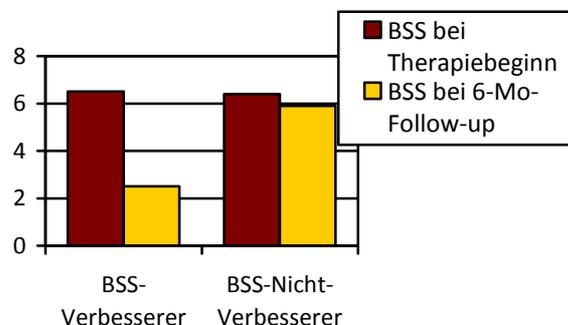


Abbildung 2: BSS-Werte-Verlauf in den klinischen Verlaufgruppen.

Das durchschnittliche Alter der Patienten in der vorliegenden Stichprobe betrug bei Therapiebeginn 37.5 Jahre (Standardabweichung 13.32, range 23-63 Jahre, Median 39.15); im DKZP lag das Durchschnittsalter bei 36.1 Jahren (range 19-63 Jahre) (Hecke et al., 2008). Bezüglich der Altersverteilung lag die Gruppe der Patienten, die weniger von den therapeutischen Interventionen profitierte, mit 45.75 Jahren über dem Altersmittel der Vergleichsgruppe (34.75 Jahre) und auch dem Altersdurchschnitt der Gesamtstichprobe.

Vierzehn der zwanzig untersuchten Patienten waren weiblich. Frauen waren somit mit einem Anteil von 70% etwa doppelt so häufig vertreten wie Männer, vergleichbar mit der Geschlechterverteilung der Gesamtstichprobe des DKZP.

## **4.2 Methoden und Datengewinnung**

Die Datengewinnung und -auswertung und die dabei angewendeten Methoden stellen die Basis für die aus einer Untersuchung resultierenden Ergebnisse und Schlussfolgerungen dar. Sie ist daher ein Schlüsselement von Forschung und soll im Folgenden für die vorliegende Arbeit ausführlich erläutert werden. Das Kapitel besteht zum einen aus der Vorstellung der grundsätzlichen Methode, des zugrunde liegenden Materials, sowie aus Erläuterungen zum praktischen Vorgehen bei der Datenerhebung und abschließend der Methodik bei der Auswertung der Daten. Zum besseren Verständnis der Darstellung der Befunderhebung empfiehlt sich die gleichzeitige Betrachtung des im Anhang beigefügten OPD-2-Erhebungsbogens (Kapitel 7.1).

### **4.2.1 Methode der Untersuchung**

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine explorativ-retrospektive Betrachtung mit Hilfe von Aktenmaterial. Zum Zeitpunkt der Untersuchung waren alle Therapien bereits abgeschlossen, die Follow-up-Termine sechs Monate und ein Jahr nach Abschluss der Behandlung hatten stattgefunden.

Es handelt sich um einen Extremgruppenvergleich: Es werden die OPD-Befunde der in der Therapie erfolgreichsten, mit den OPD-Befunden der in der Therapie am wenigsten erfolgreichen Patienten verglichen. Bei der untersuchten Stichprobe von  $n=20$  Patienten wäre eine Verteilung zwischen den beiden Gruppen optimalerweise zehn

versus zehn Patienten, dies ergab sich bei der Zusammenstellung der Stichprobe empirisch jedoch leider nicht, so dass die Gruppengrößen zwölf (BSS-Verbesserer) und acht (BSS-Nicht-Verbesserer) Patienten betragen.

#### **4.2.2 Befund-Material**

Für die OPD-Diagnostik zu den beiden Messzeitpunkten stand jeweils folgendes Material zur Verfügung:

- t1 (Beginn der therapeutischen Interventionen): Erstinterview-Aufzeichnungen sowie die Formulierung der Therapieziele und des persönlichen CMP des Patienten, welcher im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Supervisions-Sitzungen des DKZP unter der Leitung von W. Tress erarbeitet wurde. Zusätzlich wurden die Verlaufsprotokolle der ersten zehn Therapiesitzungen miteinbezogen.
- t2 (Katamnesetermin sechs Monate nach Beendigung der Therapie): Die OPD-Diagnostik für t2 basiert auf dem Gesprächs-Protokoll des Nachuntersuchungstermins. Die Nachuntersuchung erfolgte durch einen unabhängigen Untersucher aus dem Team des DKZP, nicht durch den zuvor behandelnden Therapeuten. Das Interview bestand aus einem freien Teil, der die Entwicklung der zwischenmenschlichen Beziehungsgestaltung des Patienten zum Thema hatte, sowie einem halbstrukturierten Teil, in dem Punkte wie der augenblickliche Gesundheitszustand, das subjektive Erleben körperlicher und seelischer Symptome, Genuss- und Suchtmittelgebrauch, aktuelle Beziehungen zu bedeutsamen Anderen, die aktuelle Lebenssituation hinsichtlich Wohnen und Arbeit, Sexualität und Liebesfähigkeit, das derzeitige Selbstbild und die Erfahrung mit der erfolgten Kurzzeittherapie erfragt wurden.

#### **4.2.3 OPD-Befunderhebung**

Grundlage für die erhobenen OPD-Befunde ist das Handbuch der OPD-2 (2006) mit den Operationalisierungen und Manualisierungen der Achsen I-V wie im Kapitel 2.1.2 dargestellt. Die Dokumentation erfolgt mit Hilfe des OPD-2 Erhebungsbogens (siehe Anhang 7.1). Dabei unterscheidet sich das methodische Vorgehen auf den einzelnen

OPD-Achsen: Auf den Achsen I, (Krankheitserleben/Behandlungsvoraussetzungen), III (Konflikt) und IV (Struktur) werden Ausprägungen der Items gemäß ihrer Operationalisierung auf einer Ordinalskala geratet. Die Anzahl der möglichen Merkmalsausprägungen (Kategorien) der Ordinalskala variiert dabei zwischen den einzelnen Achsen (Achse I fünf Kategorien, Achse III vier Kategorien, Achse IV sieben Kategorien).

Befunde der Achse II (Beziehung) werden nicht mit Hilfe einer Skala erfasst, sondern, die Beziehungsgestaltung soll anhand einer beziehungs-dynamischen Formulierung, wie im Kapitel 2.1.2.2 dargestellt, beschrieben werden. Die Grundlage hierzu bildet die beigefügte Itemliste (Anhang 7.1.1), aus welcher zutreffende Items für jeden Patienten individuell ausgewählt werden, um abschließend hiermit das maladaptive Beziehungsgeschehen als Zirkumplexmodell zu formulieren.

Achse V dient klinisch der ergänzenden formellen Dokumentation der ICD-10 und optional der DSM-IV Diagnosen. Hier wird kein OPD-Befund im eigentlichen Sinne erhoben, sondern lediglich gemäß dieser konventionellen Diagnosesysteme verschlüsselt. Eine Diagnostik nach den Kriterien der ICD-10 wird routinemäßig bei Vorstellung der Patienten in der psychosomatischen Klinik durchgeführt. Die Patienten wurden anhand dieser Systematik auch den Diagnosegruppen des DKZP zugeordnet. Da die diagnostische Beurteilung nach ICD-10/DSM-IV keine weiteren für unsere Untersuchung bedeutsamen Erkenntnisse liefert, wurde die Achse V der OPD für die vorliegende Untersuchung ausgeklammert.

Hinsichtlich der Erfassung des Krankheitserlebens und der Behandlungsvoraussetzungen (Achse I) flossen nicht alle Variablen in unsere Untersuchung ein: Anhand der Achse I der OPD-2 werden insbesondere persönliche Parameter des Patienten erfasst, die im klinischen Alltag eine Behandlungs- und Therapieplanung und -optimierung erleichtern sollen, zum Beispiel die Schwere der Symptomatik, die gewünschte Behandlungsform oder das Alter bei Erstmanifestation. Bei einigen dieser Items ergab sich jedoch aufgrund der bereits abgeschlossenen Behandlung aus den Nachuntersuchungsprotokollen kein ausreichendes Material zur Beurteilung des Verlaufs (z.B. zum Item „Gewünschte Behandlungsform“). Des Weiteren schien bei einigen Items eine Einbeziehung im Hinblick auf die Fragestellung nicht sinnvoll, da die

Items keine therapie-veränderlichen Merkmale erfassen (z.B. Alter bei Erstmanifestation). Diese Items flossen daher nicht in die Untersuchung ein. Auf die Einbeziehung der in die Achse I integrierten, objektivierenden Verfahren zur Einschätzung der Erkrankungsschwere (GAF und EQ-5D) wurde aufgrund des (im Hinblick auf psychodynamische Gesichtspunkte) nur sehr geringen Informationsgehaltes verzichtet. Untersucht wurde demnach der Verlauf folgender zehn Items der Achse I: Schwere der Symptomatik (Item 1.1), Leidensdruck (Item 3.1), Krankheitserleben und -darstellung (Item 3.2-3.4), Krankheitskonzepte (Item 4.1-4.3) sowie Veränderungsressourcen (Item 6.1-6.2).

#### **4.2.4 Vorgehen bei der OPD-Veränderungsmessung**

Um Veränderungen in den OPD-Befunden zwischen t1 und t2 zu erfassen, wurde folgendermaßen vorgegangen. Aufgrund ihres wie oben beschriebenen abweichenden methodischen Konzeptes wird die Achse II in den nachstehenden Erläuterungen gesondert dargestellt.

##### **4.2.4.1 Achsen I, III, IV**

In einem ersten Schritt wurden mit Hilfe von SPSS für Windows Version 18.0 und 19.0 (SPSS Inc., USA) zunächst in Kontingenztafeln die Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen der einzelnen Items zu beiden Zeitpunkten gegenüber gestellt (Tab. 3). Dies wurde für die beiden BSS-Gruppen getrennt durchgeführt. Es ergab sich also pro Item je eine Kontingenztafel für jede Verlaufsgruppe. Als Beispiel die ausführliche Kontingenztafel für Achse I, Item 1.1 „Schwere der Symptomatik“ (siehe Anhang 7.1) der BSS-Verbesserer:

		Achse 1 Item1: Schwere der Symptomatik zu Katamnesezeitpunkt						
		nicht/kaum	leicht	mittel	hoch	sehr hoch	Gesamt	
Achse 1 Item1.1: Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn	leicht	Anzahl	1	0	1	0	0	2
		% der Gesamtzahl	8.3%	0%	8.3%	0%	0%	16.7%
	mittel	Anzahl	3	4	0	0	0	7
		% der Gesamtzahl	25 %	33.3%	0%	0%	0%	58.3%
	hoch	Anzahl	0	0	1	1	0	2
		% der Gesamtzahl	0%	0%	8.3%	8.3%	0%	16.7%
	sehr hoch	Anzahl	0	0	0	0	1	1
		% der Gesamtzahl	0%	0%	0%	0%	8.3%	8.3%
	Gesamt	Anzahl	4	4	2	1	1	12
		% der Gesamtzahl	33.3%	33.3%	16.7%	8.3%	8.3%	100 %

Tabelle. 3 Ausführliche Kontingenztafel: Gruppe der BSS-Verbesserer: Achse 1 Item1.1: Schwere der Symptomatik zu Therapiebeginn x Schwere der Symptomatik zu Katamnesezeitpunkt

Aufgrund des geringen Stichprobenumfangs von zwölf beziehungsweise acht Patienten pro BSS-Gruppe einerseits, und der großen Anzahl von Merkmalsausprägungen pro Variable andererseits, erschien eine Auswertung der Ergebnisse in dieser Weise zu wenig aussagekräftig.

Aus den ausführlichen Kontingenztafeln wurde daher extrahiert, welche qualitativen Veränderungen sich aus den Befunden zwischen den beiden Zeitpunkten t1 bzw. t2 ergaben. Diese wurden dann als „Verbesserung“, „Verschlechterung“ bzw. „keine Veränderung“ mittels SPSS wiederum in Kontingenztafeln erfasst (Kontingenztafeln „Veränderung“, Tabellen 7.2.1 bis 7.2.25 im Anhang). Hierbei wurde bereits eine Bewegung um einen Punktwert auf der OPD-Beurteilungs-Skala als entsprechende

Veränderung gewertet.

Die so gewonnenen Informationen hinsichtlich der Veränderungen der OPD-Merkmale zwischen t1 und t2 stellen den ersten Teil der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit dar. Zur Beantwortung der Frage nach einer Abhängigkeit zwischen den so erfassten Veränderungen der Befunde und dem klinischen Verlauf der Symptomschwere gemäß BSS, wurde anhand der Kontingenztafeln in einem zweiten Schritt ein Signifikanztest auf Unabhängigkeit (exakter Fisher-Test) mittels SPSS durchgeführt (siehe Anhang 7.2).

Eine Abweichung von dem oben genannten Vorgehen, die erhobenen Daten im Hinblick auf die Qualität der Veränderung zu kategorisieren um Therapieprozesse zu erfassen, bildet die Auswertung der Items 4.1 bis 4.3. In diesen Items werden das subjektive Krankheitskonzept des Patienten beurteilt: Erfasst werden soll die Ausprägung der somatischen, psychischen und sozialen Komponente im subjektiven Krankheitsverständnis des Patienten. Nach Meinung der Verfasserin der Arbeit kann unter Berücksichtigung der Komplexität des zugrunde liegenden Modells und der Verbundenheit der drei Subkategorien, eine im Zuge der therapeutischen Behandlung in einer dieser Teilbereiche auftretende Veränderung jedoch nicht losgelöst von den übrigen beiden Kategorien betrachtet werden. Eine *qualitative Bewertung* einer solchen Veränderung scheint überdies ebenfalls nicht sinnvoll. Dessen ungeachtet erscheint jedoch ein Vergleich der unterschiedlichen *Gewichtung* der einzelnen Aspekte des Krankheitsmodells im Therapieverlauf zwischen den beiden Gruppen interessant. Aus diesen Überlegungen heraus werden im Ergebnisteil lediglich die Häufigkeiten der Merkmalsausprägungen in den drei Subkategorien zu beiden Messzeitpunkten einander gegenüber gestellt. Aufgrund der im Verhältnis zur Anzahl der Merkmalsausprägungen geringen Gruppenstärken wurden die Merkmalsausprägungen 0 (nicht/kaum) und 1 (leicht) sowie 3 (hoch) und 4 (sehr hoch) zusammengefasst, so dass sich drei Kategorien ergeben (kaum/leicht, mittel, hoch/sehr hoch) (Tabellen 7.2.6-7.2.8 im Anhang).

#### **4.2.4.2 Achse II**

Um die Entwicklung der Beziehungsgestaltung der Patienten vergleichen zu können, wurde bei der Verlaufs-Beziehungsdiagnostik die inhaltlich-individuelle Ebene ver-

lassen und die Entwicklung der Beziehungsgestaltung ebenfalls anhand qualitativer Kategorien beurteilt:

Mit Hilfe der OPD-Itemlisten wurden (s. Anhang 7.1.1) zunächst für jeden Patienten die drei zu Therapiebeginn bestimmenden, dysfunktionalen Beziehungsthemen (auf jeder der vier zu beurteilenden Beziehungsperspektiven) benannt. Die Verknüpfung dieser Verhaltensweisen zu einem beziehungs-dynamischen Zusammenhang aller Perspektiven erfolgte für den Zeitpunkt t1 als Kontrollmethode für die Schlüssigkeit der angenommenen interpersonellen Dynamik.

Für die Untersuchung der Beziehungskonstellation zum Zeitpunkt t2 wurde keine erneute vollständige Beziehungsdiagnostik durchgeführt, sondern die Entwicklung der zuvor benannten individuellen, problematischen Verhaltensweisen qualitativ im Sinne einer „Verbesserung“, „keiner Veränderung“ oder „Verschlechterung“ kategorisiert. Pro Patient konnten demnach jeweils drei Items auf den vier Beziehungsebenen in die Kategorien eingeordnet werden. Betrachtet wird abschließend die Anzahl der „verbesserten Items“ auf den einzelnen Beziehungsperspektiven. Die Fokussierung auf diese Kategorie wurde gewählt, um den Aspekt eines positiven Therapieeffektes abzubilden. Als Vergleich der beiden Verlaufgruppen werden somit Häufigkeiten in der Anzahl der „verbesserten Items“ gegenüber gestellt (Tabellen 7.2.11-7.2.14 im Anhang).

#### **4.2.5 Reliabilität der OPD-Befunde**

Eine annehmbare bis gute Interraterreliabilität konnte für die einzelnen Achsen der OPD-2 in verschiedenen Untersuchungen aus dem Umfeld des Arbeitskreises OPD bereits nachgewiesen werden, wobei hier die Einteilung von Cicchetti (1994) zugrunde gelegt wird (Arbeitskreis OPD, 2006): Bei klinisch erfahrenen Untersuchern und der Verwendung von videographierten Interviews als Beurteilungsgrundlage wurden auf der Achse Konflikt mittlere Kappa-Werte von .61 (range .48 bis .71) erreicht; im Vergleich dazu zeigten im klinischen Alltag von zwei Ratern durchgeführte Einschätzungen Übereinstimmungen von im Mittel .40. Die Gegenüberstellung der Befunde von Studenten nach dem Standardtraining ergab mittlere Kappa-Werte von .33. Interraterreliabilitäten der Achse Beziehung lagen unter allen Unter-

suchungsbedingungen leicht über den Werten der Konfliktachse (Kappa-Werte zwischen .62 bei klinisch erfahrenen Kollegen und .42 bei Studenten) (Arbeitskreis OPD, 2006).

Aktuell veröffentlichten Benecke et al. 2009 eine Arbeit zur Reliabilität der Strukturachse der OPD-2: Mit Kappa-Werten zwischen .61 und .83 konnte eine gute bis sehr gute Übereinstimmung zwischen Mitgliedern des Arbeitskreises OPD gezeigt werden. Die Übereinstimmung zwischen eben diesen versierten Psychoanalytikern und OPD-Fachkennern und einem klinisch unerfahrenen Kollegen, der im Rahmen eines OPD-Standardtrainings geschult wurde, schwankte deutlich stärker zwischen annehmbaren und guten Werten (range .44 bis .81).

Die in der vorliegenden Untersuchung verwendeten OPD-Befunde wurden durch die klinisch unerfahrene Verfasserin nach intensivem Selbststudium des OPD-Manuals sowie Teilnahme an klinikinternen Fortbildungen und Supervisionen unter der Leitung eines erfahrenen Psychoanalytikers (W.Tress) erhoben. Zur Absicherung der erzielten Ergebnisse wurden exemplarisch für sechs Patienten für die Achsen Konflikt und Struktur Interraterreliabilitäten zwischen beiden Ratern berechnet. Da bei den Berechnungen nicht die Validität der Verlaufseinschätzung im Mittelpunkt stand, sondern die grundsätzliche Verlässlichkeit der erhobenen Befunde, konnten alle Befunde einzeln für die Reliabilitätsanalyse verwendet werden (somit jeweils zwölf pro Rater: t1 und t2 für sechs Patienten). Als Maß wurde das gewichtete Kappa verwendet (Cohen, 1968). Ausnahme bildet hier die Berechnung der Übereinstimmung hinsichtlich des Hauptkonfliktes: Wegen eines statistischen Verteilungsproblems (aufgrund des kleinen n) wird hier bei der Kappaberechnung die Reliabilität unterschätzt. Die prozentuale Übereinstimmung betrug jedoch 92% und ist damit sehr hoch. Für den Nebekonflikt ergab sich ein gutes Kappa von .74. Die Übereinstimmung auf der Strukturachse schwankte zwischen .51 und .85, die Einschätzung des Gesamtstrukturniveaus zeigte ebenfalls eine sehr gute Übereinstimmung (Kappa= .78).

Für die Achse Beziehung wurde keine statistische Reliabilitätsanalyse durchgeführt, sondern ebenfalls der prozentuale Grad der Übereinstimmung bei der Benennung der beziehungs-dynamischen Formulierung durch den erfahrenen Rater eingeschätzt. Es ergaben sich nach der Einschätzung des Analytikers ebenfalls durchgängig

Übereinstimmungen von 80-90%.

Man kann also insgesamt von einer guten Reliabilität der für diese Untersuchung erhobenen Befunde ausgehen, so dass die Ergebnisse aus dieser Perspektive als verlässlich gelten können.

#### **4.2.6 Klinische Verlaufsbeurteilung mittels BSS**

Die Hintergründe und Anwendung des Beeinträchtigungs-Schwere-Scores nach Schepank wurden in Kapitel 2.2 ausführlich dargestellt. Im Rahmen des Düsseldorfer Kurzzeittherapie-Projektes erfolgte standardisiert bei jedem in das Projekt aufgenommen Patienten eine Einschätzung der Beeinträchtigung auf den drei Dimensionen des BSS durch die Therapeuten bzw. Nachuntersucher zu Anfang der Kurzzeittherapie (t1) sowie zu Therapieende und zu den Nachuntersuchungszeitpunkten nach sechs (t2) und zwölf Monaten. Die in den Patientenakten dokumentierten Werte bzw. Verläufe der Zeitpunkte t1 und t2 wurden als Referenzwerte in der vorliegenden Arbeit verwendet. Diese BSS-Werte und die sich daraus ergebende Zugehörigkeit der einzelnen Patienten zur jeweiligen Verlaufsgruppe waren der Verfasserin der Arbeit zum Zeitpunkt der OPD-Datenerhebung noch nicht bekannt. Die Verblindung wurde dadurch gewährleistet, dass die Auswahl der Patienten aus den Datensätzen des DKZP (unter Zuhilfenahme eines Statistikprogramms) durch eine in das DKZP involvierte Therapeutin durchgeführt wurde. Diese entfernte vor der Bearbeitung des Aktenmaterials durch die Verfasserin der Arbeit die BSS-Dokumentationsbögen aus den Patientenakten.

Bei der Untersuchung der Beziehungssachse wurde, um Verzerrungen durch die übrigen BSS-Dimensionen zu vermeiden, als Vergleichswert nicht die Entwicklung des Gesamt-BSS, sondern die Veränderung der BSS-Einzeldimension „sozialkommunikative Beeinträchtigung“ verwendet. Aufgrund des verringerten höchsten Ausprägungswertes von vier Punkten auf dieser einzelnen Dimension, wurde daher eine Verbesserung von bereits einem Punktwert als eine klinisch bedeutende Veränderung gewertet. Die verwendeten BSS-Verlaufskategorien (Verbesserer versus Nicht-Verbesserer) blieben bestehen, es ergab sich daraus jedoch eine leichte Veränderung der Gruppenstärken in den Verlaufsgruppen: Die beiden Gruppen bestehen in diesem

Teil der Untersuchung jeweils aus zehn Patienten.

#### **4.2.7 Auswertung / Statistische Methoden**

Im Sinne einer explorativen Betrachtung werden die Veränderungen in den OPD-Merkmalen der Patienten qualitativ-deskriptiv (verbessert, unverändert, verschlechtert) erfasst und im Ergebnisteil dargestellt.

Hinsichtlich der Prüfung eines Zusammenhangs zwischen diesen Veränderungen der OPD-Befunde und dem BSS-Verlauf erfolgte eine Prüfung auf Unabhängigkeit zwischen den beiden Variablen mittels exaktem Fisher-Test (Fisher, 1924) auf einem Signifikanzniveau von 5%.

Die deskriptive und statistische Auswertung wurde mit Hilfe von SPSS für Windows, Version 18.0 und 19.0 (SPSS Inc., USA) und durchgeführt.

### **4.3 Ergebnisteil**

Im folgenden Teil werden die Ergebnisse der Veränderungen auf den einzelnen Achsen detailliert dargestellt (s. Anhang 7.1, OPD-Erhebungsbogen). Zur Vermeidung häufiger Wiederholungen bei der Ergebnisdarstellung werden inhaltlich verwandte oder zusammenhängende Items im Fließtext gemeinsam beschrieben. Zur besseren Übersicht finden sich die Ergebnisse der einzelnen Items noch einmal am Ende eines jeden Abschnittes als graphische Darstellung.

#### **4.3.1 Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen**

##### *Item 1.1: Schwere der Symptomatik und Item 3.1 Leidensdruck*

Betrachtet man orientierend in einem ersten Schritt zunächst alle Patienten hinsichtlich der Entwicklung der Schwere ihrer Symptomatik (Item 1.1) sowie ihres Leidensdrucks (Item 3.1) als Ausdruck der Veränderung des objektiven und subjektiven Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustandes der Patienten, kann bei zwölf beziehungsweise dreizehn der zwanzig (60%/ 65%) Patienten sechs Monate nach Therapieende sowohl eine Verbesserung der Gesamtsymptomatik als auch eine Abnahme des subjektiven Leidensdrucks festgestellt werden. Bei den übrigen acht beziehungsweise sieben Patienten wurden in der OPD-Verlaufskontrolle zum

Nachuntersuchungszeitpunkt keine positiven Veränderungen in diesen Bereichen gemessen. Formal entspricht diese Verteilung von Patienten in gebessertem Zustand zu Patienten in nicht-gebessertem Zustand dem Verhältnis von BSS-Verbesserern zu BSS-nicht-Verbesserern in der untersuchten Stichprobe. In der nach klinischen Verlaufsgruppen differenzierten Betrachtung zeigt sich, dass überwiegend OPD-Einschätzung und klinischer Verlauf übereinstimmen. Diese Abhängigkeit zwischen OPD-Merkmal und BSS-Verlauf zeigt sich insbesondere beim Item „Leidensdruck“ auch in der Signifikanz-testung:  $p = .043$ .

In Analogie zu ihren BSS-Verläufen wird in der Gruppe der gebesserten Patienten bei neun von zwölf (75%) ein Rückgang der Symptomatik auch im Sinne der OPD beschrieben (Abb. 4). Hinsichtlich der Einschätzung des subjektiven Leidensdrucks trat eine Besserung sogar bei zehn von zwölf Patienten (83.3%) auf (Abb. 4). Bei den Patienten, die keine BSS-relevanten positiven Veränderungen im Therapieverlauf zeigten, ergibt sich bezüglich der OPD-Verlaufsbefunde ein hierzu konformes Bild: Lediglich bei drei der acht Patienten (37.5%) kam es zu einer Verbesserung sowohl im Hinblick auf die Ausprägung der Symptomatik (Abb. 3), als auch auf das subjektive Leidensgefühl (Abb. 5). Vier der acht Patienten (50%) zeigten hinsichtlich der Schwere ihrer Symptomatik keine Veränderung (Abb. 3), hinsichtlich des persönlichen Leidensdrucks sogar fünf der acht (62.5%) (Abb.5). Zu einer Verschlechterung der Symptomatik kam es bei einem der acht Patienten (12.5%).

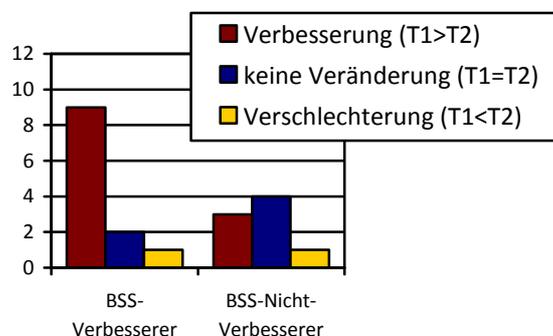


Abbildung 3: Verlauf Item 1.1: Schwere der Symptomatik. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

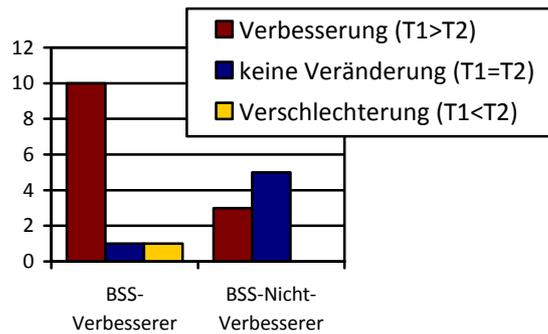


Abbildung 4: Verlauf Item 3.1 Leidensdruck. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

*Items 3.2 - 3.4: Darstellung körperlicher, psychischer und sozialer Beschwerden und Probleme*

Der mit Hilfe des BSS erfasste Rückgang der Gesamt-Erkrankungsschwere zeigt sich analog bei einer vergleichbaren Anzahl von Patienten in einem Rückgang der Darstellung von körperlichen, psychischen und sozialen Beschwerden gemäß der Operationalisierungen der OPD:

Unterschiede zwischen den beiden klinischen Gruppen treten besonders im Bereich der psychischen Beschwerdeäußerung zu Tage: Hier erreichen neun der zwölf (75%) klinisch gebesserten Patienten sechs Monate nach Therapieende niedrigere Werte als zu Therapiebeginn (Abb. 6). Rund zwei Drittel der BSS-Verbesserer beklagen auch weniger Einschränkungen im körperlichen und sozialen Bereich (Abb. 5/7). In der Vergleichsgruppe hingegen bleibt bei der Hälfte der Patienten das Ausmaß der Beschwerdedarstellung auch nach Abschluss der therapeutischen Maßnahmen in allen drei Bereichen gleich hoch (Abb. 5/6/7).

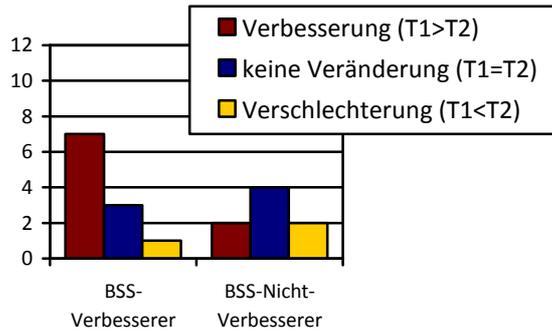


Abbildung 5: Verlauf Item 3.2 Darstellung körperlicher Beschwerden und Probleme. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

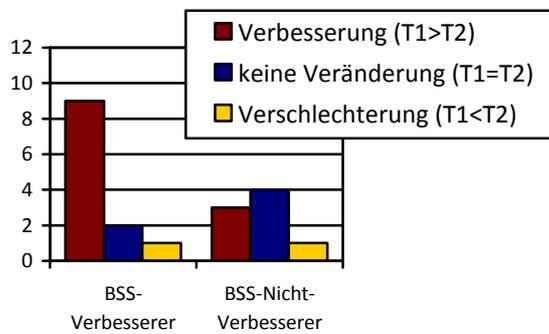


Abbildung 6: Verlauf Item 3.3 Darstellung psychischer Beschwerden und Probleme. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

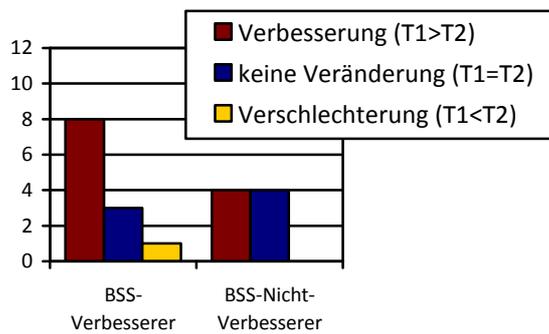


Abbildung 7: Verlauf Item 3.4 Darstellung sozialer Beschwerden und Probleme. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

#### Items 4.1 - 4.3: Krankheitskonzepte des Patienten

Die Veränderung der Ausprägung von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren am Krankheitsmodell der untersuchten Patienten gemäß OPD stellen sich folgendermaßen dar:

Ein an somatischen Faktoren orientiertes Krankheitsverständnis ist bereits zu Therapiebeginn bei dem überwiegenden Teil der Patienten in beiden Gruppen kaum oder nur leicht ausgeprägt. Im Zuge der therapeutischen Interventionen zeigt sich in beiden Verlaufsgruppen häufig eine weitere Abnahme des an somatischen Ursachen orientierten Krankheitsbildes (Abb. 8).

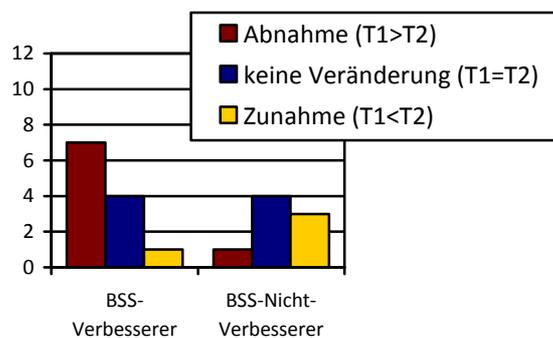


Abbildung 8: Verlauf Item 4.1 An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

Die Wahrnehmung einer psychischen Ursache für die aktuelle Krankheitssymptomatik ist in den beiden Verlaufsgruppen unterschiedlich stark ausgeprägt. In der Gruppe der BSS-Verbesserer überwiegt der Anteil der Patienten mit einem hoch oder sehr hoch an psychischen Faktoren orientierten Krankheitskonzept (7 von 12 = 58%). Bei der Vergleichsgruppe trifft dies nur bei drei von acht Patienten (38%) zu. Im Rahmen der Therapie sind in beiden Gruppen kaum Veränderungen im Hinblick auf die Berücksichtigung einer psychischen Komponente der Krankheitsgenese verzeichnenbar (Abb. 9).

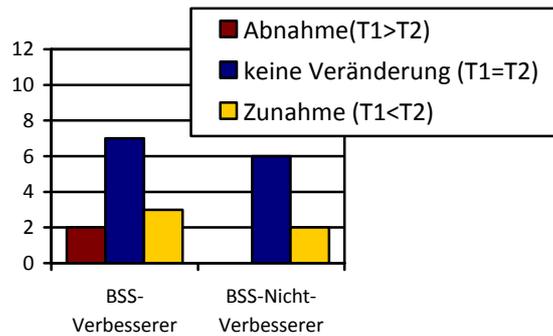


Abbildung 9: Verlauf Item 4.2 An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

Hinsichtlich der Einflussnahme der sozialen Umwelt auf die Beschwerden und Probleme der Patienten lassen sich zu Therapiebeginn ebenfalls deutliche Gruppenunterschiede erkennen: In der Gruppe der BSS-Verbesserer sieht nur einer von zwölf Patienten (8.3%) die Ursache einer Symptomatik in hohem Maße in sozialen Struktur-Bedingungen und den daraus resultierenden zwischenmenschlichen Konstellationen. Der Rest der Gruppe (92%) hält die äußeren Bedingungen nur für leicht oder mittelstark entscheidend für die Entwicklung ihrer Beschwerden. In der Vergleichsgruppe ist der Anteil der Patienten, die den sozialen Faktor als ausschlaggebend für ihre Erkrankung betrachten mit 50% deutlich höher. Interessant ist die Tatsache, dass im Rahmen der therapeutischen Arbeit bei diesen Patienten die externalisierende Komponente des Krankheitsverständnisses stark verringert werden kann (Abb. 10): In beiden Gruppen hält jeweils nur noch ein Patient (12.5%) zum Sechs-Monats-Follow-up äußere Ursachen für mittelmäßig-bedeutend für seine psychischen Probleme, die übrigen Patienten in beiden Gruppen beurteilen die soziale Ursache ihrer Beschwerden nur noch als nicht/kaum vorhanden.

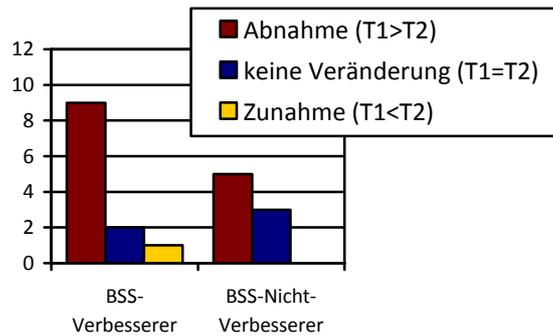


Abbildung 10: Verlauf Item 4.3 An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitsbild. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

### *Items 6.1 und 6.2: Persönliche Ressourcen und (Psycho-)soziale Unterstützung*

Im Hinblick auf konstruktive Bewältigungsmechanismen im Sinne persönlicher Ressourcen zeigt sich in der Gesamtbetrachtung bei zwölf von zwanzig Patienten (60%) eine Zunahme. Bei der Einschätzung hinsichtlich des Erkennens und der Mobilisierung von sozialen Unterstützungsmöglichkeiten fällt die Entwicklung weniger gut aus: Nur bei neun der zwanzig (45%) Patienten vollzieht sich hier nach Einschätzung der Untersucherin eine Verbesserung. Nach Verlaufsgruppen getrennt betrachtet ergibt sich folgendes Bild (Abb. 11/12):

Die Gruppe der BSS-Verbesserer profitiert sowohl beim Ausbau eigener konstruktiver Bewältigungsaktivitäten, als auch bei der Wahrnehmung und Nutzung sozialer Unterstützung signifikant stärker von der therapeutischen Arbeit. Können mehr als drei Viertel der BSS-Verbesserer ihre persönlichen Ressourcen im Verlauf der Therapie ausbauen, gelingt dies demgegenüber nur einem Viertel der Vergleichsgruppe ( $p = .026$ ). Bei mehr als doppelt so vielen Patienten (58.3%) aus der Gruppe der BSS-Verbesserer im Vergleich zur Gruppe der BSS-Nicht-Verbesserer (25%) ist eine Zunahme emotionaler und instrumenteller Unterstützung aus dem sozialen Umfeld der Patienten erkennbar ( $p = .342$ ).

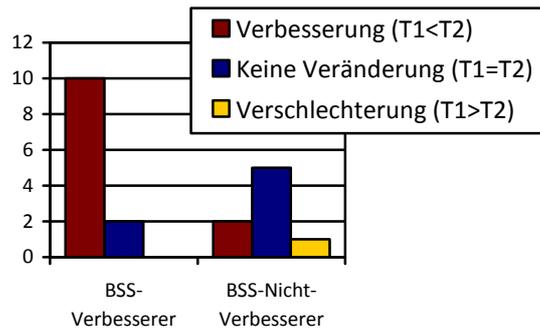


Abbildung 11: Verlauf Item 6.1 Persönliche Ressourcen. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

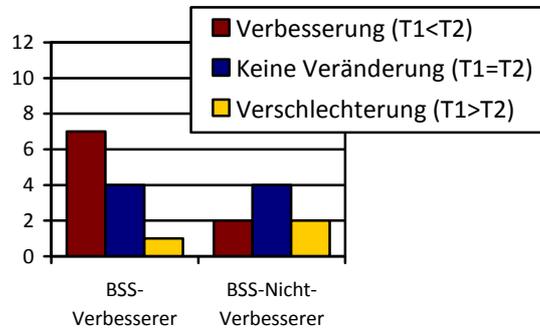


Abbildung 12: Verlauf Item 6.2 (Psycho-)soziale Unterstützung. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

### 4.3.2 Ergebnisse Achse II: Beziehung

Grundsätzlich zeigt sich, dass erwartungsgemäß der größte Teil der Patienten hinsichtlich ihrer Beziehungsgestaltung von den therapeutischen Interventionen profitiert. Am deutlichsten wird dies auf der Ebene der Selbstwahrnehmung (Perspektive Patient-Selbst), hier können siebzehn der zwanzig Patienten (85%) eine grundsätzliche Auflösung dysfunktionaler Beziehungsmuster erreichen, im Sinne einer Verbesserung von ein bis drei Items (Abb.13). Jeder Patient verbessert hier im Mittel 1.5 Items seines individuellen Beziehungsverhaltens. Auch auf den übrigen Erlebensperspektiven zeigt sich bei mindestens der Hälfte aller Patienten eine Tendenz zur Verbesserung ihrer Beziehungsgestaltung (Abb. 14/15/16). Die mittlere Anzahl der verbesserten Items beträgt 1.25 hinsichtlich der Wahrnehmung Anderer durch den

Patienten und 1.1 Items auf den beiden Perspektiven des Gegenübers.

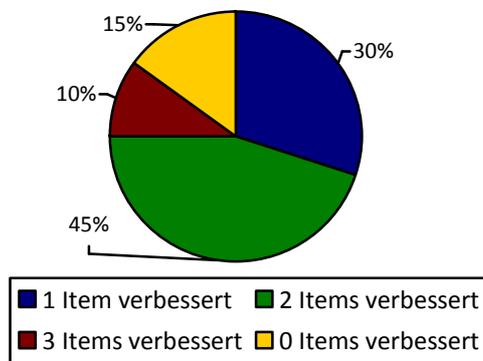


Abbildung 13: Beziehungsperspektive „Patient zu sich selbst“: Anzahl verbesserte Items aller Patienten zu t2.

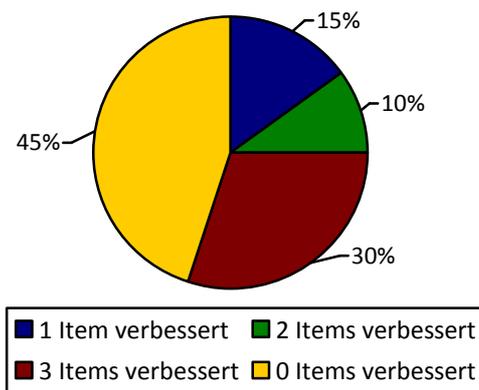


Abbildung 14: Beziehungsperspektive „Patient zu Anderen“: Anzahl verbesserte Items aller Patienten zu t2.

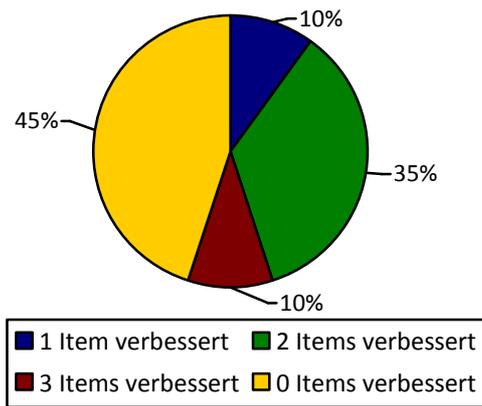


Abbildung 15: Beziehungsperspektive „Andere zu Patient“: Anzahl verbesserte Items aller Patienten zu t2.

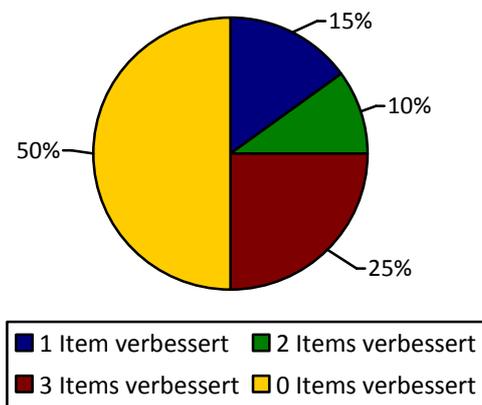


Abbildung 16: Beziehungsperspektive „Andere zu sich selbst“: Anzahl verbesserte Items aller Patienten zu t2.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse unter Berücksichtigung der klinischen Entwicklung zeigen sich klare Unterschiede zwischen den Verlaufgruppen: Auf allen Ebenen verbessern die Patienten, die klinisch signifikant von der Therapie profitieren, zwei oder drei Items. In der Vergleichsgruppe dagegen zeigen sich (mit Ausnahme der Selbstwahrnehmung) auf allen Ebenen bei sieben der zehn Patienten Verbesserungen in keinem Item (Abb. 17-20).

Am deutlichsten ( $p = .015$ ) zeigt sich dieser Gruppenunterschied bei der Entwicklung der Wahrnehmung des Gegenübers (Abb. 18). Am wenigsten ausgeprägt sind die

Gruppenunterschiede hinsichtlich der Selbstwahrnehmung (Abb. 17), da hier *beide* Gruppen sehr deutlich von der Therapie profitieren ( $p = .550$ ). Zur anschaulicheren Darstellung dienen folgende Graphiken:

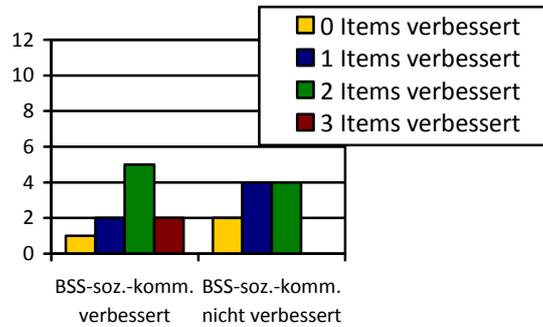


Abbildung 17: Verlauf Beziehungsperspektive „Patient zu sich selbst“. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

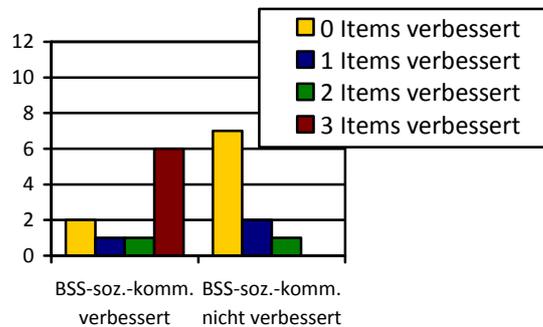


Abbildung 18: Verlauf Beziehungsperspektive „Patient zu Anderen“. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

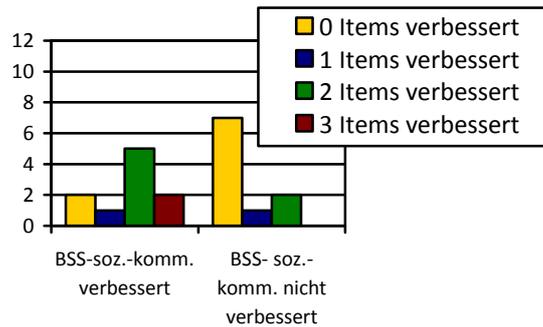


Abbildung 19: Verlauf Beziehungsperspektive „Andere zu Patient“. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

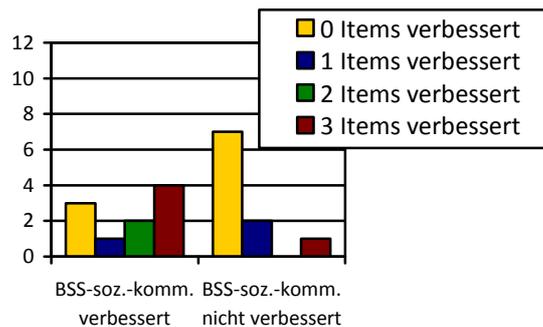


Abbildung 20: Verlauf Beziehungsperspektive „Andere zu sich selbst“. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

### 4.3.3 Achse III: Konflikt

Im Bereich der Konfliktlösung, fokussiert auf die zuvor identifizierten bestimmenden Haupt- und Nebenkongflikte der Patienten, ergeben sich, wie für Kurzzeittherapien zu erwarten, bei insgesamt nur wenigen Patienten Veränderungen (Abb. 21). Anzumerken ist hierbei, dass die erfassten Verbesserungen des Hauptkonflikts lediglich maximal einen Skalenschritt auf dem Niveau der hohen Merkmalsausprägungen der Konflikt-Operationalisierungen betragen: Die sechs der zwanzig Patienten (30%), bei denen eine Verbesserung ihrer Konfliktkonstellation sechs Monate nach Abschluss der

Psychotherapie erkennbar ist, verändern diese lediglich von der Ausprägung „sehr bedeutsam“ zur Ausprägung „bedeutsam“.

Bemerkenswert ist jedoch wiederum auch hier, dass sich diese sechs Patienten alle der Gruppe der BSS-Verbesserer zuordnen lassen, was möglicherweise einen Zusammenhang zwischen der klinisch insgesamt erfassbaren Zustandsverbesserung und einer (beginnenden) Lösung der persönlichkeitsbestimmenden Konflikte vermuten lässt. Die übrigen sechs der zwölf BSS-Verbesserer zeigen ebenso wie alle acht Patienten der Vergleichsgruppe keine Veränderungen in der Ausprägung der Bedeutung ihrer persönlichen Konfliktthemen sechs Monate nach Beendigung der Therapie. Die statistische Prüfung bestätigt die Abhängigkeit von klinischem Verlauf und OPD-Veränderung ( $p = .042$ )

Im Hinblick auf die Bearbeitung des wichtigsten Nebenkonfliktes im Sinne der OPD ist bei der Betrachtung des Gesamtkollektivs noch weniger Bewegung erkennbar (Abb. 22): Die drei Patienten, die hier im Rahmen der psychodynamischen Arbeit eine positive Entwicklung bewirken konnten, gehören jedoch wiederum alle der Gruppe der BSS-Verbesserer an.

Bei den analog zur Beurteilung mittels Beeinträchtigungs-Schwere-Score klinisch nicht deutlich gebesserten Patienten kam es bei einem Patienten im Bereich des Nebenkonfliktes zu einer Zunahme der Konfliktspannung um einen halben Skaleneinheit.

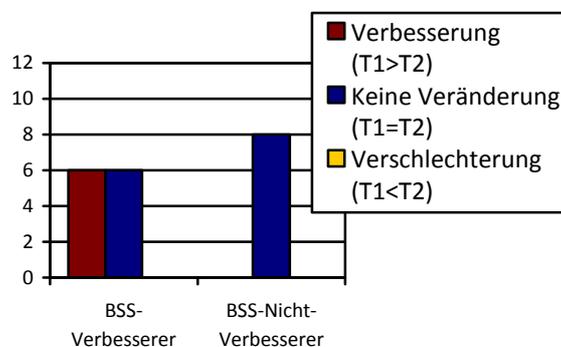


Abbildung 21: Verlauf Hauptkonflikt. Vergleich der klinischen Verlaufgruppen.

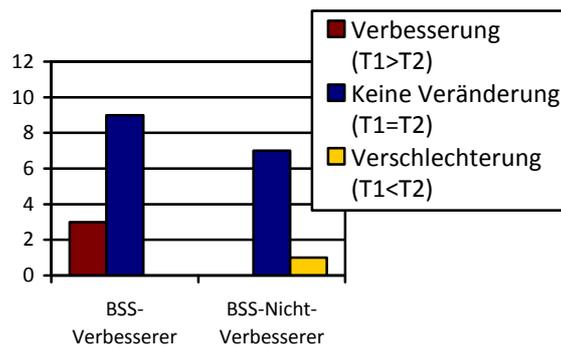


Abbildung 22: Verlauf Nebenkongflikt. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

#### 4.3.4 Achse VI: Struktur

Die OPD-Diagnostik der vierten Achse, auf welcher die Persönlichkeitsstruktur der Patienten beurteilt werden soll, gliedert sich in zwei Abschnitte: Im ersten Abschnitt soll in vier Dimensionen, jeweils in Bezug zum Selbst und zu den Objekten, die Struktur des Patienten beschrieben werden. Anschließend wird im zweiten Schritt die Einschätzung dieser einzelnen Strukturdimensionen in eine Gesamtbeurteilung des strukturellen Integrationsniveaus überführt.

Es zeigt sich, dass hinsichtlich der Gesamteinschätzung des Strukturniveaus die Hälfte aller untersuchten Patienten (10 von 20) zum Nachuntersuchungszeitpunkt t2 von der psychotherapeutischen Behandlung profitiert. Bei fast allen Patienten (mit Ausnahme eines Falles) machen diese erfassten Veränderungen jedoch lediglich einen halben Punkt auf der Ordinalskala der OPD-Strukturdiagnostik aus. Ganz klar erkennbar ist jedoch auch bei diesen kleinschrittigen Veränderungen eine Kongruenz zum klinischen Verlauf der Patienten, was sich in der Tendenz auch in der statistischen Prüfung zeigt ( $p = .110$ ): Acht der zehn Patienten, bei denen eine Verbesserung im Hinblick auf die Gesamt-Persönlichkeitsstruktur im Sinne der OPD messbar war, zählen zur Gruppe der Patienten, bei denen klinisch insgesamt ein positiver Effekt der Behandlung beschrieben werden konnte (BSS-Verbesserer) (Abb. 31). In der Vergleichsgruppe konnte lediglich bei zwei von acht Patienten (25%) eine Besserung des Integrationsniveaus erreicht werden, beim überwiegenden Teil (62.5%) zeigen sich keine Veränderungen der psychischen Struktur sechs Monate nach Therapie-Ende.

Diese Unterschiede der strukturellen Gesamtentwicklung der Patienten in den beiden Gruppen leiten sich von den Befunden auf den Einzeldimensionen der Achse IV ab (Abb. 23-30): In allen Befunddimensionen wird in der Gruppe der BSS-Verbesserer bei mindestens 50% der Patienten eine positive Tendenz deutlich, in der Gruppe der BSS-Nicht-Verbesserer überwiegt ein Gleichbleiben der Befunde von t1 zu t2. Hinsichtlich der Entwicklung der Objektwahrnehmung (Item 1b) und der Kommunikation nach innen (Item 3a) sind die Verlaufsunterschiede zwischen den beiden Gruppen statistisch signifikant ( $p = .011$ ) (Abb. 24/27). Nahezu ebenso deutlich treten die Gruppenunterschiede bei der Entwicklung der Selbstwahrnehmung (Item 1a) und der Regulierung des Objektbezuges (Item 2b) zutage (Abb. 23/26): Die BSS-Verbesserer zeigen in 58% (7 von 12) eine Verbesserung der Selbstwahrnehmung und der Regulierung des Objektbezuges, dies gelingt in der Gruppe der BSS-Nicht-Verbesserer lediglich einem Patienten (12.5%).

Insgesamt ist also auch im Bereich der Strukturdiagnostik der OPD eine deutliche Übereinstimmung mit der klinischen Einschätzung mittels Beeinträchtigungs-Schwere-Score festzustellen.

Graphisch stellt sich die Entwicklung in den einzelnen Dimensionen der Strukturachse der OPD folgendermaßen dar:

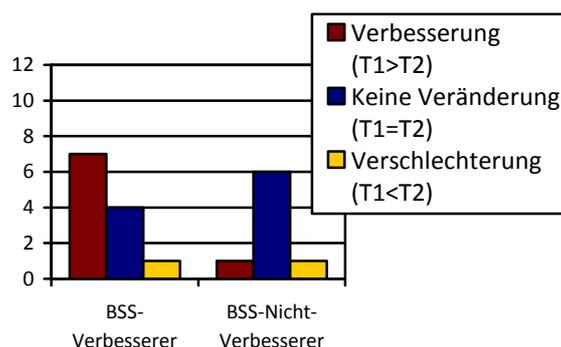


Abbildung 23: Verlauf Item 1a: Selbstwahrnehmung. Vergleich der klinischen Verlaufsgruppen.

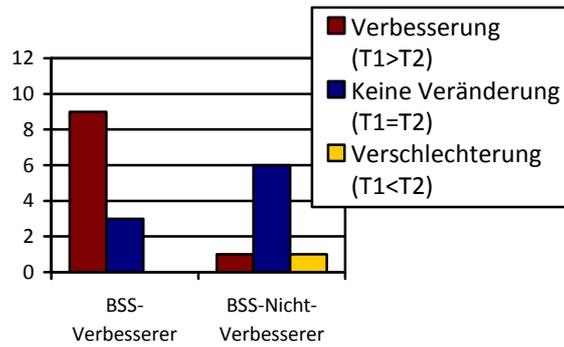


Abbildung 24: Verlauf Item 1b: Objektwahrnehmung. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

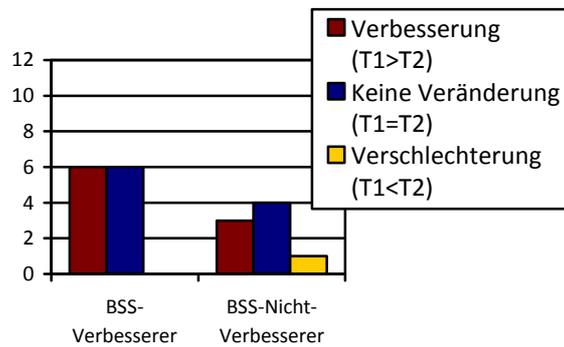


Abbildung 25: Verlauf Item 2a: Selbstregulierung. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

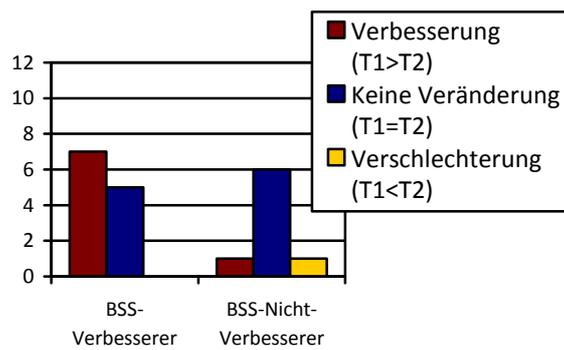


Abbildung 26: Verlauf Item 2b: Objektregulierung. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

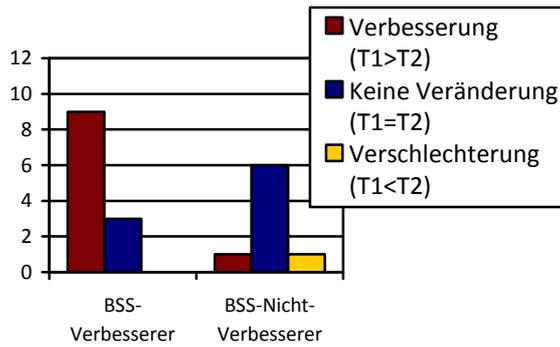


Abbildung 27.: Verlauf Item 3a: Kommunikation nach innen. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

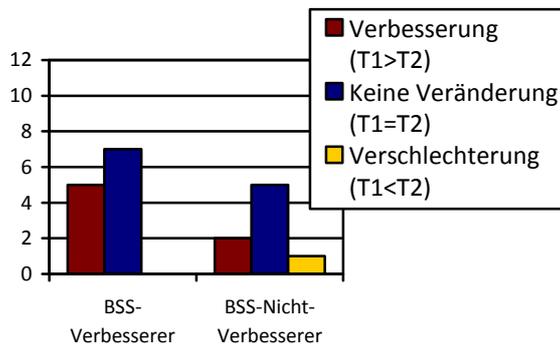


Abbildung 28: Verlauf Item 3b: Kommunikation nach außen. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

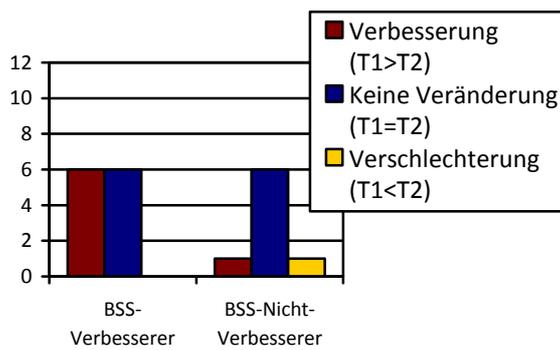


Abbildung 29: Verlauf Item 4a: Bindung an innere Objekte. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

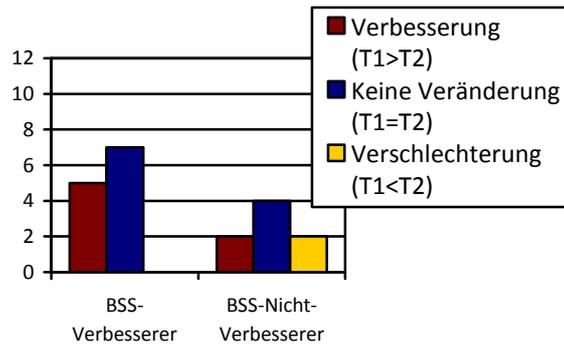


Abbildung 30: Verlauf Item 4b: Bindung an äußere Objekte. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

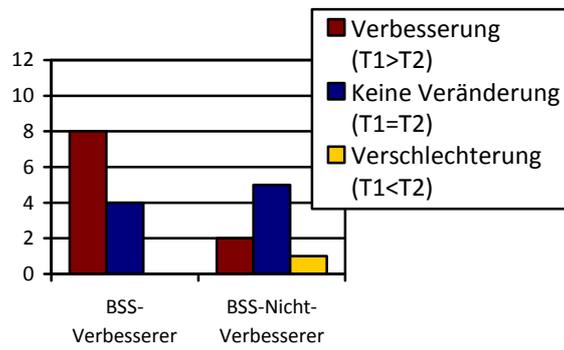


Abbildung 31: Verlauf Item 5: Struktur gesamt. Vergleich der klinischen Verlaufsguppen.

## 5 Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Die OPD-2 wurde entwickelt, um komplexe Bedingungsgefüge psychischer Vorgänge und Störungen genauer erfassen zu können, und um die daraus gewonnenen Informationen nicht nur zusammenhangslos als reine Faktensammlung individueller Merkmale der Patienten nebeneinander zu stellen, sondern sich diese bei der individuellen Therapieplanung und insbesondere auch bei der Erfassung und Beurteilung therapeutischer Prozesse zu Nutzen zu machen (OPD-2, 2006, S.29/30):

„Dieser Erfolg sollte nicht mit beliebigen objektivierenden Fragebögen oder Beobachtungsbögen gemessen werden, sondern mit jenen Kategorien und Begriffen, mit denen auch das klinische Problem formuliert wurde. Auf diese Weise werden das zu behandelnde Problem, der Interventionsprozess und das Behandlungsergebnis auf eine gemeinsame konzeptuelle Basis gestellt. (...) Die OPD-2 folgt damit den aktuellen Anforderungen der Psychotherapieforschung, die Effekte der Veränderung im Prozess erfassen will, um Wirkmechanismen von Psychotherapie zu identifizieren.“ (OPD-2, 2006, S.29/30).

Aus dieser Kernidee des Arbeitskreises OPD hinsichtlich des Einsatzes des von seinen Mitgliedern entwickelten diagnostischen Instrumentes entstand auch die Idee, die der Dissertation zugrunde gelegten Hypothesen zu überprüfen:

- 1) H<sub>0</sub>: Mit Hilfe der OPD-2 ist es nicht möglich, Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie auf der Ebene psychodynamischer Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen.  
  
H<sub>1</sub>: Mit Hilfe der OPD-2 ist es möglich, Effekte von psychodynamischer Kurzzeittherapie auf der Ebene psychodynamischer Persönlichkeitsmerkmale zu erfassen.
- 2) H<sub>0</sub>: Die therapeutischen Veränderungen nach OPD-2 verlaufen nicht entsprechend dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und können damit die klinisch-symptomatisch unveränderten Patienten von denen, die ihre Therapie erfolgreichen durchführten, nicht trennen.

H<sub>1</sub>: Die therapeutischen Veränderungen nach OPD-2 verlaufen entsprechend dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) und trennen damit die klinisch-symptomatisch unveränderten Patienten von denen, die ihre Therapie erfolgreichen durchführten.

Nach Darstellung der Ergebnisse auf den vorangegangenen Seiten lassen sich zusammenfassend folgende Aussagen bezüglich der Hypothesen der Arbeit treffen:

Ad 1) In der Stichprobe der zwanzig hier untersuchten Patienten ist bei einem Großteil der Patienten eine positive Bewegung in den durch die OPD insgesamt erfassten psychodynamisch relevanten Persönlichkeitsmerkmalen nach Kurzzeitpsychotherapie festzustellen: Die OPD ist also geeignet, therapeutische Veränderungen in der Psychodynamik eines Patienten abzubilden. Der Begriff positive Bewegung wird jedoch an dieser Stelle gewählt, um zum einen den erkennbaren therapieinduzierten Veränderungen Rechnung zu tragen, zum anderen aber auch hervorzuheben, dass das Ausmaß der Veränderungen zwischen Therapiebeginn und 6-Monats-follow-up auf allen Achsen der OPD klein ist. Hierauf soll im Laufe der Diskussion noch detaillierter eingegangen werden.

Ad 2) Es zeigt sich bei den hier untersuchten Patienten ein deutlicher (zum Teil auch statistisch signifikanter) Trend zu einem Zusammenhang zwischen den erkennbaren Bewegungen in den OPD-Merkmalen und dem klinischen Verlauf der Symptomschwere der Patienten.

Nachfolgend sollen einige Überlegungen zu den Ergebnissen auf den einzelnen Achsen der OPD angestellt werden:

Besonders deutlich werden einerseits grundsätzlich therapeutische Veränderungen, als auch deren Zusammenhang mit dem klinischen Verlauf gemäß BSS auf der OPD-Achse „Beziehung“. Dies überrascht keineswegs, gilt doch den zwischenmenschlichen Beziehungsmustern in der im DKZP angewendeten störungsspezifischen Kurzzeittherapie besondere Aufmerksamkeit: Ziel ist es insbesondere „die introjektive maladaptive Haltung des Patienten zu sich selbst als wesentlichen Träger der

anhaltenden psychosomatischen, innerseelischen und interpersonellen Pathologie“ (Junkert-Tress et al., 1999) zu bearbeiten und damit eine Milderung der Symptomatik zu erreichen. Diese Überlegungen implizieren die Annahme, dass ein positiver Therapieeffekt verknüpft sein *muss* mit einer positiven Beeinflussung der Beziehungsgestaltung des Patienten. Die OPD ermöglicht eine sehr differenzierte Beziehungsdiagnostik, orientiert sich wie im theoretischen Teil beschrieben prinzipiell auch an den im DKZP zugrunde gelegten beziehungstheoretischen Ideen von Benjamin, Tress et al. (1974, 1982, 1996, 2000): Die Beziehungsgestaltung wird aus vier verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, es lässt sich somit auch insbesondere die Veränderung der Wahrnehmung des Patienten von sich selbst (Introjekt) sehr genau untersuchen.

Anhand der Ergebnisse der Veränderungsmessung mittels OPD lässt sich feststellen, dass sich auf der Ebene der Selbstwahrnehmung bei den hier untersuchten Patienten die deutlichsten Veränderungen vollziehen. 85% aller Patienten können ihre Selbstwahrnehmung erkennbar verbessern, was als direktes Resultat der in der Therapie durchgeführten inhaltlichen Arbeit an der Beziehungsgestaltung (OPD-Befunde zu t1) des Patienten gewertet werden kann.

Interessant ist die Tatsache, dass bei einer Prä-Post-Betrachtung unter Berücksichtigung des Verlaufs der sozialkommunikativen Achse des BSS, beide Verlaufgruppen *gleich stark* von der Arbeit an der Selbstwahrnehmung profitieren. Auf den übrigen Beziehungsperspektiven der OPD zeigen sich jedoch ganz deutliche (teilweise statistisch signifikante) Unterschiede zwischen den Verlaufgruppen: In der Gruppe der BSS-Nicht-Verbesserer tritt hier ein wesentlich geringerer Therapieeffekt zu Tage.

Diese weniger starke Auflösung dysfunktionaler Beziehungsmuster mit dem wahrscheinlich daraus resultierenden Fortbestehenden klinischer Symptomatiken bildet sich also übereinstimmend in der Beziehungsdiagnostik der OPD als auch auf der sozial-kommunikativen Ebene des BSS ab. Im Gegensatz zum BSS kann jedoch aufgrund der Feinheit der diagnostischen Herangehensweise mit Hilfe der OPD erfasst werden, dass es im Zuge der psychodynamischen Kurztherapie bei dem größten Teil der hier untersuchten Patienten zu einer Verbesserung des Introjekts kommt.

Auch bei der Betrachtung der Ergebnisse auf den Achsen „Konflikt“ und „Struktur“ lässt sich an das oben genannte anknüpfen:

Therapeutische Effekte hinsichtlich der Auflösung von lebensbestimmenden Konfliktthemen gemäß OPD finden sich zwar nur bei einem geringen Teil der Patienten (30%), dieses Ergebnis scheint jedoch im Zusammenhang mit kurzzeittherapeutischen Interventionen realistisch. Festhalten lässt sich auch hier der vermutete Zusammenhang zwischen klinischem Verlauf und Veränderungen der OPD-Konflikt-Befunde. Bei der Gegenüberstellung der beiden Verlaufsgruppen ist eine Abhängigkeit zwischen Veränderungen des Hauptkonfliktes und der BSS-Entwicklung sogar bereits bei dem hier untersuchten relativ kleinen Patientenkollektiv statistisch überzufällig häufig. Bei der Bewertung der Ergebnisse der Achse „Konflikt“ gilt es den Umstand zu berücksichtigen, dass bei der Verlaufsbeurteilung mit Betrachtung des jeweiligen Haupt- und Nebenkongfliktes auf die individuelle Konfliktkonstellation der Patienten fokussiert wurde.

Im Gegensatz hierzu wurden bei der Verlaufsbeurteilung der Strukturmerkmale in der vorliegenden Arbeit nicht individuelle Problembereiche aus dem Bereich der Persönlichkeitsstruktur (Strukturfoki) betrachtet, sondern alle Einzeldimensionen der vierten OPD-Achse miteinbezogen. Dennoch zeigt sich auch auf der Strukturachse Veränderung in den OPD-Merkmalen: Die in nahezu allen Strukturbereichen (einschließlich der Beurteilung des Gesamt-Integrationsniveaus) erkennbaren positiven Bewegungen zwischen den beiden Untersuchungszeitpunkten geben deutlichen Grund zu der Annahme, dass die kurzzeittherapeutische Behandlung hier Wirkung zeigt und sich dies mit Hilfe der OPD erfassen lässt. Des Weiteren deutet sich aber auch hier klar erkennbar ein Zusammenhang zwischen Bewegung in strukturellen Parametern und klinischem Verlauf an: Beschriebene positive Veränderungen finden sich in allen Einzeldimensionen häufiger in der Gruppe der Patienten der BSS-Verbesserer als in der Gruppe der Patienten, die klinisch weniger deutlich von der Kurzzeittherapie profitierten.

Die Entwicklungen in den Teilbereichen der Achse I der OPD mit der Thematik Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen sind als direkter Ausdruck der beschriebenen Bewegungen in den psychodynamischen Persönlichkeitsmerkmalen

Beziehung, Konflikt und Struktur zu sehen:

„Auf dem Hintergrund der psychodynamischen Theorie wird das Krankheitserleben wie auch die Krankheitsverarbeitung primär als Folge von charakteristischen Persönlichkeitsmerkmalen auf der Ebene von emotionalen, kognitiven, aber auch handlungsbezogenen Ressourcen bzw. Einschränkungen von Ressourcen gesehen. (...) Prinzipiell strukturiert die Art der Persönlichkeit die emotionalen, kognitiven und handlungsrelevanten Voraussetzungen für das Krankheitserleben und die Ressourcen für die Krankheitsverarbeitung zu einem gewichtigen Anteil.“ (Arbeitskreis OPD, 2006, S.69).

Analog zur klinischen Einschätzung sowie den Verläufen auf den übrigen Achsen ergibt sich erwartungsgemäß bei der Verlaufsbetrachtung der Schwere der Symptomatik sowie des Leidensdrucks und ebenso bei der Beurteilung von somatischen, psychischen und sozialen Beschwerden bei einem Großteil aller Patienten ein positiver Trend mit deutlich erkennbaren Unterschieden in den klinischen Verlaufsgruppen. Die bei vielen Patienten sechs Monate nach Therapie-Ende zu verzeichnender Zunahme von Kompetenzen hinsichtlich konstruktiver und interaktional-störungsadaptiver Fähigkeiten, kann mit großer Wahrscheinlichkeit als direktes Resultat der therapeutischen Arbeit gesehen werden. Auch die Veränderung des Krankheitsbildes mit Verstärkung der Orientierung an psychischen Faktoren und einem Rückgang der Erklärungsansätze aus dem somatischen und sozialen Bereich ist als therapeutischer Erfolg im Sinne einer zunehmenden Offenheit, Einsicht und Akzeptanz gegenüber psychischen Zusammenhängen zu betrachten. Es ergibt sich insgesamt vor dem Hintergrund der Bewegungen auf den übrigen Achsen ein schlüssiges Bild hinsichtlich der Entwicklung der untersuchten Variablen der Achse Krankheitserleben und Behandlungs-voraussetzungen.

Anhand dieser Ergebnisse der Untersuchung lässt sich festhalten, dass mit Hilfe der OPD-2 Veränderungen psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale im Zuge psychotherapeutischer Interventionen erfasst werden können und dass die OPD in der Lage ist, klinische Veränderungen der Symptomschwere analog dem Beeinträchtigungs-Schwere-Score abzubilden.

Dennoch sollen im Hinblick auf die Interpretation der vorliegenden Ergebnisse und auch als Anregung für zukünftige Untersuchungen in dieser Richtung an dieser Stelle

auch einige Überlegungen hinsichtlich der Grenzen und Einschränkungen beim Einsatz der OPD als Instrument der Veränderungsmessung angeführt werden:

Nach der Veröffentlichung und ersten Phase der Anwendung der OPD beschäftigten sich die Mitglieder des Arbeitskreises mit der Anwendung der OPD zur Erfassung von Therapieeffekten: Grande et al. stellten im Rahmen einer ersten Untersuchung (1998) zunächst fest, dass bei 49 Patienten im Zuge einer 12-wöchigen stationären Psychotherapie kein statistisch signifikanter Effekt auf die Befunde der OPD Achsen Konflikt und Struktur nachgewiesen werden konnte und sahen dies als Bestätigung einer grundsätzlichen Annahme hinsichtlich des Konstrukts der OPD:

„Die OPD bildet erklärtermaßen Störungsaspekte ab, die aus psychoanalytischer Sicht bedeutsam sind. Damit untersucht sie vor allem Merkmale, die sich im Rahmen langfristiger lebensgeschichtlicher Prozesse entwickelt haben und entsprechend tiefer in der Persönlichkeit der Betroffenen verankert sind.[...] Für die Anwendung der OPD im Kontext der Veränderungsmessung ist diese Eigenschaft jedoch problematisch, weil dafür Instrumente vorteilhaft sind, die leicht änderbare Merkmale erfassen und deshalb feinere Wirkungen abbilden können.“ (Grande et al., 1998)

Zeitgleich entwickelten Mitglieder des Arbeitskreises aus einer überarbeiteten Form der „Assimilation of Problematic Experience Scale (APES)“ von Stiles et al. (1992, 1995) die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) „mit dem Ziel, strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen in Ergänzung zu symptomatischen beziehungsweise verhaltensnahen Änderungen zu erfassen.“ (Grande et al., 1997). Es zeigte sich jedoch, „dass insbesondere die ersten vier Stufen auch für das Verständnis kürzerer Behandlungen mit begrenztem therapeutischen Zielsetzungen sehr wertvoll sind“ (Grande et al., 2001).

In einer ersten empirischen Validierungsstudie zur Heidelberger Umstrukturierungsskala konnte dann bei Betrachtung der mit Hilfe der OPD identifizierten, individuellen Problembereiche (Foki) auf den Achsen Konflikt und Struktur ein signifikanter Zusammenhang zwischen Bewegungen auf der Umstrukturierungsskala und klinischer Befundeinschätzung des therapeutischen Teams nachgewiesen werden. Grande et al. schlugen daraufhin vor, „Fortschritte im psychotherapeutischen Prozess als Veränderung [...] mit den für die psychische Störung relevanten Problembereichen zu

konzeptualisieren“ (Grande et al., 2001) und empfahlen zur Ergänzung der OPD für den Einsatz der Veränderungsmessung die Heidelberger Umstrukturierungsskala als Maß für „fokusbezogene Veränderungen“ (Grande et al., 2001).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit unterstreichen in einigen Bereichen die von Grande et al benannten Aspekte: Die bei den hier untersuchten Patienten erfassten Veränderungen, insbesondere auf den Achsen Konflikt und Struktur, betragen maximal einen Skalenpunkt. Aufgrund des Konzeptes der OPD ist dies die kleinschrittigste gegebene Möglichkeit der Erfassung von Veränderung. Gleichzeitig muss natürlich hinterfragt werden, wie groß Veränderungen psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale im Rahmen einer 25-stündigen Therapie überhaupt sein können.

In seinen Überlegungen wirft Grande zu Recht die Frage auf „ob es überhaupt Sinn macht, von einer Veränderung in der Art einer Verringerung oder Besserung zu sprechen“ (Grande et al., 1998). Dieser Problematik soll hier mit der Verwendung des Begriffs „Bewegung“ zur Beschreibung der Therapieeffekte bei der Darstellung der Ergebnisse Rechnung getragen werden. Auch der von Grande benannte Aspekt der fokusbezogenen Betrachtung bei der Beschreibung von Therapieeffekten scheint vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse (insbesondere der Achsen Konflikt und Struktur) dieser Untersuchung sinnvoll. Die aus der Untersuchung hervorgehenden Resultate hinsichtlich der Entwicklung von Beziehungsgestaltung unterstreichen des Weiteren eine von Grande in diesem Zusammenhang ausgesprochene Empfehlung der grundsätzlichen Einbeziehung des habituellen dysfunktionalen Beziehungsmusters in jede Verlaufsbeurteilung (Grande et al., 2004a).

Es lässt sich resümieren, dass der Einsatz der OPD-2 als Instrument der Veränderungsmessung sinnvoll ist. Mit Sicherheit muss aus wissenschaftlicher Sicht sowohl die geringe Größe der hier untersuchten Stichprobe, als auch das methodische Vorgehen bei der Erhebung der OPD-Befunde aus Aktenmaterial zu einem sensiblen Umgang bei der Bewertung und Interpretation der Resultate ermahnen. Dennoch wird deutlich, dass die OPD-2 definitiv eine verlässliche Grundlage für eine differenzierte Betrachtung der Psychodynamik eines Patienten bildet und die aus ihr gewonnen Erkenntnisse die wertvolle Grundlage einer Therapiegestaltung als auch

Prozessdokumentation darstellen können.

Insgesamt liegt die Vermutung nahe, dass eine Ergänzung der vorliegenden Untersuchung um eine Verlaufsbeurteilung mit Hilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala möglicherweise sowohl die Ergebnisse um aktuell aufgrund des Konzeptes der OPD noch nicht berücksichtigte Aspekte hinsichtlich der Verläufe der untersuchten Patienten erweitern könnte, als auch insbesondere detailliertere Erkenntnisse in Bezug auf das Ausmaß therapeutischer Effekte von Kurzzeittherapie auf psychodynamisch relevante Persönlichkeitsmerkmale erbringen könnte. Idealerweise würde eine weiterführende Untersuchung an einem größeren Patientenkollektiv unter klinischen Bedingungen erfolgen.

## 6 Literaturverzeichnis

- Abbas, A.A., Hancock, J.T., Henderson, J., Kisely, S. (2006): Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2006 Oct 18;(4): CD004687
- Ahren, Y. (1996): *Psychoanalytische Behandlungsformen*. Bouvier Verlag, Bonn
- Alexander, F., French, T.M. (1946): *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. Ronald Press, New York
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*, DSM-IV. APA, Washington DC
- Anderson, E.M., Lambert, M.J. (1995): Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 15, 503-514
- Arbeitskreis OPD (1996): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik- Grundlagen und Manual*. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD (2006): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2- Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. Huber, Bern
- Balint, M., Ornstein, P., Balint, E. (1973): *Fokalthherapie- Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse* (übers. von Käthe Hügel). Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Benjamin, L.S. (1974): Structural analysis of social behaviour. *Psychological Rev* 81, 392-425
- Benjamin, L.S. (1982): Use of Structural Analysis of Social Behavior (SASB) to guide intervention in psychotherapy. In: J.C. Anchim, D.J. Kiesler (Eds.): *Handbook of interpersonal psychotherapy*. Guilford, New York
- Benjamin, L.S., (1984): Principles of Prediction using Structural Analysis of social behavior. In: Zucker, R.A., Rabin, A.J. (Eds.): *Personality and the Prediction of behavior*. Academic Press New York, 121-73

- Benjamin, L.S. (2002): Interpersonal reconstructive therapy (IRT): Treating the untreatable. New York, Guilford
- Bergin A.E., Garfield S.E. (eds.) (1994): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley New York, 4th ed.: 467-508
- Beutel, M., (2000): Psychodynamische Kurztherapien- Neuere Entwicklungen, Behandlungsverfahren, Wirksamkeit, Indikationsstellung. Psychotherapeut 45, 203-213
- Billing, A.G. , Moos, R.H. (1981): The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressfull life events. J. Beh. Med. 4, 139-157
- Crits-Christoph, P. (1992): The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. Am J Psychiatry 149, 151-158
- Davanloo, H. (Ed.) (1978): Basic Principles and Techniques in short-term dynamic psychotherapy. Spectrum, New York
- Derogatis, L.R. (1977): The SCL-90 Manual I: Scoring, Administration and Procedures for the SCL-90. Clinical Psychometric Research, Baltimore
- Dührssen, A. (1962): Katamnestische Ergebnisse bei 104 Patienten nach analytischer Psychotherapie. Zschr. PsychosomMed Psychother 8 , 94-114
- Dührssen, A. (1981): Die biographische Anamnese unter tiefenpsychologischen Aspekten. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Ermann, M. (2007): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage, 5. überarb. Aufl., Verlag Kohlhammer, Stuttgart
- Ferenczi, S., Rank, O. (1924): Entwicklungsziele der Psychoanalyse - Zur Wechselwirkung von Theorie und Praxis, Internationaler psychoanalytischer Verlag, Leipzig
- Fisher, R. A. (1924): On a distribution yielding the error functions of several well known statistics(2: 805-813), Proc. Int. Cong. Math., Toronto
- Franz, M., Schmitz N., Tress W. (1997): Möglichkeiten zur empirischen Erfassung des

- Schweregrades psychogener Erkrankungen. Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 37, 7-12
- Freud, S. (1895): Studien über Hysterie, In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt am Main
- Freud, S. (1913): Zur Einleitung der Behandlung. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I. In: Gesammelte Werke, Bd. 6. Fischer. Frankfurt am Main
- Freud, S. (1915): Triebe und Tribschicksale. Psychologie des Unbewussten, Studienausgabe, Band III, Fischer, Frankfurt am Main
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In: Gesammelte Werke, Fischer, Frankfurt am Main
- Freud, S. (1926): Die Frage der Laienanalyse. In: Gesammelte Werke, Bd. 14. Fischer. Frankfurt am Main
- Freud, S. (1933): Neue Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. In: Gesammelte Werke, Bd. 15. Fischer, Frankfurt am Main
- Gabbard, G.O. (1990): Psychodynamic psychiatry. APA, Washington
- GAF-Skala (1989): Global Assessment of Functioning scale. In: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen. DSM-III.R. Beltz, Weinheim, Basel
- Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie- Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.): Psychoanalysen im Rückblick: Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung. Psychosozial Verlag, Gießen
- Grande, T., Jakobsen, Th. (1998): Zur Notwendigkeit einer psychodynamischen Diagnostik und Veränderungsmessung in quantitativen Studien zur analytischen Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Fäh, M., Fischer, G., (Hrsg.): Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung- Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen

und Forschungsmethoden, 125-137. Psychosozial Verlag, Gießen

Grande T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1998): Veränderungsmessung auf OPD-Basis: Schwierigkeiten und ein neues Konzept. In: Schauenburg, H. et al. (Hrsg.): OPD in der Praxis- Konzepte Anwendungen, Ergebnisse. Huber, Bern

Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C., Jakobsen, Th. (2001): Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik, Wirkungen stationärer Psychotherapie im Licht der Heidelberger Umstrukturierungsskala, Z psychsom Med Psychother. 47, 213-233

Grande, T., Rudolf, G., Jakobsen, T. (2004): Beziehungsdynamische Formulierung, Fokusbildung und Interventionsplanung auf der Grundlage der OPD-Beziehungsdiagnostik. In: R.W.Dahlbender, P.Buchheim, G. Schüssler (Hrsg.): Lernen an der Praxis. OPD und Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie. Huber, Bern

Hecke, D., Hardt, J., Tress, W. (2008): Zur Effektivität und klinischen Relevanz psychodynamischer Kurztherapie: Das Düsseldorfer Kurzzeittherapieprojekt (seit 1991), Z Psychosom Med Psychother 54, 107-131

Heuft, G., Jakobsen, T., Kriebel, R., Schneider, W., Rudolf, G., et al. (2005): Potenzial der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) für die Qualitätssicherung, Z Psychosom Med Psychother 51, 261-276

Hoffmann, S.O., Schüssler, G. (1999): Wie einheitlich ist die psychodynamisch/ psychoanalytisch orientierte Psychotherapie? Psychotherapeut 44, 367-373

Hofmann, S.O. (2000): Psychodynamische Therapie und Psychodynamische Verfahren: Ein Plädoyer für die Übernahme eines einheitlichen und international gebräuchlichen Begriffs. Psychotherapeut 45, 52-54

Junkert-Tress, B., Tress, W., Scheibe, G., Hartkamp, N., Maus, J., Hildenbrand, G., Schmitz, N., Franz, M. (1999): Das Düsseldorfer Kurzzeitpsychotherapie-Projekt (DKZP). Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 49, 142-152

Junkert-Tress, B., Schnierda, U., Hartkamp, N., Schmitz, N., Tress, W. (2001): Effects of

- short- term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform and personality disorders: a prospective 1-year-follow-up study. *Psychotherapy Research* 11, 187-200
- Leichsenring, F., Rüger, U. (2004): Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM). *Z PsychosomMed Psychother* 50, 203-217
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1998): Understanding transference. The Core Conflictual Relationship Theme method. Basic Books, New York
- Malan, D.H. (1965): Psychoanalytische Kurztherapie. Eine kritische Untersuchung (übers. von Käthe Hügel), Klett, Stuttgart
- Malan, D.H. (1976a): The frontier of brief psychotherapy. An example of convergence of research and clinical practice. Plenum Press, New York
- Malan, D.H. (1976b): Toward the validation of dynamic psychotherapy. A replication. Plenum Press, New York
- Malan, D.H. (1979): Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworth, London
- Mann, J. (1978): Psychotherapie in 12 Stunden. Zeitbegrenzung als therapeutisches Instrument (übers. von Barbara Strehlow). Walter, Freiburg im Breisgau
- Mann, J., Goldmann, R. (1982): A casebook in time-limited psychotherapy. McGraw-Hill, New York
- Mertens, W. (1993): Einführung in die psychoanalytische Theorie. Kohlhammer, Stuttgart
- Rudolf, G. (1993): Die Struktur der Persönlichkeit. In: G. Rudolf (Hrsg.) Psychotherapeutische Medizin. Enke Verlag, Stuttgart
- Rudolf, G. (1995): Psychotherapeutische Medizin, Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage, 2.durchges. Auflage, Ferdinand Enke Verlag,

Stuttgart

- Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. *Psychotherapeut* 45, 237-246
- Rudolf, G., Grande, T., Dilg, R., Jakobsen, Th., Keller, W., Oberbracht, C., Pauli-Magnus, C., Stehle, S., Wilke, St. (2001): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen - Zur Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL). In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hrsg.): *Langzeitpsychotherapien - Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. 238-259. Kohlhammer, Stuttgart
- Sandler, J. (1976): Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-306
- Schauenburg, H., Freyberger, H.J., Cierpka, M., Buchheim, P. (Hrsg.) (1998): *OPD in der Praxis - Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*. Huber, Bern
- Schepank, H. (1995): *Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), Ein Instrument zur Bestimmung der Schwere psychogener Erkrankung*, Beltz Test, Göttingen
- Schneider, W., Freyberger, H.J. (Hrsg.) (2000): *Was leistet die OPD? Empirische Befunde und klinische Erfahrungen mit der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik*, Huber, Bern
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen P.L., Tetzlaff, M. (1999): Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf, *Nervenarzt* 70, 240- 249
- Schultz-Hencke, H. (1951): *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart
- Sifneos, P. (1972): *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Sifneos, P. (1979): *Short-term Psychotherapy: Evaluation and Technique*. Academic

Press, New York

Stieglitz, R.D., Gaebel, W., Müller-Spahn, F. (Hrsg.) (2008): Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart

Stiles, W. B., Meshiot, C.M., Anderson, T.M., Sloan, W.W. (1992): Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research* 2, 81-101

Stiles, W.B., Shapiro, D.A., Harper, H., Morrison, L.A. (1995): Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *Brit. J. Med. Psychol.* 68, 1-13

Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984): *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy.* Basic Books, New York.

Strupp, H.H., Binder, J.L. (1991): *Kurzpsychotherapie,* Klett-Cotta, Stuttgart

Strupp H.H. (2000): Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45, 1-9

Thomä, H., Kächele, H. (1989): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.1: Grundlagen.* Springer, Berlin

Tress, W., Henry, W.P., Strupp, H.H., Geister, G., Junkert, B. (1990): Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) in Ausbildung und Forschung: Ein Beitrag zur „funktionellen Histologie“ des psychotherapeutischen Prozesses. *Z f Psychosom Medizin und Psychoana,* 36, 3: 240-257

Tress, W. (Hrsg.) (1993): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB).* Asanger, Heidelberg

Tress, W., Henry, W.P., Junkert-Tress, B., Hildenbrand, G., Hartkamp, N., Scheibe, G. (1996): Das Modell des zyklisch maladaptiven Beziehungsmusters und der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (CMP/SASB). *Psychotherapeut* 41, 215-224

Tress, W., Hartkamp, N. (2002): *Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens.* Cip-

Medien, München

Tress W., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N., Wöller, W., Langenbach, M. (2003):  
Spezifische psychodynamische Kurzzeittherapie von Persönlichkeitsstörungen.  
Psychotherapeut 48, 15-22

World Health Organisation (1993): The ICD-10 classifications of mental and  
behavioural disorders. Clinical description and diagnostic guidelines. WHO, Geneva

World Health Organisation (1993): ICD-10, Chapter V (F), Multiaxial schema. WHO,  
Geneva

## **7 Anhang**

Zum besseren Verständnis der Ausführungen im empirischen Teil ist ein OPD-Erhebungsbogen (7.1) sowie eine Itemliste für die Achse Beziehung beigefügt (7.1.1).

Auf den danach folgenden Seiten findet sich die Darstellung der therapieinduzierten Veränderungen der OPD-Merkmale anhand von Kontingenztafeln (7.2).

## 7.1 OPD-2 Erhebungsbogen

### Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) Erhebungsbogen

Achse I (Basismodul) Krankheitserleben & Behandlungsvoraussetzungen	nicht/ kaum	①	②	③	④	sehr hoch	nicht beur- teilbar
	①	①	②	③	④	④	⑨
<b>Objektivierende Bewertung der Erkrankung /des Problems</b>							
1. <i>Gegenwärtige Schwere der Störung /des Problems</i>							
1.1. Schwere der Symptomatik	①	①	②	③	④	④	⑨
1.2. GAF: Maximalwert der letzten 7 Tage	→ _____						⑨
1.3. EQ5 D Summe: _____ Itemwerte →	1. _____	2. _____	3. _____	4. _____	5. _____	④	⑨
2. <i>Dauer der Störung /des Problems</i>							
2.1. Dauer der Störung	< 6 Monate	6-24 Monate	2-5 Jahre	5-10 Jahre	> 10 Jahre	④	⑨
2.2. Alter bei Erstmanifestation der Störung	in Jahren → _____						⑨
<b>Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten</b>							
3. <i>Krankheitserleben und -darstellung</i>							
3.1. Leidensdruck	①	①	②	③	④	④	⑨
3.2. Darstellung körperlicher Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	④	⑨
3.3. Darstellung psychischer Beschwerden u. Probleme	①	①	②	③	④	④	⑨
3.4. Darstellung sozialer Probleme	①	①	②	③	④	④	⑨
4. <i>Krankheitskonzepte des Patienten</i>							
4.1. An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	④	⑨
4.2. An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	④	⑨
4.3. An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitskonzept	①	①	②	③	④	④	⑨
5. <i>Veränderungskonzepte des Patienten</i>							
5.1. Gewünschte Behandlungsform: körperliche Behandlung	①	①	②	③	④	④	⑨
5.2. Gewünschte Behandlungsform: psychotherapeutische Behandlung	①	①	②	③	④	④	⑨
5.3. Gewünschte Behandlungsform: sozialer Bereich	①	①	②	③	④	④	⑨
<b>Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse</b>							
6. <i>Veränderungsressourcen</i>							
6.1. persönliche Ressourcen	①	①	②	③	④	④	⑨
6.2. (psycho)soziale Unterstützung	①	①	②	③	④	④	⑨
7. <i>Veränderungshemmnisse</i>							
7.1. äußere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	④	⑨
7.2. innere Veränderungshemmnisse	①	①	②	③	④	④	⑨

Achse I (Psychotherapiemodul)	nicht/ kaum		mittel		sehr hoch	nicht beur- teilbar
(optional)	①	②	③	④	⑤	⑥

**Krankheitserleben, -darstellung und -konzepte des Patienten**

5. Veränderungskonzepte des Patienten						
5.P1.	Symptomreduktion	①	②	③	④	⑤
5.P2.	reflektierend-motivklärend /konfliktorientiert	①	②	③	④	⑤
5.P3.	emotional-supportiv	①	②	③	④	⑤
5.P4.	aktiv-anleitend	①	②	③	④	⑤

**Veränderungsressourcen /Veränderungshemmnisse**

6. Veränderungsressourcen						
6.P1.	Offenheit	①	②	③	④	⑤
7. Veränderungshemmnisse						
7.P1.	sekundärer Krankheitsgewinn /problemaufrechterhaltende Bedingungen	①	②	③	④	⑤

**Achse II Beziehung**

Perspektive A: Das Erleben des Patienten					
<i>Patient erlebt sich</i>			<i>Patient erlebt andere</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

Perspektive B: Das Erleben der anderen (auch des Untersuchers)					
<i>Andere erleben den Patient</i>			<i>Andere erleben sich</i>		
	<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>		<i>Item Nr.</i>	<i>Text</i>
1.	_____		1.	_____	
2.	_____		2.	_____	
3.	_____		3.	_____	

**Beziehungsdynamische Formulierung:**

Beschreiben Sie bitte,	
... wie der Pat. andere immer wieder erlebt:	..... ..... .....
↓	
... wie er in seinem Erleben darauf reagiert:	..... ..... .....
↓	
... welches Beziehungsangebot er anderen mit dieser Reaktion (unbewusst) macht:	..... ..... .....
↓	
... welche Antwort er anderen damit (unbewusst) nahe legt:	..... ..... .....
↓	
... wie es der Patient erlebt, wenn andere so wie ihnen nahe gelegt antworten:	..... ..... .....

**Achse III Konflikt**

**Fragen zur Abklärung der Voraussetzungen der Konfliktbeurteilung**

A) Konflikte sind <u>nicht</u> zu raten, diagnostische Sicherheit fehlt.	ja = ① nein = ②
B) Aufgrund geringer struktureller Integration handelt es sich bei den erkennbaren Konfliktthemen nicht um distinkte dysfunktionale Konfliktmuster als vielmehr um Konfliktschemata.	ja = ① nein = ②
C) Wegen abgewehrter Konflikt- und Gefühlswahrnehmung ist die Konfliktachse nicht beurteilbar.	ja = ① nein = ②
D) Konflikthafte Belastung (Aktualkonflikt) ohne wesentliche dysfunktionale repetitive Konfliktmuster.	ja = ① nein = ②

repetitiv-dysfunktionale Konflikte	nicht vorhanden	wenig bedeutsam	bedeutsam	sehr bedeutsam	nicht beurteilbar
1. Individuation versus Abhängigkeit	①	②	③	④	⑤
2. Unterwerfung versus Kontrolle	①	②	③	④	⑤
3. Versorgung versus Autarkie	①	②	③	④	⑤
4. Selbstwertkonflikt	①	②	③	④	⑤
5. Schuldkonflikt	①	②	③	④	⑤
6. Ödipaler Konflikt	①	②	③	④	⑤
7. Identitätskonflikt	①	②	③	④	⑤

**Hauptkonflikt:** \_\_\_\_\_

**Zweitwichtigster Konflikt:** \_\_\_\_\_

Modus der Verarbeitung des Hauptkonfliktes	vorwiegend aktiv	gemischt eher aktiv	gemischt eher passiv	vorwiegend passiv	nicht beurteilbar
	①	②	③	④	⑤

Achse IV Struktur	gut	1,5	mäßig	2,5	gering	3,5	desintegriert	nicht beurteilbar
	①		②		③		④	⑤
1a Selbstwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
1b Objektwahrnehmung	①		②		③		④	⑤
2a Selbstregulierung	①		②		③		④	⑤
2b Regulierung d. Objektbezugs	①		②		③		④	⑤
3a Kommunikation nach innen	①		②		③		④	⑤
3b Kommunikation nach außen	①		②		③		④	⑤
4a Bindung an innere Objekte	①		②		③		④	⑤
4b Bindung an äußere Objekte	①		②		③		④	⑤
<b>5 Struktur gesamt</b>	①		②		③		④	⑤



## 7.1.1 Itemliste Achse Beziehung

Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er (andere/n) ...	Beziehungsthemen	Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ...
Andere – auch der Untersucher – erleben, dass der Patient immer wieder (andere/n) ...		Andere – auch der Untersucher – erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ...
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. viel Freiraum lässt, alleine machen lässt	Freiraum lassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. ihm viel Freiraum lassen, ihn alleine machen lassen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. wenig führt, Einflussnahme vermeidet	Andere anleiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2. ihn wenig führen, Einflussnahme vermeiden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. bewundert, idealisiert	Andere anerkennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. ihn bewundern, idealisieren
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. entschuldigt, Vorwürfe vermeidet	Verantwortlich machen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. ihn entschuldigen, Vorwürfe vermeiden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. mit seiner Zuneigung bedrängt	Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. ihn mit ihrer Zuneigung bedrängen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. harmonisiert, Aggressionen vermeidet	Aggression zeigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. harmonisieren, Aggressionen vermeiden
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. sich besonders kümmert, sorgt	Sich kümmern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. sich um ihn besonders kümmern, sorgen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. sich aufdrängt, taktlos ist	Kontakt aufnehmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. sich ihm aufdrängen, taktlos sind
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. wenig Freiraum lässt, sich einmischt	Freiraum lassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. ihm keinen Freiraum lassen, sich einmischen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. bestimmt, kontrolliert / Ansprüche stellt	Andere anleiten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 10. ihn bestimmen, kontrollieren / Ansprüche stellen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. klein macht, entwertet, beschämt	Andere anerkennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 11. ihn klein machen, entwerten, beschämen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. Vorwürfe macht / beschuldigt	Verantwortlich machen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 12. ihm Vorwürfe machen / ihn beschuldigen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. seine Zuneigung entzieht	Zuneigung zeigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 13. ihm ihre Zuneigung entziehen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. angreift / schädigt	Aggression zeigen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 14. ihn angreifen / schädigen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. vernachlässigt, im Stich lässt	Sich kümmern	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 15. ihn vernachlässigen, ihn im Stich lassen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. übersieht, ignoriert	Kontakt aufnehmen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 16. ihn übersehen, ignorieren
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17. viel Freiraum / Selbstständigkeit für sich beansprucht	Sich entfalten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17. viel Freiraum / Selbstständigkeit für sich beanspruchen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18. trotz, sich widersetzt	Sich einordnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 18. ihm trotzen, sich widersetzen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19. sich wichtig macht, in den Mittelpunkt stellt	Sich zur Geltung bringen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 19. sich wichtig machen, sich in den Mittelpunkt stellen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20. jede Schuld von sich weist	Schuld anerkennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 20. jede Schuld von sich weisen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21. sich selbst verliert, wenn and. Zuneigung zeigen	S. auf Zuneigung einlassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 21. sich selbst verlieren, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22. sich wenig schützt, in Gefahr begibt	Sich schützen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 22. sich vor ihm wenig schützen, sich in Gefahr begeben
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23. sich anlehnt, sich anklammert	Sich anlehnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 23. sich an ihn anlehnen, anklammern
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24. sich im Kontakt wenig abgrenzt, viel an sich heranlässt	Kontakt zulassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 24. s. im Kontakt wenig abgrenzen, viel an sich heranlassen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25. Eigenständigkeit vermeidet, Anleitung sucht	Sich entfalten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 25. Eigenständigkeit vermeiden, Anleitung suchen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26. sich anpasst / sich zurücknimmt / aufgibt	Sich einordnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 26. sich anpassen / sich zurücknehmen / aufgeben
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27. sich klein macht, sich selbst entwertet	Sich zur Geltung bringen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 27. sich klein machen, sich selbst entwerten
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28. sich die Schuld gibt	Schuld anerkennen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 28. sich die Schuld geben
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29. sich verschließt / flüchtet, wenn and. Zuneigung zeigen	S. auf Zuneigung einlassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 29. sich verschließen / flüchten, wenn er Zuneigung zeigt
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. sich besonders vor Angriffen schützt, auf der Hut ist	Sich schützen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30. sich bes. vor seinen Angriffen schützen, auf der Hut sind
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31. sich wenig anlehnt, sich wenig bedürftig zeigt	Sich anlehnen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 31. sich wenig anlehnen, sich wenig bedürftig zeigen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32. sich zurückzieht, abschottet, weggeht	Kontakt zulassen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 32. sich zurückziehen, abschotten, weggehen

## **7.2 Kontingenztafeln „Veränderung“**

In den folgenden Kontingenztafeln sind die Häufigkeiten qualitativer Veränderungen (Verschlechterung, keine Veränderung, Verbesserung) der OPD-Items in Abhängigkeit vom BSS-Verlauf dargestellt. Wie im Kapitel 3.2.3a beschrieben, wurden die Veränderungen der Items zunächst ausführlich, das heißt in den von der OPD vorgegebenen Kategorien (nicht/kaum, mittel, hoch) mittels Kontingenztafeln erfasst. Hieraus wurden dann zugunsten einer besseren Auswertbarkeit die folgenden Tabellen extrahiert.

Bei der Betrachtung der Achse II (Beziehung) wird die therapieinduzierte Veränderung mittels der Anzahl der verbesserten Items pro Beziehungsebene dargestellt. Als Vergleichsparameter wird hier die BSS Ebene „sozialkommunikative Beeinträchtigung“ angenommen. Demnach sind in den Kontingenztabellen der Achse II jeweils die Anzahl der verbesserten Items in Abhängigkeit vom Verlauf der BSS-sozialkommunikativ aufgetragen.

Mit Hilfe von SPSS für Windows wurde in einem zweiten Schritt mittels exaktem Fisher-Test eine Prüfung auf Unabhängigkeit zwischen den Merkmalen der Kontingenztafeln (qualitative Veränderung des Items beziehungsweise Anzahl der verbesserten Items und BSS-Verlauf) auf einem Signifikanzniveau von 5% durchgeführt. Das Ergebnis dieser Testung findet sich jeweils unter der zugehörigen Tabelle.

**Tabelle 7.2.1:**

**Veränderung Achse 1 Item 1.1:**

**Schwere der Symptomatik X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	1	2
Veränderung Item 1.1: Schwere der Symptomatik	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	5%	10%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	8.3%	
		Anzahl	4	2	6
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	20%	10%	30%
		% der BSS-Gruppe	50%	16.7%	
		Anzahl	3	9	12
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	15%	45%	60%
		% der BSS-Gruppe	25%	75%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .213$

**Tabelle 7.2.2:**

**Veränderung Achse 1 Item 3.1:**

**Leidensdruck X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	0	1	1
Veränderung Item 3.1: Leidensdruck	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	0%	5%	5%
		% der BSS-Gruppe	0%	8.3%	
		Anzahl	5	1	6
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	25%	5%	30%
		% der BSS-Gruppe	62.5%	8.3%	
		Anzahl	3	10	13
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	15%	50%	60%
		% der BSS-Gruppe	37.5%	83.3%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .042$

**Tabelle 7.2.3:**

**Veränderung Achse 1 Item 3.2:**

**Darstellung körperlicher Beschwerden X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht- signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	2	1	3
	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	10.5%	5.3%	15.8%
		% der BSS-Gruppe	25%	9%	
		<hr/>			
Veränderung Item 3.2: Darstellung körperlicher Beschwerden	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	4	3	7
		% der Gesamtzahl	21.1%	15.7%	36.8%
		% der BSS-Gruppe	50%	16.7%	
		<hr/>			
		Anzahl	2	7	9
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	10.5%	36.8%	47.3
		% der BSS-Gruppe	25%	75%	
		<hr/>			
Gesamt	Anzahl		8	11	<b>19</b>
	% der Gesamtzahl		42.2%	57.8%	100%

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .223$

**Tabelle 7.2.4:**

**Veränderung Achse 1 Item 3.3:**

**Darstellung psychischer Beschwerden X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	1	2
	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	5%	10%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	8.3%	
		<hr/>			
Veränderung Item 3.3: Darstellung psychischer Beschwerden	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	4	2	6
		% der Gesamtzahl	20%	10%	30%
		% der BSS-Gruppe	50%	16.7%	
		<hr/>			
	Verbesserung (T1 > T2)	Anzahl	3	9	12
		% der Gesamtzahl	15%	45%	60%
		% der BSS-Gruppe	25%	75%	
		<hr/>			
Gesamt		Anzahl	8	12	20
		% der Gesamtzahl	40%	60%	100%

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .213$

**Tabelle 7.2.5:**

**Veränderung Achse 1 Item 1.1:**

**Darstellung sozialer Probleme X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht- signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	0	1	1
	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	0%	5%	5%
		% der BSS-Gruppe	0%	8.3%	
		<hr/>			
Veränderung Item 3.4: Darstellung sozialer Probleme	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	4	3	7
		% der Gesamtzahl	20%	15%	35%
		% der BSS-Gruppe	50%	25%	
		<hr/>			
	Verbesserung (T1 > T2)	Anzahl	4	8	12
		% der Gesamtzahl	20%	40%	60%
		% der BSS-Gruppe	50%	66.7%	
		<hr/>			
Gesamt		Anzahl	8	12	20
		% der Gesamtzahl	40%	60%	100%

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .213$

**Tabelle 7.2.6:**

**Veränderung Achse 1 Item 4.1:**

**An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
		Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt	
Veränderung Item 4.1: An somatischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild	Zunahme (T1 < T2)	Anzahl	3	1	4
		% der Gesamtzahl	15%	5%	20%
		% der BSS-Gruppe	37.5%	8.3%	
	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	4	4	8
		% der Gesamtzahl	20%	20%	40%
		% der BSS-Gruppe	50%	33.3%	
	Abnahme (T1 > T2)	Anzahl	1	7	8
		% der Gesamtzahl	5%	45%	40%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	58.3%	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .099$

**Tabelle 7.2.7:**

**Veränderung Achse 1 Item 4.2:**

**An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
		Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt	
		Anzahl	2	3	5
Veränderung Item 4.2: An psychischen Faktoren orientiertes Krankheitsbild	Zunahme (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	10%	15%	25%
		% der BSS-Gruppe	25%	25%	
		Anzahl	6	7	13
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	35%	65%
		% der BSS-Gruppe	75%	58.3%	
		Anzahl	0	2	2
Abnahme (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	0%	10%	10%	
	% der BSS-Gruppe	0%	16.7%		
	Anzahl	8	12	20	
Gesamt		% der Gesamtzahl	40%	60%	100%

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .078$

**Tabelle 7.2.8:**

**Veränderung Achse 1 Item 4.3:**

**An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitsbild X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
		Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt	
		Anzahl	0	1	1
Veränderung Item 4.3: An sozialen Faktoren orientiertes Krankheitsbild	Zunahme (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	0%	5%	5%
		% der BSS-Gruppe	0%	8.3%	
		Anzahl	3	2	5
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	15%	10%	25%
		% der BSS-Gruppe	37.5%	16.7%	
		Anzahl	5	9	14
Abnahme (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	25%	45%	70%	
	% der BSS-Gruppe	62.5%	75%		
	Anzahl	8	12	20	
Gesamt		Anzahl	8	12	20
		% der Gesamtzahl	40%	60%	100%

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .762$

**Tabelle 7.2.9:**

**Veränderung Achse 1 Item 6.1:**

**Persönliche Ressourcen X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
		Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt	
Veränderung Item 6.1: Persönliche Ressourcen	Verschlechterung (T1 < T2)	Anzahl	1	10	11
		% der Gesamtzahl	5%	50%	55%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	83.3%	
	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	5	2	7
		% der Gesamtzahl	25%	10%	35%
		% der BSS-Gruppe	62.5%	16.7%	
	Verbesserung (T1 > T2)	Anzahl	2	0	2
		% der Gesamtzahl	10%	0%	10%
		% der BSS-Gruppe	25%	0%	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .026$

**Tabelle 7.2.10:**

**Veränderung Achse 1 Item 6.2:**

**(Psycho-)soziale Unterstützung X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	2	7	9
Veränderung Item 6.2: (Psycho-)soziale Unterstützung	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	10%	35%	45%
		% der BSS-Gruppe	25%	58.3%	
		Anzahl	4	4	8
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	20%	20%	40%
		% der BSS-Gruppe	50%	33.3%	
		Anzahl	2	1	3
Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	10%	5%	15%	
	% der BSS-Gruppe	25%	8.3%		
	Anzahl	8	12	20	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .342$

**Tabelle 7.2.11:**

**Achse 2: Perspektive Patient-Selbst:**

**Anzahl verbesserte Items zu Katamnesezeitpunkt X BSS (soz.-kommunikativ)-Verlauf**

		BSS-sozialkommunikativ Verlauf			
			Nicht verbessert	verbessert	Gesamt
Perspektive Patient-Selbst	insgesamt 0 Items verbessert	Anzahl	2	1	3
		% der Gesamtzahl	10%	5%	15%
		% der BSS-Gruppe	20%	10%	
	insgesamt 1 Items verbessert	Anzahl	4	2	6
		% der Gesamtzahl	20%	25%	45%
		% der BSS-Gruppe	40%	20%	
	insgesamt 2 Items verbessert	Anzahl	4	5	9
		% der Gesamtzahl	20%	25%	45%
		% der BSS-Gruppe	40%	50%	
	insgesamt 3 Items verbessert	Anzahl	0	2	2
		% der Gesamtzahl	0%	10%	10%
		% der BSS-Gruppe	0%	20%	
Gesamt	Anzahl	10	10	20	
	% der Gesamtzahl	50%	50%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .550$

**Tabelle 7.2.12:**

**Achse 2: Perspektive Patient-Andere:**

**Anzahl verbesserte Items zu Katamnesezeitpunkt X BSS (soz.-kommunikativ)-Verlauf**

		BSS-sozialkommunikativ Verlauf			
		Nicht verbessert	verbessert	Gesamt	
Perspektive Patient-Andere	insgesamt 0 Items verbessert	Anzahl	7	2	9
		% der Gesamtzahl	35%	10%	45%
		% der BSS-Gruppe	70%	20%	
	insgesamt 1 Items verbessert	Anzahl	2	1	3
		% der Gesamtzahl	10%	5%	15%
		% der BSS-Gruppe	20%	10%	
	insgesamt 2 Items verbessert	Anzahl	1	1	2
		% der Gesamtzahl	5%	5%	10%
		% der BSS-Gruppe	10%	10%	
	insgesamt 3 Items verbessert	Anzahl	0	6	6
		% der Gesamtzahl	0%	30%	30%
		% der BSS-Gruppe	0%	60%	
Gesamt	Anzahl	10	10	20	
	% der Gesamtzahl	50%	50%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .015$

**Tabelle 7.2.13:**

**Achse 2: Perspektive Andere-Patient:**

**Anzahl verbesserte Items zu Katamnesezeitpunkt X BSS (soz.-kommunikativ)-Verlauf**

		BSS-sozialkommunikativ Verlauf			
			Nicht verbessert	verbessert	Gesamt
Perspektive Andere-Patient	insgesamt 0 Items verbessert	Anzahl	7	2	9
		% der Gesamtzahl	35%	10%	45%
		% der BSS-Gruppe	70%	20%	
	insgesamt 1 Items verbessert	Anzahl	1	1	2
		% der Gesamtzahl	5%	5%	10%
		% der BSS-Gruppe	10%	10%	
	insgesamt 2 Items verbessert	Anzahl	2	5	7
		% der Gesamtzahl	10%	25%	35%
		% der BSS-Gruppe	20%	50%	
	insgesamt 3 Items verbessert	Anzahl	0	2	2
		% der Gesamtzahl	0%	10%	10%
		% der BSS-Gruppe	0%	20%	
Gesamt	Anzahl	10	10	20	
	% der Gesamtzahl	50%	50%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .112$

**Tabelle 7.2.14:**

**Achse 2: Perspektive Andere-Selbst:**

**Anzahl verbesserte Items zu Katamnesezeitpunkt X BSS (soz.-kommunikativ)-Verlauf**

		BSS-sozialkommunikativ Verlauf			
			Nicht verbessert	verbessert	Gesamt
Perspektive Andere-Selbst	insgesamt 0 Items verbessert	Anzahl	7	3	10
		% der Gesamtzahl	35%	15%	50%
		% der BSS-Gruppe	70%	30%	
	insgesamt 1 Items verbessert	Anzahl	2	1	3
		% der Gesamtzahl	10%	5%	25%
		% der BSS-Gruppe	20%	10%	
	insgesamt 2 Items verbessert	Anzahl	0	2	2
		% der Gesamtzahl	0%	10%	10%
		% der BSS-Gruppe	=5	20%	
	insgesamt 3 Items verbessert	Anzahl	1	4	5
		% der Gesamtzahl	5%	20%	25%
		% der BSS-Gruppe	10%	40%	
Gesamt	Anzahl	10	10	20	
	% der Gesamtzahl	50%	50%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .112$

**Tabelle 7.2.15:**

**Veränderung Achse 3:**

**Hauptkonflikt X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
		Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt	
Veränderung Hauptkonflikt	Anzahl	8	6	14	
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	40%	30%	70%
		% der BSS-Gruppe	100%	50%	
		Anzahl	0	6	6
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	0%	30%	30%
		% der BSS-Gruppe	0%	50%	
Anzahl		8	12	20	
Gesamt	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .042$

**Tabelle 7.2.16:**

**Veränderung Achse 3:**

**Nebenkonflikt X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Nebenkonflikt	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	7	9	16
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	35%	45%	80%
		% der BSS-Gruppe	87.5%	75%	
		Anzahl	0	3	3
Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	0%	15%	15%	
	% der BSS-Gruppe	0%	25%		
	Anzahl	8	12	20	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .140$

**Tabelle 7.2.17:**

**Veränderung Achse Item 1a:**

**Selbstwahrnehmung X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	1	2
Veränderung Item 1a: Selbstwahrnehmung	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	5%	10%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	8.3%	
		Anzahl	6	4	10
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	20%	50%
		% der BSS-Gruppe	75%	33.3%	
		Anzahl	1	7	8
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	5%	35%	40%
		% der BSS-Gruppe	12.5	58.3	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .099$

**Tabelle 7.2.18:**

**Veränderung Achse 4 Item 1b:**

**Objektwahrnehmung X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Item 1b: Objekt- wahrnehmung	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	6	3	9
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	15%	45%
		% der BSS-Gruppe	75%	25%	
		Anzahl	1	9	10
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	5%	45%	50%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	75%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .011$

**Tabelle 7.2.19:**

**Veränderung Achse 4 Item 2a:**

**Selbstregulierung X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
Veränderung Item 2a: Selbst- regulierung	Verschlechterung (T1 < T2)	Anzahl	1	0	1
		% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	4	6	10
		% der Gesamtzahl	20%	30%	50%
		% der BSS-Gruppe	50%	50%	
	Verbesserung (T1 > T2)	Anzahl	3	6	9
		% der Gesamtzahl	15%	30%	45%
		% der BSS-Gruppe	37.5%	50%	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .622$

**Tabelle 7.2.20:**

**Veränderung Achse 4 Item 2b:**

**Objektregulierung X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Item 2a: Objekt- regulierung	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	6	5	11
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	25%	55%
		% der BSS-Gruppe	75%	41.7%	
		Anzahl	1	7	8
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	5%	35%	40%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	58.3%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .094$

**Tabelle 7.2.21:**

**Veränderung Achse 4 Item 3a:**

**Kommunikation nach innen X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Item 3a: Kommunikation nach innen	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	6	3	9
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	15%	45%
		% der BSS-Gruppe	75%	25%	
		Anzahl	1	9	10
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	5%	45%	50%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	75%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .011$

**Tabelle 7.2.19:**

**Veränderung Achse 4 Item 3b:**

**Kommunikation nach außen X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Item 3b: Kommunikation nach außen	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	5	7	12
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	25%	35%	60%
		% der BSS-Gruppe	62.5	58.3%	
		Anzahl	2	5	7
Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	10%	25%	35%	
	% der BSS-Gruppe	25%	41.7%		
	Anzahl	8	12	20	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .351$

**Tabelle 7.2.23:**

**Veränderung Achse 4 Item 4a:**

**Bindung an innere Objekte X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	1	0	1
Veränderung Item 4a: Bindung an innere Objekte	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
		Anzahl	6	6	12
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	30%	30%	60%
		% der BSS-Gruppe	75%	50%	
		Anzahl	1	6	7
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	5%	30%	35%
		% der BSS-Gruppe	12.5	50%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt					
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .158$

**Tabelle 7.2.24:**

**Veränderung Achse 4 Item 4b:**

**Bindung an äußere Objekte X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht-signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
		Anzahl	2	0	2
Veränderung Item 4b: Bindung an äußere Objekte	Verschlechterung (T1 < T2)	% der Gesamtzahl	10%	0%	10%
		% der BSS-Gruppe	25%	0%	
		Anzahl	4	7	11
	Keine Veränderung (T1 = T2)	% der Gesamtzahl	20%	35%	55%
		% der BSS-Gruppe	50%	58.3%	
		Anzahl	2	5	7
	Verbesserung (T1 > T2)	% der Gesamtzahl	10%	25%	35%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	41.7%	
		Anzahl	8	12	20
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .274$

**Tabelle 7.2.25:**

**Veränderung Achse 4 Item Struktur-gesamt:**

**Struktur gesamt X BSS-Verlauf**

		BSS-Verlauf			
			Nicht- signifikant verbessert	Signifikant verbessert	Gesamt
Veränderung Item Struktur gesamt	Verschlechterung (T1 < T2)	Anzahl	1	0	1
		% der Gesamtzahl	5%	0%	5%
		% der BSS-Gruppe	12.5%	0%	
	Keine Veränderung (T1 = T2)	Anzahl	5	4	9
		% der Gesamtzahl	25%	20%	45%
		% der BSS-Gruppe	62.5%	33.3%	
	Verbesserung (T1 > T2)	Anzahl	2	8	10
		% der Gesamtzahl	10%	40%	50%
		% der BSS-Gruppe	25%	66.7%	
Gesamt	Anzahl	8	12	20	
	% der Gesamtzahl	40%	60%	100%	

Exakter Fisher-Test (zweiseitig):  $p = .110$

## Lebenslauf

### **Persönliche Daten**

Name: Eva Steffen  
Geburtsdatum: 08.12.1980  
Geburtsort: Köln

### **Schulbildung**

1987 - 1988 GGS Am Höfling, Aachen  
1988 - 1991 Cyriakus-Grundschule, Bottrop  
1991 - 1992 Heinrich-Heine-Gymnasium, Bottrop  
1992 - 2000 Suitbertus-Gymnasium, Düsseldorf

### **Studium**

10/2000 - 06/2007 Studium der Humanmedizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
2002 Physikum  
2003 1. Staatsexamen  
2006 2. Staatsexamen  
06/2007 3. Staatsexamen, Erteilung der Approbation durch die Bezirksregierung Düsseldorf

### **Berufliche Tätigkeit**

11/2007 - 12/2008 Assistenzärztin Chirurgie, Spital Zimmerberg, Horgen, Schweiz  
01/2009 - 07/2009 Promotionsstudium  
08/2009 - 12/2009 Assistenzärztin Innere Medizin, Helios Klinikum Krefeld  
01/2010 - 12/2011 Studienärztin, Focus Clinical Drug Development GmbH, Neuss  
ab 02/2012 Assistenzärztin Innere Medizin Kreiskrankenhaus Erding

## **Danksagung**

Ich danke meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Dr. Tress für die Überlassung des Themas sowie für die konstruktiv-kritische Unterstützung bei der Umsetzung der Idee in die Tat, sowie der durchgängigen Motivation zur Fortsetzung der Arbeit auch in schwierigen Phasen.

Mein großer Dank geht an dieser Stelle an meine Eltern, die mir, jeder auf seine Art, immer das Gefühl gegeben haben, dass ich die Arbeit zu Ende bringen kann. Ihr habt mir vorgelebt, dass im „Berufs-Leben“ nicht immer nur der kürzeste und vermeintlich einfachste Weg der einzig gangbare ist, sondern dass man immer wieder selbst für sich entscheiden kann.

Danke an Frau Doris Bauermeister als meine Patin, die mich gelehrt hat, dass tatsächlich das Ganze mehr ist als die Summe seiner einzelnen Teile.

Meinen Freundinnen und Freunden Anne, Julia, Katja, Tobias, Chrischie, die auf unterschiedlichste Weise zur Entstehung dieses Werkes beigetragen haben.

Und nicht zuletzt an meinen wertvollsten Verbündeten und Partner Tim, dessen Rückkehr in mein Leben die tatsächliche Fertigstellung meiner Dissertation ganz entscheidend beeinflusst hat.