

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/303699964>

[Daily experiences in an inpatient setting: A daily diary study exploring the effects of psychoanalytic–interactional group therapy]

Article · December 2016

CITATION

1

READS

313

6 authors, including:



Johannes Zimmermann

Universität Kassel

124 PUBLICATIONS 1,077 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Oliver Masuhr

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn, Germany, Göttingen

28 PUBLICATIONS 131 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Ulrich Jaeger

Asklepios Klinikum Tiefenbrunn

29 PUBLICATIONS 271 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Carsten Spitzer

Asklepios Gemeinsam für Gesundheit

287 PUBLICATIONS 6,325 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Analysis of Interpersonal Behavior [View project](#)



Novel (epi)genetic signatures of trauma and resilience [View project](#)

Tägliches Erleben im stationären Setting: Eine Tagebuchstudie zum Einfluss der psychoanalytisch-
interaktionellen Gruppentherapie

[Daily experiences in an inpatient setting: A daily diary study exploring the effects of psychoanalytic-
interactional group therapy]

Johannes Zimmermann

Psychologische Hochschule Berlin

Isabel Schwarzer

Universität Kassel

Oliver Masuhr, Ulrich Jaeger und Carsten Spitzer

Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn

Aidan G. C. Wright

University of Pittsburgh, Pittsburgh, USA

Akzeptiertes Manuskript für das Schwerpunktheft der Zeitschrift „Psychodynamische Psychotherapie“ zu
„Angewandte Psychotherapieforschung: from bench to bedside“

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Johannes Zimmermann

Psychologische Hochschule Berlin (PHB)

Am Köllnischen Park 2, 10179 Berlin

Tel. +49 30/ 20 91 66 – 244, Fax +49 30/ 20 91 66-17

E-Mail: j.zimmermann@psychologische-hochschule.de

Zusammenfassung

In der Studie wurden die Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie (PIGT) auf das tägliche Erleben von Patienten im stationären Kontext untersucht. Hierzu füllten 34 Patienten während ihres stationären Aufenthalts jeden Abend ein standardisiertes Tagebuch aus, um die erlebten Situationen und Verhaltensweisen des Tages zu protokollieren. Außerdem wurde zu Beginn des Aufenthalts die strukturelle Beeinträchtigung der Patienten anhand der Kurzform des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16) erfasst. Es zeigte sich, dass die Patienten an Tagen, an denen sie an der PIGT teilnahmen, signifikant mehr sozialen Stress und internalisierende Symptome erlebten als an anderen Tagen. Die internalisierende Reaktion auf die PIGT war bei Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung besonders ausgeprägt. Die Ergebnisse veranschaulichen das Potential einer tagebuchgestützten Erforschung stationärer Psychotherapie. Zukünftige Analysen sollten untersuchen, inwiefern die unterschiedlichen Reaktionen der Patienten auf die PIGT den Erfolg bzw. Misserfolg der Therapie vorhersagen.

Schlüsselwörter: Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie; Stationäre Psychotherapie; Strukturelle Beeinträchtigung; Prozessforschung; Tagebuchmethode

Summary

We explored the effects of psychoanalytic-interactional group therapy (PIGT) on patients' daily experiences in an inpatient setting. During treatment, 34 inpatients completed a daily diary every evening capturing situations and behaviors they experienced during the past day. Additionally, at the beginning of treatment, we assessed patients' impairments in personality functioning using the Inventory of Personality Organization – Short Form (IPO-16). We found that patients experienced significantly more social stress and internalizing symptoms on days attending PIGT as compared to other days. Internalizing symptoms after PIGT were more pronounced in patients with increasing impairments in personality functioning. The results exemplify the potential of daily diary methods for research on inpatient psychotherapy. Future analyses should focus on how individual differences in reacting to PIGT predict response vs. nonresponse to inpatient treatment.

Keywords: Psychoanalytic-interactional group therapy; inpatient psychotherapy; impairments in personality functioning; process research; daily diary method

Tägliches Erleben im stationären Setting: Eine Tagebuchstudie zum Einfluss der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie

Stationäre Psychotherapie ist in Deutschland ein wichtiger Bestandteil der psychotherapeutischen Versorgung (Spitzer et al. 2016). Beobachtungsstudien zeigen, dass sich im Verlauf einer stationären Psychotherapie die psychischen Beschwerden eines Patienten in der Regel deutlich verbessern (Liebherz und Rabung 2013). Darüber hinaus ist bekannt, dass bestimmte Patienten (z.B. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung) weniger von stationärer Psychotherapie profitieren oder die Behandlung eher abbrechen als andere Patienten (Reuter et al. 2014; Reuter und Scheidt 2014). Unklar ist allerdings, wodurch der Erfolg bzw. Misserfolg einer stationären Psychotherapie genau zustande kommt. So gibt es bisher kaum randomisiert-kontrollierte Studien, die die Verbesserung der Symptomatik auf spezifisch psychotherapeutische Behandlungselemente des stationären Aufenthalts zurückführen (Liebherz und Rabung 2013). Hinzukommt, dass bei stationärer Psychotherapie verschiedenartige therapeutische Interventionen kombiniert werden: Neben klassischen Methoden wie Einzel- und Gruppenpsychotherapie umfasst der Behandlungsplan häufig alternative Zugänge wie z.B. Kunst-, Gestaltungs-, Ergo-, Körper-, Sport- und Musiktherapie (Spitzer et al. 2016). Inwiefern diese einzelnen therapeutischen Interventionen zum Erfolg einer stationären Psychotherapie beitragen und welche Patienten von welchen Interventionen am ehesten profitieren ist noch weitgehend unerforscht.

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, beispielhaft zu zeigen, wie man sich im Rahmen der quantitativen Psychotherapieforschung solchen Fragen annähern kann. Wir treten hierzu einen Schritt zurück und klammern die Frage nach dem Effekt einer bestimmten therapeutischen Intervention auf die Verbesserung der Symptomatik über den gesamten Behandlungszeitraum

hinweg zunächst aus. Stattdessen soll untersucht werden, inwiefern eine bestimmte therapeutische Intervention einen nachweisbaren Effekt auf das „unmittelbare“ tägliche Erleben der Patienten hat und inwiefern die Stärke dieses Effekts zwischen Patienten variiert. Die so bestimmte unmittelbare Wirkung einer Intervention kann dann in zukünftigen Studien als Prädiktor des Therapieerfolgs weiterbeforscht werden. Methodische Grundlage unserer Studie ist ein Tagebuchdesign, bei dem die Patienten jeden Abend anhand eines kurzen Fragebogens angeben, was sie im Lauf des Tages erlebt haben (vgl. Schiepek et al. 2016; Wright und Simms 2016). Auf diese Weise lässt sich abschätzen, inwiefern es im täglichen Erleben der Patienten einen Unterschied macht, ob sie am jeweiligen Tag die spezifische therapeutische Intervention erhalten haben oder nicht. Als beispielhafte Intervention greifen wir in dieser Studie die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie heraus, die im Behandlungsplan des Asklepios Fachklinikums Tiefenbrunn für Patienten mit strukturellen Beeinträchtigungen eine lange Tradition und einen zentralen Stellenwert hat.

Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie

Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie wurde in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts als eine Variante der Psychoanalyse in Gruppen entwickelt (Heigl-Evers und Heigl 1973; Falck und Streeck 2015; Ott 2001). Sie basiert auf der Erfahrung, dass herkömmliche psychoanalytische Behandlungstechniken bei Patienten mit schweren strukturellen Beeinträchtigungen nicht weiterhelfen oder sogar schädlich sein können. Als strukturell beeinträchtigt gelten Patienten, die nicht in der Lage sind, sich selbst und ihre Beziehungen zu anderen Menschen angemessen wahrzunehmen und zu regulieren (Arbeitskreis OPD 2006; Zimmermann et al. 2012). Strukturelle Beeinträchtigung lässt sich als Kerndimension und Indikator des Schweregrads von Persönlichkeitsstörungen auffassen

(Zimmermann et al. 2015b). Aus Sicht der psychoanalytisch-interaktionellen Methode ist zu erwarten, dass es Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung schwerer fällt, konfrontierende Aussagen des Therapeuten als hilfreiches Angebot anzunehmen. Stattdessen werden solche Interventionen z.B. als kontrollierend oder bedrohlich erlebt. Aus diesem Grund ist das zentrale Merkmal der psychoanalytisch-interaktionellen Methode eine im Vergleich zur Psychoanalyse veränderte Haltung: Der Therapeut ist nicht neutral, sondern verhält sich den Patienten gegenüber zugewandt und beteiligt sich aktiv am Geschehen in der Gruppe (Falck und Streeck 2015). Hierzu gehört auch, Patienten nicht mittels Deutung unbewusste Motive zu unterstellen, sondern ihnen im Sinne einer „Antwort“ selektiv mitzuteilen, welche emotionalen Reaktionen sie in einem (oder potentiell in anderen Menschen) auslösen. Im Rahmen des gruppentherapeutischen Settings ergeben sich für den Therapeuten weitere Aufgaben, beispielsweise was den Aufbau von entwicklungsförderlichen sowie das In-Frage-Stellen von destruktiven Regeln angeht. Insgesamt sollen die Patienten durch die psychoanalytisch-interaktionelle Methode die Wirkungen ihres Verhaltens auf andere besser einschätzen lernen, realistischere Vorstellungen von sich und anderen entwickeln und ihre Fähigkeit zur Selbst- und Beziehungsregulation verbessern (Streeck und Leichsenring 2015).

Empirische Ergebnisse zur psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie

Es liegen mehrere empirische Studien zur Wirksamkeit der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie vor (Leichsenring et al. 2007; Leichsenring et al. 2016; Valkyser 2015; Rabung et al. 2005). In den Studien wurden häufig einzel- und gruppentherapeutische Ansätze der psychoanalytisch-interaktionellen Methode kombiniert und in ein stationäres Setting mit weiteren Angeboten eingebettet. Entsprechend der Zielsetzung der Methode wurden vornehmlich Patienten mit Persönlichkeitsstörungen eingeschlossen. Im

Verlauf der stationären Psychotherapie kam es im Durchschnitt zu deutlichen Verbesserungen der psychischen Symptomatik, der interpersonellen Probleme, der strukturellen Beeinträchtigung und der Lebenszufriedenheit (Leichsenring et al. 2007; Leichsenring et al. 2016; Valkyser 2015; Rabung et al. 2005). In zwei Studien wurden quasi-experimentelle Vergleiche mit Kontrollgruppen durchgeführt, d.h. mit Personen auf einer Warteliste für stationäre Psychotherapie (Leichsenring et al. 2016) und mit Personen, die im Verlauf ihrer Behandlung an einer dialektisch-behavioralen Gruppentherapie teilnahmen (Valkyser 2015). Im Vergleich zur Warteliste kam es bei der stationären Behandlung gemäß der psychoanalytisch-interaktionellen Methode zu deutlich größeren Verbesserungen; im Vergleich zur Behandlung mit einer dialektisch-behavioralen Gruppentherapie fanden sich zumindest hinsichtlich interpersoneller Probleme größere Verbesserungen. In der bisher einzigen randomisiert-kontrollierten Studie ergaben sich im Vergleich zu einem tiefenpsychologisch-fundierten Standardvorgehen allerdings keine Vorteile für die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (Leichsenring et al. 2016). Schließlich wurden in einer Beobachtungsstudie Patientenmerkmale untersucht, die möglicherweise zum Erfolg bzw. Misserfolg einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie beitragen (Rabung et al. 2005). Hier zeigte sich, dass im Unterschied zu tiefenpsychologisch-fundierten Gruppenpsychotherapien (sowie stationären Psychotherapien im Allgemeinen; Reuter et al. 2014) Patienten mit Persönlichkeitsstörungen *nicht* schlechter abschneiden. Insgesamt spiegelt sich in diesen Studien und Ergebnissen der allgemeine Stand stationärer Psychotherapieforschung wider: Es ist zwar gut untersucht, dass sich Patienten im Verlauf einer stationären Psychotherapie mehrheitlich deutlich verbessern, aber es ist weitgehend unklar, welchen spezifischen Beitrag hierzu die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie leistet.

Fragestellungen und Hypothesen

In der vorliegenden Studie wurden die Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf das tägliche Erleben der Patienten im stationären Kontext untersucht. Dabei ging es uns zunächst darum, herauszufinden, ob sich solche „unmittelbaren“ Effekte überhaupt nachweisen lassen. Wenn Patienten abends auf ihren Tag zurückblicken und sich z.B. fragen, ob sie Erfolgserlebnisse hatten, von anderen enttäuscht wurden, sich niedergeschlagen fühlten, sich anderen gegenüber aggressiv verhielten oder sich um andere kümmerten – hängt ihre Einschätzung dann davon ab, ob sie an diesem Tag an der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie teilnahmen oder nicht? Aus unserer Sicht ist der Nachweis solcher „Spuren“ im unmittelbaren täglichen Erleben ein erster Schritt, um die Wirkung dieser spezifischen therapeutischen Intervention im Kontext stationärer Psychotherapie empirisch abzusichern. Darüber hinaus interessierten wir uns dafür, inwiefern sich die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie *unterschiedlich* auf das Erleben von Patienten auswirkt. So ist anzunehmen, dass diese Intervention nicht nur von Sitzung zu Sitzung, sondern auch von Patient zu Patient verschiedene Gefühle und Eindrücke hervorruft. Als zentralen Prädiktor solcher Unterschiede berücksichtigten wir die strukturelle Beeinträchtigung der Patienten. Unsere Hypothese war, dass Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung stärker auf die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie „reagieren“, d.h. dass sich im Erleben von strukturell beeinträchtigten Patienten Tage mit und ohne psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie deutlicher unterscheiden.

Methoden

Design

Die Studie wurde im Asklepios Fachklinikum Tiefenbrunn durchgeführt und ist Teil eines umfangreicheren Forschungsprojekts zur „DSM-5 Persönlichkeitsdiagnostik im stationären Setting“. Von Januar bis September 2015 wurden alle neu aufgenommenen erwachsenen Patienten zur Teilnahme eingeladen. Nach der schriftlichen Einverständniserklärung erhielten die Teilnehmer einen Abreißblock mit mindestens 40 Blättern. Auf jedem Blatt war ein standardisiertes Tagebuch mit 32 Items abgedruckt. Die Patienten füllten jeden Abend rückblickend auf den vergangenen Tag das Tagebuch aus und notierten das aktuelle Datum. Sie warfen die ausgefüllten Blätter zu beliebigen Zeitpunkten in dafür vorgesehene Briefkästen. Falls ein Block aufgebraucht war, wurde den Teilnehmern ein neuer Block ausgehändigt. Zusätzlich zu diesen täglichen Einschätzungen bearbeiteten die Patienten einmalig computergestützt eine umfangreiche Fragebogenbatterie. In der dieser Studie zugrundeliegenden Teilstichprobe erfolgte diese Erhebung im Mittel 9.2 Tage nach Aufnahme ($SD = 8.5$). Die Fragebogenbatterie umfasste u.a. die Kurzform des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16; Zimmermann et al. 2013). Um zu ermitteln, an welchen Tagen ein Patient an der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie teilnahm, wurden die individuellen Behandlungspläne (d.h. die wahrgenommenen Termine) der Patienten aus der Therapieplanungssoftware extrahiert. Im Forschungsprojekt wurden noch weitere Daten erhoben (z.B. anhand von strukturierten Interviews und Expertenbefragungen), die für die hier entwickelte Fragestellung aber nicht relevant sind und daher nicht weiter beschrieben werden. Das Forschungsprojekt wurde von der Ethikkommission des Fachbereichs Humanwissenschaften der Universität Kassel geprüft und befürwortet.

Stichprobe

Die hier berichteten Analysen basieren auf einer Teilstichprobe des Forschungsprojekts. Es wurden nur Patienten berücksichtigt, (a) von denen mindestens 10 ausgefüllte Tagebuchblätter vorlagen, (b) die die Fragebogenbatterie mit dem IPO-16 ausfüllten und (c) die mindestens an 5 psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapiesitzungen teilnahmen und darüber hinaus an diesen Tagen das Tagebuch ausfüllten. Diese Einschlusskriterien wurden von insgesamt 34 Patienten erfüllt. Die Patienten waren zwischen 24 und 63 Jahre alt. Ihr Durchschnittsalter lag bei 44.1 Jahren ($SD = 12.4$). 27 Patienten (79%) waren weiblich, 7 Patienten (21%) waren männlich. Die Patienten erhielten im Durchschnitt von den behandelten Therapeuten 2.5 Diagnosen ($SD = 1.02$) gemäß den Kriterien der ICD-10 (World Health Organization 1992). Die häufigsten Diagnosen waren rezidivierende depressive Störung (F33) mit 23 Fällen (68%), Persönlichkeitsstörung (F60) mit 14 Fällen (41%), somatoforme Störung (F45) mit 9 Fällen (26%), posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit 8 Fällen (24%), Essstörung (F50) mit 7 Fällen (21%), depressive Episode (F32) mit 7 Fällen (21%) sowie phobische Störung (F40) mit 4 Fällen (12%). Die übrigen Diagnosen betrafen jeweils nur zwei oder weniger Patienten. Die Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik variierte von 6.1 bis zu 17.4 Wochen und lag im Mittel bei 11.4 Wochen ($SD = 2.9$).

Erhebungsinstrumente

Kurzform des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). Das IPO-16 ist ein Selbsteinschätzungsinstrument zur Erfassung des Schweregrads der strukturellen Beeinträchtigung (Zimmermann et al. 2013). Es basiert auf Kernbergs (1996) Modell der Persönlichkeitsorganisation und umfasst Items zu den Funktionsbereichen Identität (6 Items), Abwehr (5 Items) und Realitätsprüfung (5 Items). Beispielitems für Beeinträchtigungen in den

drei Funktionsbereichen lauten „Ich spüre, dass mein Geschmack und meine Meinungen nicht wirklich meine eigenen sind, sondern dass ich sie von anderen übernommen habe“

(Identitätsdiffusion), „Leute sagen mir, dass ich mich widersprüchlich verhalte“ (primitive Abwehr) und „Ich kann nicht sagen, ob bestimmte körperliche Empfindungen, die ich habe, wirklich sind, oder ob ich sie mir nur einbilde“ (mangelnde Realitätsprüfung). Die Items werden auf einer fünfstufigen Skala von „trifft nie zu“ (1) bis „trifft immer zu“ (5) eingeschätzt. Der Gesamtmittelwert des IPO-16 weist gute psychometrische Kennwerte auf (Zimmermann et al. 2013). In dieser Stichprobe lag die interne Konsistenz des Gesamtmittelwerts bei $\alpha = .78$. Der Stichprobenmittelwert war mit $M = 2.30$ ($SD = 0.52$) gegenüber der Allgemeinbevölkerung mit einer Effektstärke von $d = 0.69$ deutlich erhöht (Zimmermann et al. 2015a).

Tagebuch zur Persönlichkeitsdynamik (Personality Dynamics Diary; PDD). Das PDD ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Erfassung von täglich erlebten Situationen und Verhaltensweisen (Zimmermann et al. 2015c). Es wurde entwickelt, um dynamische Aspekte der Persönlichkeit (z.B. situative Auslöser und Konsequenzen von bestimmten Verhaltensmustern) diagnostisch abbilden zu können (Hopwood et al. 2015). Entwicklungsgrundlage des PDD war ein inhaltlich breiter Itempool, der mittels Mehrebenen-Faktorenanalysen gekürzt und empirisch optimiert wurde.

Das PDD umfasst zwei Abschnitte: Im ersten Abschnitt werden anhand von 11 Items die in den letzten 24 Stunden erlebten psychologisch relevanten Situationen abgefragt. Die Items lassen sich zu 5 Facetten und 3 Skalen aggregieren. Die Skalen beziehen sich auf *Positive Ereignisse* (wobei hier die Facetten Sozialer Austausch und Erfolgserlebnisse differenziert werden), *Sozialer Stress* (mit den Facetten Feindseligkeit und Enttäuschungen) und *Arbeitsbelastungen*. Im zweiten Abschnitt werden anhand von 21 Items die für die letzten 24

Stunden relevanten Erlebens- und Verhaltensweisen abgefragt. Die Items lassen sich zu 10 Facetten und 4 Skalen aggregieren. Die Skalen beziehen sich auf *Internalisierende Symptome* (mit den Facetten Rückzug/Lustlosigkeit, Traurigkeit/Angst, Gefühlsschwankungen und Tagträumerei), *Externalisierende Symptome* (mit den Facetten Impulsivität und Aggression), *Perfektionismus* und *Sozial-zugewandtes Verhalten* (mit den Facetten Kontaktfreude, Hilfsbereitschaft und Suche nach Aufmerksamkeit). Je nachdem, welche Analyseebene im Vordergrund steht, sollte die Facette Tagträumerei (bei der Analyse von Unterschieden innerhalb von Personen) und die Facette Suche nach Aufmerksamkeit (bei der Analyse von Unterschieden zwischen Personen) als eigenständige Skala betrachtet werden. Alle Items werden auf einer 4-stufigen Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (0) bis „trifft genau zu“ (3) beurteilt.

Um die Anzahl der notwendigen statistischen Tests zu reduzieren, beschränkten wir uns in dieser Studie bei der Auswertung auf die inhaltlich breiten Skalen zu Positiven Ereignissen und Sozialem Stress sowie zu Internalisierenden Symptomen (ohne die Facette Tagträumerei), Externalisierenden Symptomen und Sozial-zugewandtem Verhalten (mit der Facette Suche nach Aufmerksamkeit). Zur Bestimmung der internen Konsistenz von Skalenmittelwerten innerhalb und zwischen Patienten verwendeten wir Mehrebenen-Faktorenanalysen basierend auf der polychorische Korrelationsmatrix (Geldhof et al. 2014). Die internen Konsistenzen der 5 Skalen lagen innerhalb von Personen im Mittel bei $\alpha = .77$ und zwischen Personen im Mittel bei $\alpha = .84$.

Von den 34 Patienten lagen uns insgesamt 1800 ausgefüllte und mit Datum gekennzeichnete Tagebuchblätter vor. Das entspricht durchschnittlich 52.9 Datenpunkten bzw. Tagebucheinträgen pro Person ($SD = 19.9$), wobei die Anzahl zwischen 14 und 80 pro Patient variierte. Auf die individuelle Aufenthaltsdauer bezogen entspricht das einer mittleren Rücklaufquote von 66% ($SD = 19$), mit einer Spannweite von 23% bis 96%.

Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie

Die psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapien waren als halboffene Stationsgruppen organisiert. Eine Sitzung dauerte üblicherweise 75 Minuten, wobei die Dauer je nach Station zwischen 60 und 90 Minuten variieren konnte. Während ihres Aufenthalts nahmen die Patienten dieser Teilstichprobe durchschnittlich an 23.6 Sitzungen ($SD = 8.2$) teil, wobei zu 16.5 Sitzungen ($SD = 7.2$) Tagebucheinträge vorlagen. Das entspricht einer mittleren Sitzungsfrequenz von 2.1 ($SD = 0.7$) Sitzungen pro Woche. Die Gruppengröße der einzelnen Gruppen variierte zwischen 6 und 12 Patienten. Die Sitzungen wurden jeweils von einem in psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie ausgebildeten Arzt oder Psychologen geleitet. Vor der ersten Teilnahme an einer Sitzung erfolgte mit jedem Patienten ein Vorgespräch. In dem Gespräch wurde dem Patienten empfohlen, sich in der Gruppe „unzensuriert“ zu verhalten. Die Situation in den einzelnen Sitzungen war offen, d.h. die Themen und Interaktionen wurden nicht im Vorhinein vom Therapeuten festgelegt. Typischerweise ging es in der Anfangsphase inhaltlich um das soziale Miteinander in der Gruppe. Der Therapeut hielt sich zunächst bewusst zurück und intervenierte dann mit Blick auf die Gruppe entwicklungsfördernd. Längere Schweigesituationen wurden vom Therapeuten in der Regel angesprochen (für Details siehe Streeck und Leichsenring 2015).

Statistische Analysen

Zur Prüfung unserer Hypothesen verwendeten wir Mehrebenenmodelle. Solche Modelle eignen sich besonders zur Auswertung von Tagebuchdaten, bei denen Tage (Ebene 1) in Personen (Ebene 2) geschachtelt sind und Personen häufig eine unterschiedliche Anzahl an Tagen in die Analyse einbringen (Iida et al. 2012). Die PDD-Skalen (d.h. die Ausprägungen des täglichen Erlebens bestimmter Situationen oder Verhaltensweisen) wurden jeweils als abhängige

Variable betrachtet. Für jede PDD-Skala wurden schrittweise aufeinander aufbauende Modelle geschätzt. Im ersten Schritt wurde das sogenannte Nullmodell geschätzt, das keine Prädiktoren enthält und lediglich dazu dient, den relativen Anteil der Varianz zwischen Personen an der Gesamtvarianz der Skala zu bestimmen (Modell I). Dieser Varianzanteil gibt Auskunft darüber, wie stark Unterschiede im täglichen Erleben durch Unterschiede zwischen Personen bedingt sind.

Im zweiten Schritt wurden theoretisch relevante Prädiktoren hinzugefügt (Modell II). Auf Ebene 1 berücksichtigten wir, ob es sich bei dem jeweiligen Tag um einen Wochentag oder einen Tag am Wochenende handelte. Dies erschien notwendig, da an Wochenenden üblicherweise kein Therapieprogramm stattfindet und insofern der unspezifische Effekt eines „therapiefreien“ Tages kontrolliert werden muss. Außerdem wurde auf Ebene 1 berücksichtigt, wie weit der stationäre Aufenthalt des jeweiligen Patienten zum jeweiligen Tag bereits fortgeschritten war (operationalisiert durch die Anzahl der Wochen auf Station seit Aufnahme). Auf diese Weise konnten Unterschiede im täglichen Erleben kontrolliert werden, die lediglich durch die unterschiedliche Verweildauer im stationären Setting bedingt sind. Auf Ebene 2 wurde das Geschlecht des jeweiligen Patienten berücksichtigt, von dem bereits aus anderen Tagebuchstudien bekannt ist, dass es Unterschiede im täglichen Erleben erklären kann (z.B. Almeida und Kessler 1998). Schließlich berücksichtigten wir auf Ebene 2 die strukturelle Beeinträchtigung des jeweiligen Patienten (operationalisiert durch den am Stichprobenmittelwert zentrierten individuellen IPO-16-Skalenwert). Aus theoretischer Sicht sollten Unterschiede in der strukturellen Beeinträchtigung substantiell zur Erklärung von Unterschieden im täglichen Erleben beitragen.

Im dritten Schritt fügten wir auf Ebene 1 den für diese Studie zentralen Prädiktor hinzu, nämlich ob der jeweilige Patient am jeweiligen Tag an einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie teilgenommen hat oder nicht (Modell III). Der resultierende „feste“ Parameter repräsentiert den Effekt der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf das tägliche Erleben bei Kontrolle der oben genannten vier anderen Prädiktoren. Zusätzlich berücksichtigten wir für diesen Effekt auch einen „zufälligen“ Parameter: Damit ist gemeint, dass die Stärke des Effekts zwischen Personen variieren kann und diese Varianz explizit im Modell geschätzt werden soll. Auf diese Weise wird abgebildet, dass der Einfluss der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf das tägliche Erleben bei manchen Patienten stark und bei anderen Patienten weniger stark oder sogar umgekehrt ausgeprägt sein kann.

Im vierten und letzten Schritt fügten wir auf Ebene 2 erneut die strukturelle Beeinträchtigung des jeweiligen Patienten ein, diesmal allerdings in Interaktion mit der Teilnahme an einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf Ebene 1 (Modell IV). Auf diese Weise wird geprüft, ob die individuell unterschiedliche Stärke des Effekts von psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie auf das tägliche Erleben von der strukturellen Beeinträchtigung der Patienten abhängt. Das so spezifizierte finale Modell IV ist in der folgenden Gleichung zusammengefasst:

$$\begin{aligned}
 \text{Ebene 1:} \quad & y_{ij} = \beta_{0j} + \beta_{1j}(\text{Wochenende}) + \beta_{2j}(\text{Wochen seit Beginn}) + \beta_{3j}(\text{PIGT}) + r_{ij} \\
 \text{Ebene 2:} \quad & \beta_{0j} = \gamma_{00} + \gamma_{01}(\text{weibliches Geschlecht}) + \gamma_{02}(\text{Strukturelle Beeinträchtigung}) + u_{0j} \\
 & \beta_{1j} = \gamma_{10} \\
 & \beta_{2j} = \gamma_{20} \\
 & \beta_{3j} = \gamma_{30} + \gamma_{31}(\text{Strukturelle Beeinträchtigung}) + u_{3j}
 \end{aligned}$$

Um die Modelle zu schätzen, verwendeten wir die Restricted Maximum Likelihood Methode, basierend auf dem Paket „lme4“ der Statistikumgebung R (R Core Team 2013). Die p -

Werte für die „festen“ Effekte berechneten wir auf Grundlage von approximativen Freiheitsgraden gemäß Satterthwaite mit dem Paket „lmerTest“. Um die Größe der (interindividuell variierenden) Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie in Modell III besser beurteilen zu können, berechneten wir jeweils das Effektstärkemaß d (Gelman 2008).¹ Hier gilt ein Wert von 0.2 als kleiner Effekt, ein Wert von 0.5 als mittlerer Effekt und ein Wert von 0.8 als großer Effekt (Cohen 1988).

Ergebnisse

Tabelle 1 umfasst die deskriptiven Kennwerte der fünf verwendeten PDD-Skalen sowie die wichtigsten Ergebnisse der Mehrebenenmodelle. Wie die Skalenmittelwerte zeigen, waren positive Ereignisse im Erleben der Patienten am deutlichsten ausgeprägt, während sozialer Stress und externalisierende Symptome seltener vorkamen. Aus den Ergebnissen zu Modell I wird ersichtlich, dass das Erleben von sozialem Stress und externalisierenden Symptomen stark durch Unterschiede zwischen Patienten bedingt war (die jeweils 48% der Varianz ausmachten), während beim Erleben anderer Aspekte Unterschiede zwischen Personen eine geringere Rolle spielten (die zwischen 29% und 36% der Varianz ausmachten).

Bezüglich der in Modell II berücksichtigten Prädiktoren ergaben sich zahlreiche signifikante Effekte. An Wochenenden erlebten die Patienten im Vergleich zu Wochentagen signifikant mehr positive Ereignisse und weniger sozialen Stress. Sie berichteten außerdem über weniger internalisierende Symptome und mehr sozial-zugewandtes Verhalten. Mit dem Fortschreiten des stationären Aufenthalts nahmen internalisierende Symptome ab und sozial-

¹ Grundlage unserer Berechnung war die Formel $d = 2\beta s_x / s_y$, wobei β dem in Modell III geschätzten Effekt der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie, s_y der in Modell I geschätzten Standardabweichung der abhängigen Variable auf Ebene 1, und s_x der in einem separaten Nullmodell geschätzten Standardabweichung der dichotomen unabhängigen Variable *PIGT* auf Ebene 1 entspricht. Für die Standardisierung der individuellen Effekte verwendeten wir die beim jeweiligen Patienten beobachteten Standardabweichungen der abhängigen und unabhängigen Variablen.

zugewandtes Verhalten zu. Strukturell schwerer beeinträchtigte Patienten berichteten insgesamt über mehr internalisierende Symptome. Frauen und Männer unterschieden sich in ihrem täglichen Erleben dagegen nicht signifikant voneinander (wobei sich für zwei Skalen p -Werte im Bereich zwischen .05 und .10 ergaben).

Der für diese Studie zentrale Effekt der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf das tägliche Erleben wurde in Modell III untersucht. Hier zeigte sich, dass Patienten an Tagen, an denen sie an einer psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie teilgenommen hatten, signifikant stärker von internalisierenden Symptomen und von sozialem Stress berichteten. Wie Abbildung 1 zeigt, waren die geschätzten Effekte bezüglich dieser beiden Skalen mit einem d um 0.15 im Mittel zwar klein, allerdings für alle Patienten der Stichprobe größer als null. Die Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf die anderen drei Skalen waren nicht signifikant und variierten zwischen Patienten deutlicher hinsichtlich Richtung und Ausmaß.

Im Modell IV wurde geprüft, inwiefern die interindividuell variierenden Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie durch die strukturelle Beeinträchtigung der Patienten erklärt werden können. Hier zeigte sich ein signifikanter Interaktionseffekt bezüglich des Erlebens internalisierender Symptome, der in Abbildung 2 veranschaulicht ist. Demnach berichteten Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung an Tagen mit psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie vermehrt über internalisierende Symptome. Während der standardisierte Effekt bei Personen mit relativ geringer struktureller Beeinträchtigung (IPO-16 Skalenwert von 1.79) nur bei $d = 0.05$ lag, ergab sich für Personen mit relativ ausgeprägter struktureller Beeinträchtigung (IPO-16 Skalenwert von 2.82) ein Effekt von $d = 0.27$. Darüber hinaus fanden sich Hinweise, dass strukturell Beeinträchtigte an Tagen mit

psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie weniger positive Ereignisse erleben und sich weniger sozial-zugewandt verhalten. Allerdings lagen die p -Werte dieser Interaktionseffekte nur im Bereich zwischen .05 und .10.

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie auf das tägliche Erleben der Patienten im stationären Kontext untersucht. Wir wollten damit einen Perspektivenwechsel einleiten und den Blick der stationären Psychotherapieforschung von der globalen Veränderung der Symptome zwischen Aufnahme und Entlassung auf die unmittelbaren psychologischen Effekte einzelner psychotherapeutischer Interventionen lenken. Hierzu verwendeten wir ein standardisiertes Tagebuch, das die Patienten jeden Abend ausfüllten, um die erlebten Situationen und Verhaltensweisen des vergangenen Tages zu protokollieren.

Zunächst ist festzustellen, dass die Patienten während ihres stationären Aufenthalts überwiegend positive Ereignisse erlebten. Ähnlich wie Personen aus nicht-klinischen Stichproben berichteten sie aus ihrem Alltag vor allem von Miteinander, Unterstützung, Anerkennung und Erfolgserlebnissen (Zimmermann et al. 2015c). Neben sozial-zugewandtem Verhalten wie Kontaktfreude und Hilfsbereitschaft zeigten die Patienten aber auch verstärkt internalisierende Symptome, d.h. Rückzug, Lustlosigkeit, Traurigkeit, Angst und Gefühlsschwankungen. Sozialen Stress und aggressiv-impulsives Verhalten berichteten sie dagegen nur selten.

Wie in anderen Tagebuchstudien auch (z.B. Wright und Simms 2016), hing das tägliche Erleben teilweise von der Person ab: Etwa 30-50% der Varianz im Erleben ging auf systematische Unterschiede zwischen Personen zurück. Das bedeutet z.B., dass manche

Patienten über den gesamten Aufenthalt hinweg deutlich häufiger internalisierende Symptome zeigten als andere Patienten. Wir konnten nachweisen, dass sich diese Unterschiede zum Teil durch Unterschiede in der strukturellen Beeinträchtigung erklären lassen. Demnach tendieren Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung eher dazu, sich zurückzuziehen, sich lustlos, traurig und ängstlich zu fühlen oder Gefühlsausbrüche und Stimmungsschwankungen zu erleben. Dies entspricht dem Befund aus Querschnittsstudien, dass strukturelle Beeinträchtigung stark mit Neurotizismus bzw. negativer Affektivität zusammenhängt (Ehrenthal et al. 2012; Zimmermann et al. 2014).

Umgekehrt heißt das aber auch, dass sich der größere Teil der Variation im Erleben eines Patienten über verschiedene Tage hinweg abspielt. Dabei scheint vor allem das Wochenende einen Unterschied zu machen: Samstage und Sonntage, an denen üblicherweise keine therapeutischen Veranstaltungen stattfinden, erlebten die Patienten im Durchschnitt deutlich positiver und weniger belastend als Wochentage. Dieser „Wochenend-Effekt“ findet sich auch in nicht-klinischen Stichproben und hat vermutlich damit zu tun, dass psychologische Grundbedürfnisse im Freizeitkontext eher erfüllt werden (Ryan et al. 2010). Dass im Verlauf der Behandlung internalisierende Symptome ab- und sozial-zugewandte Verhaltensweisen zunahmten, lässt sich zum einen als schrittweises Einlassen auf die vielfältigen Beziehungen im stationären Setting, zum anderen als Zeichen einer symptomatischen Verbesserung im Behandlungsverlauf interpretieren.

Der zentrale Befund dieser Studie besteht darin, dass die Teilnahme an der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie tatsächlich im täglichen Erleben der Patienten nachweisbar ist: Die Patienten erlebten an solchen Tagen im Durchschnitt mehr Feindseligkeit und Enttäuschungen und reagierten eher mit Rückzug, Lustlosigkeit, Traurigkeit,

Angst und Gefühlsschwankungen. Damit konnte unseres Wissens zum ersten Mal die unmittelbare psychologische Wirkung einer spezifischen therapeutischen Intervention im stationären Setting belegt werden. Welche Aspekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie diese negativen Erfahrungen und Reaktionen hervorrufen, bleibt allerdings offen. Beispielsweise könnte das in den Gruppen vermittelte interpersonelle Feedback von vielen Patienten als anstrengend oder belastend erlebt werden (Burlingame et al. 2008). Außerdem zeigte sich, dass Patienten mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung verstärkt mit internalisierenden Symptomen auf die psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapien reagieren. Möglicherweise werden Patienten durch die offene und unvorhersehbare Gruppensituation stärker verunsichert, wenn sie in ihrer Fähigkeit zur Wahrnehmung und Regulation von Beziehungen beeinträchtigt sind (Streeck und Leichsenring 2015).

Die hier berichteten Analysen sind nur ein erster Schritt der tagebuchgestützten Erforschung stationärer Psychotherapie und sollten in zukünftigen Analysen präzisiert und erweitert werden. Im nächsten Schritt sollte es vor allem darum gehen zu klären, inwiefern die in Abbildung 1 dargestellte Variabilität im Erleben der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie den Therapieerfolg vorhersagt. So ist z.B. denkbar, dass negativere Erfahrungen und Reaktionen eine größere emotionale Offenheit gegenüber den Gruppensitzungen zum Ausdruck bringen und insofern mit einer Verbesserung der psychischen Beschwerden über den gesamten Aufenthalt hinweg einhergehen (Castonguay et al. 1998). Außerdem wurde in den bisherigen Analysen zwar die bereits auf Station verbrachte Zeit statistisch kontrolliert, aber nicht als moderierende Bedingung für den Effekt der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie untersucht. So könnte es z.B. sein, dass dieser Effekt mit fortschreitender stationärer Behandlung und Gewöhnung an das

gruppentherapeutische Setting abnimmt. Darüber hinaus können in zukünftigen Analysen zahlreiche weitere Aspekte berücksichtigt werden, etwa der Einfluss anderer spezifischer therapeutischer Interventionen, der Einfluss von Interventionen auf das Erleben des jeweils nächsten Tags oder der Messfehler in den unabhängigen und abhängigen Variablen (der dazu führen kann, dass Effekte unter- oder überschätzt werden; Cole und Preacher 2014).

Aus unserer Sicht birgt die Tagebuchmethode für die Psychotherapieforschung ein großes Potential. Im Unterschied zu wöchentlichen oder ereignisabhängigen Messungen (z.B. nach jeder Therapiesitzung) erschließen die hochfrequenten und gleichabständigen Messungen der Tagebuchmethode das Erleben der Patienten an Tagen *ohne* Therapie. Erst vor dem Hintergrund dieses alltäglichen Erlebens können sich die unmittelbaren Effekte therapeutischer Interventionen abheben. Die täglichen Messungen erlauben zudem nicht nur eine Analyse durchschnittlicher Zusammenhänge zwischen Situationen und Verhaltensweisen (wie z.B. des hier betrachteten Effekts einer spezifischen therapeutischen Intervention), sondern auch die Modellierung des zeitlichen Verlaufs (Wright et al. 2014) und der individuellen Ausprägung (Beltz et al. 2016) solcher Zusammenhänge. Und nicht zuletzt eröffnet die Tagebuchmethode über den Forschungskontext hinaus interessante Möglichkeiten des Real-Time Monitorings von Veränderungsprozessen und des datenbasierten Feedbacks in der Psychotherapie (Schiepek und Aichhorn 2013; Schiepek et al. 2016).

Die Studie hat eine Reihe von Limitationen, die die Aussagekraft der Ergebnisse möglicherweise einschränken. Erstens lag die Rücklaufquote der Tagebuchblätter im Mittel nur bei 66%, was im Vergleich zu anderen Tagebuchstudien gering ist (z.B. Wright und Simms 2016; Schiepek et al. 2016). Die Gründe hierfür sind vielfältig: So wurden einige Patienten aus organisatorischen Gründen erst einige Wochen nach Aufnahme zur Studie eingeladen; es gab

zudem keine finanziellen Anreize für das Ausfüllen der Tagebücher und die papier- und bleistiftbasierte Erhebung wurde (im Vergleich zu einer onlinegestützten Erhebung) von manchen Patienten möglicherweise als umständlich erlebt. Zweitens wurde das Tagebuch als Instrument zur Erfassung dynamischer Aspekte der Persönlichkeit konzipiert, d.h. die verwendeten Skalen waren nicht direkt darauf zugeschnitten, die Wirkung von therapeutischen Interventionen abzubilden. Es wäre interessant, in zukünftigen Tagebuchstudien explizit für die stationäre Psychotherapie entwickelte Messinstrumente zu verwenden, z.B. den Tageskliniks- und Stationserfahrungsbogen (Dinger et al. 2015). Drittens gilt es zu berücksichtigen, dass sich die Einschätzungen nur auf das Erleben der Patienten beziehen. Inwiefern das Ausmaß der strukturellen Beeinträchtigung und die täglichen Situationen und Verhaltensweisen von den Patienten verzerrt wahrgenommen wurden (und inwiefern eine mögliche Verzerrung unsere Ergebnisse beeinflusst hat), bleibt unklar. Viertens lag unseren Analysen nur eine kleine und möglicherweise nicht-repräsentative Patientenstichprobe zugrunde. Dies hat zur Folge, dass sich die Ergebnisse nur bedingt verallgemeinern lassen und aufgrund der geringen Power der statistischen Tests (auf Ebene 2) weitere Effekte unentdeckt geblieben sein können. Wir hoffen, dass unsere Studie trotz dieser Limitationen das Potential tagebuchgestützter Psychotherapieforschung deutlich macht.

Literatur

Almeida DM, Kessler RC (1998). Everyday stressors and gender differences in daily distress.

Journal of Personality and Social Psychology 75, 670–680.

Arbeitskreis OPD (2006). Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Hans Huber.

Beltz AM, Wright AGC, Sprague BN, Molenaar PCM (2016). Bridging the nomothetic and idiographic approaches to the analysis of clinical data. *Assessment*.

Burlingame GM, Strauß B, Johnson J (2008). Gibt es allgemeine Veränderungsmechanismen in Gruppenpsychotherapien? *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 44, 177–214.

Castonguay L, Pincus A, Agras W, Hines C (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research* 8, 225–238.

Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cole DA, Preacher KJ (2014). Manifest variable path analysis: Potentially serious and misleading consequences due to uncorrected measurement error. *Psychological Methods* 19, 300–315.

Dinger U, Schauenburg H, Ehrenthal JC, Nicolai J, Mander J, Sammet I (2015). Inpatient and day-clinic experience scale (IDES): A psychometric evaluation. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61, 327–341.

Ehrenthal J, Dinger U, Horsch L, Komo-Lang M, Klinkerfuß M, Grande T, Schauenburg H (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität.

Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 62, 25–32.

Falck O, Streeck U (2015). Grundzüge der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Psychodynamische Psychotherapie* 14, 140–151.

Geldhof GJ, Preacher KJ, Zyphur MJ (2014). Reliability estimation in a multilevel confirmatory factor analysis framework. *Psychological Methods* 19, 72–91.

Gelman A (2008). Scaling regression inputs by dividing by two standard deviations. *Statistics in Medicine* 27, 2865–2873.

Heigl-Evers A, Heigl F (1973). Gruppentherapie: interaktionell – tiefenpsychologisch fundiert (analytisch orientiert) – psychoanalytisch. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 7, 132–157.

Hopwood CJ, Zimmermann J, Pincus AL, Krueger RF (2015). Connecting personality structure and dynamics: Towards a more evidence based and clinically useful diagnostic scheme. *Journal of Personality Disorders* 29, 431–448.

Iida M, Shrout PE, Laurenceau J, Bolger N (2012). Using diary methods in psychological research. In: *APA handbook of research methods in psychology*. Cooper HM (Hrsg). Washington, D.C.: American Psychological Association, 277–305.

Kernberg OF (1996). Ein psychoanalytisches Modell der Klassifizierung von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 41, 288–296.

Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Dally A, Streeck U (2007). Zur Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Therapie am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Daten aus der klinischen Praxis. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 53, 129–143.

Leichsenring F, Masuhr O, Jaeger U, Rabung S, Dally A, Dümpelmann M, Fricke-Neef C, Steinert C, Streeck U (2016). Psychoanalytic-interactional therapy versus psychodynamic therapy by experts for personality disorders: A randomized controlled efficacy-effectiveness study in cluster B personality disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics* 85, 71–80.

Liebherz S, Rabung S (2013). Wirksamkeit psychotherapeutischer Krankenhausbehandlung im deutschsprachigen Raum: Eine Meta-Analyse. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63, 355–364.

Ott J (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie - ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. *Psychotherapie im Dialog* 2, 50–58.

R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing.

Rabung S, Leichsenring F, Jaeger U, Streeck U (2005). Behandlungsergebnisse psychoanalytisch-interaktioneller und analytisch orientierter stationärer Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik* 41, 130–152.

Reuter L, Bengel J, Scheidt CE (2014). Therapie-Non-Response in der psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation: Eine systematische Übersicht. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 60, 121–145.

Reuter L, Scheidt C (2014). Vorzeitige Beendigung der Therapie in der stationären psychosomatischen Krankenhausbehandlung und Rehabilitation. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 64, 297–308.

Ryan RM, Bernstein JH, Brown KW (2010). Weekends, work, and well-being: Psychological need satisfactions and day of the week effects on mood, vitality, and physical symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology* 29, 95–122.

Schiepek G, Aichhorn W (2013). Real-Time Monitoring in der Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 63, 39–47.

Schiepek G, Aichhorn W, Gruber M, Strunk G, Bachler E, Aas B (2016). Real-time monitoring of psychotherapeutic processes: Concept and compliance. *Frontiers in Psychology* 7, 693.

Spitzer C, Rullkötter N, Dally A (2016). Stationäre Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 87, 99–110.

Streeck U, Leichsenring F (2015). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Zur Behandlung von Patienten mit strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Valkyser A (2015). Anwendung und Wirksamkeit psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie in der stationären Allgemeinpsychiatrie. *Psychodynamische Psychotherapie* 14, 163–171.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genf: Authors.

Wright AGC, Hallquist MN, Swartz HA, Frank E, Cyranowski JM (2014). Treating co-occurring depression and anxiety: Modeling the dynamics of psychopathology and psychotherapy using the time-varying effect model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 82, 839–853.

Wright AGC, Simms LJ (2016). Stability and fluctuation of personality disorder features in daily life. *Journal of Abnormal Psychology*.

Zimmermann J, Altenstein D, Krieger T, Grosse Holtforth M, Pretsch J, Alexopoulos J, Spitzer C, Benecke C, Krueger RF, Markon KE, Leising D (2014). The structure and correlates of self-reported DSM-5 maladaptive personality traits: Findings from two German-speaking samples. *Journal of Personality Disorders* 28, 518–540.

Zimmermann J, Benecke C, Hörz S, Rentrop M, Peham D, Bock A, Wallner T, Schauenburg H, Frommer J, Huber D, Clarkin JF, Dammann G (2013). Validierung einer deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Diagnostica* 59, 3–16.

Zimmermann J, Benecke C, Hörz-Sagstetter S, Dammann G (2015a). Normierung der deutschsprachigen 16-Item-Version des Inventars der Persönlichkeitsorganisation (IPO-16). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 61, 5–18.

Zimmermann J, Brakemeier E, Benecke C (2015b). Alternatives DSM-5-Modell zur Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. *Psychotherapeut* 60, 269–279.

Zimmermann J, Ehrenthal JC, Cierpka M, Schauenburg H, Doering S, Benecke C (2012). Assessing the level of structural integration using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM–5. *Journal of Personality Assessment* 94, 522–532.

Zimmermann J, Happel M, Benecke C, Spitzer C, Wright AGC (2015c). Auf dem Weg zu einer evidenzbasierten, dynamischen und klinisch nützlichen Persönlichkeitsdiagnostik: Das Personality Dynamics Diary (PDD). Mainz: 13. Arbeitstagung der Fachgruppe DPPD.

Tabelle 1

Deskriptive Statistik und Ergebnisse zu ausgewählten Parametern der Mehrebenenmodelle

	Modell- parameter	IS	ES	SV	PE	SS
<i>Deskriptive Statistik</i>						
Mittelwert (M)		1.224	0.285	1.213	1.648	0.439
Standardabweichung (SD)		0.715	0.480	0.552	0.714	0.582
<i>Modell I</i>						
SD auf Ebene 2	$SD(u_{0j})$	0.400	0.351	0.337	0.387	0.404
SD auf Ebene 1	$SD(r_{ij})$	0.579	0.365	0.449	0.605	0.419
Relative Varianz auf Ebene 2		0.324	0.481	0.360	0.290	0.482
<i>Modell II</i>						
Fester Effekt Wochenende	γ_{10}	-0.239*** (0.029)	-0.036# (0.019)	0.130*** (0.023)	0.121*** (0.031)	-0.078*** (0.022)
Fester Effekt Wochen seit Beginn	γ_{20}	-0.022*** (0.005)	-0.000 (0.003)	0.012** (0.004)	0.007 (0.005)	-0.006# (0.004)
Fester Effekt weibliches Geschlecht	γ_{01}	0.299# (0.158)	0.212 (0.148)	0.062 (0.153)	0.320# (0.167)	0.240 (0.163)
Fester Effekt strukturelle Beeinträchtigung (IPO-16)	γ_{02}	0.293* (0.126)	0.134 (0.118)	-0.088 (0.122)	-0.041 (0.133)	0.251# (0.130)
<i>Modell III</i>						
Fester Effekt PIGT	γ_{30}	0.098** (0.033)	0.035 (0.031)	-0.010 (0.033)	-0.022 (0.041)	0.063* (0.025)
SD der zufälligen Effekte der PIGT	$SD(u_{3j})$	0.036	0.127	0.118	0.115	0.031
<i>Modell IV</i>						
Fester Interaktionseffekt von PIGT und IPO-16	γ_{31}	0.130* (0.063)	0.054 (0.060)	-0.113# (0.063)	-0.133# (0.077)	-0.000 (0.048)

Anmerkungen. Die Ergebnisse beruhen auf Daten von 34 Patienten und (je nach Skala) 1796 bis 1800 Tagen. Für feste Effekte werden die geschätzten Standardfehler in Klammer berichtet. IS = Internalisierende Symptome. ES = Externalisierende Symptome. SV = Sozial-zugewandtes Verhalten. PE = Positive Ereignisse. SS = Sozialer Stress. PIGT = Psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie. IPO-16 = Kurzversion des Inventars der Persönlichkeitsorganisation. # $p < .10$. * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

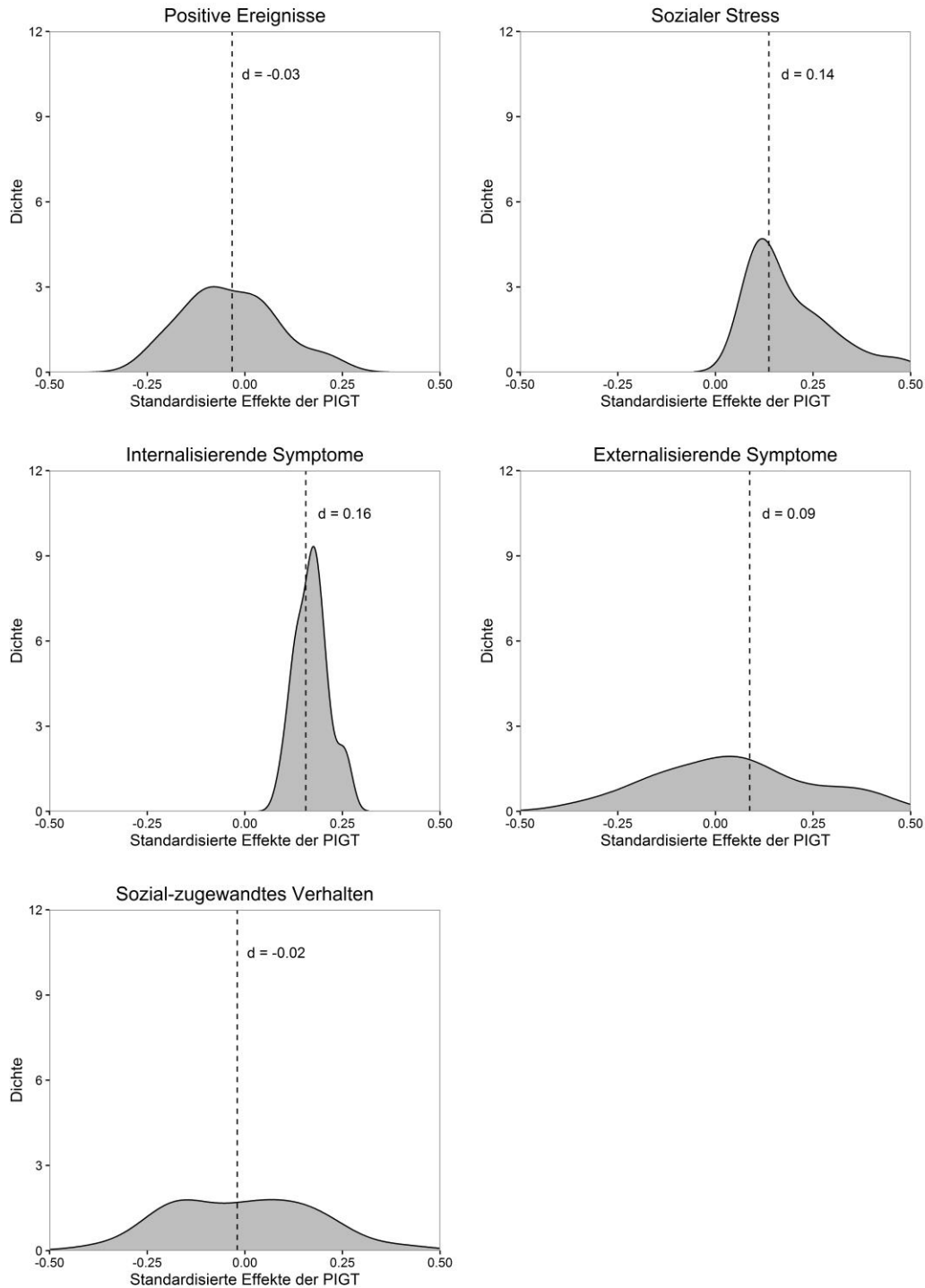


Abbildung 1: Verteilung der standardisierten Effekte der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie (PIGT) auf das tägliche Erleben von bestimmten Situationen und Verhaltensweisen

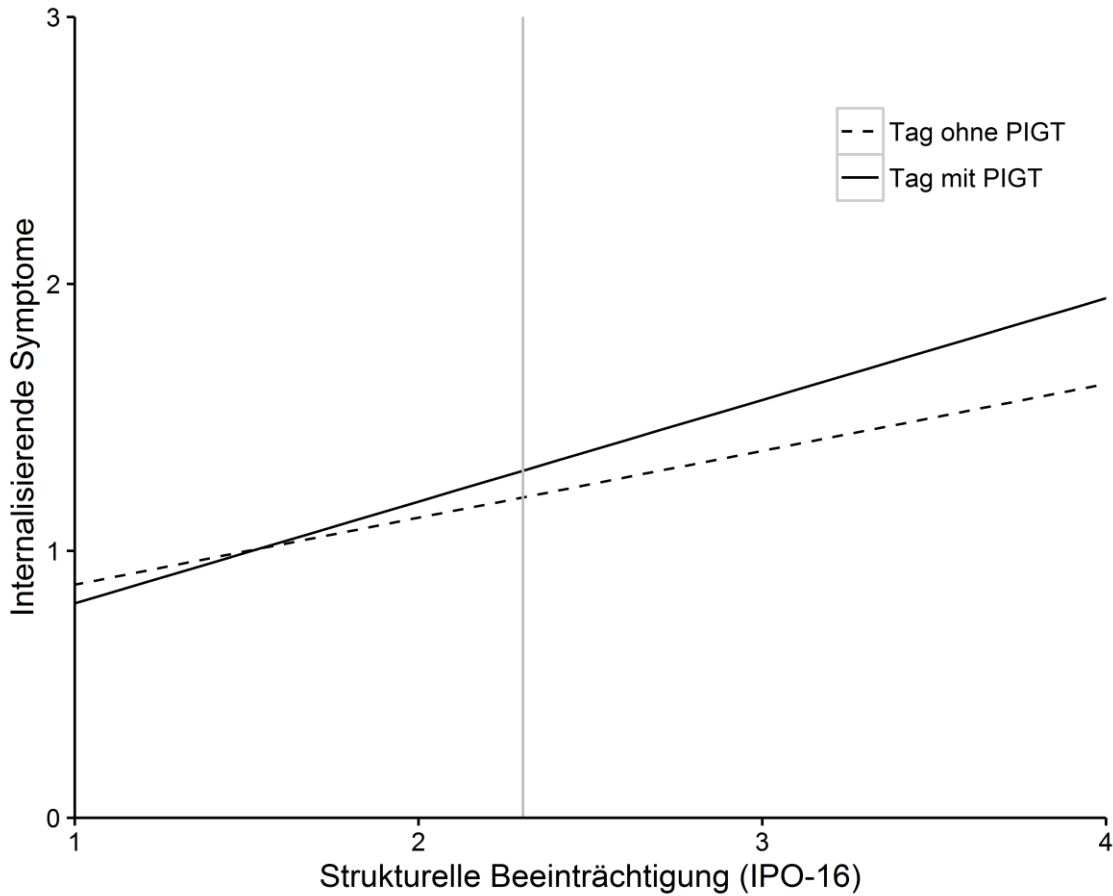


Abbildung 2: Der Effekt der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie (PIGT) auf die internalisierenden Symptome (d.h. der Abstand zwischen beiden Regressionsgeraden) wird mit zunehmender struktureller Beeinträchtigung größer. Die graue Linie repräsentiert den Stichprobenmittelwert des IPO-16. Die Regressionsgeraden beziehen sich auf einen männlichen Patienten an einem Wochentag zu Beginn des stationären Aufenthalts.

Danksagung

Wir bedanken uns bei Pia Burakowski, Anke Hufer, Merle Resch und Kerstin Schrage für die Mithilfe bei der Datenerhebung sowie bei Johannes Ehrenthal für wertvolle Hinweise zu einer früheren Version dieses Manuskripts.