

Gerd Rudolf · Tilman Grande · Claudia Oberbracht

# Die Heidelberger Umstrukturierungsskala

## Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala

### Zusammenfassung

Im Rahmen des Projekts „Praxisstudie analytische Langzeittherapie“ wurde von der Heidelberger Arbeitsgruppe ein Instrument entwickelt, welches dazu dient, im Verlauf von analytischen Psychotherapien die Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit zu erfassen. Das Instrument ist im formalen Aufbau angelehnt an die Skala APES von Stiles (1992); abweichend davon sind die Entwicklungsstufen der Veränderung nicht auf allgemeine Problemaneignung, sondern auf ein spezifisch psychoanalytisches Prozessmodell bezogen. Die Skala und das in ihr eingearbeitete Prozessmodell wird dargestellt und theoretisch begründet; ferner werden die Ergebnisse einer Reliabilitätsuntersuchung und erste Erfahrungen bei ihrer Anwendung im Rahmen stationärer Psychotherapien und psychoanalytischer Langzeittherapien dargestellt. Es wird hervorgehoben, dass es sich nicht nur um ein Forschungsinstrument handelt, sondern auch um ein praxisnahes Werkzeug zur Planung und Evaluation psychodynamischer Behandlungen und somit um einen Beitrag zur Qualitätssicherung in diesem Bereich.

### Schlüsselwörter

Umstrukturierungsskala · Psychoanalytische Langzeittherapie · Prozessmodell psychoanalytische Therapie · Forschungsinstrument · Qualitätssicherung

Die Psychotherapeuten aller Schulrichtungen haben die evidente Erfahrung, dass sie mit ihrem jeweiligen Verfahren Patienten bei der Bewältigung und Umstrukturierung problematischer Lebenssituationen und beim Abbau von Beschwerden und Beeinträchtigungen wirksam unterstützen können. Die Feststellung der Psychotherapieforschung, dass dabei ganz unterschiedliche Therapieansätze zu ähnlichen Besserungsquoten führen, hat das wissenschaftliche Interesse auf die Frage gelenkt, *wie* die spezifischen Prozessentwicklungen in den einzelnen therapeutischen Ansätzen zu verstehen sind, und welches ihre wichtigsten Wirkfaktoren sind. Eine große Schwierigkeit für die Forschung liegt darin begründet, dass sich Symptombesserungen vergleichsweise einfach verhaltensnah operationalisieren und dadurch beschreiben und gewichten lassen, während Prozesse der therapeutischen Entwicklung und der Umstrukturierung der Persönlichkeit nur im Rahmen von Modellen – der Persönlichkeit, der Störung, der Therapie – beschreibbar sind. Die habituelle Angst eines Patienten, abgelehnt zu werden, kann in einem kognitiven Störungsmodell als Ausdruck einer falschen, d. h. dysfunktionalen Kognition erklärt und verhaltenstherapeutisch durch aktives Stoppen der negativen Gedanken und Training von positiven Selbstüberzeugungen bearbeitet werden. In einem psychoanalytischen Modell könnte der gleiche Vorgang z. B. als Identifizierung mit einem ablehnenden Objekt oder als Projekti-

on eigener Entwertungstendenzen verstanden und therapeutisch in der Übertragungsbeziehung aufgegriffen werden. Die Prozessmodelle der therapeutischen Umstrukturierung sind in beiden Fällen sehr verschieden, auch wenn sie, jedenfalls auf der Basis bisheriger Untersuchungsmethoden, zu ähnlichen Veränderungen führen. Sie sind unmittelbar abhängig von den theoretisch fundierten Grundannahmen über die Persönlichkeit, ihrem Funktionieren, ihrer Beziehungsgestaltung, ihren Störungen etc.

Im Bereich der Psychoanalyse und der psychoanalytisch fundierten Therapien, für deren Beforschung wir uns engagieren, wurde in deren rund 100-jähriger Geschichte ein konsistentes Modell der Störung und Therapie entwickelt, bzw. man kann aus der Fülle der mitgeteilten Differenzierungen und Modifizierungen ein solches Kernmodell extrahieren; wir kennzeichnen es wegen der größeren Breite nicht als psychoanalytisch, sondern als „psychodynamisch“. Trotz der großen Verbreitung psychodynamischer Therapien – in Form von Psychoanalysen, analytisch fundierten Psychotherapien, stationär integrierten Psychotherapien, Paar- und Familientherapien etc. – stieß ihre empirische Erforschung bisher auf große Schwierigkeiten. Die Gründe dafür sind vielfältig:

---

Prof. Dr. Gerd Rudolf  
Universitätsklinikum Heidelberg,  
Psychosomatische Klinik, Thibautstraße 2,  
69115 Heidelberg

G. Rudolf · T. Grande · C. Oberbracht

## The Heidelberg restructuring scale. A model of changes in psychoanalytic therapies and its operationalization on an estimating scale

### Summary

As a part of a project for „Practical studies about long-term psychoanalytic therapies“ an instrument was developed of the Heidelberg Group for measuring the stages of restructuring of the patient's personality in the course of analytic therapies. The instrument relies in its formal structure on the APES-Scale of Stiles (1992). In our scale, however, the stages of development not to the general requirement of problems, but rather to an specific model of the psychoanalytic process. The scale and the included model are presented and theoretically founded. Furthermore, results of the reliability and first experiences with application in in-patient therapies are described. It should be emphasized that our scale is not only an instrument of research, but also a of practice for planing and evaluating of psychodynamic treatments and therefore a contribution to quality assurance in this field.

### Key words

Personality restructuring scale · Long-term psychoanalytic therapy · Process model of psychoanalytic therapy · Instrument for research and practice

## Originalien

- Psychodynamische Therapien werden nicht in wissenschaftlichen Institutionen, sondern bevorzugt in der Praxis durchgeführt, die für die Forschung schwer zugänglich ist.
- Psychodynamische Therapien sind wegen ihres dichten Beziehungsgefüges von Übertragung und Gegenübertragung störanfällig für Forschungsinterventionen Dritter (Forscher, Videokamera, Tonbandgerät, Fragebögen).
- Psychodynamische Therapien werden stark individualisiert geführt (über verschiedene Zeiträume, mit unterschiedlicher Stundenfrequenz, mit individuell auf den Patienten zugeschnittenen Interventionen und individuellen Erklärungsansätzen des Therapeuten).
- Es gibt unter Psychoanalytikern keinen theoretischen Konsens darüber, wie die Umstrukturierung der Persönlichkeit aus psychoanalytischer Sicht erforscht werden soll. Dazu Kathryn De Witt (1997) „This lack of theoretical consensus due to varying levels of abstraction and unclear relationship between constructs and observable behaviour has impeded the development of any general accepted measurement approach.“

Einen ersten Schritt zur Behebung dieses Mangels stellt in Deutschland die Entwicklung des Systems „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ OPD dar (Arbeitsgruppe OPD 1998). Im Rahmen dieser Entwicklung haben eine Anzahl von psychodynamisch orientierten Therapeuten und Forschern einen Konsensus über die psychodynamische Beschreibung von Störungen herbeigeführt. In einer Reihe von Studien hat sich das Instrument als klinisch valide und in der Handhabung als reliabel erwiesen (Freyberger et al. 1996; Rudolf et al. 1996). Bei der Anwendung der OPD zur Veränderungsmessung (Grande et al., im Druck) hat sich jedoch ähnliche wie in Studien zum Zentralen Beziehungskonflikt (Luborsky u. Kächele 1988) gezeigt, dass dieses Instrument aufgrund seiner primär diagnostischen Orientierung viele zeitstabile Züge erfaßt und feinere therapiebedingte Veränderungen nur eingeschränkt abbilden kann. Unser Anliegen war es daher, für Prozess-Outcomestudien im Bereich analytischer Thera-

pien ein Instrument zu entwickeln, welches geeignet ist, die schrittweise therapeutische Veränderung des auffälligen Eingangsbefunds zu erfassen. So entstand die Heidelberger Umstrukturierungsskala, die in ihrem formalen Aufbau an die Skala APES von Stiles et al. (1992) angelehnt ist. Die Skala APES basiert auf Studien zu den kognitiven und emotionalen Markern, welche die effektive therapeutische Arbeit des Patienten in einzelnen Therapiesitzungen kennzeichnen (z. B. Elliot 1985). Die Autoren entwickelten eine Sequenz von therapeutischen Schritten, welche das zunehmende Gewahrwerden, Verstehen, Bearbeiten, Lösen und Meistern von Problemen beschreibt (Field et al. 1994; Stiles et al. 1992, 1995) und kennzeichnen diesen Vorgang in Anlehnung an Piaget als Assimilation. Dieses allgemeine, kognitiv akzentuierte Schema der therapeutischen Veränderung haben wir auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, wo die Vorgänge der Abwehr, der Beziehungsgestaltung, der Übertragungsentwicklung, der Internalisierung die wesentlichen Bezugspunkte bilden. Im Folgenden geben wir eine theoretische Begründung der Skala, indem wir zunächst das psychodynamische Modell der Störung und sodann das psychodynamische Modell der Therapie rekapitulieren.

## Theoretische Begründung der Skala aus dem psychodynamischen Modell der Störung und der Therapie

### Das psychodynamische Störungsmodell

#### Disposition zur Störung

Ausgangspunkt der Überlegungen zum psychodynamischen Verständnis gestörter Persönlichkeitsentwicklung bildet das Konzept der beeinträchtigten, entwicklungspsychologisch frühen Reifungsschritte des Kindes unter dem Einfluss von familiären Belastungen, Defiziten oder Traumatisierungen. Der Zusammenhang zwischen Belastungen in der Kindheit und Erkrankungsbereitschaft im Erwachsenenalter wurde viel diskutiert, er darf insgesamt als empirisch belegt gelten (Rudolf et al. 1997).

Aus problematischen lebensgeschichtlichen Erfahrungen eines Menschen resultieren Dispositionen, die sich auf mehreren Ebenen beschreiben lassen:

- Mangel an positiven Beziehungserfahrungen,
- Übermass an negativen emotionalen Eindrücken,
- Internalisierung negativer Beziehungsmuster,
- Verdrängung von basalen Bedürfnissen und Wünschen,
- Defizitäre Entwicklung von strukturell verankerten Funktionen (z. B. Internalisierung),
- Mangelnde Fähigkeit zur Lösung von Konflikten,
- Vielfältige Formen der Abwehr und Bewältigung dieser Konflikte und Strukturdefizite,

Die so entstandenen Dispositionen hindern den Patienten daran, notwendige Entwicklungsschritte in seinem Leben zu vollziehen und die für die Bewältigung des Lebensalltags erforderlichen Kompetenzen in vollem Umfang zu erwerben. Zuweilen haben diese Abwehr- und bewältigungsbedingten Einschränkungen ihrerseits bereits Krankheitswert, häufig bleibt die Auffälligkeit im subklinischen Bereich. Aktuelle Darstellungen der Krankheitslehre finden sich z. B. bei Rudolf (2000) und Krause (1998). Von zentralem Interesse in der psychodynamischen Forschung ist die aus der oben beschriebenen psychodynamischen Konstellation abgeleitete Beziehungsbereitschaft bzw. Übertragungsbereitschaft. In elaborierten Verfahren wird sie als „zyklisch maladaptives Muster“ (Schacht et al. 1984, 1994), als zentraler Beziehungskonflikt (Luborsky 1977), als pathogenogen belief (Weiss et al. 1986) oder als dysfunktionales Beziehungsmuster (Grande et al. 1997) analysiert. In allen diesen Ansätzen geht es darum, die Auswirkungen eines unbewussten Konflikts und defizitärer Beziehungsrepräsentanzen auf die Regulation des Selbst und v. a. auf das zwischenmenschliche Verhalten zu erfassen.

### Der Ausbruch der Symptomatik

Die erwachsene Persönlichkeit – aber auch die jugendliche oder kindliche

Persönlichkeit – kann unter zusätzlich belastenden Lebensveränderungen oder Entwicklungsaufgaben an die Grenzen ihrer Regulationsfähigkeit nach innen und ihrer adaptiven Möglichkeiten nach aussen gelangen. Als Notlösungen oder vorläufige Bewältigungsversuche für die intrapsychischen und zwischenmenschlichen Spannungen entwickeln sich krankheitswertige Erlebens- und Verhaltensweisen, d. h. Symptome wie z. B. Angstzustände, Essanfälle, Verstimmungen, körperliche Schmerzen. Unter der Symptombildung entsteht ein neues Gleichgewicht nach innen (primärer Krankheitsgewinn) und nach aussen (sekundärer Krankheitsgewinn) bei gleichzeitiger Zunahme des subjektiven Krankheitsgefühls angesichts von eingeschränkter Lebensqualität.

### Leidensdruck und Therapiemotivation

Die Intensität der dysfunktionellen Muster und der erlebten Beschwerden wecken beim Patienten den Wunsch nach Veränderung. Die erlebte Unfähigkeit, die Störung aus eigener Kraft oder mit Unterstützung von Angehörigen und Freunden zu überwinden, führt letztlich dazu, dass der Patient sich an professionelle Helfer (Psychotherapeuten) wendet, um mit ihrer Hilfe eine Veränderung der Situation zu erreichen. Die Motivation zu dieser Kontaktaufnahme kann u. U. über lange Zeit heranreifen. Ein nicht geringer Teil der Patienten sucht nicht irgend eine Hilfe, sondern entwickelt spezifische Vorstellungen von der Art der notwendigen therapeutischen Veränderung und von der Persönlichkeit der Therapeutin oder des Therapeuten. Es sind daher eher die Patienten, die sich ihre Therapeuten aussuchen als umgekehrt die Therapeuten, welche Indikationen zu Therapien stellen. Therapiemotivation ist keine konstante Grösse, sie variiert im therapeutischen Prozess. In der Anfangsphase kann die Motivation von aussen unterstützt sein, in der Mitte wird häufig ein bewusstes starkes Engagement für die therapeutische Arbeit beobachtet; während der fortgeschrittenen Therapieentwicklung können die emotionalen Belastungen der Behandlung die Motivation infrage stellen; bei Therapieende ist nicht selten wieder ein starkes Interesse an der gleichberechtigten Zusammenarbeit gewachsen.

## Das psychodynamische Therapiemodell

### Entstehung der Übertragungsbeziehung

Der Patient, der für eine Veränderung seiner Situation motiviert ist, und der seine Wahl für einen Therapeuten und seine Entscheidung für eine Therapie in einer Reihe von diagnostischen Gesprächen getroffen hat, gelangt nun in eine Situation, die insbesondere durch ihre Asymmetrie charakterisiert ist. Auf der einen Seite steht der auf Rat, Unterstützung und Hilfe hoffende Patient, der bemüht ist, seine Sicht der Dinge überzeugend darzustellen. Auf der anderen Seite steht ein Therapeut, der eine eher rezeptiv entgegennehmende und zugleich nicht bewertende, gleichmäßig akzeptierende Haltung einnimmt. Der Patient kommt mit seinem Anliegen in eine aus seiner Sicht weitgehend unstrukturierte Situation, in welcher er am ehesten die Aufmerksamkeit und das Interesse des Therapeuten für seine Person, sein Leben und seine Schwierigkeiten wahrnimmt, während er konkrete Handlungsanweisungen, Ratschläge eher vermisst. Gerade diese Offenheit der wenig strukturierten Situation ist entscheidend für die weitere Entwicklung. Sie eröffnet dem Patienten die Möglichkeit, diese neue Beziehung nach den für ihn bisher gültigen (unbewussten) Regeln zu gestalten. Er gerät dabei zwangsläufig in einen Widerspruch: Die pathogenen Überzeugungen und zentralen Beziehungskonflikte legen es ihm nahe, die neue Beziehungssituation negativ auszulegen (z.B. zu antizipieren, dass er abgelehnt, ausgenutzt, entwertet, verurteilt etc. wird). Gleichzeitig mobilisiert die prinzipiell akzeptierende Haltung des Therapeuten die Hoffnung auf eine Widerlegung der pathogenen Überzeugungen (die Hoffnung, dennoch akzeptiert zu werden, in den eigenen Einstellungen und Überzeugungen anerkannt zu werden, etc.). Dieses sind die beiden wichtigen Übertragungsaspekte: Die Übertragung der negativen Erfahrungen, welche in dem Therapeuten ein unerreichbares, ablehnendes, strafendes und verfolgendes Gegenüber vermutet; die positive Übertragung, welche den Anderen als zugewandtes, verständnisvolles, akzeptierendes, idealisiertes Gegenüber erwartet.

Ähnlich wie für die Motivation beschrieben, durchläuft auch die Übertragung einen Veränderungsprozess im Behandlungsverlauf. Anfänglich können hoffnungsvolle Idealisierung oder misstrauische Entwertung im Vordergrund stehen; im Mittelfeld erfolgt die Zusammenarbeit häufig auf der Grundlage einer milden positiven Übertragung; in Langzeittherapien erfolgt bei einem Teil der Behandlungen eine starke Intensivierung der Übertragungsbeziehung im Sinne einer Übertragungsneurose, die gegen Behandlungsende wieder in ruhigere Beziehungsbahnen einmündet.

### Therapeutische Beziehung und Therapieziel

Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zu dem bis dahin unbekanntem, aber häufig aufgrund von persönlichen Empfehlungen mit positiven Erwartungen besetzten Therapeuten stellt die Ausgangssituation dar. In dieser Begegnung kommt es zu einer Aktivierung und unbewussten Inszenierung der zentralen Erfahrungen, die auf Seiten des Patienten als Übertragungsangebot, auf Seiten des Therapeuten als Gegenübertragungserleben beschrieben werden können. Für den Patienten gilt es, die in der Übertragung aktualisierten, d. h. wiederbelebten konflikthaften Erfahrungen bewusst zu machen, zu reflektieren, durchzuarbeiten, anzueignen und zu verändern. Die therapeutische Zielsetzung richtet sich also auf die emotionale und kognitive Auseinandersetzung des Patienten mit seinen (bis dahin unbewussten) inneren und äußeren Erfahrungen. Dieses Geschehen wird nicht nur von dem kompetenten Therapeuten und dem kooperativen Patienten aktiv „gemacht“, es wird, insbesondere in Langzeittherapien, von beiden Beteiligten auch erfahren und durchlitten im Sinne eines Beziehungsprozesses, in den Patient und Therapeut gleichermaßen hineingezogen werden.

### Die therapeutische Arbeit

Auf der Grundlage dieser therapeutischen Beziehung entwickelt sich als zweiter bedeutsamer Aspekt die therapeutische Arbeit. Es ist Aufgabe des Therapeuten, den Patienten in dieser Arbeit

anzuleiten und bezüglich ihrer Fortführung zu ermutigen. Der Patient, der auf diese Weise „arbeitet“, wendet seine Aufmerksamkeit den nunmehr in der therapeutischen Beziehung aktualisierten zentralen Beziehungserfahrungen zu. Dabei kommt es zu Produktionen des Psychischen in Form von Einfällen, Erinnerungen, Phantasien, Bildern, Träumen. Gemeinsam mit dem Therapeuten reflektiert der Patient diese seine Produktionen. Er sucht nach Zusammenhängen und versucht, unter Verwendung der Deutungen des Therapeuten, den Dingen einen Sinn zu geben.

Hier entwickelt sich ein zirkulärer Prozess von unbestimmt langer Dauer: Der Patient ist einerseits bemüht, die sichtbarwerdenden Probleme als seine eigenen zu akzeptieren und sich mit ihnen auseinanderzusetzen; gleichzeitig wehrt er sich (überwiegend unbewusst) gegen diese Einblicke und versucht den eigenen Problemen auszuweichen. Die pathogenen Überzeugungen werden auf diese Weise sowohl im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung wie in der Erinnerung an biographische Erfahrungen „durchgearbeitet“. Die immer neuen psychischen Produktionen von Erinnerungen und Bildern sowie die wechselnden Aspekte der therapeutischen Beziehung bewirken, dass nicht eine klar umrissene Wahrheit zutage kommt, sondern dass vielfältige Facetten einer inneren und äußeren Wirklichkeit sichtbar werden. Was für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung gesagt wurde, gilt auch für die therapeutische Zusammenarbeit, die im Behandlungsverlauf unterschiedliche Qualitäten aufweisen kann.

### Das Therapieergebnis

Der Aufbau der therapeutischen Beziehung und ihre Durcharbeitung im Blick auf die internalisierten Erfahrungen des Patienten und die von ihm gestaltete äußere Wirklichkeit bewirken eine Reihe von möglichen Veränderungen: Es erfolgt eine Einsicht in die bis dahin abgewehrten und daher nicht wahrnehmbaren inneren Bedingungen (Wünsche und Bedürfnisse, Emotionen, Erinnerungen, Erfahrungen, Handlungsimpulse). Diese Einsicht ist Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit diesen inneren Bedingungen. Sie mündet z. T. in die Akzeptanz der inneren

Tabelle 1  
**Stufen des therapeutischen Prozesses**

#### *Aufbau der therapeutischen Beziehung*

- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung
- Aufbau der Therapiemotivation. Konsensfindung für Therapieziele
- Unbewusste Konstellation der zentralen Beziehungserfahrung (Übertragungsangebot, Gegenübertragung; insbesondere initiales "Testen" des Therapeuten durch die Aktualisierung negativer Übertragungsaspekte)

#### *Einübung der therapeutischen Arbeit*

- Einübung der Selbstwahrnehmung
- Ermutigung zur umfassenden Mitteilung
- Fokussierung auf problematische Erfahrungen
- Aktualisierung problematischer Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung

#### *Durcharbeiten*

- Produktion von psychischen Inhalten (Einfälle, Erinnerungen, Phantasien, Bilder)
- Gemeinsame Reflexion der psychischen Produktionen durch Patient und Therapeut (Sinnzuschreibung und Integration)
- Suche nach neuen Lösungen (Neue Aspekte der therapeutischen Beziehung)
- Neue Ansätze des Selbstverständnisses
- Neue Ansätze der Lebensgestaltung und Konfliktlösung

Verhältnisse, zum anderen Teil in die Suche nach alternativen Lösungen und Verhaltensmöglichkeiten. Dabei wird der Internalisierung der neuen therapeutischen Beziehungserfahrung eine entscheidende Bedeutung für die Neustrukturierung und Neuorientierung zugeschrieben. Entsprechend der Hypothese, dass die Symptomatik durch die unbewussten Konfliktspannungen aufrechterhalten waren, wird als wesentliches Behandlungsergebnis somit einerseits Symptomminderung oder Symptomwegfall und andererseits eine weitreichende Umstrukturierung der Persönlichkeit erwartet. Die Tabelle 1 resümiert nochmals die Stufen des therapeutischen Prozesses.

## Die Heidelberger Umstrukturierungsskala

### Die Konstruktion der Skala

Im Rahmen der Arbeitsgruppe zur „Praxisstudie analytische Langzeittherapie“

Tabelle 2

**Die Heidelberger Umstrukturierungsskala**

1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1 1+	Völlige Abwehr bzw. Vermeidung des Fokusbereichs, es gibt „kein Problem“	Bewältigung
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 F., ansatzw. Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortg.	Strukturelle Veränderung
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	4– 4 4+	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive „Bewältigung“, Handeln	
5. Auflösung alter Strukturen i. Fokusbereich	5– 5 5+	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur „Passion“, Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung	Strukturelle Veränderung
6. Neustrukturierung im Fokusbereich	6– 6 6+	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens- Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein	
7. Auflösung des Fokus	7– 7 7+	Integration, Selbstübereinstimmung, realitätsgerechtes Erleben, Neugestaltungen	Strukturelle Veränderung

(PAL) (Grande et al. 1997; Rudolf et al. 1994, 1997) haben wir in den letzten Jahren ein Modell zur Erfassung von Veränderungen in Psychotherapien und Psychoanalysen entwickelt, in dem die eben beschriebenen Entwicklungslinien in der Form einer Stufenskala zur Einschätzung des therapeutischen bzw. analytischen Prozesses konkretisiert sind. Im wissenschaftlichen Kontext gestattet diese Skala eine objektivierende Einschätzung des Stands, den ein Patient bis zu einem bestimmten Punkt der Behandlung erreichen konnte. Das Modell ist andererseits klinisch, so dass es auch für diagnostische Fragestellungen, die Planung von Behandlungen, die supervisorische Arbeit und die Einschätzung von Therapien im Kontext der Qualitätssicherung angewandt werden kann. Den Kern dieses Modells bildet die Heidelberger Umstrukturierungsskala, deren Aufbau und Anwendung nachfolgend dargestellt wird.

Die *Heidelberger Umstrukturierungsskala* (Tabelle 2) stellt eine modifizierte Form der „Assimilation of problematic experience scale“ (APES) von Stiles et al. (1992) dar. Mit dem Begriff Assimilation wird in Anlehnung an Piaget ein Prozess bezeichnet, in dem schwierige Erfahrungen angeeignet, integriert und umgestaltet werden. Die Autoren konzeptualisieren diesen Prozess schulübergreifend und ohne Bezug auf eine be-

stimmte therapeutische Richtung. Wir haben die sieben Stufen der APES-Skala formal beibehalten und inhaltlich auf das psychoanalytische Modell der therapeutischen Veränderung, wie es oben beschrieben ist, bezogen. Die Formulierung der Stufen gründet auf dem Erfahrungswissen analytischer Psychotherapie, wie es in Fallberichten, Verlaufsdarstellungen und Supervisionen auf kasuistischer Ebene gewonnen wurde. In der Umstrukturierungsskala ist dieses Wissen unter Einbeziehung psychoanalytischer Modellannahmen (z.B. bezüglich Übertragungsprozessen, Abwehr, Internalisierung) strukturiert. Darüber hinaus wurden in einer Pilotstudie Therapieverlaufsberichte aus Psychoanalysen, Psychotherapien und stationären Behandlungen mit Hilfe qualitativ textanalytischer Verfahren auf die darin enthaltenen Veränderungskategorien hin untersucht. Diese aus therapeutischen Praxen gewonnenen Veränderungsbeschreibungen wurden in das Stufenmodell integriert.

### Die Erfassung des Problemfokus (der Foki) als Voraussetzung für die Anwendung der Umstrukturierungsskala

Die Anwendung der Umstrukturierungsskala setzt die Formulierung eines Problemfokus voraus, an dem der

Umstrukturierungsprozess beobachtet wird. In den Heidelberger Studien gewinnen wir den Fokus durch die Einschätzung des Befunds der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (Arbeitskreis OPD 1998). Aus den drei OPD-Achsen – Achse II: Beziehung, Achse III: Konflikt, Achse IV: Struktur – wählen wir fünf Punkte aus, die zusammengenommen die Schwierigkeiten des Patienten möglichst vollständig abbilden. Diese Foki haben den Stellenwert einer psychodynamischen Hypothese, d.h. es wird von ihnen angenommen, dass sie die Symptome und Schwierigkeiten des Patienten hervorrufen und aufrechterhalten. Gleichzeitig wird angenommen, dass sich in Bezug auf die Foki etwas im Erleben und Leben des Patienten entscheidend verändern müsste, wenn es dem Patienten besser gehen bzw. sich in substantieller Weise etwas verändern soll.

Die auf der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik basierende Fokusliste wird in Tabelle 3 gezeigt. Sie enthält

- das zentrale dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten, das sowohl aus dem vom Patienten berichteten als auch aus dem im Untersuchungsgespräch sichtbaren Beziehungsverhalten herausgearbeitet und in standardisierter Form protokolliert wird (Grande et al. 1997).
- mindestens einen, maximal drei der in der OPD-Konflikt-Achse definierten lebensbestimmenden Konflikte (Schüßler et al. 1996).
- mindestens einen, maximal drei der aus der OPD-Struktur-Achse abgeleiteten (Rudolf et al. 1995, 1998) und in Tabelle 3 aufgelisteten strukturellen Auffälligkeiten.

Die individualisierte Fokauswahl setzt die Vertrautheit mit dem System OPD voraus, dort sind die genannten Merkmale und Themen operational definiert. Die Auswahl geschieht ebenso wie die Einschätzung der Foki auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala in der wissenschaftlichen Anwendung auf der Grundlage eines videographierten diagnostischen Interviews, das initial und im Therapieverlauf wiederholt durchgeführt wird, um den jeweils erreichten Stand der Behandlung zu er-

Tabelle 3

**Auswahlliste für die zentralen Problembereiche (Foki)**

**Beziehung:** Individualisierte Formulierung eines habituell-dysfunktionellen Beziehungsmusters

**Lebensbestimmende Konflikte**

- |                            |                                                    |
|----------------------------|----------------------------------------------------|
| 1. Abhängigkeit /Autonomie | 5. Schuldkonflikte                                 |
| 2. Unterwerfung/Kontrolle  | 6. Ödipal-sexuelle Konflikte                       |
| 3. Versorgung/Autarkie     | 7. Identitätskonflikte                             |
| 4. Selbstwertkonflikte     | 8. Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung |

**Strukturelle Fähigkeiten/Vulnerabilitäten**

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

fassen. In der von uns durchgeführten Studie zur Untersuchung analytischer Langzeittherapien (Praxisstudie analytische Langzeittherapie PAL, Grande et al. 1997; Rudolf et al. 1994) geschieht dies im Rahmen externer Untersuchungen durch die Mitarbeiter des Projekts in Anlehnung an einen Leitfaden für OPD-Interviews (Schauenburg et al. 1998). Auf diese Weise können die Veränderungen als Bewegungen der Foki auf der Umstrukturierungsskala erfaßt werden.

Wir möchten ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Umstrukturierungsskala grundsätzlich auch unabhängig von der OPD und der in Tabelle 3 gezeigten Fokusliste verwendet werden kann. In diesem Fall müssen der oder die Foki, auf die die Skala angewendet wird, auf andere Weise gewonnen werden, z.B. mit Hilfe alternativer diagnostischer Instrumente oder auch durch „freie“ klinische Fokusformulierungen. Damit eröffnen sich breite Verwendungsmöglichkeiten im Rahmen von Supervision, Intervention und der Qualitätssicherung generell.

**Die Stufen der Umstrukturierung**

Im Anschluß an diese Skizze unseres Vorgehens wollen wir nun Skalenstufen

im Detail diskutieren. – Die Skala beschreibt sieben aufeinanderfolgende Stufen der therapeutischen Entwicklung. Jede Stufe kann in drei Ausprägungen markiert werden. So bedeutet die 3 die Einordnung auf Stufe 3 mit der Tendenz zur vorangehenden Stufe 2. Dagegen bedeutet 3 die Stufe im vollsten Sinne der Definition, die in einem Manual ausgeführt und in Tabelle 2 stichwortartig angegeben wird; 3+ meint die Stufe 3 mit Tendenz zur nachfolgenden Stufe 4. Die Abbildung zeigt außerdem, dass zwei Bereichen der Skala – auf den Stufen 3 und 4 bzw. 5, 6 und 7 – Veränderungen unterschiedlicher Qualität möglich bzw. zu erwarten sind, die wir durch die Begriffe *Bewältigung* und *Umstrukturierung* kennzeichnen. Wie noch genauer ausgeführt wird, können diese beiden Veränderungsformen idealtypisch den Wirkungsweisen von Psychotherapien bzw. Psychoanalysen zugeordnet werden. Diese Zusammenhänge sollen nun anhand der einzelnen Stufen der Umstrukturierungsskala im Detail erläutert werden. Wir betonen ausdrücklich, dass die Skala zwar auf das Erfahrungswissen zu psychoanalytischen Therapien und auf textanalytische Untersuchungen gegründet ist (vgl. oben), als Operationalisierung eines *Prozessmodells* jedoch notwendigerweise bestimmte Set-

zungen enthält und insofern eine idealtypische Vereinfachung darstellt.

**Stufe 1 – Abwehr/Nicht-Wahrnehmung des Fokus:**

Der Patient zeigt ein Wahrnehmungsdefizit in Bezug auf seine konflikthafter Themen. Die psychodynamische Annahme ist, dass er im Sinne der Abwehr unbewusst vermeidet, mit den Konfliktthemen kognitiv oder emotional in Berührung zu kommen.

- **Therapeutische Beziehung:** Eine Arbeitsbeziehung ist auf dieser Grundlage noch nicht möglich, eine zentrale und konturierte Übertragungsfigur existiert nicht.
- **Affektzustände:** Indifferenz, Ahnungslosigkeit, evtl. diffuses Unwohlsein. Unter Umständen werden die zu den Konfliktthemen gehörenden Affekte vom Gegenüber erlebt.
- **Fokusbezogene Veränderungen** in der Realität sind noch nicht möglich, da es kein Fokusverständnis gibt.

**Stufe 2 – Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokusbereich:**

Im Unterschied zu Stufe 1 ist das Fokusproblem im äußeren Leben des Patienten jetzt *störend* geworden, in der Begegnung mit sich selbst führt es zu unangenehmen Gedanken, Träumen oder Fehlhandlungen. Die Störungen sind so deutlich, dass sie eine Reaktion des Patienten fordern. Das Störende wird auf dieser Stufe nicht in der eigenen Person wahrgenommen, sondern der Außenwelt oder anderen Personen zugeschrieben, wodurch eine gewisse Stabilisierung erreicht werden kann.

- **Therapeutische Beziehung:** Die Therapie kommt am ehesten durch äußeren Druck zustande, eine zentrale und konturierte Übertragungsfigur hat sich in den Inszenierungen noch nicht herauskristallisiert.
- **Affektzustände:** Ärger über die Störung, Vorwürfe deswegen, Genervtheit und Verleugnung der Störung; Unwohlsein, Gequältheit, sich entleert fühlen.
- **Fokusbezogene Veränderungen** in der Realität sind nicht möglich, da es kein Fokusverständnis gibt.

### Stufe 3 – Vage Fokuswahrnehmung:

Der Patient kann die Präsenz des Problems nicht mehr völlig ausblenden und vermeiden. Das Fokusproblem bekommt für ihn eine kontinuierliche Existenz; er hat eine Ahnung, dass es etwas mit ihm zu tun haben könnte. Die Zuwendung zum Fokusproblem geschieht aber noch gezwungenermaßen durch den Druck äußerer Schwierigkeiten und interpersoneller Spannungen (im Gegensatz zu Stufe 5, wo der Patient das Fokusthema als etwas der eigenen Person zugehöriges anerkannt hat). Die Zuwendung geschieht deshalb eher passiv.

- **Therapeutische Beziehung:** Der Patient lässt sich punktuell berühren und beginnt zu ahnen, dass die Therapie etwas Wertvolles für ihn enthalten könnte; es beginnen sich charakteristische Übertragungsfiguren abzuzeichnen, welche die Inszenierungen bestimmen.
- **Affektzustände:** Irritation, Gereiztheit, Bedrücktheit, ängstliche Anspannung, Betroffenheit.
- **Fokusbezogene Veränderungen in der Realität** sind sporadisch denkbar.

### Stufe 4 – Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs:

Im Unterschied zu Stufe 3 verhält sich der Patient nun aktiv und offensiv im Umgang mit dem Fokusthema, er ist interessiert und beginnt die Verantwortung dafür zu übernehmen; in dem Bemühen um Durchdringung gewinnt der problematische Bereich an Kontur.

Mit der aktiven Zuwendung zum Problem wird ein Zugewinn an Steuerungsmöglichkeiten erreicht, es entstehen Veränderungen aus „Bemühtheit“, „gutem Willen“ oder „Vernunft“. Solche Veränderungen sind nicht „gereift und gewachsen“, sondern entspringen der bewussten Bemühtheit des Patienten, der dabei „wild entschlossen“ wirken kann, die Dinge in den Griff zu bekommen. Das Ergebnis dieser Bemühtung ist im gelungenen Fall die erfolgreiche „Bewältigung“ des Fokusproblems. Das ist zugleich der wesentliche Unterschied zu den andersartigen Veränderungen auf Stufe 6, die eher spontane Züge aufweisen und eine kreativ gestaltende Aktivität des Unbewussten er-

kennen lassen (Kunst statt Handwerk). Erst solche Veränderungen stellen nach unserem Verständnis eine echte „Umstrukturierung“ dar.

- **Therapeutische Beziehung:** Sie ist auf dieser Stufe voll etabliert im Sinne eines Arbeitsbündnisses bezogen auf ein umschriebenes Thema und eine gemeinsame Zielsetzung. Es haben sich zentrale Übertragungsfiguren herausgebildet, die das Thema ausgestalten.
- **Affektzustände:** Interesse, Kompetenz, Tatkraft, (wütende) Entschlossenheit, Optimismus.
- **Fokusbezogene Veränderungen in der Realität** finden im Sinne von Coping bzw. Bewältigung statt.

### Stufe 5 – Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich:

Im Unterschied zur Aktivität der Stufe 4 ist die Auseinandersetzung mit dem Fokus dadurch bestimmt, dass der Patient dem Thema nicht mehr aktiv und interessiert zugewandt, sondern ihm existentiell ausgeliefert ist, d.h. von ihm überwältigt wird – er kann gewissermaßen nicht mehr anders. In diesem Zustand der Passion erfolgt die Auseinandersetzung nicht mehr aktiv im Sinne einer offensiven und interessierten Hinwendung auf das Problem, sondern gezwungenermaßen.

Früher erfolgreiche Formen der Abwehr greifen nicht mehr, sondern werden brüchig, so dass der Patient Schmerz und Trauer nicht mehr von sich fern halten kann. Projektionen werden zurückgenommen, der Patient ist seiner Realität, seinen Beschädigungen und Begrenzungen ausgeliefert. Es gibt passagere und erfolglose Restitutionsversuche des Patienten, die Abwehr aufzurichten und das verlorene Alte wiederherzustellen, z. B. durch Projektionen und verzweifelte Anklagen.

Während der Patient auf Stufe 2 oder 3 die Schwierigkeiten gewissermaßen als „ärgerliche Zumutung“ zurückweisen und im Außen wahrnehmen kann, ist es auf Stufe 5 unabweisbar geworden, dass das Schwierige zu ihm selbst gehört und gerade dieses Erleben gibt seinen Klagen ihre verzweifelt-wütende Qualität.

Die Affekte des Schmerzes und der Trauer zeigen an, dass es sich um einen

Abschied handelt (von Selbst- und Objektbildern, von Beziehungsvorstellungen und -hoffnungen). Das bedeutet eine zunehmend realitätsgerechtere Wahrnehmung und affektive Einstellung gegenüber der äußeren Welt und den anderen Menschen. Diese Entwicklung ist im Entstehen, d. h. noch nicht tragfähig. Im affektiven Erleben ist v. a. die Erfahrung des Verlusts bestimmend, während in Bezug auf das Kommende noch Unsicherheit und Verzweiflung vorherrschen.

- **Therapeutische Beziehung:** Die Arbeitsbeziehung ist einerseits gefestigt, kann aber durch das jetzt sehr intensiv gewordene Übertragungsgeschehen (Übertragungsneurose) und verzweifelte Abwehrversuche passager belastet oder sogar infrage gestellt sein.
- **Affektzustände:** Trauer, Verzweiflung, krisenhafte Stimmung, Ratlosigkeit, Verunsicherung, affektkathartische Erlebnisse. Punktuell deuten sich auch Versöhnlichkeit und Dankbarkeit an.
- **Fokusbezogene Veränderungen in der Realität:** Auf dieser Stufe hat das Außen vorübergehend geringe Bedeutung, weil der Patient hauptsächlich mit sich beschäftigt ist und die Idee aufgegeben hat, dass sich das Problem nur im Außen auflösen ließe.

### Stufe 6 – Neuordnung des Fokusbereichs:

Der Patient ist nun gewissermaßen „unten angekommen“, eine Erleichterung und Beruhigung tritt ein, die Verzweiflung legt sich, ein versöhnliches Erleben tritt in den Vordergrund. Das ist das Kriterium des Wechsels von Stufe 5 nach 6. Der Patient erlebt, dass er das Alte, d. h. frühere Bewältigungs- und Abwehrformen, nicht mehr braucht, dass er sich nicht mehr so schützen muß, dass er die bisher unannehmbaren Erfahrungen besser akzeptieren und tolerieren kann.

In der Auseinandersetzung mit dem Fokusproblem gibt es eine Wendung; Racheimpulse und Schuldzuweisungen gegen wichtige Personen werden von Bemühungen um Ausgleich und gerechte Bewertung abgelöst, es wird Vergebung möglich. Dabei geschieht es, dass Urteile über Umstände und Personen der Vergangenheit revi-

diert und ihre positiven Aspekte erlebbar werden, was auch Gefühle der Dankbarkeit einschließt. Andererseits können vorhandene Defizite und Beschädigungen anerkannt und angenommen werden. Im Unterschied zu Stufe 4 werden neue Lösungen nicht „wild entschlossen“ gesucht, sondern sie geschehen von selbst. Der Patient erscheint nicht mehr als der bemühte Handwerker, sondern der kreative Künstler, der „erstaunlicherweise“ Dinge kann, die er zuvor nicht gekonnt hätte oder Dinge unterlassen kann, die er früher zwangsläufig tun musste. Der Patient kann neu aufbauen und neu einrichten, dieses Neue hat den Charakter von etwas Gewachsenem, Selbstverständlichem, Eigenem.

- **Therapeutische Beziehung:** Der Analytiker gewinnt zunehmend auch die Position eines realen Gegenübers, der Patient kann mehr und mehr zwischen Übertragungsbeziehung und Realbeziehung unterscheiden. Die therapeutische Arbeit des Patienten gestaltet sich eigenverantwortlicher.
- **Affektzustände:** Erleichterung, Beruhigung, Versöhnlichkeit, Dankbarkeit, Überraschung und Erstaunen über neue Möglichkeiten.
- **Fokusbezogene Veränderungen in der Realität im Sinne der gewachsenen und sich spontan einstellenden neuen Lösungen und Handlungsmöglichkeiten.**

### Stufe 7 – Auflösung des Fokus:

Der Patient hat sich das Neue sicher angeeignet, der Fokusbereich ist nicht mehr umkämpft, das Vergangene kann im Rückblick ausgeglichen bewertet werden. Der Patient kann Dankbarkeit für das Wertvolle fühlen, das er in der Vergangenheit (von Eltern, Partnern und Therapeuten) bekommen hat und er kann akzeptieren, dass er anderes nicht bekommen hat und Beschädigungen hinnehmen musste. Der Patient akzeptiert das Vergangene und kann es als Eigenes erleben und als Ressourcen nutzen. Er ist von dem Fokusthema nicht mehr gefangen und deshalb realitätsgerecht in Wahrnehmung und Affekt. Stufe 7 beschreibt einen Zustand der Integration, d. h. der Patient hat sich das Neue als Ergebnis der Umwertungs- und Anerkennungsprozesse an-

geeignet. Im Unterschied hierzu war auf Stufe 6 weniger ein Zustand als ein Prozess beschrieben worden, wo sich Veränderungen spontan einstellen und dadurch „überraschend“ und „erstaunlich“ sind.

- **Therapeutische Beziehung:** Das Fokusthema ist in seinen Übertragungsaspekten bearbeitet worden, die entsprechenden Übertragungen konnten aufgelöst werden. Der Patient hat die Verantwortung in sich zurückgenommen, das Arbeitsbündnis ist gelöst.
- **Affektzustände:** Selbstgewißheit, Integrität, Bodenständigkeit, Offenheit, Selbstübereinstimmung, Souveränität.
- **Fokusbezogene Veränderungen in der Realität mit dem Charakter freier Neugestaltungen sind möglich.**

### Anwendungen des Modells in der Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung

Erste empirische Befunde entstammen einer Vorstudie, die an 49 stationär behandelten Patienten durchgeführt wurde. Hier wurde die Umstrukturierung am Anfang und am Ende einer dreimonatigen intensiven stationären Therapie eingeschätzt (Grande et al., im Druck). Es ergab sich, dass die Patienten ihre Behandlung durchschnittlich auf dem Niveau einer ungewollten oder vagen Fokuswahrnehmung beginnen und sich im Verlaufe der 3-monatigen stationären Therapie in Richtung auf die Anerkennung und Erkundung des Fokus (Stufe 4) bewegen; etwa die Hälfte der Patienten erreicht Stufe 4. Die von unabhängigen Ratern vorgenommene Einschätzung der Umstrukturierung korreliert hoch mit den globalen Erfolgsbeurteilungen des Einzeltherapeuten, des Visitenarztes und des Schwesternteams, und zwar höher als alle symptom-bezogenen Veränderungsmaße. Diese Ergebnisse werden von uns so verstanden, dass die auf der Umstrukturierungsskala gemessenen tiefgreifenden Veränderungen besonders gut und besser als symptomatische Veränderungen das erfassen, was in stationären Behandlungen aus klinischer Perspektive als Erfolg bewertet wird.

In der „Praxisstudie analytische Langzeittherapie“ (Grande et al., 1997)

werden in Heidelberg und Berlin in Kooperation mit einer Züricher Studie psychoanalytische Langzeitbehandlungen mit hoher Stundenfrequenz (3–4 Sitzungen pro Woche) und psychodynamische Langzeitbehandlung mit niedriger Stundenfrequenz (eine Sitzung pro Woche) vergleichend untersucht. In Abständen von anfangs 3 Monaten, später 6 Monaten werden die Patienten von einem Forschungsmitarbeiter interviewt und die Videoaufzeichnungen von zwei unabhängigen Ratern hinsichtlich der Foki und der Umstrukturierungen eingeschätzt. Erste und aufgrund der noch nicht ausreichenden Fallzahl vorläufige Beobachtungen weisen darauf hin, dass höhere Stufen der Umstrukturierung in höherfrequenten psychoanalytischen Behandlungen tatsächlich erreicht werden und dass es z.B. im Zusammenhang mit der auf Stufe 5 beschriebenen produktiven therapeutischen Krise durchaus zu meßbaren und vorübergehenden Symptomverschlechterungen kommen kann, die als Zeichen der Auflösung der alten Struktur günstig zu bewerten sind. Solche Schwankungen in Verbindung mit regressiven Prozessen werden in Psychoanalysen erwartet und als Voraussetzung substantieller Veränderungen sogar begrüßt.

Im Rahmen der beiden eben genannten Studien wurden Reliabilitätsuntersuchungen durchgeführt, deren Ergebnisse bereits vorliegen. Die Ratings erfolgten in wechselnder Kombination durch mehrere Rater (bei der Umstrukturierungseinschätzung waren es 5, bei der Fokusausswahl 6). Für die Beurteilung der individuell ausgewählten Foki auf der *Umstrukturierungsskala* haben wir auf der Grundlage von  $n=306$  Beurteilungen einzelner Foki (die in dieser Berechnung die „Fälle“ darstellen) eine Interraterübereinstimmung  $r=0,77$  gefunden. Die Reliabilitätsprüfung für die Fokusausswahl bezieht sich auf jene 4 Foki, die aus den Bereichen Konflikt und Struktur (Achsen III und IV) ausgewählt wurden; wie oben bereits angemerkt wird das dysfunktionelle Beziehungsmuster in jedem Fall als Fokus definiert. Auf der Grundlage von  $n=161$  Fokusausswahlen ergab sich ein einfaches Kappa von 0,59 (ebenfalls wechselnd paarweises Rating von insgesamt 6 Urteilern). Dieser Wert ist annehmbar, wenn man berücksich-



tigt, dass die 4 Merkmale aus einer Liste von immerhin 29 (30 abzüglich des Beziehungsfokus) möglichen Foki auszuwählen waren. Zu berücksichtigen ist auch, dass im Bereich der Achse „Struktur“ nominell voneinander abweichende Fokusangaben zum Teil verwandte psychologische Sachverhalte bezeichnen, wie z.B. die Foki „Selbstbild“ und „Identität“ innerhalb der Dimension „Selbstwahrnehmung“ oder „Empathie“ und „ganzheitliche Objektwahrnehmung“ innerhalb der Dimension „Objektwahrnehmung“ (vgl. Tabelle 3). Da solche Differenzen als Nichtübereinstimmung gewertet wurden, unterschätzt der Reliabilitätswert eher die tatsächliche (klinische) Übereinstimmung. Dies wird deutlich, wenn man die 21 Unterasspekte der Struktur den 6 Hauptdimensionen zuordnet und zu Gruppen zusammenfasst. In diesem Fall ergibt sich ein deutlich besseres Kappa von 0,70.

Der kliniknahe Charakter unseres Konzepts ermöglicht es, dass das vorgestellte Modell der Veränderungsmessung ohne weiteres therapiepraktisch im Sinne der Behandlungsplanung und -evaluation und damit im Kontext der Qualitätssicherung Anwendung finden kann. In den berichteten Untersuchungen haben die pro Patient ausgewählten Problembereiche den Stellenwert von *Forschungsfoki*, die dem behandelnden Therapeuten nicht bekannt sind und insofern nicht auf die Therapie Einfluss nehmen können. Es liegt jedoch nahe, diese Forschungsfoki praktisch zu verwenden und zu *Behandlungsfoki* zu machen, in denen eine Zielrichtung für die Behandlung impliziert ist. Die Evaluation der Behandlungsergebnisse kann anhand der Umstrukturierungsskala vorgenommen werden. Auch im Verlauf kann im Sinne einer prozessbegleitenden Evaluation wiederholt geprüft werden, ob an den ausgewählten Foki tatsächlich gearbeitet wird und wie sich der Umgang des Patienten mit einem Fokusproblem entwickelt. Wir sind gegenwärtig dabei, eine leicht zu handhabende Version unseres Instruments für die Verwendung in der Qualitätssicherung zu entwickeln. Ein ähnlicher Ansatz ist von Heuft et al. (1996) auf der Basis einer alternativen Zusammenstellung von Behandlungsfoki und -zielen entwickelt worden (Heuft et al. 1998).

## Diskussion

Kritische Einwände sind aus unterschiedlichen Richtungen möglich. Eine unter Psychoanalytikern oft geführte Diskussion gilt der Frage, ob die tentative schrittweise Annäherung an ein Verstehen des Patienten, wie es der Therapeut in jeder einzelnen Sitzung möglichst unvoreingenommen vollzieht, vereinbar ist mit einer *vor* Therapiebeginn durchgeführten Diagnostik, welche bereits den Kern der Problematik des Patienten erfasst haben soll. Nach unseren klinischen Erfahrungen und konzeptuellen Vorstellungen schliessen sich beide Haltungen nicht aus: Eine diagnostische Einstellung, die das intersubjektive Geschehen der probatorischen diagnostischen Sitzungen konzeptuell einordnet und bezüglich ihres Pathologiegewichts und der Veränderungsrichtung bewertet, ist die Voraussetzung für die Indikationsstellung und für die Erarbeitung eines Therapieplans ebenso wie die Verabredung der Zusammenarbeit auf bestimmte Therapieziele hin. Ein solches diagnostisches Vorwissen ist nicht gleichbedeutend mit einer Vorwegpathologisierung des Patienten, wie gelegentlich von psychoanalytischer Seite als Befürchtung gegenüber jeglicher Diagnostik eingewandt wird. Nicht nur in der psychoanalytischen Fokaltherapie konnte gezeigt werden, dass ein initiales gemeinsames Verständnis für den Kern der Problematik mit besseren Behandlungsergebnissen korreliert ist als eine Ausgangssituation, in der vieles offen oder unklar geblieben ist. Zudem ist der Wechsel zwischen einer Einstellung des sich emotional und intuitiv auf die therapeutische Beziehung Einlassens einerseits und der Einstellung des rationalen Interpretierens innerhalb des Bezugsrahmens eines theoretischen Konzepts für die Arbeit von Psychoanalytikern ohnehin unerlässlich.

Eine weitere Frage dürfte die theoretischen Annahmen und Setzungen betreffen, die in die Stufen der Skala eingewoben sind. Nach unserer Auffassung sind diese Annahmen so konsensfähig, dass eine breite Akzeptanz innerhalb der Gruppe der psychodynamischen Ansätze möglich sein sollte. So handhabt z.B. die im Rahmen unserer Langzeittherapiestudie kooperierende Züricher Arbeitsgruppe, die die analy-

tische Psychotherapie C.G. Jungs untersucht, die Skala ohne Schwierigkeiten; in Heidelberg und Berlin sind ebenfalls Psychoanalytiker unterschiedlicher Gruppenzugehörigkeit (DGPT, DPG, DPV) beteiligt.

Die Bezüge zu essentiellen psychoanalytischen Konzepten sind gleichwohl zahlreich gegeben. Die Themen der Abwehr, des Widerstands und der Unbewusstheit z. B. spielen in den Stufen eins bis drei eine zentrale Rolle. Ihre effektive therapeutische Bearbeitung ist die Voraussetzung für das Fortschreiten zu Stufe vier. Dort ist auch die therapeutische Arbeitsbeziehung definitiv etabliert. Übertragung und Gegenübertragung sind vom ersten Moment der Begegnung zwischen Patient und Therapeut existent, aber erst auf Stufe fünf dürfte jener Zustand voll entwickelt sein, der als Übertragungsneurose beschrieben wird: Die bedingungslose Aktualisierung der unbewussten Beziehungsbereitschaften des Patienten im Hier und Jetzt des therapeutischen Miteinanders. Die Durcharbeitung der Übertragung hat ihren Akzent auf Stufe sechs, ihre Auflösung und die Internalisierung der neuen Beziehungserfahrungen ist auf Stufe sechs bis sieben anzusiedeln. Bezüglich der therapeutischen Interventionen ist anzunehmen, dass auf Stufe 1 bis 3 am ehesten Klarifizierung und Konfrontation, auf der Stufe 3 und 4 Konfrontation und fokale Deutung und auf der Stufe 5 bis 6 schwerpunktmäßig Deutung Anwendung finden.

## Fazit für die Praxis

Diese kurzen Bemerkungen deuten nach unserer Auffassung darauf hin, dass die Heidelberger Umstrukturierungsskala sowohl konzeptuell als auch hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen und klinischen Anwendung Potentiale aufweist, die in der Zukunft fruchtbar gemacht werden können. Es ist daher unsere Hoffnung, mit diesem Instrument einen Beitrag zur Forschung und Qualitätssicherung innerhalb der Psychoanalyse und psychoanalytischen Therapien leisten zu können.

## Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hrsg) (1998) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik Grundlagen und Manual Huber, 2. Aufl.
- DeWitt K (1997) Inter-rater reliability of the scales of psychological capacities support for a measure of structural change. The IPA research conference, UCL
- Elliott R (1985) Helpful and nonhelpful events in brief counseling interviews: an empirical taxonomy. *J. Couns. Psychol.* 32:307–322
- Field SD, Barkham M, Shapiro DA, Stiles WB (1994) Assessment of assimilation in psychotherapy: a quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *J Couns Psychol* 41:397–406
- Freyberger HJ, Dierse B, Schneider W, Strauß B, Heuft G, Schauenburg H, Pouget-Schors D, Seidler GH, Küchenhoff J, Janssen PL, Hoffmann SO (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) in der Erprobung – Ergebnisse einer multizentrischen Anwendungs- und Praktikabilitätsstudie. *PPmP* 46:356–365
- Freyberger HJ, Schneider W, Heuft G, Schauenburg H, Seidler GH (1998) Zu Anwendbarkeit, Praktikabilität, Reliabilität und zukünftigen Forschungsfragestellungen der OPD. In: Schauenburg H, Freyberger HJ, Cierpka M, Buchheim P (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 105–120
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1997) Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen in Psychoanalysen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg) Psychoanalyse im Rückblick. Psychosozial, Gießen, S 415–431
- Grande T, Oberbracht C, Rudolf G (1998) Einige empirische Zusammenhänge zwischen den Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 167–181
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1998) Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD): Forschungsergebnisse zum Konzept und zur klinischen Anwendung. *Persönlichkeitsstörungen Theor Ther* 2:173–182
- Grande T, Burgmeier-Lohse M, Cierpka M, Dahlbender RW, Davis-Osterkamp S, Frewert G, Joraschky P, Oberbracht C, Schauenburg H, Strack M, Strauß B (1997) Die Beziehungssachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) – Konzept und klinische Anwendung. *Z Psychosom Med* 43:280–296
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C, Jakobsen Th (2000) Therapeutische Veränderungen jenseits der Symptomatik – Wirkungen stationärer Psychotherapie im Lichte der Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Z Psychosom Med (im Druck)*
- Heuft G, Senf W, Wagener R, Pintelon Ch, Lorenzen J (1996) Individuelle Therapieziele: Zur Ergebnisdokumentation stationärer Psychotherapie aus Patienten- und Therapeutensicht. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 44:186–199
- Heuft G, Senf W (Hrsg) (1998) Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-Ba-Do. Thieme, Stuttgart New York
- Krause R (1998) Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 2: Modelle. Kohlhammer, Stuttgart
- Luborsky, L (1977) Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme. In Freedman N, Grand S (eds) Communicative structures and psychic structures. Plenum, New York, pp 367–395
- Luborsky L, Kächele H (Hrsg) (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt. Ein Arbeitsbuch. PSZ-Verlag, Ulm
- Rudolf G (2000) Psychotherapeutische Medizin. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Thieme, Stuttgart, 4. Aufl.
- Rudolf G, Grande T (1994) Effektivität und Effizienz höherfrequenter analytischer Langzeitpsychoanalysen. Projektantrag
- Rudolf G, Buchheim P, Ehlers W, Küchenhoff J, Muhs A, Pouget D, Rüger U, Seidler GH, Schwarz F (1995) Struktur und strukturelle Störung. *Z Psychosom Med* 41:197–212
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C, Jakobsen T (1996) Erste empirische Untersuchungen zu einem neuen diagnostischen System: Die operationalisierten psychodynamischen Diagnostiken (OPD). *Z Psychosom Med* 42:343–357
- Rudolf G, Grande T, Oberbracht C (1997) A research strategy for measuring structural change in psychoanalytic psychotherapies. In: Kächele H, Krause R, Mergenthaler O (Hrsg) Psychoanalytic Process Research Strategies II, 12 years later. In: <http://www.uni-saarland.de/philfak/FB6/krause/Ulm97>
- Rudolf G, Motzkau H (1997) Die Auswirkung von biographischen Belastungen auf die Gesundheit von erwachsenen Männern und Frauen. *Z Psychosom Med* 43:349–368
- Rudolf G, Oberbracht C, Grande T (1998) Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 167–181
- Schacht TE, Binder J-L, Strupp HH (1984) The dynamic focus. In: Strupp HH, Binder J-L (eds) Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic books, New York
- Schacht TE, Henry WP (1994) Modeling recurrent patterns of interpersonal relationship with structural analysis of social behaviour: the SASB-CMP. *Psychother Res* 4:208–221
- Schauenburg H, Janssen PL, Buchheim P (1998) Interviewführung in der OPD. In: Schauenburg H, Buchheim P, Cierpka M, Freyberger HJ (Hrsg) OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Huber, Bern, S 139–158
- Schüßler G, Heuft G, Hoffmann SO, Mans E, Mentzos S (1996) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) Konfliktdiagnostik. In: Buchheim P, Cierpka M, Seifert Th (Hrsg) Lindauer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 271–274
- Stiles WB, Elliott R, Lewelyn SP, Firth-Cozens JA, Margison FR, Shapiro D N, Hardy G (1990) Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy* 27:411–420
- Stiles WB, Meshot CM, Anderson TM, Sloan WW Jr (1992) Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychother Res* 2:81–101
- Stiles WB, Shapiro DA, Harper H, Morrison LA (1995) Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: an alternative to the drug metaphor. *Brit J Med Psychol* 68:1–13
- Weiss J, Sampson H and the mount zion psychotherapy research group (1986) The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research. Guilford Press, New York
- Wilke St (1996) Rekonstruktionen klinischer Urteilsbildung im Verlauf psychoanalytischer Therapien. Eine textanalytische Untersuchung ausgewählter Stundenprotokolle. DFG-Antrag, Heidelberg