

4. AUSGANGSLAGE UND ENTSTEHUNG DER PAL-STUDIE SCHWEIZ

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist seit 1984 ein Postulat der WHO. Das revidierte schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG Art. 32, 33) gültig ab dem 1.1.1996, hat dieses Postulat aufgenommen. Es gilt nun auch in der Schweiz die gesetzliche Pflicht eines periodischen Nachweises des Nutzens und die Erfordernis einer permanenten Qualitätssicherung für Heilanwendungen, die Teil der Grundversorgung sind und deren Leistungen von der obligatorischen sozialen Krankenversicherung übernommen werden. Nützlich in Sinne des Gesetzes sind Heilanwendungen dann, wenn ihre Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen wurden. Die Psychotherapie als Heilanwendung ist in den Gesetzestexten nicht speziell aufgeführt, aber mitgemeint. Das KVG verankert auch das Gebot der Qualitätssicherung. Die Krankenversicherungsverordnung (KVV Art. 76, 77) macht genauere Angaben über qualitätssichernde Massnahmen, die permanent durchgeführt werden müssen. Die Begriffe Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie die Umschreibung von Qualitätssicherung sind hier sehr allgemein gehalten.

Die somit auch für die Stellung der Psychotherapie in der sozialen Krankenversicherung gültigen Gesetze und Bestimmungen sind bis heute nicht zur Anwendung gelangt. Nach wie vor ist nur die ärztliche Psychotherapie eine anerkannte Leistung der obligatorischen Krankengrundversicherung. Das Ringen um die Regelung der nichtärztlichen beziehungsweise psychologischen Psychotherapie veranlasste die Jungianer in der Schweiz, sich für die empirische Forschung zu engagieren, um Unterlagen für ein allfälliges Anerkennungsverfahren ihrer Therapiemethode zu erarbeiten. Es ist anzunehmen, dass früher oder später die gesetzlichen Regelungen ihre Auswirkungen haben werden. Aktuell wird in der Schweiz an einem Psychologengesetz gearbeitet, das auch die nichtärztliche beziehungsweise psychologische Psychotherapie regeln soll. In dieses Gesetz dürften bisherige Vorarbeiten zur Regelung der Psychotherapie einfließen (Mattanza et al. 2002).

Anfänglich waren somit für den Aufbau einer empirischen Forschung durch die SGAP und das Institut legitimatorische Fragen wegleitend. Als erster Arbeitsschritt wurde die Erarbeitung der Basisdokumentation „Jungianer und Psychotherapieforschung“ beschlossen und die hypothesengeleitete Untersuchung sozialwissenschaftlichen Zuschnitts durchgeführt (Mattanza et al., 1995). Bereits diese Arbeit ist von der SGAP mitfinanziert und vom Institut unterstützt worden.

Die Basisdokumentation hat grundlegende Daten erhoben und verschiedene Fragen beantwortet, die

schliesslich für die Entscheidung zur Mitwirkung in der PAL-Studie wichtig waren. Erhoben wurden:

- Soziodemographische Daten über die Therapeuten. Dabei wurden Fragen beantwortet wie:
 - Wer sind die Jung'schen Therapeuten in der Schweiz?
 - Was haben sie für einen Ausbildungsgang?
 - Wie arbeiten sie?
 - Wieviel klinische Erfahrung haben sie?
- Soziodemographische und diagnostische Daten über die Patienten sowie die Behandlungen. Es wurden Fragen beantwortet wie:
 - Was für Patienten behandeln die Therapeuten?
 - Wie unterscheiden sich ihre Patienten diagnostisch von den Patienten niedergelassener Psychiater?
 - Wie lange dauern die Therapien?
- Daten zur Einstellung der Therapeuten bezüglich Fragen der empirischen Psychotherapieforschung, dies letztlich um die Frage der Bereitschaft der Therapeuten zur Mitfinanzierung und Mitwirkung in einem grösseren Projekt zu klären.

Auf die Untersuchungsergebnisse gestützt, ist die Vorbereitung eines Forschungsprojektes in Angriff genommen worden, das in naturalistischer, gegenstandsangemessener Art die Therapieverläufe in der Praxis der Therapeuten untersuchen und beschreiben sollte. Das Projekt sollte dem Bedürfnis nach Informationen über die therapeutischen Prozesse genügen, gleichzeitig Anforderungen des Nutznachweises für die Analytische Psychotherapie erfüllen und zudem Erkenntnisse über ein sinnvolles Qualitätssicherungsverfahren erbringen.

Es wurden somit vielfältige und hohe Erwartungen an das Projekt formuliert. Es hat sich bald gezeigt, dass forschende Praktiker nicht die erforderlichen Kenntnisse über Forschungsstandards und Methoden haben, und nicht über die notwendige Infrastruktur verfügen, um im Alleingang ein Projekt aufzubauen und durchzuführen, das den genannten ambitionierten Zielen genügen sollte. Zumal es auch dem komplexen tiefenpsychologisch fundierten Therapieansatz angepasst sein sollte. Es hat sich somit die Mitarbeit in einem grösseren Forschungsprojekt als wünschbar und sinnvoll erwiesen. In der Schweiz ist die Suche danach erfolglos gewesen.

Es ergab sich die Möglichkeit, sich bei Prof. Dr. med. G. Rudolf und Dr. phil. T. Grande in Heidelberg und Dr. med. W. Keller in Berlin anzuschliessen. Ein von dieser Forschergruppe entworfenes Projekt konnte sich in einem Wettbewerb gegen konkurrierende Entwürfe durchsetzen und eine Finanzierung durch die Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT) gewinnen.

Diese sogenannte Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) (Grande et al., 1997) baut die damals noch neue Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Arbeitskreis OPD, 1996) auf und verwendet Forschungsinstrumente, mit denen Verlauf und Ergebnis von Psychoanalysen im Vergleich zu niederfrequenten tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien unter psychoanalytischen Aspekten untersucht werden können. Prof. Rudolf und Dr. Grande sind im Bereich der Psychotherapieforschung ausgewiesen und haben bereits die „Berliner Psychotherapiestudie“ durchgeführt (Rudolf et al., 1991, 1994), Dr. Keller die „Berliner Jungstudie“ (Keller et al., 1997).

Die PAL-Studie wird von den beiden Untersuchungszentren in Heidelberg (Psychosomatische Klinik der Universität) und in Berlin (Abteilung für Psychosomatik des Klinikums Benjamin Franklin der Freien Universität) als multizentrische, prospektive, naturalistische Prozess-Outcome-Studie durchgeführt. Zürich hat sich diesem

Verbund als drittes Zentrum angeschlossen. Der Studienleiter der Zürcher Gruppe konnte früh den Aufbau der PAL-Studie mitverfolgen und gewissermassen als kleines Privatunternehmen von Praktikern der Psychotherapie ein Team zur Durchführung der Untersuchung aufbauen, das in forschungsmethodischer und technischer Hinsicht vom Team der deutschen PAL-Studie angeleitet und unterstützt wurde. Entsprechend der Situation der psychotherapeutischen Versorgung in der Schweiz und den damit verbundenen eigenen Interessen wurde eine Version Schweiz der PAL-Studie entwickelt mit einem veränderten Design. Unverändert zur Anwendung kamen die Forschungskonzepte und namentlich die Untersuchungsinstrumente der deutschen PAL-Studie. Erfahrungsaustausch und Training fanden von Anfang an regelmässig an gemeinsamen Teammeetings statt.

Zusammenfassung:

Seit 1992 befasst sich die SGAP und das Institut mit der empirischen Psychotherapieforschung. Den Anstoss dazu gab das Bestreben, die Psychotherapie in der Schweiz gesetzlich zu regeln und, gemäss Revision des Krankenversicherungsgesetzes, das Erfordernis des Nachweises von Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie der Qualitätssicherung für Heilbehandlungen, die von der obligatorischen sozialen Krankenversicherung übernommen werden sollen. 1993 wurde die Erhebung einer Basisdokumentation beschlossen. 1994 wurde die Untersuchung durchgeführt und 1995 unter dem Titel „Jungianer und Psychotherapieforschung“ publiziert. Die Untersuchung war im Hinblick auf ein Forschungsprojekt durchgeführt worden, das sich mit den genannten gesetzlichen Forderungen befassen sollte, und hatte als Resultat ergeben, dass die Mitglieder der SGAP und des Instituts ein der Therapiemethode und Behandlungs-

situation in der Alltagspraxis angepasstes Projekt befürworteten. Die Arbeit an der Basisdokumentation hatte auch zur Erkenntnis geführt, dass die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung eines derartigen Projekts Praktiker der Psychotherapie überfordern und deshalb die Zusammenarbeit mit Forschern erforderlich ist. Auf der Suche nach einem geeigneten Forschungsprojekt ist eine modellhafte Zusammenarbeit in der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie (PAL-Studie) von Prof. Dr. med. G. Rudolf und Dr. phil. T. Grande in Heidelberg und Dr. med. W. Keller in Berlin entstanden. Eine privat finanzierte Version Schweiz der PAL-Studie wurde geplant und die Teilnahme mit einem kleinen Team forschender Praktiker (Team „Zürich“) an der multizentrischen, naturalistischen, prospektiven Prozess-Outcome-Studie wurde möglich.

5. DIE VERSION SCHWEIZ DER PAL-STUDIE

Wie bereits dargelegt, basiert die Version Schweiz der PAL-Studie ganz auf der deutschen Studie. Untersuchung und Auswertung sind zusammen und unter Anleitung des deutschen Teams erfolgt. Verschiedentlich ist über die PAL-Studie bereits publiziert worden, auf eine gesonderte Darstellung dieser Studie wird hier deshalb verzichtet.

Schon immer haben Jungianer in der Schweiz über Behandlungsverläufe berichtet und Grundlegendes zur Psychotherapie reflektiert und beforscht. Davon zeugt ein umfangreiches Schrifttum. Noch nie wurden aber Therapieverläufe und Behandlungsergebnisse systematisch im Sinne der empirischen Psychotherapieforschung untersucht und dargestellt. Die Version Schweiz der PAL-Studie geht einen ersten Schritt in diese Richtung und prüft den Verlauf und den Effekt Jung'scher Psychotherapien, wobei auf den Vergleich mit einer Kontrollgruppe verzichtet wurde. Es sollten mindestens 30 erwachsene Patienten Jung'scher Therapeuten mit unterschiedlichen Diagnosen in die Studie aufgenommen werden. Ab einem bestimmten Zeitpunkt sollten konsekutiv Patienten mit einer nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V (F) (Dilling et al., 1993) diagnostizierbaren, krankheitswertigen psychischen Störung rekrutiert werden. Es fand weder eine Auswahl nach bestimmten Kriterien noch nach dem Zufall statt.

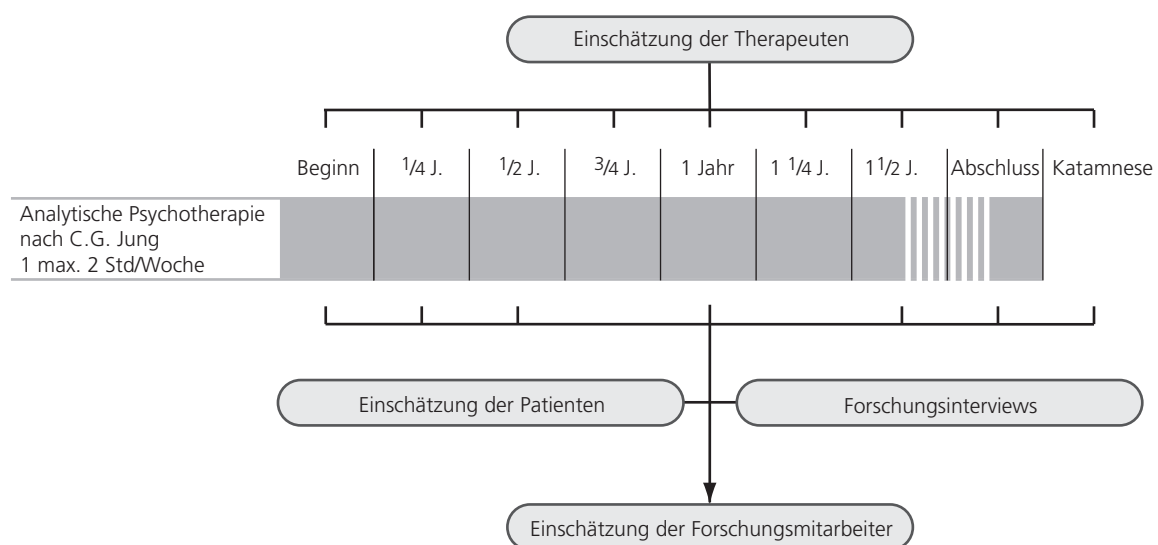
Die Studie wurde mit Rücksicht auf die in der Basisdokumentation von den Therapeuten geäußerten Bedenken so konzipiert, dass die Therapie möglichst wenig von der Forschung beeinflusst werden sollte. Dafür wurde unter anderem dadurch gesorgt, dass die Behandler nur

in den Vorgesprächen zur Therapie mit ihren Patienten über die Studie sprechen mussten. Das Studiensekretariat führte danach die Beteiligten durch die Untersuchung. Die Probanden wurden zu den Forschungsinterviews und für das Ausfüllen der Fragebogen ohne Zutun ihrer Therapeuten aufgebeten. Parallel wurden die Therapieverläufe unter organisatorischer Leitung des Sekretariats von den Therapeuten zu den vorgegebenen Messzeitpunkten dokumentiert. Diese Dokumentation enthielt ausgedehnte Klartextpassagen, so dass die Individualität und die subjektive Perspektive auf den einzelnen Fall gewahrt bleiben sollte. Untersucht wurde der Therapieverlauf zu Beginn, zu bestimmten Messzeitpunkten während und nach Abschluss der Behandlung.

Kernstück der Untersuchung war die psychodynamische Befunderhebung und Veränderungsmessung durch das Forschungsteam. Grundlage dafür bildete die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) (Arbeitskreis OPD, 1996) und für die Studie speziell ausgearbeitete Manuale für jeden Arbeitsschritt der Befunderhebung und Veränderungsmessung (T. Grande et al. in W. Schneider u. H.J. Freyberger, 2000 sowie G. Rudolf et al., T. Grande et al. und H. Schauenburg in H. Schauenburg et al., 1998). Alle Einschätzungsaufgaben wurden intensiv trainiert und auf Interrater-Reliabilität geprüft.

Die OPD ist ein Instrument zur standardisierten Diagnostik in der psychodynamischen Psychotherapie basierend auf einem semistrukturierten Interview. An der Entwicklung der OPD arbeiten seit 1992 etwa 40 psychotherapeutisch tätige Kliniker und Forscher in verschiedenen Arbeitsgruppen. Das Manual zur OPD er-

Abb. 5.1: Schematische Darstellung der Messzeitpunkte und des Untersuchungsablaufs in der PAL-Studie



schien im Frühjahr 1996. Anlass für die Entwicklung der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik war die Unzufriedenheit mit der gebräuchlichen psychoanalytischen Diagnostik und mit den in der Psychiatrie international gebräuchlichen deskriptiven Diagnoseinstrumenten DSM-IV (Sass et al., 1996) und ICD-10, indem eine ausschliesslich deskriptive, symptomzentrierte Diagnostik psychodynamisch ausgerichteten Therapeuten kaum Hilfen für die Indikationsstellung und Durchführung einer Therapie bietet. Die OPD ist somit als reliables und valides diagnostisches Instrument in Ergänzung zur ICD-10 und DSM-IV für Therapeuten konzipiert worden, die eine Berechtigung von Konzepten wie etwa des dynamischen Unbewussten, der Übertragung und Gegenübertragung, des inneren Konfliktes und der verinnerlichten Selbst- und Objektbilder anerkennen. Die Diagnostik soll sich zwischen einer Verhaltensbeschreibung einerseits und einer metapsychologischen Begriffsbildung andererseits bewegen. Es ging den Autoren der OPD um die Reduzierung der Beliebigkeit psychoanalytischer Diagnostik und um die Festlegung akzeptierter und kommunizierbarer Standards.

Für die Konzeption der OPD wählte man psychodynamische Elemente aus, die für das von der Psychoanalyse abgeleitete Verständnis eines Patienten relevant sind und dabei noch ausreichend operational fassbar und überprüfbar bleiben. Diese Wahl führte zur Definition der fünf Achsen der OPD.

Achse I: Krankheitsverhalten und Behandlungsvoraussetzungen

In Achse I wird der Schweregrad der Erkrankung, die subjektive Beeinträchtigung des Patienten, der sekundäre Krankheitsgewinn, der Leidensdruck, die Motivation zur Psychotherapie, sowie das Vorhandensein von sozialer Unterstützung und individuellen Ressourcen über insgesamt 18 Dimensionen jeweils auf einer 4-stufigen Skala beurteilt.

Achse II: Beziehung

In Achse II werden die habituellen, dysfunktionalen Beziehungsmuster eines Patienten basierend auf dem interpersonellen Kreismodell der Strukturalen Analyse Sozialen Verhaltens (SASB) (Kiesler und Benjamin 1974) erfasst.

Achse III: Konflikte

In Achse III werden die unbewussten, zeitlich überdauernden Konflikte abgebildet, die für die Problematik eines Patienten entscheidend sind. Es wurden unter bewusstem Verzicht auf die klassischen psychoanalytischen Konfliktkategorien sieben Konfliktmuster ausgewählt: 1. Abhängigkeit versus Autonomie, 2. Unterwerfung versus Kontrolle, 3. Versorgung versus Autarkie, 4. Selbstwertkonflikte, 5. Über-Ich- und Schuldkonflikte, 6. Ödipal-sexuelle Konflikte und

7. Identitätskonflikte. Jeder Konflikt kann in seinem aktiven oder passiven Verarbeitungsmodus erfasst werden. Ergänzend werden die Kategorien „mangelhafte Konfliktwahrnehmung“ und „konflikthafte äussere Lebensbelastung“ beurteilt.

Achse IV: Psychische Struktur

Achse IV beschreibt die psychische Struktur auf sechs Dimensionen abgebildet, die durch jeweils vier abgestufte Integrationsniveaus erfasst werden. Bei diesen Dimensionen handelt es sich um die Fähigkeit eines Patienten zur Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Der in der OPD verwendete Strukturbegriff beschreibt dabei die „Struktur des Ich, des Selbst und der Beziehungen“ und integriert so objektbeziehungstheoretische, ich-psychologische und selbst-psychologische Ansätze. Er ist nicht identisch mit dem topographischen Strukturmodell von Freud oder dem traditionellen Begriff der Neurosenstruktur (schizoid, depressiv, zwanghaft, hysterisch).

Achse V: Syndromale Diagnose

Psychische und psychosomatische Störungen werden nach ICD-10 Kapitel V (F) erfasst.

Ähnlich wie ICD-10 und DSM IV ist die OPD-1 nicht als endgültige Fassung zu betrachten. Sie wird in fortlaufender Auseinandersetzung mit der Bewährung in der Praxis fortlaufend weiterentwickelt.

Erfasst wurde somit in der PAL-Studie zu Beginn der Therapie, nach 3 Monaten, nach 6 Monaten und in der Folge halbjährlich aus der Perspektive des externen Untersuchers aufgrund eines rund einstündigen auf Video aufgezeichneten Beziehungsepisodeninterviews der OPD-Befund nach den Achsen II, III und IV. Die Probanden wurden im Interview aufgefordert, Erlebnisse im Umgang mit anderen Menschen zu schildern, die für sie wichtig gewesen waren. Es wurden nur ergänzende Fragen zur konkreten Lebensgestaltung und zur besseren Erfassung der untersuchten OPD-Achsen gestellt. Die Interviewer verhielten sich dabei möglichst neutral und quittierten die Aussagen der Probanden kommentar- und interpretationslos im Bestreben, möglichst wenig Einfluss auf das therapeutische Geschehen zu nehmen.

In der PAL-Studie werden Fortschritte im therapeutischen Prozess als Veränderungen der inneren Haltung zu und des Umgangs mit den für die psychische Störung der Probanden relevanten Problembereiche verstanden. Für die empirische Erfassung von Veränderungen nach diesem Verständnis sind zur Verbindung der Befunde von aufeinanderfolgenden Messzeitpunkten zwei weitere methodische Schritte erforderlich.

In einem ersten Schritt wurden für jeden Probanden jene problematischen Bereiche bestimmt, die seine psychische und körperliche Symptomatik sowie seine

Abb. 5.2: Die Fokusliste

- Achse II, Beziehung**
 - Formulierung eines dysfunktionalen habituellen Beziehungsmusters
- Achse III, Konflikte**
 - Abhängigkeit versus Autonomie
 - Kontrolle versus Unterwerfung
 - Versorgung versus Autarkie
 - Selbstwertkonflikte
 - Über-Ich- und Schuldkonflikte
 - Ödipal-sexuelle Konflikte
 - Identitätskonflikte
 - Eingeschränkte Konfliktwahrnehmung
- Achse IV, Struktur**
 - Selbstwahrnehmung
 - Selbstreflexion
 - Selbstbild
 - Identität
 - Affektdifferenzierung
 - Selbststeuerung
 - Affekttoleranz
 - Selbstwertregulation
 - Impulssteuerung
 - Antizipation
 - Abwehr
 - Interpersonell/intrapsychisch
 - Flexibilität
 - Objektwahrnehmung
 - Subjekt-Objektdifferenzierung
 - Empathie
 - Ganzheitliche Objektwahrnehmung
 - Objektbezogene Affekte
 - Kommunikation
 - Kontakt
 - Verstehen fremder Affekte
 - Mitteilen eigener Affekte
 - Reziprozität
 - Bindung
 - Internalisierung
 - Loslösung
 - Variabilität

interpersonellen Schwierigkeiten vermutlich verursachen und aufrechterhalten. Es wurde angenommen, dass sich in diesen Bereichen etwas ändern müsste, wenn sich die Schwierigkeiten des Probanden vermindern oder auflösen sollten. Diese individuellen Problembereiche werden im folgenden Foki genannt.

Für die Festlegung der individuell bedeutsamen Foki wurde die aus der OPD abgeleitete Liste gemäss Abbildung 5.2 mit dem entsprechenden dazugehörigen Manual verwendet. Die Fokusliste, beruhend auf den Achsen II, III und IV der OPD, umfasst insgesamt 30 Merkmale, aus denen die für den jeweiligen Probanden 5 charakteristische Foki ausgewählt werden konnten.

Das dysfunktionale habituelle Beziehungsmuster bildete in jedem Fall einen Fokus. Die restlichen 4 Foki wurden den Bereichen Konflikt und Struktur entnommen, wobei aus jedem der beiden Listenbereiche mindestens ein Fokus gewählt werden musste. Diese Regelung ermöglichte bei strukturell schwer beeinträchtigten Probanden hauptsächlich Foki aus dem Listenbereich Struktur auszuwählen, beziehungsweise bei besser strukturierten Probanden die Betonung auf den Konfliktbereich zu legen.

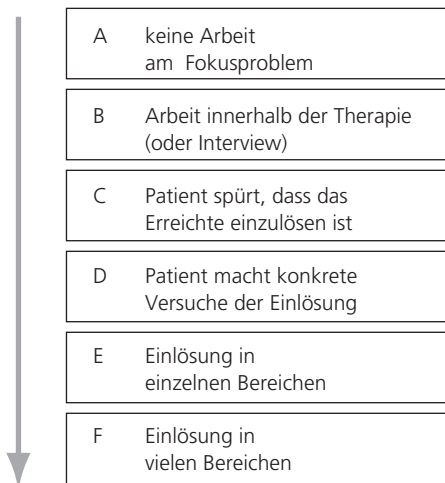
In einem zweiten Schritt wurde erfasst, welche Haltung oder Position der Proband gegenüber den für ihn relevanten Problembereichen zum jeweiligen Messzeitpunkt hatte und wie er mit ihnen umging. Dazu diente die Heidelberger Umstrukturierungsskala (Rudolf et al., 2000), gemäss Abbildung 5.3 mit dem dazugehörigen Manual.

Die Skala ist eine Weiterentwicklung der „Assimilation of Problematic Experiences Scale“ (APES) (Stiles et al., 1992) und wurde in Richtung eines psychoanalytischen

Abb. 5.3: Heidelberger Umstrukturierungsskala mit vereinfachter Darstellung der Einschätzungskriterien

1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1- 1	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt "kein Problem"	} VERHALTEN
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus	2- 2 2+	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen, von außen kommend erlebt	
3. Vage Fokuswahrnehmung	3- 3 3+	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortung	} BEWÄLTIGEN
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	4- 4 4+	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive "Bewältigung", verantwortl. Handeln	
5. Auflösung von Strukturen im Fokusbereich	5- 5 5+	Abwehr wird brüchig, Prozeß wird zur "Passion", Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung	} UMSTRUKTURIEREN
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	6- 6 6+	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	
7. Auflösung des Fokus	7- 7	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltungen	

Abb. 5.4: Skala zur Erfassung der Einlösung in der Realität



Prozess- und Veränderungsmodells modifiziert. Die Skala wurde mit dem Ziel entwickelt, Veränderungen in psychoanalytischen Therapien in Ergänzung zu Symptom- oder Verhaltensänderungen zu erfassen. Anhand der Skala wurde zum Behandlungsbeginn und zu allen folgenden Messzeitpunkten die Art des Umgangs des Probanden mit jedem einzelnen der 5 ausgewählten Foki eingeschätzt. So konnten Veränderungen als Bewegungen der Foki auf der siebenstufigen Skala abgebildet werden, wobei die einzelnen Stufen in die Zwischenstufen – und + unterteilt wurden. Für die statistische Auswertung wurden den Zwischenstufen Werte zugeordnet, die annähernd einer Drittelung des Stufenwertes entsprechen.

Naturngemäss können während einer Langzeittherapie Problembereiche, mit denen sich Probanden auseinan-

dersetzen, verschwinden oder auch neu auftauchen. Entsprechend mussten gelegentlich die Foki geändert werden.

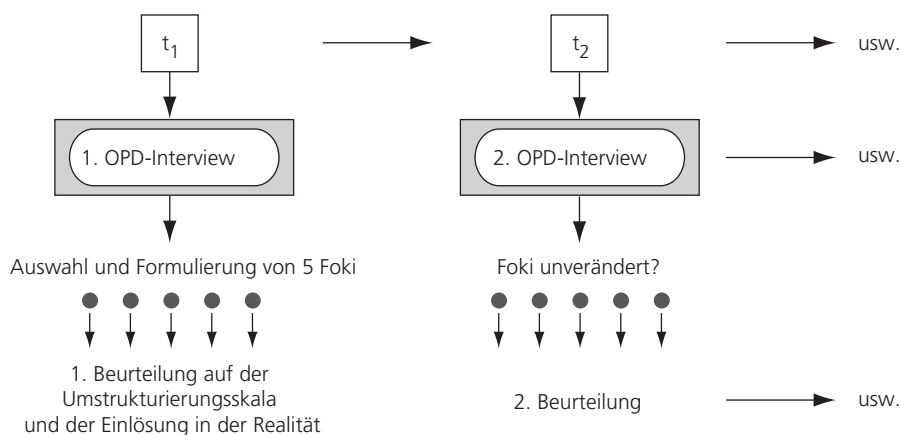
Schliesslich wurde interessehalber im Auswertungsprozess beurteilt, wie sich Verschiebungen auf der Umstrukturierungsskala im Alltag auswirkten, beziehungsweise in der Realität eingelöst wurden. Dieser letzte Schritt der Verlaufseinschätzung wurde anhand einer klinisch deskriptiven Skala (Abb. 5.4) vorgenommen.

Auswertungsgrundlage zu jedem Messzeitpunkt und für jeden Probanden war das auf Video aufgezeichnete Interview. Bei der Erhebung des OPD-Befundes, bei der Fokusausswahl, bei der Veränderungseinschätzung auf der Umstrukturierungsskala und bei der Einschätzung der Einlösung in die Realität wurde immer gleich vorgegangen. Der Interviewer und ein zweites Mitglied des Forschungsteams als Rater nahmen unabhängig voneinander jeweils einen Auswertungsschritt vor und einigten sich danach auf eine gemeinsame Beurteilung. Mit wenigen Ausnahmen wurden die Probanden von den gleichen Interviewern und Ratern durch die Studie begleitet. Die Auswertung eines jeden Interviews wurde protokolliert.

Abbildung 5.5 zeigt schematisch und zusammenfassend dargestellt das Auswertungsprozedere zur Erfassung von Veränderungen im therapeutischen Prozess.

Eine zweite Untersuchungsebene war die Beschreibung und Beurteilung des therapeutischen Prozesses durch die Therapeuten. Ihre Perspektive wurde mit Fremdeinschätzungsfragebogen erfasst. Überdies beschrieben die Therapeuten zu den Messzeitpunkten den therapeutischen Prozess in frei formulierten Texten. Bis zu drei auffällige Behandlungsstunden zwischen den Messintervallen wurden überdies von den Therapeuten frei beschrieben. Die Durchführung der systematischen Analyse der Therapeutentexte aufgrund eines Katego-

Abb. 5.5: Schematische Darstellung des Auswertungsprozederes und der Veränderungsmessung



rienkataloges und die Resultate der Analyse werden in Kapitel 10 beschrieben.

Die dritte Untersuchungslinie erfasste die Perspektive der Probanden. Sie beschreiben ihr Befinden in Selbsteinschätzungsfragebogen.

Abbildung 5.6 fasst die Untersuchungsebenen der PAL-Studie zusammen.

Die Tabelle A.1.1 in Anhang I gibt, aufgeteilt nach den drei Untersuchungsebenen, eine Übersicht über die Bereiche, die durch die Erhebungsinstrumente der PAL-Studie erfasst werden.

Katamneseuntersuchungen nach 1 und 3 Jahren sind teilweise bereits durchgeführt worden und sollen so weit möglich fortgesetzt werden.

Abb. 5.6: Untersuchungsebenen in der PAL-Studie

Einschätzung der Probanden

(Symptome, soziale Situation, Krankheitsverhalten, soziodemographische Daten, Lebensqualität (SCL-90 R, PSKB-Se, IIP))

Einschätzung der Psychotherapeuten

(Symptome, Diagnosen, Konflikte, Strukturniveau, Schwere der Beeinträchtigung, initiale und therapeutische Arbeitsbeziehung im Verlauf, Gegenübertragung, Stundenprotokolle, Umstrukturierung im Problemfokus)

Einschätzung der externen Untersucher

(OPD- Befund, Fokusauswahl, Persönlichkeitsdiagnostik nach ICD-10, Heidelberger Umstrukturierungsskala, Gegenübertragungsbogen, Einlösung in der Realität)

Zusammenfassung:

Die Version Schweiz der PAL-Studie will erstmals den Effekt Jung'scher Psychotherapien systematisch anhand von Behandlungsfällen aus der Alltagspraxis von Therapeuten untersuchen. Die Studie wurde so konzipiert, dass die Behandlungsverläufe möglichst wenig durch die Untersuchung gestört werden sollten. Zum Behandlungsbeginn, zu bestimmten Messzeitpunkten während der Behandlung und zum Behandlungsende wurde der Therapieverlauf auf drei Ebenen untersucht. Erfasst wurden mit entsprechenden Untersuchungsinstrumenten die Einschätzung der Probanden, die Einschätzung der Psychotherapeuten sowie die Einschätzung der externen Untersucher. Die Probanden beschrieben ihr Befinden anhand von Selbsteinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Die Einschätzung durch die Therapeuten erfolgte ebenfalls mit Selbst- und Fremdeinschätzungsfragebogen ohne spezifischen theoretischen Hintergrund. Überdies beschrieben die Therapeuten den therapeutischen Prozess zu den festgelegten Messzeitpunkten in frei formulierten Texten. Bis zu drei besondere Behandlungsstunden zwischen den Messintervallen wurden ferner in gleicher Art beschrieben. Kernstück der Untersuchung war die psychodynamische Befunderhebung nach den Achsen II, III und IV der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) und die Veränderungsmessung durch das Forschungsteam. Die Probanden wurden zu den vorgesehenen Messzeitpunkten für ein Interview ins Studienzentrum aufgebeten. Das semistandardisierte Beziehungs-

episodeninterview wurde auf Video aufgezeichnet. Der psychodynamische Befund wurde vom Interviewer und einem zweiten Forschungsmitarbeiter erhoben. Für die Veränderungsmessung waren zwei weitere methodische Schritte erforderlich. Zunächst mussten die beiden gleichen Mitarbeiter anhand eines entsprechenden Manuals aus einer 30 Merkmalen enthaltenden Fokusliste jene für jeden Probanden problematischen Bereiche oder Foki bestimmen, die vermutlich seine psychische und körperliche Symptomatik verursachten und aufrechterhielten. Es wurde angenommen, dass der Proband zur Verminderung oder Auflösung seiner Schwierigkeiten am ehesten in den 5 Fokusbereichen etwas verändern müsste. Ein Fokus betraf immer das charakteristische, dysfunktionale Beziehungsmuster des Probanden (OPD-Achse II). In der Regel wurden ferner als Foki zwei charakteristische Konflikte (OPD-Achse III) und zwei charakteristische strukturelle Merkmale (OPD-Achse IV) gewählt. In einem zweiten Schritt mussten wieder die gleichen Mitarbeiter einschätzen, welche Haltung der Proband zum Messzeitpunkt gegenüber den für ihn charakteristischen Foki hatte und wie er mit seinen Problembereichen umging. Dazu diente die Heidelberger Umstrukturierungsskala mit dem dazugehörigen Manual. Interessehalber wurde schliesslich anhand einer einfachen und nicht überprüften Skala gemessen, wie der Proband Veränderungen im Alltag umsetzte. Katamneseuntersuchungen nach einem und nach drei Jahren sind teilweise bereits durchgeführt worden und sollen weitergeführt werden.

6. ZUR FRAGE DER EIGNUNG PSYCHOANALYTISCHER KONZEPTE DER OPD ZUR UNTERSUCHUNG VON ANALYTISCHEN THERAPIEN NACH C.G. JUNG

Am Beispiel der Strukturachse soll gezeigt werden, dass eine Verwendung der OPD auch in der Analytischen Psychologie möglich ist, wenn auf die Unterschiede in der Verwendung einzelner Begriffe Rücksicht genommen wird. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Frage der Vergleichbarkeit der Strukturachse der OPD mit Jung'schen Konzepten findet sich bei Junghan (Junghan 1997, 2001, 2002).

Für C.G. Jung (Jung, 1927) bestand die Struktur der Seele aus dem Bewusstsein und dem Unbewussten, das er wiederum in das persönliche und das kollektive Unbewusste unterteilte. Jacobi (Jacobi, 1992) verstand unter „strukturellen Charakteristika“ das Bewusstsein mit den zwei Einstellungstypen und den vier Funktionstypen, das Ich, die Persona, das Unbewusste, die Komplexe und die Archetypen. Die Komplexe entstehen aus der Begegnung von Anlage und Umwelt und gehören bei Jacobi zur Grundstruktur der Seele. Für beide, Jung und Jacobi, ist die Qualität des Bewusstseins, und nicht allein das Unbewusste, ausschlaggebend für die Schwere der Störung, die ein Mensch entwickelt. Beide setzten aber gewissermassen die Qualität des Bewusstseins als gegebene Grösse voraus, erst Neumann (Neumann, 1963) und Fordham (Fordham, 1963, 1974) kümmerten sich eingehender um die Entwicklung des Ich beziehungsweise des Ich-Komplexes und damit um die Entwicklung des Bewusstseins.

Will man verstehen, was die Strukturmerkmale der OPD auf die Analytische Psychologie übertragen bedeuten, muss zunächst der Vergleich der Begriffe Ich und Selbst diskutiert werden. In der OPD ist Struktur definiert als „Gestaltungs- und Funktionsweise des Selbst in Beziehung zum Anderen“. Das Selbst wird verstanden als höchste Integrationsstufe der Psyche. Es entsteht erst dann, wenn das Ich, das von Geburt an vorhanden ist, und in der OPD als „zentraler Organisator des Psychischen“ verstanden wird, sich selbst zum Objekt nimmt. Hier wird somit die Struktur, die bei der Geburt vorhanden ist und die Entwicklung quasi steuert, der Struktur untergeordnet, die im Verlaufe der Entwicklung entsteht und sich weiter entfaltet. In der Analytischen Psychologie dagegen wird jene Struktur, die bei der Geburt vorhanden ist, als Selbst und diejenige Struktur, die im Verlaufe der Entwicklung entsteht und sich weiter ausprägt, als Ich oder Ich-Komplex bezeichnet.

Das Selbst der OPD enthält somit alle Elemente, die in der Analytischen Psychologie dem Ich-Komplex zugeordnet werden einschliesslich dem Konzept der Persona. Das Selbst wird auch als Persönlichkeitsganzheit aufgefasst.

Das Ich der OPD entspricht als angeborene Instanz und als zentraler Organisator des Psychischen in der Analytischen Psychologie dem Selbst in seiner Definition als zentraler Archetyp. Das Selbst in der Analytischen Psychologie wird ebenfalls als Persönlichkeitsganzheit aufgefasst. Die widersprüchliche Konzeption des Selbst in der Analytischen Psychologie als Persönlichkeitsganzheit und als zentraler Archetyp soll hier nicht diskutiert werden. Dazu gibt es eine umfangreiche Literatur (Samuels, 1989, Fordham, 1963).

Hier sei festgehalten, dass das Selbst der OPD dem Ich-Komplex der Analytischen Psychologie entspricht. Die Strukturdefinition der OPD entspricht ferner der Beziehung des Ich-Komplexes zu den anderen Komplexen in der Analytischen Psychologie. Komplexe werden hier verstanden als internalisierte Objektrepräsentationen, die das Ergebnis eines Zusammentreffens von angeborenen archetypischen Prädispositionen mit realen äusseren persönlichen und zwischenmenschlichen Erfahrungen sind (Knox, 1997). Erfahrbare sind die Komplexe und auch die Art der Beziehung der Komplexe zum Ich-Komplex über die Beziehung zu anderen Menschen (Dieckmann, 1991). Was wiederum heisst, dass es bei der Beurteilung der Struktur in der OPD in analytisch psychologischer Terminologie ausgedrückt darum geht, zu beurteilen, wie der Ich-Komplex beschaffen ist und in welchem Verhältnis er zu den anderen Komplexen steht. Dieses Verhältnis kann anhand der 6 Beurteilungsdimensionen der Struktur in der OPD, die möglichst deskriptiv und beobachtungsnah das Verhalten und Erleben auf vier verschiedenen Strukturniveaus abbilden soll, analytisch psychologisch folgendermassen umgesetzt werden:

- Selbstwahrnehmung beschreibt die Fähigkeit, über sich selbst nachzudenken, sich ein Bild von sich selbst zu machen, das differenziert und über die Zeit konstant beschrieben werden kann, über ein Identitätsgefühl zu verfügen und seine Affekte differenziert wahrnehmen und beschreiben zu können. Ein stabiles, differenziertes Selbstbild und eine stabile Identität sind Zeichen eines stabilen, kohärenten Ich-Komplexes.
- Selbststeuerung beschreibt die Fähigkeit, Affekte zu tolerieren, den Selbstwert regulieren zu können, mit Affekten und Impulsen steuernd umgehen zu können und die Folgen eigener Handlungen zu antizipieren. Die Steuerungsfunktion ist ebenfalls eine Funktion des Ich-Komplexes (Dieckmann, 1991) und ist abhängig davon, wieviel Energie innerhalb eines Komplexes mobilisiert wird, so dass dieser die Steuerungsfunktion des Ich ausser Kraft setzt oder beeinträchtigt. Wird

die Steuerungsfunktion ausser Kraft gesetzt, regiert der Komplex und nicht mehr das Ich.

- Abwehr: Es geht in dieser Dimension um die Stabilität und Flexibilität der Abwehr und ihrer Funktionalität. Zu beurteilen ist in dieser Kategorie also, ob ein Mensch in der Lage ist, mit Hilfe von Abwehrmechanismen sein psychisches Gleichgewicht trotz psychischer Konflikte zu wahren und wiederherzustellen. Abwehrmechanismen schützen in der Analytischen Psychologie das Ich-Bewusstsein vor dem unkontrollierten Einfluss des Unbewussten als Gefahr von innen und vor dem vereinnahmenden Einfluss der Umwelt als Gefahr von aussen (Neumann, 1963). Die Abwehrmechanismen sind dem Ich-Komplex zuzuordnen (Neumann, 1963, Fordham, 1974). Sie sorgen für die Stabilität des Ich-Komplexes. Gemeint sind hier reifere Abwehrmechanismen. Hinzuzufügen ist die Abwehr des Selbst als die sogenannte primitive Abwehr (z.B. Spaltungsmechanismen) (Fordham, 1974).
- Objektwahrnehmung beschreibt die Fähigkeit zur Unterscheidung von innerer und äusserer Realität, Selbst und Objekt. Hier ist angesprochen, wie gut der Ich-Komplex von anderen Komplexen unterschieden ist, beziehungsweise ob der Ich-Komplex von anderen Komplexen beherrscht wird. Gemessen wird diese Fähigkeit in der OPD und in der analytischen Psychologie übereinstimmend daran, ob der Mensch andere Menschen vollständig beschreiben, sich empathisch in andere einfühlen und Situationen auch aus deren Perspektive sehen kann. Ein Mensch mit gestörter Objektwahrnehmung projiziert seine Innenwelt unreflektiert nach aussen. Innen und aussen verschwimmen gewissermassen.
- Kommunikation ist eine richtungsübergreifende psychologische Kategorie. Sie geht verloren, wenn der Ich-Komplex fragmentiert, Ich-Funktionen nicht mehr zur Verfügung stehen, oder wenn ein Komplex aktiviert wird, der nicht mit dem Ich-Komplex verbunden und damit der Wahrnehmung entzogen ist.
- Bindung prüft, ob ein Mensch innere Repräsentanzen des Gegenübers (Objektinternalisierung) errichten und längerfristig affektiv besetzen kann (Objekt Konstanz). Ausgehend von der Annahme, dass überwiegend negative Objektbilder die Entwicklung von Bindungen beeinträchtigen und die Loslösung von bestehenden Bindungen erschweren, wird in der OPD beurteilt, ob insbesondere positive Objektrepräsentanzen verinnerlicht wurden. In der Analytischen Psychologie würde man sich fragen, wie die Relation von positivem Mut-

ter- beziehungsweise Vaterkomplex zum negativen Mutter- beziehungsweise Vaterkomplex ist und wie die Beziehung des Komplexes zum Ich-Komplex ist, da dadurch wesentlich die Variabilität möglicher Bindungen bestimmt wird.

Zusammenfassung:

Diskutiert wird die Frage, ob sich psychoanalytische Konzepte zur Untersuchung von analytischen Therapien nach C.G. Jung eignen. Am Beispiel der Strukturachse (Achse IV) wird dargelegt, dass die Verwendung der OPD möglich ist, wenn auf die Unterschiede in der Verwendung einzelner Begriffe Rücksicht genommen wird. Namentlich muss die unterschiedliche Verwendung der Begriffe Ich und Selbst beachtet werden. Vereinfachend kann gesagt werden, dass das Selbst der OPD dem Ich-Komplex der Analytischen Psychologie entspricht. Die Beurteilungsdimensionen der Struktur in der OPD lassen sich analytisch psychologisch umformulieren. Für die Strukturachse der OPD lässt sich somit zeigen, dass das Instrument für die Untersuchung der Therapien in der Version Schweiz der PAL-Studie geeignet ist.

7. FORSCHUNGSLEITENDE VORGABEN UND HYPOTHESEN

Die Wirksamkeit der Psychotherapie gilt allgemein als erwiesen und die Jung'sche Psychotherapie, wie sie in Zürich-Küsnacht gelehrt und von den Absolventen des Instituts praktiziert wird, hat sich in der Behandlung von ungezählten Krankheitsfällen in der täglichen Praxis bewährt. Losgelöst von diesen Annahmen sollen Verlauf und Behandlungsergebnisse der Therapien systematisch untersucht werden. Die folgenden grundlegenden Vorgaben wurden für die Version Schweiz der PAL-Studie formuliert:

- Untersuchungen zum Nachweis der Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen im engeren Sinn (efficacy) nach den Anforderungen eines kontrollierten Designs sind nicht möglich, wenn die Komplexität der Störungsbilder und Behandlungen in der psychotherapeutischen Alltagspraxis erfasst werden soll.
 - Die Psychotherapie ist mit geeigneten Mitteln namentlich auch dort zu untersuchen, wo sie am häufigsten praktiziert wird, nämlich in der freien Alltagspraxis.
 - Zur Gewinnung realistischer Ergebnisse und zur Vermeidung von Forschungsartefakten ist für die Beforschung der Psychotherapie in der Praxis ein Vorgehen zu wählen, das die Behandlungsverläufe möglichst wenig beeinflusst.
 - Es erscheint somit sinnvoll, in einem gegenstandsangemessenen Design den Verlauf von Jung'schen Psychotherapien in der Praxis ausführlich zu beschreiben und damit Effizienz und Nutzen (effectiveness) der Behandlungen zu belegen.
 - Neben legitimatorischen Aspekten, also der Frage nach dem Behandlungsergebnis und der Ergebnisqualität der Behandlungen, sind prinzipielle Fragen über den therapeutischen Prozess von Interesse.
 - Es ist somit sinnvoll, im Forschungsansatz quantifizierende und qualitativ beschreibende Methoden miteinander zu verbinden, was namentlich auch dem Wunsch der in der Basisdokumentation befragten Therapeuten von Gesellschaft und Institut entspricht.
- Insgesamt haben diese Erwägungen zur Mitarbeit in der multizentrischen PAL-Studie geführt. Die Therapien wurden aus der Sicht der Probanden und Therapeuten sowie der Forschungsmitarbeiter untersucht. Der Forschungsansatz der prospektiven, naturalistischen Prozess-Outcome-Untersuchung ist geeignet, gemäss den Vorgaben der Basisdokumentation und den oben zusätzlich formulierten Vorgaben die folgenden Hypothesen zu prüfen:
- Jung'sche Therapeuten behandeln effizient Patienten mit einer breiten Palette von Störungen von unterschiedlichem Schweregrad.
 - Therapiemethode, Setting und Therapiedauer werden den Bedürfnissen der Patienten angepasst und sind daher variabel.

- Das gleiche gilt für die in den Therapien behandelten Themen und Fokusbereiche. Entsprechend werden a priori keine Therapieziele vorausdefiniert.
- Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive, begleitende Therapien werden von Jung'schen Psychotherapeuten etwa gleich häufig durchgeführt.
- Das Versorgungssystem beeinflusst den Verlauf und die Dauer der Psychotherapien.
- Aussagen zum therapeutischen Prozess sind mit dem gewählten Untersuchungsansatz und auch aufgrund der durchgeführten Textanalysen möglich.
- Nachhaltige Veränderungen des Beziehungsverhaltens, der Konfliktbewältigung und der psychischen Struktur von Patienten sind nur mit langdauernden Therapien und mit einem entsprechenden Engagement von Patienten und Therapeuten zu erreichen.
- Veränderungsprozesse halten bei Analytischen Langzeittherapien über das Therapieende hinaus an, was mit Katamneseuntersuchungen dargestellt werden kann.

Zusammenfassung:

Es wird allgemein angenommen, dass Psychotherapie wirksam ist. Die klinisch-praktische Erfahrung zeigt, dass sich die Jung'sche Psychotherapie in der Behandlung von ungezählten Krankheitsfällen bewährt hat. Losgelöst von diesen Annahmen sollen Verlauf und Resultate der Therapien systematisch untersucht werden. Zu den grundlegenden Vorgaben für die Version Schweiz der PAL-Studie gehört, dass nicht im engeren Sinn die Wirksamkeit (efficacy) der Therapien in einer kontrollierten Studie, sondern in einem naturalistischen Design der Nutzen und die Effizienz der Therapien in der Alltagspraxis untersucht werden soll. Dabei soll die Studie den Therapieverlauf möglichst wenig stören. Wegleitend für die Arbeit war die Überzeugung, dass das Studiendesign geeignet ist, Jung'sche Psychotherapien in der Praxis zu untersuchen. Es wurde eine Reihe von Hypothesen formuliert. Namentlich wurde davon ausgegangen, dass die Therapeuten Patienten mit einer breiten Palette von Störungen unterschiedlichen Schweregrades behandeln und sich methodisch, im Setting und bezüglich Therapiedauer den Bedürfnissen der Patienten anpassen. Angenommen wurde entsprechend, dass ein heterogenes Probandenkollektiv in der Studie mitmacht, und dass Analysen im engeren Sinn, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und supportive Behandlungen etwa gleich häufig durchgeführt werden. Angenommen wurde ferner, dass das gewählte Studiendesign Aussagen über den therapeutischen Prozess erlaubt und dass das Versorgungssystem die Indikationsstellung und den Therapieverlauf beeinflusst.
