

## **6 Diskussion**

### **6.1 Zur Stichprobe**

Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL; Grande, Rudolf & Oberbracht, 1997) ist eine der ganz wenigen prospektiven, naturalistischen Studien im Bereich der psychoanalytischen Therapieforschung. Mit ihr bietet sich die seltene Gelegenheit, die Entwicklung von Patienten nicht nur im Rückblick, sondern gewissermaßen „online“, und aus verschiedenen Perspektiven (Patient, Therapeut, Interviewer, OPD-Rater) zu verfolgen. Bei den untersuchten Behandlungen handelt es sich nicht um streng kontrollierte Interventionen unter Laborbedingungen, etwa mit einer vorgegebenen Zahl von Behandlungsstunden, sondern um solche, wie sie „im Feld“, also der klinischen Wirklichkeit außerhalb der Forschungsinstitutionen tagtäglich durchgeführt werden. Wie kaum eine andere Studie kann die PAL daher für sich in Anspruch nehmen, auch wirklich diejenigen Behandlungen zu untersuchen, über die sie ihre Aussagen machen möchte: „real existierende Psychoanalysen“.

Da es keinen Grund gibt, anzunehmen, dass in Heidelberg und Umgebung besonders gute, besonders schlechte, oder in sonstiger Weise ungewöhnliche Psychoanalysen durchgeführt werden, kann man zudem davon ausgehen, dass die resultierenden Daten nicht systematisch von denen abweichen, die man bei einer Untersuchung der Gesamtpopulation (aller psychoanalytischen Behandlungen in Deutschland) erhalten würde – sie können damit als repräsentativ bezeichnet werden.

Trotz dieser ausgesprochen günstigen Ausgangslage ergibt sich jedoch eine deutliche Einschränkung der Allgemeingültigkeit unserer Ergebnisse durch die Tatsache, dass wir unsere Untersuchung zu einem Zeitpunkt durchführten, zu dem die Gesamtstichprobe der PAL noch im Entstehen begriffen war. Wir mussten daher eine Substichprobe aus allen Patienten ziehen, und zwar schlicht all diejenigen, die zu diesem Zeitpunkt greifbar waren, das heißt, von denen über den Zeitraum der ersten zwei Therapiejahre Daten zur Verfügung standen. Die Gruppe der letztlich verwendeten Patienten war mit  $N = 10$  verhältnismäßig klein. Dennoch hofften wir, auf dieser Grundlage zumindest grobe inferenzstatistische Auswertungen vornehmen zu können, verbunden mit dem Risiko, dass sogar einigermaßen substantielle Effekte aufgrund der geringen Stichprobengröße nicht statistisch abgesichert hätten werden können. Dass wir trotzdem einige unserer Hypothesen eindeutig bestätigen konnten, spricht für die Robustheit eben dieser von uns entdeckten Zusammenhänge.

### **6.2 Zu den Berechnungsergebnissen**

#### **6.2.1 Zusammenhänge zu Therapiebeginn**

Unsere Berechnungen der Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Beziehungserleben zu Therapiebeginn folgten derselben Logik wie die Studien von Cierpka et al. (1998) und Wilczek et al. (2000): Es ging um die Frage, anhand welcher Indikatoren des Beziehungserlebens sich Personen mit besseren oder schlechteren Werten auf den drei Gesundheitsskalen querschnittlich voneinander unterscheiden lassen. Die Ergebnisse waren sehr klar und lassen sich leicht interpretieren:

Es bestand ein hoch negativer Zusammenhang zwischen der selbstberichteten Symptomatik und dem Verhältnis von positiven und negativen eigenen Emotionen. Alles andere als genau dieses Ergebnis wäre eine Überraschung gewesen, da beide Bereiche sich gut durch das bestens etablierte Konstrukt der Negativen Affektivität (Watson & Clark, 1984) in Verbin-

dung bringen lassen (s.u.), das zum einen eine Neigung zur neurotischen Symptombildung, zum anderen ein vermehrtes Erleben negativ valenter Emotionen beinhaltet.

Noch höher hing der Anteil hoch affiliativen eigenen Beziehungsverhaltens mit dem Gesamtwert für interpersonelle Schwierigkeiten im IIP-D zusammen. Auch dies lässt sich gut verstehen, würde man doch erwarten, dass ein Patient, der sich seinen Objekten gegenüber überwiegend im Sinne der Definition „gesunden“ Beziehungsverhaltens von Benjamin (1993) – also freundlich – verhält, mit diesen auch verhältnismäßig wenig Schwierigkeiten bekommt. Die Korrelation ist mit  $-0.85$  sogar so hoch, dass man sich fragen kann, ob der Gesamtwert des IIP-D nicht *vor allem* als Indikator der freundlichen Zugewandtheit zu den Objekten interpretiert werden sollte. Dann würde man zum Beispiel auch eine hoch negative Korrelation dieses Wertes mit Extraversion erwarten. Patienten, die mit ihren Objekten liebevoller umgingen als andere, wurden auch im Fremdrating als gesünder eingeschätzt und klagten über weniger Symptome (die beiden Zusammenhänge verfehlten allerdings die Signifikanzschwelle von fünf Prozent knapp). Insgesamt scheint dieser Bereich also ein wichtiges Korrelat psychischer Gesundheit zu sein, vor allem im Vergleich mit dem korrespondierenden Anteil freundlichen Verhaltens der *Objekte*, für den sich keine systematischen Effekte nachweisen ließen.

Der dritte bemerkenswerte Befund war der, dass die Ausgeglichenheit des eigenen Emotionsprofils ebenfalls ein Korrelat niedriger Symptombelastung darstellte. Von den neun vermuteten Zusammenhängen zwischen Gesundheitsmaßen und Variabilität im Beziehungserleben war dies der einzige, der auch empirisch eine bedeutsame Ausprägung erreichte. Üblicherweise wurde in der Literatur die Annahme getroffen, es sei die Variabilität des eigenen *Verhaltens* in Beziehungen, die mit relativer psychischer Gesundheit assoziiert sei. Dies traf zumindest in unserem Datensatz nicht zu. Das Ergebnis bestätigt damit auch die Richtigkeit der Entscheidung, bei der Erfassung des Beziehungserlebens die Ebenen des Verhaltens und der Emotionen voneinander zu trennen.

## 6.2.2 Ergebnisse der Hypothesentests

Im Therapieverlauf erwies sich die Variabilität des eigenen Emotionsprofils als einziger Indikator des Beziehungserlebens, der mit *allen drei* Therapieerfolgsmaßen über die Zeit hinweg kovarierte. Da es sich – wie bei fast allen unserer Berechnungsergebnisse – um korrelative Befunde handelt, sind mehrere Interpretationen denkbar, von denen wir die Folgende für am nahe liegendsten halten: Ein variantenreiches emotionales Erleben schützt offenbar gut vor dem Erleben von Beziehungsschwierigkeiten mit anderen Personen ( $-.72$ ). Dies erscheint vor allem dann schlüssig, wenn man bedenkt, welche Rolle die differenzierte Wahrnehmung der eigenen Gefühle für die Beziehungsregulation spielt: Wer über ein ausreichend großes Spektrum emotionaler Erlebensmöglichkeiten verfügt, die ihm das Verhältnis von aktueller sozialer Situation und eigener Bedürfnislage anzeigen, wird in der Lage sein, seine Kontakte mit Anderen für sich zufriedenstellend zu gestalten. Fehlen hingegen wichtige Affektklassen, oder wird das emotionale Erleben des Patienten von einzelnen Emotionen beherrscht, wird dies ungleich schwieriger sein: Der Patient ist dann ständig gefährdet, die eigenen Bedürfnisse oder die Bedeutung der Handlungen Anderer im Hinblick auf dieselben zu verkennen, und sich mit seinen Objekten zu verwickeln. Die mit einer größeren emotionalen Variabilität verbundene Fähigkeit, die eigenen Beziehungen zu Anderen im Sinne der eigenen Bedürfnisse zu gestalten, wirkt sich auch bis in den Bereich der Symptomatik aus: ein breiteres affektives Repertoire geht mit einer entsprechend geringeren Symptombelastung einher ( $-.58$ ).

Die emotionale Variabilität war auch der einzige Kennwert des Beziehungserlebens, der über die Messzeitpunkte hinweg mit der *Fremdeinschätzung* des Therapieerfolges auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala zusammenhing. Bei der Beurteilung der Frage, wie gut die vorab formulierten psychodynamischen Behandlungsfoki im Therapieverlauf durchgearbeitet wurden, war dieser Indikator den Ratern offenbar wichtiger als jeder andere, wichtiger zum Beispiel als das Verhältnis positiver zu negativen Affekten und auch wichtiger als die Freundlichkeit des Beziehungsverhaltens der Patienten.

Erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungen bewirken also ein ausgeglicheneres emotionales Erleben der Patienten in ihren sozialen Beziehungen. Die Patienten verfügen über ein größeres affektives Repertoire, einzelne Gefühlsqualitäten stehen nicht mehr so sehr im Vordergrund, die Wahrscheinlichkeiten, mit denen die verschiedenen Emotionen auftreten, nähern sich einander an. Von Rudolf (pers. Mitteilung) stammt die Anmerkung, dass dieser Befund etwas widerspiegelt, was sich dem Untersucher auch im persönlichen Kontakt mit erfolgreich behandelten Patienten unmittelbar mitteilt: ein lebendigeres emotionales Ansprechen auf die jeweilige Gesprächssituation, mit der Möglichkeit, relativ schnell zwischen verschiedenen Affektlagen zu wechseln. Das Ergebnis steht auch in gutem Einklang mit Daten von Grande (2001), der an einer Stichprobe von 100 stationär behandelten Psychotherapiepatienten nachweisen konnte, dass die bereits zu Behandlungsbeginn vorhandene emotionale Differenzierungsfähigkeit am besten geeignet war, gute Behandlungsergebnisse im Sinne einer Umstrukturierung vorherzusagen. Ein variables Emotionserleben ist also nicht nur Korrelat sondern auch Prädiktor erfolgreicher Therapieverläufe. Besonders beachtet werden sollte dabei, dass die Variabilität des affektiven Erlebens bei Grande (a.a.O) durch eine *Fremdbeurteilung* anhand der OPD-Strukturcheckliste (Rudolf, Oberbracht & Grande, 1998) operationalisiert wurde, während unsere eigenen Berechnungen sich auf die *selbstberichtete* Emotionalität bezogen. Diese Übereinstimmung von Studienergebnissen auf Grundlage unterschiedlicher Datenquellen in zwei unabhängigen Stichproben gibt dem gemeinsamen Ergebnis um so mehr Gewicht.

Die durchschnittliche emotionale Valenz und der Anteil hoch affiliativen eigenen Verhaltens waren die anderen beiden Charakteristika des Beziehungserlebens, die über die Zeit hinweg mit dem Therapieerfolg kovariierten – jedoch nur mit der *Selbsteinschätzung* desselben in den beiden Fragebögen. Dabei ergaben sich sinngemäß dieselben Zusammenhänge wie bei der querschnittlichen Betrachtung zu Behandlungsbeginn: Eine überwiegend negative Affektivität korrelierte hoch mit der Klage über psychopathologische Symptome, wenig affiliatives eigenes Beziehungsverhalten sagte interpersonelle Schwierigkeiten vorher. Diesmal korrelierten die untersuchten Bereiche jedoch auch in genau der umgekehrten Richtung signifikant miteinander – negative Emotionen mit Beziehungsproblemen und geringe Affiliation mit Symptomen. Die Gesamtscores im IIP-D und der SCL 90-R ließen sich vergleichbar gut vorhersagen, wobei die affektive Valenz für beide der bessere Prädiktor war.

Die hohe Gleichförmigkeit der Ergebnisse in diesen beiden Bereichen, die konzeptuell ja zunächst einmal weitgehend unabhängig voneinander sein sollten, veranlasste uns, die Interkorrelation der beiden selbstberichteten Indikatoren des Therapieerfolges zu untersuchen. Der enorm hohe Zusammenhang (0.87), der sich dabei fand, legt nahe, dass die beiden Verfahren den Anspruch, inhaltlich heterogene Messbereiche zu erfassen, nicht einlösen können. Es scheint vielmehr so zu sein, dass der Gesamtscore in beiden Verfahren eine relativ globale Größe – nennen wir sie „allgemeines Wohlbefinden“ – abbildet. Diese war allerdings in der vorhergesagten Richtung und in beachtlicher Höhe mit dem relativen Anteil hoch affiliativen Verhaltens und positiven emotionalen Erlebens in den Beziehungsbeschreibungen

der Patienten assoziiert, was kein trivialer Befund ist: Vielmehr bestätigt das erste Ergebnis die Gültigkeit unserer von Benjamin (1993) abgeleiteten Hypothese, dass das selbstberichtete Beziehungsverhalten gesünderer Personen sich zu einem größeren Teil in den SASB-Clustern 2,3 und 4 abspielen müsste. Unsere Untersuchung ist damit die erste, in der diese Annahme von Benjamin erfolgreich empirisch getestet werden konnte. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass sich hieraus keine Schlüsse auf das *tatsächliche* Interaktionsverhalten der Patienten ableiten lassen, da unsere Daten ausschließlich deren subjektive Sichtweise abbilden.

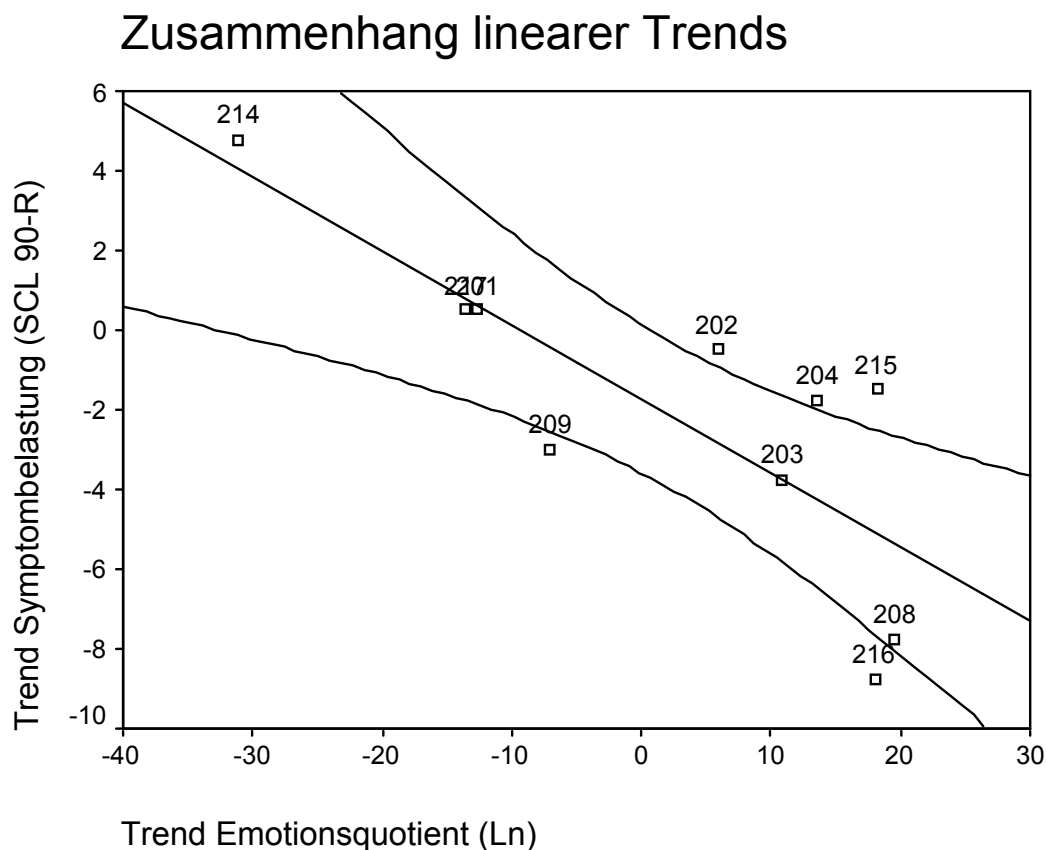
Das zweite Ergebnis lässt sich abermals gut mit dem bereits erwähnten Konstrukt der Negativen Affektivität in Einklang bringen, das sowohl das Erleben von Symptomen als auch ein Vorherrschen negativ valenter Affekte beinhaltet. Möglicherweise bewirken erfolgreiche psychoanalytische Langzeittherapien tatsächlich eine Abschwächung der Ausprägung dieses Merkmals, was auf vielfältige Art und Weise vor sich gehen mag: Die Aufdeckung bisher abgewehrter Bedürfnisse und unbewusster Konflikte in der Therapie ermöglicht es dem Patienten, seine Beziehungen mehr in seinem Sinne zu gestalten. Er wird dann angenehmere Gefühle im Umgang mit anderen haben und weniger Symptome, die auf eine gestörte Beziehungsregulation hinweisen. Auch die andauernde, kräftezehrende intrapsychische Konfliktspannung und die entsprechende Vulnerabilität für Kränkungen, Angriffe und Entwertungen werden dann reduziert sein. Das nachträgliche Einüben zuvor unterentwickelter struktureller Fähigkeiten, vor allem im Bereich der Selbst- und Objektwahrnehmung, wird sich in gleicher Weise auswirken. Schließlich kann auch das Nachholen früher schmerzlich vermisster, haltender und bestätigender Beziehungserfahrungen im Rahmen der Therapie ein größeres Wohlbefinden und eine geringere Symptombelastung mitbedingen.

Negative Affektivität (NA) hat sich in der Vergangenheit als verhältnismäßig stabiles Persönlichkeitsmerkmal erwiesen. Angesichts der langen Behandlungsdauer und des mit mehreren hundert Stunden sehr intensiven Settings der von uns untersuchten Therapien halten wir es aber für wahrscheinlich, dass sich bei den gut profitierenden Patienten wirklich eine dauerhafte Normalisierung der Werte in diesem Bereich einstellte. Dauerhaft deshalb, weil die analysierten Daten immerhin die Entwicklung über vier Messzeitpunkte hinweg im Verlauf zweier Jahre widerspiegeln. Zu dieser Interpretation im Sinne einer Reduktion von NA passt auch das Ergebnis, dass der beobachtete Effekt vor allem auf die *negativen* Affekte zurückgeht. Ihre Anzahl war durchgängig stärker mit den Therapieerfolgsmaßen assoziiert, als die der positiven Emotionen. Genau dieses Ergebnis wäre nach Watson & Clark (1984), die die relative Unabhängigkeit von positiver und negativer Affektivität immer wieder betonen, zu erwarten gewesen.

Beeindruckt waren wir trotz allem von der *Höhe* des Zusammenhanges zwischen durchschnittlicher emotionaler Valenz und Symptomklage. Korrelationen von -0.80 zwischen dem Trend des ln-transformierten Emotionsquotienten und dem des Gesamtbelastungsindex der SCL 90-R, sowie von -0.83 zwischen letzterem und dem Trend der Häufigkeit negativer Affekte, *lassen es fast gleichgültig erscheinen, ob man einen Patienten danach fragt, ob er unter Symptomen leidet, oder ob er in seinen Beziehungen zu Anderen mehr positive oder mehr negative Emotionen erlebt!* Bei der Suche nach Erklärungen für Symptombildungen wird bis heute noch oft die Auffassung vertreten, psychopathologische Symptome träten *anstelle* bestimmter, einem Patienten – zum Beispiel aus Abwehrgründen – nicht zugänglicher Gefühle auf. Wenn dies so sein sollte, bezahlen Patienten diese Vermeidung des einen unangenehmen Gefühls jedoch mit einer Vielzahl anderer Emotionen von ebenso unangenehmer Qualität. Symptomatik „lohnt“ sich also nicht: Symptome zu haben verringert auf Dauer nicht das Erleben aversiver affektiver Zustände in Beziehungen, sondern intensiviert es erheblich.

Wir fragten uns, warum sich sinngemäße Zusammenhänge nicht auch mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala finden ließen. Wenn die durchschnittliche affektive Valenz die Entwicklung der selbsteingeschätzten Symptombelastung und Beziehungsschwierigkeiten so gut vorhersagen konnte, warum fiel der Zusammenhang mit der Fremdbeurteilung des Therapieerfolges so viel geringer aus – nämlich nicht signifikant? Als sehr erhellend erwies sich in diesem Zusammenhang der folgende grafische Vergleich: In zwei Streudiagrammen (Abbildungen 2 und 3) stellten wir die Trends der selbstbeurteilten Symptomatikschwere auf der SCL 90-R denen der Fremdratings auf der Umstrukturierungsskala einander gegenüber. Als Prädiktorvariable wurde in beiden Fällen der Trend des ln-transformierten Emotionsquotienten verwendet.

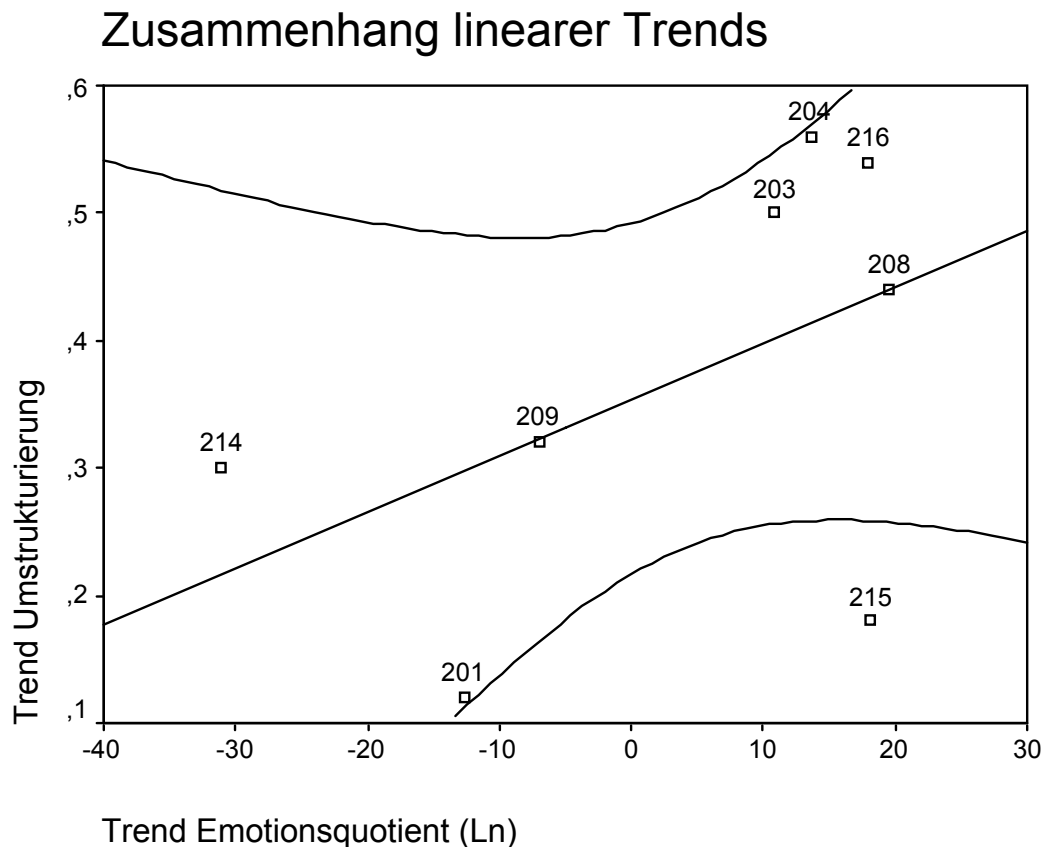
Zwischen den beiden Selbstbeurteilungen (Abbildung 2) ergab sich ein enger linearer Zusammenhang: Die Patienten reihten sich relativ nahe an der errechneten Regressionsgeraden auf – je positiver das emotionale Erleben, desto schwächer die Symptomatik. Das Konfidenzband (95%) um die Gerade ist entsprechend schmal.



**Abbildung 2: Lineare Regression der Trends der selbstberichteten Symptomatik auf die Trends des ln-transformierten emotionalen Valenzquotienten**

Ganz anders dagegen die Umstrukturierungsdaten (Abbildung 3): Für sechs der acht Patienten stimmte die Richtung des Zusammenhangs recht gut mit der von uns vorhergesagten überein, höhere Umstrukturierungswerte gingen mit positiveren Affekten einher. Zwei Patienten wichen jedoch relativ deutlich von diesem Muster ab: Patientin 215 gehörte zu denjenigen, deren Emotionsquotient im Behandlungsverlauf am deutlichsten anstieg, zugleich zeigte sie

aber nur sehr geringe Fortschritte auf der Umstrukturierungsskala. Patient 214 dagegen berichtete im Behandlungsverlauf über ein immer negativeres emotionales Erleben, während er von den Ratern moderat ansteigende Umstrukturierungswerte erhielt.



**Abbildung 3: Lineare Regression der Trends der Umstrukturierungswerte auf die Trends des ln-transformierten emotionalen Valenzquotienten**

Daran, dass der Zusammenhang von Umstrukturierung und emotionaler Valenz nicht signifikant wurde, hat sicher auch die noch einmal verringerte Stichprobengröße in diesem Bereich ( $N = 8$ ) Anteil, wir sind jedoch sicher, dass die beiden berichteten Abweichungen auch bei einer Untersuchung der vollständigen Stichprobe ins Gewicht gefallen wären und für ein uneinheitlicheres Bild gesorgt hätten. Es bleibt also festzustellen: Die Selbstbeschreibung von Patienten als psychisch belastet steht sehr im Einklang mit deren jeweiligem emotionalem Erleben. *Dagegen legen psychodynamisch geschulte klinische Beurteiler bei ihrer Einschätzung des Therapieerfolges weniger Wert darauf, ob die Patienten sich in ihren Beziehungen subjektiv wohl fühlen oder nicht!*

Diese Aussage soll im Folgenden kurz an den beiden erwähnten Fällen illustriert werden. Zunächst wollen wir Passagen aus den Ratingprotokollen referieren, die die Grundlage der Umstrukturierungsbeurteilung bei Patientin 215 bildeten. Wie bereits erwähnt berichtete diese Patientin über ein immer positiver werdendes emotionales Erleben in ihren Beziehungen. In ihren klinischen Beurteilungen wiesen die Rater jedoch immer wieder darauf hin, die Patientin sei im Interview unzugänglich, schotte sich ab, und gewähre insgesamt nur sehr wenig Einblick in das, was in ihr vorgehe. Zugleich stelle sie die Interviewsituation, ebenso wie ihre

Teilnahme am Forschungsprojekt, immer wieder grundsätzlich in Frage. Es entstünden wiederholt rivalisierende Verwicklungen mit dem Interviewer. Dabei werde auch deutlich, wie sehr sie Wert darauf lege, zu jeder Zeit als aktiv, autonom und stark wahrgenommen zu werden. An dieser Art der Selbstdarstellung änderte sich im von uns untersuchten Beobachtungszeitraum kaum etwas. Die hohen, sogar ansteigenden Werte des emotionalen Valenzquotienten können unter dieser Perspektive als Ausdruck einer *Abwehrstrategie* der Patientin gedeutet werden. Das konsequente Beharren der Patientin auf ihrer Verslossenheit, Distanz, aber auch Dominanz dem Interviewer gegenüber führte mit hoher Wahrscheinlichkeit sowohl zu den immer positiveren Werten des emotionalen Befindens als auch zu den geringen Fortschritten auf der Umstrukturierungsskala. Der Fall verweist damit eine fundamentale Einschränkung der Anwendbarkeit unserer Methode zur Erfassung des Beziehungserlebens: Um sich auf die Selbstberichte der Patienten verlassen zu können, muss man eine hinreichend gute Arbeitsbeziehung zwischen Patient und Interviewer voraussetzen können. Wo eine solche nicht gegeben ist, kann man nur bedingt darauf vertrauen, dass das Berichtete die subjektive Realität des Patienten widerspiegelt.

Die durchschnittliche emotionale Valenz von Patient 214 entwickelte sich in die genau entgegengesetzte Richtung: er zeigte die ausgeprägteste *Verschlechterung* des emotionalen Befindens in der ganzen Stichprobe – und entsprechend auch eine Zunahme der Symptombelastung. Dass die Rater diesen Fall dennoch nicht als erfolglos einstufen, hängt wohl damit zusammen, dass er sich mit fortschreitender Behandlungsdauer zunehmend mit seinen aggressiven und destruktiven Impulsen, etwa den Eltern gegenüber, zu beschäftigen begann, was ihm gleichzeitig aber auch Angst machte. Die beobachtete Verschlechterung des emotionalen Befindens resultierte bei diesem (Zwangs-)patienten wahrscheinlich aus der *Lockerung der Abwehr*, und damit aus der Erreichung eines wichtigen psychoanalytischen Prozessziels (Wallerstein, 1965). Die beiden Fälle deuten damit noch einmal auf die Wichtigkeit einer Trennung von Innen- und Außenperspektive in der psychodynamisch orientierten Psychotherapieforschung hin: Patienten, denen es zunächst einmal schlechter geht, können nach analytischem Verständnis zugleich durchaus Fortschritte in der Arbeit an ihren Konflikten und strukturellen Einschränkungen machen, während (angeblich) dauerhaftes Wohlbefinden ein Anzeichen für eine stagnierende Therapie sein kann.

Bemerkenswert ist, dass die Charakteristika des berichteten *Objektverhaltens* nicht mit dem Therapieerfolg kovariierten, weder bei der querschnittlichen Betrachtung zu Beginn, noch bei der Analyse der Veränderungen im Verlauf der Behandlungen. Unsere Hypothese, dass erfolgreich behandelte Patienten beginnen, ihre Objekte differenzierter und facettenreicher wahrzunehmen, ließ sich nicht bestätigen. Ebensowenig die Annahme, dass sie diese zunehmend als freundlich, bestätigend, entgegenkommend und hilfreich charakterisieren. An der Beschreibung des Objektverhaltens kann man also nicht ablesen, ob eine Therapie erfolgreich verläuft oder nicht. Es darf spekuliert werden, ob sich ein solcher Effekt bei der Untersuchung einer Stichprobe von *schwerer gestörten* Patienten doch hätte finden lassen. Diese Vermutung liegt nahe, wenn man unterstellt, dass in einer Gruppe stationär behandelter Patienten, mit ausgeprägteren strukturellen Störungen, relativ unreife interpersonelle Abwehrmechanismen wie etwa Projektion weiter verbreitet sein müssten. Eine Veränderung der Objektwahrnehmung in Richtung einer geringeren Feindseligkeit würde dann eine Rücknahme der Projektionen und damit einen Therapieerfolg anzeigen. Die meisten der Patienten in unserer Stichprobe analytisch ambulant behandelter Patienten wurden von den OPD-Ratern jedoch schon zu Therapiebeginn als „überwiegend mäßig strukturiert“ eingeschätzt. Die Mehrheit von ihnen war offenbar bereits in der Lage, sich bevorzugt mit den problematischen Aspekten des *eigenen* Verhaltens auseinanderzusetzen.

### 6.2.3 Vergleich mit früheren Studien

Wie in den Studien von Cierpka et al. (1998), Crits-Christoph et al. (1994), Crits-Christoph & Luborsky (1990), McMullen & Conway (1997), Albani et al. (1999), sowie Strauß et al. (1995) ergaben sich in unserer Untersuchung eindeutige Zusammenhänge zwischen bestimmten Charakteristika der Beziehungsschilderungen von Patienten und deren selbst- und fremdeingeschätzter psychischer Gesundheit bzw. Gesundung im Verlauf von Therapien. Deutlich von diesem allgemeinen Trend abweichende Ergebnisse fanden sich unseres Wissens bislang nur bei Wilczek et al. (2000). In der Gesamtbetrachtung kann man konstatieren, dass der bei weitem überwiegende Teil der bisher publizierten Studien die grundlegende Annahme bestätigt, dass das Beziehungserleben psychisch gestörter Personen sich systematisch von dem Gesunder unterscheidet (dabei sollte allerdings nicht vergessen werden, dass Studien, in denen Effekte nachgewiesen werden konnten, eine höhere Chance haben, veröffentlicht zu werden, als solche, die das Beibehalten der Nullhypothese nahelegen). Untersucht man jedoch, *welche* Charakteristika des Beziehungserlebens es im Einzelnen sind, die zwischen psychisch gesünderen und stärker belasteten Personen differenzieren, so endet die Übereinstimmung zwischen den Studien recht rasch – ein Umstand der sicher auch etwas mit den erheblichen Unterschieden in der methodischen Herangehensweise zu tun hat: Keine zwei Studien sind auch nur in der Mehrzahl der Designparameter miteinander vergleichbar, die Stichproben, die Messinstrumente, und die Berechnungsvorschriften der wesentlichen Indikatoren weichen stark voneinander ab. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache sollen im Folgenden Konvergenzen und Divergenzen zwischen unseren Ergebnissen und denen der oben angeführten Studien kurz dargestellt werden.

Die Ergebnisse von Crits-Christoph & Luborsky (1990) decken sich mit unseren recht gut: Eine Verringerung der selbstberichteten Symptomatik im Therapieverlauf ging in dieser Studie mit einer Zunahme solcher eigener Verhaltensweisen einher, die dem zentralen Beziehungswunsch entsprachen. Mit etwas gutem Willen kann man hier eine gewisse Parallele zum von uns beobachteten Anstieg des Anteils der Cluster 2, 3 und 4 am eigenen Verhalten sehen. Merkmale des Objektverhaltens waren dagegen weniger stark (und nicht mehr signifikant) mit Veränderungen der Symptombelastung assoziiert – auch dies passt gut mit unseren Beobachtungen zusammen. Mit einer Fremdbeurteilung des Therapieerfolges zeigte sich nur ein einziger Zusammenhang: Je erfolgreicher die Behandlungen eingeschätzt wurden, desto stärker ging der Anteil solcher eigener Verhaltensweisen zurück, die der Verwirklichung des zentralen Beziehungswunsches entgegenstanden. Dass sich zwischen Fremdbeurteilungen des Therapieerfolges und den Charakteristika des Beziehungserlebens weit weniger Korrelationen fanden, als wenn auch die Erfolgseinschätzung vom Patienten stammte, stimmt ebenfalls mit unseren Befunden überein.

Auch zwischen den Ergebnissen von Cierpka et al. (1998) und unseren bestehen bedeutsame Parallelen: Hier wie dort war die Variabilität des eigenen Beziehungserlebens, gemessen als Dispersion, eindeutig mit einer Selbsteinschätzung der psychischen Gesundheit assoziiert. Aus unseren Daten ergibt sich jedoch eine deutliche Spezifizierung dieses Befundes: Während bei Cierpka et al. (1998), dem klassischen Ansatz des CCRT entsprechend, Verhalten und Emotionen auf derselben „Achse“ abgebildet worden waren, trennten wir die beiden Bereiche voneinander. Dabei stellte sich heraus, dass es eben nur die Variabilität des *emotionalen Erlebens* war, die sowohl quer- als auch längsschnittlich mit dem Gesundheitsstatus kovarierte. Ob das selbstberichtete *Verhalten* des Patienten mehr oder weniger stereotyp war, spielte in unserer Stichprobe dagegen keine Rolle. Im Gegensatz zu Cierpka et al. (1998), die nur die SCL 90-R als Messwert der „Psychopathologie“ verwendeten, konnten wir entsprechende Zusammenhänge auch mit dem IIP-D und der Fremdbeurteilung auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala nachweisen. Für die Variabilität des Objektverhaltens



ergab sich ein Widerspruch zwischen den beiden Studien: Während diese bei uns keine Differenzierung zwischen mehr oder weniger gesunden Patienten gestattete, eignete sie sich bei Cierpka et al. (1998) sogar *besser* dafür als die des eigenen Verhaltens.

Crits-Christoph et al. (1994) operationalisierten in ihrer Studie an 60 ambulant behandelten Drogenabhängigen die Stereotypizität des Beziehungserlebens auf zwei unterschiedliche Weisen: Zum einen als die mittlere Korrelation zwischen den QUAIN-Profilen eines Patienten für die Beschreibung der Interaktionen mit seinen verschiedenen Objekten, zum anderen als Pervasiveness, also als der Anteil von Beziehungsepisoden, in denen der jeweils am häufigsten vergebene Code enthalten war. Die mittleren Korrelationen zwischen den Gesamtprofilen fielen eher gering aus, jedoch meistens höher als dies per Zufall zu erwarten gewesen wäre. Ein differenzierter Vergleich mit unseren Daten ist deshalb kaum möglich, weil alle drei Bestandteile des CCRT (W, RO und RS) dabei in jeweils ein einziges Profil mit 38 Items eingingen. Patienten mit höher korrelierenden Profilen nahmen allerdings längere Behandlungen in Anspruch, was die Autoren – mit einiger Vorsicht – als Hinweis darauf interpretierten, dass die psychisch stärker belasteten Patienten eine stereotypere Beziehungswahrnehmung aufwiesen. Die Pervasiveness des jeweils häufigsten Codes korrelierte nur bei den Wünschen und beim eigenen Verhalten mit der Behandlungsdauer, nicht aber beim Objektverhalten. Dies entspricht unserem Befund, dass es die Variabilität der *eigenen* Reaktionen ist, die mit dem psychischen Gesundheitsstatus korreliert, und nicht die der Objektreaktionen. Einschränkend ist wiederum zu sagen, dass Verhaltens- und Emotionsitems hier im Gegensatz zu unserer Untersuchung nicht getrennt voneinander untersucht wurden.

Mit der Studie von McMullen & Conway (1997) lässt sich die unsrige nur bedingt vergleichen. Der von diesen Autoren gefundene Effekt erinnert zwar sehr an die von uns nachgewiesene Entwicklung im Sinne der Hypothese von Benjamin, nämlich einer zunehmenden Affiliation im eigenen Verhalten bei den erfolgreicherer Behandlungen. McMullen & Conway differenzieren in diesem Punkt jedoch nicht nach dem Zeitpunkt der Beobachtung, so dass es sich eigentlich nicht um die Analyse einer Veränderung im Therapieverlauf handelt, sondern einfach um ein Korrelat erfolgreicher Therapien. Ob der Unterschied schon vor Beginn der Behandlung bestand, und ob er in deren Verlauf zunahm, abnahm, oder gar keine systematische Entwicklung zeigte, bleibt daher offen. McMullen & Conway beobachteten bei den besonders erfolgreich behandelten Patienten auch eine Zunahme submissiven eigenen Verhaltens mit der Behandlungsdauer, bei gleichbleibend hoher Affiliation. Da sich sowohl der Ausgangs- als auch der Endpunkt dieser Entwicklung in den SASB-Clustern 2,3 und 4 befinden, können wir anhand unserer Daten keine Aussage darüber machen, ob sich ein solcher Trend auch in unserer Stichprobe zeigen ließe. Charakteristika der Objektbeschreibungen waren auch in dieser Studie *nicht* mit dem Behandlungserfolg assoziiert.

In der Studie von Strauß et al. (1995) an 19 stationär behandelten Psychotherapiepatienten zeigten sich die deutlichsten Veränderungen im Therapieverlauf in der Wunschkomponente des CCRT: Die Patienten äußerten zu späteren Behandlungszeitpunkten mehr „aktive“ Wünsche nach Selbstbehauptung und Kontrolle und weniger „passive“, wie zum Beispiel den, dass andere die Verantwortung für sie übernehmen mögen. Etwas geringere Effekte ergaben sich im Bereich des Objektverhaltens: Hier zeigte sich „daß die Patienten andere Menschen etwas weniger kontrollierend, zurückweisend und ablehnend erleben...“, „dafür hilfreicher und verständnisvoller“ (S. 345). Diese Entwicklungsrichtung entspricht exakt derjenigen, die wir nach Benjamin (1993) für erfolgreiche Therapien erwartet hatten, die sich in unseren Daten aber *nicht* nachweisen ließ. Fast keine Veränderungen zeigten sich im eigenen Verhalten. Damit liegen die Verhältnisse hier genau umgekehrt wie in unserer Studie – eine mögliche Interpretation dieses Befundes im Sinne einer Reduktion der Neigung zur interpersonellen Abwehr bei schwerer gestörten (stationären) Patienten haben wir bereits angedeutet (s.o.).

Besonders erfolgreich wurden solche Patienten behandelt, die bereits zum Aufnahmezeitpunkt Wünsche nach Unabhängigkeit und Wohlbefinden geäußert und ihre Objekte als verhältnismäßig wohlwollend beschrieben hatten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße konnte allerdings keines der Ergebnisse statistisch abgesichert werden. Differentielle Entwicklungen der einzelnen Komponenten des Beziehungserlebens bei unterschiedlich erfolgreichen Therapieverläufen wurden nur exemplarisch an Einzelfällen untersucht, und sollen hier deshalb nicht weiter diskutiert werden.

Bei ihren 266 sowohl ambulant als auch stationär behandelten Psychotherapiepatientinnen (mit ganz unterschiedlichen Störungsbildern) konnten Albani et al. (1999) zwar nicht allzu hohe, aber nichtsdestoweniger signifikante Zusammenhänge zwischen Fremd- und Selbstbeurteilungen des psychischen Gesundheitsstatus und dem Anteil positiver Verhaltensweisen des Selbst und der Objekte im CCRT nachweisen. „Positiv“ bedeutete hier wieder „im Sinne der Wünsche des Patienten“. Die Korrelationen mit der selbstbeurteilten psychischen Gesundheit waren, wie in unserer Stichprobe, ausgeprägter als die mit der fremdbeurteilten. Die höchste fand sich zwischen eigener Symptomatikeinschätzung in der SCL 90-R und dem Anteil positiver eigener Verhaltensweisen. Im Gegensatz zu unserer Studie spielte die Qualität des Objektverhaltens hier jedoch ebenfalls eine, wenn auch geringere, Rolle.

Die einzige Studie, deren Ergebnisse von denen aller anderen hier berichteten, sowie von denen der vorliegenden, drastisch abweichen, ist die von Wilczek et al. (2000). An 54 Patienten, die im Begriff waren, eine ambulante, psychodynamisch orientierte Therapie zu beginnen, konnten diese Autoren so gut wie keine Zusammenhänge zwischen Beziehungserleben und klinischem Status der Patienten nachweisen, unabhängig davon, ob letzterer durch eine Selbst- oder eine Fremdbeurteilung erhoben wurde, oder ob es sich um eine eher symptomnahe oder eine eher psychodynamische Einschätzung handelte. Das Beziehungserleben wurde wiederum mit dem CCRT erhoben, die Variabilität desselben sowohl als Pervasiveness als auch als Dispersion berechnet. Keine der erwarteten Korrelationen ließ sich finden. Auch die inhaltliche Qualität des CCRT, etwa die Anteilswerte „positiver“ und „negativer“ Reaktionen von Selbst und Anderen, erwiesen sich als unkorreliert mit den verschiedenen Indikatoren psychischer Gesundheit (nur auf der Ebene der Einzelitems ließen sich einige Assoziationen finden, die aber zu speziell sind, um sie hier im Detail zu erörtern). Dieses Resultat kann nicht einfach mit methodischen Schwächen dieser, ganz im Gegenteil recht anspruchsvollen, Studie erklärt werden, sondern spricht klar *gegen* die im Allgemeinen unterstellten Zusammenhänge von Beziehungserleben und Psychopathologie. Die Stichprobe wäre groß genug gewesen, um auch weniger ausgeprägte Gruppenunterschiede nachzuweisen.

Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass sich – unsere Studie eingerechnet – in der weit überwiegenden Mehrzahl der Untersuchungen einer oder mehrere Effekte in der erwarteten Richtung nachweisen ließen. Sowohl die inhaltliche Qualität der Beziehungsbeschreibungen (gemessen an deren Positionen im Zirkumplexmodell oder daran, ob sie der Verwirklichung der eigenen Beziehungswünsche dienen oder im Wege stehen), als auch die Variabilität derselben (operationalisiert als Pervasiveness, Dispersion oder mittlere Profilkorrelation) ist ein Korrelat relativer psychischer Gesundheit und Gesundung im Laufe von Psychotherapien. Während dies im Bereich des eigenen Verhaltens recht durchgängig gefunden wurde, halten sich bestätigende und widersprechende Studien im Bereich des Objektverhaltens jedoch in etwa die Waage. In keiner der Studien wurde bei der Codierung der Probandenäußerungen die Verhaltensebene explizit von der Emotionsebene getrennt, wie dies in der vorliegenden Arbeit geschah. Mit Selbstbeurteilungen der psychischen Gesundheit ergaben sich durchgängig höhere Zusammenhänge als mit Fremdbeurteilungen.

Bei aller Übereinstimmung bleibt jedoch unbefriedigend, wie unterschiedlich in den Studien jeweils methodisch vorgegangen wurde, was dazu führt, dass die Ergebnisse nur noch sehr bedingt miteinander vergleichbar sind. Es erscheint daher äußerst erstrebenswert, sich auf eine verbindliche Methodik zur Erfassung des interpersonal-affektiven Erlebensrepertoires von Probanden zu einigen. Im Folgenden sollen deshalb die Vorteile des in der vorliegenden Studie eingesetzten Verfahrens aufgezeigt werden.

### 6.3 Zur Methodik

#### 6.3.1 Zum Codierverfahren

Das von uns verwendete Codierverfahren erwies sich als eine erheblich ökonomischere Alternative zu den in der Forschung bisher überwiegend eingesetzten Verfahren. Die Codierung direkt vom Bildschirm gestaltete sich völlig problemlos und machte eine vorhergehende, zeit- und kostenintensive, Transkription überflüssig. Zum selben Ergebnis hatte auch schon die Studie von Zander et al. (1995) geführt, so dass wir davon ausgehen, dass zukünftige Forschungen zu Beziehungsnarrativen ohne eine Verschriftlichung des gesprochenen Textes auskommen werden. Voraussetzung für dieses Vorgehen ist allerdings das Vorhandensein einer Timer-Einblendung zur Identifikation der jeweils zu codierenden Einheiten. Der Wahl von genau einminütigen Blöcken als Ersatz für die Beziehungsepisoden haftet sicher eine gewisse Willkürlichkeit an, nichtsdestoweniger hat sich diese Länge der Codiereinheiten gut bewährt: Durch die gleichzeitige Übernahme der Regel von Luborsky, innerhalb jeder Codiereinheit jeden Code nur einmal zu vergeben, ergibt sich nämlich ein angemessener Kompromiss zwischen den beiden Zielsetzungen, einerseits möglichst *vielen* Äußerungen eines Patienten zu codieren, sich aber andererseits auch nicht in der Abgrenzung einzelner, sekundenlanger Aussagen voneinander zu verzetteln. In der Vorstudie, in der diese Restriktionen noch nicht eingeführt worden waren, war genau dieses Problem aufgetreten, was zu erheblichen Abweichungen der Codezahlen zwischen den Ratern geführt hatte. Durch die Begrenzung der maximalen Verwendungshäufigkeit jedes Codes konnte in der Reliabilitäts- und Hauptstudie hingegen nachweislich eine deutliche Annäherung der Codezahlen bei unterschiedlichen Beurteilungsdurchgängen erreicht werden.

Die Ersetzung des althergebrachten Beziehungsepisoden-Paradigmas durch eine minutenweise Codierung bricht mit einer relativ gut etablierten Tradition. Die Modifikation wurde von uns zunächst aus rein pragmatischen Gründen vorgenommen: Aufgrund des wenig standardisierten Gesprächsverlaufs in den PAL-Interviews variierte die Anzahl der von den Patienten berichteten echten Beziehungsepisoden sehr stark. Viele Patienten erzählten nur eine Handvoll oder noch weniger davon, so dass ein Festhalten an diesem Codierungsmodell zu viel zu wenig (und damit unrelia- blen) Daten geführt hätte. Da uns aber an einer möglichst vollständigen Erhebung des Beziehungsrepertoires der Patienten gelegen war, blieb also gar nichts anderes übrig, als – mit den oben erwähnten Einschränkungen – einfach *jede* beziehungsrelevante Äußerung zu codieren. Was zunächst den Charakter einer Notlösung hatte, erwies sich im Nachhinein jedoch als Tugend: Bei ungebundenem Gesprächsverlauf treten Beziehungsepisoden in der von Luborsky geforderten Form nämlich stets nur recht unregelmäßig, unvollständig, und auch nur bei einer Subgruppe von Patienten auf (Stasch, pers. Mitteilung). Um in einer Stichprobe bei allen Versuchspersonen eine genügend große Anzahl von BE zu evozieren, bedarf es relativ künstlicher Gesprächsanordnungen, wie der des Beziehungsepisodeninterviews (Luborsky, 1990b; Dahlbender et al., 1993). Der Wert dieser Methode soll hier nicht geschmälert werden. Dennoch bedeutet das Gesagte eine erhebliche Einschränkung der Anwendbarkeit des klassischen Paradigmas, da eher unstrukturiertes Material, wie etwa klinische Interviews, damit nicht gut kodierbar sind: Wenn die Kriterien

zur Definition einer BE letztlich so weit aufgeweicht werden müssen, dass man sogar kurze Einzeläußerungen zu solchen umdefiniert, kann man sich die aufwändige Arbeit mit dem Auffinden und Markieren derselben auch gleich ersparen.

Für die in dieser Weise von uns ermittelten Profile des Beziehungserlebens ließ sich nachweisen, dass sie *patientenspezifische* Informationen enthalten, nämlich die vom jeweiligen Patienten individuell bevorzugte Art und Weise, sich und seine Objekte in Beziehungen zu sehen. Ursprünglich hatten wir befürchtet, bei einer Aggregation so vieler Äußerungen in je einem Gesamtprofil für jeden unserer drei Messbereiche würden sich die interindividuellen Differenzen letztlich ausmitteln und die Unterscheidbarkeit der Patienten verlorengehen. Diese Sorge war offensichtlich unbegründet.

Den großen Vorteil bei der Verwendung von vollständigen Profilen sehen wir darin, dass die reichlich künstliche Annahme, jeder Patient lasse sich durch „sein“ zentrales Beziehungskonfliktthema hinreichend charakterisieren, aufgegeben wird. Wir glauben, dass eine solche, vorschnelle Reduktion der vom Patienten kommenden Informationen zu einem unvollständigen Bild von demselben führt: Problematisch erscheint vor allem, dass im CCRT die Existenz *eines* zentralen Beziehungskonfliktes *a priori* festgestellt wird, ohne zum Beispiel die Symptomatik, die Schwere der Störung, oder sonstige Eigenschaften des Patienten zu berücksichtigen. Hier gilt aber: Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es heraus – wenn man sich von vornherein darauf festlegt, nur ein Thema zu finden, so wird einem dies auch gelingen. Auch die von uns ermittelten Profile ließen sich ohne weiteres in dieser Weise verkürzen, man müsste nur alle Kategorien außer der am häufigsten gewählten als unwichtig betrachten und übersehen. Das würde aber auch bedeuten, auf etwa 70 Prozent der vom Patienten gemachten Aussagen über sein Beziehungserleben zu verzichten, lagen doch die höchsten Anteilswerte einzelner Codes in den drei Messbereichen nur selten über 0.30. Im klassischen Ansatz des CCRT wird letztlich ebenfalls ein Profil erstellt, aus diesem werden dann aber – in jedem der drei Bereiche W, RO und RS – alle Kategorien außer der am häufigsten genannten entfernt, und letztere zum einzig relevanten Fokus erklärt, so als sei es unerheblich, ob der Patient neben diesem Modalwert über eine ganze Reihe weiterer Verhaltensoptionen verfügt, oder nur über sehr wenige. Wir sind dagegen der Ansicht, dass es von zentraler Bedeutung für die Einschätzung des interaktiven Repertoires eines Patienten ist, wie sich die von ihm berichteten Beziehungserlebnisse auf die Gesamtheit der vorgegebenen Kategorien *verteilen*.

Entsprechend entschlossen wir uns auch, anstatt des von Crits-Christoph & Luborsky (1990) eingeführten Pervasiveness-Maßes zur Erfassung der Stereotypizität des Beziehungserlebens den von Strack (1993) entwickelten Index der Dispersion zu verwenden – aus mehreren Gründen: Erstens gehen in die Dispersion *alle* verfügbaren Daten ein. Es macht somit sehr wohl einen Unterschied, ob sich diejenigen Codes, die nicht in die häufigste Kategorie fallen, auf viele verschiedene oder nur einige wenige andere Kategorien verteilen. Die Pervasiveness lässt solche Unterschiede unberücksichtigt, und stellt damit einen wesentlich ungenaueren Indikator der Variabilität dar. Zweitens mischt sich in der Pervasiveness die Variabilität mit der inhaltlichen Qualität der Codierungen. So werden die Standardkategorien des CCRT in den Bereichen RS und RO üblicherweise in positive und negative aufgeteilt, je nachdem, ob sie dem zentralen Beziehungswunsch des Patienten förderlich erscheinen oder nicht. Reduziert sich der Anteil der zentralen negativen Selbst- oder Objektreaktion im Behandlungsverlauf, so lässt sich dies in zweifacher Weise interpretieren: Als Erhöhung der Variabilität oder als Verringerung der Negativität, oder als beides. Wir halten es für besser diese beiden Aspekte klar voneinander zu trennen. In der vorliegenden Arbeit geschah dies durch

die Errechnung separater Indizes: Der Anteil hoch affiliativer Verhaltens- und positiver Emotionscodierungen bezieht sich nur auf die inhaltliche Qualität, während das Dispersionsmaß ausschließlich die Variabilität des jeweiligen Profils widerspiegelt. Der dritte Grund, sich gegen die Pervasiveness zu entscheiden, ist der, dass dieser Index quasi zwangsläufig einer Regression zur Mitte unterliegt: Dadurch, dass man zu Therapiebeginn denjenigen oder diejenigen Codes identifiziert, die am *häufigsten* auftreten, ist es fast sicher, dass genau diese Codes bei späteren Messungen niedrigere Anteilswerte aufweisen werden, einfach deshalb, weil sie aus statistischen Gründen die geringste Wahrscheinlichkeit haben, ihr anfängliches Niveau beizubehalten. Dieser Effekt ist bei den von uns eingesetzten Indizes nicht zu erwarten, da hier die Berechnungsvorschrift a priori feststeht und nicht von der Datenlage abhängt.

Durch die Erstellung von einfachen Häufigkeitsprofilen wird die raum-zeitliche Verknüpfung der einzelnen Komponenten eines Beziehungserlebnisses aufgegeben. Man erfährt nicht mehr, welches Verhalten welchem anderen vorausging oder folgte. Dies geht jedoch, wie bereits erwähnt, aus dem CCRT ebensowenig hervor. Zwar gibt dort die jeweilige Beziehungs-episode den Rahmen vor, der die Zusammengehörigkeit einzelner Handlungs- und Erlebensweisen definiert, doch in der abschließenden Zusammenfassung über alle BE hinweg geht genau diese Verbindung wieder verloren: Hier zählt dann nur noch, welche Kategorien in jedem der drei Bereiche am häufigsten benutzt wurden, aber nicht mehr, ob sie auch gemeinsam auftraten. Implizit wird damit auch die Annahme relativiert, bestimmte Beziehungsmuster kämen tatsächlich immer wieder in einer bestimmten Konstellation oder Abfolge vor. Dadurch kommt man der klinischen Realität wahrscheinlich näher, in der solche zyklischen Muster im engeren Sinne, mit einer Art Choreographie der Abläufe, wohl nur einen kleinen Teil dessen ausmachen, zu was Patienten in Beziehungen in der Lage sind (vgl. Crits-Christoph et al., 1994). Auf eine von Dahlbender et al. (1998) entwickelte Spezialform des CCRT, die genau solche Zusammengehörigkeiten berücksichtigt, dabei aber zugleich wesentlich größere Fallzahlen zur Überprüfung ihrer Aussagen voraussetzt, wurde bereits hingewiesen.

Wir halten es daher für angezeigt, sich nicht so sehr für einzelne, spezielle Erlebniskategorien oder -muster (z.B. „Ich möchte anerkannt werden, Andere entwerten mich, daraufhin werde ich wütend und vorwurfsvoll“) zu interessieren, sondern *übergeordnete Klassen von Kategorien* bzw. die im SASB-Modell zugrunde gelegten *Dimensionen* in den Fokus der Analyse zu rücken, da ein solches Vorgehen mit weniger, möglicherweise in vielen Fällen unangemessenen, Vorannahmen verbunden ist, und vollständigere Beschreibungen der interaktionell-emotionalen Möglichkeiten einer Person gestattet. Auf einem solchen, höheren Aggregationsniveau der Daten lassen sich offenbar auch für sehr heterogene Stichproben gut verallgemeinerbare Aussagen machen. Die von uns eingesetzten Indizes der durchschnittlichen emotionalen Valenz, des Anteils hoch affiliativen Verhaltens, und der Dispersion bewegen sich sämtlich auf dieser Stufe. *Sie kommen unseres Erachtens, dem, was im Beziehungserleben von Patienten stabil ist, näher.* So mag ein Patient zu einem Zeitpunkt vor allem vorwürflisch und aggressiv mit seinen Objekten umgehen, sich zu einem anderen jedoch eher zurückziehen und den Kontakt mit diesen vermeiden. Bei der Betrachtung einzelner Kategorien des Erlebens und Verhaltens müsste hier eine erhebliche Veränderung konstatiert werden. Legt man hingegen nur Benjamin's Definition „gesunden“ sozialen Verhaltens an, hat sich wenig verändert: Der Patient macht immer noch zu wenig nahe, bestätigende, oder hilfreiche Beziehungserfahrungen. Dass solche, eher globalen, Indizes zur Beschreibung des Beziehungserlebens zum einen sehr reliabel erfassbar sind, zum anderen die Formulierung inhaltlich

schlüssiger Hypothesen, sowie deren Überprüfung gestatten, konnten wir in der vorliegenden Arbeit nachweisen.

Schließlich erwies sich auch die in der vorliegenden Studie praktizierte Trennung der Verhaltens- von der Emotionsebene bei der Profilerhebung als ausgesprochen sinnvoll. Sie wird konzeptuell schon dadurch nahegelegt, dass ein und dasselbe Verhalten von sehr unterschiedlichem emotionalem Erleben begleitet sein kann. Man sollte daher zum Beispiel die Kategorien „zieht sich zurück“ und „wird wütend“ nicht als einander ausschließend oder, im Gegenteil, untrennbar miteinander verbunden betrachten, sondern die Möglichkeit offen lassen, dass ein Patient sich zum Beispiel sehr schnell von anderen abschottet, aber nur manchmal wütend wird, oder umgekehrt. Auf der empirischen Ebene ermöglicht eine solche Entkopplung erst einen differenzierenden Befund wie den unsrigen, dass es die Variabilität des emotionalen Erlebens ist, und nicht die des eigenen Verhaltens, die mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit im Therapieverlauf einhergeht. Dieses empirische Ergebnis bestätigt im Nachhinein unsere zunächst nur theoretisch begründete Separierung der beiden Messbereiche voneinander.

### 6.3.2 Zur Klinischen Emotionsliste

Sehr interessante Ergebnisse erbrachte die Entwicklung der Klinischen Emotionsliste: Allein schon die Tatsache, dass wir uns zur Zusammenstellung eines eigenen Katalogs emotionaler Qualitäten gezwungen sahen, deutet den ersten wichtigen Befund an: Beim Versuch, das affektive Repertoire unserer Patienten anhand etablierter Instrumente wie der EMO-16 (Schmidt-Atzert & Hüppe, 1996) oder der DAS (Merten & Krause, 1993) zu erfassen, stellte sich heraus, dass bestimmte, von den Patienten durchaus häufig beschriebene Emotionen dort nicht ausreichend repräsentiert waren. Besonders fiel ins Auge, dass globale Angaben über die Valenz des affektiven Erlebens („Mir geht es gut“) in keinem der Instrumente vorkamen, obwohl sie etwa ein Fünftel aller Patientenäußerungen im Bereich der Emotionen ausmachten. Bei unserem Versuch, im Rahmen der Vorstudie (Stadler, 2000) an 20 Patientenvideos ein Instrument zu entwickeln, mit dem die *Obergrenze* der affektiven Differenzierungsfähigkeit ausgelotet werden kann, hielten wir schließlich immerhin 42 diskrete Emotionskategorien, drei Valenzkategorien und drei Restkategorien zur Erreichung dieses Ziels für notwendig. Mit einer ähnlichen Zielsetzung, nämlich der, die impliziten Bedeutungsunterschiede zwischen Emotionsbegriffen im Englischen hinreichend genau abzubilden, waren Storm & Storm (1987) sogar zu einer noch größeren Zahl von Kategorien, nämlich 61, gekommen. Auch wenn unsere Itemzahl deutlich darunter liegt, fühlen wir uns dadurch doch in der Annahme bestätigt, dass 10 (DAS) oder 16 (EMO-16) Items der maximal erwartbaren Variabilität im subjektiven Affektspektrum unserer Patienten nicht gerecht geworden wären.

An den Daten unserer Hauptstudie konnten wir zeigen, dass mit der EMO-16 und der DAS nicht einmal die Hälfte der von den Patienten thematisierten Gefühle hätten erfasst werden können. Es erwies sich aber auch, dass ein großer Teil der berichteten Affektqualitäten auf eine relativ kleine Gruppe besonders wichtiger Kategorien entfiel, darunter erwartungsgemäß Angst und Wut, aber auch die positiven und negativen Valenzangaben. In Untersuchungen, in denen nicht eine möglichst feine Differenzierung des affektiven Spektrums, sondern nur die Erhebung der *wichtigsten*, weil häufigsten Affekte angestrebt wird, ist der Einsatz der beiden genannten Messinstrumente daher durchaus vertretbar, da in beiden die geläufigsten Kategorien enthalten sind (allerdings fehlt in der DAS die Nervosität und in der EMO-16 die Neugier). Überraschenderweise wurden Gefühle von Ekel und Verachtung in den immerhin 40 einstündigen Videos der Hauptstudie *fast nie* geschildert. So wichtig der Ausdruck dieser Affektqualitäten für die direkte (mimische) Interaktionsregulierung ist (Krause, 1997), so vernachlässigbar scheint die Rolle derselben für das subjektive Erleben zu sein. Wie bereits an-

gedeutet ist hierfür, ebenso wie für die niedrigen Auftretenshäufigkeiten von Stolz, Neid, Eifersucht, Langeweile und sexuellen Gefühlen, möglicherweise auch eine Tendenz verantwortlich, die Selbstzuschreibung eher tabuisierter Emotionen, zumal in videographierten Gesprächen mit einem relativ Unbekannten, zu vermeiden.

Analysiert man die mittleren Verwendungshäufigkeiten der einzelnen Kategorien der KE über die Zeit hinweg, fällt auf, dass die Anteilswerte sich nur unwesentlich verändern. Dies liegt nicht etwa daran, dass die selbstberichtete Emotionalität der Patienten so stabil wäre, sondern im Gegenteil an ihrer ausgeprägten *Instabilität*: Die Emotionsprofile veränderten sich binnen kurzer Zeit erheblich. Affekte, die zu einem Zeitpunkt bei einem Patienten eine herausragende Rolle gespielt hatten, wurden vom selben Patienten ein halbes Jahr später kaum noch oder gar nicht mehr erwähnt. Solche Schwankungen mittelten sich letztlich über alle Patienten hinweg aus und führten zu sehr stabilen Mittelwerten für die Gesamtgruppe.

Als Beispiel sei hier Patientin 201 genannt, der Fall mit den niedrigsten Werten auf der Umstrukturierungsskala und dem stabilsten Muster des Beziehungserlebens in der ganzen Stichprobe: Der Patientin wurde ein ausgeprägter Auflehnungs-Unterwerfungs-Konflikt nach OPD (Arbeitskreis OPD, 1996) diagnostiziert, der sich im gesamten Behandlungsverlauf auch nicht wesentlich veränderte. Auf Autoritäten, Einschränkungen und Zurücksetzungen reagierte sie meistens empört und betont rebellisch. Die Affekte, die in ihrem Erleben im Vordergrund standen, waren allerdings zu den verschiedenen Messzeitpunkten völlig unterschiedlich: Zu T1 dominierte die Wut, zu T3 die Freude, zu T7 die Angst und zu T9 die Enttäuschung. Die Schwankungen verweisen in diesem – wie in jedem anderen – Fall auf die Bedeutung der jeweils aktuellen Lebenssituation für das Auftreten bestimmter Emotionen, wie sie ja auch in der allgemeinen Emotionspsychologie hervorgehoben wird: Das vermehrte Auftreten von Angst zu T7 etwa ging auf ein unmittelbar bevorstehendes Abschlussexamen zurück. Ein halbes Jahr später, nach bestandener Prüfung, fiel der entsprechende Anteilswert wieder von 15 auf 3 Prozent.

Folgt man der im OPD-Manual gemachten Annahme spezifischer „Leitaffekte“ für die einzelnen intrapsychischen Konflikte, hätte man bei Patientin 201 ein durchgängiges Vorherrschen von Wut erwarten müssen. Deren Anteilswerte aber variierten beträchtlich mit der Zeit (23% zu T1, 8% zu T3, 9% zu T7 und 13% zu T9). Während der angebliche Leitaffekt zum Zeitpunkt der Diagnosestellung (T1) tatsächlich eine herausragende Position im Emotionsprofil der Patientin einnahm, unterschied sich sein Anteilswert zu T3 und T7 kaum noch von dem in der übrigen Stichprobe, und lag zu T9 nur unwesentlich darüber. Angesichts dieser erheblichen Beweglichkeit im emotionalen Erleben, sogar bei derjenigen Patientin mit dem eingeschränktesten interpersonellen Repertoire in unserer Stichprobe, halten wir die Annahme der Leitaffekte für schwer haltbar.

## 7 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Veränderungen des Beziehungserlebens von Patienten in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. Als Psychoanalysen werden dabei solche Psychotherapien definiert, die mindestens dreimal pro Woche stattfinden, und bei denen der Patient während der Behandlungsstunden auf der Couch liegt. Ausgehend vom Konzept der maladaptiven interpersonalen Schemata, das in der Psychotherapieforschung der letzten zwanzig Jahre weite Verbreitung gefunden hat, erhoben wir die Beziehungsrepräsentationen der Patienten anhand ihrer verbalen Berichte über Interaktionen mit bedeutsamen Anderen. Zwei inhaltliche Ebenen interessierten uns dabei besonders: Zum einen das beobachtbare Verhalten, das die handelnden Personen innerhalb der Beziehungsberichte im Umgang miteinander zeigen. Dieses wurde mit der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (SASB; Benjamin, 1974) erhoben. Zum anderen das emotionale Erleben der Patienten in den beschriebenen Interaktionen. Zur Erfassung dieses Bereiches entwickelten wir ein eigenes Ratingverfahren, die Klinische Emotionsliste, da sich gezeigt hatte, dass die Emotionalität der Patienten in unserer Stichprobe mit den für den deutschen Sprachraum existierenden Verfahren nur unzureichend abgebildet werden konnte. Die Grundlage der Codierung bildeten videographierte Gespräche mit den Patienten, die im Rahmen der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (Grande, Rudolf & Oberbracht, 1997) an der Psychosomatischen Klinik Heidelberg aufgezeichnet worden waren. Die Codierung der Beziehungsnarrative erfolgte direkt vom Bildschirm, wobei der Gesprächsverlauf in je einminütige Einheiten aufgeteilt wurde, innerhalb derer jeder Code nur einmal vergeben werden durfte.

Zwei Definitionen gesunden Beziehungsverhaltens von Benjamin (1993) und Crits-Christoph et al. (1994) stellten die Grundlage unserer Hypothesenbildung dar: Nach diesen Autoren zeichnet sich normales, adaptives interpersonelles Verhalten durch ein verhältnismäßig hohes Ausmaß freundlicher Zugewandtheit im Verhalten aus, sowie durch eine hohe Variabilität. Wir erwarteten daher, dass sich bei solchen Patienten, deren Behandlungen erfolgreich verliefen, Veränderungen des Beziehungserlebens in dieser Richtung einstellen müssten. Den Therapieerfolg operationalisierten wir im Bereich der selbstberichteten Beziehungsprobleme durch den IIP-D (Horowitz, Strauß & Kordy, 1994) und im Bereich der selbstberichteten Symptombelastung durch die SCL 90-R (Franke, 1995). Als Fremdbeurteilung des Therapieerfolges setzten wir die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf, Grande & Oberbracht, 2000) ein. Die statistische Modellierung der angenommenen Zusammenhänge erfolgte über ein hierarchisch lineares Modell (Bryk & Raudenbush, 1987). Dabei wurden die Entwicklungen in den einzelnen Messbereichen über vier Messzeitpunkte (2 Jahre) hinweg nach dem Kleinste-Quadrat-Kriterium durch eine Gerade angenähert, und die resultierenden Steigungskoeffizienten dann miteinander korreliert. Dadurch lässt sich der lineare Zusammenhang linearer Trends beschreiben, also das Ausmaß, in dem eine Zu- oder Abnahme eines Kennwertes mit einer Zu- oder Abnahme eines anderen einhergeht.

Unsere Hypothesen konnten nur teilweise bestätigt werden: Eine Zunahme des Anteils hoch affiliativer eigener Verhaltensweisen und des Anteils positiver eigener Affekte gingen mit Verbesserungen in beiden selbstberichteten Therapieerfolgsmaßen einher. Den stärksten Effekt fanden wir jedoch für die Variabilität des eigenen Emotionsprofils: Veränderungen dieses Index korrelierten mit allen drei Therapieerfolgsmaßen in beachtlicher Höhe. Keine Bestätigung für unsere Hypothesen fanden wir hingegen im Bereich des Objektverhaltens: keine der in diesem Bereich erwarteten Korrelationen wurde signifikant. Sehr ähnliche Zusammenhänge ließen sich bereits zu Beginn der Therapie in einem querschnittlichen Vergleich nachweisen. Für alle verwendeten Indizes konnten wir an einer Teilstichprobe zufriedenstellende bis gute Reliabilitäten nachweisen. Eine Reihe explorativer Auswertungen beschäftigte sich mit den Eigenschaften der von uns entwickelten Klinischen Emotionsliste.