
Wie kommen therapeutische Veränderungen zustande?

Untersuchung psychoanalytischer Therapien mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) und dem Psychotherapie- Prozess Q-Sort (PQS)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität

München

vorgelegt von

Nataliya Zharkova

München, August 2010

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Wolfgang Mertens

Zweitgutachter: PD Dr. phil. Markos Maragos

Tag der mündlichen Prüfung: 28. Juni 2010

Für Alexandra Sribna (*24.12.1921 † 21.09.2006)

Danksagung

Für meine Doktorarbeit möchte ich mich bei allen Freunden und Kollegen herzlich bedanken, die mich während der letzten vier Jahren begleitet und unterstützt haben. Ein besonderes Wort des Dankes möchte ich an meinen Doktorvater, Prof. Dr. Wolfgang Mertens richten, der stets an mich geglaubt hat. Ebenfalls gilt mein Dank den Kolleginnen und Kollegen des Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs- Projektes, insbesondere Frau Dr. Susanne Hörz, die mich sowohl fachlich als auch moralisch unterstützt haben.

Herrn Gerhard Knackfuss möchte ich dafür danken, dass er sich dazu bereit erklärt hat als Lektor meine Arbeit zu begleiten und immer mit Verbesserungsvorschlägen und Formulierungshilfen zur Stelle war.

Weiterhin danke ich meinen Freunden, die mehr als ich an das Ende dieser Arbeit geglaubt haben. Marc Weber möchte ich dafür danken, dass er mich stets bestärkt hat, mir zur Seite stand und damit sehr zum Gelingen meiner Arbeit beigetragen hat.

Mein besonderer Dank gilt meiner Mutter, Ludmila Sribna, ohne sie wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	5
Einleitung.....	7
1 Aktueller Stand der psychoanalytischen Therapieforschung.....	9
1.1 Historischer Abriss der Forschung in der Psychoanalyse	10
1.2 Innovative Methoden gegenwärtiger Psychotherapieforschung	14
1.2.1 Die Prozess-Ergebnisforschung	16
1.2.2 Einzelfall-Forschung	17
1.3 Behandlungstechnische Wirkmechanismen des therapeutischen Prozesses	19
1.3.1 Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie	20
1.3.2 Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie	24
1.4 Empirische Wissenschaft vs. Klinische Praxis	26
2 Theoretischer Kontext der Studie	28
2.1 Behandlungsziele in analytischen Psychotherapien: Ziel struktureller Persönlichkeitsveränderung	28
2.1.1 Struktur und die Entwicklung struktureller Fähigkeiten	31
2.1.2 Wie kommen die strukturelle Veränderungen in der Therapie zustande	34
2.1.3 Erfassung struktureller Veränderungen: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	39
2.2 Psychotherapeutische Prozessmodelle	41
2.2.1 „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard.....	42
2.2.2 Die Interaktions-Strukturtheorie von Ablon und Jones.....	45
3 Untersuchungsgegenstand und Methodik	47
3.1 Das Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs- Projekt	47
3.2 Die verwendete Stichprobe	48
3.3 Die Methode der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)	49
3.4 Die Methode des Psychotherapie-Prozess Q – Sort (PQS).....	51
3.4.1 Operationalisierung der Variablen des “Generic Model of Psychotherapy” von Orlinsky et al. mit PQS Items	53
3.5 Grundlegende Fragestellungen und Hypothesen	62
3.6 Design der vorliegenden Arbeit	63
4 Darstellung der Untersuchungsergebnisse	67
4.1 Patient 1	67
4.1.1 HUSS Auswertung	67
4.1.2 PQS Auswertung.....	73

4.2 Patient 2	95
4.2.1 HUSS Auswertung	95
4.2.2 PQS Auswertung.....	100
4.3 Patient 3	122
4.3.1 HUSS Auswertung	122
4.3.2 PQS Auswertung.....	127
4.4 Patient 4	147
4.4.1 HUSS Auswertung	147
4.4.2 PQS Auswertung.....	153
4.5 Patient 5	178
4.5.1 HUSS Auswertung	178
4.5.2 PQS Auswertung.....	182
4.6 Gegenüberstellung von Patienten.....	199
4.6.1 HUSS Auswertung	199
4.6.2 PQS Auswertung.....	202
5 Diskussion der Ergebnisse	209
5.1 Diskussion und Prüfung der Hypothesen.....	209
5.2 Zur Komplementarität zweier Methoden (HUSS und PQS).....	220
5.3 Einbettung der Ergebnisse in die Forschung und weiterführende Fragestellungen für zukünftige Studien	222
5.4 Nutzen für Kliniker	228
Schlusswort.....	231
Abkürzungsverzeichnis	233
Abbildungs- und Diagrammverzeichnis	234
Tabellenverzeichnis	237
Literaturverzeichnis	243
Anhang A - Datengrundlage (HUSS-Werte der OPD-Foki).....	252
Anhang B - Ergänzungen und Erweiterungen zum HUSS-Manual.....	253
Anhang C - Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones.....	256
Anhang D – Patientenmaterial	277

Einleitung

Eine der großen gegenwärtigen Herausforderungen für die Psychotherapieforschung ist es, den Zusammenhang zwischen dem therapeutischen Geschehen und der Veränderung beim Patienten zu verdeutlichen. Dabei geht es sowohl darum, den Therapieprozess in seiner Einmaligkeit besser zu verstehen, als auch um die Frage nach Mechanismen, die Veränderungsprozesse beim Patienten ermöglichen, unterstützen und aufrechterhalten.

Die Psychoanalyse hat eine Tradition in der Auswertung klinischen Materials (Fonagy, 2001). Vor dem Hintergrund ökonomischer und gesundheitspolitischer Gegebenheiten sowie steigenden Forderungen nach Qualitätssicherung wurden die forschenden Psychoanalytiker angespornt, die traditionellen Verfahrensweisen zu erweitern, um aus den Fortschritten anderer wissenschaftlicher Methoden zu profitieren. Welche Möglichkeiten die gegenwärtige empirische Psychotherapieforschung zu Verfügung stellt, wird im Rahmen des Münchener Bindungs- und Wirkungsforschung-Projekts (MBWP) unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Mertens am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychoanalyse der Ludwig-Maximilians-Universität München intensiv beforscht.

Der Fokus der vorliegenden Arbeit, die im Rahmen dieses Projekts entstanden ist, liegt in der Untersuchung, wie sich therapeutischer Einfluss, unter dem Aspekt der Multidirektionalität innerhalb des therapeutischen Geschehens, auf strukturelle Veränderungen bei Patienten auswirkt. Um die Komplexität therapeutischen Geschehens ausreichend abbilden zu können und gesicherte Aussagen über den individuellen Verlauf des therapeutischen Prozesses machen zu können, werden zwei Forschungsinstrumente eingesetzt, die unterschiedliche Aspekte erfassen, einander ergänzen und deren Ergebnisse wechselseitig aufeinander bezogen werden können. Zur Erstdiagnostik wurde die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) (Arbeitskreis OPD 1996) angewendet. Grundlage für die Veränderungsmessung ist die „Heidelberger Umstrukturierungsskala“ (HUSS) (Rudolf et al. 2000). Die Anwendung der HUSS setzt die Formulierung von Problemfoki voraus, von denen angenommen wird, dass sie die Störungen beim Patienten hervorrufen und aufrechterhalten. Es wird vermutet, dass sich die Wirkung psychoanalytischer Behandlungen an diesen Foki im Sinne einer tief greifenden Strukturveränderung manifestiert. Die Skala kann für jeden Problemfokus erfassen, wie weit die Auseinandersetzung des Patienten mit dem Problembereich sich zum jeweiligen Messzeitpunkt entwickelt hat. Mit Hilfe der HUSS konnte also festgestellt werden, dass Veränderungen beim Patienten stattgefunden haben, die Frage nach dem „Wie“ oder „Wodurch“ bleibt aber unbeantwortet. Für eine umfassendere Abbildung aller psychoanalytisch relevanten Merkmale des analytischen Prozesses ist eine zusätzliche Methode notwendig. Deshalb wird in vorliegender

Arbeit der Psychotherapie-Prozess Q-Sort (PQS) (Jones, 1993) eingesetzt. Weil der PQS als quantitatives Messinstrument die Aufmerksamkeit auch auf die außergewöhnlichen Ereignisse einer Therapiestunde lenkt und damit zum besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens beiträgt, können beide Methoden komplementär als gegenseitige Erweiterung bzw. Verfeinerung angewendet werden.

Die Komponenten des Therapieprozessmodels von Orlinsky und Howard (1984, 2009) - Vertrag, Patient, Therapeut, therapeutische Beziehung, therapeutische Operationen und therapeutische Realisierung - bilden dabei die Grundlage zur Identifizierung der Merkmale des Therapieprozesses, deren Wechselwirkungen analysiert wird.

Das Therapiegeschehen wurde dem zufolge für eine große Zahl von Messzeitpunkten durch Tonaufnahmen festgehalten und danach von zwei unabhängigen Beurteilern verblindet, ohne Wissen um den Patienten und die jeweilige Therapiestunde analysiert und der Zusammenhang der oben genannten Merkmale mit strukturellen Veränderungen bei den Patienten festgestellt.

Das Ziel der Studie besteht darin, zu erfassen, was sich im Hinblick auf strukturelle Charakteristika bei den Patienten verändert und wie sich diese Veränderungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses ergeben und entwickeln. Dabei werden auch die folgenden Aspekte berücksichtigt:

- Untersuchung des Grads der strukturellen Veränderungen des Patienten in der Therapie
- Identifizierung der prototypischen und prozesstypischen Behandlungsprozesse, die Therapien charakterisieren
- Untersuchung besonders charakteristischer und besonders uncharakteristischer PQS-Items, die den Therapieprozess beschreiben
- Identifizierung der episodischen Veränderungen im analytischen Prozess; Verfolgung der Entfaltung der „natural history“ in der Behandlung
- Identifizierung der PQS-Items, die positive Ergebnisse vorhersagen können

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit werden die Therapien von fünf Patienten untersucht, die unter „normalen“ Praxisbedingungen (im natürlichen Setting real stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen) durchgeführt wurden. Anhand der Gegenüberstellung der Ergebnisse der fünf analysierten Fälle werden diese in Bezug auf die Hypothesen der Untersuchung diskutiert und in Hinsicht auf die grundlegenden Fragestellungen der Psychotherapieforschung und der Befunde aus anderen Studien interpretiert. Daraus werden Anregungen und weiterführende Fragestellungen für die zukünftige Forschung in der Psychotherapie abgeleitet. Abschließend werden ausgewählte Befunde präsentiert, die spezifische Implikationen für die therapeutische Praxis aufweisen.

1 Aktueller Stand der psychoanalytischen Therapieforschung

Die gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten sind zunehmend wichtige Faktoren, die eine Herausforderung für die Stellung der Psychoanalyse in der Gesundheitsversorgung darstellen. Auf den psychoanalytischen Institutionen lastet der Druck, das „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ der Psychoanalyse unter Beweis zu stellen. Die psychoanalytische Forschung ist deshalb die langfristige Methode, die der Psychoanalyse zu Anerkennung und Wertschätzung als grundlegende Wissenschaft der menschlichen Psyche und als bedeutender und spezialisierter Behandlungsansatz verhilft (Kernberg, 2001). Aufgrund guter empirischer Fundierung psychoanalytischer Theorie und Praxis, die sich auch in der wachsenden Anzahl von psychoanalytischen Publikationen empirischer Orientierung widerspiegelt, kann die Wissenschaftlichkeit der Psychoanalyse heute offensiv vertreten werden (Poshheschnik, 2005, S. 7).

Nach Fonagy (2001, S. 71) waren die Psychoanalytiker lange Zeit zu „öffentlichkeitsscheu“, um mit Nachhaltigkeit vom Wert klinischer Behandlungen zu überzeugen. „Obwohl die Psychoanalyse kein Allheilmittel sein mag, unterstreicht die auftauchende Evidenz, dass unsere Theorie und Behandlungstechnik in einzigartiger Weise hilfreich sein mag, jenen zu helfen, die auf Grund ihrer Lebenserfahrungen oder vielleicht konstitutioneller Anlagen die größten Nachteile haben. Die Gründe für diese Evaluationsstudien mögen nicht jenen entsprechen, die sich die Kliniker wünschen, aber ihre Durchführung lehrt uns vieles über unsere Patienten, unsere Arbeit und uns selbst“.

Die Ursache für die nur zögerliche Bereitschaft von Psychoanalytikern, die von ihnen durchgeführten Behandlungen zum Gegenstand forschender Beobachtung zu machen, liegen nach Hartkamp (1994) in zwei Umständen begründet: (1) Es wurde angenommen, dass ein jegliches Hinzutreten eines Dritten zu der dyadischen Beziehung von Analysand und Analytiker als Störfaktor für die Entfaltung des psychoanalytischen Prozesses anzusehen sei. (2) Die Frage nach der besonderen Effektivität und Effizienz, aber auch nach den besonderen Wirkmechanismen und Prozesscharakteristika psychoanalytischer Psychotherapien stand nicht im Vordergrund, weil die Psychotherapieforschung der 70er Jahre das Resultat erbracht hatte, alle Psychotherapien seien in vergleichbarer Weise wirksam (das Dodo Bird Verdikt). Kernberg (2001) nennt als weitere Quelle des Widerstands gegen die psychoanalytische Forschung die weitverbreitete Ansicht innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft, dass die empirischen Methoden zu einseitig seien, die Realität zu stark vereinfacht und die psychoanalytische Vorgehensweise damit stark verfremdet würde.

Obwohl empirische Forschungsaktivitäten von einem Teil der Psychoanalytiker abgelehnt werden, gibt es diese Aktivitäten dennoch seit mehreren Jahrzehnten und sie beeinflussen die psychoanalytisch fundierten Behandlungen nachhaltig. Das Interesse der Patienten steht hier im Vordergrund: Wenn die Psychoanalytiker daran interessiert sind, ihre Patienten effektiv zu behandeln und nicht nur ihr Verfahren zu bewahren, verfolgen sie ihre Zielsetzungen auch im wissenschaftlichen Kontext mit Nachbardisziplinen und anderen Behandlungsverfahren (Rudolf, 2005).

Eine empirische Forschungskultur definiert sich nicht nur durch den Dialog zwischen den verschiedenen psychoanalytischen Richtungen, sondern auch durch interdisziplinäre Zusammenarbeit. Das dient einerseits dem ergiebigen Austausch von Ideen, sowie der besseren empirischen Fundierung und Überprüfung psychoanalytischer Theorien. Ihren Rang als „the most coherent and intellectually satisfying view of the mind“ (Kandel, 2006, S.120) und ihre Aktualität verdankt die Psychoanalyse vielfältigen interdisziplinären Verbindungen mit z.B. Ethnologie, Geschichte, Pädagogik und Naturwissenschaften. Psychoanalytiker und Neurowissenschaftler bemühen sich gemeinsam um ein vertieftes Verständnis des Mind-Body-Problems, von Gedächtnis sowie Emotion und Kognition. Komplexe „unbewusste“ Informationsverarbeitungsprozesse werden gemeinsam aus neuroanatomischer, neurobiologischer, neuropsychologischer und psychoanalytischer Perspektive untersucht (Leuzinger-Bohleber, 2002).

Nachfolgend werde ich einen kurzen historischen Überblick über die psychoanalytische Psychotherapieforschung geben. Danach wird auf die Prozess-Ergebnisforschung und die Einzelfallanalyse eingegangen. Anschließend werden behandlungstechnische Wirkmechanismen des therapeutischen Prozesses beschrieben, die mit der Übersicht über den Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie vervollständigt werden. Abschließend werden empirische Wissenschaft und klinische Praxis gegenübergestellt.

1.1 Historischer Abriss der Forschung in der Psychoanalyse

Der aktuelle Stand der Psychotherapieforschung ist das Ergebnis sich über mehrere Jahrzehnte erstreckender Forschungsbemühungen. „Anfangen hat alles – sowohl die empirische als auch die „poetische“¹ Forschung in der Psychoanalyse – mit Sigmund Freud, dem es als erstem gelungen ist, Bereiche der menschlichen Psyche (...) wissenschaftlich zu beschreiben, zu erklären und zu

¹ Unter der „poetischen“ Forschung versteht Poscheschnik jene Forschungstradition, die ihre Daten vornehmlich aus der exklusiven psychoanalytischen Situation zwischen Analytiker und Analysand gewinnt. Daraus werden Konzepte entwickelt, ohne den Prozess der Erkenntnis transparent zu machen.

verstehen. Zu diesem Zweck musste er Prämissen der klassischen Naturwissenschaften überwinden und methodologische Strategien modifizieren und ergänzen, um mentale Prozesse der wissenschaftlichen Untersuchung und Behandlung zugänglich zu machen.“ (Poscheschnik, 2005, S. 20). Freud wurde allerdings daraufhin Unwissenschaftlichkeit vorgeworfen. Die psychoanalytische Gemeinschaft hat auf diesen Vorwurf mit zwei Strategien geantwortet: Die „poetische“ Forschung hat mit einem Rückzug in die Privatpraxis und einer Ideologisierung der psychoanalytischen Therapie als alleinige Erkenntnisquelle reagiert. Die empirische Forschung in der Psychoanalyse hat aber mit einer offensiven Strategie auf den Unwissenschaftlichkeitsvorwurf geantwortet. Sie versucht das freudsche Erbe auf ihre Art und Weise einzulösen, indem sie die von ihm begründete Wissenschaft weiterentwickelt.

Es wurden mehrere Systematisierungsversuche der Psychoanalyse anhand z.B. historischer, methodologischer oder weiterer Besonderheiten vorgenommen. Die Systematisierungen von Wallerstein (2001) und Bucci (2005), die im Folgenden dargestellt werden, überschneiden sich in vielen Aspekten und scheinen mir komplementär ein vollständiges Bild der Psychotherapieforschung wiederzugeben. Sowohl Wallerstein (2001, S. 38 ff.) als auch Bucci (2005, S. 321ff.) identifizieren vier Generationen der analytischen Psychotherapieforschung, „wobei sich jede neue Generation durch wachsende methodische Verfeinerungen und technologische Verbesserungen charakterisieren lässt“:

1. Die erste Generation umfasst frühe, statistische Untersuchungen, einfache retrospektive Aufzählungen von Verbesserungen - die durch den behandelnden Therapeuten beurteilt wurden - ohne näher spezifizierte Kriterien und ohne stützende Evidenz. Zum Beispiel, präsentierte Fenichel im Jahre 1930 Ergebnisse aus der beginnenden Dekade des Berliner Institutes. Jones berichtete im Jahre 1936 von Ergebnissen der Londoner Psychoanalytischen Klinik. In einer Übersichtsarbeit von 1941, die alle vorliegenden Resultate der Psychoanalyse bewertete, präsentierte Knight Gesamtaufstellungen von 952 Patienten mit einer therapeutischen Erfolgsrate von etwa 60% für die neurotischen, 80% für die psychosomatischen und 25% für psychotischen Patienten. Es wurde auf die Nachteile dieser einfachen statistischen Zusammenfassungen hingewiesen: das Fehlen von konsensuell übereinstimmenden Definitionen und Kriterien sowie die undifferenzierte Nomenklatur und diagnostische Klassifikation. Der Fokus der ersten Generation richtete sich ebenfalls auf die Entwicklung von neuen, objektiven Auswertungsinstrumenten und der Etablierung der Verlässlichkeit und Validität selbiger (z.B. das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema – ZBKT“ von Luborsky, 1977).

2. Die Studien der zweiten Generation haben den Fehler der früheren Untersuchungen erkannt und korrigierten diese. Die zweite Generation nach Bucci wendet die Auswertungsinstrumente, die

während der ersten Generation entwickelt wurden, auf die gemeinsamen Daten an, um Konstruktvalidität aufzubauen. Die Forscher wurden zu einer formaleren und systematischeren Ergebnisforschung angespornt. Es handelt sich dabei um prospektive Studien mit objektiveren Ergebnisurteilen durch unabhängige Forscher, basierend auf spezifischen Kriterien. Wallerstein nennt drei europäische Projekte aus der zweiten Generation: erstens, die Aktenauswertung des Anna Freud Zentrums von 765 Patienten, die innerhalb einer Spanne von vier Jahrzehnten mit Psychoanalyse oder Psychotherapie behandelt wurden (Fonagy und Target, 1994, 2001), zweitens die Studie der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung über die Langzeiteffekte von Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien, die 401 Patienten von kooperierenden DPV-Mitgliedern einschließt (Leuzinger-Bohleber, 1997, 2001) und drittens, die europäische „Collaborative Multicentre Study“ intensiver psychoanalytischer Langzeitbehandlungen, die Analytiker aus Holland, Finnland, Norwegen, Schweden und Italien einbezieht (Szecsody et al., 1997, 2004). „Ein gemeinsames Merkmal dieser Studien der zweiten Generation... war die mangelnde Abgrenzung von Ergebnissen, die bei Behandlungsbeendigung ermittelt wurden, von der Frage nach der Stabilität dieser Ergebnisse, wie sie sich an einigen festgelegten Nacherhebungspunkten zeigten, mit all den verschiedenen Möglichkeiten - der Konsolidierung und weiteren Zunahme der Behandlungsgewinne, der einfachen Aufrechterhaltung der Behandlungseffekte oder der Regression zum Zustand vor der Behandlung“ (Wallerstein, 2001, S. 47).

3. Die Studien aus der dritten Generation sind systematische und formale psychoanalytische Psychotherapieforschungsprojekte, die versuchten, sowohl das analytische Ergebnis bei einer bedeutsamen Zahl von Fällen zu untersuchen, als auch durch die intensive Langzeitstudie jedes individuellen Falles die Prozesse zu bestimmen, durch die diese Ergebnisse erzielt worden sind. Die dritte Generation versucht Forschung und klinische Perspektive zu integrieren, um Befunde zu bekommen, die das Potenzial haben, die klinische Praxis zu bereichern. Die Vertreter der dritten Generation suchen Antworten auf die Frage: „Was ist so spezifisch in der Natur und den Konsequenzen der analytischen Praktiken?“ Diese Forschungen haben Design und Methodologie der gruppenaggregierten Studien mit denen der individuell fokussierten Studien verbunden. Es handelt sich um prospektive Studien, beginnend mit Beurteilungen der Patienten vor der Behandlung und dem systematischen und objektiven Erklären der weiteren Veränderungen, die in „postanalytischen Phasen“ stattfanden. Dies fand im Rahmen eines Psychotherapieforschungsprojekts der Menninger Stiftung (Wallerstein, 1989) und einer Studie des Bostoner Psychoanalytischen Institutes statt (Kantrowitz et al., 1986, 1990). In der Boston Studie waren die Therapien erfolgreicher als die Analysen und positives „Outcome“ in beiden Therapieformen konnte mit keiner Prädiktorvariablen aus der Studie vorhergesagt werden. Die Ergebnisse der beiden Studien waren also, „essentially negative or null“ (Bucci, 2005). Wie aber

Bucci anmerkt, beweisen solche Befunde nicht, dass es keinen Unterschied zwischen der Wirksamkeit der Therapie und der Analyse gibt. Diese Befunde zeigen nur, dass die Untersuchung mit Instrumenten und Methodologie nicht in der Lage war, solche Unterschiede zu zeigen. Beide Studien aber haben dazu beigetragen, dass manche Annahmen über den psychoanalytischen Prozess in Frage gestellt wurden. Sie bildeten somit eine Grundlage für den Pluralismus in diesem Bereich.

4. Wallerstein beschreibt die vierte Generation der Psychotherapieforschung als eine, welche die Frage zu beantworten versucht, wie Veränderungen bei den Patienten in der Therapie zustande kommen. Es geht hier vor allem um die Frage der Effektmaximierung: Wie kann Psychotherapie möglichst wirksam gemacht werden? Durch diese Fragestellung treten weitere Fragen auf: Was geschieht in einer Psychotherapie? Welche psychotherapeutischen Prozesse lassen sich unterscheiden? Was sind die wesentlichen Determinanten dieser Prozesse? Es geht dabei ebenfalls um Entwicklung, Erprobung und Vergleich von Methoden zur Analyse des therapeutischen Geschehens. Kächele (2003) ist überzeugt, dass nur die Exploration der Interaktion von Patienten mit dem Therapeuten bestimmte Aspekte der psychoanalytischen Behandlung illustrieren kann. Die Prozessforschung hat das Potenzial sowohl ein neues Verständnis der Faktoren zu bieten, die zu Veränderungen in der Psychoanalyse führen, als auch die Indikatoren dieser Veränderungen zu identifizieren. Folgende Ziele nennt Bucci (2005, S. 329ff.) für die vierte Generation von Forschern: Gefördert werden sollen die Prozess-Ergebnis-Untersuchungen, die objektive Pre- und Postbehandlungsauswertungen beinhalten, follow-up Untersuchungen einschließen und prospektives Design aufweisen. Die Kombinierbarkeit der beiden Perspektiven, nämlich zum einen die subjektiven Erfahrungen behandelnder Analytiker und zum anderen die Perspektive der offline-Forscher, die das videographierte Stundenmaterial mit mehreren validen und verlässlichen empirischen Instrumenten erforschen, soll gefördert werden. Bucci spricht auch über die Notwendigkeit eines psychoanalytischen Archivs und des Aufbaus eines universitären Interfaces und eines kohärenten, theoretischen Gerüsts mit limitierter Anzahl von Konzepten, das offen für Revision ist und auf Beobachtungen basiert. Im Sinne solcher Forschung stellt Kächele (2006) den Musterfall Amalia X für die gemeinsamen Untersuchungen des gleichen klinischen Materials zur Verfügung, damit unabhängige Forscher aus unterschiedlichen soziokulturellen Kontexten, unterschiedlichen konzeptuellen Gerüsten und Auswertungsinstrumenten, zusammen mit gleichen klinischen Materialien arbeiten und ihre Befunde dann vergleichen können. Wallerstein (2001) stellt das Collaborative Analytic Multicenter Program (CAMP) vor, welches konzipiert wurde, um die eigenen Konzepte und Messverfahren aller teilnehmenden Gruppen in Bezug auf eine gemeinsame und übereinstimmende Datengrundlage verfügbarer zu machen und aufgezeichnete psychoanalytische Sitzungen aus bereits abgeschlossenen psychoanalytischen Behandlungen berücksichtigen zu können.

Wallerstein (ebd.) ist der Auffassung, dass die psychoanalytische Psychotherapieforschung, die bereits wesentliches Wissen über die Natur der Behandlungsergebnisse und die Wirksamkeit durch die Studien der ersten drei Generationen von 1917 bis heute gesammelt hat, auf einer neuen Ebene angelangt ist, die schnellere Durchbrüche ermöglicht. Die Mission der psychoanalytischen Forschung ist es, eine Kenntnisgrundlage aufzubauen, die Kliniker als relevant betrachten würden, um ihre Theorien und Techniken zu verändern.

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch im Verständnis der vierten Generation, das mikroanalytische Prozess Instrument (Psychotherapie-Prozess Q-Sort PQS) durch das Instrument zur Messung struktureller Veränderungen (Heidelberger Umstrukturierungsskala HUSS) zu ergänzen und auf diese Weise das psychotherapeutische Prozessgeschehen mit den erreichten Ergebnissen in Beziehung zu setzen.

1.2 Innovative Methoden gegenwärtiger Psychotherapieforschung

In der gegenwärtigen Lage, bei der die Psychotherapieforschung von gesellschaftspolitischen Zwängen dominiert wird und die Frage nach der künftigen Finanzierbarkeit durch Krankenkassen im Vordergrund steht, ist es nicht erstaunlich, dass es das generelle Ziel der Forschung ist, den allgemeingültigen Wirkungsanspruch des psychoanalytischen Verfahrens objektiv, reliabel, und valide nachzuweisen (Zepf, 2006). Die Verwissenschaftlichung der Psychotherapie steht seit den letzten Jahren unter dem Zeichen der evidence based medicine (EBM) (Tschuschke, 2009), bei der erwartet wird, dass sich Behandlungen auf Evidenz über Effektivität stützen. In der Forschungsmethodologie der Psychotherapieforschung lässt sich deshalb eine zunehmende Angleichung an die Standards der EBM feststellen. Dies wird von vielen Funktionären im Gesundheitswesen befürwortet, weil so die gewünschte Vereinheitlichung und damit auch Vergleichbarkeit erreicht werden (Mertens, 2008).

Unter methodischen Aspekten wird unterschieden zwischen kontrollierten Studien („efficacy studies“) und naturalistischen Studien („effectiveness studies“), bei denen Therapien untersucht werden, so wie sie unter den Bedingungen des psychotherapeutisches Alltags durchgeführt werden. Befürworter der „efficacy studies“ fordern für die Psychotherapieforschung ein Studiendesign mit randomisierten kontrollierten Gruppen (RCTs) und bezeichnen es als „gold standard“. Tschuschke (2009, S. 5ff.) fasst Argumente pro und contra eine RCT- geleitete Psychotherapieforschung folgendermaßen zusammen:

1. Studien, die durch das RCT-Paradigma gekennzeichnet sind, basieren auf extrem selegierten Patientengruppen, deshalb werden komorbide Patienten, die in den Behandlungspraxen „Normalfall“ sind, ausgeklammert.

2. Die rigide Auswahl an diagnostischen Gruppen führt in Vergleichstudien dazu, dass viele Behandlungen, die eine lange empirische Forschungstradition aufweisen aber RCT-Paradigma ablehnen, im Direktvergleich mit kognitiv- behavioristischen Therapien nicht berücksichtigt werden, weil sie gemischte Störungsbilder behandeln.
3. Patienten lassen sich nicht per Zufall (Randomisierung) Behandlungen zuweisen bzw. Nicht-Behandlungen zuweisen. Unter realen Bedingungen wählen Patienten in der Regel ihr Psychotherapieverfahren eigenständig aus. Die Passung zwischen Therapeut und Patient und zwischen Patient und Methode gilt als eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Behandlung selbst (Kriz, 2004).
4. Die Studien mit RCT-Paradigma nehmen an, dass alle anderen möglichen beeinflussenden Variablen – außer der einen unabhängigen Variablen – „kontrolliert“, also, gleich gehalten werden und dass keine andere Variable als die unabhängige für die therapeutische Veränderung des Patienten verantwortlich sein kann. Jeder Patient einer Studie hat aber sein individuelles Leben außerhalb der Therapie, das nicht vergleichbar mit irgendeinem anderen Menschen ist.
5. Der manualisierte Behandlungsansatz wird als einschränkend kritisiert, der eine nicht adäquate Sicht auf die therapeutischen Prozesse gibt. Psychotherapeutische Verfahren entziehen sich einer völligen Standardisierung aufgrund der subjektiven Bedeutungen, der individuellen Beziehungsgestaltungen und der spezifischen Lebensnarrationen (Smith, 1995).

Mertens (2008) entgegnet auf die Annahme der „vorab festgelegten messbaren Erfolgskriterien“ bei dem RCT-Paradigma mit dem Einwand, dass sich Ziele im Laufe der Behandlung mit wachsender Einsicht ändern können.

Quantitative Forschung allein reicht nicht aus, um methodische Artefakte auszuschließen; wissenschaftlich fundierte Wirksamkeit sollte stattdessen mittels einer „multi-methodalen Konvergenz“ aufgezeigt werden (Fäh und Fischer, 1998). Daraus ergibt sich die Forderung nach Methodenpluralität (Mertens, 2004; Neukom, 2004) und der multiperspektivischen Beschreibung von psychotherapeutischen Ereignissen. Solche „Mehrebenenanalysen“ heben hervor, dass ein Ereignis erst durch die Beleuchtung aus verschiedenen Perspektiven die notwendige Tiefenschärfe gewinnt. Dies ist ein Vorgehen, bei dem Variablen aus mehreren Beurteilungs-, Verhaltens- und Erlebens-Ebenen in ihrer wechselseitigen Verschränkung analysiert werden.

Nach Leichsenring (2004) lässt sich unter Zugrundelegung aktueller wissenschaftstheoretischer Auffassungen über die Struktur wissenschaftlicher Theorien und Hypothesen zeigen, dass sich randomisierte, kontrollierte Studien und naturalistische Studien auf unterschiedliche Anwendungen

(Labor vs. Feld) beziehen. Deshalb stehen sie nicht in einem Konkurrenzverhältnis, sondern zielen auf unterschiedliche Fragestellungen ab. Wenn sich die Hypothese auf Laborbedingungen beziehe, seien RCTs gefragt. Bei naturalistischen Studien würden Hypothesen getestet, die sich auf Bedingungen der psychotherapeutischen Praxis beziehen. RCTs, die für Laborbedingungen geeignet sind, könnten hingegen nicht auf die Frage angewendet werden, ob eine Therapie unter naturalistischen Bedingungen wirksam ist. Die Studien unterscheiden sich nicht prinzipiell im Hinblick auf ihre interne und externe Validität. Die Evidenz aus naturalistischen Studien ist nicht grundsätzlich von geringerer Qualität als die aus Studien mit randomisierten kontrollierten Gruppen (RCTs).

1.2.1 Die Prozess-Ergebnisforschung

Die Forschungsaktivitäten wurden in den letzten zwanzig Jahren enorm intensiviert, wobei eine Interessenverschiebung weg von reiner Ergebnisforschung hin zur Prozess-Ergebnisforschung stattgefunden hat. Dieser Wandel lässt sich zum einen damit begründen, dass der allgemeine Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie bereits erbracht worden ist: reine Outcome-Forschung wäre danach für die Zukunft obsolet (Grawe, 1989). Zum anderen wurde Kritik an reiner Ergebnisforschung laut, weil sie sich praktisch durch die mangelnde Praxisrelevanz nicht mit ihrem eigentlichen Forschungsgegenstand, dem psychotherapeutischen Geschehen an sich, befasst. Aussagen darüber, wie der therapeutische Veränderungsprozess zustande kommt, beziehungsweise wie die Wirkmechanismen in den Therapiesitzungen realisiert werden, können bei einer reinen Ergebnisforschung nicht gemacht werden. In diesem Sinne plädiert Tschuschke (2009, S. 12) für eine aufwendige Prozess-Ergebnisforschung als „der einzige gangbarer Weg“. Eine systematische, kontinuierliche Untersuchung der komplexen Therapiesituation – über mehrere Patienten-Therapeuten-Paare und unterschiedliche Störungsbilder und im natürlichen Setting stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen – würde in der Akkumulation der Ergebnisse verlässliche Aufschlüsse darüber liefern, „welcher Patient mit welcher Störung bei welchen und wie arbeitenden Therapeuten ab welchem Zeitpunkt im Verlauf der Behandlung, aufgrund welcher Beziehungsentwicklung und welcher Intervention, in welchen Bereichen und in welcher Art sich wie verändert“. Die moderne Prozessforschung geht in Mikrobereiche des psychotherapeutischen Geschehens hinein und untersucht vollständige Psychotherapien, indem jede Äußerung, jede Interaktion in den therapeutischen Dyaden mit aufwändigen Verfahren objektiv, durch kompetente Beurteiler eingeschätzt wird. Erst ein solches Prozess-Ergebnis-Forschungsparadigma gestattet es, psychotherapeutische Veränderungen auf ihre kausalen Auslöser zurückzuführen und die Relevanz der Ergebnisse für den praktisch tätigen Psychotherapeuten zu erhöhen (Tschuschke, 1998).

Die Kombination beider Ansätze (Prozessforschung und Ergebnisforschung) wendet sich der zentralen Frage nach einer Erklärung zu: Wie werden bestimmte Veränderungen durch das Geschehen in den Therapiesitzungen herbeigeführt? Es geht dabei beispielsweise um die Frage, ob sich die Ergebnisunterschiede zwischen den Therapien mit Unterschieden von beobachtbaren Prozessmerkmalen erklären lassen. Solche Fragen können spezifiziert werden, dass gezielt nach bestimmten Prozess- bzw. Interaktionsmerkmalen gesucht wird, denen aufgrund von Vorüberlegungen eine zentrale Bedeutung für den Veränderungsprozess des Patienten zugesprochen wird (Greenberg & Newman, 1996). Es wird versucht, den Einfluss, den wichtige Bedingungsaspekte auf einen günstigen oder ungünstigen Therapieverlauf haben können, näher zu untersuchen und frühzeitige Indikatoren für typische Verläufe zu finden. Darüber hinaus ist hier auch eine wichtige Aufgabe, die Entwicklung und Veränderung von Zielen im Laufe einer Therapie zu erfassen, oder der Frage nach der Identifikation unterschiedlicher Prozessphasen stärker nachzugehen, was eine bessere Standortbestimmung für den Verlauf der Therapie ermöglicht (Kriz, 2004).

Die Grundlage für die Untersuchung dieser wissenschaftlichen Fragestellungen sind sorgfältig aufbereitete Einzelfallanalysen, die das therapeutische Geschehen zunächst auf der Ebene des Einzelfalles in seinen komplexen Zusammenhängen darstellen und verständlich machen. Es erscheint sinnvoll, eine einzelne Therapie mit möglichst vielen Methoden zu analysieren, um sie möglichst vollständig zu verstehen. Erst wenn man glaubt, das Geschehen in einer bestimmten Therapie komplett erfasst und verstanden zu haben, erscheint es angebracht, sich anderen Therapien zuzuwenden. Ist man der Meinung eine Therapie verstanden zu haben, so wächst das Interesse, ob man auch andere Therapien mit den bis dahin entwickelten Konzepten und Methoden ebenfalls verstehen kann, oder ob man diese dafür modifizieren und erweitern muss. So wird die Untersuchung auch auf weitere Fälle ausgedehnt und mit der Fragestellung konfrontiert werden müssen, ob sich bestimmte Typen von Veränderungsprozessen unterscheiden lassen und nach welchen Merkmalen die Therapien geordnet werden können. Die inhaltlichen Fragen werden demnach über den Einzelfall hinausführen (Grawe, 1988, S. 5).

1.2.2 Einzelfall-Forschung

Klinische Einzelfall-Forschung war das zentrale Forschungsinstrument im naturalistischen Beobachtungsmodell. Mit dem verstärkten Interesse an prozessorientierten Fragestellungen und damit verbundener Forschungsansätze in den letzten Jahrzehnten hat die Einzelfallforschung eine Renaissance erfahren und wird teilweise wieder als Methode der Wahl angesehen (Kratochwill & Levin, 1992; Strauß, 1996). Im Gegensatz zu den ‚nicht-messenden‘ psychoanalytischen Einzelfallstudien handelt es sich dabei in der Regel um quantitative Einzelfallforschung, bei der

psychologische Messverfahren zum Einsatz kommen. Grawe (1992) stellt fest, dass fast alle neueren mikro- wie makroanalytischen Ansätze zur Untersuchung der Prozessdynamik in Psychotherapien zunächst einmal auf der Ebene des Einzelfalls ansetzen. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass die praxisorientierte Psychotherapieforschung auf Individuen bezogene Aussagen machen möchte, da sich die Handlungsanweisungen für den praktisch tätigen Psychologen auf den Einzelfall beziehen lassen müssen. Dieses Argument wird auch mit dem hier gewählten Untersuchungsansatz, bei dem eine Sequenz von Einzelfallanalysen durchgeführt wird, aufgegriffen.

Psychoanalytische Praxis ist auf den Einzelfall ausgerichtet: Analysanden haben eine einzigartige Geschichte mit einzigartigen Traumatisierungen, Fixierungen und Konflikten, die in ihre Psychodynamik, Symptomatik und daher auch in einzigartige, im Unbewussten begründeten „Zielen“ ihrer Psychoanalyse mündeten. Die psychoanalytische Forschung muss dieser Besonderheit gerecht werden und die Einmaligkeit des Analysanden, der nur durch den Vergleich mit anderen Patienten und der in psychoanalytischen Theorien gewonnenen „Allgemeinheit“ zu Erkenntnissen gelangt, muss dabei erkannt und berücksichtigt werden. Die Anwendung von Konzepten, Begriffen und Theorien auf den Einzelfall bedarf jedoch immer eines neuen kreativen Erkenntnisprozesses, der an den psychoanalytischen Dialog mit dem Analysanden im Hier und Jetzt der Therapiesituation gebunden ist. Hierbei geht es um nichts weniger als das wahre klinisch psychoanalytische Vorgehen zu bewahren, gleichzeitig aber am Ende der Studien von den forschenden Psychoanalytikern mehr Objektivität, Reliabilität, sowie Standardisierung im Design und bei der Datenerhebung zu fordern. Es wird versucht im Rahmen einer sogenannten qualitativen Forschung neue Gütekriterien für das wissenschaftliche Vorgehen zu entwickeln und zu erproben. Dabei geht es vor allem darum, die am Einzelfall gewonnenen Daten als generelle Aussagen zu formulieren, ohne die anschaulichkeit zu verlieren oder den Gegenstand zu denaturieren (Leuzinger-Bohleber, 1997).

Systematische Einzelfallanalysen sind ein legitimes wissenschaftliches Forschungsdesign. Sie können empirisch genannt werden und stehen jenen Arten wissenschaftlicher Forschung, die mit größeren Stichproben arbeiten, prinzipiell in nichts nach (Poscheschnik, 2005). Auch die Übertragung von Erkenntnissen aus Fallstudien in allgemeinere und abstraktere Zusammenhänge, sowie die Generalisierung, durch z.B. die Entwicklung von Konzepten, Modellen oder einer Typologie, ist durchaus akzeptabel, wenn sie „step by step erfolgt und man die notwendige Behutsamkeit dabei walten lässt“ (ebd. S. 18). Der untersuchte Fall entstamme hinsichtlich seiner Variablen einer bestimmten Population. Spezifiziere man die Variablen, könne man das Ergebnis auf die Population mit denselben Variablen generalisieren. Da die Variablen beim Einzelfall sehr viel besser bekannt sind als bei jeder Stichprobe, folgt daraus, dass die Generalisierbarkeit beim

Einzelfall eher besser ist (Kächele, 1996). Chassan (1979) erklärt, dass modelltheoretisch die Einzelfallstudie als "intensives Modell" bezeichnet werden kann, dem die einmalige Messung an einer größeren Stichprobe als "extensives Modell" gegenübergestellt wird. Eine Verfeinerung der Messungen könnte ebenso zu ansteigendem Informationsgewinn führen wie eine Vergrößerung der Stichprobe.

Ziel psychoanalytischer Einzelfallstudien ist es, die Prozesse zu beleuchten, die zwischen Patient und Therapeut ablaufen. Dabei sollen deren Auswirkungen auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und so die strukturellen Veränderungen beim Patienten beleuchtet werden und in einen konkreten Zusammenhang zu den Ergebnissen der jeweiligen Therapie gestellt werden.

Diesen Überlegungen folgend versucht die vorliegende Arbeit psychotherapeutische interpersonelle Phänomene, am Einzelfall orientiert, multimethodisch zu erfassen und zu verstehen. Um das Geschehen zwischen Therapeut und Patient in der Therapiestunde einer systematischen Betrachtung zu unterziehen, haben wir das Psychotherapie-Prozess Q-Sort (PQS) angewendet, das von Jones (2000, S. 224 ff) mit dem Ziel entwickelt wurde, psychoanalytische Einzelfallforschung als eine formale Forschung nutzen zu können.

PQS ist eine Methode zur Beschreibung qualitativer Daten (Jones, 2001, S. 224 ff, detaillierte Erläuterung in Kapitel 4.2.2), die aus einem Set von Items besteht, bei dem jedes Item signifikante psychologische- oder Verhaltens-Merkmale des Individuum oder der Situation beschreibt. Es ist ein Mittel, Eindrücke und Formulierungen der gesamten Fülle klinischer Daten zu objektivieren und dabei gleichzeitig durch Einordnen der Daten zu einem Set, Aussagen zusammenzufassen, die verschiedene Aspekte des analytischen Prozess beschreiben. Die Daten wurden von zwei unterschiedlichen Perspektiven untersucht: Einerseits liefert PQS ein statisches Bild der Analyse und andererseits bietet PQS ein „in-motion“ Bild des analytischen Prozesses, was auch das formale statistische Procedere verlangt. PQS erlaubt ebenfalls die Fülle von für die Einzelfallforschung typischen Beobachtungen auf objektive und quantifizierbare Dimensionen zu reduzieren, die Einzigartigkeit des Einzelfalls zu bewahren und einen Vergleich zwischen dem Beobachter eines Falls und einen Vergleich zwischen mehreren Fällen zu ziehen. Die Untersuchungen von Jones zeigen, dass psychoanalytisches Einzelfallmaterial in formaler systematische Weise untersucht werden kann. Klinische Wirkungen können so auf zuverlässiger, verifizierbarer Basis dargestellt und dokumentiert werden, wobei Replikationen möglich sind.

1.3 Behandlungstechnische Wirkmechanismen des therapeutischen Prozesses

In der vorliegenden Arbeit soll neben einer Überprüfung gegenseitiger Ergänzbarkeit zweier Forschungsmethoden (nämlich Heidelberger Umstrukturierungsskala HUSS und Psychotherapie-

Prozess Q-Sort PQS) vor allem die Frage nach den strukturellen Veränderungen hervorrufenden Wirkmechanismen analytischer Therapiearbeit gestellt werden. Die mehrperspektivische mikro- bzw. makroanalytische Untersuchung von Stundenmaterial kann einen Beitrag auf der Suche nach diesen ausschlaggebenden Einflüssen leisten.

In der psychoanalytischen Psychotherapie beinhaltet jeder individuelle Behandlungsprozess eine Menge von signifikanten Heilungsfaktoren, die sich in verschiedenen Kombinationen gegenseitig verstärken und therapeutische Ergebnisse erzielen. Welche Faktoren in der jeweiligen Dyade aktiviert werden, ist von bestimmten Schlüsselcharakteristika jedes Teilnehmers abhängig. In modernen psychoanalytischen Prozesskonzeptionen liegt der theoretische Schwerpunkt auf der Reziprozität (Ablon & Jones, 2005) allen therapeutischen Geschehens. Patient und Therapeut begegnen sich auf zwei Ebenen: auf der Übertragungsebene (im Sinne einer sich wiederholenden Eltern-Kind-Beziehung) und auf der Ebene eines Arbeits- bzw. realen Bündnisses (Ermann, 2004) d.h. der Begegnung zweier, auf ihre Art gereiften Persönlichkeiten mit eigenen Geschichten und den dazugehörigen inneren Arbeitsmodellen. Diese eingebrachten Erwartungen und Überzeugungen prägen den Charakter der therapeutischen Beziehung und nehmen in entscheidendem Maße Einfluss auf prozessgestaltende Faktoren wie Themenwahl, Art des Übertragungsgeschehens, Widerstände und Kontrollmechanismen.

1.3.1 Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie

H. Enke und D. Czogalik (1994) betonen, dass jegliche Heilkunde mit dem Problem des Verhältnisses von „unspezifischen“ zu „spezifischen“ Wirkfaktoren zu tun hat. Die Studie Wampolds (2001), in der empirische Studien der letzten 30 Jahre auswertend zusammengefasst wurden, bestätigt das Äquivalenzparadox und zeigt, dass die etwa gleich wirksamen unterschiedlichen Behandlungsverfahren ihre Wirksamkeit nicht aus ihren spezifischen Interventionsformen beziehen, sondern aus der Realisierung genereller Wirkfaktoren. Die spezifischen Wirkfaktoren der verschiedenen Psychotherapieformen machen 0% bis höchstens 8% der Gesamtwirksamkeit von Psychotherapie aus.

Wampolds Verdienst war nicht nur die zusammenfassende Auswertung der empirischen Studien. „Er sichtete die Abstraktionsebenen in der Psychotherapie und fügte den zunehmend abstrakter werdenden Ebenen der Techniken, der Strategien und der theoretischen Ansätze eine Ebene hinzu, die aus zwei Metatheorien über die psychotherapeutischen Ansätze besteht“ (Berns, 2004, S. 287ff). Wampold belegt, dass eine Neueinordnung der Psychotherapie durch den Übergang vom medizinischen zum kontextuellen Denkmodell angezeigt ist, die neue umfassende Verstehensmöglichkeiten und Forschungsansätze ermöglichen wird. Bei der Anwendung des

medizinischen Denkmodells auf die Psychotherapie wird angenommen, dass durch eine korrekte Erklärung der Störung vorgegeben ist, welche spezifischen therapeutischen Interventionen notwendig sind, um Heilung zu ermöglichen. Die verschiedenen Psychotherapieverfahren haben sich im Laufe ihrer Geschichte alle das Ziel gesetzt, spezifische Interventionen entsprechend ihren Theorien zu entwickeln.

Die Komponenten des kontextuellen Denkmodells, das von Frank und Frank (1996) für die Psychotherapie entwickelt wurde, drücken hingegen eine psychoanalytische Erkenntnis aus:

1. Therapeuten sind hilfreich, weil und insofern sie ihre Persönlichkeit zur Gestaltung des therapeutischen Prozesses nutzen und sofern Patienten überzeugt sind, dass dies ein für sie hilfreiches, vernünftiges, professionelles psychotherapeutisches Vorgehen zu ihrem Besten ist.
2. Je nach Verfahren nutzt der Therapeut einen Behandlungsplan, der eine Erklärung der Symptome des Patienten ermöglicht.
3. Der Therapeut verfügt über Vorgehensmöglichkeiten, wie der Patient seine emotionalen Schwierigkeiten überwinden kann.

Berns (2004) betont, dass es bisher kaum gelungen ist, den Satz genereller Wirkfaktoren zu isolieren, empirisch zu testen und den Zusammenhang jedes einzelnen von ihnen mit den Therapieergebnissen in Verbindung zu setzen. Er hebt aber drei generelle Wirkfaktoren hervor – das Arbeitsbündnis, die Allegianz und die Therapeutenpersönlichkeit – die nach Wampolds Studie reliabel und konsistent mit den Therapieergebnissen korrelieren. Den Varianzanteil des Arbeitsbündnisses veranschlagt er mit 5%. Die Effektstärke der Allegianz, also das „Ausmaß, in dem der Therapeut von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist“ (ebd., S. 290), beträgt 0,65 und ihre Wirkung für das Therapieergebnis ist somit viel größer, als die der spezifischen Interventionsformen.

Berns betont weiterhin, dass zur Realisierung genereller Wirkfaktoren jeder Therapeut spezifische Interventionen benötigt, weil „die sog. unspezifischen Faktoren in Wirklichkeit integrale, bedeutsame Bestandteile der Technik sind“ (Cramer 2003; zit. nach Berns 2004, S. 294). Der generelle Wirkfaktor „Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung“ beispielsweise, wird durch kontextbezogene Deutungen angestrebt, indem der Analytiker versucht, sich in seinen Deutungen auf das vom Patienten in der Sitzung manifest Mitgeteilte zu beschränken. Dadurch kann der Patient erfahren, dass der Analytiker tatsächlich auf ihn in diesem Moment, in dieser Situation, zentriert ist. Ein anderer genereller Wirkfaktor „Zueinander-passen“ kann dadurch realisiert werden, dass nach ersten Deutungen unter Nutzung der derivativen Mitteilungen des Patienten,

erkennbar wird, ob dem Patienten diese analytische Vorgehensweise passt. Durch Zuhören kann der Psychoanalytiker vom Patienten erfahren, welche seiner Deutungen und was an ihnen hilfreich war.

Nach Berns (ebd., S. 294) sind zwei Aspekte bei Deutungen zu unterscheiden:

a) Deutungen, die vom Patienten unmittelbar als heilsam erlebt werden, b) Deutungen, die über Einsicht mittelbar heilsam sind, insbesondere weil sie neue Bewältigungsmöglichkeiten erlauben und das Gefühl des eigenen Wertes steigern helfen. Der Analytiker versucht, die unbewussten Bedeutungen in den manifesten Mitteilungen des Patienten zu begreifen. Er nutzt dabei für den Patienten bedeutungsvolle Interventionen zum Verstehen seiner freien Einfälle. Patienten unterziehen die Implikationen der Interventionen des Therapeuten unbewusst einer validen Bedeutungsanalyse und teilen das Ergebnis derivativ mit, sie geben mit ihren freien Einfällen dem Therapeuten auch Korrekturhinweise. Diese werden als unbewusste Ressourcen des Patienten verstanden und genutzt, um sich von ihm in der eigenen Einstellung korrigieren und zu neuem Verständnis führen zu lassen. Schließlich verarbeiten Patienten Interventionen des Therapeuten im Sinne ihrer eigenen unbewussten Konflikthaftigkeit mit unbewussten Phantasien (den Übertragungen), die sie ebenfalls derivativ zum Ausdruck bringen.

Die beiden jüngsten Vorschläge zum Thema „allgemeine und spezifische Wirkfaktoren“ (Wampold 2001, Norcross und Lambert 2006) stimmen darin überein, dass der Patient und der Therapeut die weitaus wichtigsten Quellen der Variationsbreite von Behandlungsergebnissen sind. Unter Berücksichtigung der Schwere des Leidensdrucks des Patienten und sonstiger diagnostischen Faktoren sind laut Norcross und Lambert (2006) zwischen 65% und 80% der Behandlungsergebnisse auf den Patienten zurückzuführen. Sowohl Wampold (2001) als auch Norcross und Lambert (2006) ermittelten, dass fast zehn Prozent der Behandlungsergebnisse von den Fertigkeiten des Therapeuten abhängen und dass ferner weitere sechs bis sieben Prozent der Therapieerfolge der therapeutischen Allianz zugeschrieben werden können, deren Qualität ebenfalls vom Therapeuten abhängt.

Sandell (2007) entgegnet darauf, dass vergleichende Schätzungen bezogen auf den Faktor „Patient“ schwierig sind, weil Überlegungen notwendig werden, ob und in welchem Umfang Veränderungen beim Patienten auf die Art und Weise der Behandlung zurückzuführen sind.

Als wesentliche Wirkfaktoren auf der Seite des Patienten sind (mit Mertens, 1991) folgende zu erwähnen: (1.) die Einsicht, insbesondere die (2.) affektive Einsicht, (3.) die Verinnerlichung und (4.) die neue Beziehungserfahrung. Auf der Seite des Therapeuten können als Wirkfaktoren benannt werden: (1.) die psychoanalytische Grundeinstellung, die es ermöglicht, verbale und non-verbale Mitteilungen eines Patienten tiefenhermeneutisch zu entschlüsseln und die in ihnen zum

Ausdruck kommenden Wünsche und Affekte mittels „Holding“ und „Containing“ annehmen und transformieren zu können, (2.) zuhören können, (3.) Empathie, (4.) Übertragungsdeutungen sowohl als eine „Arbeit an Übertragung“ als auch als „Arbeit in der Übertragung“ und (5.) genetische Deutungen, Rekonstruktionen und Übertragungsdeutungen.

Folgt man der psychoanalytischen Behandlungstheorie, so ist es die Aufgabe des Therapeuten, eine Balance zwischen zwei verschiedenen Anforderungen aufrechtzuerhalten: Einerseits ein verlässliches Arbeitsbündnis zu schaffen, das dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens gibt. Diese Sicherheit ermöglicht es dem Patienten, sein Erleben und Verhalten zu erforschen und die Interventionen des Therapeuten zu verstehen. Auf der anderen Seite muss der Therapeut einen gewissen Grad an Konfliktspannung aufrechterhalten (z. B. indem er interaktive Rollenangebote des Patienten nicht wiederholt oder übernimmt). Die Aufrechterhaltung dieser Spannung wiederum ist eine Voraussetzung dafür, dass die intrapsychischen Konflikte des Klienten erkannt und bearbeitet werden können (Bäninger-Huber, 2001, S.350).

Insgesamt darf man mit Meissner (1991) davon ausgehen, dass alle der genannten Wirkfaktoren innerhalb einer intra-psychischen Perspektive, vor dem Hintergrund einer „Ein-Personen-Psychologie“ nicht angemessen zu verstehen sind, dass vielmehr ein interaktioneller oder intersubjektiver Bezugsrahmen geboten ist. Die therapeutische Beziehung als Grundlage des therapeutischen Prozesses wurde schon früh in der psychoanalytischen Theoriebildung erwähnt. Auch wenn Freud später „Ein-Personen-Psychologie“ geziehen wurde, so war er einer der ersten klinischen Autoren, der die Bedeutung und Auswirkung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient explizit kommentiert hat. Er identifizierte drei Aspekte der therapeutischen Beziehung: (1) die Übertragung, bei der der Patient den Therapeuten unbewusst mit bedeutenden Personen aus der Vergangenheit identifiziert; (2) die Gegenübertragung, bei der der Therapeut den Klienten mit wichtigen Personen oder ungelösten Konflikten aus der eigenen Vergangenheit in Verbindung bringt; und (3) die freundliche und positive Verknüpfung, bei der der Patient den Therapeuten mit gütigen und freundlichen Personen aus der Vergangenheit in Beziehung setzt (Freud, 1913). Dieser letztgenannte Aspekt, der später in der Psychologie als „Bündnis“ bezeichnet wurde, stand bei einer Reihe psychodynamischer Theoretiker im Mittelpunkt ihrer Forschung und wurde von ihnen weiterentwickelt und ausgearbeitet. (z.B. Gaston, 1990; Horvath und Luborsky, 1993; Greenberg, 1996).

Im Rahmen der DPV-Katamnese- Studie wurde eine starke Korrelation der Qualität der therapeutischen Beziehung mit dem Therapieergebnis ermittelt. Einer der Befunde war „dass es sich bei erfolgreichen Analysen um einen guten Matchingprozess zwischen Analytiker und Analysand handelte“, bei denen das Therapieergebnis umso erfolgreicher ausfiel, „je kreativer der

Analytiker auf die spezifischen Besonderheiten seines Analysanden reagieren konnte, seine Behandlungstechnik den individuellen Gegebenheiten anpasste und mehr den Patienten als seine eigenen Behandlungstechniken im Auge zu haben schien“ (Leuzinger-Bohleber 2001, S. 174).

1.3.2 Forschungsstand zur Wirksamkeit psychoanalytischer Therapie

Die Frage, wie erfolgreich psychoanalytische Behandlungen sind, ist so alt wie die Psychoanalyse selbst und wird immer wieder von einer kritischen Fachöffentlichkeit oder anderen Therapieschulen an die psychoanalytische Berufsgruppe herangetragen. Daher haben sich die Psychoanalytiker darum bemüht, die Wirksamkeit ihrer Therapien auch für Außenstehende zu belegen (Leuzinger-Bohleber, 2002).

Shedler (2010, S. 100ff.) hat verschiedene kürzlich erschienene Metaanalysen zur Wirksamkeit psychoanalytischer Psychotherapien aufgeführt, in denen durchweg hohe bis sehr hohe Effektstärken gefunden wurden. Besonders erwähnenswert ist der wiederkehrende Befund, dass die positiven Effekte nicht nur über die Zeit stabil bleiben, sondern in der Nachbehandlungsphase sogar noch zunehmen.

Beispielweise, beinhaltete die von der Cochrane Library publizierte Metaanalyse 23 RCTs der 1431 Patienten (Abbass, Hancock, Henderson & Kisely, 2006). Die Studie hat Patienten mit vergleichbaren Diagnosen, die eine Kurzzeit Psychodynamische Behandlung (bis zu 40 Stunden) erhalten haben, mit Kontrollgruppen (Warteliste, Patienten mit minimaler Behandlung und Patienten mit Therapie „as usual“) verglichen. Sie erbrachte eine Effektstärke von 0,97 bei der Gesamtverbesserung der Symptome. Die Effektstärke ist auf 1,51 gestiegen, nachdem die Patienten in einem Follow-up (neun Monate spätere Nachbehandlung) bewertet worden sind.

Eine neuveröffentlichte Metaanalyse untersuchte die Wirksamkeit der Kurzzeit Psychodynamischen Therapie für somatische Erkrankungen (Abbass, Kisely, & Kroenke, 2009). Sie umfasste 23 Studien an denen 1870 Patienten beteiligt waren, die an einer Vielzahl somatischer Erkrankungen (wie beispielsweise dermatologischen, neurotischen und immunologischen) litten. Die Studie stellte eine Effektstärke von 0,69 für die Verbesserung bei den generellen psychiatrischen Symptomen und 0,59 für die Verbesserung bei den somatischen Symptomen fest.

Unter den Studien, die sich auf Daten aus der Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen bezogen, wurde festgestellt, dass wegen der psychodynamischen Therapie die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen in 77,8% der Fälle zurück ging – dies ist ein Ergebnis mit gewaltigen potentiellen Auswirkungen auf Gesundheitsreformen.

Die zwei jüngsten Studien untersuchten die Wirksamkeit von psychodynamischen Langzeitbehandlungen. Eine Metaanalyse (Leichsenring & Rabung, 2008) verglich psychodynamische Langzeitbehandlungen (ein Jahr oder 50 Sitzungen) mit kürzer dauernden

Therapien bei der Behandlung komplexer psychischer Beschwerden (diese wurden als multiple oder chronische mentale Beschwerden oder Persönlichkeitsstörungen beschrieben), bei der sich eine Effektstärke von 1,8 für Gesamtergebnis feststellen ließ. Zwischen Vorbehandlung und Nachbehandlung war die Effektstärke 1,03 für Gesamtergebnis, die sich auf 1,25 im Follow-up (nach durchschnittlich 23 Monaten) steigerte. Die andere Metaanalyse, über die in der Harvard Review of Psychiatry (de Maat, de Jonghe, Schoevers, & Dekker, 2009) berichtet wurde, untersuchte „effectiveness“ psychodynamischer Langzeittherapie (mit durchschnittlich 150 Sitzungen) für Erwachsene Ambulanzpatienten mit gestreuter Diagnose. Für Patienten mit gemischter /moderater Pathologie war die Effektverbesserung zwischen Vorbehandlung und Nachbehandlung bei allgemeinen Symptomen 0,78, die bis 0,94 im Follow-up (durchschnittlich 3,2 Jahren) stieg. Für Patienten mit schwerwiegender Persönlichkeitspathologie war der Effektstärke zwischen Vorbehandlung und Nachbehandlung 0,94 und stieg auf 1,02 im Follow-up (nach durchschnittlich 5,2 Jahren).

Shedler (2010, S.100f) geht ebenfalls auf die Frage des Äquivalenzparadoxon ein, warum Ergebnisforschungsstudien nicht die Unterschiede zwischen Therapieformen zeigen können. Der Autor betont das „mismatch“ zwischen dem, auf was die psychodynamische Therapie zu erreichen abzielt und was Ergebnisforschung typischer Weise misst. Die Ziele der psychodynamischen Therapie schließen die Linderung der akuten Symptome ein und gehen darüber hinaus. Psychologische Gesundheit ist nicht lediglich das Nichtvorhandensein von Symptomen; es ist die positive Anwesenheit innerer Fähigkeiten und Ressourcen, die es Menschen erlaubt mit einem größeren Sinn für Freiheiten und Möglichkeiten zu leben. Symptom orientierte Ergebnismessinstrumente, wie sie meist in der Ergebnisforschung (beispielsweise Beck Depression Inventory oder die Hamilton Rating Scale for Depression) angewendet werden, versuchen nicht solche inneren Fähigkeiten zu messen. Möglicherweise spiegelt das „Dodo Bird Verdict“ das Scheitern der psychodynamischen und nichtpsychodynamischen Forscher gleichermaßen wieder, den Bereich der Phänomene zu messen, die sich in der Psychotherapie ändern können.

Im folgenden werden einzeln die wichtigsten Studien (nach Leichsenring, 2005, S. 215f) skizziert, die sich mit der Langzeitwirkung von analytischen Psychotherapien befasst haben). In einer naturalistischen Untersuchung, der **Berliner Studie** (1994) von Rudolf et al., wurden Patienten untersucht, bei denen eine Indikation für eine analytische Psychotherapie, eine psychodynamische Psychotherapie oder eine stationäre Behandlung gestellt worden war. Es bestanden keine Unterschiede zwischen den drei Behandlungsgruppen in den Krankheitsbildern und im Schweregrad der Störung. Als Kriterium für den Therapie-Erfolg wurde eine klinisch signifikante Besserung in den Selbstbeurteilungs-Daten vorgeschrieben. Daraus ergaben sich folgende Prozentsätze von Patienten deren Krankheitsbild sich verbessert hat: analytische Psychotherapie

(durchschnittlich 265 Sitzungen): 76%, psychodynamische Psychotherapie (durchschnittlich 60 Sitzungen): 55%, stationäre Therapie (durchschnittlich 2,6 Monate): 50%.

Luborsky et al. konnten in der **Penn-Studie** (2001) in einer Stichprobe von N=17 Patienten signifikante Verbesserungen in der Symptomatik, der Einstellung zu sich selbst sowie in der sexuellen Anpassung und im sozialen Funktionieren nach einer psychoanalytischen Therapie nachweisen. Die Verbesserungen entsprechen großen Effekten, die zwischen 0,94 und 1,01 liegen.

In der **Göttinger Studie** (2005) wurde die Wirksamkeit psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapien untersucht. Es handelt sich um eine naturalistische Studie unter Praxisbedingungen. Die Studie kommt zu folgenden Ergebnissen: Die psychoanalytische Therapie führte zu signifikanten Verbesserungen in der Symptomatik (SCL-90-R), in interpersonellen Problemen (IIP), in der Lebenszufriedenheit (FLZ), der Befindlichkeit (VEV) sowie bei den von den Patienten selbst definierten Hauptproblemen (GAS). Die Effekte sind als durchgehend groß zu bezeichnen. Sie liegen zwischen 1,28 für die Gesamtwerte IIP und 2,39 für die Gesamtwerte GAS. Alle Verbesserungen erwiesen sich im einjährigen Follow-up als stabil.

In der **Stockholmer Studie** untersuchten Sandel und Mitarbeiter (2001) die Wirksamkeit analytischer Psychotherapie und psychodynamischer Langzeittherapie. Die Therapiedauer betrug für die analytische Psychotherapie (N=24) 642 Sitzungen, für die psychodynamische Psychotherapien (N=100) 233 Sitzungen. Die analytische Psychotherapie erreichte bei gleicher Ausgangslage im Hinblick auf die Symptombesserung (SCL-90) einen großen Effekt von 1,55, die psychodynamische Langzeittherapie einen Effekt von 0,60. Drei Jahre nach Therapieende wurden 70% der mit analytischer Psychotherapie behandelten Patienten nicht mehr als klinische Fälle eingestuft, in der Gruppe der mit psychodynamischer Langzeitpsychotherapie behandelten Patienten waren es 55%.

1.4 Empirische Wissenschaft vs. Klinische Praxis

Klinische Praxis und wissenschaftliche Erkenntnisgewinnung werden nicht als unterschiedliche Tätigkeitsfelder betrachtet. Freuds detailliertes Studium einiger Einzelfälle lässt sich als Beginn der Psychotherapieforschung bezeichnen. In seiner „Junktim“- Behauptung hat Freud die vielzitierte These aufgestellt, dass auch Praktiker forschend tätig seien. Um das Verhältnis klinischer zur empirischen Forschung zu zeigen, führte Moser (1991) zur Verdeutlichung der Unterscheidung Begriffe aus der Informatik ein. Er bezeichnet den Praktiker als on-line Wissenschaftler, der einerseits als Teil des Systems das System kreiert, das er beobachtet und verändert, andererseits muss er in der Situation des therapeutischen Handelns selbst „wissenschaftlich“ tätig sein. Im Unterschied dazu bezeichnet Moser die Forschung außerhalb der Therapiestunde als off-line-Forschung. Daraus lässt sich die Forderung ableiten, wenn die Psychotherapieforschung für die Praxis relevante Ergebnisse hervorbringen soll, muss sie sich auch an der Praxis orientieren.

Der überwiegende Teil der heute betriebenen Psychotherapieforschung hat im Sinne einer Anwendungswissenschaft einen expliziten Praxisbezug und möchte mit den Erkenntnissen empirischer Studien ein konkretes Tätigkeitsfeld gezielt beeinflussen (Grawe, 1999). Dabei wird das Ziel verfolgt, Psychotherapie zu einer zunehmend wissenschaftlich fundierten Tätigkeit zu entwickeln. Bucci (2005), die über Integration von Forschung und klinischer Arbeit forscht, stellt sich die Frage, wie und warum sich theoretische und technische Modelle von Psychotherapeuten verändern. Eine Antwort darauf lässt sich aus Bernardis (2003) qualitativen Untersuchungen mit 20 erfahrenen Psychoanalytikern ziehen. Die Meisten von ihnen haben als Grund für Veränderungen in der Technik einen zunehmenden Pluralismus der Theorien genannt. Laut dieser Studie haben empirische Forschungsergebnisse keinen großen Einfluss auf die klinische Arbeit, was angesichts intensiver Psychotherapieforschung in letzten Jahren erstaunlich ist.

Praktiker beklagen, dass empirische Forschungsergebnisse oft ungeschickt und wenig interessant präsentiert werden. Meist fehlt die Klarstellung, dass Forschung den hermeneutischen Zirkel des Erkennens nicht außer Kraft setzen, sondern durchleuchten will, um die Wirkungsweise psychoanalytischer Prozesse zu verdeutlichen. Nicht nur die Eigenschaften des Patienten, sondern die dynamischen Austauschprozesse zwischen ihm und dem Therapeuten, mithin auch die Persönlichkeit des Therapeuten selbst, rücken in den Blickpunkt der Forschung (Tress, 1998).

Hinsichtlich der Kontroverse zwischen Praxis und Forschung wird damit die Position vertreten, dass es für eine integrierte Weiterentwicklung des Forschungs- und Praxisfeldes Psychotherapie notwendig ist, Therapien aus der ‚normalen‘ Praxis mit den unter kontrollierten Bedingungen und bewährten Instrumenten und Methoden gewonnen Erkenntnissen der empirischen Wissenschaft zu untersuchen. In dem Sinne werden im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit die Therapien von fünf Patienten mit zwei Methoden untersucht, die im natürlichen Setting real stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen durchgeführt wurden.

2 Theoretischer Kontext der Studie

Im folgenden Kapitel wird der theoretische Hintergrund der vorliegenden Studie dargestellt. Zunächst werden die Behandlungsziele in der analytischen Psychotherapie mit besonderem Fokus auf strukturelle Persönlichkeitsveränderungen beschrieben. Erläutert wird dabei die Entwicklung struktureller Fähigkeiten, das Zustandekommen der strukturellen Veränderungen in der Therapie und die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD). Anschließend wird auf psychotherapeutische Modelle und insbesondere auf das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky & Howard (1984) eingegangen. Im letzten Teil dieses Kapitels wird die Interaktionsstruktur-Theorie von Ablon & Jones (2000) vorgestellt.

2.1 Behandlungsziele in analytischen Psychotherapien: Ziel struktureller Persönlichkeitsveränderung

Es gibt keine Übereinstimmung in der psychoanalytischen Gemeinschaft, was das Ziel einer psychoanalytischen Behandlung ist. Nach Sandler (1997, S. 348ff.) ist ein explizit formuliertes Ziel zu Beginn einer analytischen Behandlung nur schwer zu spezifizieren. Es liegt aber therapeutischem Handeln stets ein Ziel zugrunde, das zunächst nur unspezifisch mit „Heilen“ zu beschreiben ist. Während der Anfangsphase wird der Analytiker eher mit Nahzielen bezüglich des therapeutischen Prozesses befasst sein. Hat der Patient langsam seinen Weg in die Analyse gefunden, wird auch dem Analytiker deutlicher, welche inneren Veränderungen im Patienten wünschenswert wären und wie diese Veränderungen äußerlich manifestiert werden können. Die Prozessziele sind verwoben mit allen Interventionen des Analytikers. Mit deren Hilfe hofft der Analytiker beim Patienten eine größere Toleranz gegenüber seiner unbewussten und abgewehrten Anteilen zu erreichen, um so den Druck des inneren Konflikts zu vermindern. Die verschiedenen analytischen Schulen, die mit unterschiedlichen theoretischen Modellvorstellungen arbeiten, präsentieren ihre Zielvorstellungen im Licht ihrer theoretischen Orientierung. Deshalb scheint es nur schwer möglich, ein für alle theoretischen Richtungen einheitliches Ziel zu definieren. In der Psychoanalyse stellt die Offenheit für die therapeutische Entwicklung jedes einzelnen Patienten eine wichtige Grundhaltung dar. Der Psychoanalytiker macht sich zur Aufgabe, den Patienten in seiner jeweiligen Entwicklung zu fördern.

Wachtel (1997) meint, der Kern des therapeutischen Prozesses sei die gemeinsame Anstrengung des Patienten und des Therapeuten, die Lebensweise des Patienten und ihre Entstehung zu verstehen und warum sie Probleme schafft. Also ist die Einschätzung der Persönlichkeit und der Lebensprobleme des Patienten von der Behandlung dieser Probleme kaum zu trennen. Einer der

strittigsten Punkte bei der Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Perspektiven des psychodynamischen und des verhaltensorientierten Ansatzes ist die Frage, ob „Symptome“ oder aber deren „zugrunde liegenden Ursachen“ behandelt werden sollen. Die heutige Verwendung des Symptomkonzepts in der Psychodynamik impliziert nicht eine „Krankheit“, sondern der Terminus bezeichnet Verhaltensweisen, von deren funktionalen Determinanten angenommen wird, dass sie verschiedene Aspekte der Person als kontinuierliches psychisches System umfassen. Eine Änderung dieser Verhaltensweisen verlangt eine Änderung im System und nicht bloß eine Änderung der unmittelbaren Stimulusbedingungen. Wachtel (ebd.) betont, dass eine Zeitlang Eysenck's Bemerkung missverstanden worden ist, wonach das Symptom die Neurose sei, also jeder störende Verhaltensausschnitt separat behandelt werden könne, ohne unbedingt danach fragen zu müssen, ob er Teil eines größeren Verhaltensmuster ist, oder ob nicht unmittelbar manifestierte Ängste zu seiner Aufrechterhaltung beitragen. Wachtel (ebd.) zitiert Bandura, der dagegen anführt, dass beide psychotherapeutischen Verfahren der Psychodynamik sowie die sozial-kognitive Lerntheorie bestrebt sind, die zugrunde liegenden Determinanten abweichender Reaktionsmuster zu modifizieren. Die beiden therapeutischen Ansätze gehen in der Frage auseinander, welches Maß an Änderung im Organismus erforderlich ist, um einen besonderen Aspekt der Beschwerden des Patienten zu ändern. Verhaltenstherapeuten sind der Auffassung, dass diese Änderung weniger extensiv sein muss. Dynamische Therapeuten sehen hingegen mehr Verknüpfungen zwischen den Ereignissen und behaupten eine „komplexere Mediation“ sei erforderlich. Jedoch sind diese Unterscheidungen oft eher quantitativer als qualitativer Natur. Die rasche Intervention mit dem Zweck, dem Patienten dabei zu helfen, störendes Verhalten zu verändern, wird aus mehreren Gründen von dynamischen Therapeuten abgelehnt: Dabei ist die Auffassung verbreitet, dass Symptome eine Mitteilung darstellen, die auf eine schädliche Lebensweise aufmerksam machen. Bereits Freud entdeckte, dass der Versuch Symptome zu beseitigen, ohne sich mit den Lebensproblemen zu beschäftigen, die zu ihnen führten, nutzlos bleibt; die Symptome traten wieder auf oder andere nahmen ihren Platz ein. Ein weiteres Ergebnis einer rein symptomatischen Behandlung ist, dass der Patient sich beruhigen und in den früheren Zustand ohne akute Störung zurückfallen kann und so zu „einem Leben verurteilt wird, in dem Unzufriedenheit und Sinnlosigkeit so zur Norm geworden sind, dass sie kaum noch irgendwelches Leid verursachen“ (Wachtel, 1997, S. 368). Es besteht ein Unterschied zwischen der Beseitigung eines Symptoms ohne Exploration der Grundlagen und der Anwendung einer Intervention zur Befähigung eines Menschen, seine Unzufriedenheit auszudrücken, statt diese zu verbergen. „Wenn der Therapeut willens ist, sich mit dem Patienten die Verantwortung zu teilen und ein Verfahren auszuarbeiten, mit dessen Hilfe sich die Dinge ändern lassen, sobald sie verstanden worden sind, dann kann er dazu beitragen, dass der Kampf des Patienten um ein weiteres Selbstverständnis und um ein befriedigenderes Leben weniger einsam ist – und nicht vielleicht damit endet, dass er seine

Verzweiflung nur besser zu artikulieren weiß“ (Wachtel, 1997, S. 369). Die Ergebnisse der aktuellsten Forschung beweisen, dass viele allgemeine Wirkmechanismen, die sich im Lauf der Zeit herauskristallisiert haben, psychoanalytischen Ursprungs sind oder zentrale Grundannahmen des psycho-dynamischen Prozesses abbilden. Nicht-psychodynamische Therapien verdanken so ihren Erfolg häufig originär psychodynamischen Techniken (Shedler, 2010). Laut Shedler (2010) schließen die Ziele psychodynamischer Therapie die Rückbildung der Symptome ein und gehen darüber hinaus. Erfolgreiche Behandlung sollte sich nicht nur auf die Symptome beschränken (beispielsweise etwas zu beseitigen), sondern auch die positive Präsenz psychologischer Eigenschaften und Ressourcen aufbauen. Abhängig von der Person und den Umständen kann dieses Vorgehen erfülltere Beziehungen ermöglichen, helfen, sich die eigenen Talente und Fähigkeiten zu Nutze zu machen, eine realistischere Selbsteinschätzung zu entfalten, eine größere Spannweite von Affekten zuzulassen, erfülltere sexuelle Erfahrungen zu machen, sich selbst und Andere in viel feineren Nuancen zu verstehen und dem Leben mit einer größeren Flexibilität und Freiheit zu begegnen.

In diesem Sinne formulierte Zwiebel (1996) Erwartungen an eine erfolgreiche Behandlung so, dass eine erfolgreiche psychoanalytische Behandlung dazu führen wird, dass der Patient weniger Symptome hat. Er wird sich integriert fühlen, was auch bedeutet, dass er mit seinen Wünschen, Ängsten und Abwehren so umgeht, dass er sich in Beziehungen besser öffnen, aber auch besser schützen kann. Es wird eine deutliche Verschiebung von dysfunktionalen zu funktionalen Interaktionsstrukturen geben; vor allem wird er einen „inneren Analytiker“ entwickeln, der unbewusste Signale eher wahrnimmt. Heilung bedeutet aus psychoanalytischer Sicht aber nicht, dass ein völlig neuer Mensch entstanden ist, dass alle Lebensprobleme beseitigt sind und dass nicht mehr Gefahr besteht, dass es zu neurotischen Konflikten oder Symptomen in Belastungssituationen kommen wird. „Überlegungen stellen ein dynamisches Konzept von seelischer Gesundheit dar, dass nicht in vollkommenem Glück absoluter Symptomfreiheit, der Verwirklichung des „guten Lebens“ besteht, sondern in der Fähigkeit, die grundlegenden Bipolaritäten zu erkennen und die sich daraus ergebenden Belastungen zu ertragen, ja, vielleicht sogar kreativ mit ihnen umzugehen. Vielleicht ist sogar die Anerkennung, dass das eigene Leben mit den gelungenen Entwicklungen und Erfolgen, aber auch mit den unerfüllten Wünschen, Ängsten und Einschränkungen eben genauso ist, wie es ist, der größte Heilungsschritt im analytischen Prozess“ (Zwiebel, 1996, S. 45).

Befürworter einer Fokussierung auf die zentralen Themen des Patienten zur Steuerung des Behandlungsprozesses (z.B. Thomä & Kächele, 1996) plädieren für die ergänzende Funktion der Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit und einem strategie- und zielgeleiteten Vorgehen: „Im Kopf des Analytikers treten der Funktionszustand maximaler Informationsgewinnung (die gleichschwebende Aufmerksamkeit) und die Organisation der gewonnenen Information unter dem

jeweils prägnantesten Gesichtspunkt (das Fokussieren) wechselweise in den Vordergrund.“ (Thomä & Kächele, 1996, S. 438). Im Ulmer Prozessmodell betrachten die Autoren (Thomä & Kächele, 1996, S. 363) den interaktionell gestalteten Fokus als zentrale „Drehscheibe des Prozesses“ und konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine „fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokaltherapie mit wechselndem Fokus“. Fokussieren ist ein heuristischer Prozess, der seine Brauchbarkeit am Fortschritt der Arbeit erweisen muss. Die Abfolge der Foki ist dabei offen und orientiert sich an den unbewussten Austauschprozessen zwischen Therapeut und Patient.

In diesem Sinn plädieren auch Rudolf & Grande (2006, S. 241) für die Auswahl von Foki, die zusammengenommen die Schwierigkeiten des Patienten möglichst vollständig abbilden. Diese Foki haben den Stellenwert einer psychodynamischen Hypothese. Es wird also angenommen, dass sie die Symptome und Schwierigkeiten des Patienten hervorrufen und aufrechterhalten. Es muss sich in Bezug auf die Foki etwas im Erleben des Patienten entscheidend verändern, wenn es dem Patienten besser gehen soll. Solche Foki sollen als Therapieziele in der Behandlung eingesetzt werden.

Freud verfolgte bei der Patientenbehandlung klare Ziele, die sich kontinuierlich am Stand seiner Theorieentwicklung orientierten. Eine Trennung des analytischen Prozesses vom therapeutischen Ziel vollzog er, nachdem er immer mehr an die Wirksamkeitsgrenzen psychoanalytischer Behandlung stieß. „Man wird sich nicht zum Ziel setzen, alle menschlichen Eigenarten zugunsten einer schematischen Normalität abzuschleifen oder gar zu fordern, dass der gründlich Analysierte keine Leidenschaften verspüren und keine inneren Konflikte entwickeln dürfe. Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt.“ (Freud, 1999, S. 96). Später wurde dieses Ziel in den Begriff „strukturelle Veränderungen“ umgewandelt, die tiefgreifend, permanent und resistent gegen pathogene Umgebungseinflüsse sein sollten. Mit dem Ziel einer nachhaltigen strukturellen Persönlichkeitsentwicklung grenzt sich die analytische Behandlungsmethode deutlich von anderen Behandlungsverfahren ab.

2.1.1 Struktur und die Entwicklung struktureller Fähigkeiten

In der psychoanalytischen Literatur wird der Strukturbegriff unterschiedlich verstanden. Eine einheitliche Konzeptualisierung der Struktur ist vor dem Hintergrund unterschiedlicher Theorieschulen schwierig. Nachfolgend werden die wichtigsten Erkenntnisse zum Verständnis der Struktur zusammengefasst (Rudolf, 2000).

Der Mensch befindet sich als lebendes System im kontinuierlichen Austausch von Energie, Materie und Information mit seiner Umwelt. In diesen Umweltinteraktionen besitzt er eine individuelle

typische Disposition des Erlebens und Verhaltens, die als Handlungsbereitschaft potenzielle Interaktionsmöglichkeiten zur Verfügung stellt. Ein ganzheitliches Gefüge von solchen Dispositionen, die in einer bestimmten individuell typischen Ordnung aktualisiert und realisiert werden kann, beschreibt man im psychologischen Sinne als psychische Struktur. Struktur umfasst damit alles, was im Erleben und Verhalten des Menschen regelhaft abläuft und einen zeitüberdauernden Stil der Person begründet (Shapiro, 1965).

Der Strukturbegriff kennzeichnet damit nicht etwas Starres, sondern die aktuellen Resultate des bisherigen Entwicklungsprozesses. Das klassische analytische Strukturmodell bildet Freuds (1999a) Konzept des psychischen Apparates mit seinen Substrukturen Ich, Es und Über-Ich, seiner Unterscheidung von Bewusst und Unbewusst, und seinen dynamischen, genetischen und adaptiven Aspekten ab. Der topographische Gesichtspunkt verweist darauf, dass es bewusste und unbewusste Bereiche gibt, sodass Verhalten stets auch unbewusst determiniert ist. Der dynamische Gesichtspunkt besagt, dass Verhalten durch triebhafte Motivationen determiniert ist, da der Trieb ein Ziel hat und ein Objekt sucht, ist Verhalten auch zielgerichtet. Der genetische Aspekt unterstellt, dass Verhalten durch vorausgegangene Entwicklungen mitbestimmt ist. Von zentraler Bedeutung ist dabei die Geschichte der Triebentwicklung im Kontext zwischenmenschlicher Erfahrungen und ihre Internalisierung. Der adaptive Gesichtspunkt betont, dass Verhalten durch die Notwendigkeit zur Anpassung an die äußere Lebenswirklichkeit bestimmt ist. Diese Aspekte sind in der Struktur integriert.

Seit den 40-er Jahren hatte sich das psychoanalytische Interesse auf die Struktur des Ichs, seine Funktionen und seine Entwicklung gerichtet (Hartmann, 1939). Hier lassen sich drei zentrale Aufgaben des Ichs herausheben: Erstens, sollte das Ich, die nach innen gerichtete Aufmerksamkeit für eigene Bedürfnisse und Affekte so steuern, dass das intrapsychische Gleichgewicht und die äußere Handlungsfähigkeit gewahrt bleiben. Dies geschieht durch die Abwehr, die mittels spezieller Abwehrmechanismen die Binnenregulation sichert. Die zweite Aufgabe des Ichs ist die nach außen gerichtete Adaptation, die mithilfe der Ich-Funktionen bewältigt wird und die dritte Aufgabe ist Selbstorganisation: Das Ich muss sich selbst aufbauen und strukturieren, sich zusammenfügen und zusammenhalten und nach außen abgrenzen. Beim Aufbau des Ichs spielen Prozesse der Verinnerlichung eine zentrale Rolle, indem die Erfahrungen mit wichtigen Anderen zunehmend in das Ich hinein genommen werden und zu einem Teil des Ichs werden.

Unter dem Einfluss von Kohut wurde in den 60-er und 70-er Jahren das Konzept des Selbst weiterentwickelt. Die Aufgabe des Selbst, das früher mit dem Ich synonym verwendet wurde, ist die Gewinnung und Konstanterhaltung in der Erfahrung der Identität eines Selbstbildes sowie die Aufrechterhaltung des Selbstwertes. Während das Konzept „Ich“ dadurch gekennzeichnet ist, dass

es intentional auf die Außenwelt gerichtet, d.h. emotional, bedürfnishaft auf die Objekte bezogen ist, wird bei dem Konstrukt „Selbst“ der Aspekt der Reflexivität betont. Das Ich macht sich selbst zum Gegenstand der Wahrnehmung; es reflektiert sein Tun und Erleben und gewinnt dadurch ein Bild der eigenen Person und ihrer Beziehung zur Welt (Rudolf, 1993).

Ein differenziertes und integriertes Selbst, stellt die Voraussetzung für die Herstellung tragfähiger Objektbeziehungen dar. Kernberg (1976) betont, dass der Ursprung der psychischen Struktur in den frühesten von Affekten aktivierten Objektbeziehungen liegt. Aus den internalisierten, zur Struktur gewordenen Erfahrungen, resultiert die Gestaltung und Regulierung jeder neuen Beziehung; verinnerlichte, positive Erfahrungen haben eine sicherheitsgebende Funktion. Wurden keine ausreichend guten inneren Objekte internalisiert, kann sich die Persönlichkeit unter äußeren und inneren Belastungen nicht selbst stabilisieren, sie gerät unter den Erregungsdruck negativer Affekte und destruktiver Impulse und erlebt ihre inneren Objektbilder als bedrohlich. Eine sicherheitsgebende frühe Bindung des Kleinkindes hat einen starken positiven Entwicklungsanreiz für den Aufbau der intrapsychischen Struktur.

Die Struktur als Ganzes ist ein System, dessen einzelne Elemente eng miteinander verbunden sind und sich bezogen auf die Gesamtpersönlichkeit als „Fähigkeit zu“ kennzeichnen lassen. Wenn das betreffende strukturelle Element auf einem guten Niveau entwickelt und integriert ist, verfügt die Persönlichkeit über eine bestimmte psychische Fähigkeit. Nach Rudolf (2005, S. 16f) haben die strukturellen Funktionen drei Zielrichtungen: (1) Sie differenzieren, indem sie Ganzheiten auf Unterschiedlichkeiten hin kognitiv untersuchen (z.B. Affektdifferenzierung, Selbst-Objekt-Differenzierung, Loslösung) (2) Sie integrieren, indem sie Teilespekte zu jeweils neuen Gesamtgefügen verknüpfen, dadurch Kohärenzen und Sinnstrukturen schaffen (z.B. ganzheitliche Objektwahrnehmung, Gewinnung von Selbstbild und Identität) (3) Sie regulieren, indem sie Systemgleichgewichte herstellen oder wiederherstellen (z.B. bezüglich Selbstwertregulierung, Impulssteuerung, Affekttoleranz). Diese drei strukturellen Funktionen erwachsen aus der „Matrix des Beziehungssystems“ zwischen Säugling und erwachsener Bezugsperson. Das Kind wird geboren als Teil eines zunächst ungetrennten Systems, aus dem heraus sich im Laufe der Entwicklung ein Selbst differenziert.

Nach intensiver Säuglingsforschung (z.B. Stern, 1989, Dornes 1997, 2004) wird das Interesse des Säuglings auf das Gesicht der Mutter und auf die Möglichkeit der Kommunikation über Mimik und Körper ausgerichtet. So wächst ein System der körperlichen Nähe und wechselseitigen Bezogenheit, in welchem die Grundlagen positiver Emotionen gelegt werden. Kind und Mutter bilden ein Beziehungssystem, in welchem das Baby körperlich und präverbal Äußerungen von Lust- Unlustqualität mitteilt, während die Mutter diese Signale entschlüsselt, sie in Sprache fasst

und darauf eingeht. Auf diese Weise lernt das Kind nicht nur seine Mutter kennen, ihre Emotionen, ihre Sprache und ihr Handeln, sondern es lernt durch die dauernde Widerspiegelung sich selbst kennen, seine eigene körperliche und emotionale Verfassung, die im Lauf der Entwicklung zu einem individuellen kohärenten Selbst heranwächst (Rudolf, 2005, S. 10).

In diesem Sinne verbinden Fonagy et al. (2001) Bindungsforschung und die „theory of mind“-Forschung mit der Psychoanalyse und beschreiben den Erwerb der Fähigkeit zur Mentalisierung. Mentalisierung beeinflusst die Art und Weise, wie Affekte und Gedanken erlebt und Beziehungen wahrgenommen und gestaltet werden. Dies ist eine Fähigkeit, Sinn und Bedeutung herzustellen und auf diese Weise Verhalten zu regulieren. Sie ist verantwortlich für die Entwicklung eines Selbst, das denkt und fühlt. Mentalisierung entwickelt sich in Abhängigkeit von Beziehungserfahrungen. Laut Fonagy dient Bindung dazu, das Kind mit einer Umgebung auszustatten, in der es das Verstehen der mentalen Zustände im Anderen und Sensibilität für Selbstzustände entwickeln kann. Der Selbstreflexiven Funktion, die in ihrer Entfaltung sehr stark vom Austausch emotionaler Vorgänge in der Mutter-Kind-Beziehung geprägt ist, wird dabei eine entscheidende Rolle zugesprochen.

2.1.2 Wie kommen die strukturelle Veränderungen in der Therapie zustande

Ein zentrales Ziel analytischer Langzeitpsychotherapien ist eine nachhaltige strukturelle Veränderung und an den oben skizzierten Befunden lassen sich dabei wichtige Hinweise für die therapeutische Haltung erkennen. Dieser strukturelle Entwicklungsprozess entsteht innerhalb des Beziehungsgeschehens zwischen Therapeut und Patient während des gesamten Therapieverlaufs. Das heutige Wissen um die neuropsychologischen Grundlagen des Gedächtnisses erlaubt ein neues Verständnis psychischer Prozesse, aber auch der Wirkungsweise der Psychotherapie für eine nachhaltige strukturelle Veränderung beim Patienten. Die wichtigsten Befunde aus den Bereichen der Neurowissenschaft, der Gedächtnisforschung und der Säuglingsforschung werden nachfolgend kurz dargestellt.

Kandel (2006) unterstreicht in seinen Arbeiten im Bereich zur Hirnforschung die Ansicht, dass langfristige strukturelle Veränderungen durch Modifikationen innerhalb neuronaler Netzwerke entstehen. Die Wirkungen der Psychotherapie müssen deshalb auf der Ebene einzelner Neuronen und ihrer synaptischen Verbindungen erklärt werden. Kandel (ebd., S. 81ff.) nennt fünf Prinzipien, die grundlegend für ein umfassendes Verständnis psychischer Prozesse sind. (1) alle geistigen Prozesse spiegeln Gehirnfunktionen wider und als Folge davon, sind Verhaltensstörungen, die psychische Krankheiten charakterisieren, Störungen der Gehirnfunktion: „Und zwar auch in jenen Fällen, in denen die Ursachen der Störungen ihren Ursprung eindeutig in der Umwelt haben“ (ebd., S. 82). (2) Gene und ihre Proteinprodukte bestimmen die neuronalen Verbindungen und üben daher

eine bedeutende Kontrolle über das Verhalten aus. Folglich ist eine der Komponenten, die zur Entwicklung von schweren Geisteskrankheiten führen, genetisch bedingt. (3) Erfahrungen verändern die Genexpression und damit die Funktion von Nervenzellen: „Es kann keine Veränderungen im Verhalten geben, die keine Entsprechung im Nervensystem haben und keine dauerhaften Veränderungen im Nervensystem, die keine Entsprechung in den strukturellen Veränderungen auf einer bestimmten Organisationsebene haben“ (ebd., S. 82). (4) Veränderungen der Genexpression, die durch Lernen induziert wurden, führen zu Veränderungen in den Mustern neuronaler Verbindungen. (5) Die Psychotherapie funktioniert vermutlich dadurch, dass sie eine Umgebung schafft, in der Menschen lernen sich zu verändern. Die Psychoanalyse verändert Einstellungen, Gewohnheiten und Verhalten der Patienten dadurch, dass sie Veränderungen in der Genexpression hervorbringt, die die Stärke der synaptischen Verbindungen verändern. Wenn diese Veränderungen über die Zeit hinweg stabil bleiben, liegt die Schlussfolgerung nahe, dass die Psychotherapie zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führt.

Stern geht (2002, S. 974ff.), gestützt auf neuere Studien zur Mutter-Kind Interaktion, der Frage nach, wie das „Etwas-Mehr“, als Deutung, therapeutische Veränderungen auslöst. Der Autor überträgt in seinem Modell die Beobachtungen aus der Säuglingsforschung, wie sich Säugling und Mutter in der Aktualität der Begegnung genau aufeinander abstimmen, auf die klinische Beziehung. Auch dies ist ein interaktives Geschehen in der Gegenwart, bei dem sich eine Kommunikation in wechselseitigen Ungenauigkeiten und Abstimmungen mit dem Ziel der Vertiefung der Beziehung entfaltet. Entscheidend sind aber solche interaktionellen Prozesse, die zu implizitem² Beziehungswissen führen und es verändern. In der analytischen Beziehung beinhaltet dieser Bereich intersubjektive Momente zwischen Patient und Analytiker („Momente der Begegnung“), die neue Organisationen in den interagierenden Personen schaffen. Solche Momente werden gemeinsam konstruiert und setzen voraus, dass jeder Beteiligte etwas Einzigartiges und Persönliches beiträgt. Nach einem erfolgreichen Begegnungsmoment verändert sich der intersubjektive Kontext und dadurch auch das implizite Beziehungswissen über die Patient-Therapeut-Beziehung: „Das intersubjektive Feld ist nun größer geworden und eröffnet neue Möglichkeiten.“ Dieses Modell postuliert einen reziproken Prozess, in dem sich die implizite Beziehung in „Momenten der Begegnung“ verändert, „und zwar in der „Art und Weise des Zusammenseins-Mit“. Er hat nicht die Funktion, frühkindliche Deprivationen durch analytische empathische Aktivität zu korrigieren. Es wird in der Beziehung etwas Neues geschaffen, das die intersubjektive Umwelt verändert. Die frühere Erfahrung wird in der Gegenwart in solcher Weise

² Stern unterscheidet zwischen therapeutischen Veränderungen in zwei Bereichen: Dem deklarativen, bewussten oder verbalen Bereich, und dem impliziten prozeduralen oder relationalen Bereich.

rekontextualisiert, dass man von „einer anderen mentalen Landschaft ausgehend operieren kann, was neue Verhaltensweisen in der Zukunft ermöglicht“ (Stern, 2002, S. 1002).

Im Einklang mit dem Modell von Stern, behaupten **Fonagy** et al. (2003, S. 841ff.), dass psychische Veränderungen aus intensiver Arbeit in der Übertragung und aus der aktiven Konstruktion einer neuen Art und Weise des Selbst-mit-dem-Anderen-Erlebens resultieren. Die Autoren nehmen an, dass die therapeutische Wirkung der Psychoanalyse nichts mit dem „Wiedergewinn“ von Kindheitserinnerungen zu tun hat, weil die Erfahrungen, die in die Repräsentation von Objektbeziehungen eingehen, aus „einer so frühen Zeit stammen, dass sie gar nicht bewusst erinnert werden“ (Fonagy et al., 2003, S. 842). Hierbei weist Fonagy ebenfalls auf zwei Arten von Erinnerungssystemen hin: Das deklarative Gedächtnis, das für die bewusste Erinnerung von Informationen über die Vergangenheit zuständig ist, und einem prozeduralen Gedächtnissystem, das inhaltsfrei ist und für den Erwerb von Handlungssequenzen zuständig ist. Die spezifischen Erfahrungen aber, die zu hochpathologischen Formen des Erlebens des Anderen führen, gehen der Entwicklung jenes Erinnerungssystems voran, das die Erfahrung zu speichern vermag. Die einzige Möglichkeit zu erfahren, was in den Köpfen der Patienten vor sich geht, besteht nach Fonagy darin, zu untersuchen, wie sie mit dem Therapeuten in der Übertragung sind. Therapeuten kommen mit einem Satz mentaler Modelle der Beziehung zwischen dem Selbst und dem Anderen in die Analyse, die im Lauf der Behandlung aktiviert werden. Die Aktivierung eines bestimmten Modells hat zur Folge, dass die mit ihm vereinbarten autobiographischen Erinnerungen sekundär aktiviert werden. Die therapeutische Wirkung liegt in der bewussten Ausarbeitung vorbewusster Beziehungsrepräsentationen durch die Aufmerksamkeit, die der Analytiker der Übertragung widmet“ (ebd., S. 845). Die psychische Veränderung resultiert aus einer Verlagerung der Gewichtung zwischen unterschiedlichen mentalen Objektbeziehungsmodellen. Die Veränderung vollzieht sich im impliziten Gedächtnis und bewirkt eine Veränderung der Prozeduren, derer sich das Individuum in seinem Leben im Umgang mit sich selbst und mit Anderen bedient. Also geht es in der Übertragung nicht nur darum, Veränderungen im autobiographischen Gedächtnis herbeizuführen, sondern sie beabsichtigt implizite Erinnerungen zu modifizieren. Die Wirkungsweise der Psychoanalyse beruht nicht auf der Erzeugung neuer Vorstellungen, sondern auf der Modifizierung von Verfahren. Also wirkt nicht nur die Rekonstruktion der Art und Weise heilend, wie sich Ereignisse in der Kindheit abgespielt haben, sondern auch die Art und Weise des Prozesses der Bearbeitung gegenwärtiger Erfahrungen, der im Kontext zur Kindheitsperspektive steht. Die analytische Begegnung stellt dem Patienten über dessen bisherige Perspektiven hinaus einen weiteren Rahmen zum Verfügung, in dem Subjektivität interpretiert werden kann. Da die Übertragung keine originalgetreue Wiederholung der frühen Objektbeziehungen des Patienten darstellt, arbeitet die Analyse mit dem Verständnis dessen, was durch Übertragung ausgelebt oder was durch Agieren vermieden wird. Zur Rekonstruktion früherer Erfahrungen muss man sich auf

das implizite Gedächtnis verlassen. Die therapeutische Arbeit muss sich darauf konzentrieren, dem Individuum dabei zu helfen, regelmäßige Verhaltensmuster zu identifizieren, die auf Kindheitsphantasien beruhen, für die das deklarative Gedächtnis keine Erklärung beibringen kann. In der therapeutischen Beziehung (in der Übertragung) werden deshalb strukturelle Veränderungen durch Erinnern der angst- und/oder schuldbesetzter Gedächtnisinhalte erreicht und so die aktive Gestaltung einer neuen Form des Erlebens des „Selbst-mit-dem-Anderen“ erlaubt. Das Übertragungsobjekt bietet eine positive und damit erwartungswidrige Beziehungserfahrung an, die die Basis für eine „bewusste Ausarbeitung vorbewusster Beziehungsrepräsentationen“ ermöglicht. Durch neue Beziehungserfahrungen im therapeutischen Kontext werden jene Koppelungen im impliziten Gedächtnissystem umgestaltet, die für die Aufrechterhaltung pathogener Bewältigungsmuster verantwortlich waren.

Kächele (2005, S. 7ff.) präsentiert im „Ulmer Wirkwürfel“ basierend auf der Übersicht von Lambert & Bergin (1994) die Hauptkategorien therapeutischer Arbeit, die zur Therapie als eine korrigierende emotionale Erfahrung beitragen:

Unterstützung: Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, weniger Einsamkeit, Bestätigung, Spannungsverminderung, Haltgebung, Therapeutische Allianz, Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz

Lernen: Affektives Erleben, korrigierende emotionale Erfahrung, Erfahrung der persönlichen Wirksamkeit, Entdeckung der eigenen Subjektivität, kognitives Lernen, Einsicht, Vernünftigkeit, Rat geben

Handeln: Verhaltensregulation, kognitive Bewältigung, Ermutigung zur Exposition, Risiken eingehen, Bewältigungsbemühungen, Modellernen, Übung, Realitätstestung, Erfahrung von Erfolg, Durcharbeiten.

Kächele konzentriert sich dabei auf die Wirkdimension des „Durcharbeitens“. Für das Verständnis des Durcharbeitens verweist er auf Piagets Konzeption des "kognitiven Schemas" - welches als ein Raster zu verstehen ist, das Wahrnehmungs- und Denkerfahrungen strukturiert - mit den Entwicklungsvorgängen der "Akkommodation" und "Assimilation". Der Begriff "Assimilation" wird gebraucht, wenn sich eine neue Erfahrung in das bestehende kognitive Schema einfügt und den gesamten danach strukturierten Erfahrungsschatz vermehrt. Lässt sich eine neue Erfahrung nicht in das bestehende kognitive Schema einfügen, so führt dies zu einer Veränderung des Schemas. Dieser Vorgang wird als "Akkommodation" bezeichnet. Dabei sind besondere Generalisationsprozesse erforderlich, um die Integration innerseelischer Vorgänge durch die Wahrnehmung von Rückmeldungen zu erreichen. Dies geschieht in analytischen und nicht-

analytischen Therapien im Prozess des Durcharbeitens. Solche innerseelischen kognitiven Umstrukturierungen müssen in ihrer Tauglichkeit für die Bewältigung der Lebenswirklichkeit und für eine befriedigendere Gestaltung von Beziehungen außerhalb der Therapie geprüft und erprobt werden.

Das von **Rudolf** (2000) entworfene Verfahren der *Strukturbbezogenen Psychotherapie* ist speziell auf Patienten mit strukturellen Störungen gerichtet und für diese konzipiert worden. Mit ihm können aber auch strukturelle Funktionen anderer Patienten günstig beeinflusst und gefestigt werden. Patienten mit strukturellen Störungen verlieren unter Belastung ihre Selbstwirksamkeit. Sie tun sich schwer mit ihrer Selbstregulierung und ihrer Beziehungsregulierung. Solche Patienten verstehen weder sich selbst noch ihren Analytiker, sie geraten unter zunehmende innere Spannung und bedürftige Abhängigkeit von ihren Therapeuten. Deshalb interveniert strukturbbezogene Therapie nicht in Deutungen auf die Bedürftigkeit der Patienten hin und nimmt den Therapeuten nicht zur Übertragungsfigur, von dem die Befriedigung dieser Bedürfnisse erwartet wird. Damit vermeidet sie es, die negative Beziehungserfahrung in der Übertragung zu deuten. Die therapeutischen Interventionen sollen „die Not des Patienten annehmen um dann etwas aufzubauen, das dem Patienten zur Verfügung stehen kann, ihm jene Struktur vermittelt, die er bis dahin entbehrt hatte. Der Therapeut versucht dem Patienten seine Wahrnehmungen und emotionalen Reaktionen zur Verfügung zu stellen“ (ebd., S.137). Das primäre therapeutische Ziel ist der veränderte Umgang des Patienten mit der Störung, die er als etwas Eigenes akzeptiert und durch eine veränderte Einstellung bewältigt. In der therapeutischen Haltung liegt hierbei der Schwerpunkt auf drei Aspekten:

- (1) sich hinter den Patienten stellen: Identifizierung (die Sicht des Patienten teilen), Containing (die Klage aufnehmen und emotional verarbeiten), Erbarmen (Annehmen des fremden Leids, Hilfs-Ich (Ich Funktionen zur Verfügung stellen), Sorge und Unterstützung).
- (2) Sich neben den Patienten stellen: Geteilte Aufmerksamkeit für die Situation des Patienten.
- (3) Sich dem Patienten gegenüberstellen: Spiegelung, Antwort (den Patienten die emotionale Resonanz sehen lassen), Alterität (das Anders-Sein des Gegenübers betonen), Konfrontation (mit Aspekten der Realität und eigenen Verantwortung)

Der Therapeut soll dem Patienten als ein entwicklungsförderndes Objekt zur Verfügung stehen, „das ihn darin unterstützt, sich selbst zu reflektieren, affektive Beziehungen aufzunehmen, zu kommunizieren und letztendlich gute Beziehungserfahrungen zu internalisieren.“ (Rudolf, 2007, S. 233).

2.1.3 Erfassung struktureller Veränderungen: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Unabhängig voneinander haben die Forschungsgruppen weltweit Erhebungsinstrumente entwickelt, die strukturelle Veränderungen stabil und valide erheben können. Das sind, zum Beispiel: **The Differentiation-Relatedness in Self and Object Relations Scale** (Blatt and Auerbach, 1997), **the Change in Dynamic Psychotherapy Scales** (Hoglend et al., 2000), **Scales of Psychological Capacities** (Wallerstein, 1991), **Karolinska Psychodynamic Profile** (Weinryb & Rössel, 1991) und die „**Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**“ (Arbeitsgruppe OPD, 2001). Auf die letzteren Methoden wird hier detaillierter eingegangen.

Scales of Psychological Capacities (Wallerstein, 1991) ist ein auf der psychoanalytischen Theorie basierendes Fremdeinschätzungs-Messinstrument, das die strukturell bedingten psychischen Kompetenzen einer Person mithilfe von 17 Skalen erfasst (z. B. Impulsregulation, Flexibilität, Empathie, Hoffnung, Affektregulation und Selbstkohärenz), die sich in weitere 35 Subdimensionen unterteilen lassen. Dieser Operationalisierung struktureller Veränderung konnten Psychoanalytiker verschiedener Schulrichtungen zustimmen und das Instrument wurde psychometrisch in der Münchener Psychotherapie Studie (D. Huber und G. Klug, 2004) überprüft. Die „Interrater-Reliabilität“ und die „Test-Retest-Reliabilität“ der autorisierten deutschen Version mit dem Titel „Die Skalen psychischer Kompetenzen“ (SPK) haben sich als sehr gut erwiesen. Die Konstruktvalidierung nach dem „Known-groups-Ansatz“ mit verschiedenen diagnostischen Gruppen sowie die konvergente und diskriminante Validierung mit konstruktnahen und konstruktfernen standardisierten Instrumenten legen nahe, dass die SPK die psychische Struktur valide erfassen können. Aufgrund der Ergebnisse der Münchener Psychotherapie Studie zur Änderungssensitivität wurde erstmals nachgewiesen, dass die SPK Veränderungen nach einer psychoanalytischen Psychotherapie sehr gut abbilden können.

Karolinska Psychodynamic Profile (Weinryb & Rössel, 1991) wurde mit dem Ziel entwickelt, ein reliables und valides Fremdbeurteilungsinstrument zur Erfassung komplexer, psychodynamisch relevanter Persönlichkeitsmerkmale zur Verfügung zu stellen. KAPP erfasst relative stabile psychische Strukturen und Charaktereigenschaften, so wie sie sich in der Selbstwahrnehmung, Fremdwahrnehmung und in den interpersonalen Beziehungen widerspiegeln. Das Instrument umfasst 18 Subskalen. 17 davon sind auf niedrigem Niveau der Abstraktion und repräsentieren Charaktereigenschaften; die letzte Subskala erfasst die Persönlichkeitsorganisation.

Die „**Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik**“ (Arbeitsgruppe OPD 1998) bezieht sich zum einen auf ein schulübergreifendes, relativ umfassendes Konzept der Persönlichkeit und zum

anderen stellt sie beobachtungsnahe Beschreibungen zur Verfügung. Da dieses Instrument in unserer Studie zum Einsatz kam, werde ich detaillierter darauf eingehen:

Der Arbeitskreis „OPD“ wurde im September 1992 auf Initiative von M. Cierpka gegründet und traf sich mit dem Ziel, sowohl die symptomatologisch-deskriptiv orientierte ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen um die grundlegenden psychodynamischen Dimensionen zu erweitern, als auch psychoanalytische Konstrukte möglichst so zu operationalisieren, dass sich das im Erstgespräch bietende klinische Material des Patienten beobachtungsnah eingeschätzt und klassifiziert werden kann.

Die multiachsiale Diagnostik basiert auf 5 verschiedenen Achsen:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen,
- Achse II: Beziehungen,
- Achse III: Konflikt,
- Achse IV: Struktur,
- Achse V: Syndromal (nach Kapitel V der ICD-10).

Die ersten vier Achsen entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis. Die wesentlichen Festlegungen in diesen vier Achsen stimmen mit psychoanalytischen Teilkonzepten überein, wobei Schlussfolgerungen auf der Ebene des Unbewussten nur unter Bezug auf die vorgegebenen Operationalisierungen erfolgen sollen.

Struktur, verstanden als die Verfügbarkeit über psychische Funktionen, welche das Selbst im Umgang mit den Objekten benötigt, um sich und seine Beziehungen zu regulieren, wird im OPD-System anhand von sechs strukturellen Ebenen beschrieben: Selbstwahrnehmung, Selbststeuerung, Abwehr, Objektwahrnehmung, Kommunikation und Bindung. Jede dieser sechs Dimensionen enthält eine Reihe von zentralen Themen; insgesamt sind es 24. Die Struktur-Checkliste ist speziell für klinische Fragestellungen vorgesehen, kann aber auch für Forschungszwecke eingesetzt werden. Sie bietet die Möglichkeit, eine Verdachtsdiagnose systematisch anhand der Itemliste und der Verrechnungsregeln zu überprüfen.

Da die OPD aufgrund ihrer primär diagnostischen Orientierung viele zeitstabile Züge erfasst (Rudolf, 2000, S.238) und feinere therapiebedingte Veränderungen nur eingeschränkt abbilden kann, wurde im Rahmen der „Praxisstudie analytische Langzeittherapie“ (Grande et al., 1997) ein Instrument entwickelt, welches geeignet ist, im Verlauf von analytischen Psychotherapien die Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit zu erfassen. Mithilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) lassen sich Veränderungen im Umgang eines Patienten mit Foki einschätzen, die infolge des OPD-Befundes ausgewählt wurden. Als Foki werden problematische Aspekte der Patientenpersönlichkeit bezeichnet, von denen angenommen wird, dass sie seine

Beschwerden verursachen. Die Skala beschreibt in 7 Stufen unterschiedliche Modalitäten des Umgangs eines Patienten mit einem Problemfokus, beginnend mit der Nicht-Wahrnehmung eines Fokus-Problems über dessen mit Interesse verfolgten Erkundung bis hin zu Bemühungen zur aktiven Bewältigung des Fokus.

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) (nähtere Erläuterung zur Methode siehe hierzu Kapitel 3.3). kann für Prozess- und Outcome- Untersuchungen verwendet werden und wurde bereits in Studien zum Verlauf und Ergebnis stationärer Behandlungen tiefenpsychologisch fundierter Therapien und analytischer Psychotherapien angewendet.

2.2 Psychotherapeutische Prozessmodelle

Moderne Prozessmodelle, wie beispielsweise die von Rudolf (2000), Mertens (1991) und Thomä & Kächele (1996), die bereits in Kapitel 2.1.2 kurz vorgestellt wurden, unterstreichen die wechselseitige Beeinflussung therapeutischer Interaktionen, das Zusammenspiel der Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit und damit die Wirkung therapeutischer Interventionen.

In seinem psychodynamischen Therapiemodel betont Rudolf (2000, S. 239ff), dass die Offenheit der wenig strukturierten Situation in der Therapie entscheidend für die weitere Entwicklung ist. Sie eröffnet dem Patienten die Möglichkeit, diese neue Beziehung nach den für ihn bisher gültigen Regeln zu gestalten. Dabei gerät der Patient in einen Widerspruch: Die pathogenen Überzeugungen lassen ihn die neue Beziehungssituation negativ auslegen, gleichzeitig gibt die akzeptierende Haltung des Therapeuten die Hoffnung, pathogene Überzeugungen widerlegen zu können. Dieses sind die negativen und positiven Aspekte der Übertragung, die einen Veränderungsprozess im Behandlungsverlauf durchlaufen. Der Aufbau einer tragfähigen Beziehung stellt die Ausgangssituation dar. Die therapeutische Zielsetzung richtet sich auf die emotionale und kognitive Auseinandersetzung des Patienten mit seinen inneren Erfahrungen. Dieses Geschehen wird nicht nur von dem Therapeuten und dem Patienten aktiv „gemacht“; es wird von beiden Beteiligten erfahren im Sinne eines Beziehungsprozesses, in dem Patient und Therapeut gleichermaßen hineingezogen werden. Der Aufbau der therapeutischen Beziehung und ihre Durcharbeitung in Hinsicht auf die internalisierten Erfahrungen des Patienten bewirken eine Reihe von möglichen Veränderungen: Es erfolgt eine Einsicht in die bis dahin abgewehrten inneren Bedingungen, die in die Akzeptanz der inneren Verhältnisse oder in die Suche nach alternativen Lösungen münden. Der Internalisierung der neuen therapeutischen Beziehungserfahrung wird dabei eine entscheidende Rolle in der Neustrukturierung zugeschrieben. Der Gesamtorgang der Psychotherapie wird als Sequenz von Prozessen verstanden, welche während, aber auch zwischen den Therapiesitzungen ablaufen. Um den therapeutischen Prozess an sich zu verstehen, müssen anhand von

Einzelfallanalysen Mikroprozesse auf ihre intrapsychische und interaktionelle Regulation hin untersucht werden. Dadurch können das Zusammenspiel der Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit und damit die Wirkung therapeutischer Interventionen erfasst werden. Rudolf stellt sich den Kommunikationsprozess als ein Multikanalgeschehen vor, in dem sich die inneren Zustände des einen Interaktionspartners in körperlichen und sprachlichen Verhaltensweisen unterschiedlicher zeitlicher Dauer konkretisieren (Rudolf, 2005, S. 536).

Mertens (1993) betont, dass die psychoanalytische Therapie Veränderungen im Patienten bewirkt, die sich als Lernvorgänge konzeptualisieren lassen; diese Lernvorgänge aber „nicht losgelöst von der Person des Lehrenden“ (ebd., S. 214) betrachtet werden können, sondern von einem interaktionellen Vorgang auszugehen ist. Der Patient kommt also in der Lösung seiner Konflikte nur so weit, wie der Analytiker diese Konflikte erfolgreich in sich selbst bewältigt hat.

Das „Ulmer Prozessmodell“ von Thomä & Kächele (1996) liefert ebenfalls einen Rahmen für das Verständnis psychodynamischer Prozesse unter verschiedenen Settingbedingungen und ist offen für verschiedene theoretische Ansätze in der Psychoanalyse. Die Autoren plädieren für ein flexibles Prozessmodell, das „eine heuristisch orientierte und am Suchen, Finden und Entdecken sowie an der Herstellung der bestmöglichen Veränderungsbedingungen für den Patienten ausgerichtete Technik impliziert“ (ebd., S. 367).

Im folgenden Kapitel wird detaillierter auf das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1986, 1994, 2009) eingegangen, welches mit dem Ziel formuliert worden ist, empirische Ergebnisse zum Zusammenhang von Prozessmerkmalen und Therapieergebnissen zu kategorisieren und auf diese Weise ein wissenschaftlich begründetes Psychotherapiemodell als Bezugsrahmen für verschiedene Psychotherapieformen zu entwerfen. Anhand dieser hier kurz skizzierten Modelle wird eine Einordnung des empirischen Teils meiner Arbeit erfolgen; die Unterkategorien der Ebene „Prozess“ bilden dafür die Untersuchungsebene.

2.2.1 „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard

Orlinsky und Howard (1984) haben ein konzeptionelles Rahmenmodell entwickelt, das eine große Anzahl empirischer Befunde in eine kohärente Gesamtübersicht des therapeutischen Prozesses einbinden kann. Diese wissenschaftlich begründete Sicht der Psychotherapie wurde von den Autoren als „Generic Model of Psychotherapy“ bezeichnet und als Mittel zur Integration von klinischen Behandlungstheorien vorgesehen.

Orlinsky (2009, S. 320ff.) unterscheidet zwischen wissenschaftlichen und klinischen Behandlungstheorien. Das primäre Ziel jeder klinischen Theorie ist es, Erkenntnisse den Therapeuten für die Behandlung ihrer Patienten zur Verfügung zu stellen. Die Hauptaufgabe der

wissenschaftlichen Theorie der Psychotherapie besteht darin, Wissenschaftler bei der Durchführung klinischer Studien anzuleiten. Wissenschaftliche Theorien umfassen eine systematische Zusammenstellung von Variablen und Operationalisierungsanweisungen, wodurch der Forscher komplexe Phänomene vereinfachen und charakteristische Merkmale systematisch beobachten kann.

Das Generic Model ist also keine klinische Behandlungstheorie, sondern kann als eine forschungsbasierte Metatheorie der Psychotherapie verstanden werden. Sie umfasst die ganze Variationsbreite klinischer Theorien auf einem höheren Abstraktionsniveau in Gestalt der unterschiedlichen Ausprägungsgrade einer bestimmten Variablen. Solche Metatheorien ermöglichen es Forschern zu fragen, wie, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen das therapeutische Behandlungsmodell den Prozess und das Ergebnis der Psychotherapie mit beeinflusst. Sie stellt einen konzeptionellen Rahmen zur Verfügung, von dem aus eine systematische Betrachtung klinischer Behandlungskonzepte möglich wird.

Das „Generic Model of Psychotherapy“ (Abbildung 2.1.1) unterscheidet zwischen dem therapeutischen Prozess, der die unterschiedlichen Aspekte der Therapie umfasst und individuellen und sozialen Kontexten, in welchen die Therapien ablaufen. Der Prozess bezieht sich zu allererst auf Erfahrungen und Wahrnehmungen der Teilnehmer und ihre Interaktionen während der Therapie. Er schließt allerdings auch die Gedanken des Patienten, seine Gefühle, Erinnerungen und Handlungen, die sich auf Therapie oder Therapeut beziehen, aber auch in der Zeit zwischen den Behandlungsstunden mit ein; genauso wie Gedanken des Therapeuten, dessen Gefühle, Erinnerungen und Handlungen hinsichtlich des Patienten zwischen den Behandlungsstunden berücksichtigt werden.

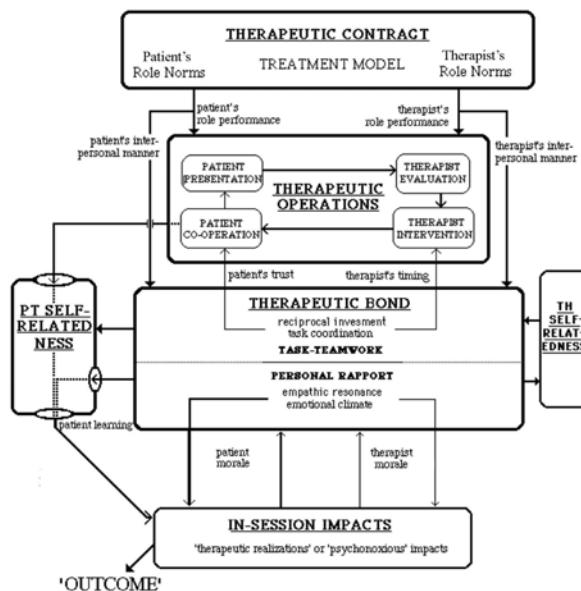


Abb. 2.2.1: Das Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky, 2009, S. 329)

Die Prozessmerkmale werden von Orlinsky in sechs Kategorien mit dem Ziel unterteilt, jede Therapieform anhand dieser Komponenten adäquat beschreiben zu können.

1. Der formale Aspekt: Der therapeutische Vertrag betrifft die Definition der therapeutischen Situation und der wechselseitigen Rolle von Patient und Therapeut, sowie die Vereinbarung der Modalitäten der Behandlung, die die Art der Therapie, den Therapieplan und das Honorar betreffen. Damit wird der „working consensus“ bezüglich der Ziele und Erwartungen ausgehandelt. Das Behandlungsmodell des Therapeuten ist das Schlüsselement des therapeutischen Vertrags, weil es die Rollen von Therapeut und Patient vorgibt. Das Behandlungsmodell kann nur dann wirksam werden, wenn die Beteiligten es verstehen, sich danach richten und es kompetent umsetzen.

2. Der interpersonale Aspekt: Die therapeutische Beziehung beschreibt das zwischenmenschliche Engagement des Patienten und des Therapeuten und den Einfluss ihres wechselseitigen Beziehungsverhaltens auf die globale Qualität und die „Atmosphäre“ des zwischen ihnen entstehenden dyadischen Prozesses. Dieser wird durch die unterschiedliche Intensität der therapeutischen Zusammenarbeit charakterisiert. Die Qualität der therapeutischen Beziehung wird durch die Art bestimmt, wie die Persönlichkeiten des Patienten und des Therapeuten miteinander interagieren und zusammenpassen. Für das Behandlungsmodell des Therapeuten erweist sich eine besondere interpersonale Haltung gegenüber dem Patienten für die therapeutische Arbeit als besonders geeignet indiziert.

3. Der intrapersonelle Aspekt: Die innere Selbstbezogenheit des Patienten und des Therapeuten betrifft das Selbsterleben in der Beziehung der Beteiligten in ihrer jeweiligen Rolle. Es umfasst unter anderem das Selbstbewusstsein, die Selbstkontrolle, die Selbstachtung der Betreffenden, die sich in einem unterschiedlichen Ausmaß an „Öffnung“ vs. „Abwehr“ manifestieren.

4. Der technische Aspekt: Therapeutische Maßnahmen beziehen sich auf die Anwendung des entsprechenden Fachwissens der Therapeuten,

- um die subjektiven Beschwerden der Patienten sowie die psychopathologischen Muster im Denken, Fühlen und Handeln zu erkennen (Problempräsentation des Patienten);
- um das jeweilige klinische Erscheinungsbild des Patienten anhand eines relevanten Behandlungsmodells zu verstehen (therapeutische Schlussfolgerungen);
- um auf der Grundlage des entsprechenden Behandlungsmodells geeignete Interventionsformen auszuwählen (Interventionen);
- um den Patienten zur aktiven Mitarbeit zu motivieren (Kooperation des Patienten).

5. Der klinische Aspekt: Unmittelbare Auswirkungen der Therapiesitzung beziehen sich auf positive und negative Interaktionen zwischen den Beteiligten während einer Sitzung, insbesondere die Effekte beim Patienten, wie Einsicht, Kompetenzzuwachs, Selbstverständnis, Katharsis, das Erleben von Selbstwirksamkeit, Erwartungen, Hoffnung („therapeutische Realisierungen“ beim Patienten) sowie die gleichzeitigen Auswirkungen beim Therapeuten, wie das Erleben von Selbstwirksamkeit oder emotionaler Nähe.

6. Der zeitliche Aspekt: Der sequentiell verlaufende Prozess betrifft die Interaktionsabfolgen in einem begrenzten Zeitraum (Ablauf einer Sitzung, eine Therapieepisode) sowie Ereignisse, die für den gesamten Behandlungszeitraum charakteristisch sind.

Alle Prozessaspekte müssen zu jedem Zeitpunkt der Therapie als nebeneinander bestehend betrachtet werden, sie sind immer in unterschiedlichen Anordnungen vorhanden und beeinflussen einander. Diese verschiedenen Prozessaspekte sind in unterschiedlicher Art und Weise in unterschiedlichen Behandlungsmodellen eingebettet. Aber jede Therapie umfasst in bestimmter Form den therapeutischen Vertrag, bestimmte therapeutische Operations, eine Art der Beziehung, einen Grad an Selbstbezogenheit und unmittelbare Auswirkungen. Die Wichtigkeit der unterschiedlichen Aspekte kann im Verlauf der Therapie variieren.

In den letzten 25 Jahren fanden signifikante Entwicklungen in der Konzeptualisierung der Outcome- Evaluation im Generic Model of Psychotherapy statt, weil ursprünglich unterschied das Generic Model nur die Outcome- Messung aus Sicht der Ergebnisse (positive, neutrale oder negative) und der Beobachtungsperspektive (Patient, Therapeut, externer klinischer Beobachter). Da aber die Unterkategorien der Ebene „Prozess“ die Untersuchungsgrundlage dieser Arbeit bilden, wird auf Veränderungen in der Konzeptualisierung der Outcome- Evaluation an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

Unsere Untersuchung ist eine Überprüfung der im Modell von Orlinsky angenommenen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Faktoren des Therapieprozesses und ihrer kurz- und längerfristigen Auswirkungen. Das unmittelbare Therapiegeschehen wurde mit dem Prozess Q-Sort (PQS) erfasst, der Makro- Outcome wurde durch Strukturveränderungen mit der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) operationalisiert.

2.2.2 Die Interaktions-Strukturtheorie von Ablon und Jones

Ablon & Jones (2005) unterstreichen in ihrer Interaktions-Strukturtheorie, dass es den analytischen Prozess als solchen nicht gibt. Es gibt für jede Patienten-Analytiker-Dyade einzigartige Veränderungsprozesse. Jedes analytische Paar verfügt über seine eigenen Interaktionsmuster, die

zum Behandlungsfortschritt beitragen. Das sind sich wiederholende, gegenseitig beeinflussende Interaktionsmuster, die für das Erkennen und das Verständnis des therapeutischen Geschehens, unabdingbar zu sein scheinen.

Jones (2001) stellt ein Konstrukt der „interaktionellen Struktur“ vor, das auf die Bedeutung von interaktiven Wiederholungsmustern in der therapeutischen Beziehung hinweist. „Es ist eine Theorie des therapeutischen Handelns, die bezüglich der Veränderungen des Patienten beides zu erfassen versucht: sowohl die Rolle des psychologischen Wissens durch das Aufdecken von Bedeutungen, als auch die interpersonelle Interaktion“ (ebd., S. 224). Solche Interaktionsmuster reflektieren die psychologische Struktur von beiden Teilnehmern. Ändert sich diese im Laufe des therapeutischen Prozesses mittels Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse, ist dies ein Hinweis auf strukturelle Veränderungen beim Patienten. Jones betont, dass eine Beeinflussung nicht nur von Seiten des Therapeuten ausgeht, sondern die Theorie einen Rahmen bietet, in dem die gegenseitigen und reziproken Beeinflussungsprozesse zwischen Therapeut und Patient betrachtet werden können. Mithilfe von Interaktionsstrukturen können sowohl intrapsychische als auch interpersonelle Aspekte berücksichtigt werden, weil „das Intrapsychische sich im Interpersonellen und interaktiven Gefüge manifestiert“. Interaktionsstrukturen beziehen sich nicht nur darauf, wie sich die Konflikte des Patienten in der Übertragung abbilden, sondern auf die Art und Weise, wie der Therapeut darauf reagiert. Also sind das die beobachtbaren Komponenten von „Übertragung und Gegenübertragung in Handlungen und Emotionen.“ (ebd., S. 225)

Mit dem Ziel eine grundlegende Sprache für die Beschreibung und Klassifizierung des Psychotherapieprozesses bereitzustellen, wurde ein Instrument, der Psychotherapie- Prozess Q-Sort (PQS), entwickelt (Jones et al., 2000, detailliertere Beschreibung der Methode in Kapitel 3.4). Die Verwendung einer standardisierten Sprache und Bewertungsprozedur soll eine systematische Einschätzung der Patient-Therapeut-Interaktionen ermöglichen. Mithilfe des PQS demonstrierte Blatt (2005) am Beispiel zweier Einzelfallstudien Veränderungsprozesse, die für jede Dyade einzigartig sind. Für jedes "analytische Paar" ergab sich ein spezifisches, im therapeutischen Prozess wiederholt auftretendes Interaktionsmuster, das mit dem Behandlungsfortschritt verbunden war. Die Erfahrung, Anerkennung und das Verständnis solcher "Interaktionsstrukturen" scheint eine grundlegende Komponente der therapeutischen Aktivität zu sein. Blatt (ebd.) vertritt außerdem die Position, dass man die Suche nach differentiellen Ergebnissen verschiedener Behandlungsformen einstellen und stattdessen die Mechanismen und Prozesse evaluieren und identifizieren sollte, die der therapeutischen Aktivität dienen. Das heißt, es soll der Bedeutung unterschiedlicher Komponenten der Behandlung für unterschiedliche therapeutische Ergebnisse nachgegangen werden.

3 Untersuchungsgegenstand und Methodik

Der Fokus der vorliegenden Arbeit liegt in der Untersuchung, wie sich therapeutischer Einfluss, unter dem Aspekt der Multidirektionalität innerhalb des therapeutischen Geschehens, auf strukturelle Veränderungen bei Patienten auswirkt. Im folgenden Kapitel erfolgt zu Beginn die Vorstellung der übergeordneten Studie des „Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs-Projekts“ (MBWP) einschließlich der untersuchten Stichprobe. Daran anschließend wird die Fragestellung der Arbeit erläutert und die Methodik erklärt. Es folgt die Darstellung der verwendeten Erhebungsverfahren und die Erläuterung der Datenanalyse.

3.1 Das Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs- Projekt

Die vorliegende Arbeit entstand innerhalb des „Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs-Projekts“ (MBWP) im Rahmen der Psychotherapieforschung unter der Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Mertens am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychoanalyse der Ludwig-Maximilians-Universität München in Kooperation mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.

Die Studie weist ein prospektives Design auf, indem sie einzelne Therapien von den Erstgesprächen bis zu ihrem Abschluss durch das Forschungsteam begleitet. Die Studie untersucht das Material von zwanzig über mehrere Messzeitpunkte hinweg akustisch aufgezeichneten und anschließend transkribierten analytischen Psychotherapien. Die Patienten erhielten eine analytische Psychotherapie, die einen Umfang von 240 – 300 Stunden umfasste. Erfasst wurden die fünf Erstgespräche und anschließend im Abstand von 80 Therapiestunden jeweils weitere fünf Sitzungen bis zum Abschluss der analytischen Psychotherapien. Ein weiterer katamnestischer Messzeitpunkt zwei Jahre nach Therapieende ist geplant und wurde schon teilweise durchgeführt.

Für die quasiexperimentelle Variation werden die 20 beteiligten Therapeuten in zwei Gruppen aufgeteilt (Experimental- und Kontrollgruppe). Während die Experimentalgruppe eine Schulung und Supervision hinsichtlich der Bindungsthematik erhält, bekommt die Kontrollgruppe keine Information zu diesen Aspekten. Das Outcome bei den Patienten der beiden Gruppen wird verglichen. Dadurch sollen die möglichen positiven Einflüsse einer spezifischen Schulung von Therapeuten in Methoden der Bindungstheorie auf den Therapieverlauf untersucht werden.

Das MBWP legt seinen Schwerpunkt auf die Erfassung des therapeutischen Prozesses, der zu tiefgreifenden Veränderungen bei den Patienten führt (hierzu Dorber (2005), Hümmeler (2007), Bihler (2007)). Das Ziel der Studie besteht darin, zu erfassen was sich im Hinblick auf strukturelle

Charakteristika beim Patienten verändert und wie sich diese Veränderungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses ergeben und entwickeln.

Zur Erstdiagnostik wurde die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) angewendet. Weitere Messinstrumente sind:

- die „Heidelberger Umstrukturierungsskala – HUSS“ von Rudolf, Grande & Oberbracht
- die Methode der „Plananalyse“ von Josef Weiss
- das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema - ZBKT“ von L. Luborsky
- das „Adult Attachment Interview – AAI“ von Mary Main
- das „Adult Attachment Projektive - AAP“ von Carol George
- die „Selbstreflexionsskala – SRF“ von Peter Fonagy
- das „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort - PQS“ von Enrico E. Jones und
- die „Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens – SASB“ von Lorna S. Benjamin.

Außerdem spielen sowohl die Vielzahl der Methoden, unter Berücksichtigung der Therapeuten-Perspektive („Online-Perspektive“), als auch der Forscher-Perspektive („Offline-Perspektive“) eine Rolle.

3.2 Die verwendete Stichprobe

Die Studie entstand im Rahmen eines Kooperationsprojektes zwischen dem Institut für Klinische Psychologie an der Ludwig-Maximilian-Universität München (Leitung: Prof. Dr. W. Mertens) und der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts werden ambulante psychoanalytische Langzeittherapien, die von Psychoanalytikern der Akademie durchgeführt werden, von den Mitarbeitern der Universität intensiv erforscht. Aufgrund des komplexen Designs und der aufwendigen Forschungsverfahren für die Studie wurde die Stichprobe auf zwanzig ambulante Psychoanalysepatienten begrenzt. Geeignete Patienten werden durch die psychotherapeutische Ambulanz der Akademie für Psychoanalyse nach einem diagnostischen Beratungsgespräch an Therapeuten überwiesen, die an der Studie teilnehmen. Nach Abschluss der probatorischen Vorgespräche, nimmt der Patient an der Erstdiagnostik im Rahmen des Forschungsprojekts teil. Diese umfasst drei Termine, wobei beim ersten Termin ein tiefenhermeneutisches Interview im Sinne der OPD durchgeführt wird, beim zweiten Termin der Bindungsstatus anhand des AAI erhoben wird, und zum dritten Termin das AAP sowie mehrere Paper&Pencil-Verfahren durchgeführt werden. Diese Forschungsinstrumente werden zu ausgewählten Zeitpunkten während der Behandlung erneut eingesetzt und im Hinblick

auf Veränderungen bewertet. Auf die Überprüfung in einer Kontrollgruppe wurde verzichtet. Das naturalistische Design der Studie sollte die Praxisnähe absichern.

Aufgrund der Datenfülle, die die Verwendung zweier Untersuchungsmethoden hervorbrachte, konnten für diese Arbeit die Daten von fünf Patienten für unsere Zwecke entnommen werden. Ein Patient hat die Therapie nach dem zweiten Messzeitpunkt abgebrochen. Dennoch wurden in der vorliegenden Arbeit seine bis dahin angefallenen Daten für eine Einschätzung der konkreten Resultate und des intertherapeutischen Vergleichs an fünf Patienten verwendet.

3.3 Die Methode der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)

Die Heidelberger Umstrukturierungsskala ist ein Instrument für Prozess-Outcome-Studien, welches dazu dient, im Verlauf von analytischen Psychotherapien die Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit zu erfassen. HUSS ist in ihrem formalen Aufbau an die Skala „Assimilation of problematic experience scale“ (APES) von Stiles et al. (1992) angelehnt, die auf Studien basiert, welche die effektive therapeutische Arbeit des Patienten in einzelnen Therapiesitzungen kennzeichnen. Die Autoren entwickelten eine Sequenz von therapeutischen Schritten, welche das zunehmende Gewahrwerden, Verstehen, Bearbeiten, Lösen und Meistern von Problemen beschreibt (Field et al. 1994). Dieses allgemeine, kognitiv akzentuierte Schema der therapeutischen Veränderung wurde auf das psychodynamische Therapiemodell übertragen, wo die Vorgänge der Abwehr, der Beziehungsgestaltung, der Übertragungsentwicklung, der Internalisierung die wesentlichen Bezugspunkte bilden. Die sieben Stufen der APES – Skala (Tabelle 3.3.1) wurden formal beibehalten, die Formulierung der Stufen gründet auf dem Erfahrungswissen analytischer Psychotherapie, wie es in Fallberichten, Verlaufsdarstellungen und Supervisionen auf kasuistischer Ebene gewonnen wurde. Im wesentlichen 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 kliniknah, so dass es auch für diagnostische Fragestellungen, die Planung von Behandlungen, die supervisorische Arbeit und die Einschätzung von Therapien im Kontext von Qualitätssicherung angewandt werden kann.

Die Skala beschreibt sieben aufeinanderfolgende Stufen der therapeutischen Entwicklung. Jede Stufe kann in drei Ausprägungen markiert werden. Zwei Bereiche der Skala ermöglichen – auf den Stufen 3 und 4 bzw. 5, 6 und 7 – Veränderungen unterschiedlicher Qualität, die durch Begriffe Bewältigung und Umstrukturierung gekennzeichnet sind.

Tab. 3.3.1: Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)

Nichtwahrnehmung des Fokusproblems	1	1+	Völlige Abwehr, es gibt „kein Problem“	
Ungewollte Beschäftigung mit Fokus	2 –	2	2+	Symptomdruck, interpersonelle Schwierigkeiten: Zumutungen von außen kommend erlebt
<i>Bewältigung</i>				
Vage Fokuswahrnehmung	3 –	3	3 +	Passive Beschäftigung mit dem Fokus, ansatzweise Anerkennung, Ahnung eigener Verantwortung
Anerkennung und Erkundung des Fokusproblems	4 –	4	4 +	Interessiertes Problemverstehen, Arbeitsbeziehung, aktive „Bewältigung“, Handeln
<i>Umstrukturierung</i>				
Auflösung alter Strukturen	5 –	5	5 +	Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur „Passion“, Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung
Neustrukturierung im Fokusbereich	6 –	6	6 +	Versöhnliches Erleben, neue Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten stellen sich spontan ein
Auflösung des Fokus	7 –	7		Integration, Selbstübereinstimmung realitätsgerechtes Erleben, Alltags-Neugestaltung

Die Anwendung der Umstrukturierungsskala setzt die Formulierung eines Problemfokus voraus, an dem der Umstrukturierungsprozess beobachtet wird. In den Heidelberger Studien gewinnt man den Fokus durch die Einschätzung des Befunds der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD); aus drei Achsen – Achse II: Beziehung, Achse III: Konflikt, Achse IV: Struktur - werden fünf Punkte ausgewählt, 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 soll.

Die auf OPD basierende Fokusliste wird in Tabelle 3.3.2 gezeigt, sie enthält:

- das zentrale dysfunktionale Beziehungsmuster des Patienten
- mindestens einen, maximal drei lebensbestimmende Konflikte
- mindestens eine, maximal drei strukturelle Auffälligkeiten

Die Auswahl geschieht auf der Grundlage eines videographierten diagnostischen Interviews, das initial und in Therapieverlauf wiederholt durchgeführt wird, um den jeweils erreichten Stand der Behandlung zu erfassen.

Tab. 3.3.2: Auswahlliste für die zentralen Problembereiche (Foki), HUSS

Beziehung	
Individualisierte Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters	
Lebensbestimmende Konflikte	
1.	Abhängigkeit versus Autonomie
2.	Unterwerfung versus Kontrolle
3.	Versorgung versus Autarkie
4.	Selbstwertkonflikt
5.	Schuldkonflikt
6.	Ödipal-sexueller Konflikt
7.	Identitätskonflikt (Identität versus Dissonanz)
8.	Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
Strukturelle Fähigkeiten	
1.	Selbstwahrnehmung – Selbstreflexion / Selbstbild / Identität / Affektdifferenzierung
2.	Selbststeuerung – Affekttoleranz / Selbstwert / Impulssteuerung / Antizipation
3.	Abwehr – Gegenstand / Erfolg / Stabilität / Flexibilität / Form
4.	Objektwahrnehmung – Subjekt-Objekt-Differenzierung / Empathie / Ganzheitliche Objektwahrnehmung / Objektbezogene Affekte
5.	Kommunikation – Kontakt / Verstehen fremder Affekte / Mitteilung eigener Affekte / Reziprozität
6.	Bindung – Internalisierung / Loslösung / Variabilität der Bindungen

3.4 Die Methode des Psychotherapie-Prozess Q – Sort (PQS)

Als Grundlage für den „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“ (PQS) haben Jones et al. (2000) die Q-Methodologie verwendet, die von Stephenson (1953) als Präferenz-Einschätzungsverfahren entwickelt wurde, wobei die Versuchsperson eine bestimmte Anzahl von Items nach dem Vorbild einer Normalverteilungskurve anordnen soll. Der Methode liegt eine Annahme zugrunde, dass die Psychotherapie einen interpersonellen Prozess darstellt (Kapitel 2.2.2). Sie bleibt aber im Hinsicht auf spezielle Therapierichtungen neutral und „erlaubt daher die Abbildung eines weiten Spektrums therapeutischer Interaktionen“ (Albani, 2008, S. 42). Ausgehend von einer Sammlung mehrerer hundert potentieller Items wurden Expertenratings und mehrere Pilotstudien mit dem Material verschiedener Therapieformen durchgeführt. Die Items wurden im Wesentlichen nach folgenden Kriterien selektiert: (1) ausreichende Varianz über verschiedene Personen und Therapiestunden und (2) möglichst niedrige Korrelationen zwischen den Items.

Erfahrene Psychotherapeuten beider Schulrichtungen wurden gebeten, das Geschehen idealtypischer Therapiestunden anhand eines PQS-Fragebogens zu beschreiben. Aus der Auswertung dieser Arbeiten entstand dann der Prototyp für den „idealen“ psychoanalytischen Prozess, der mit folgenden PQS-Items beschrieben wurde (Tabelle 3.4.1):

Tab. 3.4.1: 20 charakteristische Items der “idealen” psychoanalytischen Therapie, PQS

PQS	Items Beschreibung	Faktor
90	P's dreams or fantasies are discussed	1,71
93	T is neutral	1,57
36	T points out P's use of defensive maneuvers, e.g. undoing, denial	1,53
100	T draws connections between the therapeutic relationship and other Relationships	1,47
6	T is sensitive to the P's feelings, attuned to the P; empathic	1,46
67	T interprets warded-off or unconscious wishes, feelings or ideas	1,43
18	T conveys a sense of non-judgmental acceptance	1,38
32	P achieves a new understanding or insight.	1,32
98	The therapy relationship is a focus of discussion	1,28
46	T communicates with P in a clear, coherent style	1,24
50	T draws attention to feelings regarded by P as unacceptable (e.g., anger, envy, or excitement).	1,17
11	Sexual feelings and experiences are discussed	1,12
82	P's behavior during the hour is reformulated by T in a way not explicitly recognized previously	1,12
35	Self-image is a focus of discussion	1,11
91	Memories or reconstructions of infancy and childhood are topics of discussion	1,08
92	P's feelings or perceptions are linked to situations or behavior of the past.	1,05
62	T identifies a recurrent theme in P's experience or conduct	0,95
3	T's remarks are aimed at facilitating P's speech	0,92
79	T comments on changes in P's mood or affect	0,88
22	T focuses on P's feelings of guilt	0,87

Factor scores derived from expert psychodynamic therapists (N=11) ratings. PQS = Psychotherapy Process Q-Set; T = Therapist; P = Patient. (Ablon und Jones, 2005, S.37).

Dieser Versuch war ein Beweis dafür, dass der analytische Prozess mit einer deskriptiven Sprache operationalisiert werden kann und dass orientierte Analytiker sich über eine gemeinsame Definition des analytischen Prozesses einig sein können.

Ziel und Zweck der im Psychotherapie-Prozess Q-Sort enthaltenen Items ist es, eine grundlegende Sprache für die Beschreibung und Klassifizierung des Psychotherapieprozesses bereitzustellen (Albani, 2008, S. 42), die eine systematische Einschätzung von Patient-Therapeut-Interaktionen ermöglichen soll. Das Instrument kann in vergleichenden Untersuchungen angewendet werden und auch Prä-Post-Studien ermöglichen.

Im Ergebnis eines langjährigen und gründlichen Entwicklungsprozesses liegen in der endgültigen Fassung des PQS 100 Items vor. Als Datengrundlage der Auswertung dient eine vollständig transkribierte oder durch Video aufgezeichnete Therapiestunde. Das Rating erfolgt auf einer neunstufigen Skala (1 – 9), wobei an den beiden Extrem-Polen (Kategorie 1 und 9) je 5 Items positioniert werden sollen. Die mittlere, neutrale Kategorie 5 beherbergt 18 Items. In den dazwischen liegenden Kategorien 2 bis 4 und 6 bis 8 werden auf- bzw. absteigend je 8, 12 und 16 Items gelegt (Tabelle 3.4.2).

Tab. 3.4.2: PQS Items Verteilung

Kategorie	Anzahl der Items	Bezeichnung der Kategorie
9	5	extrem charakteristisch oder zutreffend
8	8	ziemlich charakteristisch oder zutreffend
7	12	einigermaßen charakteristisch oder zutreffend
6	16	ein wenig charakteristisch oder zutreffend
5	18	relativ neutral oder unwichtig
4	16	ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend
3	12	einigermaßen uncharakteristisch oder nicht zutreffend
2	8	ziemlich uncharakteristisch oder nicht zutreffend
1	5	extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend

Beim Rating ist die Unterscheidung zwischen drei Kategorien wichtig: Als *neutral* sind solche Items zu bewerten, die in der (Behandlungs-)Stunde und der therapeutischen Dyade unwichtig sind. Besonders wichtig ist hier die Abgrenzung zum Rating am *uncharakteristischen Pol*, was signalisiert, dass das Fehlen eines bestimmten Verhaltens oder Erlebens bemerkenswert ist und daher in der Stundenbeschreibung erfasst werden sollte. *Charakteristische Items* beschreiben das therapeutische Geschehen in seinen ureigensten Merkmalen. Die Zwischenkategorien beschreiben eine entsprechende Abstufung zwischen den Polen und der „neutralen Mitte“.

3.4.1 Operationalisierung der Variablen des “Generic Model of Psychotherapy” von Orlinsky et al. mit PQS Items

Als nächstes wurden die Variablen des Prozessmodells von Orlinsky (erläutert in Kapitel 2.2.1), die sich unmittelbar auf das Therapiegeschehen beziehen, durch die PQS-Items operationalisiert.

Zuerst wurde das „Generic Model of Psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1986, 1994, 2009) „modifiziert“ (Abbildung 3.4.1), um die Variablen drei Ebenen zuzuordnen, weil danach detaillierter auf Prozessmerkmale eingegangen werden konnte. Das Q-Set beinhaltet Items, welche die Art der Interaktion der Dyade bzw. die Atmosphäre der Beziehung beschreiben (Orlinskys Kategorie 2: Die therapeutische Beziehung); Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln (Orlinskys Kategorie 4-5: Die innere Selbstbezogenheit von Therapeuten und Die therapeutische Operationen) und Items, die die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten beschreiben (Orlinskys Kategorie 3: Die innere Selbstbezogenheit des Patienten). Es lassen sich auch Items zu Orlinskys 1. Kategorie: Der Therapievertrag und 5. Kategorie: Die Therapeutische Realisierung finden. Die Zuordnung der Items wurde so detailliert dargestellt, um den Therapieprozess differenzierter und strukturierter beschreiben und Wechselwirkungen herstellen zu können.

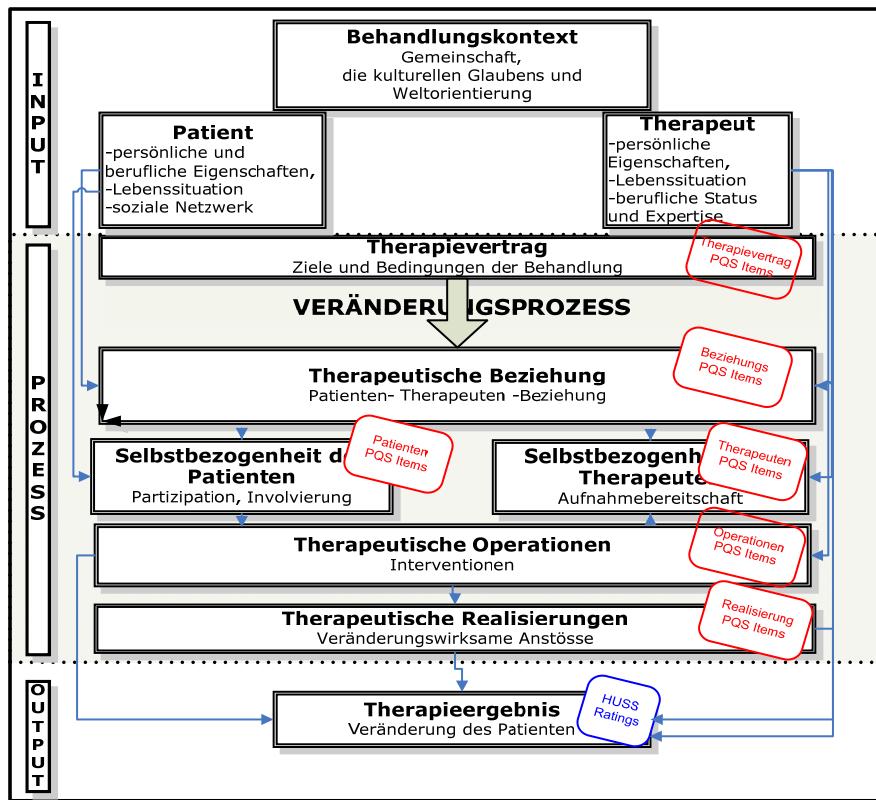


Abb. 3.4.1: Operationalisierung der modifizierten Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky et al., 1986, 1994) mit PQS Items

Mit PQS Prozesstyp Items³ (Albani et al., 2007) werden folgende Determinanten des psychotherapeutischen Prozesses erfasst:

1. Der therapeutische Vertrag (PQS Vertrags-Items), womit die formalen Aspekte der Therapie, die Institutionalisierung des Kontaktes, das Setting und die Festlegung auf Patienten- und Therapeutenrolle angesprochen sind..

Item 4: Die Therapieziele des Patienten werden besprochen

Item 57: Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.

Item 75: Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.

Item 96: Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

2. Die therapeutische Beziehung (PQS Beziehungs-Items): Die Allianz zwischen Patienten und Therapeuten, die Atmosphäre, die Intensität der Zusammenarbeit, des gegenseitigen Kontaktes und der wechselseitigen Gefühlsbeteiligung.

³ Hier und im Folgenden werden die PQS Items aus der deutschen Version des Manuals (Albani et al., 2007, s. Anhang C) verwendet

Item 1: Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. macht bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).

Item 5: Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen

Item 8: Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).

Item 10: Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.

Item 14: Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.

Item 19: Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.

Item 20: Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.

Item 39: Die Beziehung Therapeut – Patient hat rivalisierenden Charakter.

Item 42: Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).

Item 44: Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).

Item 47: Wenn die Beziehung zum Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.

Item 49: Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.

Item 52: Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.

Item 53: Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.

Item 74: Es geht humorvoll zu.

Item 78: Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.

Item 83: Der Patient ist fordernd.

Item 87: Der Patient kontrolliert.

Item 95: Der Patient fühlt sich unterstützt.

Item 98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Item 100: Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

3. Die innere Selbstbezogenheit von Therapeuten (PQS Therapeuten-Items) umfasst die Empathie, die supportive Haltung, die Akzeptanz, die Aufnahmefähigkeit und den Kommunikationsstil.

Item 6: Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.

Item 9: Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).

Item 18: Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.

Item 21: Therapeutische Selbstöffnung.

Item 24: Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.

Item 37: Der Therapeut verhält sich "lehrerhaft".

Item 45: Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.

Item 46: Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.

Item 51: Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.

Item 77: Der Therapeut ist taktlos.

Item 86: Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).

Item 93: Der Therapeut ist neutral.

4. Die innere Selbstbezogenheit von Patienten (PQS Patienten-Items) umfasst die Selbstkontrolle, das Selbstbewusstsein, die Selbstachtung sowie die Involvierung und manifestiert sich in einem unterschiedlichen Ausmaß an Öffnung oder Abwehr.

Item 7: Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).

Item 13: Der Patient ist lebhaft.

Item 15: Patient initiiert keine Themen, ist passiv.

Item 25: Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.

Item 26: Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.

Item 29: Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Item 33: Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.

Item 34: Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.

Item 54: Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.

Item 56: Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.

Item 58: Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.

Item 59: Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).

Item 61: Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).

Item 70: Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.

Item 71: Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.

Item 84: Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Item 88: Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache.

Item 94: Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).

Item 97: Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, seine Gedanken und Gefühle zu erforschen.

5. Die therapeutischen Interventionen (PQS Operations-Items): die Anwendung des Fachwissens der Therapeuten, Interventionen.

Item 2: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.

Item 3: Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.

Item 17: Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).

Item 22: Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.

Item 27: Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).

Item 31: Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.

Item 36: Der Therapeut weißt auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.

Item 40: Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.

Item 43: Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.

Item 48: Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Item 50: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).

Item 62: Der Therapeut benennt ein in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.

Item 65: Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.

Item 66: Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Item 67: Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.

Item 76: Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.

Item 80: Der Therapeut schildert eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive.

Item 81: Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Item 82: Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.

Item 85: Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.

Item 89: Der Therapeut stärkt die Abwehr.

Item 99: Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).

6. Die therapeutische Realisierung (PQS Realisierungs-Items): einerseits sind es die Items, die unmittelbare Auswirkung der Therapiesitzung, v.a. Effekte der therapeutischen Interaktion bei der Patienten, wie Einsicht, Kompetenzzuwachs, Selbstverständnis, Katharsis, das Erleben von Selbstwirksamkeit, als auch Elemente, die für den therapeutischen Fortschritt wichtig sind, z.B. Erwartungen, Hoffnung des Patienten. Andererseits umfasst diese Kategorie Items, die die auf die Verwirklichung bestimmter therapeutischer Ziele ausgerichtete Tätigkeit des Therapeuten (Ablauf einer Sitzung, Themen) beschreiben.

Item 11: Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.

Item 12: In der Stunde wird geschwiegen.

Item 16: Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.

Item 23: Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.

Item 28: Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.

Item 30: Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen

Item 32: Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder eine neue Einsicht.

Item 35: Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs

Item 38: Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.

Item 41: Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.

Item 55: Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.

Item 60: Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.

Item 63: Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.

Item 64: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.

Item 68: Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.

Item 69: Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.

Item 72: Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.

Item 73: Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.

Item 79: Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.

Item 90: Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.

Item 91: Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.

Item 92: Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.

In Tabelle 3.4.3 wurden nochmals alle 100 PQS Items dargestellt, sortiert nach Prozesstyp (nach Orlinsky et al., 1986) und Prototyp (Ablon und Jones, 2000). Im empirischen Teil der Arbeit wird die Zugehörigkeit aller Items zu beiden Typen ermittelt und somit der therapeutische Prozess analysiert.

	Vertrags-Items	Therapeut-Patient-Beziehungs-Items	Patienten-Items	Therapeuten-Items	Operations-Items	Realisierungs-Items
1	Item 4: Die Therapieziele des Patienten werden besprochen	Item 1: Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	Item 7: Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	Item 6: Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	Item 2: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.	Item 11: Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
2	Item 57: Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.	Item 5: Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	Item 13: Der Patient ist lebhaft.	Item 9: Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	Item 3: Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.	Item 12: In der Stunde wird geschwiegen.
3	Item 75: Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.	Item 8: Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).	Item 15: Patient initiiert keine Themen, ist passiv.	Item 18: Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.	Item 17: Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).	Item 16: Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.
4	Item 96: Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.	Item 10: Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.	Item 25: Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.	Item 21: Therapeutische Selbstöffnung.	Item 22: Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	Item 23: Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.
5		Item 14: Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	Item 26: Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	Item 24: Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	Item 27: Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst er dazu gedrängt wird).	Item 28: Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
6		Item 19: Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.	Item 29: Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will.	Item 37: Der Therapeut verhält sich "lehrhaft".	Item 31: Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.	Item 30: Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen
7		Item 20: Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	Item 33: Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	Item 45: Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.	Item 36: Der Therapeut weiß auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.	Item 32: Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
8		Item 39: Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	Item 34: Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.	Item 46: Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.	Item 40: Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.	Item 35: Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs
9		Item 42: Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	Item 54: Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	Item 51: Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	Item 43: Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.	Item 38: Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
10		Item 44: Der Patient ist wachsam und mißtrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	Item 56: Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	Item 77: Der Therapeut ist taktlos.	Item 48: Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.	Item 41: Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.

11		Item 47: Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.	Item 58: Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	Item 86: Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).	Item 50: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).	Item 55: Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
12		Item 49: Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	Item 59: Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	Item 93: Der Therapeut ist neutral.	Item 62: Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	Item 60: Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.
13		Item 52: Der Patient verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	Item 61: Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).		Item 65: Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	Item 63: Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
14		Item 53: Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.	Item 70: Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.		Item 66: Der Therapeut beruhigt den Patienten.	Item 64: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
15		Item 74: Es geht humorvoll zu.	Item 71: Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.		Item 67: Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	Item 68: Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.
16		Item 78: Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.	Item 84: Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.		Item 76: Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.	Item 69: Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
17		Item 83: Der Patient ist fordernd.	Item 88: Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.		Item 80: Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.	Item 72: Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
18		Item 87: Der Patient kontrolliert.	Item 94: Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).		Item 81: Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	Item 73: Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
19		Item 95: Der Patient fühlt sich unterstützt.	Item 97: Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.		Item 82: Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.	Item 79: Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.
20		Item 98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.			Item 85: Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.	Item 90: Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.
21	Psychoanalytischer Prototyp	Item 100: Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.			Item 89: Der Therapeut stärkt die Abwehr.	Item 91: Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.
22	Kognitiv-behavioristischer Prototyp				Item 99: Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).	Item 92: Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.

Tab. 3.4.3: Übersicht aller 100 PQS Items, sortiert nach Prozesstyp und Prototyp

3.5 Grundlegende Fragestellungen und Hypothesen

Ziel der Arbeit ist es, das psychotherapeutische Prozessgeschehen mit den erreichten Ergebnissen (Strukturelle Veränderung des Patienten) in Beziehung zu setzen (HUSS als Outcome-Instrument und PQS als Prozessforschungs-Instrument).

Das Erkenntnisinteresse der Arbeit ist darauf fokussiert die strukturellen Veränderungen bei den Patienten im Verlauf der Therapie nach HUSS- Kriterien (Ergebnisforschung) und das kommunikative Geschehen in der Therapiesitzung im Sinne der PQS (Prozessforschung) zu bewerten. Weiterhin wird die Frage erörtert, was auf der Ebene der Interaktionen innerhalb der Therapie passiert, die in „normalen“ Praxen durchgeführt werden.

Die angestrebten Erkenntnisse beziehen sich auf die Frage, wie der therapeutische Veränderungsprozess zustande kommt. Also direkt auf das Therapeutenverhalten, das Patientenverhalten und die Interaktion zwischen Therapeut und Patient.

Hauptfragestellungen:

1. Waren die Therapien nach den HUSS-Kriterien erfolgreich und in welcher Therapiephase zeichnen sich strukturelle Veränderungen ab?
2. Auf welche therapeutischen Methoden und Interventionen sind die strukturellen Veränderungen zurückzuführen? Haben die Analytiker eher analytisch oder eher kognitiv-behavioristisch gearbeitet? (*PQS Prototyp (Ablon & Jones, 2000), PQS Prozesstyp (Orlinsky et al. 1986)*)
3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es zwischen den Verläufen der Einzelfälle?

Diese Fragen führen zu fünf weiteren **spezifischen Fragestellungen**:

- a) Wie entwickelt sich die Interaktion im Therapieverlauf (Vergleich zwischen Anfangs-, Mitte- und Endphase) bei den einzelnen Patienten und welche Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede gibt es auf der Ebene der einzelnen Interaktionen zwischen den Phasen der Therapie (Nach den Befunden beider Methoden)?
- b) Welche prototypischen Items charakterisieren die Behandlungen?
- c) Welche spezifischen Prozessvariablen charakterisieren die Behandlungen?
- d) Welche spezifischen Items können ein positives Ergebnis vorhersagen?
- e) Lassen sich zeitlich stabile Item-Muster in der Behandlung festzustellen?

Vier **Hypothesen** zum prozesshaften Geschehen innerhalb der hier bearbeiteten fünf analytischen Psychotherapien sollen im Auswertungsteil (Kapitel 5) untersucht werden:

1. Die Behandlungen aller Patienten sind nach HUSS-Kriterien erfolgreich: Die Patienten erreichen im Lauf der Therapie das Niveau der Neuintegration, die das Ergebnis der strukturellen Veränderung darstellt. Es zeigt sich ein stetiger Anstieg auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala in allen Fokusbereichen über alle Messpunkte hinweg.
2. Die Behandlungen sind überwiegend durch Elemente des spezifischen, psychoanalytischen Prototyps charakterisiert und weniger durch Items aus kognitiv-behavioristischem Prototyp.
3. Die positiven Therapieergebnisse können durch die am häufigsten Auftretenden Beziehungs-Prozesstyp- Items vorhergesagt werden. Beziehungs- Prozesstyp- Items gewinnen im Lauf der Therapie an Bedeutung.
4. Der Therapieverlauf bei allen Patienten erweist sich über den Zeitraum als stabil. Es lässt sich aber die Bewegung einiger Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol oder umgekehrt feststellen.

3.6 Design der vorliegenden Arbeit

Es steht eine Sequenz von 5 Einzelfallanalysen (Tabelle 3.6.1), bei denen eine systematische Beobachtung durchgeführt wird.

Tab. 3.6.1: Darstellung dse Patientenmaterials (T - Messzeitpunkt)

Patient	HUSS						PQS											
	T1	T2	T3	T4		T6	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240				
1	T1	T2	T3	T4			T1	T2	T83	T84	T160	T162	T218	T219				
2	T1	T2	T3	T4			T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231				
3	T1	T2	T3	T4			T1	T3	T81	T82	T163	T165	T243	T244	T303	T304	T386	T387
4	T1	T2	T3		T5	T6	T6	T7	T88	T87								
5	T1	T2																
							T1		T2		T3		T4		T5		T6	

Die Datenauswertung wird in jedem Fall in der gleichen Abfolge durchgeführt:

HUSS Auswertungen

Zunächst wurde als Basisdiagnostik die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) eingesetzt, die zu Beginn der Therapie (T1) mithilfe eines durch Video aufgezeichneten OPD-Interviews erfolgte. Auf der Grundlage des Interviews wurden OPD-Foki gemäß den Vorgaben des Manuals zur Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) festgestellt und auf dieser Skala eingeschätzt. Die Auswahl erfolgte nach folgendem Verfahren: Zwei Beurteiler sichteten

unabhängig voneinander die Interviews, mit denen sie getrennt voneinander eine Auswahl und ein Rating festlegten. Im folgenden Vergleich der Befunde wurden nach Diskussion und Konsensusbildung die Ergebnisse in einem Gutachten festgehalten. Die zur Messung T1 ausgewählten Foki wurden unter Heranziehung weiterer OPD-Interviews nach 80 Stunden (T2), nach 160 Stunden (T3) und nach 240 Therapiestunden (T4) nach dem gleichen Auswahlverfahren erneut geprüft und auf der HUSS bewertet.

Für die Patienten 1 und 4 gibt es keinen Messzeitpunkt T4. Für den Patienten 1 liegt jedoch ein Katamnese-Interview ein Jahr nach Therapieschluss vor. Für den Patienten 4 liegt die Messung T5 (um die 300. Stunde) und T6 (um die 380. Stunde) vor. Deshalb werden bei den Patienten für den Vergleich nur Materialien zu den ersten 4 Messzeitpunkten herangezogen.

PQS Auswertungen:

Gearbeitet wurde im dyadischen Team, das zuvor eine Schulung unter der Leitung von Dr. Raymond Levy erfolgreich absolviert und eine Interrater-Reliabilität über 0.50 erreicht hat. Jede Messung umfasste zwei Therapiestunden (siehe auch Tabelle 3.6.1). Die zugehörigen Tonaufnahmen wurden verblindet, ohne Wissen um den Patienten oder die jeweilige Therapiestunde, ausgewertet.

Für jede Tonaufnahme wurde zunächst von beiden unabhängig Beurteilenden ein Rating erstellt. Im Anschluss daran wurden die Ratings systematisch durchgesprochen und eine Einigung auf ein sogenanntes Konsensrating, für jedes der 100 Items, erzielt. Mit diesem Konsensrating wurde weitergearbeitet und weitergerechnet. Dieses Vorgehen erweist sich deswegen als hilfreich, weil dadurch das individuelle systematische Ratingbias eliminiert werden kann.

Um besonders charakteristische Aspekte des therapeutischen Prozesses abzubilden, also zu ermitteln, welche Items im Mittel (über alle Untersuchungszeiten, alle Therapiestunden und die Bewertung beider Beurteiler) besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch für die Behandlung sind, wurde eine Rangfolge der Mittelwerte gebildet und die 10 Items mit den höchsten Mittelwerten und die 10 Items mit den niedrigsten Mittelwerten ausgewählt. Weil nur zwei „Rater“ die Charakteristik der Items (auf der Skala von 1 bis 9) bewertet haben, hat sich nach der Mittelwertbildung für bestimmte Messzeitpunkte bei mehr als zehn Items ein gleich hoher/niedriger Wert ergeben. In diesen Fällen wurden alle Items aus dem jeweiligen charakteristischen Bereich mit gleich hohen/niedrigen Mittelwerten berücksichtigt, um einen willkürlichen Ausschluss von Items zu vermeiden. Diese Items wurden mit der Indikation der Zugehörigkeit zum Prozesstyp (nach Orlinsky) und zum Prototyp (nach Ablon und Jones) in der

Tabelle dargestellt. Es wird angenommen, dass diese Items eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktion in der Analyse liefern.

Um Unterschiede zwischen der Anfangs-, Mittel- und Endphase der Therapie beschreiben zu können, werden jeweils die zwei Stunden für die Messungen T1, T2, T3 und T4 in einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt. Auf die Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden, wurde näher eingegangen. Für jedes Item (aus der Gruppe charakteristischen/uncharakteristischen Items) wurde die Zugehörigkeit zum Prozesstyp und Prototyp ermittelt und deren Verteilung im Therapieverlauf graphisch dargestellt.

Es erweist sich als hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikroniveau* (Item per Item Analyse) und dem *Makroniveau* (Mittelwerte-Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei Intra-Patienten-Untersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozesstyp und zum Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mittels Farben verwendet.

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb wurden zwei Methoden des Mittelwertenvergleichs verwendet: zuerst wurden die Mittelwerte aller 100 Items ermittelt. Da der PQS aber eine ipsative Methode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung vom Symmetriewert (5), also Mittelwert > 5 spricht also tendenziell für eine charakteristische Richtung. Ein Mittelwert < 5 entspricht einer uncharakteristischen Tendenz und ein Mittelwert = 5 zeigt entweder den neutralen Bereich oder das Ergebnis eines „Auslöschungseffekts“ bei gleichem Anteil von charakteristischen und uncharakteristischen Items an.

Bei der zweiten Methode wurden die Items transformiert und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (Wert 5) bekommen den Wert 1 zugeordnet, die wichtigen (Werte 1, 9) eine 5. Somit ergeben sich dann abgestuft die Werte:

$$\begin{aligned} 1 &\Leftrightarrow 5 \\ 2 &\Leftrightarrow 4 \\ 3 &\Leftrightarrow 3 \\ 4 &\Leftrightarrow 2 \\ 5 &\Leftrightarrow 1 \\ 6 &\Leftrightarrow 2 \\ 7 &\Leftrightarrow 3 \\ 8 &\Leftrightarrow 4 \\ 9 &\Leftrightarrow 5 \end{aligned}$$

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger, eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Um episodische Veränderungen im analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu ermitteln, wurden die Itemswerte aller Ratings aller Sitzungen miteinander verglichen und die Spannweite (SpannW) als Differenz zwischen der maximalen und der minimalen Ausprägung des jeweiligen Items ermittelt. Nunmehr wurden all jene Items, die sich in ihrem Verlauf über alle Messzeitpunkte um mehr als vier Intervalle auf der neunstufigen Skala verschoben haben, im einzelnen aufgelistet und kurz interpretiert.

Nach der Betrachtung und Bearbeitung aller Messzeitpunkte der einzelnen Patienten mit beiden Methoden, konnten die Ergebnisse der HUSS und des PQS nun verglichen und interpretiert werden. Abschließend wurden die Ergebnisse aller fünf Patienten gegenübergestellt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht.

4 Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Das folgende Kapitel liefert eine Darstellung der Ergebnisse der einzelnen analytischen Psychotherapien der fünf Patienten. Aus Datenschutzgründen wurden die Therapieergebnisse anonymisiert; dazu wurden u. a. das Geschlecht des Therapeuten und Patienten vereinheitlicht (männliche Fassung), die Patientenkodes weggelassen und durch eine schlichte Nummerierung (eins bis fünf) ersetzt.

Die Patientenauswertungen werden der Reihe nach einzeln dargestellt. Zunächst werden die Auswertungen auf Basis des OPD-Interviews (HUSS), dann die PQS Auswertungen dargelegt. Daran anschließend erfolgt der Vergleich beider Methoden (HUSS - PQS) für die einzelnen Patienten. Abschließend werden die Ergebnisse aller Patienten gegenübergestellt.

4.1 Patient 1

Der Patient ist zum Zeitpunkt des ersten OPD-Interviews Anfang 20, Student. Er zeigt folgende Symptome: Selbstwertstörung, soziale Unsicherheit und Ängstlichkeit, die eine Zeit lang in Panikattacken ausartete. Der Patient hatte Schwierigkeiten, sein Selbstbild zu formulieren und seine Affekte zu differenzieren. Er konnte weder sich noch eine andere Person treffend beschreiben. Am Anfang der psychoanalytischen Therapie hatte der Patient sich zum Ziel gesetzt, nicht mehr gehemmt zu sein, sich unter Menschen wohlzufühlen, das was er sich vorgenommen hat, auch durchführen und leichter Entscheidungen treffen zu können.

Die Therapie hat insgesamt vier Jahre (300 Stunden) gedauert, fand im Liegen statt, in der Regel drei mal pro Woche (die ersten 30 Stunden und die letzten 60 Stunden mit zwei Sitzungen pro Woche). Ein Jahr nach dem Therapieschluss gab es ein Katamnese-Interview.

4.1.1 HUSS Auswertung

Es wurden beim Patienten 1 folgende fünf Fokus-Probleme aus den drei OPD-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ ausgewählt:

1. Beziehungsdimensionale Formulierung
2. Konfliktfokus: Selbstwertkonflikt
3. Konfliktfokus: Unterwerfungs/Kontrolle, Strukturfokus: Kommunikation
4. Strukturfokus: Selbstwahrnehmung
5. Strukturfokus: Objektwahrnehmung

Die fünf Foki wurden zu jedem weiteren Messzeitpunkt auf der Grundlage erneuter Interviews nochmals beurteilt, sodass die Veränderungen beim Patienten als Bewegungen der Foki auf der Umstrukturierungsskala sichtbar werden. Abb. 4.1.1 zeigt die Bewegung der fünf Fokusthemen im Beobachtungszeitraum über die drei Messzeitpunkte. Es liegen beim Patienten 1 keine Messzeitpunkte T4 und T5 vor; nur ein Katamnese- Interview (T6) ein Jahr nach dem Therapieschluss

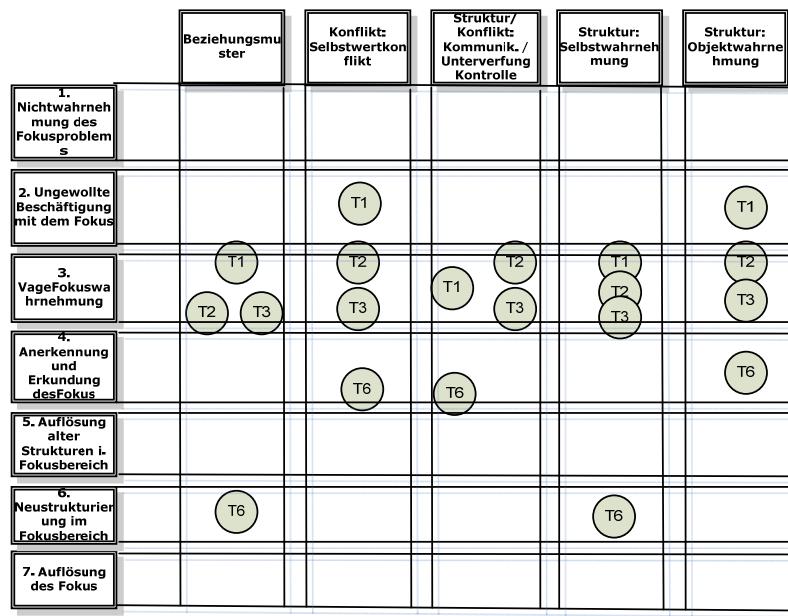


Abb. 4.1.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 1⁴

Bei Betrachtung des Verlaufs über alle vier Messzeitpunkte konnte festgestellt werden, dass der Patient in der HUSS-Wertung der Foki zu T1 durchgehend zwischen Stufe 2 und 3 eingeschätzt wurde. In Abbildung 4.1.1 wird deutlich, dass es bei allen OPD-Foki zu einem Anstieg gekommen ist. Auffallend ist hierbei, dass sich die Verläufe sowohl innerhalb der Konflikt-Foki als auch innerhalb der Struktur-Foki unterschiedlich verhalten. Die Foki Selbstwertkonflikt und Objektwahrnehmung werden bereits zum Termin T1 niedriger als die drei anderen Foki eingestuft, sie zeigen aber einen ähnlich steigen Zuwachs der Werte auf der Skala.

Nach unseren Einschätzungen ist es dem Patienten im Lauf der Therapie gelungen, vom Status geringer Bewusstheit in Bezug auf die Fokusprobleme - (Stufe 2) - zu einem verantwortlichen Umgang mit ihnen - (Stufe 3+) - fortzuschreiten. Wie die klinische Erfahrung zeigt, können äußere Veränderungen in Psychoanalysen durchaus längere Zeit ausbleiben und sich zu einem späteren

⁴ Die Abbildung zur Umstrukturierung der OPD-Foki wurde in Anlehnung an Rudolf (2001, S.253) erstellt.

Zeitpunkt spontan einstellen, wenn eine Lösung innerlich genügend vorbereitet ist. Dies geschieht auf den Stufen 6 und 7, wenn sich die alten, verfestigten Strukturen der Abwehr aufgelöst haben (Rudolf, 2001, S. 254). Bei diesem Patienten, ist die Entwicklung der zwei Fokusbereiche, in denen die Neustrukturierung stattfindet (Stufe 6), erst beim Katamnese Interview, ein Jahr nach dem Therapieschluss festzustellen.

Die Tabellen 4.1.1 – 4.1.5 zeigen eine komprimierte Form der Beschreibung des Stands der Bearbeitung des jeweiligen Fokus.

In der Tabelle 4.1.1 handelt es sich um die Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters. Es wird eine Entwicklung gezeigt, bei der der Patient von einer übermäßigen Schüchternheit, Gehemmtheit und Ängstlichkeit im Hinblick auf abweisende Reaktionen seiner Umgebung, zu einem Zustand gelangt, bei dem Racheimpulse gegen und Schuldzuweisungen an wichtige Personen vom Bemühen um Ausgleich und eine gerechte Bewertung abgelöst werden.

Tab. 4.1.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 1

MZP	HUSS Wert	Umgang des Patienten mit dem Fokus
T1	3- (Vage Fokuswahrnehmu ng Tendenz zur Stufe 2, ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)	<p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich zurückzieht und von den anderen abschottet, obwohl er sich dann oft alleine fühlt und gerne engere Freunde hätte.</p> <p>Der Patient erlebt seine Eltern so, dass sie ihm zu viel Freiraum lassen, ihn viel alleine machen lassen und ihn vernachlässigen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten so, dass er versucht zu harmonisieren und Aggressionen zu vermeiden. Er gibt sich zum Teil selbst die Schuld, will sich nicht oder nur wenig anderen anvertrauen und möchte sich ganz allgemein nicht bedürftig zeigen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patientin so, dass er sich um ihn besonders kümmern möchte und muss.</p>
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmu ng Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	<p>Der Patient erlebt sich immer noch so, dass er sich zurückzieht und von den anderen abschottet.</p> <p>Der Patient erlebt seine Eltern immer noch so, dass sie ihm zu viel Freiraum gewährt und sich nicht für ihn interessiert haben. Er erwartet von Anderen, dass sie ihn ignorieren und zurückweisen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten so, dass er sich anpasst und sich seinen Freunden gegenüber unterwürfig verhält. Im Vergleich zum Zeitpunkt des ersten Gesprächs versucht er in der Beziehung zu seiner Freundin mehr Grenzen zu setzen und mehr Selbstständigkeit für sich zu beanspruchen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten noch immer so, dass er sich um ihn besonders kümmern möchte und ihn umsorgen und beschützen muss.</p>
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmu ng Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	<p>Wenn es dem Patienten nicht so gut geht, erlebt sich der Patient so, dass er sich zurückzieht und von den anderen abschottet.</p> <p>Der Patient erlebt seine Eltern immer noch so, dass sie ihm in der Kindheit zu viel Freiraum gewährt haben, ihn im Stich und alleine machen gelassen haben.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten so, dass er sich seinen Freunden schon weniger anpasst und aufgibt</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten noch immer so, dass er sich um ihn besonders kümmern möchte, sich um ihn sorgen und ihn beschützen muss.</p>

	6 (Neuordnung des Fokusbereichs)	<p>Der Patient braucht die alten Abwehrformen und Verhaltensweisen nicht mehr, um sich vor unannehbaren Ereignissen und Erkenntnissen zu schützen, was sich am besten in der Beziehung zur Mutter zeigt. Er versucht seine Mutter mit anderen Augen zu betrachten und geht „gütiger“ an sie heran. Er erlebt sich so, dass er mehr Selbständigkeit für sich beansprucht. Er ist offener, lässt sich nicht mehr alles vorschreiben und nimmt sich nicht mehr so stark wie früher zurück.</p> <p>Der Patient erlebt seine Mutter so, dass sie ihm zu wenig Freiraum gewährt und ihn andauernd kontrolliert.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich weniger zurückzieht, offener und selbstbewusster geworden ist.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich so, dass er am Patienten bewundert, was der bisher erreicht hat. Er möchte ihn weiterhin darin bestätigen, dass der Weg, den er eingeschlagen hat der richtige ist.</p>
--	--	--

In der Tabelle 4.1.2 handelt es sich um den Fokus „Selbstwertkonflikt“, der in der Fokusliste als lebensbestimmender Konflikt aufgelistet ist. Es stellt sich auch hier eine Entwicklung dar, in der der Patient über den Weg eines brüchigen und resignierten Selbstwertgefühls, zum Zustand einer gerechteren Beurteilung seines Selbst gelangt.

Tab. 4.1.2: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 1⁵

MZP	HUSS Wert
T1	2 (ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3- (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 2, ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 4, Erkundung des Problembereichs)
T6 Katamnese	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)

In der Tabelle 4.1.3 handelt es sich um zwei Foki: Strukturfokus „Kommunikation“ (Kontakt und Mitteilen eigener Affekte) und Konfliktfokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“. Da das Thema Unterwerfung vs. Kontrolle zum Zeitpunkt des zweiten und dritten Gesprächs beim Patienten eine größere Rolle als das Thema Kommunikation spielt, haben wir sie als Fokus ausgewählt. Am Anfang der Therapie ist der Patient nur begrenzt fähig, seine innere Welt nach außen hin mitzuteilen und sich auf andere auszurichten. Zum zweiten Zeitpunkt konnten wir feststellen, dass dies aber eher mit seiner Unterwürfigkeit zusammenhängt und damit, dass er sich nicht traut, für

⁵ Aus Datenschutzgründen wird die Beschreibung des Umgangs des Patienten mit dem Fokus nicht veröffentlicht.

sich einzustehen. Im Lauf der Therapie wird der Patient zunehmend konfliktfähiger. Er kann Aggression mehr zulassen, sich mehr anderen gegenüber abgrenzen.

Tab. 4.1.3: Entwicklung der Foki „Kommunikation/ Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 1

MZP	HUSS Wert
T1	Kommunikation (Kontakt, Mitteilen eigener Affekte) 3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T2	Unterwerfung vs. Kontrolle 3- (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 2, ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	Unterwerfung vs. Kontrolle 3+ (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T6 Katamnese	Kommunikation (Kontakt, Mitteilen eigener Affekte) 4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)

In der Tabelle 4.1.4 handelt es sich um den Fokus „Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Es stellt sich auch hier eine Entwicklung dar, in der der Patient durch eine weitgehend fehlende selbstreflexive Fähigkeit in einen Zustand der Neustrukturierung gelangt, in dem er seine Stärken und Schwächen besser einschätzen und beurteilen und seine Defizite akzeptieren kann.

Tab. 4.1.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion“, Pat. 1

MZP	HUSS Wert
T1	3- (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T6 Katamnese	6 (Neuordnung des Fokusbereichs)

In der Tabelle 4.1.5 handelt es sich um den Fokus „Objektwahrnehmung - Selbst-Objekt-Differenzierung“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Es stellt sich auch hier eine Entwicklung dar, in der der Patient von einer undifferenzierten Wahrnehmung seiner

Mitmenschen, auf einem guten Weg zu einer Unterscheidung dessen ist, was ihm und was den anderen gehört.

Tab. 4.1.5: Entwicklung des Fokus „Objektwahrnehmung - Selbst-Objekt-Differenzierung“, Pat. 1

MZP	HUSS Wert
T1	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3- (Vage Fokuswahrnehmung Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T6 Katamnese	4 (Anerkennung und Erkundung des Problemreichs)

Ein Vergleich der Mittelwerte aller HUSS-Foki über die einzelnen Messzeitpunkte (Diagramm 4.1.1) lässt erkennen, dass bei Patient 1 zwischen T1 und T2, T2 und T3 nur geringe Veränderungen festzustellen sind (MW T1: 2,48; MW T2: 2,88; MW T3: 3,24; MW-Diff.: -0,40; -0,36). Hingegen ist es aber zwischen dem Beginn der Behandlung und der Katamnese (MW T1: 2,48; MW T6: 4,92; MW-Diff.: -2,44) sowie zwischen der 160. Therapiestunde und der Katamnese zu einem deutlichen Anstieg (MW T3: 3,24; MW T6: 4,92; MW-Diff.: -1,68) der Foki gekommen.

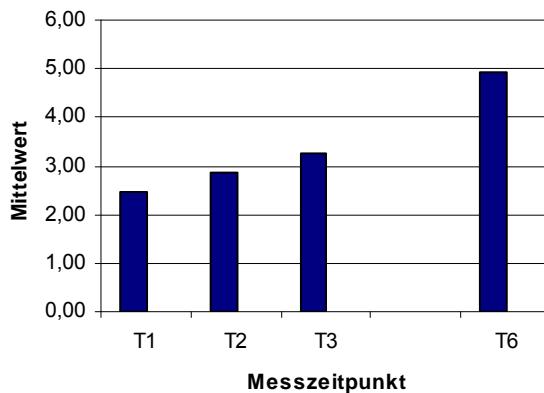


Diagramm 4.1.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 1

4.1.2 PQS Auswertung

In einem ersten Schritt werden die im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzten Items (über alle vier Untersuchungszeitpunkte mit jeweils zwei Therapiestunden und der Bewertung beider Beurteiler) dargestellt. Anschließend wird eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Die zehn Items mit dem höchsten und die zehn Items mit dem niedrigsten Mittelwert werden in einer Tabelle mit der Zugehörigkeit zum Prozesstyp und dem Prototyp dargestellt. Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu verdeutlichen, werden jeweils zwei Therapiestunden zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4 zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

In den Tabellen werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Ch.I.	Charakteristische Items
R.I.	Uncharakteristische Items (R= reversed) sind Items, deren Inhalt bei der Beschreibung der jeweiligen Therapiephase invertiert wurde, um narrative Konsistenz beizubehalten
T-P-Beziehung	Items der Therapeut Patient Beziehung
Pat. Items	Patienten Items
Therap. Items	Therapeuten Items
Operations Items	
Realisierungs Items	
PA	Psychoanalytische Prototyp Items
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle acht Stunden

Zunächst soll dargestellt werden (Tab. 4.1.6), welche Items im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Diese Items liefern eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen während der Analyse.

Der Patient wird insgesamt als sehr ängstlich und angespannt (Item 7) beschrieben, er fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59). Oft drückt er intensive Gefühle aus, hat Gefühlsausbrüche und fühlt sich tief beunruhigt (Item 56, R.I.). Er übernimmt selbst Verantwortung für seine Probleme (Item 34, R.I.). Der Patient spricht häufig unzusammenhängend und schweift (vom

Thema) ab (Item 54, R.I.). Der Patient ist aber auch entgegenkommend. Er setzt sich aktiv mit Gedankengängen auseinander, die für ihn oft emotional belastend sind (Item 58, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass sich der Patient vertrauensvoll und arglos gibt (Item 44, R.I.). Er bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14 R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut hinterfragt, formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), fragt nach mehr Informationen (Item 31) und zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder Verhalten des Patienten auf (Item 62). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23), u.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35), seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69).

Tab. 4.1.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 1

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items für die 4 Messzeitpunkte, Pat. 1		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,4
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs.	8,3
62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	8,3
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,3
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	8,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	7,9
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	7,8
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7,8
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,6
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen.	7,6
Die 10 uncharakteristischsten Items		
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. Er nimmt sie an).	1,4
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,8
89	Der Therapeut stärkt eine abwehrende Haltung..	1,8
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1,9
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	1,9
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	1,9
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2,0
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich .	2,1
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2,1
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	2,1

T-P-Beziehungs Items		4 R.I: 14, 42, 44, 49
Pat. Items	2 Ch.I: 7, 59	4 R.I: 34, 54, 56, 58
Therap. Items		1 R.I: 9
Operations Items	4 Ch. I: 31, 62, 65, 81	1 R.I: 89
Realisierungs Items	4 Ch.I: 23, 63, 69, 35	
PA Items:	2 Ch.I: 35, 62	
KB Items:	3 Ch. I: 69, 23, 31	

Charakteristische und uncharakteristische Items getrennt für die Anfangs-, Mittel- und Endphase

Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu beschreiben, werden jeweils die zwei Stunden zu T1, T2, T3 und T4 zu einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Nach der Mittelwertbildung der Items haben mehrere Items einen gleich hohen/niedrigen Wert bekommen. Deshalb sind für bestimmte Messzeitpunkte mehr als 10 jeweils charakteristische und uncharakteristische Items definiert worden.

Beschreibung der Anfangsphase (13. und 14. Therapiestunde)

Der Patient ist extrem ängstlich und angespannt (Item 7). Er fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59), wirkt scheu, verlegen oder unsicher (Item 61), empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26), fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94). Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld (Item 71), hat Gefühlsausbrüche und fühlt sich tief beunruhigt (Item 56, R.I.). Er spricht häufig unzusammenhängend und schweift (vom Thema) ab (Item 54, R.I.). Er versucht aber auch sich aktiv mit Gedankengängen auseinanderzusetzen, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Es ist für den Beginn der Therapie typisch, dass der Patient die Verantwortung für seine Probleme selbst übernimmt (Item 34, R.I.).

Der Therapeut vermittelt weder durch seinen Ton, seine Stimme noch durch die Art seiner Kommentare, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

In der Anfangsphase ist es typisch für **die Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten, dass der Patient zögert, angemessene und normale Bitten an den Therapeuten zu richten (Item 83, R.I.). Er bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vor Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen

des Patienten her (Item 100) der Patient sich angepasst verhält (Item 20, R.I.). Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter (Item 39, R.I.).

Therapeutische Operationen: Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patient das Erzählen zu erleichtern (Item 3). Der Therapeut klärt, formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), erfragt die Sichtweise des Patienten (Item 99) und zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder Verhalten des Patienten auf (Item 62). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.), weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin (Item 36) und interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35), sowie seine aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation (Item 69). Die Diskussion ist oft auf kognitive Themen zentriert (Item 30) und der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet (Item 73).

Tab. 4.1.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 1

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items zum 1. Messzeitpunkt, Pat. 1		
PQS No	Die 19 charakteristischsten Items	Mittelwert
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	9
62	Der Therapeut nimmt Bezug auf ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema	8,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,5
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	8
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	8
61	Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	7,5
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf ab, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.	7
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	7
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.	7
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.	7
73	Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	7
99	Der Therapeut erfragt die Sichtweise des Patienten (vs. Bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).	7
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	7

Die 12 uncharakteristischsten Items		
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,0
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1,5
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2,0
51	Der Therapeut verhält sich herablassend gegenüber dem Patienten oder behandelt ihn von oben herab.	2,0
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	2,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2,0
83	Der Patient ist fordernd.	2,0
89	Der Therapeut stärkt eine abwehrende Haltung.	2,0
20	Der Patient provoziert; er testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	2,0
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	2,0

T-P-Beziehungs Items

1 Ch.I: 100

6 R.I: 14, 20, 39, 42, 49, 83

Pat. Items

6 Ch.I: 7, 26, 59, 61, 71, 94

4 R.I: 34, 54, 56, 58,

Therap. Items

1 R.I: 51

Operations Items

7 Ch.I: 3, 36, 62, 65, 67, 81, 99

1 R.I: 89

Realisierungs Items

5 Ch.I: 23, 30, 69, 35, 73

PA Items:

6 Ch.I: 3, 35, 36, 62, 67, 100

KB Items:

4 Ch.I: 23, 30, 69, 73

Beschreibung der 1. Mittelphase (72. und 74 Therapiestunde)

Die **1. Mittelphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** davon spricht, dass er eine größere Distanz zu und Unabhängigkeit von seiner Freundin will (Item 29), er fühlt sich noch immer unzulänglich und unterlegen (Item 59). Er spricht immer noch unzusammenhängend (Item 54, R.I.) aber er versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzen, die emotional belastend für ihn sind (Item 58, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Durch seinen Ton, seine Stimme und durch die Art seiner Kommentare vermittelt er, dass er sich nicht überlegen fühlt (Item 51, R.I.). Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6).

Was in der Mittelphase in **der Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten neu ist, zeigt sich darin, dass der Patient die Beziehung nicht zu kontrollieren versucht, sondern mit dem Therapeuten zusammenarbeitet (Item 87, R.I.) und sich vertrauensvoll und sicher gibt (Item 44, R.I.). Er bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vor Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.), äußert anerkennende Bemerkungen in Bezug auf den Therapeuten (Item 1, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut hinterfragt, formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), fragt nach mehr Informationen (Item 31) und zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder Verhalten des Patienten auf (Item 62). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Neu in der Mittelphase ist, dass die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten, seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen ein zentraler Fokus des Gespräches sind (Item 63). In dieser Therapiestunde wird auch über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen (Item 64). Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. das Selbstbild (Item 35) sowie die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69).

Tab. 4.1.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 1

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items zum 2. Messzeitpunkt, Pat. 1		
PQS No	Die 12 charakteristischsten Items	Mittelwert
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	9
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,5
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,5
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen.	8
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8
62	Der Therapeut nimmt Bezug auf ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema	8
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	8
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7,5
29	Der Patient spricht davon, dass er eine Trennung von oder Distanz zu einer Person haben will.	7,5
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. Effektiv und überlegen).	7,5
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7,5
Die 11 uncharakteristischsten Items		
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	1,5
87	Der Patient kontrolliert.	1,5
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	2
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2
89	Der Therapeut stärkt eine abwehrende Haltung.	2
1	Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	2

T-P-Beziehungs Items		6 R.I: 1, 14, 42, 44, 49, 87
Pat. Items	2 Ch.I: 29, 59	2 R.I: 54, 58
Therap. Items	1 Ch.I: 6	2 R.I: 9, 51
Operations Items	4 Ch.I: 31, 62, 65, 81	1 R.I: 89
Realisierungs Items	5 Ch.I: 23, 63, 64, 69, 3	
PA Items:	3 Ch.I: 6, 62, 35	
KB Items:	3 Ch.I: 23, 31, 69	

Beschreibung der 2. Mittelphase (160. und 161. Therapiestunde)

Die 2. Mittelphase der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass **die Patienten-** Items, ähnlich wie zum 1. Messzeitpunkt, überwiegen. Der Patient wird insgesamt als ängstlich und angespannt (Item 7) beschrieben. Er fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59), ist schüchtern und verlegen (Item 61). Oft drückt er intensive Gefühle aus, hat Gefühlsausbrüche und fühlt sich tief beunruhigt (Item 56, R.I.). Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26). Er übernimmt selbst die Verantwortung für seine Probleme (Item 34, R.I.). Er macht sich selbst Vorwürfe oder fühlt sich schuldig (Item 71). Der Patient spricht häufig unzusammenhängend; schweift vom Thema ab (Item 54, R.I.). Seine Äußerungen wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen (Item 97, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben, er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6). Er vermittelt durch seinen Ton, seine Stimme und durch die Art seiner Kommentare, dass er sich nicht überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

In der Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten gibt sich der Patient vertrauensvoll und sicher (Item 44, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.).

Therapeutische Operationen Der Therapeut formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), fragt nach mehr Informationen (Item 31) und zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder Verhalten des Patienten auf (Item 62). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.) und interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67).

Therapeutische Realisierung: Die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten und seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen sind ein zentraler Fokus des Gesprächs (Item 63), das Gespräch hat einen spezifischen Fokus (Item 23). In dieser Therapiestunde wird auch über

Selbstbild des Patienten (Item 35) und über die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69) gesprochen. Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (Item 28).

Tab. 4.1.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 1

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items zum 3. Messzeitpunkt, Pat. 1		
PQS No	Die 16 charakteristischsten Items	Mittelwert
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	9,0
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	9,0
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	8,5
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.	8,5
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen.	8,0
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,0
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,0
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	7,5
61	Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	7,5
62	Der Therapeut nimmt Bezug auf ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	7,5
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7,5
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7,5
Die 10 uncharakteristischsten Items		
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	1
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	2
89	Der Therapeut stärkt eine abwehrende Haltung.	2
97	Der Patient ist introspektiv; er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	2

T-P-Beziehungs Items

Pat. Items **5 Ch.I:** 7, 26, 59, 61, 71 **3 R.I:** 42, 44, 49

Therap. Items **1 Ch.I:** 6 **4 R.I:** 97, 34, 54, 56

Operations Items **5 Ch.I:** 31, 62, 65, 67, 81 **2 R.I:** 9, 51

Realisierungs Items **5 Ch.I:** 23, 28, 35, 63, 69 **1 R.I:** 89

PA Items: **4 Ch.I:** 6, 35, 62, 67

KB Items: **4 Ch.I:** 23, 28, 31, 69

Beschreibung der Endphase (238. und 240. Therapiestunde)

Die **Endphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** intensive Gefühle ausdrückt (Item 56, R.I.) und sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt (Item 58, R.I.). Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6). Er nimmt auch eine entgegenkommende Haltung ein (Item 45).

In **der Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten erscheint der Patient vertrauensvoll und sorglos (Item 44, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen der Therapeutin zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Er bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.) und die Bemerkungen des Therapeuten problemlos versteht (Items 5, R.I.). Der Patient verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.) und die Beziehung hat kein rivalisierenden Charakter (Item 39, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut hinterfragt, formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), fragt nach mehr Informationen (Item 31) und zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder Verhalten des Patienten auf (Item 62). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten und seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen sind ein zentraler Fokus des Gesprächs (Item 63). In dieser Therapiestunde wird auch über Selbstbild des Patienten (Item 35) und über die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69) gesprochen. Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert (Item 30).

Tab. 4.1.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 1

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items zum 4. Messzeitpunkt, Pat. 1		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
62	Der Therapeut nimmt Bezug auf ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	8,5
45	Der Therapeut nimmt eine entgegenkommende Haltung ein.	8,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,0
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicheren Schilderungen.	8,0
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,0
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	8,0

Die 11 uncharakteristischsten Items		
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	1
89	Der Therapeut stärkt eine abwehrende Haltung.	1
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	1,5
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	2

T-P-Beziehungs Items

Pat. Items

7 R.I: 5, 14, 39, 42, 44, 49, 52

2 R.I: 56, 58

Therap. Items

2 Ch.I: 6, 45

1 R.I: 9

Operations Items

4 Ch.I: 31, 62, 65, 81

1 R.I: 89

Realisierungs Items

4 Ch.I: 35, 30, 63, 69

PA Items:

3 Ch.I: 6, 35, 62

KB Items:

4 Ch.I: 30, 31, 45, 69

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prozesstyp)

Es wird zu jedem Item (aus der Gruppe der charakteristischen/uncharakteristischen Items) Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt. Das Diagramm 4.1.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Prozesstyp- Items im Therapieverlauf.

Für **die Anfangsphase** ist es typisch, dass die Patienten-Items am häufigsten vorkommen und dann als Reaktion den Therapeuten Operations-Items vorkommen. Auf besondere Verlegenheit des Patienten, seine Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit reagiert der Therapeut sowohl mit Nachfragen, Neuformulierung und Betonung der Gefühle des Patienten, als auch mit Interventionen, die dem Patienten das Sprechen erleichtern. Andererseits tut der Therapeut nichts um bedrohliche Gedanken zu unterdrücken und konfrontiert den Patienten mit den in seinem Leben wiederkehrenden Mustern. Dies ermöglicht dem Patienten seine seelischen Zustände kennen zu lernen. Während am Anfang der Therapie der Patient noch zögert und sich damit zurückhält, angemessene Bitten an dem Therapeuten zu richten, ist **die 1. Mittelphase** dadurch gekennzeichnet, dass Items, die die Therapeuten-Patienten-Beziehung beschreiben, in den Vordergrund treten. Der Patient zeigt sich vertrauensvoll. Er fühlt sich vom Therapeuten verstanden und arbeitet mit ihm zusammen. Dies spricht dafür, dass es in dieser Phase gelungen ist, ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu etablieren. Neu in der Mittelphase ist, dass der Patient schon bereit ist über seine sozialen und beruflichen Beziehungen zu sprechen und dass er über seine persönlichen und emotionalen Verwicklungen sprechen kann. Es wird auch über seine Liebesbeziehungen gesprochen.

Die 2. Mittelphase der Therapie ist wieder dadurch geprägt, ähnlich wie zum 1. Messzeitpunkt, dass die Patienten-Items überwiegen. Der Patient empfindet unangenehme und schmerzliche Gefühle, er macht sich selbst Vorwürfe, fühlt sich schuldig und seine Äußerungen wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen. Es scheint, dass es in dieser Phase zu einem krisenhaften Einbruch kam. Darauf reagiert der Therapeut so, dass er besonders einfühlsam und empathisch reagiert.

Die Endphase der Therapie ist stärker dadurch gekennzeichnet, dass die Patienten-Items und die Therapeuten-Patienten-Beziehung Items am häufigsten vorkommen. Der Patient setzt sich aktiver mit Gedankengängen auseinander. Schuldgefühle spielen keine Rolle mehr. Es gibt keine Anzeichen von Ängstlichkeit oder Unsicherheit mehr, die so typisch für die Anfangsphase waren. Neu ist auch, dass der Patient jetzt stark genug ist und sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut seine Probleme lösen wird. Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein. Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen Patient und Therapeut, in der sich beide in ihrem Verhalten gegenseitig beeinflussen.

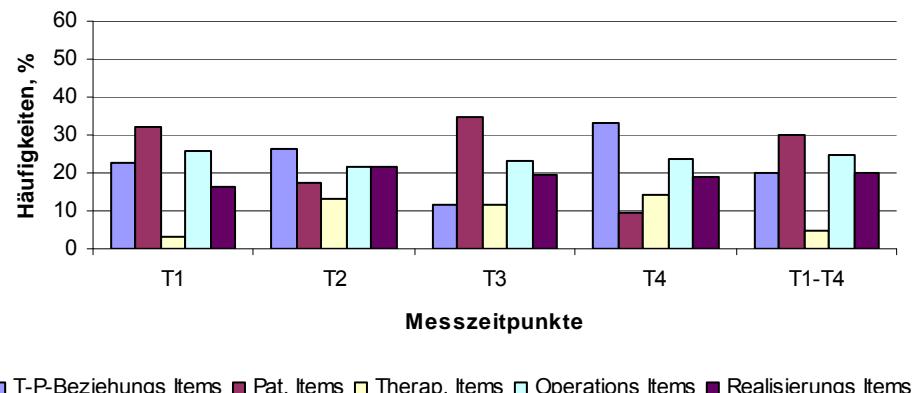


Diagramm 4.1.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat.1

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prototyp)

Die ermittelten charakteristischen und uncharakteristischen Items sind keine Items, die man als typisch „psychoanalytisch“ (Diagramm 4.1.3) bezeichnen würde, was aber auf strukturelle Charakteristika des Patienten zurückzuführen ist. Hier ist das HUSS Rating hilfreich. Demzufolge hat der Patient strukturelle Schwächen in den Bereichen Kommunikation (Mitteilen eigener Affekte), Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion sowie Selbst-Objekt-Differenzierung. Das lässt vermuten, dass der Patient noch nicht in der Lage ist, ausschließlich mit „psychoanalytischen“ Items zu arbeiten. Er ist in einem Zustand, in dem er noch Unterstützung und eine supportive

Haltung braucht. Deshalb überwiegend am Anfang der Therapie typisch „psychoanalytische“ Items. Im weiteren Verlauf kombiniert der Therapeut „psychoanalytische“ mit typisch „kognitiv-behavioristischen“ Interventionen.

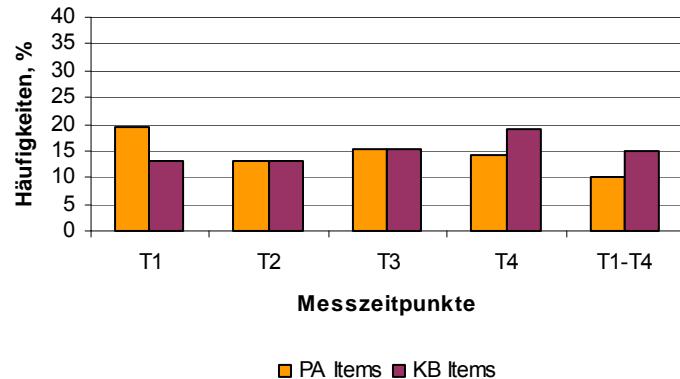


Diagramm 4.1.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 1

Mikroanalyse: Veränderung der Charakteristik der 100 Items über die 8 Therapiestunden pro PQS Prozesstyp und Prototyp

Es ist sehr hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikro* Niveau (Item per Item Analyse) und dem *Makro* Niveau (Mittelwerte- Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei intra- Patientenuntersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mit Farben verwendet.

In den folgenden Tabellen wurden die Veränderungen der Items über alle Sitzungen farblich dargestellt. Dabei werden besonders uncharakteristische Items im rötlichen Farbenbereich und besonderes charakteristische Items im grauen abgebildet (Tab. 4.1.11)

Tab. 4.1.11: Farbkodierung der Items (pro Charakteristik)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
besonderes uncharakteristisch			neutral			besonderes charakteristisch		

Es wurden über alle acht Sitzungen Mittelwerte (MW) als Sortierungskriterium gewählt. Deshalb sind in den Tabellen besonders uncharakteristische Items oben und besonders charakteristische Items unten dargestellt. Es wurde auch die Spannweite (SpannW), als Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung des jeweiligen Items, ermittelt. Sowohl die Zugehörigkeit zum Prototyp (Proto) als auch zum Prozesstyp (Prozess) wird in den Tabellen dargestellt.

Dabei werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

KB	kognitiv- behavioristischer Prototyp
PA	psychoanalytischer Prototyp
V	Vertrags-Prozesstyp
T	Therapeuten-Prozesstyp
P	Patienten-Prozesstyp
TPB	Therapeut-Patient-Beziehungs-Prozesstyp
O	Operations-Prozesstyp
R	Realisierungs-Prozesstyp

Vertrags-Items finden sich für die vier Messzeitpunkte im neutralen Bereich. Item 96 (Terminvereinbarungen werden besprochen) ist am Anfang der Therapie höher eingestuft.

Tab. 4.1.12: Darstellung der Vertrags- Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	SpannW
4	5	4	5	5	5	4	5	6	4,9	KB	2
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	KB	0
75	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
96	7	6	5	6	5	5	6	5	5,6		2
MW	5,5	5,0	5,0	5,3	5,0	4,8	5,3	5,3	5,1		1,0

Beziehungs-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben, was ebenfalls bedeutet, dass diese Items für die Therapie wichtig sind. Beim Item 8 (Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten); Item 95 (Der Patient fühlt sich unterstützt), Item 98 (Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs) und Item 100 (Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her), ist ein Sprung um fünf Intervalle zu beobachten.

Tab. 4.1.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Prot o	SpannW
42	1	2	1	2	2	1	1	1	1,4		1
14	1	2	3	1	3	2	2	1	1,9		2
49	2	2	2	1	2	2	2	2	1,9		1
44	3	2	2	2	3	1	2	2	2,1		2
5	2	3	3	2	3	2	1	2	2,3		2
39	2	2	3	2	3	3	2	2	2,4		1
20	2	2	2	3	2	3	3	3	2,5		1
83	3	1	3	3	2	3	3	2	2,5		2
52	3	3	3	3	2	3	1	3	2,6		2
87	3	3	1	2	2	4	3	3	2,6		3
1	2	3	3	1	4	3	3	3	2,8		3
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4		0
74	4	4	4	4	4	4	4	5	4,1		1
47	4	4	4	4	6	3	4	5	4,3		3
8	8	5	4	3	4	4	4	4	4,5		5

19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
98	8	3	5	5	5	4	5	5	5	5	PA	5
53	8	4	6	4	6	5	4	4	5,1			4
78	7	4	4	4	5	6	6	6	5,3			3
100	9	5	4	5	5	4	7	5	5,5	PA		5
95	8	4	6	7	3	6	8	7	6,1	KB		5
MW	4,2	3,2	3,4	3,2	3,6	3,4	3,5	3,5	3,5			2,4

Patienten-Items sind, als besonderes charakteristisch und besonderes uncharakteristisch auf beide Pole verteilt. Der Mittelwert 4,9 zeigt, dass die Items praktisch symmetrisch angeordnet sind. Beim Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen); Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will) ist ein Sprung um sieben Intervalle zu beobachten.

Tab. 4.1.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	SpannW
56	1	1	3	3	1	1	2	2	1,8		2
58	1	3	2	2	3	2	1	1	1,9		2
34	2	1	6	1	1	1	2	3	2,1		5
54	3	1	1	3	1	3	3	2	2,1		2
15	3	3	4	2	6	2	2	3	3,1		4
25	3	3	3	3	4	3	4	3	3,3		1
97	3	3	3	3	1	3	6	6	3,5		5
84	4	4	3	3	6	6	6	3	4,4		3
13	4	6	4	7	1	7	4	4	4,6		6
33	8	4	1	6	4	5	3	7	4,8		7
29	4	5	9	6	3	5	6	2	5		7
70	6	5	7	4	7	7	3	3	5,3		4
94	7	7	7	4	8	6	6	6	6,4		4
88	6	6	6	8	6	7	8	7	6,8	KB	2
61	7	8	7	7	9	6	6	8	7,3		3
71	6	8	7	7	9	8	7	6	7,3		3
26	7	7	7	6	9	9	7	7	7,4		3
7	9	9	7	6	8	9	7	7	7,8		3
59	7	9	8	7	9	9	6	9	8		3
MW	4,8	4,9	5,0	4,6	5,1	5,2	4,7	4,7	4,9		3,6

Therapeuten-Items sind auch, als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch, auf beide Pole verteilt. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine helfende Haltung ein) hat sich um 5 Intervalle in Richtung auf die charakteristischen Pole bewegt

Tab. 4.1.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	SpannW
9	4	2	2	1	2	2	2	1	2		3
51	3	1	2	2	2	2	3	3	2,3		2
77	2	3	3	3	3	2	3	3	2,8		1
37	3	2	3	4	4	3	3	3	3,1	KB	2
24	4	4	4	4	4	3	3	4	3,8		1
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4		0
93	5	6	6	3	6	4	6	4	5	PA	3

86	5	6	6	6	6	6	5	6	5,8	KB	1
18	5	6	6	7	7	7	5	7	6,3	PA	2
46	6	6	7	6	7	6	7	6	6,4	PA	1
45	4	8	4	9	8	6	9	8	7	KB	5
6	6	7	7	8	8	7	8	9	7,5	PA	3
MW	4,3	4,6	4,5	4,8	5,1	4,3	4,8	4,8	4,7		2,0

Operations-Items lassen sich überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben. Item 76 (Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren) hat einen Sprung um 7 Intervalle gemacht.

Tab. 4.1.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	SpannW
89	1	3	1	3	3	1	1	1	1,8		2
22	4	3	4	4	4	5	4	4	4	PA	2
27	3	5	4	4	4	6	3	4	4,1	KB	3
43	4	5	4	4	7	4	4	4	4,5		3
66	2	6	2	7	3	3	7	7	4,6		5
76	3	9	2	6	3	6	4	4	4,6		7
82	5	4	5	4	5	5	5	5	4,8	PA	1
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
85	5	8	4	7	4	4	4	5	5,1	KB	4
40	6	5	5	6	6	4	7	4	5,4		3
50	6	5	6	6	6	6	5	6	5,8	PA	1
17	6	6	7	6	5	7	6	6	6,1	KB	2
48	5	7	6	8	4	7	7	6	6,3	KB	4
80	6	7	6	5	6	7	6	7	6,3	KB	2
99	7	7	6	6	6	6	6	7	6,4		1
36	6	8	7	6	7	7	6	7	6,8	PA	2
3	6	8	6	8	7	7	7	6	6,9	PA	2
67	7	7	8	5	7	8	8	6	7	PA	3
31	6	7	8	8	8	8	8	8	7,6	KB	2
81	8	8	8	7	7	8	8	8	7,8		1
62	9	8	9	7	8	7	9	9	8,3	PA	2
65	8	9	8	9	7	9	8	8	8,3		2
MW	5,4	6,4	5,5	6,0	5,5	5,9	5,8	5,8	5,8		2,5

Realisierungs-Items sind überwiegend neutral und besonderes charakteristisch. Item 64 (Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen) hat einen Sprung um 5 Intervallen gemacht.

Tab. 4.1.17: Darstellung von Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	SpannW
38	4	6	5	4	3	6	4	4	4,5	KB	3
41	4	4	5	5	6	4	5	4	4,6		2
79	4	4	5	5	4	5	5	5	4,6	PA	1
60	6	5	4	5	6	4	4	5	4,9		2
91	4	4	5	7	5	5	5	4	4,9	PA	3
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	PA	0
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
90	5	5	5	5	5	5	5	5	5	PA	0
92	5	6	5	8	4	4	4	4	5	PA	4
55	6	5	6	5	4	5	5	6	5,3		2

72	5	6	6	5	5	5	5	5	5,3	KB	1
12	5	5	8	4	8	4	6	6	5,8		4
32	7	6	6	5	5	6	6	7	6	PA	2
64	9	4	9	7	5	5	4	5	6		5
68	6	6	5	6	6	6	6	7	6		2
28	6	6	7	6	7	8	7	6	6,6	KB	2
73	8	6	6	8	6	6	7	6	6,6	KB	2
30	7	7	8	6	6	8	8	8	7,3	KB	2
23	7	7	9	8	7	8	7	8	7,6	KB	2
63	5	7	8	9	9	7	9	9	7,9		4
35	9	7	7	9	7	9	9	9	8,3	PA	2
69	7	9	9	9	8	8	9	8	8,4	KB	2
MW	5,9	5,7	6,3	6,2	5,7	5,8	5,9	6,0	5,9		2,1

Veränderungen der Charakteristik der 100 Items über die 8 Therapiestunden pro PQS Prototyp

Psychoanalytische Prototyp Items lassen sich überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben. Beim Item 98 (Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs) und Item 100 (Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her) ist ein Sprung um fünf Intervalle zu beobachten.

Tab. 4.1.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Prozess	SpannW
22	4	3	4	4	4	5	4	4	4	O	2
79	4	4	5	5	4	5	5	5	4,6	R	1
82	5	4	5	4	5	5	5	5	4,8	O	1
91	4	4	5	7	5	5	5	4	4,9	R	3
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	R	0
90	5	5	5	5	5	5	5	5	5	R	0
92	5	6	5	8	4	4	4	4	5	R	4
93	5	6	6	3	6	4	6	4	5	T	3
98	8	3	5	5	5	4	5	5	5	TPB	5
100	9	5	4	5	5	4	7	5	5,5	TPB	5
50	6	5	6	6	6	6	5	6	5,8	O	1
32	7	6	6	5	5	6	6	7	6	R	2
18	5	6	6	7	7	7	5	7	6,3	T	2
46	6	6	7	6	7	6	7	6	6,4	T	1
36	6	8	7	6	7	7	6	7	6,8	O	2
3	6	8	6	8	7	7	7	6	6,9	O	2
67	7	7	8	5	7	8	8	6	7	O	3
6	6	7	7	8	8	7	8	9	7,5	T	3
35	9	7	7	9	7	9	9	9	8,3	R	2
62	9	8	9	7	8	7	9	9	8,3	O	2
MW	6,1	5,7	5,9	5,9	5,9	5,8	6,1	5,9	5,9		2,2

Kognitiv-behavioristische Prototyp Items lassen sich auch überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine fürsorgliche Haltung ein) und Item 95 (Der Patient fühlt sich unterstützt) haben einen Sprung um 5 Intervalle gemacht.

Tab. 4.1.19: Darstellung von kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 1

PQS No	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Prozess	SpannW
37	3	2	3	4	4	3	3	3	3,1	T	2
27	3	5	4	4	4	6	3	4	4,1	O	3
38	4	6	5	4	3	6	4	4	4,5	R	3
4	5	4	5	5	5	4	5	6	4,9	V	2
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	V	0
85	5	8	4	7	4	4	4	5	5,1	O	4
72	5	6	6	5	5	5	5	5	5,3	R	1
86	5	6	6	6	6	6	5	6	5,8	T	1
17	6	6	7	6	5	7	6	6	6,1	O	2
95	8	4	6	7	3	6	8	7	6,1	TPB	5
48	5	7	6	8	4	7	7	6	6,3	O	4
80	6	7	6	5	6	7	6	7	6,3	O	2
28	6	6	7	6	7	8	7	6	6,6	R	2
73	8	6	6	8	6	6	7	6	6,6	R	2
88	6	6	6	8	6	7	8	7	6,8	P	2
45	4	8	4	9	8	6	9	8	7	T	5
30	7	7	8	6	6	8	8	8	7,3	R	2
23	7	7	9	8	7	8	7	8	7,6	R	2
31	6	7	8	8	8	8	8	8	7,6	O	2
69	7	9	9	9	8	8	9	8	8,4	R	2
MW	5,6	6,1	6,0	6,4	5,5	6,3	6,2	6,2	6,0		2,4

Makroanalyse: Mittelwertentwicklung der 100 PQS Items für die acht Messzeitpunkte, pro PQS Prozesstyp und Prototyp

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb wurden zwei Methoden von Mittelwertenvergleich verwendet: zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS aber eine ipsative Messmethode ist, zeigt Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (5). Ein Mittelwert > 5 spricht also tendenziell für eine charakteristische Richtung (Tab. 4.1.17). Ein Mittelwert < 5 zeigt eine uncharakteristische Tendenz an (Tab. 4.1.13) und ein Mittelwert = 5 zeigt entweder den neutralen Bereich (Tab. 4.1.12) oder, bei dem gleichen Anteil von charakteristischen und uncharakteristischen Items, das Ergebnis eines Auslösungsprozesses an (Tab. 4.1.14).

Bei der zweiten Methode wurden die Items umgepolt und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (1, 9) eine 5. So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

- 1 ⇒ 5
- 2 ⇒ 4
- 3 ⇒ 3
- 4 ⇒ 2
- 5 ⇒ 1
- 6 ⇒ 2
- 7 ⇒ 3
- 8 ⇒ 4
- 9 ⇒ 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Das Diagramm 4.1.4 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS Prozesstyp-Items über die acht Messzeitpunkte. Aus dem 1. Teil der Diagramme ist zu ersehen, dass Operations- und Realisierungs-Items sich eher im charakteristischen Bereich befinden. Therapeut-Patient-Beziehungs-Items sind im extrem uncharakteristischen Bereich, Vertrags-Items und Patienten-Items sowie Therapeuten-Items sind im neutralen Bereich zu finden. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass für die Behandlung von Patient 1, genau die Patienten-Items, Therapeuten-Items und Beziehungs-Items am wichtigsten sind. Beim ersten Therapiezeitpunkt waren Beziehungs-Items extrem wichtig. Deren Wert nimmt aber schon beim zweiten Therapiezeitpunkt leicht ab und bleibt im Lauf der Therapie auf gleich hohem Niveau ohne deutliche Schwankungen. Patienten-Items haben durchgehend den höchsten Wichtigkeitsindex bei der Behandlung von Patient 1. In der 160. Therapiestunde, in der der Patient in eine Regression gefallen zu sein scheint, schaukeln sich die Patienten-Items hoch und die Items der anderen Prozesstypen werden dann symmetrisch unwichtiger. Am Anfang der Therapie sind die Therapeuten-Items nicht so wichtig, dann aber gewinnen sie an Wichtigkeit. Operations- und Realisierungs-Items zeigen einen sich wiederspiegelnden Verlauf, was spricht für einen sich ergänzenden Charakter dieser Prozesstypen.

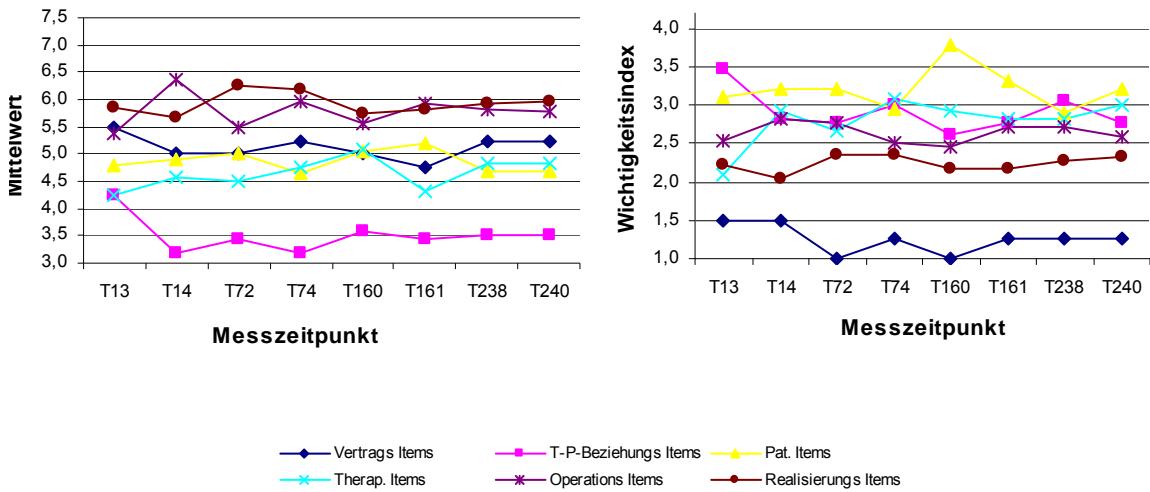


Diagramm 4.1.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 1

Das Diagramm 4.1.5 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS Prototyp Items für die acht Messzeitpunkte. Der 1. Teil des Diagramms zeigt, dass die Items beider Prototypen im charakteristischen Bereich liegen. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass die Items des kognitiv-behavioristischen Prototyps im Lauf der Behandlung einen höheren Wichtigkeitsindex bekommen, obwohl beim ersten Messzeitpunkt die Items des

psychoanalytischen Prototyps wichtiger sind. Da es aber das strukturelle Niveau des Patienten 1 nicht erlaubt, überwiegend mit psychoanalytischen Techniken zu arbeiten, werden vom Therapeuten eher unterstützende Techniken eingesetzt. In der 160. Therapiestunde werden beide Prototypen gleich wichtig. Der Verlauf der Items des psychoanalytischen Prototyps ist durchgehend stabiler, während die Items des kognitiv-behavioristischem Prototyps stärker schwanken.

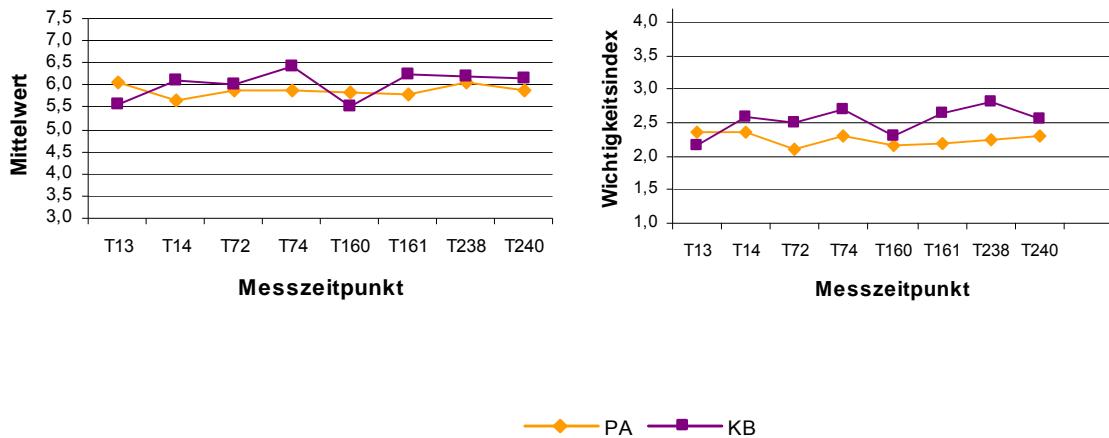


Diagramm 4.1.5: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 1

Episodische Veränderungen im analytischen Prozess

Um episodische Veränderungen in analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu ermitteln, wurden die Itemswerte aller Ratings der acht Sitzungen miteinander verglichen und die Spannweite (Differenz zwischen maximalsten und minimalsten Ausprägungen) ermittelt. Damit wurden auch solche Items identifiziert, bei denen sich ein erheblicher Sprung (mehr als 4 Intervalle) von einem Messzeitpunkt zu anderen beobachten lässt, der entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung geht.

Aus der Tabelle 4.1.20 wird anschaulich, dass bestimmte Items im Lauf der Therapie an Bedeutung gewinnen bzw. verlieren. Am Anfang der Therapie ist der Patient offensichtlich noch nicht in der Lage, seine Gefühle intensiv zu erforschen (Item 97), was sich zum Ende der Behandlung langsam verändert. Der Therapeuten nimmt im Laufe der Behandlung stärker eine supportive Rolle ein (Item 45) und als Reaktion fühlt sich der Patient zum Ende der Therapie stärker unterstützt (Item 95).

Bestimmte Zusammenhänge werden aus dem Kontext verständlich. In der 160. Stunde, scheint es bei dem Patienten zu einem krisenhaften Einbruch zu kommen. Das spiegelt sich in den PQS-Items

wieder: Der Patient wurde leblos (Item 13), seine Äußerungen wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen (Item 97), er fühlt sich weniger unterstützt (Item 95) was in anderen Phasen der Therapie nicht der Fall war. Daraufhin verhält sich der Therapeut besonders fürsorglich (Item 45), er vermittelt dem Patienten, dass dieser zu viel Verantwortung übernimmt (Item 76) und beruhigt den Patienten (Item 66). Aus einigen Items, die am Anfang der Therapie besonderes wichtig waren, lässt sich schließen, dass die therapeutische Beziehung ganz früh in der Behandlung diskutiert und etabliert worden ist: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs (Item 98), der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100), Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (Item 8).

Tab. 4.1.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 1

PQS №	PQS Item	T13	T14	T72	T74	T160	T161	T238	T240	MW	Proto	Prozess	SpannW
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren	3	9	2	6	3	6	4	4	4,6		O	7
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen	8	4	1	6	4	5	3	7	4,8		P	7
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will	4	5	9	6	3	5	6	2	5		P	7
13	Der Patient ist lebhaft	4	6	4	7	1	7	4	4	4,6		P	6
34	Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein	2	1	6	1	1	1	2	3	2,1		P	5
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen	3	3	3	3	1	3	6	6	3,5		P	5
8	Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten	8	5	4	3	4	4	4	4	4,5		TPB	5
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten	2	6	2	7	3	3	7	7	4,6		O	5
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs	8	3	5	5	5	4	5	5	5	PA	TPB	5
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her	9	5	4	5	5	4	7	5	5,5	PA	TPB	5
95	Der Patient fühlt sich unterstützt	8	4	6	7	3	6	8	7	6,1	KB	TPB	5
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein	4	8	4	9	8	6	9	8	7	KB	T	5

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der PQS und HUSS Auswertungen

Als Erstes wurde festgestellt, dass sich die HUSS Foki in den PQS Items wiederfinden:

Der Konfliktfokus „Selbstwertkonflikt“ spiegelt sich in Item 59 (der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen), Item 61 (der Patient wirkt scheu, verlegen und selbstunsicher) und Item 7 (der Patient ist ängstlich und angespannt) wieder. Dies ist besonders für die Anfangsphase

der Therapie typisch, falls der Patient auch durch HUSS ganz niedrig, in Stufe 2 (Ungewollte Beschäftigung), eingeschätzt wurde. Im Verlauf der Therapie, wenn der Patient von einem geringen Bewusstsein (des Problems) zu einem verantwortlichen Umgang mit dem Problembereich fortschreitet, kommen auch PQS selbstwertbezogene Items seltener vor und in der Endphase sind keine Items mit negativer Selbstwerteinfärbung mehr nachzuweisen.

Beim Strukturfokus „**Kommunikation**“ (Kontakt und Mitteilen eigener Affekte) findet sich am Anfang der Therapie der niedrige HUSS-Wert 3 (vage Fokuswahrnehmung), beim häufig vorkommenden PQS Item 54 (der Patient spricht unzusammenhängend; er schweift ab) und Item 97 (Äußerungen des Patienten wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen), wieder. Nachdem der Patient im Lauf der Therapie fähiger wird, seine innere Welt nach außen hin mitzuteilen und sich auf andere auszurichten, kommen auch andere PQS Items vor. So beispielsweise Item 63, bei dem die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten und seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen ein zentraler Fokus des Gespräches sind oder Item 64, wenn in der Therapiestunde über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen wird.

Das Thema **Unterwerfung vs. Kontrolle** spielt zum Zeitpunkt des zweiten und dritten Gesprächs beim Patienten eine größere Rolle als das Thema Kommunikation. Dafür kann man auch bei den PQS Items Nachweise finden. Da es, auch in der Beziehung mit dem Therapeuten, ein passiver Modus ist, zögert der Patient und hält sich damit zurück, angemessene und übliche Bitten an den Therapeuten zu richten (Item 83). Er beschuldigt sich selbst und macht sich Vorwürfe (Item 71), selbst die Tatsache, dass der Patient am Anfang dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten immer zuzustimmen (Item 42) spricht dafür, dass der Patient sich damit schwer tut vom Therapeuten abzugrenzen. Im Lauf der Therapie wird der Patient zunehmend konfliktfähiger. Beispielsweise spricht der Patient hier schon davon, dass er eine größere Distanz zu und Unabhängigkeit von seiner Freundin will (Item 29).

Niedrige Werte am Anfang der Therapie beim HUSS Fokus „**Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion**“ zeigen sich bei Therapeuten PQS Items: Der Therapeut klärt, formuliert neu was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81) und fragt nach mehr Informationen (Item 31). Andererseits tut der Therapeut nichts, um bedrohliche Gedanken zu unterdrücken und konfrontiert den Patienten mit wiederkehrenden Mustern in seinem Leben. Dies ermöglicht dem Patienten seine seelischen Zustände besser kennen zu lernen. Am Ende der Therapie gelangt der Patient in einen Zustand, in dem er seine Stärken und Schwächen besser einschätzen und beurteilen sowie seine Defizite akzeptieren kann.

Zum Zeitpunkt der 160. Stunde schienen sich die Ratings mit den beiden Methoden teilweise zu widersprechen: Obwohl der Patient einen Zuwachs der HUSS-Werte aufweist, kann nach PQS Bewertungen zu diesem Zeitpunkt ein krisenhafter Einbruch in der Behandlung vermutet werden: Die Therapiestunden waren dadurch geprägt, dass, dass die Patienten Items überwiegen. Der Patient empfindet unangenehme und schmerzliche Gefühle, er macht sich selbst Vorwürfe, fühlt sich schuldig und seine Äußerungen wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen.

Es konnte festgestellt werden, dass beide Methoden Hinweise auf strukturelle Veränderungen bei Patienten liefern: zu nennen ist hier die Bewegung der Fokusthemen über die Messzeitpunkte auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala und auch die langsame, aber sukzessive Verschiebung einiger PQS Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol bzw. umgekehrt. Am Anfang der Therapie ist der Patient offensichtlich noch nicht in der Lage, seine Gefühle intensiv zu erforschen (Item 97), was sich zum Ende der Behandlung hin langsam verändert.

Wie oben festgestellt worden ist, finden sich die überwiegende Zahl der HUSS-Foki in den PQS-Items wieder. Deshalb ist es auch bei dem Patienten 1 möglich gewesen, ohne vorliegen des Messzeitpunktes T4 (HUSS) mit den PQS Auswertungen der Therapiestunden zu diesem Zeitpunkt auf die Veränderungen bei dem Patienten zuschließen. Der Patient setzt sich aktiver mit Gedankengängen auseinander. Schuldgefühle spielen keine Rolle mehr. Neu ist auch, dass der Patient jetzt stark genug ist und sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut seine Probleme lösen wird. Der Therapeut nimmt eine unterstützende Haltung ein. Es kann vermutet werden, dass der Umstrukturierungsprozess zu diesem Zeitpunkt angefangen hat. Wie die Auswertungen der Katamnese-Interviews zeigen, haben diese Veränderungen auch ein Jahr nach Therapieabschluss nicht nur angehalten, sondern sie sind auf eine Stufe der Neustrukturierung fortgeschritten.

4.2 Patient 2

Der Patient 2 ist zum Zeitpunkt des ersten OPD-Interviews Anfang 40, alleinerziehend und Vater von zwei Kindern. Der Patient hat sehr stark das Bedürfnis, möglichst alles in nahezu allen Lebensbereichen zu kontrollieren. Er behauptet von sich, sehr selbstbewusst zu sein, seine Vorstellungen durchsetzen, sich durch und durch behaupten und anderen eindeutige Grenzen setzen zu können. Der Patient überschätzt und glorifiziert seine Leistungsfähigkeit und die erreichten Leistungen im Beruf. Der Patient hat einerseits sehr stark ausgeprägte Schuldgefühle, welche praktisch von der Kindheit an kontinuierlich in seinem Leben präsent sind. Andererseits beschuldigt er sehr stark andere und macht sie für viele Probleme in seinem Leben verantwortlich. Der Patient hat, seiner Aussagen nach, sehr heftige Gefühle und Gefühlswallungen: Er könne „himmelhoch jauchzend“ und sehr freudig sein und dann falle er wieder in ein tiefes Loch.

Die Therapie hat insgesamt 219 Stunden gedauert und fand im Liegen statt. Die ersten 50 Sitzungen fanden drei mal pro Woche, die nächsten 30 Sitzungen zwei mal wöchentlich und die restlichen ein mal pro Woche statt.

4.2.1 HUSS Auswertung

Es wurden beim Patienten 2 folgende fünf Fokus-Probleme aus den drei OPD-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ ausgewählt:

1. Beziehungsdynamische Formulierung
2. Konfliktfokus: Unterwerfung vs. Kontrolle
3. Konfliktfokus: Schuldkonflikt
4. Konfliktfokus: Selbstwertkonflikt
5. Strukturfokus: Selbststeuerung – Impulssteuerung

Abbildung 4.2.1 zeigt die Bewegung der fünf Fokusthemen im Beobachtungszeitraum für die vier Messzeitpunkte. Es liegt kein Katamnese-Messzeitpunkt vor.

	Beziehungsmuster	Konflikt: Unterwerfung Kontrolle	Konflikt: Schuldkonflikt	Konflikt: Selbstwertkonflikt	Struktur: Selbststeuerung - Impulsteuerung
1. Nichtwahrnehmung des Fokusproblems				T1	
2. Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus			T1		T1
3. VageFokuswahrnehmung	T1 T2	T1	T2 T3	T2 T3	T2
4. Anerkennung und Erkundung des Fokus	T3 T4	T2 T3 T4	T4		T3 T4
5. Auflösung alter Strukturen i. Fokusbereich					
6. Neustrukturierung im Fokusbereich				T4	
7. Auflösung des Fokus					

Abb. 4.2.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Patient 2

Bei Betrachtung des Verlaufes über alle vier Messzeitpunkte konnte festgestellt werden, dass die Ratings der OPD-Foki zur Behandlungsstunde T1 unterschiedlich eingestuft wurden. Zwei Foki, nämlich Beziehungsdynamische Formulierung und Konfliktfokus Unterwerfung vs. Kontrolle wurden auf Stufe 3 eingeschätzt. Die Foki Schuldkonflikt und Selbststeuerung wurden auf Stufe 2 geschätzt. Der Fokus Selbstwertkonflikt wurde auf Stufe 1+ festgelegt. Alle Foki wurden im Verlauf der Therapie einheitlich beibehalten. In Abbildung 4.2.1 wird deutlich, dass es bei allen OPD-Foki zu einem Anstieg gekommen ist.

Die Tabellen 4.2.1 – 4.2.5 zeigen eine komprimierte Form der Beschreibung des Stands der Bearbeitung für den jeweiligen Fokus.

In der Tabelle 4.2.1 handelt es sich um die Formulierung eines habituell-dysfunktionellen Beziehungsmusters. Es wird eine Entwicklung dargestellt, bei der der Patient über den Weg aggressiver Anschuldigungen und übermäßig starken Angreifens Anderer, in einen Zustand gelangt, in dem Veränderungen als Folge gutwilliger Bemühungen möglich sind.

Tab. 4.2.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 2

N	HUSS Wert	Der Umgang des Patienten mit dem Fokus
T1	3 (Vage Fokuswahrnehmung)	<p>Der Patient erlebt seine Objekte so, dass sie ihn immer beschuldigen und ihn Ansprüche stellen.</p> <p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich ständig rechtfertigen und sich für alles Mögliche verantwortlich fühlen muss, auch wenn er rational betrachtet sehr wohl weiß, dass es bestimmte Probleme gibt, für deren Lösung er nicht zuständig ist. Er erlebt sich aber als von Anderen ständig angegriffen und im Stich gelassen.</p> <p>Der Patient beklagt einerseits, dass er sehr große Selbstwertprobleme hat; andererseits erlebt der externe Beobachter, dass der Patient viel Selbständigkeit für sich beansprucht, sich wichtig macht und sowohl privat als auch in der Arbeit, behauptet alles zu schaffen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er einerseits Aggressionen empfindet und ihm seine Zuneigung entziehen möchte, wenn der Patient seine Großartigkeit und Einzigartigkeit betont. Andererseits erweckt der auch Mitleidsgefühle in ihm, weil er doch auch sehr oft seine Schwächen offenbart und sehr mit sich kämpft, sodass man sich um ihn besonders kümmern möchte.</p>
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	<p>Der Patient erlebt seine Objekte immer wieder so, dass sie ihn im Stich lassen, aber ihn auch angreifen und stark fordern.</p> <p>Der Patient erlebt sich seiner Tochter gegenüber so, dass er sich auch für das Benehmen der Tochter die Schuld gibt: Er sagt, weil er selbst als Kind auf vieles verzichten musste, wollte er der Tochter möglichst alles geben und dass dadurch die Tochter „vielleicht doch ein wenig verwöhnt“ wurde. Der Patient versucht, sich u.a. von den Anklagen und Provokationen seiner Mutter mehr abzugrenzen, sich mehr abzuschotten und seine Selbständigkeit zu betonen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten so, dass er insgesamt offener, ausgeglichener, weniger verbittert und gekränkt ist, als dies bei dem letzten Gespräch der Fall war. Er will sich nicht mehr so stark in den Mittelpunkt stellen und ständig für seine guten Taten, seine Opferbereitschaft und seine Tapferkeit Bestätigung, Bewunderung und Anerkennung erhalten.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten so, dass er sich um ihn besonders kümmern möchte.</p>
T3	4- (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs, Tendenz zur Stufe 3, Vage Fokuswahrnehmung)	<p>Der Patient erlebt seine Objekte immer wieder so, dass sie ihn klein machen und beschuldigen. Es war für ihn eine gewohnte Situation in der Kindheit, deshalb hat er sich auch so lange den Forderungen der Familie seiner Frau gefügt.</p> <p>Der Patient erlebt sich seiner Ex-Ehefrau gegenüber so, dass er sich sich von ihr abgeschottet hat. Im Kontakt u seiner Mutter erlebt er sich so, dass er sich mehr abgrenzt und weniger an sich heran lässt.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich wenig bedürftig zeigt. Selbst bei seinen Freunden könne er sich zwar gehen lassen und ausweinen, aber sich wenig anlehnen und nicht wirklich Hilfe beanspruchen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich dem Patienten gegenüber, dass er ihn dafür bewundern möchte, was er alles im Lauf der Therapie erreicht und wie gut er die Situation zu meistern gelernt hat.</p>
T4	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Neuordnung des Fokusbereichs)	<p>Der Patient ist zwar aktiv und offensiv im Umgang mit dem Fokus. Aber die therapeutischen Veränderungen sind (im Unterschied zu Stufe 6) noch immer die Folge „gutwilliger Bemühungen“. Es ist z.B. keine Vergebung in Bezug auf seine Ehefrau und ihre Familie möglich. Der Patient erlebt sich immer noch so, dass er sich wenig anlehnt oder bedürftig zeigt.</p> <p>Der Patient erlebt seine Tochter so, dass sie ihm schon weniger Vorwürfe macht. Sowohl in der Arbeit als auch in Bezug auf die Familie seiner Ex-Frau erwartet er, dass jemand ihn angreift und beschuldigt.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient viel Freiraum für sich beansprucht. Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich besonderes vor Angriffen schützt und auf der Hut ist.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich dem Patienten gegenüber so, dass er ihn wenig führen und Einflussnahmen vermeiden möchte.</p>

In der Tabelle 4.2.2 handelt es sich um den Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, der in der Fokusliste als lebensbestimmender Konflikt aufgelistet ist. Es zeigt sich auch hier eine Entwicklung, in der dem Patienten sein „Kontrollzwang“ immer weiter bewusst wird. Er lernt, die Unsicherheit zu ertragen und sogar genießen zu können. Er versucht die Zügel aus der Hand zu geben.

Tab. 4.2.2: Entwicklung des Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 2

MZP	HUSS Wert
T1	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T2	4- (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 3, zur Vagen Fokuswahrnehmung)
T3	4- (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs, Tendenz zur Stufe 3, zur Vagen Fokuswahrnehmung)
T4	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Neuordnung des Fokusbereichs)

In der Tabelle 4.2.3 handelt es sich um den Fokus „Schuldkonflikt“. Im Lauf der Therapie erlangte der Patient ein Stück innere Freiheit und Abgrenzung. Er fühlt sich nicht mehr für alles verantwortlich und bezichtigt andere selten, an seinen Problemen schuld zu sein.

Tab. 4.2.3: Entwicklung des Fokus „Schuldkonflikt“, Pat. 2

MZP	HUSS Wert
T1	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3- (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T4	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Neuordnung des Fokusbereichs)

In der Tabelle 4.2.4 handelt es sich um den Fokus „Selbstwertkonflikt“. Es zeigt sich hier eine Entwicklung, in der der Patient über den Weg ständiger Selbstzweifel und Selbstvorwürfe zu Stabilität gelangt. Er kann mit Kritik besser umgehen, die Vorwürfe anderer, wenn unberechtigt, von sich weisen und einfach sein Leben leben. Er ist in der Lage seinen Weg zu gehen und erlaubt es keinem mehr ihm etwas einzureden. Da der Patient versteht, dass es für ihn noch zu früh ist, die Therapie zu beenden, bekommt er Unterstützung vom Therapeuten. In Situationen, in denen der Patient nicht weiter weiß, zeigt er ihm einen anderen Blickwinkel und gibt ihm Rückhalt, indem er seine Sicht bestärkt.

Tab. 4.2.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 2

MZP	HUSS Wert
T1	1+ (Vermeidung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3- (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T4	6- (Neuordnung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Neuordnung des Fokusbereichs)

In der Tabelle 4.2.5 handelt es sich um den Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Im Lauf der Therapie wird der Patient immer ausgeglichener. Er lässt sich nicht mehr in Hoffnungslosigkeit verfallen. Er setzt sich mit seiner Wut aktiv auseinander und versucht sein inneres Gleichgewicht zu halten.

Tab. 4.2.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, Pat. 2

MZP	HUSS Wert
T1	2+ (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 3 Vage Fokuswahrnehmung)
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T3	4 (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T4	4+ (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs, Tendenz zur Stufe 5, Neuordnung des Fokusbereichs)

Ein Vergleich der Mittelwerte aller HUSS-Foki für die einzelnen Messzeitpunkte (Abbildung 4.2.1) lässt erkennen, dass beim Patienten 2 zwischen T1 und T2 eine deutlichere Veränderung festzustellen ist als zwischen T2 und T3 (MW T1: 2,38; MW T2: 3,14; MW T3: 3,60 MW-Diff.: -0,76; -0,46). Zwischen T3 und T4 ist es zu einem erheblichen Anstieg gekommen (MW T3: 3,60, MW T4: 4,58 MW-Diff.: -0,98). Zwischen dem Beginn und dem vierten Messzeitpunkt (MW T1: 2,38; MW T4: 4,58; MW-Diff.: -2,20) ist ein bedeutender Anstieg der Foki zu beobachten.

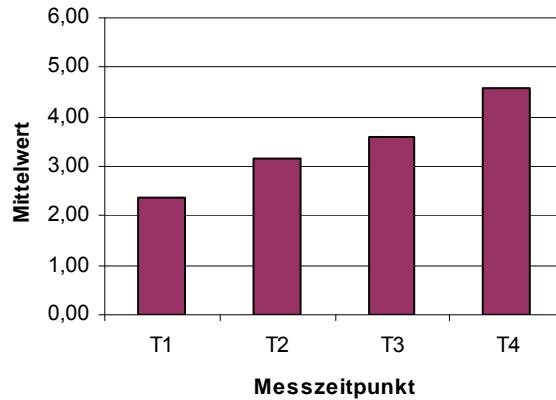


Diagramm 4.2.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 2

4.2.2 PQS Auswertung

In einem ersten Schritt werden die im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzten Items (über alle vier Untersuchungszeitpunkte mit jeweils zwei Therapiestunden und der Bewertung beider Beurteiler) dargestellt. Anschließend wird eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Die zehn Items mit dem höchsten und die zehn Items mit dem niedrigsten Mittelwert werden in einer Tabelle mit der Zugehörigkeit zum Prozesstyp und dem Prototyp dargestellt. Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu verdeutlichen, werden jeweils zwei Therapiestunden zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4 zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

In den Tabellen werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Ch.I.	Charakteristische Items
R.I.	Uncharakteristische Items (R= reversed) sind Items, deren Inhalt bei der Beschreibung der jeweiligen Therapiephase invertiert wurde, um narrative Konsistenz beizubehalten
T-P-Beziehung	Items der Therapeut Patient Beziehung
Pat. Items	Patienten Items

Therap. Items	Therapeuten Items
Operations Items	
Realisierungs Items	
PA	Psychoanalytische Prototyp Items
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle acht Stunden

Zunächst soll dargestellt werden (Tab. 4.2.6), welche Items im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Diese Items liefern eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen während der Analyse.

Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein (Item 34). Der Patient spricht oft davon, dass er die Trennung will (Item 29). Aber der Patient ist introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97). Er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.).

Die Haltung des **Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben.

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher erscheint (Item 44, R.I.). Der Patient bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (14, R.I.). Der Patient hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.), aber gleichzeitig verlässt sich der Patient nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23), u.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35), seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation (Item 69). Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen (Item 30).

Tab. 4.2.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die 4 Messzeitpunkte, Pat 2		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	8,4
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	8,3
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will.	7,9
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	7,6
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen	7,5
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	7,5
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen	7,4
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,3
Die 10 uncharakteristischsten Items		
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,5
52	Der Patient verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	1,8
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,9
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2,1
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2,1
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2,3
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen	2,4
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2,5
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2,5

Therap.-Pat.-Beziehung-Items

Pat. Items **5 Ch.I:** 26, 29, 34, 84, 97

5 R.I: 5, 14, 42, 44, 52

Therap. Items

1 R.I: 9

Operations-Items

1 R.I.: 89

Realisierungs-Items

5 Ch.I: 23, 30, 35, 63, 69

PA-Items:

1 Ch.I: 35

Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu beschreiben, werden jeweils die zwei Stunden zu T1, T2, T3 und T4 zu einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und ancharakteristischen Items bestimmt.

Nach der Mittelwertbildung der Items haben mehrere Items einen gleich hohen/niedrigen Wert bekommen. Deshalb sind für bestimmte Messzeitpunkte mehr als die 10 jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items definiert worden.

Beschreibung der Anfangsphase (1. und 2. Therapiestunde)

Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass der **Patient** unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er macht sowohl andere als auch äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Er klagt sich selbst an und äußert Scham oder Schuld (Item 71). Der Patient spricht oft davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will (Item 29). Aber der Patient ist introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97). Er ist aktiv (Item 15, R.I.), bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache (Item 88) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient spricht nicht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen. (Item 33, R.I.). Er bemüht sich nicht darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (Item 70, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt (Item 76, R.I.). Er interveniert relativ selten und unternimmt wenig Anstrengungen, die Interaktion zu strukturieren (Item 17, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind das Selbstbild des Patienten (Item 35), seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation Gegenstand des Gesprächs (Item 69). In dieser Therapiestunde wird wenig geschwiegen (Item 12, R.I.).

Tab. 4.2.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS zum Zeitpunkt T1, Pat. 2

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 1. Messzeitpunkt, Pat. 2		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will.	9,0
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	9,0
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	8,5
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	8,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,0
71	Der Patient klagt sich selbst an und äußert Scham oder Schuld.	8,0
88	Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache.	8,0
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	8,0

	Die 10 uncharakteristischsten Items	
15	Patient initiiert keine Themen, ist passiv.	1,0
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv. (Er strukturiert beispielsweise und/oder führt neue Themen ein).	1,0
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,0
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen	1,5
52	Der Patient verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1,5
12	In der Stunde wird geschwiegen.	2,0
70	Der Patient bemüht sich darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	2,0
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.	2,0
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten..	2,0

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

1 R.I: 52

Pat.-Items

7 Ch.I: 26, 29, 34, 71, 84, 88, 97

5 R.I: 15, 33, 56, 58, 70

Therap.-Items

Operations-Items

3 R.I. 17

PA-Items:

1 Ch.I: 35

Beschreibung der 1. Mittelpause (83. und 84. Therapiestunde)

Die 1. Mittelphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass der **Patient** versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinander zusetzen versucht, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Der Patient ist lebhaft (Item 13) bringt relevante Themen und Material zur Sprache (Item 88). Er hat keine Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen (Item 25, R.I.), erscheint selbstbewusst und selbstsicher (Item 61, R.I.). Der Patient äußert positive oder freundliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten (Item 1, R.I.). Er scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20, R.I.). Der Patient dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) aber scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Der Patient ist aktiv (Item 15, R.I.) und spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.), er bemüht sich nicht darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (Item 70, R.I.). **Der Therapeut** vermittelt mit seiner Art, dass er sich nicht überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher zu sein scheint (Item 44, R.I.). Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient übt aber auch einen beherrschenden oder steuernden Einfluss in der Stunde aus und lenkt sie (Item 87).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Der

Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt (Item 76, R.I.). Er interveniert relativ selten und unternimmt wenig Anstrengungen, die Interaktion zu strukturieren (Item 17, R.I.). Er gibt keine Ratschläge (Item 27, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35), spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte werden betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs (Item 69). In der Stunde wird wenig geschwiegen (Item 12, R.I.).

Tab. 4.2.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 2

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 2. Messzeitpunkt, Pat 2		
PQS No	Die 11 charakteristischsten Items	Mittelwert
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	9,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
13	Der Patient ist lebhaft.	8,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,0
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzhafte Gefühle.	8,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7,5
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	7,5
87	Der Patient kontrolliert den Stundenverlauf.	7,5
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7,5
Die 18 uncharakteristischsten Items		
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (Er strukturiert zum Beispiel und/oder führt neue Themen ein).	1,0
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	1,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,0
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	1,5
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2,0
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2,0
61	Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	2,5
70	Der Patient bemüht sich darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	2,5
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.	2,5
89	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2,5
1	Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. Bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	2,5
12	In der Stunde wird geschwiegen.	2,5
20	Der Patient provoziert und testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. (N.B. Platzierung in der uncharakteristischen Richtung impliziert, dass der Patient sich angepasst verhält.)	2,5
25	Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.	2,5
27	Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst er dazu gedrängt wird)	2,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2,5
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2,5
52	Der Patient verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2,5

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items	1 Ch.I: 87	2 R.I: 14, 44
Pat.-Items	5 Ch.I: 13, 26, 34, 84, 88	10 R.I: 1, 15, 20, 25, 42, 52, 56, 58, 61, 70
Therap.-Items		1 R.I: 51
Operations-Items		4 R.I: 17, 27, 76, 89
Realisierungs-Items	6 Ch.I: 12, 23, 30, 35, 63, 69	
PA-Items:	1 Ch.I: 35	
KVT-Items:	4 Ch.I: 23, 30, 69, 88	2 R.I: 17, 27

Beschreibung der 2. Mittelphase (160. und 162. Therapiestunde)

Die **2. Mittelphase** der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass ähnlich wie zum 1. Messzeitpunkt, die **Patienten-Items** überwiegen. Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will (Item 29). Er versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinander setzen, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26), fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Er wirkt ungehemmt, zuversichtlich oder selbstsicher (Item 61, R.I.). Der Patient ist offen und wenig blockiert (Item 97). Die Haltung des **Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6). Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich (Item 46).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher zu sein scheint (Item 44, R.I.). Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient neigt dazu, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Er zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30), der Patient spricht nicht vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen (Item 33, R.I.). Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten (Item

63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation (Item 69) werden besprochen. In der Stunde wird wenig geschwiegen (Item 12).

Tab. 4.2.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 2

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 3. Messzeitpunkt, Pat. 2		
PQS No	Die 13 charakteristischsten Items	Mittelwert
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will.	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
12	In der Stunde wird geschwiegen.	8,5
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	8,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	8,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	8,0
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	8,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,0
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.	7,5
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	7,5
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	7,5
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7,5
Die 11 uncharakteristischsten Items		
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,0
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,0
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	1,5
52	Der Patient verlässt nicht sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1,5
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
61	Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	1,5
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	2,0
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2,0
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,0

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

6 R.J. 5, 14, 42, 44, 49, 52

Pat-Items

6 Ch.I: 26, 29, 34, 84, 94, 97

3 R.I. 56, 58, 61

Theran -Items

2 Ch I: 6 46

1 R J

Operations-Items

2 CH. 8, 48

1 R.R. 3

PA-Items:

2 Ch.I: 6, 46

Die **Endphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass der **Patient** intensive Gefühle ausdrückt (Item 56, R.I.) und sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt (Item 58, R.I.). Der Patient wirkt lebendig oder expressiv (Item 13). Er drückt sich in einer leicht verständlichen Art aus und spricht verhältnismäßig klar und fließend (Item 54). Der Patient ist offen und wenig blockiert (Item 97) und bemüht sich, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (Item 70, R.I.). Er wirkt ungehemmt.

zuversichtlich oder selbstsicher (Item 61, R.I.), fühlt sich effektiv und überlegen (Item 59, R.I.). Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Er drückt oft Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84).

Die Haltung des **Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6). Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich (Item 46). Die Kommentare des Therapeuten sind von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt (Item 77, R.I.). Der Therapeut vermittelt weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch durch die Art seiner Kommentare, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher ist (Item 44, R.I.). Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient neigt dazu, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Er zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Der Patient und der Therapeut rivalisieren nicht (Item 39, R.I.). Der Patient scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20, R.I.). Der Patient versucht, die therapeutische Beziehung in eine gleichberechtigtere (mehr soziale) oder persönlichere und intime Beziehung zu bringen (Item 10, R.I.). Der Patient ist fordernd (Item 83).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung (Item 31). Er zeigt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten auf (Item 62). Der Therapeut gibt das, was der Patient beschrieben hat, in einer Weise wieder, die dem Patienten eine andere Sicht auf die Situation anbietet (Item 80). Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67). Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei (Item 43). Er tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69) werden besprochen. Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten (Item 22). Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus (Item 23).

Tab. 4.2.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 2

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 4. Messzeitpunkt, Pat. 2		
PQS No	Die 18 charakteristischsten Items	Mittelwert
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	9,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,5
62	Der Therapeut zeigt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema auf.	8,5
13	Der Patient ist lebhaft.	8,0
31	Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.	8,0
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	8,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7,5
73	Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	7,0
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	7,0
43	Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.	7,0
46	Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.	7,0
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7,0
80	Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.	7,0
83	Der Patient ist fordernd.	7,0
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	7,0
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7,0
Die 18 uncharakteristischsten Items		
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
52	Der Patient verlässt nicht sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1,5
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2,5
20	Der Patient provoziert; er testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	2,5
89	Der Therapeut unterstützt eine abwehrende Haltung.	2,5
10	Patient strebt eine größere Nähe mit dem Therapeuten an.	3
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	3
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	3
49	Der Patient erlebt gegenüber dem Therapeuten ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.	3
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	3
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	3
61	Der Patient ist schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	3
70	Der Patient bemüht sich, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	3
77	Der Therapeut ist taktlos.	3

Therap.-Pat.-Beziehungs- Items

1 Ch.I: 83

9 R.I: 5, 10, 14, 20, 39, 42, 44, 49, 52

Pat.-Items

5 Ch.I: 13, 34, 54, 84, 97

5 R.I: 56, 58, 59, 61, 70

Therap.- Items

2 Ch.I: 6, 46

3 R.I: 9, 51, 77

Operations-Items

5 Ch.I: 31, 43, 62, 67, 80

1 R.I: 89

Realisierungs-Items

5 Ch.I: 23, 30, 63, 69, 73

PA-Items:

4 Ch.I: 6, 46, 62, 67

KVT-Items:

6 Ch.I: 23, 30, 31, 69, 73, 80

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prozesstyp)

Es wird zu jedem Item (aus der Gruppe der charakteristischen/uncharakteristischen Items) die Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt. Das Diagramm 4.2.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Prozesstyp-Items im Therapieverlauf.

Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass die **Patienten-Items** am häufigsten vorkommen: Der Patient ist stets introspektiv und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen. Am zweithäufigsten kommen **Realisierungs-Items** vor, die den Fortschritt in der Therapie beschreiben. Während der Interaktion werden z.B. das Selbstbild des Patienten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen besprochen. Die Diskussion ist oft auf kognitive Themen, und auf seine Gedanken und Überzeugungen konzentriert. Im Verlauf der Therapie treten Items, die die **Therapeuten-Patienten-Beziehung** beschreiben immer mehr in den Vordergrund. Der Patient gibt sich vertrauensvoll. Er fühlt sich vom Therapeuten verstanden. Er arbeitet mit ihm zusammen und ist aktiv. In der Endphase spielen Beziehungs-Items genau so große Rolle wie Patienten-Items.

Die Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient noch sehr verbissen wirkt. Oft aggressive Gefühle und Anschuldigungen ausdrückt, sich selbst anklagt und schuld zu sein glaubt. Darauf tut Therapeut nichts, um seine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken, obwohl er dem Patienten vermittelt, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt.

In **der 1. Mittelphase** ist neu, dass der Patient positive oder freundliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten äußert. Er scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen. Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen, übt aber gleichzeitig auch einen beherrschenden und steuernden Einfluss in der Therapiestunde aus.

Die 2. Mittelphase (160. Stunde) der Therapie ist dadurch geprägt, dass der Patient wieder unangenehme und schmerzliche Gefühle empfindet, davon spricht, dass er Distanz will. Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen. Darauf reagiert der Therapeut, indem er sich besonders einfühlsam und empathisch gibt. Er betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Die Endphase der Therapie ist eher dadurch gekennzeichnet, dass der Patient lebendig oder expressiv wirkt. Er drückt sich in einer leicht verständlichen Art aus und spricht verhältnismäßig klar und fließend. Der Patient ist offen und wenig blockiert. Er wirkt ungehemmt und zuversichtlich. Die Kommentare des Therapeuten sind dabei von Freundlichkeit, Rücksicht oder

Sorgfalt geprägt. In der Beziehung erscheint der Patient vertrauensvoll und sicher. Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt.

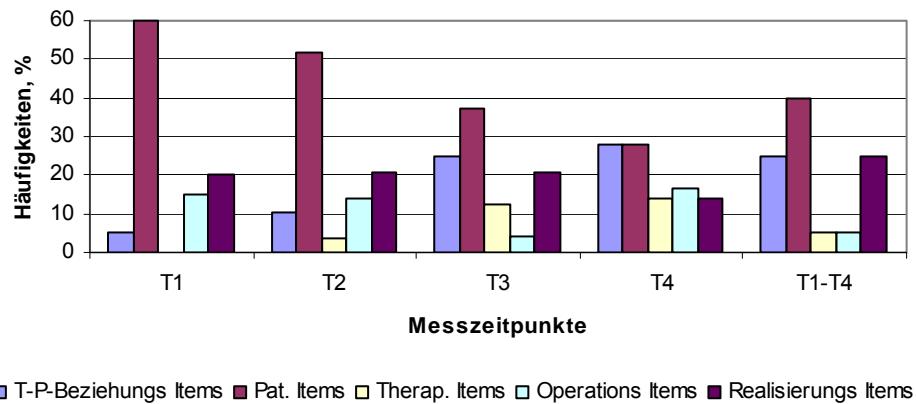


Diagramm 4.2.2 Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2

Prototypen

In der Anfangsphase (Diagramm 4.2.3), wenn der Patient noch sehr starke unangenehme Gefühle empfindet, unter Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen leidet und noch nicht in der Lage ist, ausschließlich mit „psychoanalytischen“ Items zu arbeiten, überwiegen „kognitiv-behavioristisch“ Prototyp- Items. Aber im Verlauf der Therapie, wenn der Patient stärker wird, kombiniert der Therapeut psychoanalytische und kognitiv-behavioristische Interventionen. Der Therapeut fragt zum Beispiel nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung (KB) oder benennt ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder im Verhalten des Patienten (PA). Der Therapeut gibt das, was der Patient beschrieben hat, in einer Weise wieder, die dem Patienten eine andere Sicht auf die Situation anbietet (KB). Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (PA). Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (KB). Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (KB) wird besprochen.

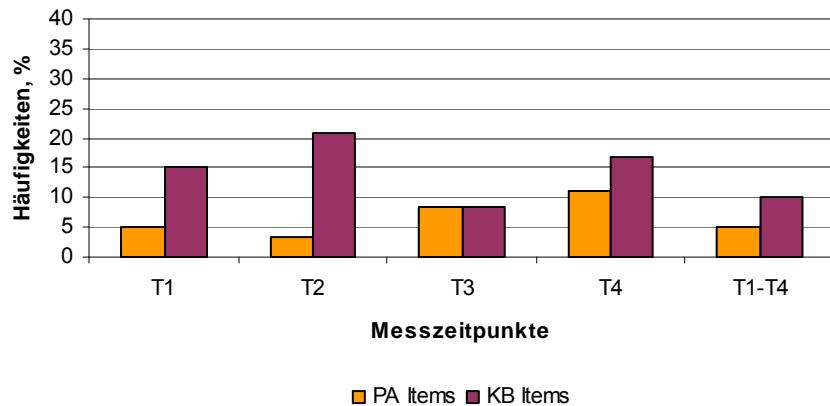


Diagramm 4.2.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2

Veränderung der Charakteristik der 100 Items für die 8 Therapiestunden pro PQS-Prozesstyp und -Prototyp

Es ist sehr hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikroniveau* (Item per Item Analyse) und dem *Makroniveau* (Mittelwerte-Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei internen Patientenuntersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mit Farben verwendet.

In den folgenden Tabellen wurden die Veränderungen der Items über alle Sitzungen farblich dargestellt. Dabei werden besonders uncharakteristische Items im rötlichen Farbenbereich und besonderes charakteristische Items im grauen abgebildet (Tab. 4.2.11)

Tab. 4.2.11: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
besonderes uncharakteristisch			neutral			besonderes charakteristisch		

Es wurden über alle acht Sitzungen Mittelwerte (MW) als Sortierungskriterium gewählt. Deshalb sind in den Tabellen besonders uncharakteristische Items oben und besonders charakteristische Items unten dargestellt. Es wurde auch die Spannweite (SpannW), als Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung des jeweiligen Items, ermittelt. Sowohl die Zugehörigkeit zum Prototyp (Proto) als auch zum Prozesstyp (Prozess) wird in den Tabellen dargestellt.

Dabei werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

KB kognitiv- behavioristischer Prototyp

PA psychoanalytischer Prototyp

V Vertrags-Prozesstyp

T Therapeuten-Prozesstyp

P Patienten –rozesstyp

TPB Therapeut-Patient-Beziehungs-Prozesstyp

O Operations-Prozesstyp

R Realisierungs-Prozesstyp

Vertrags-Items finden sich für die vier Messzeitpunkte im neutralen Bereich. Item 4 (Die Therapieziele des Patienten werden besprochen) ist am Anfang der Behandlung wichtiger.

Tab. 4.2.12: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
57	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8	KB	1
75	5	5	5	4	5	5	5	5	4,9		1
96	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
4	6	7	5	4	5	5	4	5	5,1	KB	3
MW	5,3	5,5	5,0	4,5	5,0	4,8	4,8	4,8	5,0		1,3

Beziehungs-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben, was ebenfalls bedeutet, dass diese Items für die Therapie wichtig sind. Der Mittelwert 4 zeigt in die uncharakteristische Richtung. Beim Item 87 (Der Patient kontrolliert) ist eine Differenz von 6 Intervallen zu beobachten.

Tab. 4.2.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
52	1	2	2	3	2	1	1	2	1,8		2
42	3	2	2	3	1	1	2	1	1,9		2
14	2	3	2	2	1	2	2	3	2,1		2
44	4	2	1	1	2	1	3	3	2,1		3
5	3	2	3	3	2	2	2	2	2,4		1
20	2	3	3	2	3	4	3	2	2,8		2
49	3	3	2	5	2	2	3	3	2,9		3
1	3	4	3	2	3	3	4	3	3,1		2
39	3	3	3	7	3	3	4	2	3,5		5
8	4	3	5	4	4	4	4	4	4		2
10	4	3	4	6	4	6	3	3	4,1		3
47	4	4	4	5	5	5	6	3	4,5		3
98	5	5	5	5	4	5	3	4	4,5	PA	2
100	5	5	5	5	4	5	5	4	4,8	PA	1
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
74	5	4	5	5	5	6	6	5	5,1		2
53	4	4	4	9	6	7	4	6	5,5		5
78	6	4	4	8	6	7	4	7	5,8		4
83	7	6	4	7	3	6	8	6	5,9		5
95	6	6	7	6	6	6	6	6	6,1	KB	1
87	8	7	7	8	2	8	7	3	6,3		6
MW	4,1	3,8	3,8	4,8	3,5	4,2	4,0	3,7	4,0		2,7

Patienten-Items verteilen sich als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch auf beide Pole. Der Mittelwert 5,2 zeigt, dass die Items praktisch symmetrisch sind. Item 7 (Der Patient ist ängstlich oder angespannt) und Item 15 (Der Patient initiiert keine Themen; ist passiv) weisen eine Differenz von 6 Intervallen auf; Item 71 (Der Patient klagt sich selbst an; äußert Scham oder Schuld) sogar eine von 7 Intervallen.

Tab. 4.2.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
56	1	1	1	3	1	2	1	2	1,5		2
58	1	1	1	1	2	2	2	2	1,5		1
15	1	1	2	1	3	4	1	7	2,5		6
33	2	1	3	3	1	3	4	4	2,6		3
61	4	3	2	3	2	1	2	4	2,6		3
70	2	2	1	4	4	3	2	4	2,8		3
25	2	3	3	2	3	2	2	7	3		5
59	3	7	2	4	4	2	3	3	3,5		5
71	8	8	7	6	4	3	1	6	5,4		7
7	7	6	7	7	7	3	9	4	6,3		6
94	7	8	7	6	8	7	4	6	6,6		4
13	7	7	8	8	6	3	8	8	6,9		5
54	8	7	9	4	5	8	8	8	7,1		5
88	8	8	8	7	6	7	7	6	7,1	KB	2
97	7	9	8	6	7	8	7	7	7,4		3
26	8	8	9	7	9	7	7	6	7,6		3
29	9	9	8	6	9	9	6	7	7,9		3
34	9	8	9	9	9	8	9	5	8,3		4
84	9	9	9	9	9	8	9	5	8,4		4
MW	5,4	5,6	5,5	5,1	5,2	4,7	4,8	5,3	5,2		3,9

Therapeuten-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine helfende Haltung ein) weist eine Differenz von 7 Intervallen auf

Tab. 4.2.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
9	4	3	3	3	1	1	2	1	2,3		3
51	3	3	3	2	3	4	3	3	3		2
77	3	4	3	3	3	2	4	2	3		2
37	3	3	3	4	3	3	4	3	3,3	KB	1
21	3	4	4	4	4	4	4	3	3,8		1
24	4	4	4	4	4	3	4	3	3,8		1
45	4	4	6	6	8	4	7	1	5	KB	7
93	7	6	4	6	4	6	6	4	5,4	PA	3
86	6	5	6	5	6	8	3	9	6	KB	6
46	4	6	7	5	7	8	6	8	6,4	PA	4
6	3	6	6	7	8	8	7	7	6,5	PA	5
18	6	6	6	7	7	7	7	6	6,5	PA	1
MW	4,2	4,5	4,6	4,7	4,8	4,8	4,8	4,2	4,6		3,0

Operations-Items verteilt sich als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch auf beide Pole. Item 66 (Der Therapeut beruhigt den Patienten) und Item 17 (Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv) weist eine Differenz von 6 Intervallen auf.

Tab. 4.2.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
89	2	2	3	2	2	4	4	1	2,5		3
17	1	1	1	1	7	4	1	6	2,8	KB	6
76	2	2	2	3	3	4	3	4	2,9		2
27	5	4	3	2	3	4	4	4	3,6	KB	3
48	4	4	6	3	4	3	4	4	4	KB	3
66	4	3	6	4	6	3	7	1	4,3		6
36	4	5	4	3	4	6	3	6	4,4	PA	3
85	5	5	5	4	4	4	4	4	4,4	KB	1
2	5	5	5	5	5	5	5	4	4,9		1
22	3	4	4	8	3	4	5	8	4,9	PA	5
82	5	5	5	4	5	5	5	5	4,9	PA	1
43	4	4	4	6	5	4	6	8	5,1		4
50	6	6	4	3	6	6	6	6	5,4	PA	3
99	6	6	7	4	4	6	6	4	5,4		3
67	4	6	4	6	6	5	7	7	5,6	PA	3
3	6	7	6	6	6	7	6	2	5,8	PA	5
40	6	6	7	4	6	6	5	8	6		4
80	5	5	6	7	5	6	7	7	6	KB	2
81	6	7	7	6	8	7	6	7	6,8		2
65	7	7	7	7	8	6	6	7	6,9		2
31	6	7	8	6	7	7	8	8	7,1	KB	2
62	6	6	6	8	8	6	8	9	7,1	PA	3
MW	4,6	4,9	5,0	4,6	5,2	5,1	5,3	5,5	5,0		3,0

Realisierungs-Items finden sich als besonderes charakteristisch überwiegend am oberen Pol. Item 12 (In der Stunde wird geschwiegen) weist eine Differenz von 8 Intervallen auf.

Tab. 4.2.17: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	SpannW
41	6	4	5	2	5	5	5	5	4,6		4
12	2	2	4	1	8	9	6	6	4,8		8
38	5	5	6	4	4	4	5	5	4,8	KB	2
79	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9	PA	1
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	PA	0
64	6	5	4	5	5	5	5	5	5		2
16	5	5	5	5	5	5	6	5	5,1		1
90	5	8	5	5	4	4	5	5	5,1	PA	4
91	7	4	4	5	5	5	6	5	5,1	PA	3
32	5	5	6	5	7	5	3	6	5,3	PA	4

60	6	6	6	4	6	5	5	4	5,3		2
68	5	4	5	8	6	6	5	5	5,5		4
55	8	6	6	6	6	6	5	6	6,1		3
28	6	6	6	7	7	7	3	8	6,3	KB	5
72	7	6	6	6	6	7	6	6	6,3	KB	1
92	7	8	6	7	7	6	7	5	6,6	PA	3
73	7	7	7	6	6	6	8	7	6,8	KB	2
23	8	7	8	8	7	3	8	9	7,3	KB	6
30	7	7	8	7	7	9	8	7	7,5	KB	2
35	9	9	7	8	7	7	7	6	7,5	PA	3
69	8	8	8	9	8	9	9	9	8,5	KB	1
63	9	9	9	9	9	9	9	9	9		0
MW	6,2	6,0	6,0	5,8	6,1	6,0	6,0	6,0	6,0		2,8

Veränderungen der 100 Items für die vier Messzeitpunkte (8 Stunden), pro PQS Prototyp

Psychoanalytische Prototyp Items lassen sich als besonderes charakteristisch beschreiben

Tab. 4.2.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Prozess	SpannW
36	4	5	4	3	4	6	3	6	4,4	O	3
98	5	5	5	5	4	5	3	4	4,5	TPB	2
100	5	5	5	5	4	5	5	4	4,8	TPB	1
22	3	4	4	8	3	4	5	8	4,9	O	5
79	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9	R	1
82	5	5	5	4	5	5	5	5	4,9	O	1
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	R	0
90	5	8	5	5	4	4	5	5	5,1	R	4
91	7	4	4	5	5	5	6	5	5,1	R	3
32	5	5	6	5	7	5	3	6	5,3	R	4
50	6	6	4	3	6	6	6	6	5,4	O	3
93	7	6	4	6	4	6	6	4	5,4	T	3
67	4	6	4	6	6	5	7	7	5,6	O	3
3	6	7	6	6	6	7	6	2	5,8	O	5
46	4	6	7	5	7	8	6	8	6,4	T	4
6	3	6	6	7	8	8	7	7	6,5	T	5
18	6	6	6	7	7	7	7	6	6,5	T	1
92	7	8	6	7	7	6	7	5	6,6	R	3
62	6	6	6	8	8	6	8	9	7,1	O	3
35	9	9	7	8	7	7	7	6	7,5	R	3
MW	5,3	5,9	5,2	5,7	5,6	5,8	5,6	5,7	5,6		2,9

Kognitiv-behavioristische Prototyp Items lassen sich ebenfalls als besonderes charakteristisch beschreiben. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine fürsorgliche Haltung ein) weist eine Differenz von 7 Intervallen auf.

Tab. 4.2.19: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 2

PQS No	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Prozess	SpannW
17	1	1	1	1	7	4	1	6	2,8	O	6
37	3	3	3	4	3	3	4	3	3,3	T	1
27	5	4	3	2	3	4	4	4	3,6	O	3
48	4	4	6	3	4	3	4	4	4	O	3
85	5	5	5	4	4	4	4	4	4,4	O	1
38	5	5	6	4	4	4	5	5	4,8	R	2
57	5	5	5	5	5	4	5	4	4,8	V	1
45	4	4	6	6	8	4	7	1	5	T	7
4	6	7	5	4	5	5	4	5	5,1	V	3
80	5	5	6	7	5	6	7	7	6	O	2
86	6	5	6	5	6	8	3	9	6	T	6
95	6	6	7	6	6	6	6	6	6,1	TPB	1
28	6	6	6	7	7	7	3	8	6,3	R	5
72	7	6	6	6	6	7	6	6	6,3	R	1
73	7	7	7	6	6	6	8	7	6,8	R	2
31	6	7	8	6	7	7	8	8	7,1	O	2
88	8	8	8	7	6	7	7	6	7,1	P	2
23	8	7	8	8	7	3	8	9	7,3	R	6
30	7	7	8	7	7	9	8	7	7,5	R	2
69	8	8	8	9	8	9	9	9	8,5	R	1
MW	5,6	5,5	5,9	5,4	5,7	5,5	5,6	5,9	5,6		2,9

Makroanalyse: Mittelwertentwicklung der 100 PQS Items für die vier Messzeitpunkte (8 Stunden), pro PQS Prozesstyp und Prototyp

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb wurden zwei Methoden des Mittelwertvergleichs verwendet: Zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS-Methode aber keine normative Methode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (Wert 5) an. Ein Mittelwert größer 5 spricht also tendenziell für die charakteristische Richtung (Tab. 4.2.17). Ein Mittelwert kleiner 5 zeigt die uncharakteristische Tendenz (Tab. 4.2.15) und der Mittelwert 5 zeigt entweder den neutraler Bereich an (Tab. 4.2.12) oder ist das Ergebnis eines Auslöschungseffekts bei jeweils gleichem Anteil charakteristischer und uncharakteristischer Items (Tab. 4.2.16).

Bei der zweiten Methode wurden die Items umgepolt und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (1, 9) eine 5. So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

- 1 ⇒ 5
- 2 ⇒ 4
- 3 ⇒ 3
- 4 ⇒ 2
- 5 ⇒ 1
- 6 ⇒ 2
- 7 ⇒ 3
- 8 ⇒ 4
- 9 ⇒ 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Das Diagramm 4.2.4 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte. Aus dem 1. Teil der Diagramme ist ersichtlich, dass sich die Realisierungs-Items im charakteristischen Bereich befinden. Therapeuten- und Beziehungs-Items sind im extrem uncharakteristischen Bereich. Vertrags-Items sind neutral. Patienten- und Operations-Items befinden sich ebenfalls im neutralen Bereich. Aus dem 2. Teil des Diagramms sieht man aber, dass für die Behandlung des Patienten 2, genau diese Patienten-Items über die Zeit hinweg am wichtigsten sind. Zum ersten Zeitpunkt waren Beziehungs-, Therapeuten-, Operations- und Realisierungs-Items gleich wichtig. Das hat sich aber schon ab dem zweiten Zeitpunkt geändert, Therapeuten- und Beziehungs-Items haben an Wichtigkeit gewonnen und in der Endphase haben die Beziehungs-Items den höchsten Wichtigkeitswert erreicht.

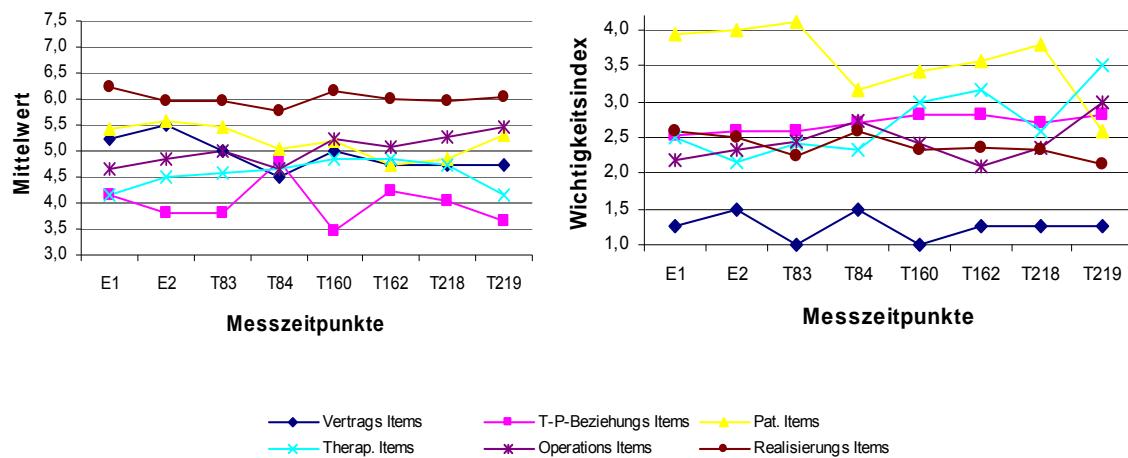


Diagramm 4.2.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 2

Diagramm 4.2.5 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte. Teil 1 des Diagramms zeigt, dass Items beider Prototypen im charakteristischen Bereich liegen. Items des psychoanalytischen Prototyps bekommen am Anfang der Behandlung einen höheren Wichtigkeitsindex. In der 160. (Behandlungs-)Stunde, wenn bei dem Patienten 2 zu einem krisenhaften Einbruch kam, werden kognitiv-behavioristische Items wichtiger. Dann aber stabilisiert sich der Verlauf der Items und am Ende der Behandlung sind die Items beider Prototypen gleich wichtig.

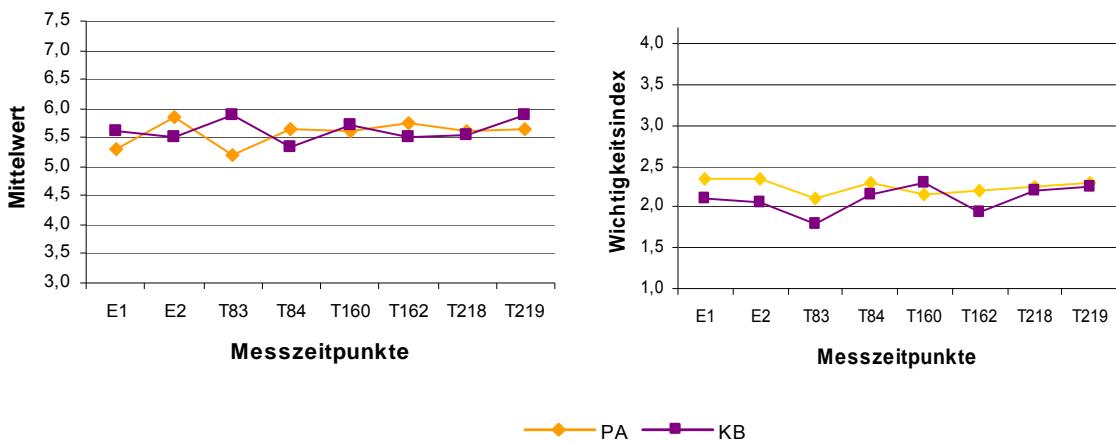


Diagramm 4.2.5: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prototyp-Items über acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 2

Episodische Veränderungen im analytischen Prozess

Um episodische Veränderungen in analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu analysieren, wurden die Itemswerte aller Ratings der acht Sitzungen miteinander verglichen und Spannweite (Differenz zwischen maximalen und minimalen Ausprägung) ermittelt. Damit wurden auch solche Items identifiziert, bei denen sich eine erhebliche Differenz (mehr als 5 Intervalle) entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung zwischen zwei Messzeitpunkten beobachten lässt.

Aus der Tabelle 4.2.20 wird anschaulich, dass bestimmte Items im Lauf der Therapie an Bedeutung verlieren, was über strukturelle Veränderungen bei dem Patienten sprechen kann. Am Anfang der Therapie klagt sich der Patient z.B. übermäßig an (Item 71) und ist kontrollierend (Item 87). Das klingt zum Ende der Behandlung aus.

Bestimmte Zusammenhänge werden aus dem Kontext verständlich. In der 160. und 218. Stunde, scheint es bei dem Patienten zu einem krisenhaften Einbruch zu kommen. Das spiegelt sich in den PQS-Items und den HUSS-Auswertungen wieder: Der Patient wurde schweigsam (Item 12) und angespannt (Item 7), was in anderen Phasen der Therapie nicht der Fall war. Daraufhin verhält sich der Therapeut besonders supportiv (Item 45) und beruhigt den Patienten (Item 66), was für die Flexibilität und das Anpassungsvermögen des Therapeuten spricht.

Tab. 4.2.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 2

PQS №	PQS Item	E1	E2	T83	T84	T160	T162	T218	T219	MW	Proto	Prozess	SpannW
12	In der Stunde wird geschwiegen	2	2	4	1	8	9	6	6	4,8		R	8
45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein	4	4	6	6	8	4	7	1	5	KB	T	7
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld	8	8	7	6	4	3	1	6	5,4		P	7
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt	7	6	7	7	7	3	9	4	6,3		P	6
15	Patient initiiert keine Themen, ist passiv	1	1	2	1	3	4	1	7	2,5		P	6
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv	1	1	1	1	7	4	1	6	2,8	KB	O	6
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus	8	7	8	8	7	3	8	9	7,3	KB	R	6
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten	4	3	6	4	6	3	7	1	4,3		O	6
86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher	6	5	6	5	6	8	3	9	6	KB	T	6
87	Der Patient kontrolliert	8	7	7	8	2	8	7	3	6,3		TPB	6

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der PQS- und HUSS-Auswertungen

Erstens wurde festgestellt, dass sich die HUSS-Foki in den PQS-Items wieder finden: Der Konfliktfokus „Selbstwertkonflikt“ spiegelt sich im Item 59 (der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen) und im Item 61 (der Patient wirkt scheu, verlegen und verunsichert). Dies ist besonders für die Anfangsphase der Therapie typisch, wo der Patient auch in der HUSS mit 2- (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus) ganz niedrig eingeschätzt wurde. Im Lauf der Therapie, in der der Patient von einer geringen Bewusstheit zu einem verantwortlichen Umgang mit dem Problembereich fortschreitet, kommen auch PQS selbstwertbezogene Items seltener vor.

Das Thema **Unterwerfung vs. Kontrolle** spielt während der gesamten Behandlung beim Patienten eine große Rolle. Dafür können wir auch bei den PQS-Items Nachweise finden. Da es ein gemischter (aktiv/passiv) Modus ist, verlässt sich der Patient auch in der Beziehung mit dem Therapeuten nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52). Er übt einen beherrschenden oder steuernden Einfluss in der Stunde aus (Item 87). Aber gleichzeitig scheint der Patient die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20).

Beim Strukturfokus „**Impulssteuerung**“ spiegelt sich der niedrige HUSS-Wert 2+ am Anfang der Therapie im häufig vorkommenden PQS-Item 26 (Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle), Item 84 (Er drückt oft Ärger oder aggressive Gefühle aus) und Item 70 (Er

ringt nicht darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren) wieder. Nachdem der Patient im Lauf der Therapie fähiger wird, seine innere Impulse zu steuern und kontrollieren, kommen auch andere PQS-Items, wie Item 61 (Der Patient ist selbstbewusst und selbstsicher) vor, weswegen der Patient weniger geblockt und ungehemmt wirkt.

Niedrige Werte am Anfang der Therapie beim HUSS-Fokus „**Schuldkonflikt**“ zeigen sich in den Patienten-PQS-Items: Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34), am Anfang klagt der Patient sich auch selbst an und äußert Scham oder Schuld (Item 71). Der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt (Item 76). Er fokussiert die Schuldgefühle des Patienten (Item 22).

Zum Zeitpunkt der 160. Stunde schienen sich die Ratings mit den beiden Methoden teilweise zu widersprechen: Obwohl der Patient einen Zuwachs der HUSS-Werte aufweist, kann nach PQS Bewertungen zu diesem Zeitpunkt ein krisenhafter Einbruch in der Behandlung vermutet werden: Die Therapiestunden waren dadurch geprägt, dass, dass die Patienten- Items überwiegen. Der Patient empfindet unangenehme und schmerzliche Gefühle, fühlt sich traurig und deprimiert. Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus und macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.

Es konnte festgestellt werden, dass beide Methoden Hinweise auf strukturelle Veränderungen bei Patienten liefern: zu nennen ist hier die Bewegung der Fokusthemen über die Messzeitpunkte auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala und auch die langsame, aber sukzessive Verschiebung einiger PQS Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol bzw. umgekehrt. Am Anfang der Therapie klagt sich der Patient übermäßig an und ist sehr kontrollierend. Das klingt zum Ende der Behandlung ab.

4.3 Patient 3

Der Patient ist zum Zeitpunkt des ersten OPD-Interviews 25 Jahre alt, Student. Der Patient gibt an, dass er in der Öffentlichkeit sehr unsicherer ist. Als Erstes sagt er, dass er „soziale Kontaktprobleme in Bezug auf Frauen“ hat. Er kann schwer Gefühle für eine Frau mit sexuellen Wünschen vereinen. Um sein Minderwertigkeitsgefühl bei Frauen zu kompensieren, ist er im Beruf sehr eifrig. Er beschreibt sich als egoistisch, ich-bezogen, „sehr ich-konzentriert“, aber er ist auch jemand, der leicht zu verunsichern ist. Er hat eine sehr fragile Selbstwertregulation, die durch Größenvorstellungen gekennzeichnet ist. Er sagt er sei zornig, aggressiv und leicht depressiv und sein Wunsch an die Therapie wäre, dass er ausgeglichener wird, die Realität besser wahrnehmen kann, „lockerer und neutraler“ an die Sachen herangeht.

Die Therapie hat 230 Stunden gedauert und fand im Liegen statt. Die ersten 160 Sitzungen fanden zwei mal wöchentlich und die restlichen Sitzungen ein mal pro Woche statt. Die Therapie wurde bis dato nicht abgeschlossen.

4.3.1 HUSS Auswertung

Es wurden beim Patienten 3 folgende fünf Fokus-Probleme aus den drei OPD-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ ausgewählt:

1. Beziehungsdimensionale Formulierung
2. Konfliktfokus: Unterwerfung vs. Kontrolle,
3. Konfliktfokus: Selbstwertkonflikt
4. Konfliktfokus: Ödipal-sexueller Konflikt,
5. Strukturfokus: Selbststeuerung

Abbildung 4.3.1 zeigt die Bewegung der fünf Fokusthemen im Beobachtungszeitraum für die vier (T1, T2, T3, T4) Messzeitpunkte.

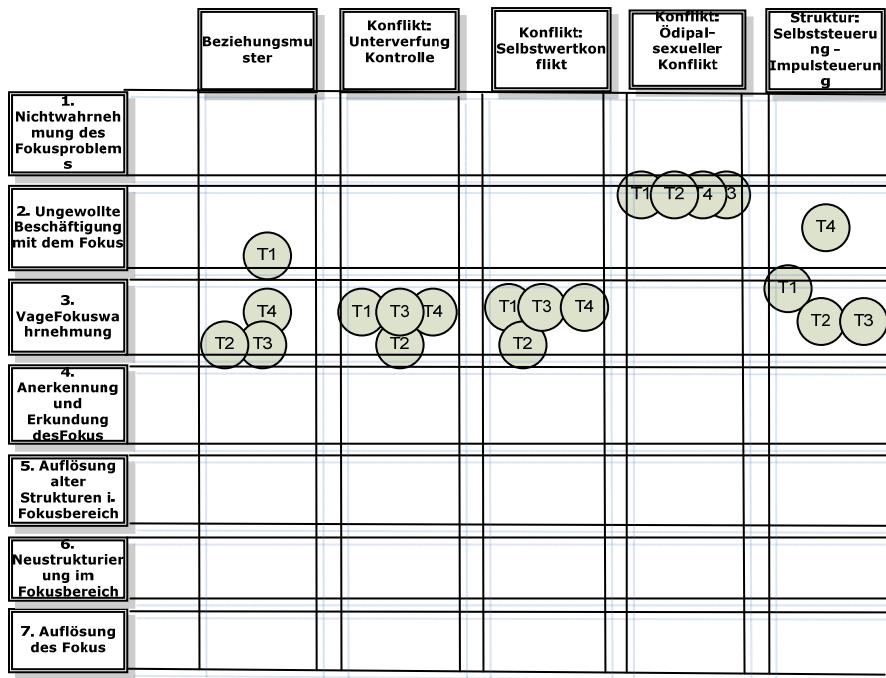


Abb. 4.3.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 3

Beim Patienten 3 ist eine rückgängige Tendenz festzustellen. Es ist ihm bis zur 80. Stunde gelungen, vom Status geringer Bewusstheit, Stufe 2, in Bezug auf die vier Fokusprobleme weiter fortzuschreiten. Zum 3. und 4. Messzeitpunkt lässt sich aber ein Rückschritt beobachten. Bei dem Konfliktfokus „Ödipal-sexueller Konflikt“ gab es keine Entwicklung im Verlauf der Therapie.

Die Tabellen 4.3.1 – 4.3.5 zeigen eine komprimierte Form der Beschreibung des Stands der Bearbeitung des jeweiligen Fokus.

In der Tabelle 4.3.1 handelt es sich um die Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters.

Tab. 4.3.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 3

MZP	HUSS-Wert	Umgang des Patienten mit dem Fokus
T1	2+ (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)	<p>Beim Patienten bestehen klare Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen, die von belastenden Gefühlen auf Seiten des Patienten begleitet sind.</p> <p>Der Patient erlebt seine Objekte immer wieder so, dass sie ihm keinen Freiraum lassen, sich in alles einmischen, ihn bestimmen und kontrollieren.</p> <p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich in den Mittelpunkt stellt.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient immer wieder viel Selbständigkeit für sich beansprucht und sich wichtig macht.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er ihm seine Zuneigung entziehen möchte.</p>
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmu ng, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und	<p>Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn bestimmen und kontrollieren. Der Patient erlebt seine Freundin so, dass sie sich an ihn anklammert.</p> <p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er seiner Mutter und Großmutter gegenüber trotzig ist und sich widersetzt. Bei seiner Freundin erlebt er sich so, dass er sich um ihr besonders kümmert.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient immer wieder seine Mutter, Großmutter und</p>

	Erkundung des Problembereichs)	Freundin bestimmt und kontrolliert. Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich zurückziehen will, wenn der Patient über seinen Hass und seine Aggressivität gegen Menschen spricht.
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn beschuldigen und anklagen. Deshalb hat der Patient kaum Kontakt zu anderen Menschen. Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er andere Menschen nicht besonders mag und deswegen oft ignoriert . Bei seiner Freundin erlebt er sich so, dass er sich um sie besonders kümmert . Der externe Beobachter erlebt , dass der Patient immer wieder sich besonders vor Angriffen schützt , aber auch sich anpasst und aufgibt . Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich um ihn besonders kümmern will.
T4	3 (Vage Fokuswahrnehmung)	Der Patient erlebt seine Mutter immer wieder so, dass sie sich ihm aufdrängt und sich einmischt. Der Patient erlebt seine Kollegen immer wieder so, dass sie ihn beschuldigen, ihn klein machen . Der Patient erlebt seine Freundin so, dass sie ihn in Stich gelassen hat , weil sie ihn nach 13 Jahren verlassen hat. Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er andere Menschen nicht besonders mag und deswegen oft ignoriert . Der externe Beobachter erlebt , dass der Patient immer wieder sich besonders vor Angriffen schützt, auf der Hut ist und dass der Patient immer wieder viel Freiraum für sich beansprucht . In der Beziehung hat der Patient nur das getan, was er wollte . Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich um ihn besonders kümmern will.

In der Tabelle 4.3.2 handelt es sich um den Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, der in der Fokusliste als lebensbestimmender Konflikt aufgelistet ist. Beim zweiten Messzeitpunkt konnte man eine Entwicklung dahingehend festzustellen, dass der Patient zu verstehen beginnt, dass die Kontrollbedürfnisse seiner Eltern und die seiner Freundin, auf Gegenseitigkeit beruhen. Er versucht, sich vom familiären Einfluss zu befreien, aber es kostet ihn sehr viel Kraft. Beim dritten und vierten Messzeitpunkt wurde aber beim Patienten ein Rückschritt in dieser Hinsicht beobachtet. Er wird immer noch zornig bei den Einengungsversuchen seiner Mutter, aber er versucht nicht die Beziehung anderer zu gestalten. Er ist passiver geworden.

Tab. 4.3.2: Entwicklung des Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 3

MZP	HUSS-Wert
T1	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T3	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T4	3 (Vage Fokuswahrnehmung)

In der Tabelle 4.3.3 handelt es sich um den Fokus „Selbstwertkonflikt“. Bei diesem Fokus ist die gleiche Tendenz wie beim Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“ zu beobachten: Beim ersten Messzeitpunkt gibt es zahlreiche Belege dafür, dass der Patient seine Minderwertigkeitsgefühle zu kompensieren versucht. Zum zweiten Zeitpunkt ist die Entwicklung zu beobachten, dass der Patient sich mit dem Ursprung seines übermäßigen Perfektionismus und Ergeiz beschäftigt. Beim dritten und vierten Zeitpunkt scheint der Patient seine Probleme zu verdrängen, Medikamente zu missbrauchen und sich von der Außenwelt zu isolieren.

Tab. 4.3.3: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 3

MZP	HUSS-Wert
T1	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problemreichs)
T3	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T4	3 (Vage Fokuswahrnehmung)

In der Tabelle 4.3.4 handelt es sich um den Fokus „Ödipal-sexueller Konflikt“. Es zeigt sich hier kein Fortschritt. Am Anfang der Therapie führt der Patient seine Schwierigkeiten bei Frauen auf seine Unsicherheit zurück; seinen Wunsch „jemanden kennen lernen“ auf Geltungsdrang. Im Laufe der Therapie blendet der Patient das Thema aus. Er führt sein Desinteresse an Erotik und Sexualität auf seinen Medikamentbissbrauch zurück.

Tab. 4.3.4: Entwicklung des Fokus „Ödipal-sexueller Konflikt“, Pat. 3

MZP	HUSS-Wert
T1	2- (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 1, zur Abwehr)
T2	2- (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 1, zur Abwehr)
T3	2- (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 1, zur Abwehr)
T4	2- (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 1, zur Abwehr)

In der Tabelle 4.3.5 handelt es sich um den Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Am Anfang der Therapie spricht der Patient über seinen unangemessenen Zorn, seine Depressivität und seinen Mangel an Toleranz und Loyalität

gegenüber Anderen. Beim vierten Messzeitpunkt steht sein Medikamentenmissbrauch im Vordergrund. Der Patient leugnet das Problem; meint alles in den Griff bekommen zu können.

Tab. 4.3.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, Pat. 3

MZP	HUSS-Wert
T1	3- (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T3	3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T4	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)

Ein Vergleich der Mittelwerte aller HUSS-Foki für die einzelnen Messzeitpunkte (Diagramm 4.3.1) lässt erkennen, dass beim Patienten 3 zwischen den Zeitpunkten T1 und T2, ein Anstieg festzustellen ist (MW T1: 2,54; MW T2: 2,92; MW-Diff.: -0,38). Zwischen T2 und T3, sowie zwischen T3 und T4 (MW T2: 2,92; MW T3: 2,80; MW T4: 2,54 MW-Diff.: 0,12, 0,26) ist es zu einem Absinken der Foki gekommen.

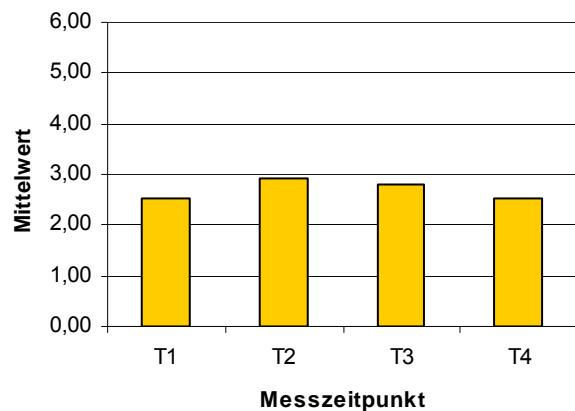


Diagramm 4.3.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 3

4.3.2 PQS Auswertung

In einem ersten Schritt werden die im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzten Items (über alle vier Untersuchungszeitpunkte mit jeweils zwei Therapiestunden und der Bewertung beider Beurteiler) dargestellt. Anschließend wird eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Die zehn Items mit dem höchsten und die zehn Items mit dem niedrigsten Mittelwert werden in einer Tabelle mit der Zugehörigkeit zum Prozesstyp und dem Prototyp dargestellt. Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu verdeutlichen, werden jeweils zwei Therapiestunden zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3 und T4 zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

In den Tabellen werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Ch.I.	Charakteristische Items
R.I.	Uncharakteristische Items (R= reversed) sind Items, deren Inhalt bei der Beschreibung der jeweiligen Therapiephase invertiert wurde, um narrative Konsistenz beizubehalten
T-P-Beziehung	Items der Therapeut Patient Beziehung
Pat. Items	Patienten Items
Therap. Items	Therapeuten Items
Operations Items	
Realisierungs Items	
PA	Psychoanalytische Prototyp Items
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle acht Stunden

Zunächst soll dargestellt werden (Tab. 4.3.6), welche Items im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Es wird angenommen, dass diese Items keinen oder nur einen geringen Unterschied in den Mittelwerten der Anfangs- und Endphase aufweisen. Diese Items also, liefern eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen während der Analyse. Nach der Mittelwertbildung der Items haben mehrere Items einen gleich hohen/niedrigen Wert bekommen. Deshalb sind für bestimmte Messzeitpunkte mehr als 10 jeweils charakteristische und uncharakteristische Items definiert worden.

Der **Patient** bringt relevante Themen und Material zur Sprache (Item 88). Er ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert (Item 54), beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein (Item 34). Er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Die Haltung des **Therapeuten** wird

als taktvoll (Item 77, R.I.) beschrieben. Weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch die Art seiner Kommentare vermittelt er, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher erscheint (Item 44, R.I.). Der Patient bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (14, R.I.). Der Patient hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Aber gleichzeitig verlässt sich der Patient nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.). Patient und Therapeut rivalisieren nicht (Item 39, R.I.); der Patient ist angepasst und scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen, um dem Therapeuten zu gefallen (Item 20, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Er betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81). Er fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung (Item 31), formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65). Er spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35), seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69). Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen (Item 30). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92).

Tab. 4.3.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die 4 Messzeitpunkte, Pat 3		
PQS No	Die 13 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8,8
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,3
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,1
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,0
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,0
62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema	7,8
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	7,4
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	7,3
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache	7,3
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.	7,1
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7,1
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	7,1
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft	7,1

	Die 13 uncharakteristischsten Items	
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. Vertrauensvoll und sicher).	1,8
15	Der Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	1,9
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,0
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2,0
39	Die Beziehung hat einen rivalisierenden Charakter	2,0
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	2,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	2,0
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2,1
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2,3
20	Der Patient provoziert. Er testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	2,4
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab	2,4
77	Der Therapeut ist taktlos	2,4
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2,4

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

8 R.I: 5, 14, 39, 42, 44, 49, 20, 52

Pat.-Items

2 R.I: 15, 58

Therap.-Items

2 R.I: 51

Operations-Items

4 Ch. I: 31, 62, 65, 81

PA-14

3 CH. I. 62, 25, 22

PA-Items:

3 Ch.I: 62, 35, 92

Charakteristische und uncharakteristische Items getrennt für die Anfangs-, Mittel- und Endphase

Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu beschreiben, werden jeweils die zwei Therapiestunden zu T1, T2, T3 und T4 zu einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Beschreibung der Anfangsphase (20. und 22. Therapiestunde)

Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass der **Patient** unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet (Item 26) und fühlt sich unterlegen (Item 59). Der Patient spricht oft davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr will (Item 29). Aber der Patient ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Die Haltung des **Therapeuten** wird so beschrieben, dass er weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch die Art seiner Kommentare vermittelt, dass er sich nicht überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sicher zu sein scheint (Item 44, R.I.). Der Patient bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber (Item 49, R.I.). Der Patient und der Therapeut rivalisieren

nicht (Item 39, R.I.). Der Patient äußert positive und freundliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten (Item 1, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Er formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65), fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung (Item 31). Er spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62). Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67). Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf ab, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern (Item 3).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. Selbstbild des Patienten (Item 35), seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation (Item 69). Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen (Item 30). Es wird auch über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen (Item 64).

Tab. 4.3.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 3

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 1. Messzeitpunkt, Pat. 3		
PQS No	Die 14 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	9
62	Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederkehrendes Thema an	9
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,5
59	Der Patient fühlt sich unterlegen	8,5
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen	8,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will.	8
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8
3	Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf ab, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.	7,5
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	7,5
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.	7,5
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7,5
Die 11 uncharakteristischsten Items		
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	1,0
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,0
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1,5
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter	1,5
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,0
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2,0
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2,0
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2,0
1	Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten.	2,0

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items		
Pat.-Items	3 Ch.I: 26, 29, 59	7 R.I: 1, 5, 14, 39, 42, 44, 49
Therap.-Items		2 R.I: 15, 58
Operations-Items	5 Ch. I: 3, 31, 62, 65, 67	1 R.I: 51
Realisierungs-Items	6 Ch.I: 23, 30, 35, 63, 64, 69	1 R.I: 89
PA-Items:	4 Ch.I: 3, 62, 67, 35	
KVT-Items:	4 Ch.I: 23, 30, 31, 69	

Beschreibung der 1. Mittelphase (80. und 84. Therapiestunde)

Die **1. Mittelphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** oft Ärger oder aggressive Gefühle ausdrückt (Item 84). Er macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache (Item 88). Der Patient ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert (Item 54) und introspektiv. Er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97). Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr will (Item 29). Die Haltung **des Therapeuten** wird als einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6), empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch die Art seiner Kommentare vermittelt er, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sorglos zu sein scheint (Item 44, R.I.). Der Patient bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (14, R.I.). Der Patient hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Patient scheint sich weder explizit noch implizit darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65), spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62). Er betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35) und seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63). Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches (Item 91). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92).

Tab. 4.3.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 3

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 2. Messzeitpunkt, Pat 3		
PQS No	Die 15 charakteristischsten Items	Mittelwert
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	9
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft	9
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,5
91	Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs.	8,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	8
88	Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache	8
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	7,5
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr will.	7,5
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7,5
62	Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an.	7,5
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	7,5
97	Der Patient ist introspektiv; er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7,5
Die 10 uncharakteristischsten Items		
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1,5
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
15	Der Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
49	Der Patient erlebt gegenüber dem Therapeuten ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

6 R.I: 5, 14, 42, 44, 49, 52

Pat.-Items

6 Ch.I: 29, 34, 54, 84, 88, 97

2 R.I: 15, 58

Therap.-Items

2 Ch.I: 6

2 R.I: 9, 51

Operations-Items

3 Ch.I: 62, 65, 81

PA-Items:

5 Ch.I: 3, 6, 3.

Beschreibung der 2. Mittelphase (170. und 171. Therapiestunde)

Die 2. Mittelpause der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass die Patienten Items überwiegen

Der Patient versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinander zu setzen, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache (Item 88), ist aktiv (Item 15, R.I.) und ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert (Item 54). Die Haltung **des Therapeuten** wird als taktvoll (Item 77, R.I.) beschrieben.

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sorglos zu sein scheint (Item 44, R.I.). Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient neigt dazu, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.), ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Die Beziehung hat keinen rivalisierenden Charakter (Item 39, R.I.). Der Patient scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65). Er spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62) und betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81). Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung (Item 31). Der Therapeut tut nichts, um eine abwehrende Haltung zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Die zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63), die aktuelle oder eine kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69) werden besprochen. Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92). Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches (Item 41).

Tab. 4.3.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 3

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS items für den 3. Messzeitpunkt, Pat 3		
PQS No	Die 15 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus	8,5
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.	8,0
34	Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich.	8,0
41	Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches	8,0
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7,5
62	Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an.	7,5
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7,5
88	Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache.	7,5
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	7,5

	Die 12 uncharakteristischsten Items	
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	1,5
20	Der Patient provoziert, Er testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung	2
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter	2
49	Der Patient erlebt gegenüber dem Therapeuten ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	2
77	Der Therapeut ist taktlos	2
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

8 R.I: 5, 14, 20, 39, 42, 44, 49, 52

Pat.-Items

4 Ch.I: 34, 54, 84, 88

2 R.I: 15, 58

Therap.-Items

1 R.I: 77

Operations-Items

4 Ch.I: 31, 62, 65, 81

P.A. Xi

3 GL L 25-62-82

PA-Items:

3 Ch.I: 35, 62, 92

Beschreibung der Endphase (230. und 231. Therapiestunde)

Die Endphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** intensive Gefühle ausdrückt (Item 56, R.I.). Er ist aktiv (Item 15, R.I.), drückt sich in einer leicht verständlichen Art aus und spricht verhältnismäßig klar und fließend (Item 54). Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Er fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59). Der Patient scheint sich nicht zu bemühen, die Gefühle, die er erlebt, zu kontrollieren, zurückzuhalten oder zu dämpfen (Item 70, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als einfühlsam, auf den Patientin eingestellt und empathisch (Item 6) beschrieben. Die Kommentare des Therapeuten sind von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt (Item 77, R.I.). Der Therapeut vermittelt weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch die Art seiner Kommentare, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.). Er vermittelt seine Wertschätzung (Item 18).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und sorglos scheint (Item 44, R.I.). Er neigt dazu, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.) und zeigt nur schwache Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten (Item 49, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Patient und Therapeut rivalisieren nicht (Item 39, R.I.). Der Patient scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20, R.I.). Er ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt (Item 53). Der Patient fühlt sich in einer

abhängigen Beziehung zum Therapeuten wohl oder zufrieden (Item 8, R.I.). Der Patient ist nicht fordernd (Item 83, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut weigert sich, Ratschläge zu geben, selbst wenn er dazu gedrängt wird (Item 27, R.I.). Abwehrdeutungen spielen in der Stunde nur eine untergeordnete oder keine Rolle (Item 36, R.I.). Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. Selbstbild des Patienten (Item 35). Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches (Item 41).

Tab. 4.3.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 3

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items für den 4. Messzeitpunkt, Pat 3		
PQS No	Die 11 charakteristischsten Items	Mittelwert
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	9,0
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	9,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus	8,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch	8,0
53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt	8,0
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	8,0
18	Der Therapeut vermittelt seine Wertschätzung	7,5
34	Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein	7,5
41	Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches	7,5
78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.	7,5
Die 16 uncharakteristischsten Items		
20	Der Patient provoziert. Er testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung	1,5
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter	1,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	2
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen	2
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2,5
77	Der Therapeut ist taktlos	2,5
8	Patient ist wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten besorgt oder beunruhigt	3
27	Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun), selbst er dazu gedrängt wird	3
36	Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen oder Verleugnung.	3
49	Der Patient erlebt gegenüber dem Therapeuten ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	3
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	3
70	Der Patient ringt darum, seine Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	3
83	Der Patient ist fordernd.	3
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	3

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items	2 Ch.I: 53, 78	8 R.I: 5, 8, 20, 39, 44, 49, 52, 83
Pat.-Items	3 Ch.I: 34, 54, 59	3 R.I: 15, 56, 70
Therap.-Items	2 Ch.I: 6, 18	2 R.I: 51, 77
Operations-Items		3 R.I: 27, 36, 89
Realisierungs-Items	4 Ch.I: 23, 30, 35, 41	
PA-Items:	3 Ch.I: 6, 18, 35	1 R.I: 36
KVT-Items:	2 Ch.I: 23, 30	1 R.I: 27

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prozesstyp)

Es wird zu jedem Item (aus der Gruppe der charakteristischen/uncharakteristischen Items) die Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt. Das Diagramm 4.3.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Prozesstyp-Items im Therapieverlauf.

Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass die **Beziehungs-Items** am häufigsten vorkommen: Der Patient scheint vertrauensvoll und sorglos zu sein, zeigt keine Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten, äußert bezüglich des Therapeuten freundliche Gefühle. Patient und Therapeut rivalisieren auch nicht. Die Anfangsphase ist auch dadurch gekennzeichnet, dass der Patient unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet, er fühlt sich unterlegen. Der Patient ist aktiv und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen. Schon am Anfang der Behandlung scheint sich eine tragfähige Beziehung zu etablieren. Patient bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt und neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen

In der Mittelphase ist neu, dass **Patienten-Items** in der Behandlung in den Vordergrund treten. Der Patient bringt oft aggressive Gefühle zum Ausdruck und beschuldigt Andere. Der Patient spricht oft davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will. Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar sowie strukturiert, ist introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen. Die Haltung des Therapeuten wird als einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, empfänglich und affektiv involviert beschrieben. Erinnerungen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches. Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen in der Vergangenheit verknüpft. Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.

Die Endphase der Therapie ist stärker dadurch gekennzeichnet, dass die **Beziehungs-Items** in der Behandlung wieder überwiegen: Der Patient scheint die Rolle des "guten Patienten" zu spielen. Er ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt. Der Patient fühlt sich in der abhängigen

Beziehung zum Therapeuten wohl. Der Patient ist nicht fordernd aber gleichzeitig scheint er sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst. Der Patient macht noch immer äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich, aber scheint sich nicht zu bemühen, die Gefühle, die er erlebt, zu kontrollieren, zurückzuhalten oder zu dämpfen. Der Therapeut vermittelt seine Wertschätzung, obwohl er sich weigert, Ratschläge zu geben, selbst wenn er dazu gedrängt wird.

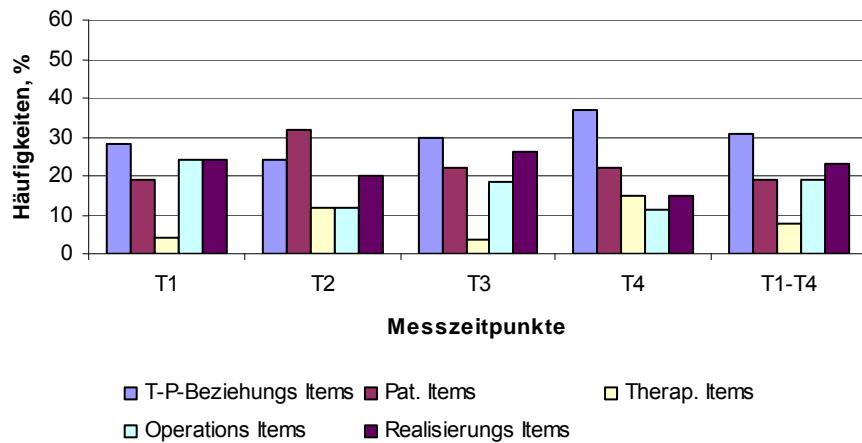


Diagramm 4.3.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prototyp)

In der Anfangsphase (Diagramm 4.3.3) kombiniert der Therapeut „psychoanalytische“ und „kognitive-behavioristischen“ Techniken: Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62). Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67) und das Selbstbild des Patienten (Item 35). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92). Aber beim dritten Zeitpunkt, wo der Patient übermäßigen Ärger und aggressive Gefühle zeigt, andere für seine Schwierigkeiten verantwortlich macht, also wenn es zu krisenhaftem Einbruch kam, kommen typisch „kognitiv-behavioristische“ Items vor: Während der Interaktion sind spezifische Themen (Item 23) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69) Gegenstand des Gesprächs. Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen (Item 30). Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung (Item 31).

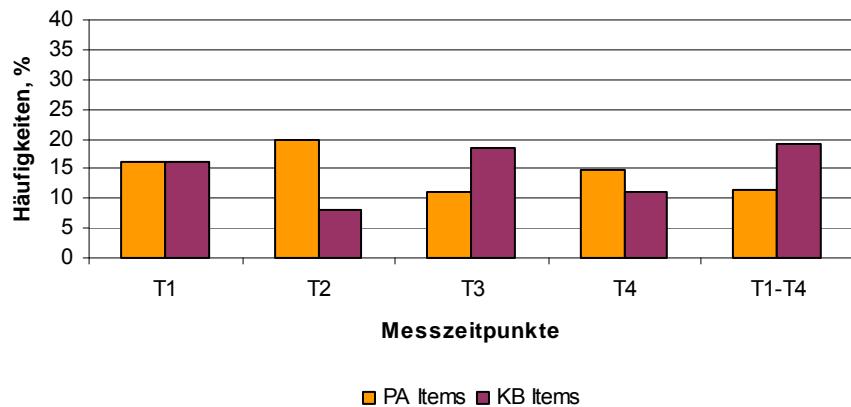


Diagramm 4.3.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3

Mikroanalyse:

Veränderung der Charakteristik der 100 Items über die 8 Therapiestunden pro PQS Prozesstyp und Prototyp

Es ist sehr hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikroniveau* (Item per Item Analyse) und dem *Makroniveau* (Mittelwerte Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei internen Patientenuntersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mit Farben verwendet.

In den folgenden Tabellen wurden die Veränderungen der Items über alle Sitzungen farblich dargestellt. Dabei werden besonders uncharakteristische Items im rötlichen Farbenbereich und besonderes charakteristische Items im grauen abgebildet (Tab. 4.3.11)

Tab. 4.3.11: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
besonderes uncharakteristisch			neutral			besonderes charakteristisch		

Es wurden über alle acht Sitzungen Mittelwerte (MW) als Sortierkriterium gewählt. Deshalb sind in den Tabellen besonders uncharakteristische Items oben und besonders charakteristische Items unten dargestellt. Es wurde auch die Spannweite (SpannW), als Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung des jeweiligen Items, ermittelt. Sowohl die Zugehörigkeit zum Prototyp (Proto) als auch zum Prozesstyp (Prozess) wird in den Tabellen dargestellt.

Dabei werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

KB	kognitiv-behavioristischer Prototyp
PA	psychoanalytischer Prototyp
V	Vertrags-Prozesstyp
T	Therapeuten-Prozesstyp
P	Patienten-Prozesstyp
TPB	Therapeut-Patient-Beziehungs-Prozesstyp
O	Operations-Prozesstyp
R	Realisierungs-Prozesstyp

Vertrags-Items finden sich für die acht Therapiestunden im neutralen Bereich

Tab. 4.3.12: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	KB	0
75	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
96	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
4	5	6	5	4	5	6	5	5	5,1	KB	2
MW	5,0	5,3	5,0	4,8	5,0	5,3	5,0	5,0	5,0		0,5

Beziehungs-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Bei Item 42 (Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an)) ist eine Differenz von 7 Intervalle zu beobachten

Tab. 4.3.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
44	2	2	2	2	2	1	1	2	1,8		1
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2		0
14	1	2	2	1	2	1	1	6	2		5
39	2	1	2	4	2	2	2	1	2		3
52	3	2	1	2	1	3	3	1	2		2
49	2	1	2	2	2	2	3	3	2,1		2
42	1	1	2	2	1	2	1	8	2,3		7
20	3	3	3	3	2	2	2	1	2,4		2
1	2	2	3	3	4	2	4	3	2,9		2
8	4	4	4	4	4	4	4	2	3,8		2
10	3	3	4	4	4	4	6	3	3,9		3
83	4	4	4	4	5	4	3	3	3,9		2
47	4	5	5	5	4	4	4	3	4,3		2
87	6	3	4	3	4	3	3	8	4,3		5
98	4	5	5	5	4	5	4	4	4,5	PA	1
78	4	4	4	4	3	4	7	8	4,8		5
100	4	5	5	5	5	5	5	4	4,8	PA	1
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
74	6	5	4	6	5	5	5	5	5,1		2
53	6	4	4	4	4	4	8	8	5,3		4
95	6	6	7	6	7	6	6	6	6,3	KB	1
MW	3,5	3,3	3,5	3,6	3,4	3,3	3,8	4,1	3,6	0,0	2,5

Patienten-Items haben sich als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch auf beide Pole verteilt. Deshalb ist der Mittelwert 5. Items 58 (Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen) und Item 59 (Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen) weisen eine Differenz von 8 Intervallen auf.

Tab. 4.3.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
15	1	1	1	3	1	3	2	3	1,9		2
58	1	1	1	1	1	1	1	9	2		8
56	3	3	4	1	2	4	2	2	2,6		3
25	3	3	3	3	3	3	3	4	3,1		1
70	4	3	4	3	3	3	4	2	3,3		2
61	4	3	3	3	3	4	4	3	3,4		1
33	4	4	1	4	2	4	6	5	3,8		5
71	3	8	1	4	6	3	4	6	4,4		7
7	6	6	3	6	7	4	3	4	4,9		4
13	4	4	6	7	7	6	6	7	5,9		3
59	9	8	3	3	1	6	9	9	6		8
26	7	8	6	7	6	6	6	3	6,1		5
97	6	7	8	7	7	7	8	1	6,4		7
29	9	7	6	9	7	2	7	5	6,5		7
94	7	7	7	6	4	7	7	7	6,5		3
84	6	6	9	6	9	8	4	6	6,8		5
54	4	8	8	7	8	7	8	8	7,3		4
88	7	7	8	8	8	7	6	7	7,3	KB	2
34	6	4	9	9	8	8	8	7	7,4		5
MW	4,9	5,2	4,8	5,1	4,9	4,9	5,2	5,2	5,0		4,3

Therapeuten-Items haben sich als besonderes uncharakteristisch auf die oberen Pole verteilt. Item 93 (Der Therapeut ist neutral) weist eine Differenz von 6 Intervallen auf.

Tab. 4.3.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
51	2	2	2	2	3	2	3	3	2,4		1
77	3	2	2	3	3	1	2	3	2,4		2
9	2	3	3	1	3	3	1	6	2,8		5
37	2	3	3	3	3	3	3	4	3	KB	2
24	3	4	3	4	4	4	3	4	3,6		1
21	4	4	4	4	4	3	4	4	3,9		1
45	4	6	6	4	3	3	7	7	5	KB	4
93	6	4	6	2	6	6	3	8	5,1	PA	6
86	6	6	6	5	6	5	6	6	5,8	CB	1
46	6	6	7	5	6	6	6	6	6	PA	2
18	6	6	7	6	6	6	7	8	6,5	PA	2
6	7	6	7	8	7	4	9	7	6,9	PA	5
MW	4,3	4,3	4,7	3,9	4,5	3,8	4,5	5,5	4,5		2,7

Operations-Items lassen sich als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.3.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
89	1	3	4	1	3	1	4	2	2,4		3
27	3	2	3	4	4	3	2	4	3,1	KB	2
66	3	3	3	3	3	3	2	6	3,3		4
76	5	4	4	2	4	4	4	5	4		3
85	3	4	4	4	4	5	4	4	4	KB	2
17	3	6	6	3	4	4	6	1	4,1	KB	5
48	5	3	4	5	4	4	4	4	4,1	KB	2
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5		0
82	5	5	5	5	5	5	5	5	5	PA	0
43	4	4	6	7	6	5	4	5	5,1		3
36	7	5	6	6	5	7	3	3	5,3	PA	4
22	5	5	5	8	6	5	5	4	5,4	PA	4
50	5	5	6	6	6	6	5	6	5,6	PA	1
40	7	5	7	7	5	6	5	5	5,9		2
3	8	7	6	6	6	7	6	4	6,3	PA	4
67	7	8	6	7	6	8	6	2	6,3	PA	6
99	7	6	7	6	6	7	6	6	6,4		1
80	7	6	6	7	7	6	6	7	6,5	KB	1
31	8	7	7	6	8	8	6	7	7,1	KB	2
81	7	7	8	8	7	8	6	6	7,1		2
62	9	9	8	7	7	8	7	7	7,8	PA	2
65	8	9	8	9	7	9	7	7	8		2
MW	5,5	5,4	5,6	5,5	5,4	5,6	4,9	4,8	5,4	0,0	2,5

Realisierungs-Items lassen sich als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.3.17: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	SpannW
60	5	4	3	4	4	5	5	5	4,4		2
12	5	4	6	4	3	5	3	7	4,6		4
38	5	5	5	5	5	4	4	5	4,8	KB	1
79	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9	PA	1
90	4	5	5	5	5	8	5	5	5,3	PA	4
72	6	6	6	5	6	5	5	4	5,4	KB	2
11	5	7	5	7	5	5	5	5	5,5	PA	2
55	6	6	7	6	6	6	4	4	5,6		3
68	6	5	5	6	6	6	5	6	5,6		1
32	8	6	6	6	6	6	7	2	5,9	PA	6
41	5	4	5	5	9	7	7	8	6,3		5
64	9	8	4	8	5	6	7	3	6,3		6
16	5	9	5	5	5	9	8	6	6,5		4
73	7	7	7	6	7	7	6	6	6,6	KB	1
28	7	7	7	6	7	7	7	7	6,9	KB	1
91	5	6	9	8	8	6	8	6	7	PA	4
69	8	7	4	7	8	9	8	6	7,1	KB	5
92	6	7	9	9	8	7	7	4	7,1	PA	5
23	8	8	8	8	8	7	8	9	8	KB	2
63	8	8	9	9	9	9	9	4	8,1		5
30	8	9	7	7	9	8	9	9	8,3	KB	2
35	9	9	8	8	9	9	9	9	8,8	PA	1
MW	6,3	6,5	6,1	6,3	6,5	6,6	6,4	5,7	6,3	0,0	3,0

Veränderungen der Charakteristik der 100 Items für die 8 Therapiestunden pro PQS-Prototyp

Psychoanalytische Prototyp Items lassen sich überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.3.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Prozess	SpannW
98	4	5	5	5	4	5	4	4	4,5	TPB	1
100	4	5	5	5	5	5	5	4	4,8	TPB	1
79	4	5	5	5	5	5	5	5	4,9	R	1
82	5	5	5	5	5	5	5	5	5	O	0
93	6	4	6	2	6	6	3	8	5,1	T	6
36	7	5	6	6	5	7	3	3	5,3	O	4
90	4	5	5	5	5	8	5	5	5,3	R	4
22	5	5	5	8	6	5	5	4	5,4	O	4
11	5	7	5	7	5	5	5	5	5,5	R	2
50	5	5	6	6	6	6	5	6	5,6	O	1
32	8	6	6	6	6	6	7	2	5,9	R	6
46	6	6	7	5	6	6	6	6	6	T	2
3	8	7	6	6	6	7	6	4	6,3	O	4
67	7	8	6	7	6	8	6	2	6,3	O	6
18	6	6	7	6	6	6	7	8	6,5	T	2
6	7	6	7	8	7	4	9	7	6,9	T	5
91	5	6	9	8	8	6	8	6	7	R	4
92	6	7	9	9	8	7	7	4	7,1	R	5
62	9	9	8	7	7	8	7	7	7,8	O	2
35	9	9	8	8	9	9	9	9	8,8	R	1
MW	6,0	6,1	6,3	6,2	6,1	6,2	5,9	5,2	6,0	0,0	3,1

Kognitiv-behavioristische Prototyp Items lassen sich ebenfalls überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.3.19: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 3

PQS No	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Prozess	SpannW
37	2	3	3	3	3	3	3	4	3	T	2
27	3	2	3	4	4	3	2	4	3,1	O	2
85	3	4	4	4	4	5	4	4	4	O	2
17	3	6	6	3	4	4	6	1	4,1	O	5
48	5	3	4	5	4	4	4	4	4,1	O	2
38	5	5	5	5	5	4	4	5	4,8	R	1
45	4	6	6	4	3	3	7	7	5	T	4
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	V	0
4	5	6	5	4	5	6	5	5	5,1	V	2
72	6	6	6	5	6	5	5	4	5,4	R	2
86	6	6	6	5	6	5	6	6	5,8	T	1
95	6	6	7	6	7	6	6	6	6,3	TPB	1
80	7	6	6	7	7	6	6	7	6,5	O	1
73	7	7	7	6	7	7	6	6	6,6	R	1
28	7	7	7	6	7	7	7	7	6,9	R	1
31	8	7	7	6	8	8	6	7	7,1	O	2
69	8	7	4	7	8	9	8	6	7,1	R	5
88	7	7	8	8	8	7	6	7	7,3	P	2
23	8	8	8	8	8	7	8	9	8	R	2
30	8	9	7	7	9	8	9	9	8,3	R	2
MW	5,7	5,8	5,7	5,4	5,9	5,6	5,7	5,7	5,7	0,0	2,0

Makroanalyse: Mittelwertentwicklung der 100 PQS Items für die vier Messzeitpunkte (8 Stunden), pro PQS Prozesstyp und Prototyp

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb wurden zwei Methoden des Mittelwertenvergleichs verwendet: Zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS aber keine normative Messmethode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (5). Ein Mittelwert > 5 spricht also tendenziell für eine charakteristische Richtung (Tab. 4.3.17) und ein Mittelwert < 5 zeigt eine uncharakteristische Tendenz an (Tab. 4.3.15). Ein Mittelwert = 5 zeigt entweder den neutralen Bereich (Tab. 4.3.11) oder, bei gleichem Anteil von charakteristischen und uncharakteristischen Items, das Ergebnis eines Auslösungsprozesses an (Tab. 4.3.14).

Bei der zweiten Methode wurden die Items umgeformt und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (Wert 5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (Werte 1, 9) eine 5. So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

1 \Rightarrow 5
2 \Rightarrow 4
3 \Rightarrow 3
4 \Rightarrow 2
5 \Rightarrow 1
6 \Rightarrow 2
7 \Rightarrow 3
8 \Rightarrow 4
9 \Rightarrow 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Das Diagramm 4.3.4 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte. Aus dem 1. Teil der Diagramme ist zu ersehen, dass Realisierungs-Items sich eher im charakteristischen Bereich befinden. Therapeut-Patient-Beziehungs-Items und Therapeuten Items sind im uncharakteristischen Bereich, Vertrags-Items und Patienten-Items sind im neutralen Bereich zu finden. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass für die Behandlung von Patient 3, genau die Patienten-Items am wichtigsten sind. Therapeuten-Items, Beziehungs-Items, Operations-Items und Realisierungs-Items haben einen ähnlich großen Wichtigkeitsindex. Beim ersten Therapiezeitpunkt waren Items aus allen Prozesstypen (außer Vertrags-Items) gleich wichtig. Dann nehmen die Patienten-Items an Wichtigkeit zu. Ab der 170. Therapiestunde lässt sich eine absteigende Tendenz bei den Operations-Items beobachten. In der 230. Stunde nehmen Beziehungs-Items an Wichtigkeit zu und bekommen höchsten Wichtigkeitsgrad.

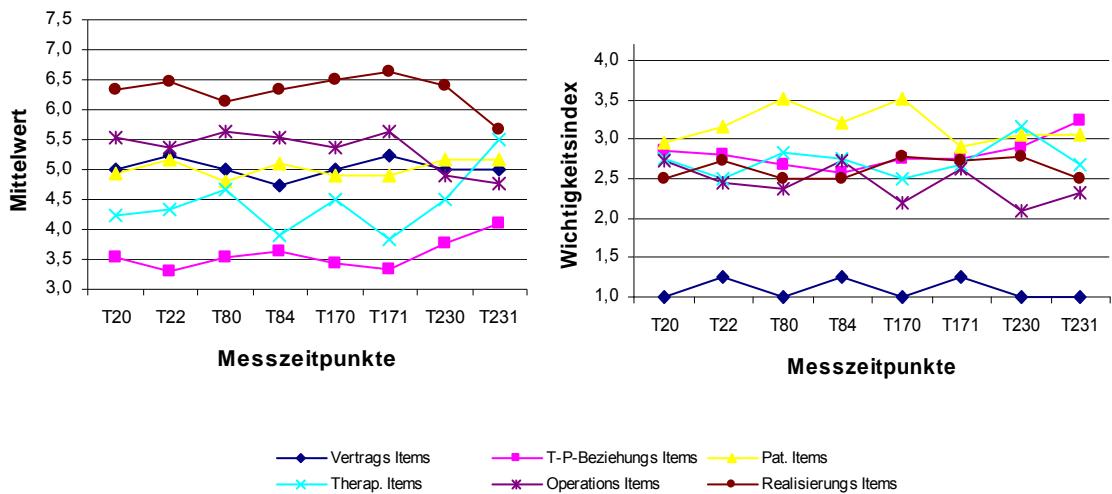


Diagramm 4.3.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 3

Das Diagramm 4.3.5 zeigt die Mittelwerteentwicklung der 100 PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte. Der 1. Teil des Diagramms zeigt, dass die Items beider Prototypen im charakteristischen Bereich liegen. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man ersehen, dass beim ersten und letzten Messzeitpunkt sind die Items beider Prototypen gleich wichtig. Es lässt sich eine sich widerspiegelnde Tendenz beobachten: In der 84. Stunde, werden die psychoanalytischen Items wichtiger und kognitiv-behavioristische Items weniger wichtig. In der 170. Stunde verändert sich die Wichtigkeit der Prototyp-Items.

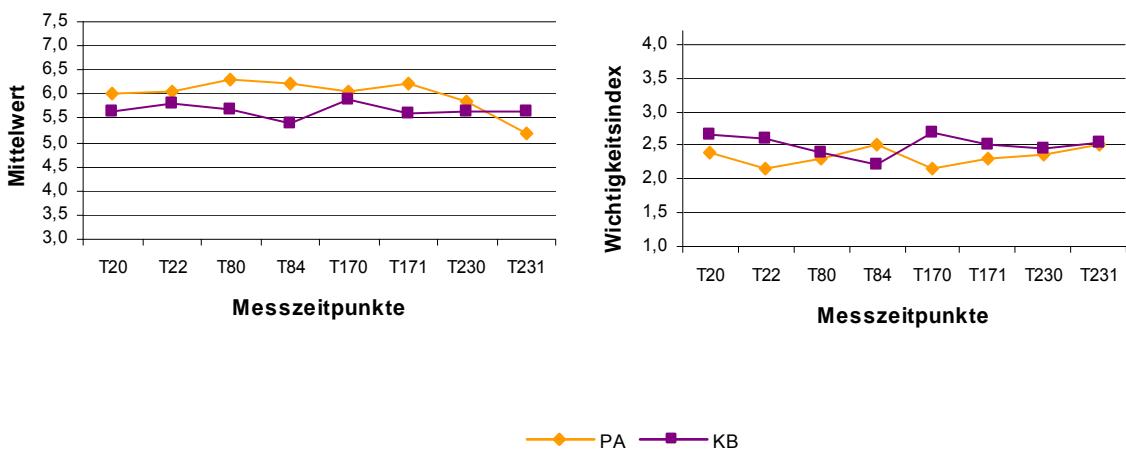


Diagramm 4.3.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 3

Episodische Veränderungen im analytischen Prozess

Um episodische Veränderungen in analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu analysieren, wurden die Itemswerte aller Ratings der acht Sitzungen miteinander verglichen und die Spannweite (Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung) ermittelt. Damit wurden auch solche Items identifiziert, bei denen sich eine erhebliche Differenz (mehr als 4 Intervalle) von einem Messzeitpunkt zum anderen beobachten lässt, der entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung geht.

Aus der Tabelle 4.3.20 wird anschaulich, dass sich beim Patienten 3 bestimmte Items oder Foki im Laufe der Therapie sehr unterschiedlich verhalten. Aber es lassen sich auch hier bestimmte Muster festzustellen, so scheint der Patient z.B. beim ersten und letzten Messzeitpunkt gleich stark unter Unterlegenheit zu leiden (Item 59). Die therapeutische Intervention reflektiert es so, dass am Anfang der Therapie der Therapeut verdrängte Gefühle interpretiert (Item 67). Zum Zeitpunkt T231 verzichtet er darauf, weil der Patient dazu nicht in der Lage ist. Er scheint nicht bereit zu sein, seine Gedanken zu erforschen (Item 97) oder weigert sich sogar mit eigenen Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58). Er weist die Bemerkungen des Therapeuten eher zurück, obwohl das zu früheren Messzeitpunkten nicht der Fall war. Der Therapeut, der stets sehr einfühlsam war, eventuell auch nicht ganz „neutral“ (T84, T230), scheint zum Termin T231 neutral und vielleicht eher schon passiv zu sein. Es spricht alles dafür, dass es bei dem Patienten 3 zu diesem Zeitpunkt zu einem krisenhaften Einbruch kam.

Tab. 4.3.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 3

PQS №	PQS Item	T20	T22	T80	T84	T170	T171	T230	T231	MW	Proto	Prozess	SpannW
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen	1	1	1	1	1	1	1	9	2		P	8
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	9	8	3	3	1	6	9	9	6		P	8
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will	9	7	6	9	7	2	7	5	6,5		P	7
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld	3	8	1	4	6	3	4	6	4,4		P	7
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen	6	7	8	7	7	7	8	1	6,4		P	7
32	Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht	8	6	6	6	6	6	7	2	5,9	PA	R	6
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen	9	8	4	8	5	6	7	3	6,3		R	6
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle o-der Überzeugungen	7	8	6	7	6	8	6	2	6,3	PA	O	6
93	Der Therapeut ist neutral	6	4	6	2	6	6	3	8	5,1	PA	T	6

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der PQS- und HUSS-Auswertungen

Solche Fluktuationen in den Item-Einschätzungen spiegeln sich auch in den HUSS-Auswertungen wieder: Beim Patienten 3 lässt sich zum 4. Messzeitpunkt einen Rückgang der Werte beobachten.

Es wurde auch festgestellt, dass sich die HUSS-Foki in den PQS-Items wiederfinden: Der Konfliktfokus „**Selbstwertkonflikt**“ spiegelt sich im Item 59 (der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen). Dies ist das Item mit der größten Fluktuation. In der Anfangsphase und der Endphase der Therapie ist es typisch, dass sich der Patient sehr unzulänglich fühlt. Beim 2. Messzeitpunkt, bei dem auch der HUSS-Wert anwächst, drückt der Patient Gefühle der Effektivität, Überlegenheit oder sogar Triumph aus.

Das Thema **Unterwerfung vs. Kontrolle** spielt während der gesamten Behandlung beim Patienten eine große Rolle. Dafür können wir auch bei den PQS-Items Beweise finden. Der Patient verlässt sich einerseits in der Beziehung mit dem Therapeuten nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52), andererseits scheint der Patient die Rolle des "guten Patienten" zu spielen (Item 20) und neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42). Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt (Item 53). Der Patient spricht oft davon, dass er die Trennung von einer Person oder die Distanz zu ihr will (Item 29).

Beim Strukturfokus „**Selbststeuerung**“ spiegelt sich der niedrige HUSS-Wert 3- während der Therapie mit dem häufig vorkommenden PQS-Item 84 (oft drückt der Patient Ärger oder aggressive Gefühle aus) und im Item 70 (er ringt nicht darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren).

Beim HUSS-Fokus „**Ödipal-sexueller Konflikt**“ ergeben sich wieder niedrige Werte bei den Patienten-PQS-Items: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64) sowie die Sexualität des Patienten (Item 11). Aber auch niedrige Werte bei Item 39 (Patient und Therapeut rivalisieren nicht) und Item 8 (der Patient fühlt sich wohl oder zufrieden in einer abhängigen Beziehung zum Therapeuten) reflektieren die Problematik des Patienten.

4.4 Patient 4

Der Patient ist zum Zeitpunkt des ersten OPD-Interviews 30 Jahre alt und berufstätig. Er spricht sehr eloquent und drückt seine Gedanken genau und gut artikuliert aus. Er ist selbstironisch, lacht öfter über sich selbst und bringt auch den Interviewer öfter zum Lachen. Der Patient ist das dritte Kind von vier Geschwistern. Das Familienleben während seiner Kindheit bezeichnet er als meist idyllisch und harmonisch. Es gab eine klare Rollenverteilung in der Familie, die sich gut zu bewähren schien und immer noch gut zu funktionieren scheint. Der Patient hat seit geraumer Zeit und immer öfter schlechte Phasen mit Antriebs-, Lust- und Freudlosigkeit sowie mit depressiver Verstimmung. Der Patient kann in seiner Freizeit weder mit sich, noch mit dem ihm zur Verfügung stehende Freiraum etwas anfangen. Das war auch der Hauptgrund für die Therapie.

Die Therapie hat insgesamt 390 Stunden gedauert, hat bis zur 240. Stunde in liegen und dann bis zum Ende im Sitzen statt gefunden. Die Sitzungsfrequenz war folgendermaßen: bis 128. Stunde drei mal wöchentlich, 128- 170 ein mal pro Woche, 170-258 drei mal pro Woche und ab 259. Stunde bis zum Ende – ein mal wöchentlich.

4.4.1 HUSS Auswertung

Es wurden beim Patienten 4 folgende fünf Fokus-Probleme aus den drei OPD-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ ausgewählt:

1. Beziehungsdimensionale Formulierung
2. Konfliktfokus: Selbstwertkonflikt
3. Konfliktfokus: Ödipal-sexueller Konflikt, Strukturfokus: Bindung
4. Konfliktfokus: Abhängigkeit vs. Autonomie, Strukturfokus: Selbstwahrnehmung
5. Strukturfokus: Selbststeuerung

Abb. 4.4.1 zeigt die Bewegung der fünf Fokusthemen im Beobachtungszeitraum für die fünf Messzeitpunkte (T1, T2, T3, T5, T6). Es liegen kein Messzeitpunkt T4 und keine Katamnese vor.

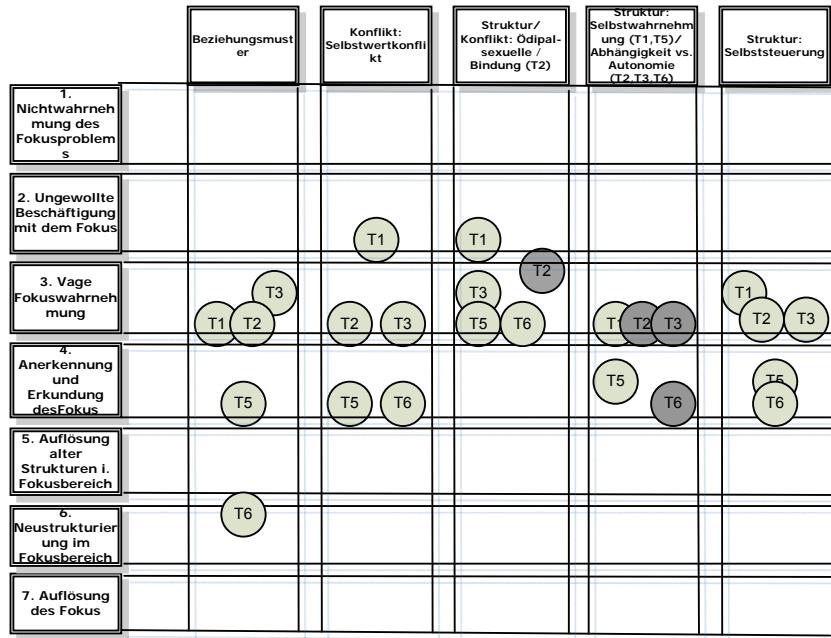


Abb. 4.4.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 4

Bei Betrachtung des Verlaufes für die fünf Messzeitpunkte konnte festgestellt werden, dass sich die Verläufe sowohl innerhalb der Konflikt-Foki als auch innerhalb der Struktur-Foki unterschiedlich verhalten. Die Foki Selbstwertkonflikt und Ödipal-sexueller Konflikt werden bereits beim Termin T1 niedriger als die drei anderen Foki eingestuft. Nach 80 Stunden wurde der Konfliktfokus Ödipal-sexueller Konflikt verworfen und der Strukturfokus Bindung ausgewählt, da die Bindungsproblematik an Bedeutung gewann. Aber nach der 160. Stunde ist der Konfliktfokus Ödipal-sexueller Konflikt wieder in Vordergrund getreten. Der Strukturfokus Selbstwahrnehmung wurde nach der 80. und 160. Stunde durch den Konfliktfokus Abhängigkeit vs. Autonomie ersetzt.

In Abbildung 4.4.1 wird deutlich, dass es bei allen OPD-Fokin erst beim 6. Messzeitpunkt zu einem Anstieg gekommen ist.

Die Tabellen 4.4.1 bis 4.4.5 zeigen eine komprimierte Form der Beschreibung des Stands der Bearbeitung des jeweiligen Fokus.

In der Tabelle 4.4.1 handelt es sich um die Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters. Es zeigt sich eine Entwicklung, in der der Patient vom Zustand einer aktiven Verfolgung der Idee, wo das Problem in den Beziehungen mit seinen Mitmenschen liegen könnte, über den Weg der Verzweiflung und des Zweifels an der Therapie in einen Zustand gelangt, in dem er Abschied nimmt von seinen alten Selbst- und Objektbildern, von seinen Beziehungsvorstellungen und -hoffnungen und eine zunehmend realitätsgerechtere Wahrnehmung und affektive Einstellung gegenüber der äußeren Welt und den anderen Menschen zeigt.

Tab. 4.4.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 4

MZP	HUSS-Wert	Umgang des Patienten mit dem Fokus
T1	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zu Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	<p>Der Patient bemerkt nicht nur die Existenz einer inneren Problematik, die zu ihm gehört und die nicht mehr abgewiesen werden kann (Stufe 3), sondern es findet schon eine offensive und aktiv erkundende Beschäftigung mit ihr statt (Stufe 4).</p> <p>Der Patient erlebt sich selbst immer wieder so, dass er harmonisiert und Aggressionen vermeidet. Sowohl im privaten Bereich, im Kontakt mit seinen Freunden, als auch bei der Arbeit bemüht er sich, Kompromisse zu finden. In Bezug auf seine Beziehung erlebt er sich so, dass er sich anpasst und aufgibt. Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er sich im Kontakt zu anderen zu wenig abgrenzt.</p> <p>Der Patient erlebt seine Freundin so, dass sie ihm keinen Freiraum gelassen und sich in alles eingemischt hat.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich immer wieder klein macht.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich zurückziehen will.</p>
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)	<p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er versucht, sich diplomatisch zu verhalten, sich zu beherrschen und zu kontrollieren. Er „lässt sich zu viel gefallen“ aber dann reagiert er „viel zu heftig“ und greift die Leute unangemessen an.</p> <p>Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn klein machen, ihn entwerten. Er fühlt sich dann herabgesetzt und minderwertig.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten so, dass er sich gern wichtig macht und in den Mittelpunkt stellt bzw. stellen möchte.</p> <p>Der externe Beobachter hat zärtliche Gefühle gegenüber dem Patienten, möchte sich um ihn besonders kümmern, ihn unterstützen und beschützen.</p>
T3	3 (Vage Fokuswahrnehmung)	<p>Der Patient erlebt sich immer wieder so, dass er harmonisiert. Er hat eine Vermeidungsstrategie entwickelt, um Konflikte vorauszuahnen, die noch gar nicht da sind.</p> <p>Der Patient erlebt seine Eltern so, dass sie ihn zu viel Freiraum gewähren. Der Patient erlebt seine Kollegen allgemein immer wieder so, dass sie ihn ausbeuten, an ihm Ansprüche stellen und seine Wünsche und Forderungen ignorieren.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass sich der Patient immer wieder klein macht, entwertet, sich anpasst und aufgibt.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich um ihn besonders kümmern will.</p>
T5	4+ (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs, Tendenz zu Stufe 5 Neuordnung des Fokusbereichs)	<p>Der Patient erlebt sich seinen Elter gegenüber so, dass er sie mittlerweile entschuldigt und bezüglich ihres Verhaltens Vorwürfe vermeidet.</p> <p>Der Patient erlebt andere so, dass sie ihn manipulieren, im Stich lassen und kontrollieren.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich immer wieder anpasst und aufgibt.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich um ihn besonders kümmern will.</p>
T6	6- (Neuordnung des Fokusbereichs)	<p>Der Patient erlebt sich anderen Menschen gegenüber so, dass er harmonisiert und Aggressionen vermeidet. Wenn der Patient nicht einschätzen kann, wie eine Person „drauf ist“, bezieht er es auf sich, gibt sich die Schuld und versucht eine Lösung für die Anderen zu finden. Der Patient erlebt sich so, dass er sich um sie besonderes kümmern muss.</p> <p>Der Patient erlebt Andere so, dass sie ihm nicht genügend Respekt und Wertschätzung entgegenbringen, dass sie ihn ignorieren, beschämen und herabsetzen.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt, dass der Patient sich immer wieder anpasst.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass er sich um ihn besonders kümmern will.</p>

In der Tabelle 4.4.2 handelt es sich um den Fokus „Selbstwertkonflikt“, der in der Fokusliste als lebensbestimmender Konflikt aufgelistet ist. Der Selbstwert stellt für den Patienten ein zentrales Problem während der gesamten Therapie dar. Der Patient hat in vielen Lebensbereichen, insbesondere in der Sozial- und Berufswelt, Schwierigkeiten mit dem Selbstwert als kontinuierliches Problem. Dies äußert sich in Form eines sehr brüchigen Selbstwertgefühls, das er durch kompensatorische Anstrengungen aufrechtzuerhalten sucht. Um sich in seiner Haut wohl zu fühlen und mit sich und seinem Leben zufrieden zu sein, ist er durchaus auf die Bewunderung und Anerkennung Anderer angewiesen. Er bezieht alles stark auf sich und jede Kritik stellt gleich sein Weltbild in Frage. Es zeigt sich hier eine Entwicklung, bei der der Patient in einen Zustand der gerechteren und gütigeren Beurteilung seines Selbst gelangt.

Tab. 4.4.2: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 4

MZP	HUSS-Wert
T1	2+ (Ungewollte Beschäftigung, Tendenz zur Stufe 3, zur Vagen Problemwahrnehmung)
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T5	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)
T6	4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)

In der Tabelle 4.4.3 handelt es sich um zwei Foki: Konfliktfokus „**Ödipal-sexueller Konflikt**“ (beim 1., 3., 5. und 6. Messzeitpunkten) und Strukturfokus „**Bindung**“ (beim 2. Messzeitpunkt). Beim 2. Zeitpunkt hat sich der Fokus geändert. Das Thema Sexualität taucht im OPD-Interview nicht auf. Es tritt das Thema „**Bindung**“ in den Vordergrund. Beim 3. Zeitpunkt kehrt das Thema **Sexualität** wieder zurück. Bindung wird zu diesem Zeitpunkt nicht weiter thematisiert, erscheint in dem Forschungsinterview als nicht relevant und so mussten wir den Fokus wieder ändern.

Am Anfang der Therapie ist es dem Patienten nicht möglich Erotik in seine Liebesbeziehungen zu holen. Beim zweiten Zeitpunkt konnten wir feststellen, dass der Patient hinsichtlich seiner Beziehungen und Bindungen verdrängt und sich mit dem Problem „Beziehungen“ gar nicht auseinandersetzen möchte oder kann. Im Lauf der Therapie hat der Patient weiterhin Probleme mit seiner Sexualität, weiß jedoch um diese Probleme und um die Schwierigkeiten, welche daraus entstehen. Er hat gelernt mit ihnen besser umzugehen.

Tab. 4.4.3: Entwicklung der Foki „Ödipal-sexueller Konflikt vs. Bindung“, Pat. 4

MZP	HUSS-Wert
T1	Ödipal-sexueller Konflikt 2+ (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus, Tendenz zur Stufe 3, zur Vagen Problemwahrnehmung)
T2	Strukturfokus Bindung: 3- (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T3	„Ödipal-sexueller Konflikt“ 3 (Vage Fokuswahrnehmung)
T5	„Ödipal-sexueller Konflikt“ 3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T6	„Ödipal-sexueller Konflikt“ 3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)

In der Tabelle 4.4.4 handelt es sich um zwei Foki: Den Strukturfokus „Selbstwahrnehmung“ (beim 1. und 5. Messzeitpunkt). Beim 2., 3. und 6. Zeitpunkt ist das Thema „Selbstwahrnehmung“ nicht relevant, stattdessen tritt ein neues Thema „Abhängigkeit vs. Autonomie“ in den Vordergrund. Der Patient berichtet immer wieder über die symbiotische und abhängige Beziehung zu seiner Exfreundin, in der er sich völlig aufgegeben habe. Einerseits strebt er nach Beziehungen mit emotionaler Abhängigkeit, baut aber gleichzeitig Unabhängigkeit von Anderen auf, indem er versucht sich von ihnen zu distanzieren und so seine Bindungswünsche unterdrückt.

Es zeigt sich auch hier eine Entwicklung, in der der Patient über den Weg vager Wahrnehmung der Instrumentalisierungsmechanismen seines Körpers zur Herstellung psychischer Balance, in einen Zustand der Anerkennung dieser Mechanismen gelangt, in dem er seine Stärken und Schwächen besser einschätzen und seine Defizite akzeptieren kann.

Tab. 4.4.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwahrnehmung“ vs. „Abhängigkeit vs. Autonomie“, Pat. 4

MZP	HUSS-Wert
T1	„Selbstwahrnehmung“ 3 + (Vage Problemwahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs)
T2	„Abhängigkeit vs. Autonomie“ 3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T3	„Abhängigkeit vs. Autonomie“ 3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)

T5	„Selbstwahrnehmung“ 4 (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs)
T6	„Abhängigkeit vs. Autonomie“ 4+ (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)

In der Tabelle 4.4.5 handelt es sich um den Strukturfokus „Selbststeuerung“. Es zeigt sich auch hier eine Entwicklung, in der der Patient von einer undifferenzierten Wahrnehmung seines „schlechten Lebensgefühls“, auf einem guten Weg zu einer aktiven Bewältigung seiner Probleme bezüglich des Stimmungstiefs - wenn auch mit Hilfe von Psychopharmaka - ist.

Tab. 4.4.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung“, Pat. 4

MZP	HUSS Wert
T1	3 (Vage Problemwahrnehmung)
T2	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Fokus)
T3	3+ (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 4, Anerkennung und Erkundung des Fokus)
T5	4 (Anerkennung und Erkundung des Problembereichs)
T6	4 + (Anerkennung und Erkundung des Fokusbereichs, Tendenz zur Stufe 5, Auflösung alter Strukturen)

Ein Vergleich der Mittelwerte aller HUSS-Foki für die einzelnen Messzeitpunkte (Diagramm 4.4.1) lässt erkennen, dass beim Patient 4 zwischen den Zeitpunkten T1 und T2, T2 und T3 keine deutlichen Veränderungen festzustellen sind (MW T1: 2,84; MW T2: 3,18; MW T3: 3,18, MW-Diff.: -0,34). Hingegen ist es aber zwischen dem Beginn der Behandlung und der Endphase (MW T1: 2,84; MW T6: 4,38; MW-Diff.: -1,54) sowie zwischen der 160. Therapiestunde und der 320. Therapiestunde zu einem deutlichen Anstieg (MW T3: 3,18; MW T5: 3,98; MW-Diff.: -0,80) der Foki gekommen.

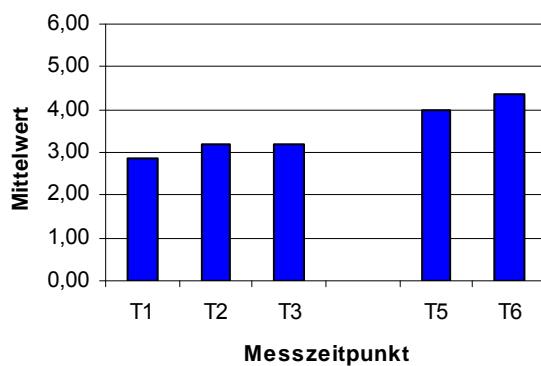


Diagramm 4.4.1: Mittelwertevergleich für die fünf Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 4

4.4.2 PQS Auswertung

In einem ersten Schritt werden die im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzten Items (über alle sechs Untersuchungszeitpunkte mit jeweils zwölf Therapiestunden und der Bewertung beider Beurteiler) dargestellt. Anschließend wird eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Die zehn Items mit dem höchsten und die zehn Items mit dem niedrigsten Mittelwert werden in einer Tabelle mit der Zugehörigkeit zum Prozesstyp und dem Prototyp dargestellt. Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu verdeutlichen, werden jeweils zwei Therapiestunden zu den Messzeitpunkten T1, T2, T3, T4 und T5 zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Nach der Mittelwertbildung der Items haben mehrere Items einen gleich hohen/niedrigen Wert bekommen. Deshalb sind für bestimmte Messzeitpunkte mehr als 10 jeweils charakteristische und uncharakteristische Items definiert worden.

In den Tabellen werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Ch.I.	Charakteristische Items
R.I.	Uncharakteristische Items (R= reversed) sind Items, deren Inhalt bei der Beschreibung der jeweiligen Therapiephase invertiert wurde, um narrative Konsistenz beizubehalten
T-P-Beziehung	Items der Therapeut Patient Beziehung
Pat. Items	Patienten Items
Therap. Items	Therapeuten Items
Operations Items	
Realisierungs Items	
PA	Psychoanalytische Prototyp Items
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle zwölf Stunden

Zunächst soll dargestellt werden (Tab. 4.4.6), welche Items im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Diese Items also, liefern eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen während der Analyse.

Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26) aber er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6, R.I.) und taktvoll (Item 77, R.I.).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient hat keine Schwierigkeiten hat, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.) und fühlt sich vom Therapeuten verstanden (Item 14, R.I.). Aber gleichzeitig verlässt sich der Patient nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.). Die therapeutische Beziehung ist oft Fokus des Gesprächs (Item 98). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Er spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederkehrendes Thema an (Item 62) und interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67). Er tendiert nicht dazu, den Patienten explizit zu beruhigen (Item 66).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35) und seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63). Die Diskussion ist oft auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken und Überzeugungen (Item 30). Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen (Item 69).

Tab. 4.4.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items für die 6 Messzeitpunkte, Pat. 4		
PQS No	Die 11 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	8,7
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	7,9
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,8
62	Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an.	7,8
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen	7,7
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch	7,5
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle	7,4
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her	7,4
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen	7,3
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs	7,3
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen	7,3
Die 11 uncharakteristischsten Items		
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,2
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	1,5
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,8
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst	1,8
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen	1,9
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv	2,0
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten	2,2
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2,5
77	Der Therapeut ist taktlos	2,5

T.-P.-Beziehungs-Items

2 Ch.I: 98, 100

4 R.I: 5, 14, 42, 52

Pat.-Items

1 Ch.I: 26

3 R.I: 15, 56, 58

Therap.-Items

1 Ch.I: 6

2 R.I: 9, 77

Operations-Items

2 Ch.I: 62, 67

2 R.I: 66, 89

Realisierungs-Items

5 Ch.I: 23, 30, 35, 63, 69

PA-Items:

6 Ch.I: 6, 35, 62, 67, 98, 100

KVT-Items:

3 Ch.I: 23, 30, 69

Charakteristische und uncharakteristische Items getrennt nach Anfangs-, Mittel- und Endphase

Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu beschreiben, werden jeweils die zwei Stunden zu T1, T2, T3 und T4 zu einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Beschreibung der Anfangsphase

Die Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass **der Patient** aktiv ist (Item 15, R.I.) und sich nicht weigert, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in

Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6) und taktvoll (Item 77, R.I.). Der Therapeut vermittelt weder durch seine Art, seinen Ton, seine Stimme noch die Art seiner Kommentare, dass er sich überlegen fühlt (Item 51, R.I.), er nimmt keine explizit supportive Haltung ein (Item 45, R.I.).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.). Der Patient hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen (Item 42, R.I.). Er scheint vertrauensvoll und sicher zu sein (Item 44, R.I.). **Therapeutische Operationen:** Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Er interveniert relativ selten und unternimmt wenig Anstrengungen, die Interaktion zu strukturieren (Item 17). Er tendiert nicht dazu, den Patienten explizit zu beruhigen (Item 66, R.I.). Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung (Item 31). Er klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65). Er schildert eine Erfahrung aus einer anderen Perspektive (Item 80).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23). U.a. Selbstbild des Patienten (Item 35) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69). Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches (Item 41).

Vertrags-Items: Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen (Item 96).

Tab. 4.4.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items über den 1. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,5
96	Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.	8,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	8
31	Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.	8
17	Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).	7,5
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	7,5
41	Die Ziele und Absichten des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.	7,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7,5
80	Der Therapeut schildert eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive.	7,5

Die 13 uncharakteristischsten items		
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1,5
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,5
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2
77	Der Therapeut ist taktlos.	2
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2
51	Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	2,5
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.	2,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2,5
45	Der Therapeut nimmt eine entgegenkommende Haltung ein.	2,5

Therap.-Pat.-Beziehung-Items	4 R.I: 5, 42, 44, 52
Pat.-Items	3 R.I: 15, 56, 58
Therap.-Items	1 Ch.I: 6 4 R.I: 9, 45, 51, 77
Operations-Items	4 Ch.I: 17, 31, 65, 80 2 R.I: 66, 89
Realisierungs-Items	4 Ch.I: 23, 69, 35, 41
Vertrags-Items	1 Ch.I: 96
PA-Items:	2 Ch.I: 6, 35
KVT-Items:	5 Ch.I: 17, 31, 80, 23, 69 1 R.I: 45

Beschreibung der 1. Mittelphase (81. und 82. Therapiestunde)

Die 1. Mittelphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinander zu setzen, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache (Item 88). Der Patient spricht vom Wunsch nach Nähe (Item 33), der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94). Der Patient ist aktiv (Item 15, R.I.) und er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.).

Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. (Item 6) und. empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.).

Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint (Item 44, R.I.), er hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Der Patient nimmt die Bemerkungen des Therapeuten an (Item 42, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um die Abwehr zu stützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Therapeut tendiert dazu, den Patienten nicht explizit zu beruhigen (Item 66, R.I.). Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema (Item 62) und interpretiert

verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen (Item 67). Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion wird Selbstbild des Patienten besprochen (Item 35), spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte werden betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Seine zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63), Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. (Item 92.).

Tab. 4.4.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 4

Rangreihe der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items für den 2. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 12 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	9
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	9
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	8,5
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	8,5
30	Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	8
62	Der Therapeut benennt sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema	8
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7,5
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	7,5
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	7,5
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7,5
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	7,5
Die 10 uncharakteristischsten Items		
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	1
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	1
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
9	Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
15	Patient initiiert keine Themen, ist passiv.	2
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)	2
89	Der Therapeut stärkt die Abwehr.	2

Therap.-Pat.-Beziehung Items		
Pat. Items	3 Ch.I: 33, 88, 94	4 R.I: 5, 14, 42, 44
Therap. Items	1 Ch.I: 6	3 R.I: 15, 56, 58
Operationen Items	3 Ch.I: 62, 67, 81	1 R.I: 9
Realisierungs Items	5 Ch.I: 30, 35, 63, 64, 92	2 R.I: 66, 89
PA Items:	5 Ch.I: 6, 35, 62, 67, 92	
KVT Items:	2 Ch.I: 30, 88	

Beschreibung der 2. Mittelphase (163. und 165. Therapiestunde)

Die **2. Mittelphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass der Patient sich aktiv mit Gedankengängen auseinander zu setzen versucht, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.) und ist aktiv (Item 15, R.I.). Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen (Item 33). Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er nimmt keine supportive Haltung ein (Item 45, R.I.). neigen

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient dazu neigt, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Er scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65), Der Therapeut unternimmt nichts, um den Patienten zu beruhigen (Item 66, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst, die Welt (Item 30) oder seine zwischenmenschlichen Beziehungen, zu beurteilen (Item 63). Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23); u.a. Selbstbild des Patienten (Item 35). Sexuelle Gefühle und Erfahrungen (Item 11) sowie Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen. (Item 64).

Tab. 4.4.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 3. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 10 charakteristischsten Items	Mittelwert
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.	9,0
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	9,0
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	8,5
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	8,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8,0
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	8,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,0
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	8,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,0
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	8,0

Die 10 uncharakteristischsten Items		
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	1
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2
45	Der Therapeut nimmt eine entgegenkommende Haltung ein.	2
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.	2

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

1 Ch. I: 100

3 R.I: 5, 42, 52

Pat.-Items

2 Ch.I: 26, 33

3 R.I: 15, 56, 58

Therap.-Items

2 R.I: 9, 45

Operations-Items

1 Ch.I: 65

2 R.I: 66, 89

Realisierungs-Items

6 Ch.I: 11, 23, 30, 35, 63, 64

PA-Items:

4 Ch.I: 11, 35, 36, 100

KVT-Items:

2 Ch.I: 23, 30

1 R.I: 45

Beschreibung der 3. Mittelphase (243. und 244. Therapiestunde)

Die **3. Mittelphase** der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass der Patient davon spricht, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will (Item 29, R.I.). Er versucht sich aktiv mit Gedankengängen auseinander zu setzen, die emotional belastend sind (Item 58, R.I.). Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34, R.I.). Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld (Item 71), ist ängstlich oder angespannt (Item 7), fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59), traurig und deprimiert (Item 94).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er nimmt keine supportive Haltung ein (Item 45, R.I.). Der Therapeut ist taktvoll (Item 77, R.I.).

Die **Beziehung** zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient dazu neigt, die Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu verstehen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten (Item 78). Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs (Item 98). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100). Wenn die Beziehung zum Patienten schwierig ist, unternimmt der Therapeut nichts, um die Beziehung zu verbessern (Item 47, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Der Therapeut unternimmt nichts, um den Patienten zu beruhigen (Item 66, R.I.). Der Therapeut betont

die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben (Item 81). Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an (Item 62) und interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67). Der Therapeut legt dem Patienten nicht nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu übernehmen (Item 76, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen angesprochen (Item 30). Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten ist Gesprächsgegenstand (Item 69). Während der Interaktion sind spezifische Themen im Gespräch (Item 23), u.a. Selbstbild des Patienten (Item 35). Der Patient drückt aber keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus (Item 55, R.I.).

Tab. 4.4.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 4. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 15 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus	8,5
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle	8,5
62	Der Therapeut spricht ein in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederkehrendes Thema an.	8,5
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen	8,0
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen	8,0
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her	8,0
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert	7,5
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt	7,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7,0
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld	7,0
78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten	7,0
81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben	7,0
Die 14 uncharakteristischsten Items		
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	1,5
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1,5
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,5
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	1,5
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten	2
77	Der Therapeut ist taktlos	2
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will	2,5
34	Der Patient macht Andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein	2,5
45	Der Therapeut nimmt eine entgegenkommende Haltung ein.	2,5
47	Wenn die Beziehung zum Patienten schwierig ist, tut der Therapeut nichts, um die Beziehung zu verbessern.	2,5
55	Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.	2,5
76	Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren	2,5

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items		
Pat.-Items	5 Ch.I: 7, 71, 26, 59, 94	3 R.I: 5, 42, 47 4 R.I: 29, 34, 56, 58,
Therap.-Items		3 R.I: 9, 45, 77
Operations-Items	3 Ch.I: 62, 67, 81	3 R.I: 66, 76, 89
Realisierungs-Items	4 Ch.I: 23, 30, 35, 69	1 R.I: 55
PA-Items:	5 Ch.I: 35, 62, 67, 98, 100	
KVT-Items:	3 Ch.I: 23, 30, 69	1 R.I: 45

Beschreibung der 4. Mittelphase (303. und 304. Therapiestunde)

Die 4. Mittelphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet (Item 26), aber gleichzeitig bereit ist, seine Gedanken zu erforschen (Item 97) Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.), er ist aktiv (Item 15, R.I.) und spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben, er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch. (Item 6).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient vertrauenvoll und sicher zu sein scheint (Item 44, R.I.). Er bringt zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu folgen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52). Der Patient ist nicht fordernd (Item 83, R.I.). Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs (Item 98). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut spricht ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten an (Item 62). Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen (Item 67). Er tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89). Der Therapeut unternimmt nichts, um den Patienten zu beruhigen (Item 66, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (Item 30). Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten werden besprochen (Item 63). Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23), u.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35). Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92).

Vertrags- Items: Unterbrechungen in der Behandlung werden thematisiert (Item 75) und Termine oder das Honorar werden besprochen (Item 96).

Tab. 4.4.11: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T5, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 5. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 15 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,5
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,5
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	8,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	8,0
67	Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.	8,0
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	8,0
96	Termine oder das Honorar werden besprochen.	8,0
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	8,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	7,5
62	Der Therapeut spricht ein in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederkehrendes Thema an.	7,5
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7,5
75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.	7,5
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, seine Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7,5
Die 12 uncharakteristischsten Items		
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
89	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)	2
83	Der Patient ist fordernd.	2
Therap.-Pat.-Beziehungs-Items	2 Ch.I: 98, 100	6 R.I: 5, 14, 42, 44, 52, 83
Pat.-Items	2 Ch.I: 26, 97	3 R.I: 15, 56, 58
Therap.-Items	1 Ch.I: 6	1 R.I: 9
Operations-Items	2 Ch.I: 62, 67	2 R.I: 66, 89
Realisierungs-Items	6 Ch.I: 23, 30, 35, 63, 64, 92	
Vertrags-Items	2 Ch.I: 75, 96	
PA-Items	7 Ch.I: 6, 35, 62, 67, 92, 98, 100	
KVT-Items	2 Ch.I: 23, 30	

Beschreibung der Endphase (386. und 387. Therapiestunde)

Die Endphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** aktiv ist (Item 15, R.I.). Er weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.) und spricht affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache (Item 88); ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert (Item 54) und introspektiv (Item 97).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.) beschrieben. Er ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch (Item 6).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient zum Ausdruck bringt, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt (Item 14, R.I.). Der Patient neigt dazu, den Bemerkungen des Therapeuten problemlos zu folgen (Item 5, R.I.) und ihnen zuzustimmen (Item 42, R.I.). Der Patient scheint sich nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst (Item 52, R.I.). Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs (Item 98). Die Beziehung Therapeut – Patient hat keinen rivalisierenden Charakter (Item 39, R.I.). Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her (Item 100).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut spricht ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten an (Item 62). Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt (Item 30) und seine zwischenmenschlichen Beziehungen zu beurteilen (Item 63). Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23), u.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35). Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen (Item 69). Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft (Item 92).

Tab. 4.4.12: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T6, Pat. 4

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 6. Messzeitpunkt, Pat. 4		
PQS No	Die 13 charakteristischsten Items	Mittelwert
35	Das Selbstbild des Patienten ist ein Fokus des Gesprächs	9,0
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	9,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen	8,5
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert	8,0
62	Der Therapeut spricht ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema an.	8,0
88	Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache.	8,0
97	Der Patient ist introspektiv. Er ist bereit, seine Gedanken und Gefühle zu erforschen.	8,0
100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.	8,0
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	7,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7,5
92	Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.	7,5
98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	7,5
Die 10 uncharakteristischsten Items		
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	1
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	1
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	1
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	1,5
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2
39	Die Beziehung Therapeut – Patient hat rivalisierenden Charakter	2

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

2 Ch. I: 98, 100

5 R.I: 5, 14, 39, 42, 52

Pat.-Items

3 ChI: 54, 88, 97

3 R.I: 15, 56, 58

Therap.-Items

1 Ch.I: 6

1 R.I: 9

Operations-Items

1 Ch.I: 62

1 R.I: 89

Realisierungs-Items

6 Ch.I: 23, 30, 35, 63, 69, 92

PA-Items:

6 Ch.I: 6, 35, 62, 92, 98, 100

KVT-Items:

4 Ch.I: 23, 30, 69, 88

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prozesstyp)

Es wird zu jedem Item (aus der Gruppe der charakteristischen/uncharakteristischen Items) die Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt. Das Diagramm 4.4.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Prozesstyp-Items im Therapieverlauf.

Für die gesamte Behandlung ist es typisch, dass **Beziehungs-Items** am häufigsten vorkommen. Der Therapeut macht oft die therapeutische Beziehung zum Fokus des Gesprächs. Er stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten

her. Der **Therapeut** wird stets als empfänglich und affektiv involviert beschrieben. Er ist einfühlsam und auf den Patienten eingestellt. Aber gleichzeitig tut er nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken. Er interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen. Während der Interaktion sind spezifische Themen, das Selbstbild des Patienten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen Gegenstand des Gesprächs. Der **Patient** ist aktiv und weigert sich nicht, mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen. Für diesen Patienten ist charakteristisch, dass Vertrags-Items, die die Rahmenbedingungen der Behandlung und das Honorar beschreiben, vorkommen.

Während am **Anfang** der Therapie die therapeutischen Operations-Items im Vordergrund stehen - der Therapeut also nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung fragt, mit anderen Worten klärt, neu formuliert oder wiederholt, was der Patient sagte, Erfahrungen aus einer anderen Perspektive anbietet und die Ziele und Absichten des Patienten Gegenstand des Gesprächs sind - ist die 1. **Mittelphase** dadurch gekennzeichnet, dass Patienten-Items in den Vordergrund treten: Der Patient bringt relevante Themen und relevantes Material zur Sprache. Er fühlt sich traurig oder deprimiert. Als Reaktion, ist Therapeut einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. Der Patient scheint vertrauensvoll zu sein. Die 2. **Mittelphase** der Therapie ist dadurch geprägt, dass forschrittbeschreibende Realisierungs-Items überwiegen. Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt, seine zwischenmenschlichen Beziehungen und das Selbstbild des Patienten zu beurteilen. In der Mittelphase ist neu, dass der Patient schon vertrauensvoll genug ist, um über sexuelle Gefühle und Erfahrungen, Liebes- oder romantische Beziehungen zu sprechen. Gefühle des Patienten werden mit Situationen in der Vergangenheit verknüpft. Der Patient ist aktiv, wirkt zuversichtlich, lebendig und expressiv. Er bringt häufig zum Ausdruck, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt, ist offen und wenig blockiert. Zum Zeitpunkt der 240. Therapiestunde scheint es bei dem Patienten zu einem krisenhaften Einbruch zu kommen. Patienten-Items treten wieder in Vordergrund, der Patient berichtet über starke schmerzliche Gefühle, klagt sich selber an und beschuldigt die Anderen.

Die **Endphase** der Therapie ist stärker dadurch gekennzeichnet, dass Beziehungs-Items am häufigsten vorkommen. Die therapeutische Beziehung ist oft ein Fokus des Gesprächs. Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, tut nichts, um Abwehrreaktionen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken des Patienten zu unterdrücken. Es ist auch neu, dass der Patient stark genug ist und sich nicht darauf verlässt, dass Therapeut seine Probleme lösen wird.

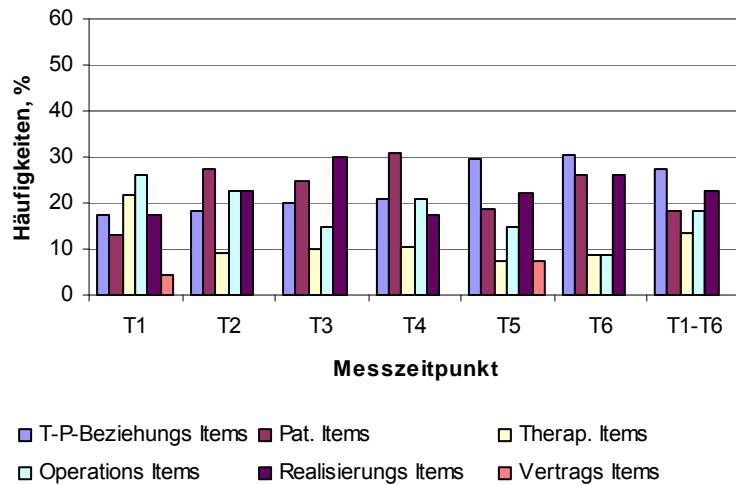


Diagramm 4.4.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4

Prototypen

Unter den charakteristischen bzw. uncharakteristischen Items der Therapiephasen überwiegen Items, die man als typisch „psychoanalytisch“ bezeichnen würde (Diagramm 4.4.3). Während am Anfang der Behandlung - wo der Patient 4 noch starke unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet, oft Ärger und aggressive Gefühle ausdrückt - der Therapeut vorwiegend kognitiv-behavioristisch arbeitet, also eher die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten bespricht und spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen, treten in der Mittelphase psychoanalytische Items in Vordergrund: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder dem Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben. Der Therapeut spricht ein in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederkehrendes Thema an, interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle und Überzeugungen.

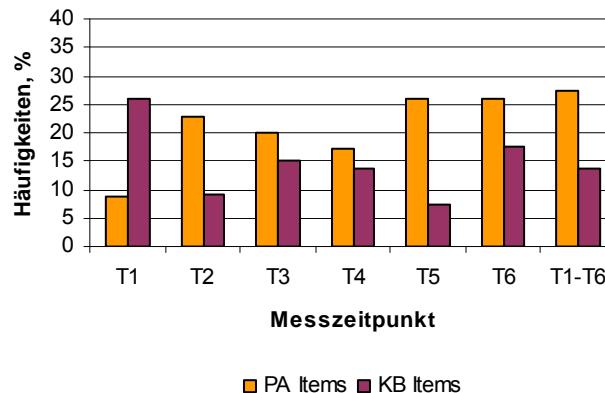


Diagramm 4.4.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4

Mikroanalyse:

Veränderung der Charakteristik der 100 Items während der 12 Therapiestunden pro PQS-Prozesstyp und -Prototyp

Es ist sehr hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikroniveau* (Item per Item Analyse) und dem *Makroniveau* (Mittelwerte-Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei internen Patientenuntersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mit Farben verwendet.

In den folgenden Tabellen werden die Veränderungen der Items über alle Sitzungen farblich dargestellt. Dabei werden besonders uncharakteristische Items im rötlichen Farbenbereich und besonderes charakteristische Items im grauen abgebildet (Tab. 4.4.13).

Tab. 4.4.13: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
besonderes uncharakteristisch			neutral			besonderes charakteristisch		

Es wurden für alle zwölf Sitzungen die Mittelwerte (MW) als Sortierungskriterium gewählt. Deshalb sind in den Tabellen besonders uncharakteristische Items oben und besonders uncharakteristische Items unten zu finden. Ermittelt wurde außerdem die Spannweite (SpannW), als Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung des jeweiligen Items. Sowohl die Zugehörigkeit zum Prototyp (Proto) als auch zum Prozesstyp (Prozess) wird in den Tabellen dargestellt.

Dabei werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

KB kognitiv-behavioristischer Prototyp

PA psychoanalytischer Prototyp

- V Vertrags-Prozesstyp
T Therapeuten-Prozesstyp
P Patienten-Prozesstyp
TPB Therapeut-Patient-Beziehungs-Prozesstyp
O Operations-Prozesstyp
R Realisierungs-Prozesstyp

Vertrags-Items finden sich für die 12 Therapiestunden im neutralen Bereich, mit Tendenz in die charakteristische Richtung. Item 96 (Termine oder das Honorar werden besprochen) ist am Anfang und Ende der Behandlung wichtiger als nach der Hälfte des Behandlungszeitraums.

Tab. 4.4.14: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
57	4	9	5	5	5	5	6	5	5	5	5	4	5,3	KB	5
75	5	5	5	5	5	5	5	6	9	6	5	5	5,5		4
4	8	6	6	5	5	5	5	6	6	6	4	6	5,7	KB	4
96	8	9	5	5	5	5	6	6	8	8	5	7	6,4		4
MW	6,3	7,3	5,3	5,0	5,0	5,0	5,5	5,8	7,0	6,3	4,8	5,5	5,7		4,3

Beziehungs-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Beim Item 83 (Der Patient ist fordernd) ist eine Differenz von 8 Intervallen zu beobachten.

Tab. 4.4.15: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
42	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1,5		1
52	2	1	3	2	1	1	6	2	1	1	1	1	1,8		5
5	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1,9		2
14	2	5	1	1	2	3	7	1	2	2	2	2	2,5		6
44	2	3	2	2	3	3	5	4	2	2	2	3	2,8		3
20	2	4	3	4	4	4	4	3	4	3	3	2	3,3		2
39	2	8	2	3	2	4	4	3	6	2	2	2	3,3		6
47	5	2	4	5	2	3	2	3	2	4	4	5	3,4		3
1	3	4	3	4	3	7	7	4	4	3	2	4	4		5
49	2	4	2	6	4	6	8	4	3	3	5	7	4,5		6
8	4	5	4	4	3	5	7	4	6	6	4	3	4,6		4
87	3	7	4	3	6	7	7	3	6	3	3	3	4,6		4
83	6	8	4	4	5	6	9	4	3	1	3	3	4,7		8
95	6	1	7	6	3	3	1	5	6	6	6	6	4,7	KB	6
10	6	4	6	6	4	3	6	6	4	4	4	4	4,8		3
19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5		2
74	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,1		1
53	5	4	6	6	4	7	6	6	6	6	6	5	5,6		3
78	6	7	5	5	4	5	8	6	5	6	4	6	5,6		4
98	6	6	5	7	7	8	9	9	8	8	9	6	7,3	PA	4
100	4	7	5	7	8	9	8	8	8	9	8	8	7,4	PA	5
MW	3,8	4,5	3,7	4,2	3,8	4,7	5,6	4,1	4,3	4,0	4,0	3,9	4,2		4,0

Patienten-Items haben sich, als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch, auf beide Pole verteilt. Items 34 (Der Patient macht Andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich) und Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will), weisen eine Differenz von 7 Intervallen auf.

Tab. 4.4.16: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
58	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1,2		1
56	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1,5		2
15	1	3	2	2	2	1	3	3	2	2	1	2	2		2
25	3	3	2	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3,1		2
70	3	3	3	3	3	2	2	4	3	4	3	4	3,1		2
61	4	2	4	4	5	4	7	6	3	6	3	4	4,3		5
34	6	4	7	2	4	6	3	2	6	1	5	8	4,5		7
84	4	4	4	4	4	6	6	4	3	4	4	7	4,5		4
13	6	7	4	4	6	4	4	3	5	4	5	3	4,6		4
29	8	4	8	1	3	7	3	2	6	3	6	8	4,9		7
7	6	7	3	4	7	7	6	8	3	7	3	3	5,3		5
71	6	3	6	7	7	5	8	6	6	8	5	3	5,8		5
54	7	7	8	6	3	6	6	7	5	4	8	8	6,3		5
33	4	4	8	9	8	8	4	7	7	4	8	6	6,4	PA	5
59	7	3	5	8	8	7	9	7	5	8	7	3	6,4		6
88	7	7	8	7	6	6	6	7	7	6	8	8	6,9	KB	2
94	7	6	8	7	7	8	7	8	5	7	4	9	6,9		5
97	7	6	7	7	6	6	6	7	7	8	8	8	7		2
26	7	6	6	8	7	9	9	8	7	8	7	7	7,4		3
MW	5,0	4,4	5,0	4,6	4,9	5,1	5,0	5,1	4,5	4,7	4,8	5,1	4,8	0,0	3,9

Therapeuten-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Item 21 (Therapeutische Selbstöffnung) weist eine Differenz von 6 Intervallen auf.

Tab. 4.4.17: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
9	1	2	3	1	1	3	2	1	2	1	2	2	1,8		2
77	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	4	2,5		2
45	3	2	3	3	2	2	2	3	1	4	4	6	2,9	KB	5
51	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	4	3	2,9		2
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	KB	0
24	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	4	3,5		1
21	3	4	4	4	3	4	3	9	4	4	4	4	4,2		6
93	5	3	4	3	4	4	7	2	3	4	4	7	4,2	PA	5
86	5	9	6	5	6	5	5	7	5	5	6	6	5,8	KB	4
18	7	6	6	7	7	6	5	4	6	5	7	7	6,1	PA	3
46	6	8	7	5	6	5	5	8	7	6	7	7	6,4	PA	3
6	9	7	8	9	7	6	6	7	7	9	7	8	7,5	PA	3
MW	4,3	4,3	4,4	4,1	4,0	3,8	3,8	4,3	4,0	4,3	4,4	5,1	4,2		3,0

Operations-Items finden sich an beiden Polen, als besonderes charakteristisch und besonderes uncharakteristisch. Item 27 (Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen) weist eine Differenz von 6 Intervallen auf.

Tab. 4.4.18: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
89	3	1	2	2	1	1	1	2	1	2	1	1	1,5		2
66	3	2	2	2	2	2	1	3	1	3	3	2	2,2		2
27	3	8	3	3	4	2	4	5	4	3	3	2	3,7	KB	6
76	4	4	4	4	4	3	3	2	4	4	4	4	3,7		2
85	4	4	4	4	4	3	4	6	4	4	4	4	4,1	KB	3
43	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4	5	4	4,2		2
48	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4,4	KB	1
22	4	4	4	5	4	5	4	7	4	4	5	4	4,5	PA	3
3	4	6	6	4	5	4	4	3	4	5	6	6	4,8	PA	3
40	7	5	6	4	4	3	5	4	6	5	5	4	4,8		4
82	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4,8	PA	1
2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,9		1
17	7	8	3	6	6	6	6	6	4	8	3	3	5,5	KB	5
99	6	6	6	6	6	5	5	6	7	6	6	6	5,9		2
50	6	6	6	6	7	4	4	6	7	7	7	6	6	PA	3
36	5	8	6	6	6	8	6	6	8	5	7	6	6,4	PA	3
80	6	9	6	7	6	6	7	6	6	6	7	5	6,4	KB	4
81	4	6	7	8	8	5	7	7	6	6	7	7	6,5		4
31	8	8	7	7	6	7	5	6	7	7	6	5	6,6	KB	3
65	8	7	6	8	9	7	6	7	7	7	6	7	7,1		3
67	5	7	7	8	8	7	8	8	9	7	7	7	7,3	PA	4
62	7	7	9	7	8	7	8	9	8	7	7	9	7,8	PA	2
MW	5,1	5,7	5,1	5,2	5,3	4,7	4,8	5,3	5,2	5,2	5,1	4,9	5,1		2,9

Realisierungs-Items lassen sich als besonderes charakteristisch beschreiben. Item 55 (Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus) weist eine Differenz von 7 Intervallen auf.

Tab. 4.4.19: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	SpannW
12	3	3	3	6	6	4	3	4	3	3	4	5	3,9		3
38	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4,6	KB	1
55	8	6	5	6	4	4	1	4	4	6	5	4	4,8		7
79	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9	PA	1	
60	5	5	5	5	5	4	8	4	5	5	5	4	5		4
72	5	1	7	6	6	6	3	5	6	5	6	6	5,2	KB	6
16	5	5	5	5	5	8	5	4	5	5	6	5	5,3		4
91	4	5	6	8	5	3	4	5	5	5	8	5	5,3	PA	5
90	5	5	4	8	8	7	5	5	4	5	5	5	5,5	PA	4
68	5	5	4	7	7	6	4	5	5	7	6	6	5,6		3
73	6	6	7	6	6	4	3	5	6	6	6	6	5,6	KB	4
32	5	6	6	6	6	6	6	6	4	7	5	5	5,7		3
41	7	8	5	5	5	4	7	5	5	7	5	6	5,8		4

28	6	7	7	6	6	6	5	8	6	6	6	7	6,3	KB	3
11	7	5	7	5	9	9	6	5	8	5	9	5	6,7	PA	4
92	6	5	9	9	6	6	4	5	9	7	9	6	6,8	PA	5
64	9	5	9	6	9	9	5	5	9	6	6	5	6,9		4
69	9	6	8	4	7	8	7	7	7	7	8	9	7,3	KB	5
30	8	6	8	8	7	9	7	7	8	9	8	7	7,7	KB	3
23	8	9	7	7	8	8	9	7	8	7	8	7	7,8	KB	2
63	9	4	9	9	7	5	8	8	9	9	9	9	7,9		5
35	9	6	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	8,7	PA	3
MW	6,3	5,3	6,4	6,4	6,5	6,2	5,2	5,7	6,0	6,2	6,4	6,0	6,1		3,8

Veränderungen der Charakteristik der 100 Items in den 12 Therapiestunden pro PQS-Prototyp

Psychoanalytische Prototyp Items lassen sich überwiegend als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.4.20: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Prozess	SpannW
93	5	3	4	3	4	4	7	2	3	4	4	7	4,2	T	5
22	4	4	4	5	4	5	4	7	4	4	5	4	4,5	O	3
3	4	6	6	4	5	4	4	3	4	5	6	6	4,8	O	3
82	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4,8	O	1
79	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,9	R	1
91	4	5	6	8	5	3	4	5	5	5	8	5	5,3	R	5
90	5	5	4	8	8	7	5	5	4	5	5	5	5,5	R	4
50	6	6	6	6	7	4	4	6	7	7	7	6	6	O	3
18	7	6	6	7	7	6	5	4	6	5	7	7	6,1	T	3
33	4	4	8	9	8	8	4	7	7	4	8	6	6,4	P	5
36	5	8	6	6	6	8	6	6	8	5	7	6	6,4	O	3
46	6	8	7	5	6	5	5	8	7	6	7	7	6,4	T	3
11	7	5	7	5	9	9	6	5	8	5	9	5	6,7	R	4
92	6	5	9	9	6	6	4	5	9	7	9	6	6,8	R	5
67	5	7	7	8	8	7	8	8	9	7	7	7	7,3	O	4
98	6	6	5	7	7	8	9	9	8	8	9	6	7,3	TPB	4
100	4	7	5	7	8	9	8	8	8	9	8	8	7,4	TPB	5
6	9	7	8	9	7	6	6	7	7	9	7	8	7,5	T	3
62	7	7	9	7	8	7	8	9	8	7	7	9	7,8	O	2
35	9	6	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	8,7	R	3
MW	5,6	5,7	6,3	6,6	6,6	6,2	5,8	6,2	6,6	6,1	7,0	6,4	6,2		3,5

Kognitiv-behavioristische Prototyp Items lassen sich ebenfalls als besonderes charakteristisch beschreiben.

Tab. 4.4.21: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 4

PQS №	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Prozess	SpannW
45	3	2	3	3	2	2	2	3	1	4	4	6	2,9	T	5
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	T	0
27	3	8	3	3	4	2	4	5	4	3	3	2	3,7	O	6
85	4	4	4	4	4	3	4	6	4	4	4	4	4,1	O	3
48	4	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4,4	O	1
38	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4,6	R	1
95	6	1	7	6	3	3	1	5	6	6	6	6	4,7	TPB	6
72	5	1	7	6	6	6	3	5	6	5	6	6	5,2	R	6
57	4	9	5	5	5	5	6	5	5	5	5	4	5,3	V	5
17	7	8	3	6	6	6	6	6	4	8	3	3	5,5	O	5
73	6	6	7	6	6	4	3	5	6	6	6	6	5,6	R	4
4	8	6	6	5	5	5	5	6	6	6	4	6	5,7	V	4
86	5	9	6	5	6	5	5	7	5	5	6	6	5,8	T	4
28	6	7	7	6	6	6	5	8	6	6	6	7	6,3	R	3
80	6	9	6	7	6	6	7	6	6	6	7	5	6,4	O	4
31	8	8	7	7	6	7	5	6	7	7	6	5	6,6	O	3
88	7	7	8	7	6	6	6	7	7	6	8	8	6,9	P	2
69	9	6	8	4	7	8	7	7	7	7	8	9	7,3	R	5
30	8	6	8	8	7	9	7	7	8	9	8	7	7,7	R	3
23	8	9	7	7	8	8	8	9	7	8	7	8	7,8	R	2
MW	5,7	5,9	5,8	5,3	5,3	5,2	4,8	5,8	5,4	5,7	5,4	5,6	5,5		3,6

Makroanalyse: Mittelwertentwicklung der 100 PQS-Items für die vier Messzeitpunkte (12 Stunden), pro PQS-Prozesstyp und -Prototyp

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb werden zwei Methoden des Mittelwertenvergleichs verwendet: Zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS aber keine normative Messmethode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (5). Ein Mittelwert > 5 spricht also tendenziell für eine charakteristische Richtung (Tab. 4.4.19). Ein Mittelwert < 5 zeigt eine uncharakteristische Tendenz an (Tab. 4.4.15) und ein Mittelwert = 5 zeigt entweder den neutralen Bereich (Tab. 4.4.14) oder, bei gleichem Anteil charakteristischer und uncharakteristischer Items, das Ergebnis eines Auslösungsprozesses an (Tab. 4.4.18).

Bei der zweiten Methode werden die Items umgeformt und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (Wert 5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (Werte 1, 9) eine 5.

So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

- 1 \Rightarrow 5
- 2 \Rightarrow 4
- 3 \Rightarrow 3
- 4 \Rightarrow 2
- 5 \Rightarrow 1
- 6 \Rightarrow 2
- 7 \Rightarrow 3
- 8 \Rightarrow 4
- 9 \Rightarrow 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Das Diagramm 4.4.4 zeigt die Mittelwertentwicklung der 100 PQS-Prozesstyp-Items für die 12 Messzeitpunkte. Aus dem 1. Teil der Diagramme ist zu ersehen, dass Vertrags- und Realisierungs-Items sich eher im charakteristischen Bereich befinden. Therapeut-Patient-Beziehungs-Items und Therapeuten-Items sind im extrem uncharakteristischen Bereich zu finden. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass für die Behandlung des Patienten 4, eben die Patienten-Items, Therapeuten-Items und Beziehungs-Items am wichtigsten sind. Beim ersten Therapiezeitpunkt waren Items aller Prozesstypen gleich wichtig. Bei Items des Vertrags-Prozesstyps lassen sich grosse Schwankungen beobachten. Im Lauf der Therapie befinden sich die Beziehungs-Items auf gleichem Niveau mit steigender Tendenz. Patienten-Items haben durchgehend den höchsten Wichtigkeitsindex bei der Behandlung des Patienten 4. Am Anfang der Therapie und in der 243. Therapiestunde gewinnen die Therapeuten-Items an Wichtigkeit. Operations- und Realisierungs-Items zeigen den gleichen Wert ohne Schwankungen.

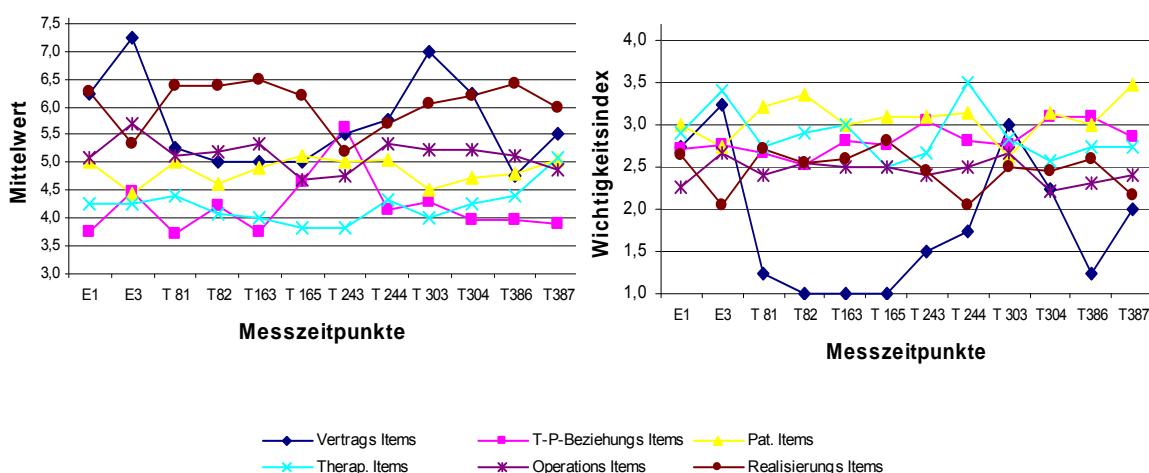


Diagramm 4.4.4: Mittelwertentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die 12 Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 4

Das Diagramm 4.4.5 zeigt die Mittelwertentwicklung der 100 PQS-Prototyp-Items für die 12 Messzeitpunkte. Der 1. Teil des Diagramms zeigt, dass die Items beider Prototypen im

charakteristischen Bereich liegen. Der 2. Teil des Diagramms zeigt, dass Items des psychoanalytischen Prototyps im Lauf der Behandlung einen höheren Wichtigkeitsindex bekommen, obwohl beim ersten Messzeitpunkt die Items des kognitiv-behavioristischen Prototyps wichtiger sind. Der Verlauf der Items beider Prototypen ist stark schwankend.

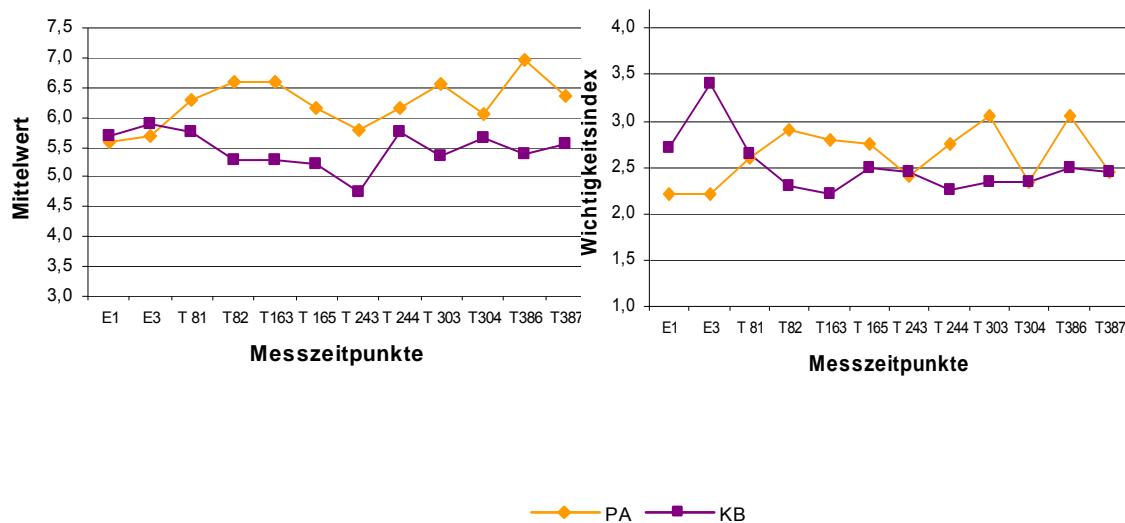


Diagramm 4.4.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die 12 Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 4

Episodische Veränderungen im analytischen Prozess

Um episodische Veränderungen im analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu ermitteln, wurden die Itemswerte aller Ratings der acht Sitzungen miteinander verglichen und die Spannweite (Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung) ermittelt. Damit wurden auch solche Items identifiziert, bei denen sich eine erhebliche Differenz (mehr als 5 Intervalle) von einem Messzeitpunkt zu anderen beobachten lässt, der entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung geht.

Aus der Tabelle 4.4.22 wird ersichtlich, dass bestimmte Items oder Foki im Laufe der Therapie an Bedeutung verlieren. Bestimmte Items werden aus dem Kontext verständlich. Z.B. die der 243. und 244. Stunde, in denen es bei dem Patienten zu einem krisenhaftem Einbruch kam und in denen er über einen Selbstmordversuch spricht, spiegelt sich das in den PQS-Items wieder: Patient wird fordernd (Item 83), fühlt sich unterlegen (Item 59) und sagt, dass er sich vom keinem und auch nicht vom Therapeuten verstanden (Item 14) und unterstützt (Item 95) fühlt. Er erlebt deshalb ambivalente Gefühle gegenüber dem Therapeuten (Item 49) und glaubt nicht, dass die Therapie ihm hilft (Item 55) was in anderen Phasen der Therapie nicht der Fall ist. Daraufhin reagiert der

Therapeut mit einer persönlichen Reaktion, indem er dem Patienten sagt, dass er sich wirklich geängstigt und sich um ihn Sorgen gemacht habe.

Tab. 4.4.22: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 4

PQS No	PQS Item	E1	E3	T 81	T 82	T 163	T 165	T 243	T 244	T 303	T 304	T 386	T 387	MW	Proto	Prozess	SpannW
83	Der Patient ist fordernd.	6	8	4	4	5	6	9	4	3	1	3	3	4,7		TPB	8
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will	8	4	8	1	3	7	3	2	6	3	6	8	4,9		P	7
34	Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein	6	4	7	2	4	6	3	2	6	1	5	8	4,5		P	7
55	Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus	8	6	5	6	4	4	1	4	4	6	5	4	4,8		R	7
14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden	2	5	1	1	2	3	7	1	2	2	2	2	2,5		TPB	6
21	Therapeutische Selbstöffnung	3	4	4	4	3	4	3	9	4	4	4	4	4,2		T	6
27	Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen	3	8	3	3	4	2	4	5	4	3	3	2	3,7	KB	O	6
39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter	2	8	2	3	2	4	4	3	6	2	2	2	3,3		TPB	6
49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle	2	4	2	6	4	6	8	4	3	3	5	7	4,5		TPB	6
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen	7	3	5	8	8	7	9	7	5	8	7	3	6,4		P	6
72	Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird	5	1	7	6	6	6	3	5	6	5	6	6	5,2	KB	R	6
95	Der Patient fühlt sich unterstützt	6	1	7	6	3	3	1	5	6	6	6	6	4,7	KB	TPB	6

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der PQS- und HUSS-Auswertungen

Zunächst wurde festgestellt, dass sich die HUSS-Foki in den PQS-Items wiederfinden:

Der Konfliktfokus „**Selbstwertkonflikt**“ spiegelt sich in Item 59 (der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen) und Item 71 (der Patient klagt sich selbst an und äußert Scham oder Schuld). Im Lauf der Therapie, wenn der Patient von geringer Bewusstheit zu einem verantwortlichen Umgang mit dem Problembereich fortschreitet, kommen auch selbstwertbezogene PQS-Items seltener vor.

Beim Strukturfokus „**Impulssteuerung**“ spiegelt sich der niedrige HUSS-Wert 3 am Anfang der Therapie in den häufig vorkommenden PQS-Items, Item 26 (Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle), Item 84 (oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus), Item 7 (der Patient ist ängstlich oder angespannt) und Item 94 (der Patient ist traurig und deprimiert), wieder.

Nachdem der Patient im Lauf der Therapie fähiger wird, seine inneren Impulse zu steuern und kontrollieren, kommen auch andere PQS-Items, wie Item 97 (der Patient offen und wenig blockiert ist) vor.

Niedrige Werte am Anfang der Therapie beim HUSS-Fokus „**Selbstwahrnehmung**“ zeigen sich auch in den Therapeuten-PQS-Items: der Therapeut klärt, formuliert neu, was der Patient sagt (Item 65), betont die Gefühle des Patienten (Item 81), fragt nach mehr Informationen (Item 31) oder bietet eine Erfahrung aus einer anderen Perspektive an (Item 80). Andererseits unternimmt der Therapeut nichts um bedrohliche Gedanken zu unterdrücken und konfrontiert den Patienten, indem er ein wiederkehrendes Muster in seinem Leben aufzeigt.

Der Strukturfokus „**Bindung**“ spiegelt sich in folgenden PQS-Items: Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen) und Item 78 (Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten).

Der Konfliktfokus „**Abhängigkeit vs. Autonomie**“ findet sich in den folgenden Items wieder: Item 29 (der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will), Item 52 (er betont seine Selbständigkeit und verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst) und Item 87 (Der Patient lenkt die Stunde).

Wie oben bereits festgestellt wurde, findet sich die überwiegende Zahl der HUSS-Foki in den PQS-Items wieder, weshalb es auch bei dem Patienten 4 möglich ist, ohne vorliegen des Messzeitpunktes T4 (HUSS) mit den PQS Auswertungen der Therapiestunden auf die Veränderungen bei dem Patienten zu diesem Zeitpunkt zuschließen. Die 3. Mittelphase der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26), macht andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich (Item 34). Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld (Item 71), ist ängstlich oder angespannt (Item 7), fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59), traurig und deprimiert (Item 94). Der Patient drückt keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus (Item 55). Der Therapeut unternimmt nichts, um den Patienten zu beruhigen (Item 66), er vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt (Item 76). Der Therapeut ist taktvoll und affektiv involviert aber er nimmt keine supportive Haltung ein (Item 45).

4.5 Patient 5

Der Patient 5 ist zum Zeitpunkt des ersten OPD-Interviews Mitte 30. Der Patient ist sehr ich-bezogen, betrachtet alles von seinem eigenen Standpunkt aus und kann somit kaum objektive Beschreibungen über seine Bezugspersonen geben. Die Beziehung zu Frauen im Allgemeinen bzw. zu seiner Ex-Frau im Besonderen gestaltete sich sehr symbiotisch. Er hat ein sehr großes Bedürfnis nach Nähe, nach Partnerschaft und auch nach Sexualität. Kurzfristig wird der Patient auch immer wieder aggressiv, laut und versinkt in seinen Phantasien. Manchmal zeigt der Patient psychotische Züge, besonders dann, wenn er über seine Phantasiebilder und Träume spricht.

Die Therapie hat insgesamt ein Jahr gedauert (145 Stunden), fand im Liegen und drei mal wöchentlich statt. Nach dem 2. Messzeitpunkt hat der Patient die Therapie abgebrochen.

4.5.1 HUSS Auswertung

Es wurden beim Patienten 5 folgende fünf Fokus-Probleme aus den drei OPD-Achsen „Beziehung“, „Konflikt“ und „Struktur“ ausgewählt:

1. Beziehungs-dynamische Formulierung
2. Konfliktfokus: Abhängigkeit vs. Autonomie
3. Strukturfokus: Objektwahrnehmung
4. Strukturfokus: Selbststeuerung
5. Strukturfokus: Bindung

Abb. 4.5.1 zeigt die Bewegung der fünf Fokusprobleme im Beobachtungszeitraum für die zwei Messzeitpunkte.

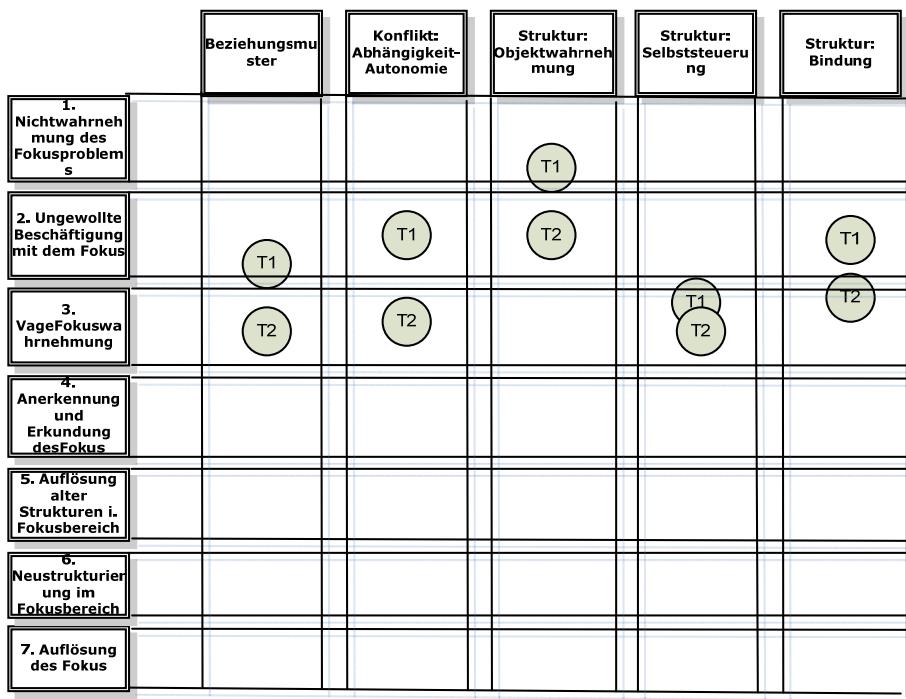


Abb. 4.5.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 5

Nach unseren Einschätzungen ist es dem Patienten im Lauf der ersten 80 Stunden gelungen, vom Status geringer Bewusstheit, Stufe 2 in Bezug auf die Fokusprobleme, erste Schritt zu machen in Richtung zu einem verantwortlichen Umgang mit ihnen (Stufe 3 der Skala).

In der Tabelle 4.5.1 handelt es sich um die Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters. Es wird eine Entwicklung dargestellt, in der der Patient vom Zustand ungewollter Beschäftigung mit den Konflikten mit seinen wichtigsten Bezugspersonen, in einen Zustand vager Wahrnehmung eigener Verantwortung für diese Konflikte gelangt.

Tab. 4.5.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 5

MZP	HUSS-Wert	Umgang des Patienten mit dem Fokus
T1	2 + (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)	<p>Der Patient erlebt sich so, dass er sich immer wieder anlehnt, anklammert. Der Patient weiß, dass er fordernd und anstrengend ist.</p> <p>Der Patient erlebt seine Mutter immer wieder so, dass sie ihm zu viel Autonomie gewährt hat, obwohl er eigentlich den Wunsch hätte, mehr Grenzen gesetzt zu bekommen, mehr kontrolliert zu werden.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt den Patienten als sehr anstrengend, fordernd und anklammernd.</p> <p>Der externe Beobachter erlebt sich gegenüber dem Patienten so, dass er vor ihm die Flucht ergreifen, sich abschotten und zurückziehen will.</p>

		Mit Frauen erlebt der Patient sich immer wieder so, dass er sich vor ihnen schützt und sich emotional nicht mehr so stark mit ihnen einlässt. Er versucht, sich gefühlsmäßig abzuschotten . Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn ignorieren , zurückweisen und herabsetzen. Der externe Beobachter erlebt, dass sich der Patient nicht mehr so in Mittelpunkt stellt , wie während des vorangegangenen Interviews, dass er keine Größenphantasien mehr von sich hat, zugänglicher und bescheidener ist, sodass der Patient fast schon resigniert aufgibt . Der externe Beobachter hat dem Patienten gegenüber – im Gegensatz zu der ersten Sitzung– während des Gesprächs, Gefühle wie: „ sich um ihn besonders kümmern wollen “, „ ihm helfen wollen “ und „ ihn nicht im Stich lassen wollen “.
T2	3 (Vage Fokuswahrnehmung)	

In der Tabelle 4.5.2 handelt es sich um den Fokus „Abhängigkeit vs. Autonomie“, der in der Fokusliste als lebensbestimmender Konflikt aufgelistet ist. Es lässt sich auch hier eine Entwicklung feststellen, bei der der Patient über den Weg der Schuldzuweisung seiner Probleme an Andere, in einen Zustand des Bewusstwerdens seiner viel zu starken emotionalen Abhängigkeit von den wichtigen Bezugspersonen gelangt.

Tab. 4.5.2: Entwicklung des Fokus „Abhängigkeit vs. Autonomie“, Pat. 5

MZP	HUSS-Wert
T1	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3 (Vage Fokuswahrnehmung)

In der Tabelle 4.5.3 handelt es sich um den Strukturfokus: „Objektwahrnehmung“. Im Lauf der Therapie entwickelt der Patient zunehmend ein Bewusstwerden des Fokusbereichs und versucht ein realistisches und ganzheitliches Bild von seinen wichtigsten Objekten zu entwerfen.

Tab. 4.5.3: Entwicklung des Fokus „Objektwahrnehmung“, Pat. 5

MZP	HUSS-Wert
T1	1+ (Nichtwahrnehmung des Fokusproblems, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)

In der Tabelle 4.5.4 handelt es sich um den Fokus „Selbststeuerung“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Man stellt auch hier eine Entwicklung fest, in der der Patient vom Zustand des Bewusstwerdens seiner aggressiven Tendenzen, in einen Zustand kommt, in dem er seine Affekte besser im Griff zu haben scheint.

Tab. 4.5.4: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung“, Pat. 5

MZP	HUSS Wert
T1	3 - (Vage Fokuswahrnehmung)
T2	3 (Vage Fokuswahrnehmung)

In der Tabelle 4.5.5 handelt es sich um den Fokus „Bindung – Lösung“, der in der Fokusliste als strukturelle Fähigkeit aufgelistet ist. Es zeigt sich auch hier eine Entwicklung, in der der Patient von einer zwar ungewollten aber schon affektiven Auseinandersetzung mit seinen symbiotischen Beziehungen, in den Zustand der bewussten Wahrnehmung seiner Unfähigkeit, sich von bestimmten Personen zu lösen, kommt.

Tab. 4.5.5: Entwicklung des Fokus „Bindung – Lösung“, Pat. 5

MZP	HUSS Wert
T1	2 (Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)
T2	3 - (Vage Fokuswahrnehmung, Tendenz zur Stufe 2, Ungewollte Beschäftigung mit dem Fokus)

Beim ersten Messzeitpunkt berichtet der Patient über das Gefühl, von seinem Therapeuten nicht ernst genommen, nicht bestätigt, nicht bewundert und nicht anerkannt worden zu sein. Beim zweiten Messzeitpunkt sagt der Patient, dass er vor kurzem so weit gewesen sei, die Therapie zu unterbrechen, weil er das Gefühl hatte, er komme mit ihm nicht mehr weiter und die Therapie bringe ihm nichts mehr. Er habe sich leer und ausgelaugt gefühlt. Dann hat sich die Situation aber wieder geändert und er hat gemerkt, dass ihm der Therapeut doch sehr wichtig ist und ihm sehr hilft und ihn stützt. Er ist für ihn neben seinen Eltern, der einzige fixe Punkt in seinem Leben geblieben, auf den er immer zurückgreifen kann. Er sagt, die Therapie sei das einzige Konstante, was ihm zurzeit geblieben ist und dafür sei er sehr dankbar. Ein paar Monate später hat der Patient die Therapie abgebrochen.

Ein Vergleich der Mittelwerte aller HUSS-Foki für die einzelnen Messzeitpunkte (Diagramm 4.5.1) lässt erkennen, dass beim Patienten 5 zwischen T1 und T2 keine deutlichen Veränderungen festzustellen sind (MW T1: 2,06; MW T2: 2,74; MW-Diff.: -0,68).

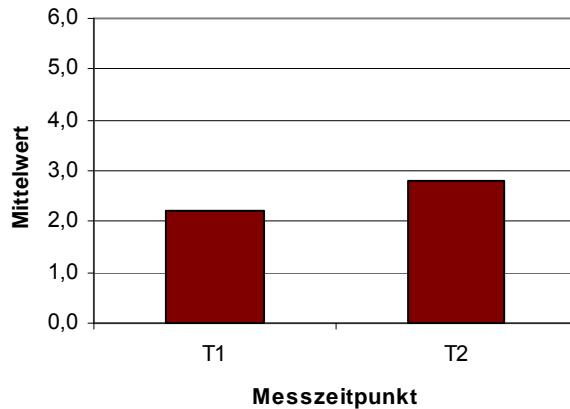


Diagramm 4.5.1: Mittelwertvergleich für die zwei Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 5

4.5.2 PQS Auswertung

In einem ersten Schritt werden die im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzten Items (über zwei Untersuchungszeitpunkte mit jeweils zwei Therapiestunden und der Bewertung beider Beurteiler) dargestellt. Anschließend wird eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Die zehn Items mit dem höchsten und die zehn Items mit dem niedrigsten Mittelwert werden in einer Tabelle mit der Zugehörigkeit zum Prozesstyp und dem Prototyp dargestellt. Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu verdeutlichen, werden jeweils zwei Therapiestunden zu den Messzeitpunkten T1 und T2 zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Nach der Mittelwertbildung der Items haben mehrere Items einen gleich hohen/niedrigen Wert bekommen. Deshalb sind für bestimmte Messzeitpunkte mehr als 10 jeweils charakteristische und uncharakteristische Items definiert worden.

In den Tabellen werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

Ch.I.	Charakteristische Items
R.I.	Uncharakteristische Items (R= reversed) sind Items, deren Inhalt bei der Beschreibung der jeweiligen Therapiephase invertiert wurde, um narrative Konsistenz beizubehalten
T-P-Beziehung	Items der Therapeut Patient Beziehung
Pat. Items	Patienten Items
Therap. Items	Therapeuten Items
Operations Items	

Realisierungs Items

PA	Psychoanalytische Prototyp Items
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle vier Stunden

Zunächst soll dargestellt werden (Tab. 4.5.6), welche Items im Mittel als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Diese Items also, liefern eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens des Patienten, des Therapeuten und deren Interaktionen während der Analyse.

Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94), ist ängstlich und angespannt (Item 7). Er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen (Item 33). Der Patient spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab und bleibt unbestimmt (Item 54, R.I.). Er bemüht sich nicht, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (Item 70, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.), einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6) und taktvoll (Item 77, R.I.) beschrieben.

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient keine Schwierigkeiten hat die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.), er verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89). Er klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35) und die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69). Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen (Item 30). Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64). Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen (Item 90). Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden (Item 68).

Tab. 4.5.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die zwei Messzeitpunkte, Pat. 5

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die 2 Messzeitpunkte, Pat. 5		
PQS No	Die 14 charakteristischsten Items	Mittelwert
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8,8
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	8,5
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	8,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,3
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8,0
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	8,0
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	7,8
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	7,8
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	7,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	7,5
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7,5
68	Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.	7,5
Die 10 uncharakteristischsten Items		
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,3
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	1,5
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2,0
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,3
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2,3
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2,3
70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	2,3
77	Der Therapeut ist taktlos.	2,5
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	2,5

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

Pat.-Items

5 Ch.I: 7, 26, 33, 84, 94

2 R.I: 5, 52

5 R.I: 15, 54, 56, 58, 70

Therap.-Items

1 Ch.I: 6

2 R.I: 9,77

Operations-Items

1 Ch.I: 65

1 R.I: 89

Realisierungs-Items

7 Ch.I: 23, 30, 35, 64, 68, 69,90

PA-Items:

3 Ch.I: 6, 35, 90

KVT-Items:

3 Ch.I: 23, 30, 69

Charakteristische und uncharakteristische Items getrennt nach Anfangs- und Endphase

Um die Unterschiede im Therapieverlauf zu beschreiben, werden jeweils die zwei Stunden zu T1 und T2 zu einem Block zusammengefasst, die Bewertungen der Items gemittelt und die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt.

Beschreibung der Anfangsphase (6. und 7. Therapiestunde)

Die Anfangsphase ist dadurch gekennzeichnet, dass **der Patient** unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94), ist ängstlich und angespannt (Item 7). Er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen (Item 33). Der Patient spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab und bleibt unbestimmt (Item 54, R.I.). Der Patient spricht nicht darüber, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen (Item 29, R.I.).

Die Haltung **des Therapeuten** wird als empfänglich und affektiv involviert (Item 9, R.I.), einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6) und taktvoll (Item 77, R.I.) beschrieben.

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten annimmt (Item 42, R.I.). Er verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.) und hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut tut nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken (Item 89, R.I.). Er klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65). Der Therapeut tendiert dazu, den Patienten nicht explizit zu beruhigen (Item 66, R.I.).

Therapeutische Realisierung: Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gespräches (Item 23), u.a. Selbstbild des Patienten (Item 35), die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69), die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. (Item 63). Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64), Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen (Item 90), Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden (Item 68).

Tab. 4.5.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 5

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für den 1. Messzeitpunkt, Pat. 5		
PQS No	Die 14 charakteristischsten Items	Mittelwert
26	Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	9
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	8,5
63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8,5
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,5
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8,5
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	8,5
6	Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt und empathisch.	8
68	Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.	8
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	7,5
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	7,5
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7,5
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	7,5
Die 12 uncharakteristischsten Items		
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1
89	Der Therapeut unterstützt Abwehrreaktionen des Patienten.	1
9	Der Therapeut ist distanziert und unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	1,5
29	Der Patient spricht davon, dass er die Trennung von einer Person oder Distanz zu ihr haben will.	1,5
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,5
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	2
66	Der Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)	2
77	Der Therapeut ist taktlos.	2

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

Pat.-Items

5 Ch.I: 7, 26, 33, 84, 94

3 R.I: 5, 42, 52

5 R.I: 15, 29, 54, 56, 58

Therap.-Items

1 Ch.I: 6

2 R.I: 9,77

Operations-Items

1 Ch.I: 65

2 R.I: 66, 89

Realisierungs-Items

7 Ch.I: 23, 35, 63, 64, 68, 69,90

PA-Items:

3 Ch.I: 6, 35, 90

KVT-Items:

2 Ch.I: 23, 69

Beschreibung der Endphase (87. und 88. Therapiestunde)

Die Endphase der Therapie ist dadurch geprägt, dass **der Patient** unangenehme oder schmerzliche Gefühle empfindet (Item 26). Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus (Item 84). Er fühlt sich traurig oder deprimiert (Item 94), ist ängstlich und angespannt (Item 7). Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache (Item 88). Er ist aktiv (Item 15, R.I.) und weigert sich

nicht, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen (Item 58, R.I.). Er spricht dabei affektiv beteiligt über seine Erfahrungen (Item 56, R.I.). Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen (Item 33). Der Patient spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab, bleibt unbestimmt (Item 54, R.I.), fühlt sich unzulänglich und unterlegen (Item 59). Er bemüht sich nicht darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren (Item 70, R.I.).

Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und dem Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass der Patient verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst (Item 52, R.I.). Er hat keine Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5, R.I.). Er scheint vertrauensvoll und sicher zu sein (Item 44, R.I.). Der Patient scheint nicht zu versuchen, größere Nähe zum Therapeuten herzustellen (Item 10, R.I.). Er scheint auch nicht damit beschäftigt zu sein, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und ist unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten (Item 53, R.I.).

Therapeutische Operationen: Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte (Item 65). **Therapeutische Realisierung:** Während der Interaktion sind spezifische Themen Gegenstand des Gesprächs (Item 23). U.a. das Selbstbild des Patienten (Item 35) oder die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (Item 69). Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen (Item 64). Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen (Item 90). Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen (Item 30). Der Patient drückt keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus (Item 55, R.I.).

Tab. 4.5.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 5

Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS Items für den 2. Messzeitpunkt, Pat. 5		
PQS No	Die 14 charakteristischsten Items	Mittelwert
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	9,0
33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.	8,5
35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8,5
7	Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).	8,0
26	Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.	8,0
30	Die Diskussion ist auf kognitive Themen zentriert, d.h. auf Gedanken oder Überzeugungen.	8,0
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).	8,0
69	Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	8,0
84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	8,0
23	Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7,5
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7,5
65	Der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7,5
88	Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7,5
94	Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).	7,5

Die 11 uncharakteristischsten Items		
54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.	1,0
56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	1,0
58	Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinander zu setzen.	1,0
70	Der Patient bemüht sich darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	1,5
15	Patient initiiert keine Themen. Er ist passiv.	2,0
5	Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2,5
10	Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.	2,5
44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2,5
52	Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2,5
53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.	2,5
55	Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.	2,5

Therap.-Pat.-Beziehungs-Items

Pat.-Items

7 Ch.I: 7, 26, 33, 59, 84, 88, 94

5 R.I: 5, 10, 44, 52, 53

5 R.I: 15, 54, 56, 58, 70

Therap.-Items

1 Ch.I: 65

Realisierungs-Items

6 Ch.I: 23, 30, 35, 64, 69, 90

1 R.J: 55

Kemmler et al.

CHAP. 2

KVT Items:

Items, in denen sich die Therapiephasen unterscheiden (nach Prozesstyp)

Es wird zu jedem Item (aus der Gruppe der charakteristischen/uncharakteristischen Items) die Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt. Das Diagramm 4.5.2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Prozesstyp-Items im Therapieverlauf.

Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass **Patienten-Items** am häufigsten vorkommen: Der Patient berichtet über schmerzliche Gefühle, drückt oft Ärger oder aggressive Gefühle aus; er fühlt sich traurig und deprimiert, ist ängstlich und angespannt. Der Patient spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab und bleibt in seinen Äußerungen unbestimmt. Am zweithäufigsten kommen dann **Realisierungs-Items** vor, die den Fortschritt in der Therapie beschreiben. Während der Interaktion werden z.B. das Selbstbild des Patienten, seine Liebes- oder romantischen Beziehungen besprochen. Spezifisch für diesen Patienten ist es besonders charakteristisch, dass seine Träume und Phantasien in jeder Stunde besprochen und reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen unterschieden werden.

Da zwischen zwei Messzeitpunkten nur 80 Stunden liegen, lassen sich keine großen Unterschiede feststellen. Beim zweiten Messzeitpunkt kommt neu hinzu, dass im Verlauf der Therapie Items, die die **Therapeuten-Patienten-Beziehung** beschreiben, immer mehr in Vordergrund treten. Der Patient akzeptiert die Bemerkungen des Therapeuten, obwohl er sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut seine Probleme löst. Er scheint vertrauenvoll und sicher zu sein, obwohl er nicht zu versuchen scheint, eine größere Nähe zum Therapeuten herzustellen. Er scheint auch nicht damit

beschäftigt zu sein, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und ist unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten. Der Patient drückt auch keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus.

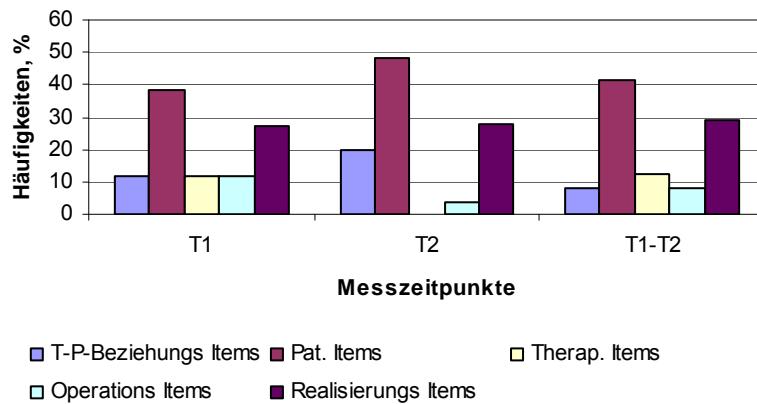


Diagramm 4.5.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die zwei Messzeitpunkte, Pat. 5

Prototypen

In der Anfangsphase, überwiegen „psychoanalytischen“ Items (Diagramm 4.5.3). Aber beim zweiten Zeitpunkt, kombiniert der Therapeut psychoanalytische und kognitiv-behavioristische Interventionen. Es werden zum Beispiel während der Interaktion spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen (KB) - u.a. das Selbstbild des Patienten (PA), die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten (KB) - oft besprochen. Träume und Phantasien des Patienten werden thematisiert (PA).

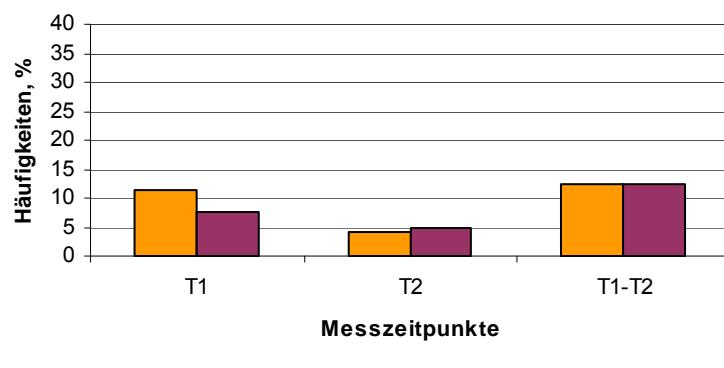


Diagramm 4.5.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die zwei Messzeitpunkte, Pat.5

Mikroanalyse:

Veränderung der Charakteristik der 100 Items in den vier Therapiestunden pro PQS-Prozesstyp und -Prototyp

Es ist sehr hilfreich, den therapeutischen Prozess auf dem *Mikroniveau* (Item per Item Analyse) und dem *Makroniveau* (Mittelwert-Vergleich) zu untersuchen.

Mikroanalyse: Bei internen Patientenuntersuchungen, bei denen die Item-Zugehörigkeit zum Prozess- und Prototyp ermittelt wurde, wurde eine deskriptive Methode mit Farben verwendet.

In den folgenden Tabellen werden die Veränderungen der Items über alle Sitzungen farblich dargestellt. Dabei werden besonders uncharakteristische Items im rötlichen Farbbereich und besonderes charakteristische Items im grauen abgebildet (Tab. 4.5.9)

Tab. 4.5.9: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
besonderes uncharakteristisch				neutral			besonderes charakteristisch	

Es wurden für alle vier Sitzungen Mittelwerte (MW) als Sortierungskriterium gewählt. Deshalb sind in den Tabellen besonders uncharakteristische Items oben und besonders charakteristische Items unten dargestellt. Es wurde auch die Spannweite (SpannW), als Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung des jeweiligen Items, ermittelt. Sowohl die Zugehörigkeit zum Prototyp (Proto) als auch zum Prozesstyp (Prozess) wird in den Tabellen dargestellt.

Dabei werden die folgenden Abkürzungen verwendet:

KB	kognitiv-behavioristischer Prototyp
PA	psychoanalytischer Prototyp
V	Vertrags-Prozesstyp
T	Therapeuten-Prozesstyp
P	Patienten-Prozesstyp
TPB	Therapeut-Patient Beziehungs-Prozesstyp
O	Operations-Prozesstyp
R	Realisierungs-Prozesstyp

Vertrags-Items befinden sich für die vier Messzeitpunkte im neutralen Bereich.

Tab. 4.5.10: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	PT	Stab.
4	5	4	5	5	4,8	KB	1
57	5	5	5	5	5	KB	0
75	5	5	5	5	5		0
96	5	5	5	5	5		0
MW	5,0	4,8	5,0	5,0	5,0		0,3

Beziehungs-Items werden überwiegend als besonderes uncharakteristisch eingeschätzt. Bei Item 42 (Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück) ist eine Differenz von 7 Intervallen zu beobachten.

Tab. 4.5.11: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	SpannW
5	2	2	3	2	2,3		1
52	2	2	3	2	2,3		1
44	4	3	2	3	3		2
53	4	4	3	2	3,3		2
8	4	4	3	3	3,5		1
42	3	1	2	8	3,5		7
47	3	4	4	3	3,5		1
10	4	6	4	1	3,8		5
39	4	3	4	4	3,8		1
95	4	4	5	2	3,8	KB	3
14	6	2	4	4	4		4
20	5	5	4	4	4,5		1
78	6	6	3	3	4,5		3
49	7	3	3	6	4,8		4
19	5	5	5	5	5		0
74	5	5	5	5	5		0
1	8	3	4	6	5,3		5
100	5	6	5	7	5,8	PA	2
98	6	6	5	7	6	PA	2
87	7	6	7	7	6,8		1
83	8	6	7	7	7		2
MW	4,9	4,1	4,0	4,3	4,4		2,3

Patienten-Items sind auf beide Pole, als besonderes charakteristisch und uncharakteristisch verteilt. Items 71 (Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld) weist eine Differenz von 7 Intervallen auf.

Tab. 4.5.12: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	SpannW
56	1	1	1	1	1		0
58	2	1	1	1	1,3		1
54	1	3	1	1	1,5		2
15	2	2	2	2	2		0
70	3	3	1	2	2,3		2
29	1	2	1	7	2,8		6
25	3	3	3	3	3		0
61	3	3	2	4	3		2
71	1	6	3	8	4,5		7
34	6	5	6	2	4,8		4
13	6	6	7	7	6,5		1
59	4	7	7	9	6,8		5
97	7	7	7	7	7		0
88	7	7	7	8	7,3	KB	1
7	8	7	8	8	7,8		1
84	9	6	9	7	7,8		3
94	8	9	8	7	8		2
26	9	9	8	8	8,5		1
33	8	9	9	8	8,5		1
MW	4,7	5,1	4,8	5,3	5,0		2,1

Therapeuten-Items werden als besonderes uncharakteristisch eingeschätzt.

Tab. 4.5.13: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	SpannW
9	2	1	2	4	2,3		3
77	2	2	3	3	2,5		1
51	3	2	3	3	2,8		1
45	3	3	3	3	3	KB	0
24	3	4	4	3	3,5		1
37	3	4	4	4	3,8	KB	1
21	4	4	4	5	4,3		1
93	5	5	6	6	5,5	PA	1
86	5	6	6	6	5,8	KB	1
18	6	6	6	6	6	PA	0
46	5	6	7	6	6	PA	2
6	7	9	7	7	7,5	PA	2
MW	4,0	4,3	4,6	4,7	4,4		1,2

Operations-Items befinden sich überwiegend im neutralen Bereich, was heißt, dass sie für die Behandlung nicht so wichtig sind.

Tab. 4.5.14: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	SpannW
89	1	1	3	5	2,5		4
48	3	3	2	4	3	KB	2
66	2	2	2	6	3		4
76	3	3	4	4	3,5		1
27	4	4	4	3	3,8	KB	1
22	4	4	5	5	4,5	PA	1
85	4	5	5	4	4,5	KB	1
43	7	4	4	4	4,8		3
2	5	5	5	5	5		0
82	5	5	5	5	5	PA	0
50	4	5	6	6	5,3	PA	2
3	6	7	6	3	5,5	PA	4
17	6	6	7	3	5,5	KB	4
40	8	4	5	5	5,5		4
36	6	7	6	4	5,8	PA	3
99	6	5	6	6	5,8		1
80	6	7	6	5	6	KB	2
81	7	7	6	4	6		3
67	6	8	7	4	6,3	PA	4
31	7	7	6	6	6,5	KB	1
62	6	7	7	6	6,5	PA	1
65	7	8	8	7	7,5		1
MW	5,1	5,2	5,2	4,7	5,1		2,1

Realisierungs-Items werden als besonderes charakteristisch beschrieben.

Tab. 4.5.15: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	SpannW
12	2	3	2	6	3,3		4
72	3	4	4	2	3,3	KB	2
55	4	5	4	1	3,5		4
38	4	4	4	4	4	KB	0
32	4	6	4	4	4,5	PA	2
60	5	4	5	4	4,5		1
16	5	5	5	5	5		0
79	5	5	5	5	5	PA	0
91	4	5	6	5	5	PA	2
73	5	5	6	5	5,3	KB	1
41	5	4	5	9	5,8		5
28	6	7	6	6	6,3	KB	1
11	6	6	9	5	6,5	PA	4
92	8	6	8	6	7	PA	2
63	9	8	6	6	7,3		3
23	7	8	6	9	7,5	KB	3
30	6	8	8	8	7,5	KB	2
64	8	7	9	6	7,5		3
68	7	9	7	7	7,5		2
35	7	8	8	9	8	PA	2
69	9	8	8	8	8,3	KB	1
90	9	8	9	9	8,8	PA	1
MW	5,8	6,0	6,1	5,9	6,0		2,0

Veränderungen in der Charakteristik der 100 Items für die 4 Therapiestunden

pro PQS-Prototyp

Psychoanalytische Prototyp Items werden überwiegend als besonderes charakteristisch eingeschätzt.

Tab. 4.5.16: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Prozess	SpannW
22	4	4	5	5	4,5	O	1
32	4	6	4	4	4,5	R	2
79	5	5	5	5	5	R	0
82	5	5	5	5	5	O	0
91	4	5	6	5	5	R	2
50	4	5	6	6	5,3	O	2
3	6	7	6	3	5,5	O	4
93	5	5	6	6	5,5	T	1
36	6	7	6	4	5,8	O	3
100	5	6	5	7	5,8	TPB	2
18	6	6	6	6	6	T	0
46	5	6	7	6	6	T	2
98	6	6	5	7	6	TPB	2
67	6	8	7	4	6,3	O	4
11	6	6	9	5	6,5	R	4
62	6	7	7	6	6,5	O	1
92	8	6	8	6	7	R	2
6	7	9	7	7	7,5	T	2
35	7	8	8	9	8	R	2
90	9	8	9	9	8,8	R	1
MW	5,7	6,3	6,4	5,8	6,0		1,9

Kognitiv-behavioristische Prototyp Items sind auf beide Pole verteilt.

Tab. 4.5.17: Darstellung der kognitive-behavioristische Prototyp Items, 100 Items, Pat. 5

PQS No	T6	T7	T87	T88	MW	Prozess	SpannW
45	3	3	3	3	3	T	0
48	3	3	2	4	3	O	2
72	3	4	4	2	3,3	R	2
27	4	4	4	3	3,8	O	1
37	3	4	4	4	3,8	T	1
95	4	4	5	2	3,8	TPB	3
38	4	4	4	4	4	R	0
85	4	5	5	4	4,5	O	1
4	5	4	5	5	4,8	V	1
57	5	5	5	5	5	V	0
73	5	5	6	5	5,3	R	1
17	6	6	7	3	5,5	O	4
86	5	6	6	6	5,8	T	1
80	6	7	6	5	6	O	2
28	6	7	6	6	6,3	R	1
31	7	7	6	6	6,5	O	1
88	7	7	7	8	7,3	P	1
23	7	8	6	9	7,5	R	3
30	6	8	8	8	7,5	R	2
69	9	8	8	8	8,3	R	1
MW	5,1	5,5	5,4	5,0	5,3		1,4

Makroanalyse: Mittelwertentwicklung der 100 PQS Items für die zwei Messzeitpunkte (4 Stunden), pro PQS-Prozesstyp und -Prototyp

Makroanalyse: Es ist ein typisches Problem, dass durch Zusammenfassung von Daten ein Informationsverlust entsteht. Deshalb wurden zwei Methoden des Mittelwertvergleichs verwendet: Zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS aber keine normative Messmethode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (Wert 5). Ein Mittelwert > 5 spricht also tendenziell für die charakteristische Richtung (Tab. 4.5.16). Ein Mittelwert < 5 zeigt die uncharakteristische Tendenz an (Tab. 4.5.13) und ein Mittelwert = 5 zeigt entweder den neutralen Bereich (Tab. 4.5.10) oder, bei gleichem Anteil charakteristischer und uncharakteristischer Items, das Ergebnis eines Auslöschungsprozesses an (Tab. 4.5.14).

Bei der zweiten Methode wurden die Items umgeformt und so ein „Wichtigkeitsindex“ ermittelt. Die unwichtigen Items (Wert 5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (Werte 1, 9) den Wert 5. So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

- 1 \Rightarrow 5
- 2 \Rightarrow 4
- 3 \Rightarrow 3
- 4 \Rightarrow 2
- 5 \Rightarrow 1
- 6 \Rightarrow 2
- 7 \Rightarrow 3
- 8 \Rightarrow 4
- 9 \Rightarrow 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig).

Das Diagramm 4.5.4 zeigt die Mittelwertentwicklung der 100 PQS-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte. Aus dem 1. Teil der Diagramme ist zu ersehen, dass sich Realisierungs-Items eher im charakteristischen Bereich befinden. Therapeuten-Items und Beziehungs-Items sind im uncharakteristischen Bereich, Vertrags-Items und Patienten-Items sowie Operations-Items im neutralen Bereich zu finden. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass für die Behandlung des Patienten 5, gerade die Patienten-Items am wichtigsten sind. Therapeuten-Items, Operations-Items, Realisierungs-Items und Beziehungs-Items sind durchgehend auf gleich hohem Niveau ohne deutliche Schwankungen. In der 44. Stunde gewinnen Beziehungs-Items an Bedeutung und Therapeuten- sowie Realisierungs-Items werden unwichtiger.

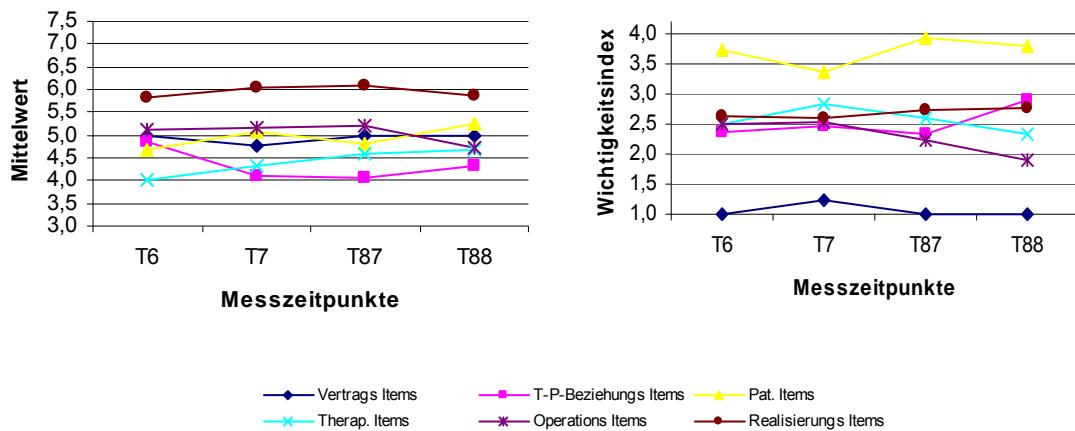


Diagramm 4.5.4: Mittelwertentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 5

Das Diagramm 4.5.5 zeigt die Mittelwertentwicklung der 100 **PQS-Prototyp-Items** für die vier Messzeitpunkte. Der 1. Teil des Diagramms zeigt, dass die Items beider Prototypen im charakteristischen Bereich liegen. Aus dem 2. Teil der Diagramme kann man aber ersehen, dass Items des kognitiv-behavioristischen Prototyps haben in der Behandlung einen höheren Wichtigkeitsindex, obwohl beim Messzeitpunkt der 43. Stunde die Items des psychoanalytischen Prototyps wichtiger sind. Das strukturelle Niveau des Patienten 5 nicht erlaubt, überwiegend mit psychoanalytischen Techniken zu arbeiten, werden vom Therapeuten eher unterstützende Techniken eingesetzt.

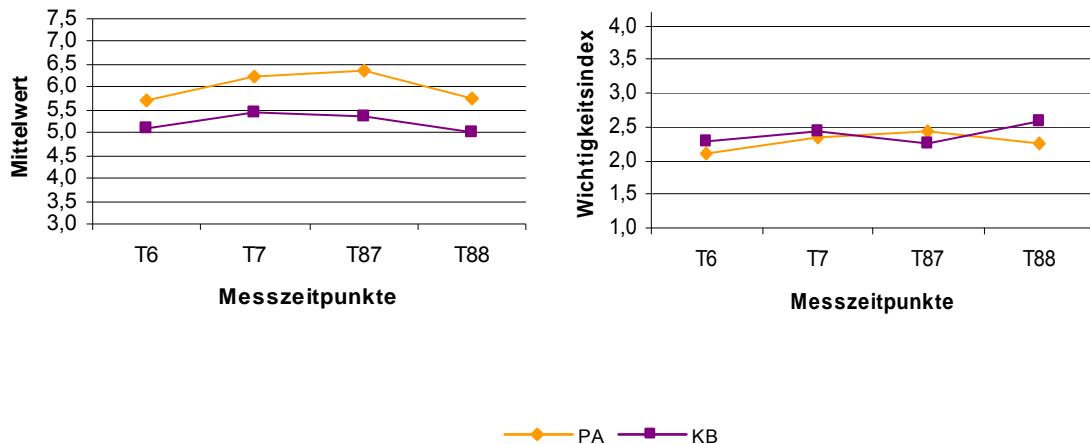


Diagramm 4.5.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 5

Episodische Veränderungen im analytischen Prozess

Um episodische Veränderungen im analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu analysieren, wurden die Itemwerte aller Ratings der vier Sitzungen miteinander verglichen und die Spannweite (Differenz zwischen maximalen und minimalen Ausprägung) ermittelt. Damit wurden auch solche Items identifiziert, bei denen sich eine erhebliche Differenz (mehr als 5 Intervalle) von einem Messzeitpunkt zu anderen beobachten lässt, der entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung geht.

Aus der Tabelle 4.5.18 wird anschaulich, dass bestimmte Items oder Foki im Lauf der Therapie an Bedeutung verlieren. So äußert der Patient z.B. am Anfang der Therapie negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten (Item 1), die schon beim zweiten Messzeitpunkt abklingen.

Bei bestimmten Items ist eine Verschiebung zum Gegenpol in der letzten Stunde festzustellen, wie z.B. beim Item 42 (Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück), Item 71 (Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld) und Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will), was für krisenhaften Einbruch beim Patienten sprechen kann. Beim Item 59 (Der Patient fühlt sich unterlegen) ist eine graduelle Verschlechterung beim Patienten festzustellen, woraufhin der Therapeut mit der Besprechung von Zielen und Absichten reagiert (Item 41).

Tab. 4.5.18: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat.5

PQS No	PQS Item	T6	T7	T87	T88	MW	Proto	Prozess	SpannW
42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an)	3	1	2	8	3,5		TPB	7
71	Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld	1	6	3	8	4,5		P	7
29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will	1	2	1	7	2,8		P	6
1	Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	8	3	4	6	5,3		TPB	5
10	Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an	4	6	4	1	3,8		TPB	5
41	Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches	5	4	5	9	5,8		R	5
59	Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen)	4	7	7	9	6,8		P	5

Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der PQS- und HUSS-Auswertungen

Es wurde festgestellt, dass die HUSS-Foki sich in PQS-Items wiederspiegeln:

Beim Strukturfokus „**Selbststeuerung**“ spiegelt sich der niedrige HUSS-Wert 3 am Anfang der Therapie mit den häufig vorkommenden PQS-Items: Item 26 (Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle), Item 84 (oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus), Item 70 (er bemüht sich nicht, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren), Item 94 (Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert) und Item 7 (Der Patient ist ängstlich und angespannt) wieder. Beim zweiten Messzeitpunkt kommen die gleichen Items vor, obwohl sich die HUSS-Werte um 0,5 Punkte zu verbessern scheinen.

Der Strukturfokus „**Bindung**“ spiegelt sich in folgenden PQS-Items wieder: Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen) und Item 29 (Der Patient spricht nicht darüber, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen). Aber auch in der Beziehung zum Therapeuten scheint der Patient einerseits vertrauensvoll und sicher zu sein (Item 44), andererseits versucht der Patient nicht, eine größere Nähe zum Therapeuten herzustellen (Item 10).

Der Konfliktfokus „**Abhängigkeit/Autonomie**“ zeigt sich auch im Item 8 (Der Patient betont seine Selbständigkeit) und Item 52 (Er verlässt sich nicht darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst).

Der Strukturfokus „**Objektwahrnehmung**“ wurde bei diesem Patienten am niedrigsten eingeschätzt (Wert 1) und beim zweiten Messzeitpunkt konnte nur eine mäßige Veränderungen in der undifferenzierten Wahrnehmung seiner Mitmenschen festgestellt werden (Wert 2-). Deshalb sind die Interventionen des Therapeuten meist auf einen Fortschritt zur Entwicklung dieser Fähigkeit gerichtet. Dazu kann man folgendes PQS-Therapeuten-Item anführen: Item 65 (der Therapeut klärt, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte). Da der Patient sehr oft bei der Beschreibung seiner wichtigen Objekte in Fantasien versinkt, thematisiert der Therapeut dies: Item 90 (Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen) und Item 68 (Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden).

4.6 Gegenüberstellung von Patienten

Die in Kapitel 4.1-4.5 dargestellten und einzeln interpretierten Ergebnisse der fünf in dieser Arbeit untersuchten analytischen Psychotherapien werden an dieser Stelle nun einander gegenübergestellt. Hierbei wurde besonderes Augenmerk auf die strukturellen Veränderungen im Sinne der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) und die Beschreibung des therapeutischen Geschehens nach dem Psychotherapie-Prozess Q-Sort (PQS) gelegt.

4.6.1 HUSS Auswertung

Die nachfolgende Darstellung der Ergebnisse fokussiert die Schwerpunkte der Untersuchung. Diese beinhalten die Auswahl der Foki sowie den Aspekt der Veränderung der Foki über den Therapieverlauf.

Aus den Ergebnisdarstellungen der 5 Fälle geht hervor, dass sich bei den meisten Patienten klar umgrenzte Foki bestimmen ließen, die sich inhaltlich und zeitlich stabil verhielten. In zwei Fällen (Patient 1 und Patient 4) musste im Laufe der Behandlung eine Veränderung in der Auswahl der Foki vorgenommen werden. Das Ausmaß der strukturellen Defizite konnte bei **Patient 4** nicht gleich zu Beginn in ausreichendem Maße erfasst werden, sodass es weiterer Interviews dazu bedurfte. Umgekehrt kam es aber auch zu einer Verschiebung der Problematik aus dem Struktur- in den Konfliktbereich. So wurde beim **Patienten 1** der Strukturfokus „Kommunikation“ (Kontakt und Mitteilen eigener Affekte) um den Konfliktfokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“ ergänzt. Da das Thema „Unterwerfung vs. Kontrolle“ zum Zeitpunkt des zweiten und dritten Gesprächs beim Patienten eine größere Rolle spielt als das Thema „Kommunikation“, haben wir es als Fokus ausgewählt. Am Anfang der Therapie ist der Patient nur begrenzt fähig, seine innere Welt nach außen hin mitzuteilen und sich auf andere auszurichten. Beim zweiten Zeitpunkt konnten wir feststellen, dass dies aber eher mit seiner Unterwürfigkeit zusammenhängt und damit, dass er sich nicht traut, für sich einzustehen. Der **Patient 4** stellt mit der Veränderung der zwei Foki eine Ausnahme dar. Es handelt sich zunächst um den Strukturfokus „Selbstwahrnehmung“ (beim 1. und 5. Messzeitpunkt). Da aber zum 2., 3. und 6. Zeitpunkt das Thema „Selbstwahrnehmung“ nicht mehr relevant ist, tritt das neue Thema „Abhängigkeit vs. Autonomie“ in den Vordergrund. Der Patient berichtet immer wieder über die symbiotische und abhängige Beziehung zu seiner Exfreundin, für die er sich völlig aufgegeben habe. Einerseits strebt er nach Beziehungen mit emotionaler Abhängigkeit, baut gleichzeitig aber eine Unabhängigkeit von anderen auf, indem er sich von ihnen zu distanzieren sucht und so seine Bindungswünsche unterdrückt. Beim Patienten 4 wurde nach 80 Stunden der Konfliktfokus „Ödipal-sexueller Konflikt“ ebenfalls verworfen, da die Bindungsproblematik an Bedeutung gewann und dafür der Strukturfokus „Bindung“ ausgewählt.

Nach der 160. Stunde ist aber der Konfliktfokus „Ödipal-sexueller Konflikt“ wieder in den Vordergrund getreten. Am Anfang der Therapie ist es dem Patienten nicht möglich Erotik in seine Liebesbeziehungen zu holen. Beim zweiten Zeitpunkt konnten wir feststellen, dass der Patient hinsichtlich seiner Beziehungen und Bindungen verdrängt, sich mit dem Problem „Beziehungen“ gar nicht auseinandersetzen möchte oder kann. Er hat es damals nicht geschafft, die gesunde Mitte zwischen dem - „sich in einer Beziehung aufgeben“ und dem „sich in einer Beziehung trotzdem als Individuum behaupten zu können“ - zu finden und so versucht er, sich von jeglicher zu engen Bindung fernzuhalten. Im Lauf der Therapie hat der Patient weiterhin Probleme mit seiner Sexualität, weiß jedoch um diese Probleme und um die Schwierigkeiten, welche daraus entstehen und hat gelernt mit ihnen besser umzugehen.

Tab. 4.6.1: Überblick über die Foki aller 5 Patienten

Konfliktfoki	Selbstwertkonflikt	Pat.1, Pat. 2, Pat. 3, Pat. 4
	Ödipal-sexueller Konflikt	Pat. 4, Pat.3
	Autonomie vs. Abhängigkeit	Pat. 4, Pat. 5
	Unterwerfung vs. Kontrolle	Pat. 1, Pat. 2, Pat. 3
	Schuldkonflikt	Pat. 2
Strukturfoki	Selbstregulierung – Impulssteuerung	Pat. 2, Pat. 3, Pat. 4, Pat. 5
	Selbstwahrnehmung – Selbstbild	Pat. 4
	Selbstwahrnehmung – Selbstreflexion	Pat. 1
	Bindung – Äußere Objekte	Pat. 4
	Bindung – Loslösung	Pat. 5
	Kommunikation – Kontakt, Mitteilung eigener Affekte	Pat. 1
	Objektwahrnehmung – Selbst-Objekt-Differenzierung	Pat. 1
	Objektwahrnehmung – Empathie	Pat. 5

Tabelle 4.6.1. gibt einen Überblick über die Foki, die bei den 5 Patienten vorkommen. Da bei allen Patienten die depressive Symptomatik beobachtet wurde, haben die Patienten Schwierigkeiten in folgenden Bereichen: Selbstwertkonflikt, Selbstregulierung, Unterwerfung vs. Kontrolle.

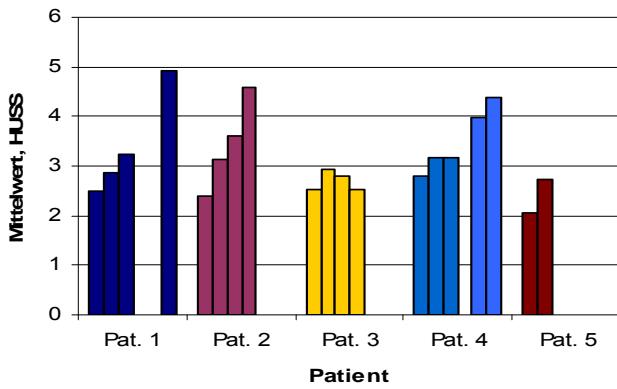


Diagramm 4.6.1: Übersicht über die HUSS-Befunde, Verlauf über alle Messzeitpunkte, fünf Patienten

Aus dem Diagramm 4.6.1. lässt sich ein stetiger Zuwachs der HUSS-Werte im Laufe der Behandlung beobachten. Die Patienten unterscheiden sich zu Beginn kaum in ihrem mittleren Ausgangsniveau auf der HUSS. **Patient 1** konnte einen deutlichen Zuwachs auf der HUSS verzeichnen, bei ihm werden drei Struktur Foki und ein Konfliktfokus ausgewählt. Es muss also von einem mäßigen bis geringen Strukturniveau ausgegangen werden. Im Katamnese-Interview, ein Jahr nach Therapieschluss, ist beim Patienten 1 die Entwicklung in den zwei Fokusbereichen, in denen die Neustrukturierung statt findet (Stufe 6), festzustellen. Wie die klinische Erfahrung zeigt, können äußere Veränderungen in Psychoanalysen durchaus längere Zeit ausbleiben und sich zu einem späteren Zeitpunkt spontan einstellen, wenn eine Lösung innerlich genügend vorbereitet ist. Dies geschieht auf den Stufen 6 und 7, wenn sich die alten, verfestigten Strukturen der Abwehr aufgelöst haben. Im Katamnese-Interview erinnert sich der Patient an seinen Therapeuten sehr gern und von der Therapie erzählt er fast ausschließlich Positives. Es habe ihm sehr gut getan, dass der Therapeut immer für ihn da gewesen sei, ihn geholfen habe, seine Themen zu bearbeiten und ihn unterstützt und anerkannt habe. Andererseits fand er den Therapeuten auch streng; auch die Art, wie er die Fragen stellte, empfand der Patient als fordernd. Der Patient hat auch gemerkt, dass der Prozess des Verstehens immer dann schneller erfolgt ist, wenn er hochfrequent dreimal die Woche zum Therapeuten gegangen ist.

Beim **Patienten 2** ließen sich klar umgrenzte Foki bestimmen, die sich inhaltlich und zeitlich stabil verhielten. Es ist bei allen Fokussen im Verlauf der Therapie zu einem graduellen Anstieg gekommen.

Beim **Patienten 3** ist eine rückgängige Tendenz festzustellen. Es ist ihm in der Zeit der 80. Stunde gelungen, vom Status geringer Bewusstheit - Stufe 2 in Bezug auf die Fokusprobleme - weiter fortzuschreiten. Zum dritten und vierten Zeitpunkt lässt sich aber einen Rückschritt beobachten. Der Patient scheint seine Probleme zu verdrängen, missbraucht Medikamente und isoliert sich von der Außenwelt. Beim Patienten 3 werden drei Konflikt Foki und ein Strukturfokus bestimmt;

hierbei handelt es sich um klar definierbare Fokusse. Beim Fokus „Ödipal-sexueller Konflikt“ zeigt sich keine Entwicklung. Am Anfang der Therapie führt der Patient 3 seine Schwierigkeiten bei Frauen auf seine Unsicherheit zurück; seinen Wunsch „jemanden kennen lernen“ auf Geltungsdrang. Im Laufe der Therapie blendet der Patient das Thema aus. Er führt sein Desinteresse an Erotik und Sexualität auf seinen Medikamentbissbrauch zurück. Der Patient 3 ist bis dato in der Behandlung.

Beim **Patienten 4** hat die Therapie 385 Stunden gedauert. Es ist bei allen Foki im Verlauf der Behandlung zu einem graduellen Anstieg gekommen. Zwischen der 80. und 160. Stunde war eine Stagnation zu beobachten, aber beim fünften Messzeitpunkt ist es zu einem deutlichen Anstieg der Werten gekommen.

Nach unserer Einschätzung ist es dem **Patienten 5** im Lauf der ersten 80 Stunden gelungen, vom Status geringer Bewusstheit - Stufe 2 in Bezug auf die Fokusprobleme - erste Schritte in Richtung zu einem verantwortlichen Umgang mit ihnen - Stufe 3 der Skala - zu machen. Der Patient berichtet, er habe das Gefühl gehabt, von seinem ehemaligen Therapeuten nicht ernst genommen, nicht bestätigt, nicht bewundert und nicht anerkannt zu werden. Der Therapeut kam einerseits regelmäßig zu spät, obwohl der Patient sehr großen Wert auf Pünktlichkeit legt und dies auch angesprochen hat. Andererseits entstand bei ihm auch das Gefühl, nicht „gehalten“ worden zu sein. Beim zweiten Messzeitpunkt berichtet der Patient, dass er vor kurzem so weit gewesen sei, die Therapie zu unterbrechen, weil er das Gefühl hatte, er komme mit ihm nicht mehr weiter und die Therapie bringe ihm nichts mehr. Daraufhin hat sich die Situation aber wieder gedreht und er merkte, dass ihm der Therapeut doch sehr wichtig ist, ihm sehr hilft und ihn stützt. Er sagt, die Therapie sei der einzige „Rote Faden“ in seinem Leben, sie wäre das einzige Konstante, das ihm geblieben ist und dafür sei er sehr dankbar. Einen Monat später hat der Patient die Therapie abgebrochen.

4.6.2 PQS Auswertung

Beim Inter-Patientenvergleich wurden die Mittelwertaussortungen herangezogen, um festzustellen, in welchem Verhältnis gleiche Prozesstyp-/Prototyp Items der verschiedenen Patienten zueinander stehen.

Um einen Informationsverlust, der durch Zusammenfassung von Daten entsteht, zu vermeiden, wurden zwei Methoden des Mittelwertvergleichs angewendet. Zuerst werden die Mittelwerte von allen 100 Items ermittelt. Da PQS aber eine ipsative Meßmethode ist, zeigt der Mittelwert nur eine Abweichung von der Symmetrie (Wert 5) an. Also spricht ein Mittelwert > 5 tendenziell für die charakteristische Richtung; ein Mittelwert < 5 zeigt eine uncharakteristische Tendenz an und der

Mittelwert 5 zeigt entweder den neutralen Bereich an oder er ist das Ergebnis eines „Vernichtungseffekts“, gleiche Anteile charakteristischer und uncharakteristischer Items vorausgesetzt. Bei der zweiten Methode wurden die Items umstrukturiert und so ein Wichtigkeitsindex ermittelt. Die unwichtigen Items (Wert 5) bekommen eine 1 zugeordnet, die wichtigen (Werte 1, 9) eine 5. So ergeben sich abgestuft die folgenden Zuordnungen:

- 1 ⇒ 5
- 2 ⇒ 4
- 3 ⇒ 3
- 4 ⇒ 2
- 5 ⇒ 1
- 6 ⇒ 2
- 7 ⇒ 3
- 8 ⇒ 4
- 9 ⇒ 5

Damit gibt der Wichtigkeitsindex an, wie bedeutend das Item für die Behandlung ist (eine höhere Zahl ist wichtiger; eine Zahl nahe 1 unwichtig). Im Folgenden werden Mittelwerte und Wichtigkeitswerte der 100 Items pro Prozesstyp und Prototyp jeweiliger Patienten für die vier Messzeitpunkte⁶ dargestellt.

Vertrags-Prozesstyp-Items

Die Vertrags- Prozesstyp-Items von vier Patienten befinden sich im neutralen Bereich. Bei Patient 4 werden sie am Anfang der Therapie als besonderes charakteristisch eingestuft und um die 240. Stunde gewinnen sie wieder an Wichtigkeit. Dies lässt sich aus den strukturellen Charakteristika des Patienten erklären (konform zu den HUSS-Befunden): Für den Patienten, für den der Konfliktfokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“ ein lebensbestimmender Fokus ist, ist es wichtig die Rahmenbedingungen der Therapie zu besprechen.

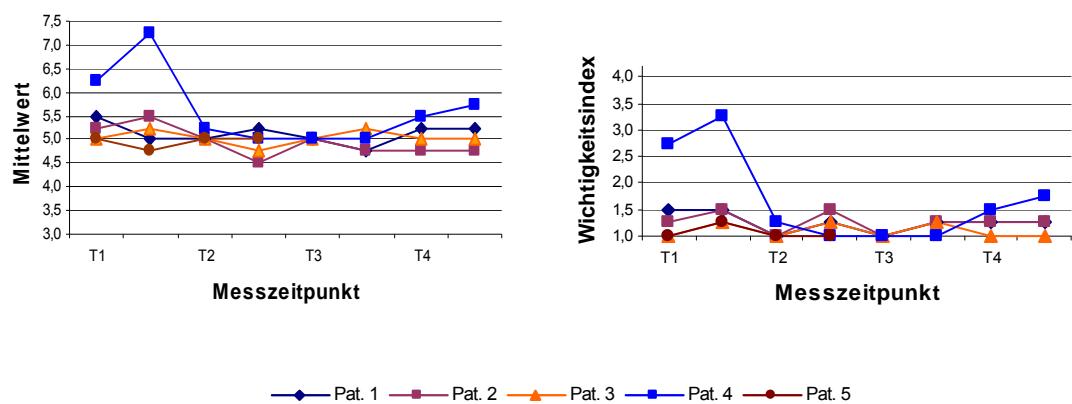


Diagramm 4.6.2: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Vertrags-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

⁶ Beim Patienten 5 sind das wegen des Therapieabbruchs nur zwei Messzeitpunkte. Beim Patienten 4 sind aus Gründen der einheitlichen Darstellung nur die Befunde für vier Messzeitpunkte berücksichtigt.

Beziehungs-Prozesstyp-Items

Beziehungs- Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Bei allen Patienten sind Beziehungs-Items gleich wichtig (beim Patienten 1 haben sie beim ersten Messzeitpunkt einen höheren Wert, dann aber sinkt ihr Anteil). Im Verlauf der Therapie lässt sich ein leichter Anstieg an Beziehungs-Items beobachten.

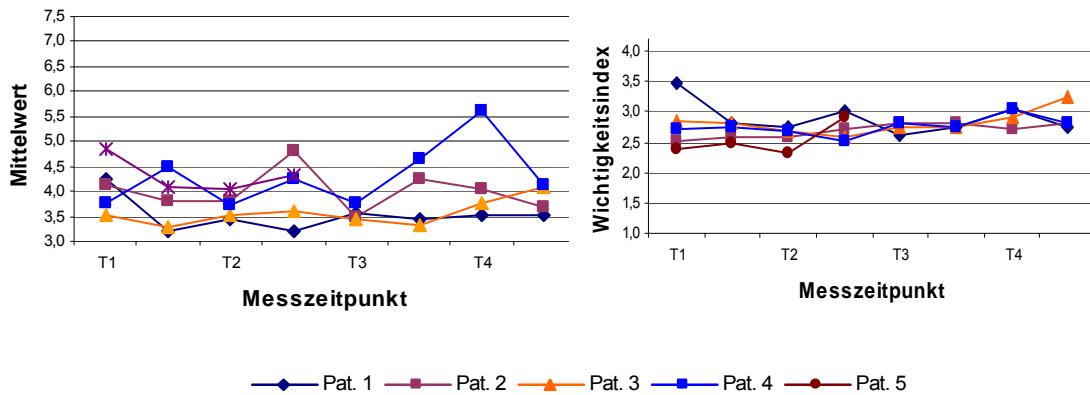


Diagramm 4.6.3: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Beziehungs-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Patienten-Prozesstyp-Items

Patienten-Items haben den größten Wichtigkeitsindex in den Behandlungen, sie zeigen bei allen Patienten einen ähnlichen Verlauf. Beim Patienten 2 zeigen die Patienten-Items meist Schwankungen. Am Anfang der Therapie sind sie besonderes wichtig. Um die 160. Stunde verlieren sie aber leicht an Bedeutung und ihr Anteil sinkt dann deutlich zum Ende der Therapie hin.

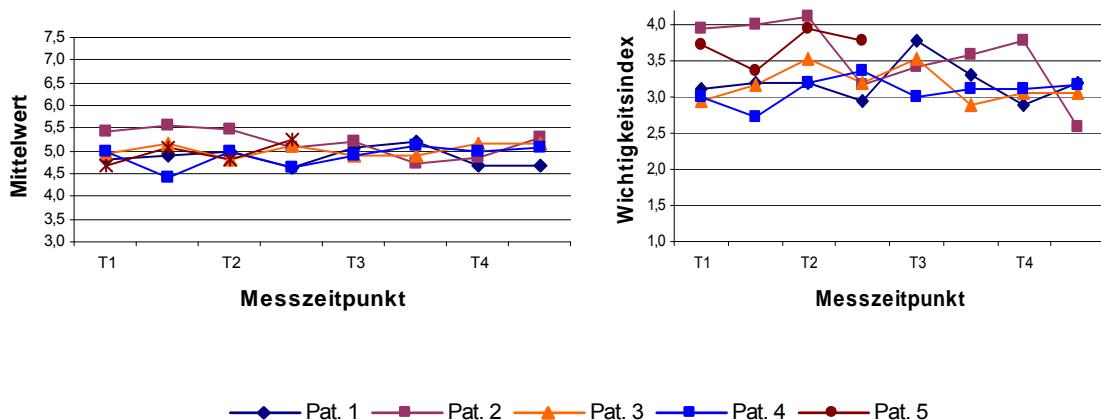


Diagramm 4.6.4: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Patienten-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Therapeuten-Prozesstyp-Items

Therapeuten-Items lassen sich als besonderes uncharakteristisch beschreiben. Sie zeigen bei allen Patienten einen ähnlichen Verlauf. Beim Patienten 4 sind die Therapeuten-Items am Anfang der Therapie besonderes wichtig; danach sinkt ihr Anteil und um die 240. Stunde gewinnen sie wieder leicht an Bedeutung.

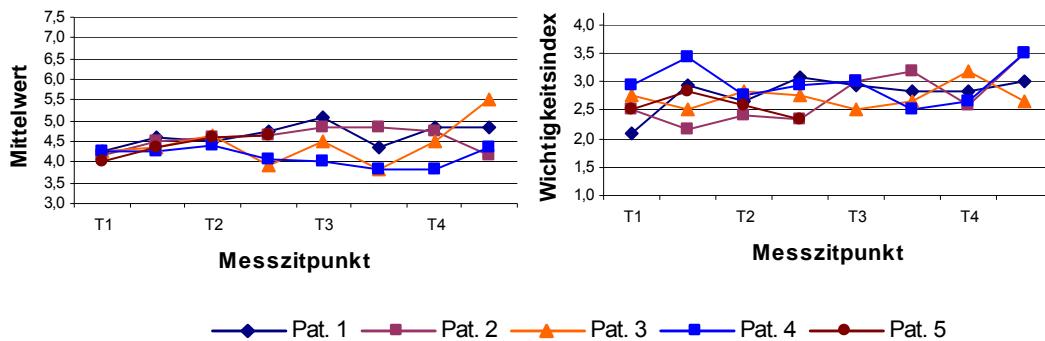


Diagramm 4.6.5: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Therapeuten-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Operations-Prozesstyp-Items

Operations-Items haben einen mäßigen Wichtigkeitsindex in den Behandlungen. Sie zeigen bei allen Patienten einen ähnlichen Verlauf. Beim Patienten 2 zeigen die Operations-Items einen leichten Anstieg in der Bedeutung zum Ende der Therapie hin.

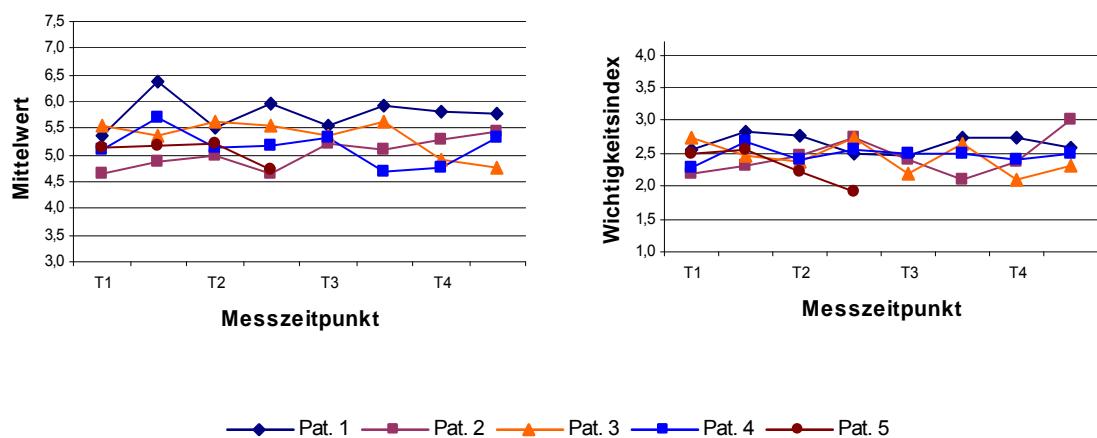


Diagramm 4.6.6: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Operations-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Realisierungs-Prozesstyp-Items

Realisierungs-Items lassen sich als besonderes charakteristisch beschreiben. Es zeigt sich im Verlauf der Therapie eine leicht sinkende Tendenz ihres Anteils.

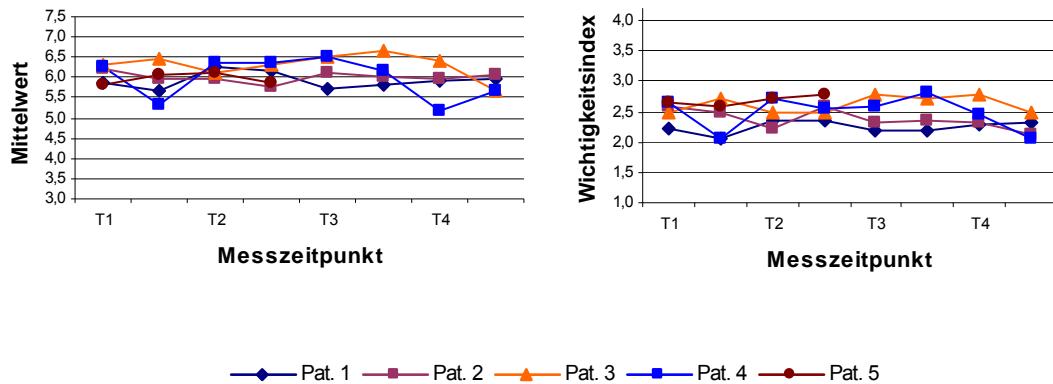


Diagramm 4.6.7: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Realisierungs-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Das Diagramm 4.6.8 gibt einen Überblick über den Wichtigkeitsgrad der Prozesstyp-Items für die gesamte Behandlungszeit aller 5 Patienten. Man erkennt, dass Patienten-Items für die Behandlung aller Patienten den größten Wichtigkeitswert aufweisen. Beziehungs-Items und Therapeuten-Items folgen. Operations- und Realisierungs- Items zeigen einen sehr ähnlichen Verlauf über die Messzeitpunkte der fünf Patienten und haben einen ähnlichen Wichtigkeitsindex. Vertrags-Items haben den niedrigsten Wert aller Items.

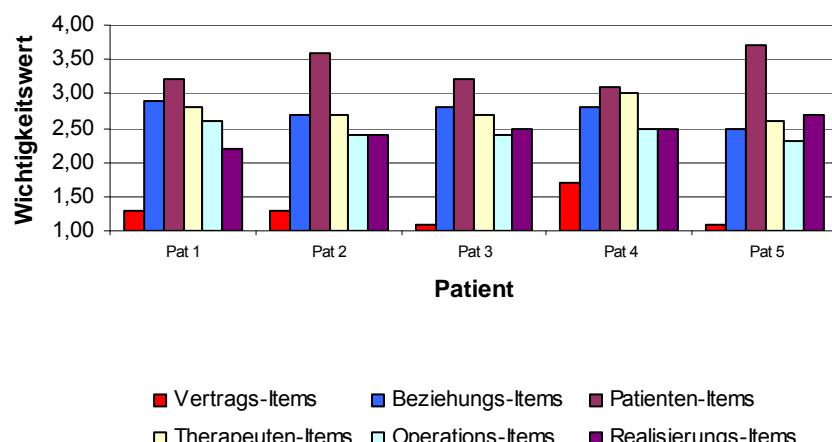


Diagramm 4.6.8: Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Prozesstyp-Items für die gesamte Behandlung, (100 Items), fünf Patienten

Psychoanalytische Prototyp-Items

Psychoanalytische Items lassen sich als besonders charakteristisch für die Behandlung von Patienten beschreiben. Beim Patienten 4 gewinnen die Psychoanalytischen Items ab der 80. Stunde an Bedeutung.

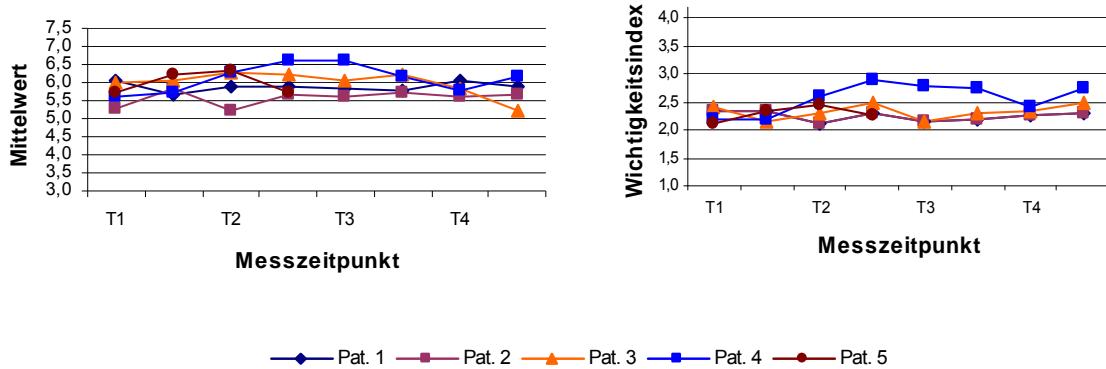


Diagramm 4.6.9: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Psychoanalytischen Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte. (100 Items), fünf Patienten

Kognitiv-behavioristische Prototyp-Items

Bei kognitiv-behavioristischen Items lassen sich größere Schwankungen beobachten. Sie sind auch besonders charakteristisch für die Behandlungen aller Patienten. Beim Patienten 4 sind diese Items am Anfang der Therapie besonderes wichtig. Um die 80. Stunde verlieren sie aber leicht an Bedeutung. Beim Patienten 2 haben diese Items den niedrigsten Wert

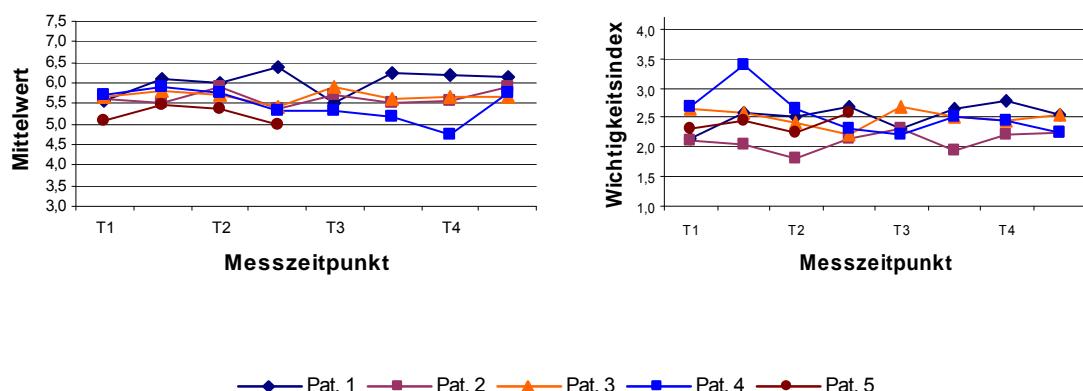


Diagramm 4.6.10: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS kognitiv-behavioristischen Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten

Diagramm 4.6.11 gibt einen Überblick über den Wichtigkeitsgrad der Items beider Prototypen während der gesamten Behandlungszeit der fünf Patienten. Bei den Patienten 1, 3, 5 haben kognitiv-behavioristische Items einen höheren Wert. Beim Patienten 2 sind psychoanalytische Items für die Behandlung wichtiger. Beim Patienten 4 weisen die Items beider Prototypen den gleichen Wert auf.

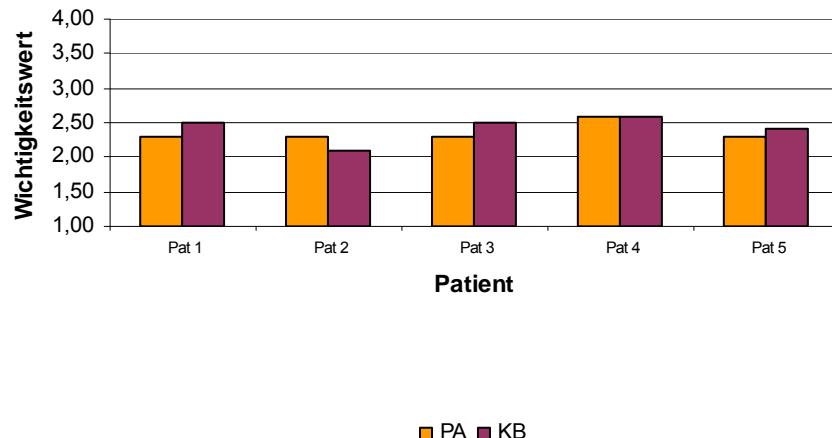


Diagramm 4.6.11: Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Prototyp-Items für die gesamte Behandlung, (100 Items), fünf Patienten

Stabilität der Behandlung

Um episodische Veränderungen im analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu ermitteln, wurden die Mittelwerte aller Ratings aller Stunden der jeweiligen Patienten miteinander verglichen und die Spannweite (Differenz zwischen der maximalen und minimalen Ausprägung) ermittelt. Aus dem Diagramm 4.6.12. wird ersichtlich, dass die Behandlung beim Patienten 1 am stabilsten war. Die Items zeigen im Verlauf der Therapie keine großen Schwankungen. Bei diesem Patienten war die Behandlung nach HUSS-Kriterien auch am erfolgreichsten, was dafür spricht, dass der Therapeut schon am Anfang der Behandlung erfolgreich eine passende Einstellung gehabt und dementsprechende Interventionen ausgewählt hat. Beim Patienten 4 weisen die Items eine größere Differenz im Verlauf der Behandlung auf, was für die Flexibilität des Therapeuten in der Auswahl seiner Techniken sprechen kann.

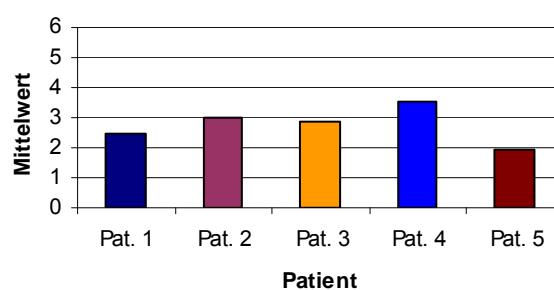


Diagramm 4.6.12: Stabilität der Behandlung, (100 Items), fünf Patienten

5 Diskussion der Ergebnisse

Um die Erkenntnisgewinnung einer Sequenz von Einzelfallanalysen zu sichern und generalisierbare Aussagen treffen zu können, müssen die im Rahmen der einzelnen Analysen dargelegten Ergebnisse zunächst integriert werden. Anhand der Gegenüberstellung der Ergebnisse der fünf analysierten Fälle im vorangegangenen Kapitel werden diese nun in Bezug auf die Hauptfragestellungen und Hypothesen der Untersuchung diskutiert. Daran anschließend werden die Möglichkeiten, aber auch die Schwachstellen, der hier angewendeten Verfahren Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) und „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“ (PQS) skizziert. Es folgt eine Interpretation der Ergebnisse in Hinsicht auf die grundlegenden Fragestellungen der Psychotherapieforschung und der Befunde aus anderen Studien. Daraus werden Anregungen und weiterführende Fragestellungen für die zukünftige Forschung in der Psychotherapie abgeleitet. Abschließend werden ausgewählte Befunde präsentiert, die spezifische Implikationen für die therapeutische Praxis aufweisen.

5.1 Diskussion und Prüfung der Hypothesen

Die im Kapitel 3.5 gestellten Fragen der Arbeit können folgendermaßen beantwortet werden

1. Waren die Therapien nach den HUSS-Kriterien erfolgreich und in welcher Therapiephase zeichnen sich strukturelle Veränderungen ab?

Unsere Untersuchung hat ergeben (Diagramm 4.6.1), dass die Patienten 1, 2, 3 und 5 **initial** – bezogen auf die für sie ausgewählten fünf zentralen Problembereiche (nach OPD) – ein durchschnittliches Niveau 2+ auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala aufweisen. Dies zeigt, dass die Patienten eher gezwungenermaßen durch eigene unbewusste Inszenierungen und unangenehme Empfindungen, mit ihren Schwierigkeiten konfrontiert werden. Nur beim Patienten 4 findet man schon am Anfang der Therapie eine „vage Problemwahrnehmung“ im Sinne von Stufe 3.

Nach **80 Therapiestunden** lässt sich bei allen fünf Patienten ein deutlicher Zuwachs der HUSS-Werte beobachten. Das durchschnittliche Niveau auf der Umstrukturierungsskala hat den Wert 3 erreicht und bedeutet, dass die Patienten zum Modus der Bewältigung gelangt sind. Die Patienten gewinnen neue Einsichten in ihre Problembereiche, was auch von einer Verbesserung des Selbstwertgefühls begleitet wird.

Die Befunde zum Zeitpunkt der **160. Therapiestunde** divergieren bei den Patienten: Die Patienten 1 und 2 zeigen einen stetigen Zuwachs der HUSS-Werte und schreiten zur Stufe 3+ fort. Beim Patienten 3 musste ein leichter Rückgang festgestellt werden und beim Patienten 4 kam es zu einer Stagnation in der Entwicklung. Der Patient 5 hat die Therapie nach 145 Stunden abgebrochen, weshalb seine Ergebnisse nicht mehr weiter bewertet werden können.

Zum Zeitpunkt der **240. Therapiestunde** liegen Befunde nur für die Patienten 2 und 3 vor. Der Patient 2 hat ein durchschnittliches Niveau 5 erreicht; die Veränderungen sind intrinsisch motiviert und ergeben sich spontan. Der Patient 3 fällt hingegen auf sein Ausgangsniveau, die Stufe 2+ zurück. Aus dieser Entwicklung lässt sich die Vermutung ableiten, dass es zu einem krisenhaften Einbruch beim Patienten 3 kam: Er verdrängt seine Probleme und isoliert sich von der Außenwelt. Aufgrund seiner strukturellen Besonderheiten, die durch eine starke narzisstische Störung charakterisiert sind, braucht er offensichtlich mehr Zeit, um Veränderungen in den Problembereichen zu erlangen. Die Therapie wurde deshalb verlängert.

Zum Zeitpunkt der **320. Therapiestunde** liegt ein Interview für den Patienten 4 vor. Demzufolge hat er die Stufe 4 der aktiven Bewältigung des Problems erreicht. Mit der **390. Therapiestunde** hat der Patient 4 das durchschnittliche Niveau 5 erreicht, bei dem die Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich stattfindet und eine Neustrukturierung möglich ist. Ein Jahr nach Therapieschluss liegt ein **Katamnese**-Interview für den Patienten 1 vor, mit dem er auf Stufe 5 eingeschätzt werden kann.

Die Ergebnisse zeigen also, dass drei von fünf Patienten der Stufe 5 der HUSS- Skala zugeordnet werden können. Auf diesem Niveau setzen die Prozesse ein, bei denen sich die alten Bewältigungsstrukturen auflösen und die Voraussetzungen für strukturelle Veränderungen geschaffen sind. Beim Patienten 1 ist diese Stufe beim **Katamnese**-Interview sichtbar, beim Patienten 2 zum Zeitpunkt der **240. Therapiestunde** und beim Patienten 4 zum Zeitpunkt der **390. Therapiestunde**.

Die Hypothese 1 (*Die Behandlungen aller Patienten sind nach HUSS-Kriterien erfolgreich: die Patienten erreichen im Lauf der Therapie das Niveau der Neuintegration, die das Ergebnis der strukturellen Veränderung darstellt. Es zeigt sich ein stetiger Anstieg in allen Fokusbereichen über alle Messpunkte hinweg auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala*) lässt sich somit nicht bestätigen..

2. Auf welche therapeutischen Methoden und Interventionen sind die strukturellen Veränderungen zurückzuführen, haben die Analytiker eher analytisch oder eher kognitiv-behavioristisch gearbeitet? (POS Prototyp (Ablon & Jones), POS Prozesstyp (Orlinsky et al.))

Aus dieser Frage lassen sich fünf weitere spezifische Fragestellungen formulieren:

- a) Wie entwickelt sich die Interaktion im Therapieverlauf (Vergleich zwischen Anfangs-, Mitte- und Endphase) bei den einzelnen Patienten und welche Gemeinsamkeiten beziehungsweise Unterschiede gibt es auf der Ebene der einzelnen Interaktionen zwischen den Phasen der Therapie (den Befunden beider Methoden zu folge)?

Unseren Befunden zufolge, ist die **Anfangsphase** aller fünf Behandlungen dadurch charakterisiert, dass die therapeutische Haltung empfänglich und affektiv involviert aber auch „edukativ“ ist. Der Therapeut formuliert in seinen Interventionen neu, was der Patient sagt. Er betont dabei die Gefühle des Patienten, fragt nach mehr Informationen und weist auf ein immer wiederkehrendes Muster im Leben des Patienten hin. Die Interventionen sind also auf einen Zuwachs der reflexiven Funktion des Patienten ausgerichtet. Der Patient ist in seinem Veränderungsbemühen eher extrinsisch motiviert, und die Arbeitsbeziehung muss erst etabliert werden. Die Beschäftigung mit den Problembereichen kann von dem Zugewinn im Kompetenzerleben und einem verbesserten bewusst regulierenden Umgang mit den Schwierigkeiten begleitet werden.

Zum Zeitpunkt der 80. Therapiestunde, also in der **1. Mittelpause** der Therapie, in der die Patienten der Stufe 3, dem Modus der Bewältigung zugeordnet werden können und die therapeutische Beziehung bei den Patienten 1, 2, 3 und 4 schon durch Vertrauen und ein Sicherheitsgefühl gekennzeichnet ist, versuchen die Therapeuten konfrontativer zu intervenieren. Sie hinterfragen und tun nichts, um bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken. Beim Patienten 5 aber scheint sich zu diesem Zeitpunkt noch keine tragfähige Beziehung zum Therapeuten gebildet zu haben: Der Patient beschäftigt sich nicht damit, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und scheint unbesorgt bezüglich einer möglichen Bewertung durch den Therapeuten. Der Patient drückt keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus und fühlt sich nicht verstanden. Der Therapeut wendet aber auch keine supportiven Strategien an, um den Patienten in seinem Elend und seiner Traurigkeit zu beruhigen oder zu unterstützen. Die Fokussierung auf das Selbstbild wird vom Patienten als zu konfrontativ erfahren und scheint die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung zu behindern. Letztlich bricht der Patient die Therapie nach 145 Stunden ab. Eine Vermutung dazu wäre, dass der Patient, wegen der schweren psychotischen Züge und der fehlenden selbstreflexiven Funktion, die sich aus den PQS-Items ableiten lassen, ein anderes Beziehungsangebot gebraucht hatte. Zum Zeitpunkt der 160. Stunde,

also, in der **2. Mittelphase** der Therapie, divergieren die Patienten in ihren Therapieverläufen. Obwohl die Patienten 1 und 2, einen stetigen Zuwachs der HUSS-Werte aufweisen, scheint es nach den PQS Bewertungen zu einem krisenhaften Einbruch zum Zeitpunkt der 160. Therapiestunde zu kommen: Die Therapie ist erneut durch unangenehme und schmerzliche Gefühlsempfindungen der Patienten geprägt. Sie sprechen dabei affektiv beteiligt über ihre Erfahrungen. Darauf reagieren die Therapeuten, indem sie sich besonders einfühlsam und empathisch geben. Sie betonen die Gefühle der Patienten, um ihnen zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Beim Patienten 3 musste in der 160. Stunde ein leichter Rückgang festgestellt werden. Die belastenden emotionalen Erfahrungen, die mit der inneren Problematik in Verbindung stehen, werden noch immer abgewehrt. Oft drückt er Ärger oder aggressive Gefühle aus und macht andere für seine Schwierigkeiten verantwortlich. In der Beziehung mit dem Therapeuten scheint er die Rolle des "guten Patienten" zu spielen. Es lässt sich eine abhängige, idealisierende Beziehung zum Therapeuten beobachten. Der Patient fühlt sich aber wohl, er rivalisiert nicht und ist nicht fordernd. Der Therapeut ist weiter konfrontativ. Er unternimmt nichts, um Abwehrreaktionen des Patienten zu unterstützen und weigert sich, Ratschläge zu geben, selbst wenn er dazu gedrängt wird. Beim Patienten 4 kam es zu einer Stagnation. Obwohl er sich aktiv bemüht, die Dinge in den Griff zu bekommen, gibt es noch keine tieferen Veränderungen in seinen Fokusbereichen. Sie sind noch immer mit negativen Affektzuständen verbunden. Er berichtet auch über ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber. In seiner subjektiven Sichtweise fehlt dem Patienten bei der Haltung des Therapeuten der unterstützende Beistand bei seinem Hang zu Depressionen. Deshalb sucht er zusätzliche Hilfe bei einem Psychiater. Der Therapeut wird als taktvoll wahrgenommen, auch wenn sich die Beziehung zum Patienten schwierig gestaltet. Der Therapeut unternimmt aber nichts, um die Beziehung zu verbessern oder den Patienten zu beruhigen.

In der **Endphase** der Therapie, setzt sich der Patient 1 aktiv mit Gedankengängen auseinander. Schuldgefühle spielen keine Rolle mehr. Es gibt keine Anzeichen von Ängstlichkeit oder Unsicherheit mehr, die so typisch für die Anfangsphase waren. Neu ist auch, dass der Patient jetzt stark genug ist und sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut seine Probleme lösen wird. Es besteht eine enge Wechselwirkung zwischen Patient und Therapeut, in der sich beide in ihrem Verhalten gegenseitig beeinflussen. Da beim Patienten 1 kein HUSS- Interview für diesen Zeitpunkt vorliegt, kann aus den PQS-Auswertungen vermutet werden, dass der Umstrukturierungsprozess zu diesem Zeitpunkt begonnen hat. Wie die Auswertungen der Katamnese-Interviews zeigen, haben diese Veränderungen ein Jahr nach dem Therapieschluss nicht nur angehalten, sondern sind auf eine weitere Stufe fortgeschritten. Der Patient weist ein durchschnittliches Niveau 5 auf, was vermuten lässt, dass die Veränderungen weiter stattgefunden haben, nachdem die Beziehung zwischen Patient und Therapeut aufgelöst worden ist. Die

Endphase der Therapie des Patienten 2, der ebenfalls ein durchschnittliches Niveau 5 aufweist, ist dadurch gekennzeichnet, dass die therapeutische Haltung durch Offenheit geprägt ist: der Therapeut interpretiert verdrängte Wünsche, Gefühle und Überzeugungen und macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen ist. Der Patient ist offen und wenig blockiert, wirkt ungehemmt, zuversichtlich und selbstsicher. Bei Patient 3 ist die Behandlung noch nicht abgeschlossen. Dem Patienten 4 ist es ebenfalls gelungen das Niveau der Neustrukturierung in der Endphase der Therapie zu erreichen. Er ist gewissermaßen mit sich ins Reine gekommen und der Therapeut kann jetzt auf einem abstrakteren Niveau intervenieren: Die therapeutische Beziehung rückt in den Fokus des Gesprächs; der Therapeut stellt auch Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her; Gefühle des Patienten werden mit Situationen in der Vergangenheit verknüpft.

b) Welche prototypischen Items charakterisieren die Behandlungen?

Diese Frage wurde mittels zweier Analysen untersucht: Bei der Ersten wurden die Items, die als charakteristisch bzw. uncharakteristisch für die Therapien ermittelt wurden, nach Zugehörigkeit zum „psychoanalytischen“ und „kognitiv-behavioristischen“ Prototyp untersucht. Bei der zweiten wurden die Items umgepolzt, die Mittelwerte aller 100 Items verglichen, sowie ein Wichtigkeitsindex ermittelt, der angibt, wie bedeutend das Item des jeweiligen Prototyps für die Behandlung ist.

Die Items, die als charakteristisch bzw. uncharakteristisch für Therapiephasen ermittelt wurden, können nicht als typisch „psychoanalytisch“ oder typisch „kognitiv-behavioristisch“ benannt werden, was aber auf die strukturellen Charakteristiken der Patienten zurückzuführen ist, die aus den HUSS-Einschätzungen abgeleitet werden können.

Patient 1 (Diagramm 4.1.3): Zum ersten Zeitpunkt wurde die Therapie durch „psychoanalytische“ Items charakterisiert, im Verlauf der Behandlung treten aber „kognitiv-behavioristische“ Items in den Vordergrund. Der HUSS zufolge hat der Patient strukturelle Schwächen in den Bereichen Kommunikation (Mitteilen eigener Affekte), Selbstwahrnehmung und Selbstreflexion sowie Selbst-Objekt-Differenzierung. Das lässt vermuten, dass der Patient nicht in der Lage ist, ausschließlich mit „psychoanalytischen“ Interventionen behandelt zu werden. Er ist in einem Zustand, in dem er Unterstützung und eine helfende Haltung braucht. Deshalb ist die Behandlung durch Kombination der „psychoanalytischen“ Items und Items des „kognitiv-behavioristischen“ Prototyps charakterisiert.

Patient 2 (Diagramm 4.2.3): In der Anfangsphase der Behandlung, in der der Patient noch sehr starke unangenehme Gefühle empfindet und unter Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen leidet,

überwiegen „kognitiv-behavioristische“ Prototyp-Items. Aber im Verlauf der Therapie, wenn der Patient stärker wird, kombiniert der Therapeut psychoanalytische und kognitiv-behavioristische Interventionen.

Patient 3 (Diagramm 4.3.3): Bei den ersten zwei Messzeitpunkten überwiegen in der Behandlung „psychoanalytische“ Items. Beim dritten Zeitpunkt aber, bei dem der Patient übermäßigen Ärger und aggressive Gefühle zeigt, wo es also zum krisenhaften Einbruch kam, treten typisch „kognitiv-behavioristische“ Items in den Vordergrund.

Patient 4 (Diagramm 4.4.3): Am Anfang der Behandlung - in der der Patient noch starke schmerzliche Gefühle empfindet - kommen vorwiegend „kognitiv-behavioristische“ Items vor. Ab dem zweiten Messzeitpunkt treten aber die typisch „psychoanalytischen“ Items in den Vordergrund.

Patient 5 (Diagramm 4.5.3): Die Anfangsphase ist überwiegend durch „psychoanalytische“ Items gekennzeichnet. Beim zweiten Zeitpunkt aber, bei dem der Patient mehr in die Regression abzuleiten scheint, lassen sich Items beider, „psychoanalytische“ und „kognitiv-behavioristische“ Prototypen finden.

Der zweiten Methode zufolge (Diagramm 4.6.11) - dem Mittelwertvergleich aller Items und der Ermittlung des Wichtigkeitsindex - sind bei den Patienten 1, 3 und 5 die Items des „kognitiv-behavioristischen“ Prototyps für die Behandlung bedeutender. Beim Patienten 2 haben hingegen die Items des „psychoanalytischen“ Prototyps einen größeren Wichtigkeitsindex und bei Patienten 4 sind die Items beider Prototypen gleich wichtig.

Wider Erwarten sind die Behandlungen durch die Präsenz von Items des „kognitiv-behavioristischen“ Prototyps charakterisiert, obwohl es sich um psychoanalytische Therapien handelt.

Die Hypothese 2 (Die Behandlungen sind überwiegend durch Items des psychoanalytischen Prototyps charakterisiert und weniger durch Items aus dem kognitiv-behavioristischen Prototyp) lässt sich also somit nicht bestätigen.

c) Welche spezifischen Prozesstyp-Items charakterisieren die Behandlungen?

Dieser Frage wurde mit einem ähnlichen Vorgehen nachgegangen wie bei den Prototyp-Analysen:

1. wird zu jedem Item, das als charakteristisch bzw. uncharakteristisch für die Therapie ermittelt wurde, die Zugehörigkeit zum Prozesstyp untersucht.

- werden die Items umgepolzt, die Mittelwerte aller 100 Items verglichen und ein Wichtigkeitsindex ermittelt, der angibt, wie bedeutend das Item des jeweiligen Prozesstyps für die Behandlung ist.

Patient 1 (Diagramm 4.1.2): Für die Anfangsphase ist es typisch, dass **Patienten**-Items am häufigsten vorkommen und dann als Reaktion darauf **Operations**-Items folgen. Die erste Mittelphase (80. Therapiestunde) ist dadurch gekennzeichnet, dass Items, die die Therapeuten-Patienten-**Beziehung** beschreiben, in den Vordergrund treten. Der Patient fühlt sich vom Therapeuten verstanden und arbeitet mit ihm zusammen, was dafür spricht, dass es in dieser Phase gelungen ist, ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu etablieren. Die zweite Mittelphase (160. Stunde) der Therapie ist wieder dadurch geprägt, dass **Patienten**-Items überwiegen. Der Patient macht sich selbst Vorwürfe, fühlt sich schuldig und seine Äußerungen wirken zögerlich, gehemmt und gezwungen. Die Endphase der Therapie ist stärker dadurch gekennzeichnet, dass Therapeuten-Patienten **Beziehungs**-Items am häufigsten vorkommen.

Patient 2 (Diagramm 4.2.2): Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass **Patienten**-Items am häufigsten vorkommen: Der Patient ist introspektiv und bereit, seine Gedanken und Gefühle zu erforschen. Am zweithäufigsten kommen **Realisierungs**-Items vor: Während der Interaktion werden z.B. das Selbstbild des Patienten und seine zwischenmenschlichen Beziehungen besprochen; die Diskussion ist oft auf kognitive Themen und auf Gedanken und Überzeugungen konzentriert. Im Verlauf der Therapie treten Items, die die Therapeuten-Patienten-**Beziehung** beschreiben, immer mehr in den Vordergrund. Der Patient gibt sich vertrauensvoll und in der Endphase spielen Beziehungs-Items eine genau so große Rolle wie Patienten-Items. Der Patient wirkt lebendig und expressiv, ist offen und wenig blockiert. Er drückt sich in einer leicht verständlichen Art aus und spricht verhältnismäßig klar und fließend.

Patient 3 (Diagramm 4.3.2): Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass **Beziehungs**-Items am häufigsten vorkommen: Der Patient zeigt keine Anzeichen von Ambivalenz gegenüber dem Therapeuten und äußert ihm gegenüber freundliche Gefühle. In der 1. Mittelphase treten **Patienten**-Items in der Behandlung in den Vordergrund. Der Patient bringt oft aggressive Gefühle zum Ausdruck und beschuldigt andere. Die 2. Mittelphase der Therapie ist stärker dadurch gekennzeichnet, dass **Beziehungs**-Items in der Behandlung wieder überwiegen: Es ist dem Patienten wichtig, was der Therapeut von ihm denkt; er scheint sich aber gleichzeitig nicht darauf zu verlassen, dass der Therapeut seine Probleme löst. Der Therapeut vermittelt seine Wertschätzung.

Patient 4 (Diagramm 4.4.2): Für die gesamte Behandlung ist es typisch, dass **Beziehungs**-Items am häufigsten vorkommen. Der Therapeut stellt oft Verbindungen zwischen der therapeutischen

Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Während am Anfang der Therapie die therapeutischen **Operations**-Items im Vordergrund stehen – der Therapeut also nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung fragt, mit anderen Worten klärt, neu formuliert oder wiederholt, was der Patient sagte, Erfahrungen aus einer anderen Perspektive anbietet und die Ziele und Absichten des Patienten Gegenstand des Gesprächs sind – ist die Mittelphase dadurch gekennzeichnet, dass **Patienten**-Items und **Realisierungs**-Items in den Vordergrund treten. Während der Interaktion werden spezifische, bewusste Vorstellungen betont, die dazu dienen, andere Menschen, die Welt, die zwischenmenschlichen Beziehungen und das Selbstbild des Patienten, zu beurteilen. In der Mittelphase ist neu, dass der Patient schon vertrauensvoll genug ist, um über sexuelle Gefühle und Erfahrungen, Liebes- oder romantische Beziehungen zu sprechen. Gefühle des Patienten werden mit Situationen in der Vergangenheit verknüpft. Die Endphase der Therapie ist eher dadurch gekennzeichnet, dass **Beziehungs**-Items am häufigsten vorkommen. Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch und unternimmt nichts, um bedrohliche Gefühle des Patienten zu unterdrücken.

Patient 5 (Diagramm 4.5.2): Für die Therapie ist es durchgehend typisch, dass **Patienten**-Items am häufigsten vorkommen: Der Patient fühlt sich traurig und deprimiert, ist ängstlich und angespannt. Er spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab und bleibt in seinen Äußerungen unbestimmt. Am zweithäufigsten kommen dann **Realisierungs**-Items vor. Speziell für diesen Patienten ist es besonders charakteristisch, dass seine Träume und Phantasien in jeder Stunde besprochen und reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen unterschieden werden. Im Verlauf der Therapie treten die Items, die die Therapeuten-Patienten-**Beziehung** beschreiben, immer mehr in Vordergrund. Der Patient akzeptiert die Bemerkungen des Therapeuten, obwohl er sich nicht darauf verlässt, dass der Therapeut seine Probleme lösen kann. Er versucht keine größere Nähe zum Therapeuten herzustellen. Er ist auch nicht damit beschäftigt, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und scheint unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten. Der Patient drückt keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus.

Der zweiten Methode (Diagramm 4.6.8) zufolge, also der mit dem Mittelwertvergleich aller Items und der Bildung eines Wichtigkeitsindexes, sind bei allen fünf Patienten für die Behandlung **Patienten**- Items am bedeutendsten, die die Selbstkontrolle, das Selbstbewusstsein, die Selbstachtung sowie die Involvierung umfassen und sich in einem unterschiedlichen Ausmaß an Öffnung oder Abwehr manifestieren.

Darauf folgen **Beziehungs**-Items, die die Allianz zwischen dem Patienten und dem Therapeuten, die Atmosphäre, die Intensität der Zusammenarbeit, des gegenseitigen Kontaktes und der wechselseitigen Gefühlsbeteiligung beschreiben. Anschließend kommen **Therapeuten**-Items, die

die Empathie, die helfende Haltung, die Akzeptanz, die Aufnahmefähigkeit und den Kommunikationsstil umfassen. **Operations**-Items, die die Anwendung des Fachwissens des Therapeuten und seine Interventionen einschließen, sowie **Realisierungs**-Items, die die unmittelbare Auswirkung der Therapiesitzung, vor allem Effekte der therapeutischen Interaktion bei den Patienten, wie Einsicht, Kompetenzzuwachs, das Erleben von Selbstwirksamkeit umfassen, haben einen gleich großen Wichtigkeitsindex.

Die Hypothese 3 (Beziehungs-Items gewinnen im Lauf der Therapie an Bedeutung) lässt sich somit bestätigen.

d) Welche spezifischen Items können ein positives Ergebnis vorhersagen?

Unsere Untersuchungen zeigen, dass nachfolgend genannte häufig vorkommende Beziehungs-Items positive Therapieergebnisse vorhersagen können: der Patient akzeptiert Interventionen des Therapeuten ohne daran zu zweifeln, stimmt Bemerkungen des Therapeuten zu, äußert freundliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten und scheint die Rolle des "guten Patienten" einzunehmen. Veränderungen in der Therapie können ebenfalls mit folgenden Patienten-Items zusammenhängen: Der Patient ist willig und verweigert nicht, sich mit seinen eigenen Gedanken auseinanderzusetzen, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen. Der Therapeut sollte einfühlsam und als empathisch vom Patienten empfunden werden. Das sind die Items, die Behandlungen der Patienten 1, 2 und 4 charakterisieren und die nach HUSS-Kriterien erfolgreich bewertet wurden. Solche Charakteristika lassen sich schon in der Anfangsphase der Therapie beobachten und bleiben im Verlauf der Therapie durchgehend erhalten. Wenn der Patient positive Erwartungen bezüglich der Therapie ausdrückt, kann das ebenfalls als wichtiger Hinweis auf ein positives Therapieergebnis gedeutet werden.

Die Rolle spezifischer therapeutischer Interventionen wird bei Veränderungen bei den Patienten als Teil der komplexen Interaktionen zwischen Patient und Therapeut betrachtet, wobei deren Effektivität erst aus dem Kontext deutlich wird. Der Therapeut sollte das tun, wofür sein Patient aufnahmefähig zu sein scheint. Interventionen aber, die sich mit folgenden Items beschreiben lassen: „Der Therapeut klärt oft und sagt mit anderen Worten was der Patient sagte“ und „Er identifiziert Muster im Verhalten des Patienten“, motivieren die Selbstreflexion des Patienten über die eigene Rolle in interpersonellen Beziehungen, was auch zu positiven Veränderungen bei Patienten führen kann.

Unsere Befunde zufolge zeigen alle fünf Therapeuten Flexibilität und Anpassungsvermögen bei der Gestaltung der Behandlung und bei der Auswahl ihrer Interventionen. Weil die Patienten multiple Probleme und Komorbiditäten aufweisen, benötigen die Therapeuten zur Erzielung der

beabsichtigten Wirkungen oft eine Kombination von Interventionen aus unterschiedlichen Therapierichtungen. Die Einbeziehung eines anderen Therapiemodells (wie es bei dem Patienten 1 der Fall ist) kann auch ein Indikator für den Therapieerfolg sein.

e) Lassen sich zeitlich stabile Item – Muster in der Behandlung festzustellen?

Um episodische Veränderungen im analytischen Prozess zu untersuchen und somit die Stabilität der Behandlung zu analysieren, wurden die Mittelwerte aller Stunden der jeweiligen Patienten miteinander verglichen und die Spannweite ermittelt. Damit wurden solche Items identifiziert, bei denen sich eine erhebliche Differenz von einem Messzeitpunkt zum anderen beobachten lässt, die entweder in die meist charakteristische oder uncharakteristische Richtung geht. Betrachtet man den Mittelwertverlauf bei einzelnen Patienten, wird anschaulich, dass sich bestimmte Items im Laufe der Therapie sehr unterschiedlich verhalten. Es lassen sich aber auch hier bestimmte Muster festzustellen. Einige Items, z.B. die, die das Verhalten des Patienten beschreiben, verlieren im Lauf der Therapie an Bedeutung, was sich in Veränderungen bei Items, die Interventionen des Therapeuten beschreiben, widerspiegelt. Die langsame Bewegung einiger Patienten- Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol oder umgekehrt, kann als Anzeichen für mögliche strukturelle Veränderungen interpretiert werden, was auch konform zu den nur schwer zu ändernden Interaktionsstrukturen in den theoretischen Überlegungen von Ablon & Jones (2005) ist. Bei der Analyse der Stabilität der Behandlungen (Diagramm 4.6.12) zeigen die Items beim Patienten 1 im Verlauf der Therapie am wenigstens Schwankungen. Bei diesem Patienten war die Behandlung nach HUSS-Kriterien auch am erfolgreichsten, was dafür spricht, dass der Therapeut schon am Anfang der Behandlung das Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung zutreffend wahrgenommen und dementsprechende Interventionen erfolgreich ausgewählt hat. Beim Patienten 4 weisen die Items eine größere Differenz im Verlauf der Behandlung auf, was für die Flexibilität und das Anpassungsvermögen des Therapeuten in der Auswahl seiner Techniken sprechen kann.

Die Hypothese 4 (*Der Therapieverlauf bei allen Patienten erweist sich über den Zeitraum als stabil. Es lässt sich aber die Bewegung einiger Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol oder umgekehrt feststellen*) lässt sich somit bestätigen

3. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede gibt es zwischen den Verläufen der Einzelfälle

Es erscheint hier sinnvoll für eine aussagekräftige Analyse des Psychotherapieprozesses, Befunde beider Methoden zu integrieren, einzelne PQS- Items unter Hinzuziehung ihres Inhalts in Beziehung zur Therapiephase und zur Psychodynamik des einzelnen Patienten im Kontext zu betrachten.

Am Anfang der Behandlung weisen alle Patienten, bezogen auf die für sie ausgewählten fünf zentralen Problembereiche (nach OPD), ein ähnliches durchschnittliches Niveau auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala auf. Weil. Bei allen Patienten wurden folgende Foki ausgewählt: Selbstwertkonflikt, Selbstregulierung und Unterwerfung vs. Kontrolle (Tabelle 4.6.1). Die Behandlungen aller Patienten sind durch ähnliche Patienten- Items charakterisiert, die im Vordergrund stehen. Items der „psychoanalytischen“ und „kognitiv-behavioristischen“ Prototypen haben am Anfang der Behandlung einen gleich hohen Wert.

Nach 80 Therapiestunden lässt sich bei allen fünf Patienten ein deutlicher Zuwachs der HUSS-Werte beobachten. Die Behandlungen lassen sich vor allem durch Items des Patient-Therapeuten-Beziehungs-Prozesstyps beschreiben, was dafür spricht, dass sich zu diesem Zeitpunkt ein Arbeitsbündnis zu bilden beginnt. Die Behandlung des Patienten 5, der die Therapie nach 145 Stunden abgebrochen hat, unterscheidet sich unweesentlich von den anderen vier Therapien. Folgende Items könnten bei dem Patienten 5 als Warnsignale interpretiert werden: Der Patient drückt keine positiven Erwartungen bezüglich der Therapie aus, spricht unzusammenhängend, schweift häufig ab und bleibt unbestimmt, berichtet über zahlreiche aggressive Phantasien.

Zum Zeitpunkt der 160. Therapiestunde unterscheiden sich die Patienten im Therapieverlauf der HUSS zufolge: Die Patienten 1 und 2 zeigen einen stetigen Zuwachs. Beim Patienten 3 musste ein leichter Rückgang festgestellt werden, beim Patienten 4 kam es zu einer Stagnation. Die Patienten haben eine unterschiedliche Anzahl an Therapiestunden gebraucht, um ein Niveau zu erreichen, bei der die Auflösung alter und die Neuintegration neuer Strukturen im Fokusbereich stattfindet. Der Patient 1 kann erst ein Jahr nach dem Therapieschluss, der Patienten 2 - zum Zeitpunkt der 240. Therapiestunde, der Patient 4 - zum Zeitpunkt der 390. Therapiestunde der Stufe 5 zugeordnet werden. Die Endphase der Therapie ist bei allen Patienten dadurch charakterisiert, dass Beziehungs- Items überwiegen und Patienten- Items nicht mehr so wichtig sind. Der Patient 3 benötigt wegen seiner strukturellen Besonderheit eine längere Behandlung und befindet sich weiterhin in Therapie.

5.2 Zur Komplementarität zweier Methoden (HUSS und PQS)

Die Kombination der in dieser Arbeit angewendeten Verfahren der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS) ermöglicht eine Analyse des Interaktions-Prozesses und die Herstellung der Verbindung zwischen den Ereignissen in der Therapiestunde mit den Veränderungen beim Patienten. Die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen dieser beiden Methoden sollen hier dargelegt werden.

Wie im Kapitel 2.1.3. erläutert, spielt die interaktionelle Beziehungserfahrung in der Therapie für die Veränderung der Struktur beim Patienten eine große Rolle. In der HUSS aber wird der interpersonellen Begegnung in der Behandlung sehr wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Bei der individualisierten Formulierung eines habituell-dysfunktionalen Beziehungsmusters des Patienten wird das beobachtbare oder beschriebene Beziehungsverhalten des Patienten berücksichtigt. Unaufgedeckt aber bleibt, *wie* sich die therapeutische Beziehung entwickelt. Deshalb wäre eine Überarbeitung des HUSS-Manuals im Bereich der Beziehungsanalyse und eine Erweiterung um den Teil der Analyse der Therapeut-Patient-Beziehung zu empfehlen.

Für eine umfassendere Abbildung aller psychoanalytisch relevanten Merkmale des analytischen Prozesses ist eine zusätzliche Methode notwendig. Die skizzierten methodischen Lücken lassen sich durch die detaillierte Stundenbeschreibung des PQS gut füllen. Weil der PQS als quantitatives Messinstrument die Aufmerksamkeit auch auf die außergewöhnlichen Ereignisse einer Therapiestunde lenkt und damit zum besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens beiträgt, können beide Methoden komplementär als gegenseitige Erweiterung bzw. Verfeinerung angewendet werden. Die Beispiele, bei denen sich die Methoden gegenseitig ergänzen, wurden bereits im Zuge der Diskussion der Einzelergebnisse in Kapitel 5.1 erwähnt:

Erstens, liefern beide Methoden Hinweise auf strukturelle Veränderungen bei Patienten: zu nennen ist hier die Bewegung der Fokusthemen über die Messzeitpunkte auf der Heidelberger Umstrukturierungsskala und auch die langsame, aber sukzessive Verschiebung einiger PQS Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol bzw. umgekehrt.

Zweitens, wurde festgestellt, dass sich die überwiegende Zahl der HUSS-Foki in den PQS-Items wiederfinden. Deshalb ist es auch möglich bei den Patienten 1 und 4, ohne Vorliegen des Messzeitpunktes T4 (HUSS) mit den PQS Auswertungen der Therapiestunden auf die Veränderungen bei dem Patienten zu diesem Zeitpunkt zu schließen.

Bei den Patienten 1 und 2 schienen sich die Ratings zum Zeitpunkt der 160. Stunde mit den beiden Methoden teilweise zu widersprechen: obwohl die beiden Patienten einen Zuwachs der HUSS-

Werte aufweisen, kann nach PQS Bewertungen zu diesem Zeitpunkt ein krisenhafter Einbruch in der Behandlung vermutet werden: Die Therapiestunden waren dadurch geprägt, dass die Patienten wieder besonders unangenehme und schmerzliche Gefühle empfinden und sich unzulänglich und verzweifelt fühlen. Da in den Therapien der Patienten 3 und 4 gleiche Tendenzen mit Trauer, Depression und Ratlosigkeit beobachtet werden und Patient 5 die Therapie zu diesem Zeitpunkt abgebrochen hat, lässt sich vermuten, dass genau diese Therapiephase durch einen krisenhaften Einbruch charakterisiert ist. Mit PQS kann dies besser als mit HUSS identifiziert werden, PQS ist also besser geeignet, die Aufmerksamkeit auf Aspekte der klinischen Arbeit zu lenken, die sonst unbemerkt bleiben.

Im Folgenden sollen noch die Schwachstellen erörtert werden, die sich bei der Arbeit mit der Methode (PQS) gezeigt haben:

Einige Items sind so formuliert, dass sie viel Raum für Interpretationen lassen. Zum Beispiel ist bei Item 25, „Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen“, nicht ganz deutlich, ob dies wegen des Schweigens des Patienten aus einer Art Abwehrreaktion heraus oder aus Gründen der Selbstexploration des Patienten, zur Vorbereitung auf die Therapiestunde, der Fall ist, was unterschiedliche Bedeutungen haben kann.

Beim Item 12, „In der Stunde wird geschwiegen“, stellt sich die Frage: Wann redet man vom Schweigen in der Stunde? Ist eine Minute schon relevant oder muss erst eine größere Schweigepause berücksichtigt werden? Oder die Frage: An welchen Stellen wird geschwiegen? Wenn es die Pause nach einer Deutung ist, dann ist sie auch erwünscht. Schweigen kann aber auch bedeuten, dass der Patient mit dem Therapeuten symbiotisch verschmelzen möchte. Schweigen ist nicht homogen, sondern aufteilbar in heilsames Schweigen und abwehrendes Verschweigen (Buchholz, 2009) oder Schweigen als Form von Kräftemessen: „Wer ist stärker, wer hält länger durch?“

Item 39, „Die Therapeut- Patient- Beziehung hat rivalisierenden Charakter“, ist schwierig zu bestimmen, weil unklar ist, welche Interaktionen als Rivalität angesehen werden können, wenn Therapeut und Patient sich gegenseitig „ins Wort fallen“ oder wenn der Patient z.B. sagt, dass er anderer Ansicht ist, aber dennoch das vom Therapeuten Gesagte mit eigenen Worten wiederholt, also ein phallischer Wettkampf stattfindet.

Obwohl Jones et al (1988) betonen, dass die Items „schulübergreifend“ seien, muss der Beurteilende - um einige Items wie (z.B. Item 6, „Der Therapeut ist empathisch“) bewerten zu können - eine klinische Theorie zum therapeutischen Prozess haben, die je nach Richtung unterschiedlich sein kann.

Einige Items (Item 24, „Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung“, Item 28, „Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr“) können nicht direkt beobachtet werden, auf sie kann nur geschlossen werden.

Als ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt soll hier die sehr gute Möglichkeit der systematischen Untersuchung von Einzelfällen auf fallspezifische Muster mithilfe von PQS erwähnt werden. Die Gegenüberstellung des Therapieverlaufs mehrerer Patienten führt mit PQS allerdings nicht zu sehr aussagekräftigen Schlussfolgerungen. Die Ermittlung der Mittelwerte besitzt an sich noch keine hinreichende Erklärungskraft, deshalb hat sich der Vergleich von Wirkungen bestimmter Faktoren zwischen Patient-Therapeut-Dyaden als schwierig erwiesen. Für eine vollständige Interpretation der Ergebnisse müssen weitere psychodynamische Besonderheiten des Patienten berücksichtigt werden. Da wir aber dank HUSS, die dafür bestens geeignet ist, qualitatives Datenmaterial über die Patienten zur Verfügung hatten, konnten wir dieses heranziehen, um quantitative Befunde zu beleuchten.

Die Verwendung zweier unterschiedlicher Methoden zur Untersuchung des prozesshaften Geschehens in Psychotherapien war berechtigt: Mit Hilfe der HUSS konnten die Veränderungen bei den Patienten im Verlauf der Therapie mitverfolgt werden; der „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ half passend dazu, die Fülle klinischen Materials zu reduzieren und Abstraktionen zu schaffen. Hypothesen über den therapeutischen Prozess und dessen Zusammenhang mit dem Therapieerfolg lassen sich durch Anwendung beider Methoden gut prüfen. Weiterhin lassen sich Gemeinsamkeiten zwischen Patienten mit ähnlichen Problembereichen herausarbeiten. Eine Generalisierung der Befunde unserer Studie ist aber wegen des unzureichenden Umfangs der Stichprobe eingeschränkt.

5.3 Einbettung der Ergebnisse in die Forschung und weiterführende Fragestellungen für zukünftige Studien

Dieses Kapitel betrifft zwei Fragestellungen: (1) Wie können die Ergebnisse in Bezug auf die Befunde aus anderen Studien interpretiert und diskutiert werden? (2) Welche Fragen und Hypothesen ergeben sich aufgrund der Ergebnisse für die zukünftige Forschung?

Unsere Arbeit beschäftigt sich mit den Behandlungsergebnissen, fokussiert aber hauptsächlich die Analyse des prozesshaften Geschehens und versucht zu erfassen, was sich im Hinblick auf strukturelle Charakteristika bei dem Patienten verändert und wie sich diese Veränderungen im Verlauf des therapeutischen Prozesses ergeben und entwickeln. Die so gewonnenen Befunde sollen nun im Folgenden durch den Vergleich mit Ergebnissen anderer Studien, in denen die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) und der Psychotherapie Prozess Q-Sort (PQS) zum Einsatz kamen, in ihrer Bedeutung eingeordnet werden.

Im Rahmen der Praxisstudie analytische Langzeittherapie (PAL, Grande et al., 1997), in dem der Verlauf und die Ergebnisse analytischer Psychotherapien und tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapien verglichen wurden, wurde die Heidelberger Umstrukturierungsskala erstmals angewendet. So wie auch unsere Studie, wurde PAL unter naturalistischen Bedingungen im Rahmen eines prospektiv angelegten Designs durchgeführt. Die Hauptfragestellungen betreffen die spezifischen Wirkungen analytischer Langzeittherapien allgemein und die Frage der strukturellen Veränderungen im Besonderen. Untersucht wurden 30 Patienten mit einer dreistündig pro Woche durchgeführten Psychoanalyse und 30 Psychotherapiepatienten in einstündigen Settings mit ausgeprägten neurotischen, psychosomatischen und Persönlichkeitsstörungen. Neben der OPD und der HUSS kamen weitere Instrumente zum Einsatz, die die Perspektive des Patienten, des Psychoanalytikers und des unabhängigen Beobachters auf unterschiedlichen Beobachtungsebenen erfassen. Den Befunden der „PAL“ zufolge, war es den Patienten in einer analytischen Langzeittherapie gelungen, nach einer intensiven Auseinandersetzung mit ihren Problembereichen auf die Stufe der Neuintegration zu gelangen. Diese Daten stimmen mit den Ergebnissen unserer Arbeit überein: Patienten 1, 2 und 4 haben im Laufe der Therapie eine Umstrukturierung in den Fokusbereichen erreicht.

In einem von der Universität Basel geleiteten Forschungsprojekt, haben Küchenhoff und seine Mitarbeiter (2007) die Therapien von 47 Patienten bei 37 Therapeuten mit quantitativen und qualitativen Methoden untersucht. Die Daten wurden mit standardisiertem Fragebogen zur Befindlichkeit, den Symptomen und mit Einschätzungen zur Persönlichkeitsstruktur erhoben. Mit qualitativen Interviews machten sich die Forscher zudem ein Bild vom Krankheitszustand der Patienten. Die Daten enthalten also drei Perspektiven für jede Therapie (Patient, Therapeut, unbeteiligter Beobachter). Auf der Basis der OPD kam auch die HUSS zum Einsatz, um das Ausgangsniveau in der Auseinandersetzung mit den Problembereichen zu erfassen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die ambulante Patientengruppe mit gemischten Diagnosen ein durchschnittliches Ausgangsniveau von 2,4 auf der HUSS aufgewiesen hat. Die Patienten unserer Studie zeigen gleiche Ausgangswerte. Insgesamt wurde eine signifikante Reduktion der Beschwerden und Beziehungsprobleme festgestellt. Einige Patienten gaben während der Therapie mehr Symptome als zuvor an, obwohl sich ihr Zustand aus den anderen Perspektiven heraus verbessert hat. Das geht konform mit Befunden unserer Studie, bei der zur 160. Therapiestunde zwei Patienten stetigen Zuwachs der HUSS-Werte aufweisen, in den Therapiestunden (nach PQS Auswertungen) ihren Zustand aber als verschlechtert beschreiben. Küchenhoff (ebd.) interpretiert das als Hinweis dafür, dass psychoanalytische Therapien die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung steigern können. Der Patient kann manche Belastungen erst nach einer Zeit in der Therapie richtig erkennen. Über die Hälfte der Patienten mit schweren Störungen wies nach einem Jahr keinen auffälligen Befund mehr auf. Das bestätigt auch unseren Befund bei Patient 1, dessen HUSS -Werte

in dem Katamnese-Interview einen deutlichen Anstieg zeigen. Die Daten der Studie Küchenhoffs enthalten wie unsere Befunde Hinweise darauf, dass Therapeuten vor allem dann erfolgreich sind, wenn sie sich sehr genau auf die Bedürfnisse und Fähigkeiten ihrer Patienten einstellen.

Eine ausführliche Übersicht über die Anwendung der PQS-Methode liefert die Monografie von Jones: „Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy“ (2000). Im Folgenden werden zwei der neuesten Studien vorgestellt, deren Design und zugrundeliegende Fragestellung unserer Studie ähnlich ist.

Ablon, Levy und Katzenstein (2006) haben in ihrer naturalistischen Studie 17 Psychodynamische Kurzzeittherapien bei Panikstörungen untersucht. Ziele der Studie haben Gemeinsamkeiten mit Zielen unserer Studie: so liegt der besondere Fokus hier auf der Untersuchung des Grads der Veränderung der Panikstörungen, der Ermittlung prototypischer Items, die die Behandlung charakterisieren, der Untersuchung besonders charakteristischer und besonders uncharakteristischer PQS-Items und der Identifizierung der Items, die positive Ergebnisse vorhersagen können. Die PQS Auswertungen wurden jeweils mit dem „idealen Prototyp“ psychodynamischer Psychotherapie, kognitiv-behavioristischer Therapie und interpersoneller Therapie verglichen. Die Korrelationskoefizienten mit dem „idealen Prototyp kognitiv-behavioristische Therapie“ waren am höchsten. Demzufolge scheinen psychodynamische Kliniker in Kurzzeittherapien (24 Sitzungen) ein breites Spektrum an Interventionen zu nutzen. Diese Befunde gehen einerseits konform mit Ergebnissen unserer Studie, bei der die Patienten am Anfang der Behandlung noch starke schmerzliche Gefühle empfinden und vorwiegend Items aus dem „kognitiv-behavioristischen“ Prototyp vorkommen. Andererseits wurden aber in unserer Studie Langzeittherapien untersucht, bei denen schon ab dem zweiten Messzeitpunkt (nach 80 Therapiestunden) die typisch „psychoanalytischen“ Items immer mehr in den Vordergrund treten. In Lauf der Behandlung wird das Verhältnis der Interventionen beider Prototypen mit dem Zustand des Patienten abgestimmt: Bei den krisenhaften Einbrüchen zum Beispiel, gewinnen dann Items des kognitiv-behavioristischen Prototyps an Bedeutsamkeit. Zum Ende der Behandlungen aber zeigen die „psychoanalytischen“ Items stetigen Zuwachs an Wichtigkeit für die Behandlungen aller Patienten. Als nächstens wurden Korrelationen ermittelt, die zeigen, zu welchem Grad die Adhärenz zu Prototypen die Therapieergebnisse vorhersagen können. Die Adhärenz zum psychodynamischen Prototyp korrelierte signifikant mit positiven Ergebnissen. Die Adhärenz zum kognitiv-behavioristischen Prototyp hingegen wies keine signifikante Korrelation zu positiven Ergebnissen auf. Anschließend wurde jedes Item getrennt mit den Ergebnissen korreliert: die 28 Items mit den höchsten Korrelationswerten umfassten 11 Patienten-Items und 10 Therapeuten-Items und 7 Beziehungs-Items. Die Therapeuten waren supportiv und aktiv, fokussierten die Gefühle der Patienten und halfen ihnen sie zu identifizieren und auszudrücken. Die Fokussierung auf kognitive

Themen wurde mit Ergebnissen negativ korreliert. Dies wurde damit erklärt, dass manche Patienten intellektualisieren, um beunruhigende Gefühle abzuwehren. Dieser Befund der Studie von Ablon, Levy & Katzenstein geht mit den Ergebnissen unserer Untersuchung (Patient 3) konform. Die Behandlung des Patienten 3 ist permanent über alle Messzeitpunkte durch Fokussierung auf kognitive Themen charakterisiert und zeigt den geringsten Anstieg in der HUSS.

Zur Systematisierung des Psychotherapiegeschehens und zum besseren Verständnis der Mechanismen, die zu Veränderungen bei den Patienten führen, wurde eine Studie unter Leitung von V. Ugazio an der Bicocca Universität in Mailand (Sirigatti, 2004) und an der Universität Florenz durchgeführt. Ziel der Untersuchung war ein Vergleich der Outcome- und der Prozess-Daten, um spezifische Veränderungsprozesse klarzustellen. Unterziele der Studie waren sowohl die Identifikation von Unterschieden und Ähnlichkeiten zwischen der systemisch-relationalen Therapie (SRT), der kognitiv-behavioristischen Therapie (CBT) und der kurzen strategischen Therapie (BST) als auch die Identifikation der Prozessvariablen, die Ergebnisse vorhersagen können. Es wurden 17 Patienten untersucht. Beim Versuch mithilfe von PQS die Variablen, die einen Ergebniserfolg vorhersagen können, herauszufiltern, hat es sich herausgestellt, dass die Therapiestunden am Anfang der Behandlung keine Elemente liefern, die helfen können ein Ergebnis vorherzusagen. Die Analyse der Mittelphase hat gezeigt, dass positive Ergebnisse mit größerer Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang mit Patienten-Items entstehen. Wenn beispielsweise der Patient die Bemerkungen des Therapeuten problemlos verstehen kann, hat er positive Erwartungen an die Therapie; sofern es keine Rivalitäten zwischen dem Patienten und dem Therapeuten gibt. Mit Hilfe von ANOVA, wurden einige Zusammenhänge zwischen dem Ergebnis und den Prozessvariablen festgestellt. Ein Patient mit erfolgreicher Therapie scheint weniger unter Schuld- und Schmerzgefühlen leiden. Er fühlt sich sicherer, effizienter, zufriedener und zeigt weniger Widerstände, eigene Gefühle und Motive zu reflektieren. Er akzeptiert problemlos Kommentare des Therapeuten, der helfend arbeitet. Die oben zitierten Ergebnisse stimmen mit den Befunden unserer Studie überein.

Im nächsten Abschnitt sollen Studien vorgestellt werden, die sich mit den Varianzen psychotherapeutischer Wirkmechanismen befasst haben. Schon in Kapitel 1.3.1 dieser Arbeit wurde in der Diskussion über das Verhältnis von „unspezifischen“ zu „spezifischen“ Wirkfaktoren in der Psychotherapie der Aufsatz von Berns (2004) erwähnt, in dem der Autor die Studie Wampolds vorstellt, die „belegt, daß sämtliche Psychotherapieverfahren im Wesentlichen aufgrund genereller Wirkfaktoren ungefähr gleich wirksam sind“ (ebd., S. 285ff.). Berns betont, dass es ganz schwierig ist, generelle Wirkfaktoren einzeln zu untersuchen und die Zusammenhänge zwischen ihnen und den Therapieergebnissen herzustellen. Nach den Befunden der Wampolds-Studie korrelieren aber das Arbeitsbündnis, die Allegianz und die Therapeutenpersönlichkeit reliabel und

konsistent mit den Therapieergebnissen. Der Varianzanteil des Arbeitsbündnisses beträgt 5%, die Effektstärke der Allegianz ergibt 0,65. Den persönlichen Eigenschaften des Therapeuten schreibt er einen Anteil von 6-9% an der Wirksamkeit der Therapie zu.

Die oben vorgestellten Ergebnisse weisen Ähnlichkeiten mit den Befunden anderer Studien auf, die beispielsweise die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung und die Persönlichkeit des Therapeuten für Veränderungsprozesse bei den Patienten betonen. Die oben beschriebenen Ergebnisse finden sich auch zum Teil in den Befunden unserer Studie wieder: Die Untersuchung des therapeutischen Geschehens zeigt, dass Items, die die Therapeuten-Patienten Beziehung (also, das Arbeitsbündnis nach Berns) beschreiben, besonders charakteristisch in den Behandlungen aller Patienten sind und im Laufe der Therapie an Wichtigkeit zunehmen. Items, die die Persönlichkeit des Therapeuten beschreiben, kommen am dritthäufigsten vor und können als wichtig für den Therapieerfolg betrachtet werden.

Blatt et al. (1997) haben zum Beispiel nachgewiesen, dass klinische Verbesserungen mit der Tatsache korrelieren, dass der Patient den Therapeuten in seinem Verhalten als empathisch, warmherzig und konstruktiv empfindet. Diese Forscher haben ein „idealisiertes Bild des Therapeuten“ als mentale Repräsentation konzeptualisiert. Der Patient idealisiert den Therapeuten und verleiht ihm die Qualitäten, die er bei sich vermisst. Solche erwünschten Qualitäten, die der Patient externalisiert und auf den Therapeuten projiziert, werden dann mit Hilfe von Identifikation in der Therapie, vom Patienten internalisiert. Alle fünf Patienten aus unserer Studie haben die Therapie mit depressiver Symptomatik angefangen, was sich durch ein schlechtes Selbstbild und ein negatives Selbstwertgefühl manifestierte. Positive Ergebnisse waren dann im Verlauf der Therapie mit einem positiveren Selbstbild liiert, wobei vier von fünf Patienten über eine Idealisierung des Therapeuten berichteten. Daraus kann man schließen, dass die Patienten durch Identifizierung mit erwünschten Attributen beim Therapeuten ein revidiertes Selbstkonzept erreicht haben.

Die Wirkung therapeutischer Interventionen hängt nach Orlinsky et al. (1994) entscheidend davon ab, wie offen und aufnahmebereit der Patient zum jeweiligen Zeitpunkt für die betreffenden Interventionen ist. Der Aufnahmefähigkeit des Patienten kommt also eine zentral vermittelnde Rolle zwischen therapeutischem Handeln und dem Therapieerfolg zu. Dies ist bei der Therapie des Patienten 1 sehr gut nachzuweisen. Da der Patient wegen struktureller Einschränkungen noch nicht in der Lage war, ausschließlich mit „psychoanalytischen“ Items behandelt zu werden, kombinierte der Therapeut typisch „psychoanalytische“ Interventionen mit denen vom „kognitiv-behavioristischen“ Prototyp.

Es wurde auch in anderen Studien beobachtet, dass übernommene Elemente anderer Therapierichtungen positive Ergebnisse für den Patienten vorhersagen können. Die Befunde des Düsseldorfer Kurzzeit- Psychotherapie- Projekts (Bonde, 2005) beispielsweise, wie auch die Befunde unserer Studie zeigen, dass Therapeuten, je nach Störung des Patienten, Techniken aus unterschiedlichen Therapierichtungen anwenden. Wird berücksichtigt, dass die hier untersuchten Therapeuten über eine mehrjährige Berufserfahrung verfügen, liegt die Vermutung nahe, dass sich bei den Therapeuten im Laufe ihrer Tätigkeit ein individueller therapeutischer Stil herausgebildet hat, der von den eigenen klinischen Erfahrungen beeinflusst ist. Darüber hinausgehend kann angenommen werden, dass Therapeuten ihre Behandlungen in Abhängigkeit von spezifischen Patientenmerkmalen individuell konzipieren und bei unterschiedlichen Patienten auf unterschiedliche Theorien und Konzepte zurückgreifen.

Künftige Studien sollten sich intensiv der weiteren Erforschung des therapeutischen Prozesses zuwenden. Im Hinblick auf Befunde dieser Arbeit erscheinen mir folgende Aspekte von Interesse:

Die Erkenntnis, dass auch PQS durch die sukzessive Verschiebung einiger PQS Items Hinweise auf strukturelle Veränderungen bei Patienten liefert, sollte man weiterhin vertieft erforschen. Eine mögliche Fragestellung wäre hier welche PQS Items im Laufe der Therapie strukturelle Veränderung besonderes gut erfassen können.

Der Befund, dass sich die überwiegende Zahl der HUSS-Foki in den PQS-Items wieder finden, lässt sich weiter untersuchen, indem eine systematische Zuordnung der PQS-Items zu den HUSS-Konflikt-Foki und HUSS-Struktur-Foki vorgenommen werden kann.

Weil in unserer Studie nur ein begrenzter Teil der durchgeführten Therapiestunden je Patient untersucht wurde, stellt sich die Frage, ob diese ausgewählten Therapiestunden für die Gesamtheit aller Sitzungen der Behandlung repräsentativ sind. Die vorliegende Studie begegnet dieser Herauforderung damit, dass jeweils zwei Therapiestunden zu Beginn in der Mitte und am Ende der Behandlung untersucht werden und so den gesamten Therapieverlauf abdecken, wobei die gewählten Messzeitpunkte gleichweit auseinander liegen. Auch diese Annahme sollte in einer weiteren Untersuchung noch auf Richtigkeit hin überprüft werden.

Sowohl Befunde unserer Studie als auch die Vergleichsanalysen legen den Schluss nahe, dass einige Fälle als ‚typischer‘ für ihre Therapiemethode zu bezeichnen sind (Patient 2) als andere. Im Hinblick auf diese Unterscheidung kann man weiterhin untersuchen, ob ‚typische‘ und ‚untypische‘ Therapien unterschiedlich erfolgreich sind.

In künftigen Forschungen sollten auch erfolgreiche und nicht so erfolgreiche Behandlungen verstärkt miteinander verglichen werden, damit der Unterschied der therapeutischen Interventionen besser herausgearbeitet werden kann und so die Erkenntnis verbreitert werden, was erfolgreiche Therapeuten anwenden bzw. nicht anwenden.

In dieser Arbeit wurden nur fünf Patienten zu vier Messzeitpunkten untersucht. Um die Hypothesen und die daraus gezogenen Schlüsse, im Hinblick auf ihrer Relevanz für die Kliniker, abzusichern, erscheint es sinnvoll, die Stichprobe auf die restlichen 15 Patienten des Projekts zu erweitern und die Nachhaltigkeit der Veränderungen bei den Patienten im Katamnese-Interview zu überprüfen. Es scheint ebenfalls sinnvoll die Therapien aller 20 Patienten auf die Frage hin zu untersuchen, wie prototypisch („psychoanalytisch“ oder „kognitiv-behavioristisch“) die Analytiker gearbeitet haben und wie die Adhärenz zum Prototyp mit den Behandlungsergebnissen korreliert.

Für die Überprüfung, inwieweit sich die oben geschilderten Befunde bestätigen lassen, bietet das „Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs- Projekt“ einen geeigneten Rahmen, indem mit Hilfe mehrerer Methoden das Fallmaterial analysiert werden kann.

Erweitern lässt sich unserer Ansatz noch durch die systematische Variation bestimmter Patientenmerkmale. Es können zum Beispiel die Einzeltherapien mehrerer Patienten eines Therapeuten analysiert werden. Auf diese Weise kann der Frage nachgegangen werden, ob sich Therapeuten unterschiedlichen Patienten gegenüber eher konstant oder unterschiedlich verhalten, also ob der Behandlungsstil des Therapeuten eher therapeutenpersönlichkeits-spezifisch oder dyade-spezifisch ist.

5.4 Nutzen für Kliniker

In diesem Kapitel werden ausgewählte Befunde aus der Studie präsentiert, die eine spezifische Implikation für die therapeutische Praxis haben.

Die aktuelle Forschung hat klar die große Bedeutung der interaktionellen Beziehungserfahrungen für strukturelle Veränderungen beim Patienten herausgestellt. Psychotherapie hat gute Erfolgschancen, wenn der „richtige“ Patient auf den „richtigen“ Therapeuten trifft (Strupp, 1999, S.27). Eigenschaften, die bislang dem Patienten zugerechnet worden sind, wie beispielsweise Motivation, Kooperationsbereitschaft, Einsichtsfähigkeit, erscheinen nun als Ergebnis interaktioneller Austauschprozesse zwischen Therapeut und Patient. Die Person des Therapeuten rückt stärker in den Vordergrund. Damit hat sich ein Bild von den erforderlichen persönlichen Qualitäten und den notwendigen Fähigkeiten des Therapeuten herauskristallisiert. Er sollte

einfühlend, auf den Patienten eingestellt, empfänglich und affektiv involviert sein, Wertschätzung vermitteln, aber auch zuversichtlich sein.

Die Befunde unserer Studie zeigen, dass jede der fünf Therapien sehr unterschiedlich verlaufen ist und sich das Therapiegeschehen in jeder Therapeut-Patienten-Dyade einzigartig entwickelt hat. Aus diesem Grund erscheint es unmöglich eine „Handlungsanleitung“ zu entwickeln, bei der mit einzelnen vorgegebenen Interventionen bei Patienten erhebliche Veränderungen erzielt werden können. Es bedarf einer flexiblen, auf den konkreten Patienten abgestimmten Vorgehensweise mit ständigem Abwägen des aktuellen intersubjektiven Geschehens. Welche Intervention bei welchem Patient zu einem bestimmten Zeitpunkt indiziert ist, ist dann eine Frage der persönlichen „Gleichung“ (Grawe, 1988) oder eines guten „Matchingprozesses“ (Leuzinger-Bohleber, 2001, S. 174) zwischen Analytiker und Analysand. Der Therapeut sollte versuchen, sein therapeutisches Angebot auf die Eigenarten des Patienten einzustellen.

Obwohl eine Generalisierung der Befunde aufgrund der Einzigartigkeit nur als schwer möglich erscheint, werden im Folgenden einige Faktoren aufgelistet, die nach den Befunden unserer Studie aber auch in anderen Studien der Wirksamkeitsforschung zum Therapieerfolg beitragen konnten. Die erste Aufgabe des Therapeuten besteht also darin, eine akzeptierende und einfühlende Situation zu schaffen. Dabei geht es um das ständige Bemühen, die unübersichtlichen Mitteilungen des Patienten wahrzunehmen, zu strukturieren und zu verstehen, die sich im aktuellen Kontext der dyadischen Interaktion ereignen, was über das „Erschaffen einer guten Beziehung“ (Strupp, 1999) hinausreicht. Die Fähigkeit, sich auf den Affekt, den der Patienten gerade erlebt, einzustimmen und darauf zu reagieren, trägt zum emotionalen Wachstum des Patienten bei. Eine fehlende selbstreflexive Funktion bei Patienten am Anfang der Therapie, könnte mit einer aktiveren Rolle des Therapeuten begegnet werden. Wie Befunde unserer Studie zeigen, wurden einige Therapien im Verlauf der Zeit in Richtung der supportiven Komponenten umgestaltet. Bei bestimmten Patienten, wie z.B. bei Patient 1, der strukturelle Schwächen in der Selbstwahrnehmung und Selbstregulation aufweist, sind auch Rat und Beruhigung angemessen. Das Benennen des vorläufigen Verständnisses eines Musters, das in der therapeutischen Interaktion hervortritt, weckt durch den Therapeuten beim Patienten den Willen zur Zusammenarbeit.

Patienten erwarten, dass Therapeuten aufmerksam, interessiert, fürsorglich, respektvoll und einfühlend sind. Therapeuten sollten den Patienten nicht den Eindruck vermitteln, sie seien nur ein weiterer Patient, etwas was die Patienten 3 und 4 aus unserer Stichprobe nicht nur einmal zur Sprache gebracht haben. Die therapeutische Beziehung sollte als eine „reale“ Beziehung erlebt werden.

Ich schließe mich der Einschätzung von Berns an: „Zusammenfassend ist festzuhalten wie Leuzinger-Bohleber es formulierte - eventuelle Idealisierung der Behandlungstechniken aufzugeben und zugleich weiterhin fest überzeugt zu bleiben von der Wirksamkeit und Güte des eigenen therapeutischen Angebots. Das Ziel könnte sein, als psychoanalytischer Psychotherapeut allegiant zu sein und zugleich die eigenen Begrenzungen und die des eigenen Verfahrens anzuerkennen“ (Berns, 2004, S. 294).

Schlusswort

Die im Theorieteil gegebene Übersicht über die Psychotherapieforschung verdeutlicht, dass, obwohl auf den psychoanalytischen Institutionen der Druck lastet, das „Kosten-Nutzen-Verhältnis“ der Psychoanalyse unter Beweis zu stellen (Krenberg, 2001), es heutzutage nicht mehr darum geht, die eigene Therapieschule zu rechtfertigen oder zu verteidigen oder ihre Überlegenheit nachzuweisen. Es geht vielmehr darum, Behandlungsmöglichkeiten für die Patienten zu optimieren (Schulte, 2005). Um ein besseres Verständnis für die Mechanismen zu bekommen, die Veränderungsprozesse bei Patienten ermöglichen, unterstützen und aufrechterhalten, liegt der aktuelle psychoanalytische Prozessforschungs-Fokus auf der Mikroprozess-Analyse psychoanalytischer Behandlung. Eine systematische multiperspektivische Untersuchung der „hochkomplexen Therapiesituation... im natürlichen Setting real stattfindender psychotherapeutischer Behandlungen...“ liefert „verlässliche Aufschlüsse über die wahren Ingredienzien der therapeutischen Behandlung“ (Tschuschke 2009, S.11).

Die vorliegende Arbeit versteht sich als Beitrag zur Prozess-Ergebnisforschung, die das psychotherapeutische Prozessgeschehen mit den erreichten Ergebnissen (strukturelle Veränderung des Patienten) in Beziehung zu setzen versucht. Veränderungen innerhalb des therapeutischen Prozesses wurden mithilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS) anhand von fünf Therapien analysiert. Ein Versuch die Interaktion und ihre Entwicklung innerhalb der Therapie sehr differenziert und in ihrem komplexen Gefüge zu untersuchen wurde mit dem Methode des „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“ (PQS) unternommen. Die sechs Komponenten des Therapieprozessmodels von Orlinsky und Howard (1989, 2009) - Vertrag, Patient, Therapeut, therapeutische Beziehung, therapeutische Operationen und therapeutische Realisierung - sowie psychoanalytische und kognitiv-behavioristische Prototypen (Ablon und Jones, 2000), bilden dabei die Grundlage zur Identifizierung der Merkmale des Therapieprozesses, deren Wechselwirkungen analysiert wurden. Diese Merkmale wurden durch eine multimethodische Vorgehensweise untersucht, in dem das Therapiegeschehen aus der Sicht unabhängiger Beurteiler in Zusammenhang zu den strukturellen Veränderungen bei den Patienten gesetzt wurde.

Wie die Befunde unserer Studie zeigen, weichen die Therapieverläufe voneinander ab, obwohl die Patienten mit ähnlicher Problematik nach ein und derselben Methode behandelt wurden. Aber wie Sandell (2007) betont, sind die Menschen sehr verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. Die einzelnen Patienten reagieren also auf ein und dieselbe Intervention unterschiedlich. Da jede analytische Dyade einzigartig ist, ist zu erwarten, dass die Interventionen auch einmalig sind. Deshalb ergibt sich oft aus den Mittelwertstatistiken, in denen durchschnittliche

Behandlungsergebnisse dargestellt werden, ein verzerrtes Bild von dem, was in der Therapie wirklich geschieht (Tschuschke, 2009). Um den Bedeutungskontext der einzelnen Merkmale zu erhalten und die Verbindungen zwischen den einzelnen Elementen bestimmen zu können, sind Einzelfallanalysen bestens geeignet.

Mit der Kombination einer quantitativen und einer qualitativen Methode haben wir in der vorliegenden Studie versucht, die Nachteile beider Vorgehensweisen auszugleichen. Mit dem PQS ist es gelungen, die Datenfülle in ihrer „Ungeordnetheit“ übersichtlich darzustellen (Jones, 1999), um sie visuell anschaulich und messbar zu machen. Mit der HUSS lassen sich Patienten in Bezug auf den Grad ihrer Auseinandersetzung und Bewältigung von Problemen einordnen und hinsichtlich ihres Entwicklungsverlaufes über die Behandlung hinweg miteinander vergleichen (Rudolf, 2000). Obwohl nur Material von fünf Psychotherapien mithilfe von Messmethoden nach den Standards der Prozess-Ergebnisforschung analysiert wurde, hoffen wir mit den gewonnenen Befunden zum besseren Verständnis des therapeutischen Geschehens beitragen zu können.

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projektive
APES	Assimilation of problematic experience scale
BST	Brief Strategical Therapy
CAMP	Collaborative Analytic Multicenter Program
CH.I	Charakteristische Items
Ebd.	Ebenda
HUSS	Heidelberger Umstrukturierungsskala
ICD-10	International Classification of Diseases – 10. Revision
IIM	Interpersonaler Interpretationsmechanismus
KB	Kognitiv-behavioristische Prototyp Items
MBWP	Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs-Projekt
MW	Mittelwert
O	Operations Prozesstyp
OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
P	Patienten Prozesstyp
PA	Psychoanalytische Prototyp Items
PAL	Psychoanalytische Langzeit Studie
Pat. Items	Patienten Items
PQS	Psychotherapie-Prozeß - Q-Sort
Proto	Prototyp
Prozess	Prozesstyp
R	Realisierungs Prozesstyp
R.I.	Uncharakteristische Items (R - reverse)
RCTs	randomisierten kontrollierten Gruppen
SASB	Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens
SpanW	Spannweite
SRF	Selbstreflexionsskala
SRT	systemisch-relationalen Therapie
T	Therapeuten Prozesstyp
T###	Termin Nr.
Therap. Items	Therapeuten Items
TPB	Therapeut-Patient-Beziehung Prozesstyp
V	Vertrags Prozesstyp
ZBKT	Zentrales Beziehungskonflikt-Thema

Abbildungs- und Diagrammverzeichnis

Abb. 2.2.1: Das Generic Model of Psychotherapy (Orlinsky, 2009, S. 329).....	43
Abb. 3.4.1: Operationalisierung der modifizierten Darstellung des „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky et al., 1986, 1994) mit PQS Items.....	54
Abb. 4.1.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 1.....	68
Diagramm 4.1.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 1.....	72
Diagramm 4.1.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat.1.....	83
Diagramm 4.1.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 1.....	84
Diagramm 4.1.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 1.....	90
Diagramm 4.1.5: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 1.....	91
Abb. 4.2.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 2.....	96
Diagramm 4.2.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 2.....	100
Diagramm 4.2.2 Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2.....	111
Diagramm 4.2.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2.....	112
Diagramm 4.2.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 2.....	118
Diagramm 4.2.5: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prototyp-Items über acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 2.....	119
Abb. 4.3.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 3.....	123
Diagramm 4.3.1: Mittelwertevergleich für die vier Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 3.....	126

DIagramm 4.3.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3.....	137
Diagramm 4.3.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3.....	138
Diagramm 4.3.4: Mittelwerteentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 3.....	144
Diagramm 4.3.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die acht Messzeitpunkte (100 Items), Pat. 3.....	144
Abb. 4.4.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat.	148
Diagramm 4.4.1: Mittelwertevergleich für die fünf Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 4.....	153
Diagramm 4.4.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4.....	167
Diagramm 4.4.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4.....	168
Diagramm 4.4.4: Mittelwertentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die 12 Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 4.....	174
Diagramm 4.4.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die 12 Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 4.....	175
Abb. 4.5.1: Umstrukturierung der 5 Foki, Pat. 5.....	179
Diagramm 4.5.1: Mittelwertvergleich für die zwei Messzeitpunkte, HUSS, Pat. 5.....	182
Diagramm 4.5.2: Anteil der PQS-Prozesstyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die zwei Messzeitpunkte, Pat. 5.....	189
Diagramm 4.5.3: Anteil der PQS-Prototyp-Items (charakteristische/uncharakteristische) für die zwei Messzeitpunkte, Pat.5.....	189
Diagramm 4.5.4: Mittelwertentwicklung der PQS-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 5.....	195
Diagramm 4.5.5: Mittelwertentwicklung der PQS-Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), Pat. 5.....	196

Diagramm 4.6.1: Übersicht über die HUSS-Befunde, Verlauf über alle Messzeitpunkte, fünf Patienten.....	201
Diagramm 4.6.2: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Vertrags-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	203
Diagramm 4.6.3: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Beziehungs-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	204
Diagramm 4.6.4: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Patienten-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	204
Diagramm 4.6.5: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Therapeuten-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	205
Diagramm 4.6.6: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Operations-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	205
Diagramm 4.6.7: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Realisierungs-Prozesstyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	206
Diagramm 4.6.8: Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Prozesstyp-Items für die gesamte Behandlung, (100 Items), fünf Patienten.....	206
Diagramm 4.6.9: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Psychoanalytischen Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte. (100 Items), fünf Patienten.....	207
Diagramm 4.6.10: Mittelwert-/Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS kognitiv-behavioristischen Prototyp-Items für die vier Messzeitpunkte, (100 Items), fünf Patienten.....	207
Diagramm 4.6.11: Wichtigkeitswert-Vergleich der PQS Prototyp-Items für die gesamte Behandlung, (100 Items), fünf Patienten.....	208
Diagramm 4.6.12: Stabilität der Behandlung, (100 Items), fünf Patienten.....	208

Tabellenverzeichnis

Tab. 3.3.1: Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS).....	50
Tab. 3.3.2: Auswahlliste für die zentralen Problembereiche (Foki), HUSS.....	51
Tab. 3.4.1: 20 charakteristische Items der “idealen” psychoanalytischen Therapie, PQS.....	52
Tab. 3.4.2: PQS Items Verteilung.....	53
Tab. 3.4.3: Übersicht aller 100 PQS Items, sortiert nach Prozesstyp und Prototyp.....	61
Tab. 3.6.1: Darstellung dse Patientenmaterials (T - Messzeitpunkt).....	63
Tab. 4.1.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 1.....	69
Tab. 4.1.2: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 1.....	70
Tab. 4.1.3: Entwicklung der Foki „Kommunikation/ Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 1.....	71
Tab. 4.1.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwahrnehmung - Selbstreflexion“, Pat. 1.....	71
Tab. 4.1.5: Entwicklung des Fokus „Objektwahrnehmung - Selbst-Objekt-Differenzierung“, Pat. 1.....	72
Tab. 4.1.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 1.....	74
Tab. 4.1.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 1.....	76
Tab. 4.1.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 1.....	78
Tab. 4.1.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 1.....	80
Tab. 4.1.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 1.....	81

Tab. 4.1.11: Farbkodierung der Items (pro Charakteristik).....	84
Tab. 4.1.12: Darstellung der Vertrags- Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	85
Tab. 4.1.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	85
Tab. 4.1.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	86
Tab. 4.1.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	86
Tab. 4.1.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	87
Tab. 4.1.17: Darstellung von Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 1.....	87
Tab. 4.1.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 1.....	88
Tab. 4.1.19: Darstellung von kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 1.....	89
Tab. 4.1.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 1.....	92
Tab. 4.2.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 2.....	97
Tab. 4.2.2: Entwicklung des Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 2.....	98
Tab. 4.2.3: Entwicklung des Fokus „Schuldkonflikt“, Pat. 2.....	98
Tab. 4.2.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 2.....	99
Tab. 4.2.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, Pat. 2.....	99
Tab. 4.2.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 2.....	102
Tab. 4.2.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS zum Zeitpunkt T1, Pat. 2.....	103
Tab. 4.2.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 2.....	105
Tab. 4.2.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 2.....	107

Tab. 4.2.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 2.....	109
Tab. 4.2.11: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik).....	112
Tab. 4.2.12: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	113
Tab. 4.2.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	113
Tab. 4.2.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	114
Tab. 4.2.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	114
Tab. 4.2.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	115
Tab. 4.2.17: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 2.....	115
Tab. 4.2.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 2.....	116
Tab. 4.2.19: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 2.....	117
Tab. 4.2.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 2.....	120
Tab. 4.3.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 3.....	123
Tab. 4.3.2: Entwicklung des Fokus „Unterwerfung vs. Kontrolle“, Pat. 3.....	124
Tab. 4.3.3: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt, Pat. 3.....	125
Tab. 4.3.4: Entwicklung des Fokus „Ödipal-sexueller Konflikt“, Pat. 3.....	125
Tab. 4.3.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung – Impulskontrolle“, Pat. 3.....	126
Tab. 4.3.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die vier Messzeitpunkte, Pat. 3.....	128
Tab. 4.3.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 3.....	130
Tab. 4.3.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 3.....	132

Tab. 4.3.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 3.....	133
Tab. 4.3.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 3.....	135
Tab. 4.3.11: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik).....	138
Tab. 4.3.12: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	139
Tab. 4.3.13: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	139
Tab. 4.3.14: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	140
Tab. 4.3.15: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	140
Tab. 4.3.16: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	141
Tab. 4.3.17: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 3.....	141
Tab. 4.3.18: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 3.....	142
Tab. 4.3.19: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 3.....	142
Tab. 4.3.20: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 3.....	145
Tab. 4.4.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 4.....	149
Tab. 4.4.2: Entwicklung des Fokus „Selbstwertkonflikt“, Pat. 4.....	150
Tab. 4.4.3: Entwicklung der Foki „Ödipal-sexueller Konflikt vs. Bindung“, Pat. 4.....	151
Tab. 4.4.4: Entwicklung des Fokus „Selbstwahrnehmung“ vs. „Abhängigkeit vs. Autonomie“, Pat. 4.....	151
Tab. 4.4.5: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung“, Pat. 4.....	152
Tab. 4.4.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die sechs Messzeitpunkte, Pat. 4.....	155

Tab. 4.4.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 4.....	156
Tab. 4.4.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 4.....	158
Tab. 4.4.9: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T3, Pat. 4.....	159
Tab. 4.4.10: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T4, Pat. 4.....	161
Tab. 4.4.11: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T5, Pat. 4.....	163
Tab. 4.4.12: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T6, Pat. 4.....	165
Tab. 4.4.13: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik).....	168
Tab. 4.4.14: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	169
Tab. 4.4.15: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	169
Tab. 4.4.16: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	170
Tab. 4.4.17: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	170
Tab. 4.4.18: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	171
Tab. 4.4.19: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 4.....	171
Tab. 4.4.20: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 4.....	172
Tab. 4.4.21: Darstellung der kognitiv-behavioristischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 4.....	173
Tab. 4.4.22: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat. 4.....	176
Tab. 4.5.1: Entwicklung des Fokus „Beziehungsmuster“, Pat. 5.....	179
Tab. 4.5.2: Entwicklung des Fokus „Abhängigkeit vs. Autonomie“, Pat. 5.....	180

Tab. 4.5.3: Entwicklung des Fokus „Objektwahrnehmung“, Pat. 5.....	180
Tab. 4.5.4: Entwicklung des Fokus „Selbststeuerung“, Pat. 5.....	181
Tab. 4.5.5: Entwicklung des Fokus „Bindung – Lösung“, Pat. 5.....	181
Tab. 4.5.6: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items für die zwei Messzeitpunkte, Pat. 5.....	184
Tab. 4.5.7: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T1, Pat. 5.....	186
Tab. 4.5.8: Rangfolge der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items zum Zeitpunkt T2, Pat. 5.....	187
Tab. 4.5.9: Farbkodierung der Items (für die Charakteristik).....	190
Tab. 4.5.10: Darstellung der Vertrags-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	190
Tab. 4.5.11: Darstellung der Beziehungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	191
Tab. 4.5.12: Darstellung der Patienten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	191
Tab. 4.5.13: Darstellung der Therapeuten-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	192
Tab. 4.5.14: Darstellung der Operations-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	192
Tab. 4.5.15: Darstellung der Realisierungs-Prozesstyp-Items, 100 Items, Pat. 5.....	193
Tab. 4.5.16: Darstellung der psychoanalytischen Prototyp Items, 100 Items, Pat. 5.....	193
Tab. 4.5.17: Darstellung der kognitive-behavioristische Prototyp Items, 100 Items, Pat. 5.....	194
Tab. 4.5.18: Entwicklung der Items über die Zeit, 100 Items, Pat.5.....	197
Tab. 4.6.1: Überblick über die Foki aller 5 Patienten.....	200

Literaturverzeichnis

- Abbass, A. A., Hancock, J. T., Henderson, J., & Kisely, S. (2006): Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, Article No.CD004687. doi:10.1002/14651858.CD004687.pub3
- Abbass, A., Kisely, S., & Kroenke, K. (2009): Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. doi:10.1159/000228247
- Ablon, J. S. & Jones, E. E. (1998): How expert clinicians` prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71-83.
- Ablon, J. S., Jones, E. E. (2005): On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568.
- Ablon, J. S.; Levy, R. A.; Katzenstein, T. (2006): Beyond brand names of Psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.
- Albani, C., Ablon, S., Levy, R. Kächele, H. (2007): Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Manual, Deutsche Version und Anwendungen, Verlag Ulmer Textbank, Ulm.
- Albani, C., Ablon, S., Levy, R., Metens, W., Kächele, H. (2008): Der “Psychotherapie-Prozeß Q-Set”. Von Enrico E. Jones. Verlag Ulmer Textbank, Ulm.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2001): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Göttingen: Hans Huber Verlag.
- Bänninger-Huber, E. (2001): Von der Erfolgsforschung zur Prozeßforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut*, 46, 348-352.
- Bernardi, R. (2003): What kind of evidence makes the analyst change his or her theoretical and technical ideas? In *Pluralism and Unity; Methods of Research in Psychoanalysis*, ed. M. Leuzinger-Bohleber, A.U. Dreher, & J. Canestri, London: International Psychoanalytical Association, pp. 125-136.
- Berns, U. (2004): Spezifische psychoanalytische Interventionen. Kaum wirksam, doch unverzichtbar? *Forum der Psychoanalyse*, 20, 284-299.
- Bihler, T. (2007): Struktur- und Prozessorientierte Psychotherapieforschung in der Psychoanalyse. Eine Darstellung des Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts (MBWP) In: Geus-Mertens (Hrsg.): Eine Psychoanalyse für das 21. Jahrhundert. (S. 49-60) Stuttgart: Kohlhammer.
- Blatt S.J., Auerbach J.S. und Levy K.N. (1997): Mental representations in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. In: *Review of general Psychology*, 1, 351-374.

- Blatt S.J. (2005). Commentary on Ablon and Jones. Journal of the American Psychoanalytic Association, 53 (2), 569-578.
- Bonde I. (2005): Effekte der Auswahl von Psychotherapiematerial auf Ergebnisse der Prozessforschung. Dissertation (<http://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DocumentServlet?id=>)
- Bucci, W. (2005): Process research. In Person, E.S., Cooper, A.M., Gabbard, G.O. (Eds): Textbook of psychoanalysis. (pp. 317 – 333). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Buchholz, M. (2009): Qualitative und quantitative Methoden in der Psychotherapieforschung. Vortrag im Rahmen der 59. Lindauer Psychotherapiewochen 2009 (http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2009/buchholz_m.pdf)
- Chassan, J. B. (1979): Research Design in Clinical Psychology and Psychiatry. New York: Irvington Pub; 2 Revised edition.
- Cramer B (2003): Kann der Therapeut aus der Psychotherapieforschung lernen? Kinderanalyse 11: 275–291
- de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R., & Dekker, J. (2009): The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. Harvard Review of Psychiatry, 17, 1–23. doi: 10.1080/16073220902742476.
- Dorber, K. (2007): Psychoanalytische (Einzelfall-) Psychotherapieprozeßforschung mit den Methoden der Plananalyse und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“. Dissertation. edoc.ub.uni-muenchen.de/8076/1/Dorber_Katrin.pdf.
- Dornes, M. (1997): Der kompetente Säugling. Frankfurt: Fischer.
- Dornes, M. (2004): Über Mentalisierung, Affektregulierung und die Entwicklung des Selbst. In: Forum Psychoanal 2004, (20), S. 175-199.
- Enke, H, Czogalik, D (1994): Allgemeine und spezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie. In: Heigl-Evers, A. (Hrsg.). Psychotherapie. Weinheim: PVU.
- Ermann, M. (2004): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. (Kapitel 15, S. 385-413). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fäh, M. (1998): Sind Langzeittherapien uneffektiv und unbezahlbar? In: Fäh, M., Fischer, G. (Hrsg.): Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. (S. 320-335) Gießen: Psychosozial Verlag.
- Field S.D., Brakham M., Shapiro D.A., Stilles W.B. (1994): Assessment of assimilation in psychotherapy: a quantitative case study of problematic experiences with a significant other. J. Counts Psychol 41: 397-406.
- Fonagy, P.; Target, M. (2001): Die Ergebnisse von Psychoanalysen – Die Arbeit des Anna Freud Centre. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 71 –92). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonagy, P. (2001): Attachment Theory and Psychoanalysis. Other Press Verlag, New York. In Deutsch: (2003). Bindungstheorie und Psychoanalyse. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart.

Fonagy, P., Target, M., Allison, L. (2003): Gedächtnis und therapeutische Wirkung. *Psyche*, 57, 841-856.

Fonagy, P., Gergely, Gy., Jurist, E. L.U. Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart

Frank JD, Frank JB (1996): Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy (4th ed.). Baltimore: John Hopkins University Press.

Freud S (1913): Zur Einleitung der Behandlung. *GW* Bd 8, S 453–478.

Freud, S. (1999): Die endliche und die unendliche Analyse. (S. 59-99). *GW*, Band 16. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.

Freud, S. (1999a): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW*, Band 8, S. 375 – 387. Frankfurt am Main: Fischer-Verlag.

Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G. & Gagnon, R. (1998): Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 190-209.

Gedo, P.M. (1999): Single Case Studies in Psychotherapy Research. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 274-280.

Grande, T., Rudolf, G., Oberbracht, C. (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.): *Psychoanalyse im Rückblick*. (S. 415-431) Gießen: Psychosozial-Verlag.

Grawe, K. (1988): Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 17, 1-7.

Grawe, K. (1989): Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozeßanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 23-34.

Grawe, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.

Grawe, K. ; Donati, R. ; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.

Grawe, K. (1999): Wie kann Psychotherapie noch wirksamer werden? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 185-199.

Greenberg, L. S. & Newman, F. L. (1996): An approach to psychotherapy change process research: Introduction to the special section. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 435-438.

Hartkamp N, Tress W, Hildenbrand G, Junkert-Tress B (1994): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der analytischen Psychotherapie. *Zschr Psychosom Med* 40: 341-352.

Hartmann, H. (1939): Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. In *Z Psa* 24: 62-135.

Høglend, M.D., Ph.D., Kjell-Petter Bøgwald, M.D., Svein Amlo, M.D., Oscar Heyerdahl, M.D., Øystein Sørbye, M.D., Alice Marble, Psy.D., Mary Cosgrove Sjaastad, M.D. and Håvard Bentsen, M.D. (2000): Assessment of Change in Dynamic Psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 9:190-199.

Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993): The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.

Huber, D., Brandl, T. & Klug, G. (2004): The Scales of Psychological Capacities (SPC): Measuring Beyond Symptoms. *Psychotherapy Research*, 14(1), 89-106.

Hümmeler V. (2007): Strukturelle Veränderungen Psychodynamischer Therapiefoki in Langzeittherapien Vergleich einer Online- vs. Offline- Perspektive. Dissertation. edoc.ub.uni-muenchen.de/10269/1/Huemmeler_Verena.pdf.

Jones E. E., Windholz, M. (1990): Die psychoanalytische Fallstudie als Methode für systematische Forschung. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 985-1015.

Jones, E. E., Cumming, J.D., Horowitz, M.J. (1988): Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 56, 48-55.

Jones, E. E. (2000): Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic therapy. Northvale, N.J.: Aronson.

Jones, E. E. (2001): Interaktion und Veränderung in Langzeittherapien. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 224 – 237). Stuttgart: Kohlhammer.

Kandel, E. (2006): Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Kantrowitz, J.L., Katz A.L. & Paolitto F. (1990): Follow up of psychoanalysis five to ten years after termination: I. Stability of change. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38: 471-496.

Kantrowitz, J.L. (1993): Outcome Research In Psychoanalysis: Review And Reconsideration. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 41, S:313-329.

Kächele, H. & Buchheim, P. (1996): Zur Professionalisierung der Psychotherapie in unserer Gesellschaft. *Psychotherapie*, 1, 12-21.

Kächele, H. (2005): Korrigierende emotionale Erfahrung – ein Lehr- und Lernprozess. Plenarvortrag am 13.04.2005 im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005. <http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf>

Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H., Hölzer, M., Hohage, R., Jimenez, J., Leuzinger-Bohleber, M., Mergenthaler, E., Neudert-Dreyer, L., Pokorny, D., Thomä, H. (2006): Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387-425.

Kantrowitz, J.L. (1997): A different perspective on the therapeutic process: The impact of the patient on the analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 127-153.

Kernberg, O. F. (1976): Objekt relations theory and clinical psychoanalysis. New York: Jason Aronson. (1976): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett/Cotta. 5. Auflage 1992.

Kernberg, O. (2001): Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M.: Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. (S. 61- 70). Stuttgart: Kohlhammer.

Kratochwill, T. R., Levin, J. R. (Eds.) (1992): Single -case research design and analysis. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Kriz, J. (2004): Methodologische Aspekte von "Wissenschaftlichkeit" in der Psychotherapieforschung. Psychotherapie und Sozialwissenschaften 6 (1), 6-31.

Küchenhoff J.A. (2007): Die Psychoanalyse wirkt. Eine empirische Langzeitstudie zur psychoanalytischen Psychotherapie. Pressemitteilung Schweizerischer Nationalfonds SNF. (<http://www.bbpp.de/kuechenhoff.htm>)

Lambert, M. J. & Hill, C. E. (1994): Assessing psychotherapy outcomes and processes. In S. L. Garfield (Ed.), Handbook of psychotherapy and behavior change (4. ed., pp. 72-113). New York: John Wiley & Sons.

Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons.

Leichsenring, F. (2004): "Empirically supported treatments": Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52(3), 209-222.

Leichsenring, F. (2005): Wirkungsnachweise psychoanalytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapie In Poscheschnik G et al. (Hrsg): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial-Verlag. S. 201-1221.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008): Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. Journal of the American Medical Association, 300, 1551–1565.

Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H. (2008): Die Göttinger Psychotherapiestudie . Forum Psychoanalyse, 24, 193 – 204.

Leuzinger-Bohleber, M.; Zwiebel, R. (Hg.) (1996): Psychoanalyse heute. Klinische und kulturtheoretische Perspektiven. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.) (1997): Psychoanalyse im Rückblick. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B., Beutel, M.E. (2001): Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. Psyche, 55, 193 – 276.

Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M. (2002): „Forschen und Heilen“ in der Psychoanalyse. Stuttgart: Kohlhammer.

Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999): The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.

Meissner, W.W. (1991): What is effective in psychoanalytic therapy: The move from interpretation to relation. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Mertens, W. (1991): Einführung in die psychoanalytische Therapie, Band 3. Kohlhammer Verlag. Stuttgart.

Mertens, W. (1993): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 3. Stuttgart: Kohlhammer.

Mertens, W. (2004): Plädoyer für eine methodenplurale psychoanalytische Forschung – wider einen unfruchtbaren Dogmatismus theoretischer und methodischer Art. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 6 (1), 48-66.

Mertens, W. (2008): Einige Überlegungen zur randomisierten klinischen Studie („RCT“) <http://www.dgpt.de/dokumente/RCT%20Prof.%20Mertens%20Januar%202008.pdf>

Moser, U. (1991): Vom Umgang mit Labyrinthen. Praxis und Forschung in der Psychoanalyse – eine Bilanz. *Psyche*, 45, 315-334.

Moore, M.D. and Bernard D. Fine (1990): Psychoanalytic Terms and Concepts. New Haven/London: The American Psychoanalytic Association and Yale University Press, 1990. 210 pp.. *Psychoanal Q.*, 67:740-742.

Neukom, M. (2004): Die Ausgangslage der Debatte um die Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapien in Deutschland und in der Schweiz. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 6 (1), 32-47.

Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (2006): The therapy relationship. In J. C. Norcross, L. B. Beutler & R. F. Levant (Eds.), Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions (pp. 208-218). Washington, DC: American Psychological Association.

Orlinsky, D. E. (1994): Learning from many masters. *Psychotherapeut*, 39, 2-9.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1984): A generic model of psychotherapy. Paper presented at the 1st annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI), Annapolis, MD.

Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986): Process and outcome in psychotherapy. In S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 311–381). New York: Wiley.

Orlinsky, D. E. & Howard, K. H. (1987): A generic model of Psychotherapy. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 6, 6-27.

Orlinsky, D. E., Gräwe, K. & Parks, B. K. (1994): Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In S. L. Garfield (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. ed., pp. 270- 276). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Orlinsky, D. E. (2009).: The “Generic Model of Psychotherapy” After 25 Years: Evolution of a Research-Based Metatheory. *Journal of Psychotherapy Integration*, 2009, Vol. 19, No. 4, 319–339.

Poscheschnik, G. (Hrsg.) (2005): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rudolf, G. (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. *Psychotherapeut*, 45, 237-246.

Rudolf, G., Grande, T., Oberbracht, C. (2001): Heidelberger Umstrukturierungsskala. Manual. Stand vom 03.08.2001 Unveröffentlichte Arbeit. Psychosomatische Klinik der Universität Heidelberg.

Rudolf, G.; Grande, T.; Dilg, R. et al. (2001): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 238 – 259). Stuttgart: Kohlhammer.

Rudolf, G. (2002): Wie können strukturelle Veränderungen in analytischen Langzeitpsychotherapien empirisch erfasst werden? In: Bohleber, W., Drews, S.: Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart. (S. 546 – 566). Stuttgart: Klett-Cotta.

Rudolf, G. (2005): Psychoanalyse und Forschung: Unüberwindbare Gegensätze? In: Poscheschnik, G. (Hrsg.): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. Grundlagen-Anwendungen-Ergebnisse. (S. 63-76). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Rudolf, G., Grande, T. (2006): Fokusbezogene psychodynamische Psychotherapie. Ein OPD-basierter Leitfaden. *Psychotherapeut*, 51, 276-289.

Rudolf, G. (2007): Strukturbezogene Psychotherapie: Klinisch-therapeutische und entwicklungspsychologische Grundlagen. Analytische Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie, 134, 223- 239.

Sandell, R. (1997): Langzeitwirkungen von Psychotherapie und Psychoanalyse. In Leuzinger-Bohleber & Stuhr (Hrsg.), Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung, (S. 348-365). Gießen: Psychosozial Verlag.

Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2001): Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Projekts. In: Psyche, Heft 3/2001.

Sandell, R. (2007): Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. In: Springer, A., München, K., Munz, D. (Hrsg.): Psychoanalyse Heute?! Gießen: Psychosozial-Verlag.

Schulter, D. (2005): Mut zu scheitern. (S. 180-198). In: Poscheschnik, G. (Hrsg.): Empirische Forschung in der Psychoanalyse.

- Shapiro, D. (1965): Neurotic styles. New York/London: Basic Book.
- Shedler, J. (2010): The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65 (2), 98-109. <http://www.apa.org/news/releases/2010/01/psychodynamic-therapy.aspx>.
- Sirigatti, S. (2004): Application of the Jones' Psychotherapy Process Q-Sort.Brief Strategic and Systemic Therapy European Review. N. 1 – 2004 (S. 194-205).
- Smith, E. W. L. (1995): A passionate, rational response to the “manualization” of psychotherapy. Psychotherapy Bulletin, 30, 36-40.
- Stephenson, W. (1953): The Study of behaviour . Chocago: University of Chicago Press.
- Stern, D. (1989): Die Repräsentation von Beziehungsmustern. Entwicklungspsychologische Betrachtungen. In: H. Petzold (1995) (Hrsg.). Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Band 2. Paderborn (Junfermann). S.193-218.
- Stern, D., Sander, L., Nahum, J., Harrison, A., Lyons-Ruth, K., Morgan, A., Bruschweiler-Stern., N., Tronick, E. (2002): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. Psyche, 56, 974-1006.
- Stiles, W.B. Elliot, R., Lewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Marginson F.R., Shapiro DN., Hardy G. (1990): Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. Psychotherapy 27: 411-420.
- Strauß, B. (1996): Quantitative Einzelfallanalyse - Grundlagen und Möglichkeiten. In C. Adler (Ed.), Quantitative Einzelfallanalyse und qualitative Verfahren (pp. 15-45). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Strupp, H.H. (1999): Können PraktikerInnen von der Forschung lernen? In H.Petzold & M. Märtners (Hrsg.), Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band I: Modelle, Konzepte, Settings (S.13-30). Opladen, Leske + Budrich.
- Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (2001): Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlkammer.
- Szecsody, I., Stoker, J. (2004): A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis. J. Amer. Psychoanal. Assn., 52:1236-1238.
- Thomä, H., Kächele, H. (2006): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 3: Forschung. Berlin: Springer.
- Tress, W., Hildenbrand, G., Junkert-Tress, B., Hartkamp, N. (1998): Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der analytischen Psychotherapie. In Tschuschke u.(Hrsg.), Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie- Studie von Grawe, Bernauer und Donati, (S. 86-105). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke V. (Hrsg.) (1998): Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Bernauer und Donati. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Tschuschke V., Cramer, A., Koemeda, M., Schulthess, P., von Wyl, A., Weber, R. (2009): Psychotherapieforschung – Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der

naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). Psychotherapie Forum 17, 160 - 176.

Wachtel, P. L. (1997): Psychoanalysis, Behavior Therapy, and the Relational World. Washington, DC, US: American Psychological Association. xxiv, 484 pp.

Wallerstein, R. S. (1989): The psychotherapy research project of the Menninger Foundation: An overview. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57, 195-205.

Wallerstein, R. S. (2001): Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 38 – 60). Stuttgart: Kohlhammer.

Wampold B.E. (2001): The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Lawrence Erlbaum Associates.

Weinryb, R., Rössel, R. (1991): Karolinska Psychodynamic Profile. KAPP. Acta Psychiatrica Scandivica, 363, 1-23.

Zepf, S., Huber, D., Klug, G. (2006): Die psychische Struktur in den „Skalen psychischer Kompetenzen“. Forum der Psychoanalyse, 2006, 22, S. 394-402

Zharkova (2005): Zusammenhänge zwischen Fonagys Konzept der reflexiven Kompetenz und dem psychoanalytischen Strukturbegriff der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik. Diplomarbeit (unveröffentlicht)

Anhang A - Datengrundlage (HUSS-Werte der OPD-Foki)

Tabelle 1: Patient 1

Fokus	T1	T2	T3	T6
Beziehungsdynamik	2,7	3,3	3,3	6
Selbstwertkonflikt	2	2,7	3,3	4,3
Unterwerfung vs. Kontrolle	-	2,7	3,3	-
Kommunikation	3	-	-	4,3
Selbstwahrnehmung	2,7	3	3,3	6
Objektwahrnehmung	2	2,7	3	4
MW	2,48	2,88	3,24	4,92

Tabelle 2: Patient 2

Fokus	T1	T2	T3	T4
Beziehungsdynamik	3	3,3	3,7	4,3
Unterwerfung vs. Kontrolle	3,3	3,7	3,7	4,3
Schuldkonflikt	2	2,7	3,3	4,3
Selbstwertkonflikt	1,3	2,7	3,3	5,7
Selbststeuerung	2,3	3,3	4	4,3
MW	2,38	3,14	3,6	4,58

Tabelle 3: Patient 3

Fokus	T1	T2	T3	T4
Beziehungsdynamik	2,3	3,3	3,3	3
Unterwerfung vs. Kontrolle	3	3,3	3	3
Selbstwertkonflikt	1,7	1,7	1,7	1,7
Ödipal-sexuelle Konflikt	3	3,3	3	3
Selbststeuerung	2,7	3	3	2
MW	2,54	2,92	2,8	2,54

Tabelle 4: Patient 4

Fokus	T1	T2	T3	T5	T6
Beziehungsdynamik	3,3	3,3	3	4,3	5,7
Selbstwertkonflikt	2,3	3,3	3,3	4,3	4,3
Ödipal-sexuelle Konflikt	2,3	-	3	3,3	3,3
Bindung	-	2,7	-	-	-
Selbstwahrnehmung	3,3	-	-	4	4,3
Abhängigkeit vs. Autonomie	-	3,3	3,3	-	-
Selbststeuerung	3	3,3	3,3	4	4,3
MW	2,8	3,18	3,18	3,98	4,38

Tabelle 5: Patient 5

Fokus	T1	T2
Beziehungsdynamik	2,3	3
Abhängigkeit - Autonomie	2	3
Objektwahrnehmung	1,3	2
Selbststeuerung	2,7	3
Bindung	2	2,7
MW	2,06	2,74

Anhang B - Ergänzungen und Erweiterungen zum HUSS-Manual

Stufe 1: Abwehr & Nichtwahrnehmung des Fokus

In den Beziehungen und Interaktionsstrukturen des Patienten wird die Problematik ausschließlich agiert. Zwischen Therapeut und Patient hat sich noch keine Arbeitsbeziehung entwickelt. Der Therapeut ist mit dem Erleben und Verstehen der szenischen Darstellungen beschäftigt. Es hat sich noch kein Miteinander, kein vertrauter Umgang eingestellt. Langsam entwickeln sich Interaktionsmustern auf der Basis von Übertragung und Gegenübertragung. Es kommt zu Handlungsdialogen zwischen Therapeut und Patient, die sich dem bewussten Erleben des Patienten noch völlig entziehen.

In der Gegenübertragung können bisweilen heftige Gefühle bis hin zu Spannungszuständen auftreten, die sich in körperlichen Reaktionen äußern können.

Die Interventionen des Therapeuten beinhalten ausschließlich das Containen und das Spiegeln.

In der Gegenübertragung entstehen Gefühle von Ärger und Wut in Folge der Erwartungshaltung und den Forderungen des Patienten, fortwährend Bestätigung zu erlangen. Der Therapeut fühlt sich stark funktionalisiert, als Person von dem Patienten nicht gesehen.

Stufe 2: Ungewollte Beschäftigung & äußere Konfrontation mit dem Problembereich

Zwischen Patient und Therapeut entwickelt sich ein intersubjektiv-interaktionelles Feld durch das beginnende Wechselspiel von Übertragungen und Gegenübertragungen. Es findet eine Konzentration auf Themen statt, die sich wiederholt darstellen. Beim Patienten liegt allerdings noch kein bewusstseinsnahes Erleben oder emotionales Verstehen vor. Der Therapeut sieht sich mit Abwehr und Widerstand konfrontiert, daher können Deutungen noch nicht verstanden werden. Als zentrale Interventionen dienen das Containen, das Spiegeln, das Klären und vereinzelte Deutungen.

Die projektiven Tendenzen werden auch in starken negativen Gegenübertragungsgefühlen deutlich, und dem Gefühl, sich aus dieser Gegenübertragung nicht wieder lösen zu können.

Der Therapeut kann den Patienten mit seinen Deutungen noch nicht erreichen. Der Patient beschäftigt sich im Gespräch mit ambivalenten Gefühlen der Therapie gegenüber. Er stellt den Sinn der Therapie infrage, überlegt die Behandlung abzubrechen.

Stufe 3: Vage Problemwahrnehmung

Zwischen Patient und Therapeut entwickelt sich zunehmend eine Arbeitsbeziehung. Die Problematik setzt sich im Bewusstsein des Patienten immer mehr durch. Im Beziehungsgeschehen wiederholen sich infolge von Übertragung und Gegenübertragung spezifische Interaktionsmuster, die von dem Patienten zunehmend bewusster erlebt werden können. Hierfür ausschlaggebend kann eine sichere und stabile therapeutische Beziehung sein, welche die Entfaltung sowohl von positiven als auch von negativen Übertragungsanteilen erst ermöglicht. Fortschritte in der Mentalisierungsfähigkeit und der Affektivität können die Wahrnehmung für das Selbsterleben und das Erleben der anderen verbessern. Die therapeutische Beziehung ermöglicht einen gemeinsamen Zugang und ein tieferes Verständnis der intersubjektiven Umwelt. Der Patient wird für Interventionen zugänglicher, da die Problematik ich-syntoner wird und sich die Abwehr lockert. Der Therapeut interveniert über das Containen und Spiegeln hinaus immer mehr mit Deutungen. Er versucht, zu klären und vorsichtig zu konfrontieren.

Zudem konnte er Einsicht in Aspekte der Objektwahrnehmung entwickeln. Hier ist der Patient bemerkenswert reflektiert und kann einräumen, dass dieses Bild der anderen wohl in vieler Hinsicht verzerrt und übertrieben ist. Er korrigiert seine Fehlwahrnehmung durch die Erkenntnis, dass sein starker Leistungsdruck und ihre Versagensängste zu einem hohen Maß „hausgemacht“ seien.

Durch das vage Problemverständnis greifen die Deutungen des Therapeuten nun häufiger, es kommt auf Seiten des Patienten zu einem zunehmenden emotionalen Verständnis.

Stufe 4: Anerkennung und Erkundung des Problembereiches

Die Arbeitsbeziehung hat sich nun vollständig etabliert. Es bilden sich spezifische Interaktionsmuster in der therapeutischen Beziehung heraus, die sich als zentrales Geschehen bearbeiten lassen. Negative Übertragungsanteile bekommen nun zunehmend Raum in der Beziehung, müssen nicht mehr so stark abgewehrt werden. Übertragungswiderstände lassen sich bearbeiten. Der Patient weicht immer wieder auf Außenübertragungsschauplätzen aus, allerdings lassen sich Übertragungen bereits in der therapeutischen Beziehung thematisieren. Zwischen Patient und Therapeut entsteht eine wachsende emotionale Bezogenheit. Die Beziehung vertieft sich, der Sinn der Behandlung wird nicht mehr infrage gestellt. Der Therapeut fühlt sich als Person einbezogen. Die Daseinsgewissheit des Therapeuten und das wachsende Selbstgefühl ermöglichen dem Patienten, die Problematik zu erkunden und aktiv anzugehen. Der Therapeut kann wagen, mehr zu konfrontieren und zu deuten. Gegenübertragungsgefühle sind nun positiver gefärbt; er trägt nicht mehr das intensive Gefühl mit sich, den Patienten zu entwerten.

Stufe 5: Auflösung alter Strukturen im Problembereich

Im Rahmen einer sicheren therapeutischen Beziehung treten die spezifischen Interaktionsmuster wiederholt auf. Es kann zu einer ausgeprägten negativen Übertragung kommen, die mit heftigen Gefühlen bei Patient und Therapeut begleitet ist. Die Bearbeitung der Übertragung kann nun vermehrt in der therapeutischen Beziehung stattfinden, weniger in den Außenbeziehungen. Die Intensivierung der therapeutischen Beziehung führt vermehrt zu Begegnungsmomenten (D. Stern: „now moments“), die ein gemeinsames Erleben und Verstehen ermöglichen und damit verbunden von zentraler Bedeutung für den Veränderungsprozess werden. Die Abwehr des Patienten scheint deutlich gelockert, was mitunter zur derzeitigen Verunsicherung führt.

Der Therapeut steht als Container für die heftigen Gefühle zu Verfügung. Darüber hinaus kann er nun vermehrt deuten (neben genetischen Deutungen verstärkt Deutungen, die sich direkt auf das interaktionelle Geschehen beziehen).

Stufe 6: Neuordnung des Problembereiches

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung entwickelt sich beim Patienten zunehmend ein sicheres Selbstgefühl. Der Therapeut wird vermehrt als ein reales Gegenüber, als eigene Person mit eigenen Empfindungen erlebt. Hieraus entwickelt sich ein neues Selbstverständnis in Beziehungen. Eine neue Art des Mit-dem-andern-Zusammenseins. Dem Patienten vermittelt sich das Gefühl von Verantwortung und Sicherheit in Beziehungen. Sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Therapeuten können bei dem Gefühl getrennter Subjekte eine tiefere emotionale Bezogenheit entstehen, die ein gemeinsames und gleichzeitiges Erleben verstärkt.

Heftige Gegenübertragungsgefühle beim Therapeuten sind zurückgegangen bzw. enthalten vermehrt positive Aspekte. Der Therapeut kann dem Patienten aufgrund des gesteigerten Selbstgefühls mehr zumuten, kann die Eigenaktivität des Patienten fördern.

Für die Stufe spricht neben den Gefühlen der Erleichterung und Beruhigung auch das neue Selbstverständnis des Patienten. Er ist in der Lage, andere ihm wichtige Personen angemessen zu beschreiben und wahrzunehmen. Es transportiert sich insgesamt eine sehr versöhnliche Haltung mit dankbaren Gefühlen (insbesondere dem Therapeuten gegenüber).

Stufe 7: Auflösung des Problems

Im Rahmen der therapeutischen Beziehung kann der Patient eine korrigierende Beziehungserfahrung erleben und internalisieren. Übertragungsanteile können bearbeitet und aufgelöst werden. Die Integration der Erfahrung eines neuen Miteinander seins eröffnet dem Patienten den Raum für eine Neugestaltung und Neuorientierung in Beziehungen. Der intersubjektive-interpersonelle Raum ermöglicht eine zunehmende Reflexivität und damit verbunden ein neues Selbstverständnis.

In den Gegenübertragungsgefühlen des Therapeuten können Gefühle von Akzeptanz und Integration entstehen. Der Patient wird als authentisch und emotional spürbar erlebt.

Anhang C - Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones

(Deutsche Version – Albani, C., Ablon, S., Levy, R., Kächele, H. 2007)

Item 1

Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Kritik, Abneigung, Neid, Verachtung, Wut oder Feindschaft gegenüber dem Therapeuten äußert, zum Beispiel der Patient wirft dem Therapeuten vor, die Therapie nicht genügend zu strukturieren.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle über den Therapeuten äußert, zum Beispiel dem Therapeuten Komplimente macht.

Item 2

Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten lenkt, wie zum Beispiel Mimik, Erröten, Lachen, Räuspern oder Körperbewegungen. Der Therapeut weist zum Beispiel darauf hin, dass der Patient lächelt, obwohl er sagt, er sei wütend.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das nonverbale Verhalten des Patienten nicht oder nur wenig thematisiert wird.

Item 3

Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Äußerungen oder das Verhalten des Therapeuten darauf hinweisen, dass er dem Patienten zuhört und ihn ermuntert fortzufahren, wie zum Beispiel hmmm, ja, sicher, richtig usw.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Therapeut nicht in dieser, das Erzählen erleichternden Art und Weise verhält (bezieht sich nicht auf Fragen und explorierende Kommentare)

N.B. Die Beurteilung basiert auf der Absicht des Therapeuten, nicht auf der Wirkung, d.h. nicht darauf ob es gelingt, das Erzählen zu erleichtern.

Item 4

Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn darüber gesprochen wird, was der Patient in der Therapie erreichen möchte. Diese Wünsche oder Ziele können sich auf persönliche oder innere Veränderungen (Zum Beispiel: Ich habe die Therapie angefangen, um meine Depression zu überwinden.) oder Veränderungen der Lebensumstände beziehen (Ich bin gespannt ob die Therapie dazu führen wird, dass ich heirate).

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn weder Patient noch Therapeut auf mögliche Konsequenzen oder Folgen der Therapie Bezug nehmen.

Item 5

Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient durch die Bemerkungen des Therapeuten verwirrt zu sein scheint. Das kann sowohl Abwehrcharakter haben, als auch durch mangelnde Klarheit seitens des Therapeuten bedingt sein. Zum Beispiel sagt der Patient wiederholt

"Wie bitte?", "Wie meinen Sie das?" oder zeigt auf andere Art und Weise, dass er nicht versteht, was der Therapeut meint.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Bemerkungen des Therapeuten problemlos versteht.

Item 6

Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Fähigkeit zeigt, die 'innere Welt' des Patienten so zu erfassen, als wäre es seine eigene; wenn der Therapeut sensitiv für die Gefühle des Patienten ist und dieses Verständnis in einer Art und Weise kommunizieren kann, die dem Patienten angemessen erscheint, zum Beispiel der Therapeut sagt etwas, das ein Verständnis dafür erkennen lässt, wie sich der Patient in einer bestimmten Situation gefühlt hat.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut kein einfühlendes Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben scheint.

Item 7

Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Anspannung, Angst oder Unruhe zeigt. Dies kann durch direkte Aussagen geschehen, zum Beispiel: "Ich fühle mich heute nervös", oder indirekt durch Stammeln, Stottern oder andere Indikatoren auf der Verhaltensebene.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient ruhig oder entspannt wirkt, oder sich wohl zu fühlen scheint.

Item 8

Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient durch die Abhängigkeit besorgt wirkt oder sich unwohl zu fühlen scheint, zum Beispiel ein Bedürfnis zeigt, sich vom Therapeuten zurückzuziehen oder er zeigt auf irgendeine Art und Weise die Besorgnis, er könne von der Therapie abhängig werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Patient in der Abhängigkeit wohl zu fühlen scheint. Das kann sich in Äußerungen von Hilflosigkeit zeigen, oder der Patient fühlt sich wohl oder zufrieden in einer abhängigen Beziehung zum Therapeuten.

Als neutral beurteilen, wenn der Patient eine relative Unabhängigkeit in der therapeutischen Beziehung empfindet.

Item 9

Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber kühl, förmlich und unbeteiligt wirkt oder durch emotionale Zurückhaltung oder Rückzug gekennzeichnet ist.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut emotional aufgeschlossen für den Patienten und affektiv involviert erscheint.

Item 10

Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient wünscht oder versucht, die therapeutische Beziehung in eine gleichberechtigtere (mehr soziale) oder persönlichere und intime Beziehung zu verwandeln. Zum Beispiel: Der Patient macht sich Sorgen um den Therapeuten oder versucht etwas über das Privatleben des Therapeuten zu erfahren.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht zu versuchen scheint, größere Nähe zum Therapeuten herzustellen.

Item 11

Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Sexualität des Patienten besprochen wird. Dies kann in Form von Gesprächen über sexuelle Probleme oder sexuelle Gefühle, Phantasien oder aktuelle Erfahrungen des Patienten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient erzählt, dass er häufiger Sex mit seiner/seinem LiebespartnerIn haben will.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht über sexuelle oder erotische Inhalte spricht.

Item 12

In der Stunde wird geschwiegen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn oft Schweigen oder bedeutsame Pausen oder einige ausgedehnte Schweigephasen auftreten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn wenig geschwiegen wird.

N.B. Kurze Pausen im Gespräch sollten nicht als Schweigen gewertet werden, es sei denn sie sind sehr häufig oder länger als einige Sekunden.

Item 13

Der Patient ist lebhaft.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient lebendig oder expressiv wirkt. Zum Beispiel: Der Patient reagiert lebhaft auf eine Interpretation des Therapeuten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient gelangweilt, teilnahmslos oder leblos erscheint.

Item 14

Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Sorge darüber äußert oder den Eindruck vermittelt, sich missverstanden zu fühlen oder annimmt, dass ihn der Therapeut nicht verstehen kann. Zum Beispiel: Eine Witwe zweifelt die Fähigkeit des Therapeuten an, ihre Lage zu verstehen, da der Therapeut niemals in ihrer Situation war.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient irgendwie zum Ausdruck bringt, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt. Zum Beispiel: Der Patient sagt in Reaktion auf eine Bemerkung des Therapeuten: "Ja, genau das meine ich".

Item 15

Patient initiiert keine Themen, ist passiv.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient keine Gesprächsthemen oder Probleme einbringt, oder keine Verantwortung für den Verlauf der Stunde übernimmt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass er nicht weiß, worüber er sprechen soll.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Schweigen unterbricht oder Themen entweder spontan oder in Reaktion auf Nachfragen des Therapeuten einbringt und diese Themen aktiv (weiter)verfolgt oder vertieft.

Item 16

Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn im Gespräch somatische Themen oder körperliche Symptome betont werden. Zum Beispiel: Der Patient klagt über Müdigkeit oder Krankheit, über Kopf- oder Menstruationsschmerzen, schlechten Appetit und ähnliches.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn körperliche Beschwerden kein wichtiges Gesprächsthema sind.

Item 17

Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufig interveniert.

Nicht auf Grund der Angemessenheit der Interventionen beurteilen. Zum Beispiel erfolgt eine Wertung als sehr charakteristisch, wenn der Therapeut so aktiv ist, dass er häufig unterbricht oder eingreift, um eine Frage zu stellen oder eine Meinung zu äußern, oder er stark die Richtung in der Stunde vorgibt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut relativ selten interveniert und wenig Anstrengungen unternimmt, die Interaktion zu strukturieren, oder der Therapeut dazu neigt, der Führung des Patienten zu folgen, zum Beispiel: Der Therapeut gestattet es dem Patienten, die wesentlichen Gesprächsthemen einzubringen und hilft dem Patienten anschließend seine (des Patienten) Gedankengänge zu verfolgen.

Item 18

Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.

(N.B. eine Plazierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten nicht offen oder subtil negativ beurteilt, "inakzeptables" oder problematisches Verhalten des Patienten auf eine Art und Weise exploriert wird, die dem Patienten das Gefühl vermittelt, wertgeschätzt zu sein.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Bemerkungen des Therapeuten oder sein Ton Kritik oder mangelnde Akzeptanz zum Ausdruck bringen. Eine eher extreme Plazierung erfolgt, wenn der Therapeut zum Ausdruck bringt, dass er den Charakterzüge oder die Persönlichkeit des Patienten als unangenehm empfindet.

Item 19

Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die therapeutische Beziehung sexualisiert erscheint. Das kann variieren von einer warmen, erotisch gefärbten Beziehung, über schüchternem oder verführerischem Verhalten des Patienten bis zu offen geäußerten Wünschen nach sexueller Befriedigung. Zum Beispiel: Der Patient spricht über sexuelle Erfahrungen in einer Art und Weise, als wolle er das sexuelle Interesse des Therapeuten wecken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die therapeutische Beziehung im Wesentlichen nicht sexualisiert erscheint. Eine eher extreme Plazierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Patient (oder der Therapeut) Themen oder Verhaltensweisen vermeidet, die als sexuelles Interesse, verstanden werden könnten, oder es wird versucht, erotische Gefühle in den Griff zu bekommen oder zu unterdrücken.

Item 20

Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.

(N.B. Plazierung in der uncharakteristischen Richtung impliziert, dass der Patient sich angepasst verhält.)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Patient in einer Art und Weise verhält, die darauf zielt, eine emotionale Reaktion beim Therapeuten hervorzurufen. Zum Beispiel: Der Patient

versucht Zurückweisung durch den Therapeuten auszulösen, indem er Verhaltensweisen an den Tag legt, die geeignet sind, den Therapeuten zu ärgern oder Inhalte der therapeutischen Vereinbarung verletzen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient besonders angepasst oder fügsam ist oder die Rolle des "guten Patienten" zu spielen scheint, um dem Therapeuten zu gefallen.

Item 21

Therapeutische Selbstöffnung

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten persönliche Informationen oder Reaktionen offenbart. Zum Beispiel: Der Therapeut erzählt dem Patienten etwas über seine Herkunft oder sagt zu dem Patienten: "Ich finde, dass sie ein sehr liebenswerter Mensch sind."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Therapeut solcher Selbstöffnung enthält. Eine eher extreme Plazierung in dieser Richtung zeigt an, dass sich der Therapeut auch dann nicht öffnet, wenn der Patient ihn dazu drängt. Zum Beispiel: Der Therapeut antwortet nicht direkt, wenn der Patient fragt, ob er verheiratet ist.

Item 22

Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten fokussiert oder die Aufmerksamkeit darauf lenkt, speziell wenn die Absicht erkennbar ist, solche Gefühle zu mildern. Zum Beispiel: Der Therapeut bemerkt, dass sich der Patient offenbar schuldig fühlte, als er einmal nicht auf die ständigen Bitten seiner Tochter um Hilfe reagierte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht betont.

Item 23

Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Interaktion auf ein bestimmtes oder auf einige wenige Themen konzentriert. Zum Beispiel: Das beherrschende Thema der Stunde war das Gefühl des Patienten, dass er es zeitlebens und in vielerlei Hinsicht nicht geschafft hat, den Erwartungen seines Vaters gerecht zu werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn zahlreiche Themen besprochen werden, oder das Gespräch irgendwie diffus wirkt.

Item 24

Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten ineffektiv oder unangemessen erscheinen und wenn seine Reaktion sich nicht ausschließlich aus der therapeutischen Interaktion ergibt, sondern sich möglicherweise aus den psychischen Konflikten des Therapeuten ableitet (zum Beispiel Gegenübertragungsreaktionen). Zum Beispiel: Der Therapeut scheint bestimmte Affekte zu vermeiden, die der Patient ausdrückt oder ausdrücken sollte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die persönlichen emotionalen Reaktionen des Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht unangemessen belasten.

Item 25

Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient am Anfang der Stunde Unbehagen oder Verlegenheit zeigt. Zum Beispiel: Nach längerem Schwiegen sagt der Patient: "Ich weiß nicht, worüber ich heute sprechen soll".

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Stunde direkt beginnt, ohne längere Pause oder Fragen des Therapeuten.

Item 26

Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Scham, Schuld, Furcht oder Traurigkeit im Verlauf der Stunde ausdrückt. Je extremer die Plazierung, umso intensiver der Affekt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient keine solch unangenehmen Gefühle ausdrückt.

Item 27

Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst er dazu gedrängt wird)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut explizit Ratschläge gibt oder bestimmte Vorschläge macht, die der Patient annehmen oder ablehnen kann. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Vielleicht sollten Sie einen Rechtsanwalt fragen, wie die Erbschaft am besten zu handhaben ist.". Oder der Therapeut hält den Patienten an, verschiedene Optionen zu bedenken und jede Alternative abzuwägen. Zum Beispiel: Der Therapeut weist auf Möglichkeiten hin, die der Patient übersieht und hält den Patienten an, die Konsequenzen der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Ratschläge gibt. Eine extreme Plazierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Therapeut solche Anleitung nicht gibt, auch wenn der Patient danach verlangt oder es vielleicht hilfreich wäre.

Item 28

Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung zutreffend wahrnimmt. Dies soll aus den Kommentaren, Interventionen oder der generellen Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber erschlossen werden. Die Beurteilung soll unabhängig von der Art der Therapie (zum Beispiel kognitiv-behavioral, psychoanalytisch) erfolgen, sie soll aus der Perspektive der jeweiligen Therapieform vorgenommen werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Weise den emotionalen Zustand, die Bedeutung dessen, was der Patient sagt oder die Art der Interaktion missversteht oder das Problem falsch formuliert.

Item 29

Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient davon spricht, dass er größere Distanz zu oder Unabhängigkeit von jemandem will (jedoch nicht vom Therapeuten). Zum Beispiel: Der Patient will endgültig frei vom Einfluss seiner Eltern sein.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht darüber spricht, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen.

Item 30

Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn im Gespräch spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont werden, die dazu dienen Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen. Zum Beispiel: Der Therapeut schlägt vor, die Überzeugung des Patienten näher zu betrachten, wonach er wertlos sei, wenn nicht alles, was er in Angriff nimmt, perfekt gelingt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur wenig oder gar nicht von solchen Überzeugungen oder Konstrukten die Rede ist.

Item 31

Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Fragen stellt, um Informationen zu gewinnen oder den Patienten anhält, ein Erlebnis genauer zu beschreiben. Zum Beispiel der Therapeut fragt nach der Lebensgeschichte des Patienten oder danach, was dem Patienten durch den Kopf ging, als er zufällig einen Bekannten auf der Straße traf.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht aktiv versucht, Informationen zu erhalten.

Item 32

Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn eine neue Perspektive, eine neuer Zusammenhang, eine neue Haltung oder abgewehrte Inhalte im Verlauf der Stunde auftauchen. Zum Beispiel im Anschluss an eine Bemerkung des Therapeuten wirkt der Patient nachdenklich und sagt: "Ich glaube, das ist wahr. So habe ich das noch nie gesehen."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn keine neue Einsicht im Verlauf der Stunde auftritt.

Item 33

Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient davon spricht, jemandem nahe zu sein oder vom Wunsch nach Nähe und Intimität (jedoch nicht auf den Therapeuten bezogen). Zum Beispiel: Der Patient berichtet, dass er einsam ist und nicht allein sein möchte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht über Nähe oder den Wunsch nach Nähe spricht.

Item 34

Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dazu neigt zu externalisieren und andere oder äußere Umstände wegen seiner Schwierigkeiten anzuklagen. Zum Beispiel der Patient behauptet, dass seine Schwierigkeiten mit der Arbeit auf sein Pech mit Arbeitgebern zurückzuführen seien.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient selbst Verantwortung für seine Probleme übernimmt, zum Beispiel feststellt, dass misslungene Beziehungen das Resultat seiner ungeeigneten Partnerwahl sind.

Item 35

Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn, im positiven oder im negativen, das Selbstkonzept oder Gefühle, Einstellungen oder Wahrnehmungen bezüglich der eigenen Person ein

Gesprächsthema sind. Zum Beispiel: Der Patient erzählt davon, dass es ihm gelegentlich schwer fällt für sich einzustehen, weil er sich dann als zu aggressiv erlebt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das Selbstbild nur eine untergeordnete oder keine Rolle im Gespräch spielen.

Item 36

Der Therapeut weiß auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Abwehrmechanismen des Patienten, die darauf zielen, die Wahrnehmung bedrohlicher Informationen oder Gefühle zu verhindern, ein zentrales Thema darstellen. Zum Beispiel: Der Therapeut spricht an, dass der Patient seine Liebe zum Vater bezeugt, nachdem er kritische Bemerkungen über ihn gemacht hatte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn diese Art von Abwehrdeutungen in der Stunde nur eine untergeordnete oder keine Rolle spielen.

Item 37

Der Therapeut verhält sich "lehrhaft".

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber der eines Lehrers gegenüber einem Schüler entspricht. Dies kann unabhängig vom konkreten Inhalt beurteilt werden. Der Therapeut kann z.B. Information vermitteln, Ratschläge geben oder Deutungen in Form einer Anweisung geben.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber keine Lehrer-Rolle einnimmt.

Item 38

Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn eine bestimmte Aktivitäten besprochen werden, die der Patient außerhalb der Therapie in Angriff nehmen soll, wie zum Beispiel die Gültigkeit einer bestimmten Überzeugung überprüfen, sich anders verhalten, als es der Patient üblicherweise tut oder sich bezüglich seiner Erkrankung zu belesen. Zum Beispiel: Es wird davon gesprochen, eine gefürchtete Situation oder ein gefürchtetes Objekt aufzusuchen, das der Patient üblicherweise vermeidet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nicht darüber gesprochen wird, solche Verhaltensweisen außerhalb der Therapie auszuprobieren.

Item 39

Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn entweder der Patient oder der Therapeut mit dem jeweiligen anderen rivalisiert. Dies kann in Form von Prahlen, sich aufwerten oder den anderen abwerten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient äußert, dass Therapeuten ein bequemes Leben führen, während er selbst im richtigen Leben steht und arbeitet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Patient und Therapeut nur wenig oder nicht rivalisieren.

Item 40

Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.

(N.B. eine Plazierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten auf bestimmte Personen beziehen. Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie fühlten sich verletzt und wütend, als ihre Mutter sie kritisierte."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten nicht auf bestimmte Personen oder auf andere Aspekte des Lebens des Patienten beziehen. Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie scheinen dazu zu neigen, sich zurückzuziehen, wenn andere ihnen nahe kommen."

Item 41

Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient über Vorhaben, Ziele oder den Wunsch nach Erfolg und Status spricht. Der Patient spricht zum Beispiel über seine Hoffnung, Rechtsanwalt zu werden und ein gutes Einkommen zu erzielen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient über eine Einengung bzgl. seiner Zukunftserwartungen spricht, entweder in Form realistischer Planung oder von Wunschdenken.

Item 42

Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient mit den Vorschlägen, Beobachtungen oder Interpretationen des Therapeuten meist nicht übereinstimmt oder sie ignoriert. Zum Beispiel wenn der Patient nach einer zentralen Interpretation des Therapeuten meint, er glaube nicht, dass dies den Punkt treffe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen.

Item 43

Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, das Verhalten anderer Personen im Leben des Patienten zu interpretieren. Der Therapeut bietet zum Beispiel an, dass der/die LiebespartnerIn des Patienten Probleme mit Intimität habe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Äußerungen zur Bedeutung des Verhaltens anderer macht.

Item 44

Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber wachsam, misstrauisch oder argwöhnisch zu sein scheint. Der Patient fragt sich zum Beispiel ob ihn der Therapeut wirklich mag oder ob sich eine andere, versteckte Bedeutung in den Äußerungen des Therapeuten verbirgt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint.

Item 45

Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut eine supportive, anwaltsartige Haltung gegenüber dem Patienten einnimmt. Dies kann durch die Bestärkung von Handlungen des Patienten geschehen oder indem der Patient zu sozial kompetentem Verhalten ermutigt wird. Oder der Therapeut stimmt positiven Selbstbewertungen des Patienten zu, oder er betont die Stärken des

Patienten, zum Beispiel: "Sie haben das in der Vergangenheit hinbekommen und können es wieder schaffen."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine supportive Rolle in diesem Sinne einnimmt.

Item 46

Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten eindeutig, direkt und leicht verständlich ist. Bewerten Sie das Kommunikationsverhalten des Therapeuten als sehr charakteristisch, wenn sein Sprachstil originell, außergewöhnlich.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten diffus, zu abstrakt, stereotyp oder durch Jargon geprägt ist.

Item 47

Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut bereit und offen wirkt, Kompromisse einzugehen, wenn Unstimmigkeiten oder Konflikte auftreten. Zum Beispiel: Wenn sich der Patient über den Therapeuten ärgert, versucht der Therapeut den Patienten zu beschwichtigen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Anstrengungen unternimmt die Beziehung zu verbessern, wenn Schwierigkeiten auftreten.

Item 48

Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten anhält sich seine eigenen Gedanken zu machen, oder so zu handeln, wie der Patient es selbst für richtig hält. Zum Beispiel: Der Therapeut stellt fest, dass er jetzt gehört hat, was die Mutter des Patienten oder seine Kollegen denken, was der Patient tun soll, er aber noch nicht wisse, was der Patient selbst denke oder tun wolle.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht zum Thema macht.

Item 49

Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient gemischte Gefühle gegenüber dem Therapeuten äußert, oder wenn der Inhalt der Äußerungen über den Therapeuten nicht im Einklang mit seinem Verhalten bzw. seinem üblichen Benehmen steht, oder Gefühle verdrängt werden. Zum Beispiel: Der Patient stimmt einem Vorschlag des Therapeuten überschwänglich zu, fährt dann jedoch mit Äußerungen fort, aus denen hervorgeht, dass er sich über Personen ärgert, die ihm vorschreiben, was er zu tun habe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur schwache Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber ausgedrückt werden.

Item 50

Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut über Gefühle spricht oder sie betont, die der Patient für falsch, unangemessen oder gefährlich hält. Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass der Patient manchmal einen eifersüchtigen Zorn seinem erfolgreicherem Bruder gegenüber empfindet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht dazu tendiert, emotionale Reaktionen zu betonen, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind.

Item 51

Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten von oben herab zu behandeln scheint, als sei dieser weniger intelligent, kultiviert oder intellektuell. Dies kann aus der Art und Weise geschlussfolgert werden, wie der Therapeut Kommentare oder Ratschläge gibt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut mit seiner Art, seinem Ton, seiner Stimme oder der Art seiner Kommentare vermittelt, dass er sich nicht überlegen fühlt.

Item 52

Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient seine Probleme in einer Art und Weise darzustellen scheint, die auf die Hoffnung oder Erwartung schließen lässt, dass der Therapeut spezielle Vorschläge oder Ratschläge zu deren Lösung anbieten wird. Zum Beispiel: Der Patient äußert Unsicherheit darüber, ob er seine Partnerbeziehung beenden soll und fragt den Therapeuten, was er machen soll. Die Bitte um eine Lösung muss nicht explizit geäußert werden, sondern kann auch nur in der Art und Weise, wie der Patient das Problem darstellt, deutlich werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich weder explizit noch implizit darauf zu verlassen scheint, dass der Therapeut seine Probleme löst.

Item 53

Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient damit beschäftigt zu sein scheint, was der Therapeut von seinem Verhalten denken könnte oder wie er vom Therapeuten bewertet wird. Zum Beispiel könnte der Patient sagen: "Sie denken wahrscheinlich, dass es dumm war, das zu tun.". Der Beurteiler kann dies auch aus dem Verhalten des Patienten schlussfolgern. Zum Beispiel: Der Patient prahlt mit seinen Leistungen, um den Therapeuten positiv zu beeindrucken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht damit beschäftigt zu sein scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten zu sein scheint.

Item 54

Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich in einer leicht verständlichen Art ausdrückt und verhältnismäßig klar und fließend spricht.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient unzusammenhängend spricht, häufig abschweift und unbestimmt bleibt. Das kann sich manchmal darin äußern, dass es dem Beurteiler schwer fällt, den roten Faden in den Themen, die der Patient anspricht, zu verfolgen.

Item 55

Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Hoffnung oder Erwartung ausdrückt, dass die Therapie ihm helfen wird.

Eine eher extreme Plazierung bedeutet, dass der Patient unrealistisch positive Erwartungen ausdrückt, d.h. dass die Therapie all seine Probleme lösen wird und dass sie ihn vor zukünftigen Schwierigkeiten schützen wird. Zum Beispiel: Der Patient drückt die Hoffnung aus, dass die Therapie zu schnellen Erfolgen führen wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Kritik an der Therapie äußert. Zum Beispiel: Er vermittelt Enttäuschung darüber, dass die Therapie nicht effektiver oder befriedigender verläuft.

Eine eher extreme Plazierung bedeutet, dass der Patient Skepsis, Pessimismus oder Ernüchterung darüber äußert, was in der Therapie erreicht werden kann.

Item 56

Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.

(Als neutral einschätzen, wenn Affekt und Bedeutung zwar offensichtlich sind, der Patient aber damit umgehen kann.)

Das Item bezieht sich auf die Haltung, die der Patient zu dem, was er berichtet, einnimmt; wie ernst er es zu nehmen scheint, aber auch wie offen sein Affektausdruck ist.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient wenig emotionale Beteiligung zeigt, im Allgemeinen flach, unpersönlich oder indifferent ist (Spannung/Erregung kann vorhanden sein oder auch nicht).

Eher als neutral einschätzen, wenn Affekt und Bedeutung zwar offensichtlich sind, der Patient diese aber kontrollieren kann und durch anderes, weniger affektives Material ausgleicht.

Eine eher extreme Plazierung am uncharakteristischen Pol erfolgt, wenn der Patient intensive Gefühle ausdrückt, Gefühlsausbrüche hat und sich tief beunruhigt fühlt.

Item 57

Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten Aspekte der Therapie erklärt oder Fragen zum Behandlungsprozess beantwortet. Zum Beispiel: Der Therapeut reagiert auf eine direkte Frage oder Bitte des Patienten mit der Erläuterung, dass er es vorzieht, diese Frage nicht sofort zu beantworten, weil sich auf die Weise die Gelegenheit bietet, den Gedanken und Gefühlen, die der Patient mit dieser Frage verbindet, besser nachzugehen.

Mit diesem Item soll auch erfasst werden, wenn der Therapeut dem Patienten die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken vorschlägt oder ihn darin anleitet. Zum Beispiel: Der Therapeut schlägt vor, dass der Patient versuchen soll, seine Gefühle wahrzunehmen oder seine Augen zu schließen und sich eine bestimmte Szene vorzustellen oder während der Stunde in der Phantasie ein Gespräch mit jemandem zu führen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut sich wenig oder gar nicht bemüht, das Rational der Behandlungstechnik zu erklären, obwohl ein gewisser Druck besteht oder es hilfreich sein könnte.

Item 58

Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich widersetzt, seine eigene Rolle bei der Aufrechterhaltung seiner Probleme zu untersuchen. Zum Beispiel: Der Patient umgeht, vermeidet oder verhindert er bestimmte Themen oder wechselt wiederholt das Thema, wann immer ein bestimmter Punkt angesprochen wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt, die emotional belastend oder erschütternd sein können, oder er in der Lage ist, diesen nachzugehen.

Item 59

Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Unzulänglichkeit, Unterlegenheit oder Unfähigkeit ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass nichts, was er in Angriff nimmt, wirklich so ausgeht, wie er es sich erhoffte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Effektivität, Überlegenheit oder sogar Triumph ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient zählt persönliche Erfolge auf oder beansprucht Beachtung für eine persönliche Eigenschaft oder Fähigkeit.

Item 60

Der Patient hat eine kathartische Erfahrung.

(Als uncharakteristisch einordnen, wenn einer emotionalen Äußerung keine Erleichterung folgt.)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Erleichterung erlebt, wenn er Zugang zu einem unterdrückten oder angestauten Gefühl gefunden hat. Zum Beispiel weint der Patient heftig über den Tod eines Elternteils und sagt dem Therapeuten dann, dass er sich besser fühlt, weil er diese Gefühle zulassen konnte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn auf das Erleben eines starken Affektes kein Gefühl der Erleichterung oder Entspannung folgt.

Als neutral einordnen, wenn kathartische Erfahrungen kaum oder gar keine Rolle in der Stunde spielen.

Item 61

Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient scheu, verlegen oder selbstunsicher oder im Extrem sogar verletzt oder gekränkt wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient ungehemmt, zuversichtlich oder selbstsicher wirkt.

Item 62

Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten benennt. Zum Beispiel bemerkt der Therapeut, dass sich der Patient immer wieder seinen SexualpartnerInnen in einer Form anbietet, die geradezu dazu einlädt, ihn schäbig zu behandeln.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut kein solches Thema oder wiederkehrendes Muster benennt.

Item 63

Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen ein zentraler Fokus des Gespräches sind.

(Ausgeschlossen davon sind Gespräche über die therapeutische Beziehung (dafür Item 98 verwenden) und Gespräche über Partnerbeziehungen (dafür Item 64 verwenden).)

Zum Beispiel: Der Patient berichtet mehr oder weniger ausführlich, dass er unter den Konflikten mit seinem Chef leidet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn ein Großteil der Stunde sich um Themen dreht, die nicht direkt mit Beziehungen zusammenhängen, zum Beispiel die Arbeitssucht des Patienten oder sein Karrierestreben oder seine Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und Essen.

N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Beziehungserfahrungen, die weit zurückliegen. Dafür soll Item 91 verwendet werden, in dem es um Erinnerungen und Rekonstruktionen der Kindheit geht.

Item 64

Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn in der Stunde über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Patient spricht über seine Gefühle für seine Partnerin.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Liebesbeziehungen kein Thema in der Stunde sind.

N.B. Diese Item bezieht sich auf die Qualität der Beziehung nicht auf den Familienstand. Zum Beispiel: Ein Gespräch über eine Ehe, in dem es nicht um Liebe und Romantik geht, würde bei diesem Item keine charakteristische Bewertung erhalten.

Item 65

Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn ein Aspekt der Aktivität des Therapeuten darin besteht, dass er die affektive Stimmung, Äußerungen oder Ideen des Patienten neu formuliert oder umschreibt oder in eine etwas besser erkennbare Form bringt, um ihre Bedeutung zu verdeutlichen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Es scheint, als wollten Sie sagen, dass sie sich Sorgen darüber machen, was in der Therapie passieren wird."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Klarifikationen während der Stunde vom Therapeuten nur selten eingesetzt werden.

Item 66

Der Therapeut beruhigt den Patienten.

(Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut explizit versucht, die Ängste des Patienten zu lindern und dem Patienten Mut zu machen, dass es besser wird. Zum Beispiel sagt der Therapeut, dass er keinen Grund sieht, sich Sorgen zu machen, weil er sicher ist, dass das Problem gelöst werden kann.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dazu neigt, solch explizite Unterstützung auch dann nicht zu gewähren, wenn er dazu gedrängt wird.

Item 67

Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf Gefühle, Gedanken oder Impulse lenkt, die möglicherweise nicht vollständig bewusst waren. Der Beurteiler muss versuchen, den Bewusstseinsgrad aus dem Kontext der Stunde abzuleiten (bei diesem Item soll die Deutung von Verhalten, das der Abwehr dient, nicht mit einbezogen werden - dazu Item 36 verwenden).

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Material fokussiert, das dem Patienten völlig bewusst zu sein scheint.

Item 68

Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut oder der Patient zwischen den Phantasien des Patienten über ein Ereignis und der objektiven Realität differenzieren. Zum Beispiel: Der Therapeut unterstreicht, dass, obwohl der Patient Todeswünsche für den Verstorbenen gehabt haben mag, er nicht tatsächlich dessen Herzanfall verursacht hat. Verzerrte und fehlerhafte Annahmen sollten auch einbezogen werden, zum Beispiel nachdem der Patient wiederholt die Welt als bedrohlich beschrieben hat, fragt der Therapeut, wie er zu dieser Überzeugung gekommen sei.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Aktivität in der Stunde wenig auf verzerrte Wahrnehmungen der Realität bezieht.

Item 69

Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Patient oder Therapeut aktuelle oder kurz zurückliegende Lebensereignisse betonen. Zum Beispiel: Der Patient spricht über depressive Gefühle in Zusammenhang mit dem kürzlichen Tod seiner Frau.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn aktuelle Lebensereignisse keine wichtigen Themen in der Stunde waren.

Item 70

Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient versucht, starke Emotionen oder Impulse zu kontrollieren oder damit fertig zu werden. Zum Beispiel: Der Patient kämpft darum, die Tränen zurückzuhalten, obwohl er offensichtlich traurig ist.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich nicht zu bemühen scheint, die Gefühle, die er erlebt, zu kontrollieren, zurückzuhalten oder zu lindern, oder er kaum oder keine Schwierigkeiten hat, sie zu kontrollieren.

Item 71

Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich selbst Vorwürfe macht, sich schämt oder sich schuldig fühlt. Zum Beispiel: Der Patient behauptet, dass er den Selbstmord seiner Frau hätte verhindern können, wenn er mehr auf die schlechte Stimmung seiner Frau geachtet hätte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nichts sagt, was auf Selbstanklage, Schamgefühle oder Gewissensbisse hinweist.

Item 72

Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient zu verstehen scheint, was von ihm in der Situation erwartet wird und was in der Therapie passieren wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient unsicher ist, verwirrt oder seine Rolle in der Therapie und was in der Situation erwartet wird missversteht.

Item 73

Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Therapie ernst zu nehmen scheint. Dies kann sich so äußern, dass er bereit ist Opfer zu bringen, um die Therapie fortzusetzen - bezüglich Zeit, finanzieller Mittel oder Unbequemlichkeiten. Dies kann sich auch in Form des Wunsches äußern, mehr von sich selbst zu verstehen, auch wenn dies psychische Belastung

bedeuten kann. Zum Beispiel: Dem Patienten war es so wichtig, die Behandlung zu beginnen, dass er seinen wöchentlichen Golftermin aufgegeben hat, um zur Therapie zu kommen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient der Therapie gegenüber ambivalent wirkt oder nicht bereit zu sein scheint, die psychische Belastung, die die Therapie mit sich bringen kann, zu tolerieren. Das kann sich darin äußern, dass er sich über die Kosten der Therapie beschwert, es Terminprobleme gibt, er Zweifel über die Effektivität der Behandlung äußert oder unsicher darüber ist, ob er sich verändern möchte.

Item 74

Es geht humorvoll zu.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut oder Patient im Verlauf der Stunde Humor zeigen. Dies kann auf Seiten des Patienten als Abwehr- oder Bewältigungsmechanismus erscheinen; der Therapeut kann einen Witz machen oder ironisch sein, um etwas zu betonen oder um die Entwicklung des Arbeitsbündnisses zu stärken. Zum Beispiel: Der Patient zeigt die Fähigkeit, über sich selbst oder seine missliche Lage zu lachen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Interaktion ernst, streng oder düster erscheint.

Item 75

Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient oder der Therapeut über Behandlungsunterbrechungen, z.B. wegen Ferien oder Krankheit, oder über das Ende der Therapie sprechen. Das beinhaltet alle Äußerungen, die sich auf Unterbrechungen oder das Ende beziehen - gleich ob es gewünscht oder gefürchtet wird oder droht.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das Ansprechen von Unterbrechungen oder der Beendigung der Therapie vermieden zu werden scheint. Zum Beispiel: Eine bevorstehende längere Sommerpause wird zwar erwähnt, aber weder Therapeut noch Patient gehen näher darauf ein.

Als "neutral" zuordnen, wenn Unterbrechungen oder Therapieende nicht thematisiert werden und es keinen Hinweis auf das Therapieende gibt.

Item 76

Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten zu vermitteln, dass der Patient handeln oder sich verändern muss, wenn sich seine Schwierigkeiten verbessern sollen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Lassen Sie uns doch mal genauer hinschauen, was sie selbst dazu beigetragen haben könnten, um diese Reaktion von einem anderen zu provozieren.".

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Aktivitäten des Therapeuten im allgemeinen nicht darauf zielen, den Patienten davon zu überzeugen, mehr Verantwortung zu übernehmen **oder** der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt.

Item 77

Der Therapeut ist taktlos.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten so formuliert sind, dass sie der Patient wahrscheinlich als verletzend oder herabwürdigend empfindet. Diese Taktlosigkeit oder fehlende Sensibilität muss nicht auf einer Verärgerung oder Verwirrung des Therapeuten beruhen, sondern ist eher Ergebnis mangelhafter Technik, Umgangsformen oder verbaler Fähigkeiten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt sind.

Item 78**Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich in einer Weise benimmt, die darauf zielt, dass der Therapeut ihn mag oder mit der Patient versucht, Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beruhigung durch den Therapeuten zu erreichen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich nicht in dieser Weise verhält.

Item 79**Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufige oder auffällige Kommentare über Veränderungen in der Stimmung des Patienten oder der Qualität seines Erlebens macht. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt, dass der Patient sich in seinen Reaktionen auf die Bemerkungen des Therapeuten verändert hat - von einer Haltung "das kümmert mich einen Dreck" hin zu einem Gefühl von Betroffenheit, aber einem ernsthafteren Arbeiten an seinem Problem.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Veränderungen in der Stimmung des Patienten in der Stunde nicht kommentiert.

Item 80**Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das, was der Patient beschrieben hat, in einer Weise wiedergibt, die dem Patienten eine andere Sicht auf die Situation anbietet ("reframing", "kognitive Umstrukturierung"). Dem gleichen Sachverhalt wird eine neue (und gewöhnlich positivere) Bedeutung gegeben. Zum Beispiel: Nachdem ein Patient sich selbst Vorwürfe macht, weil er einen übeln Streit mit seinem Liebespartner angefangen hat, sagt der Therapeut, dass dies vielleicht die Art und Weise ist, in der der Patient in dieser Beziehung ausdrücken kann, was er möchte.

Bei der Bewertung dieses Items sollte ein konkretes Ereignis oder eine konkrete Erfahrung, die "reframed" wurde, identifiziert werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn dies keinen wichtigen Aspekt im Therapeutenverhaltens in der Stunde darstellt.

Item 81**Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient beschreibt betont, um das Erleben des Affektes zu intensivieren. Zum Beispiel: Der Therapeut legt nahe, dass die Interaktion, die der Patient eben beiläufig beschrieb, ihn möglicherweise ziemlich ärgerlich gemacht hat.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das Erleben des Affektes nicht betont oder sich eher für die sachlichen Beschreibungen des Patienten zu interessieren scheint.

Item 82**Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufige oder wenige, ins Auge springende Bemerkungen über das Verhalten des Patienten in der Stunde macht, die ein neues Licht darauf zu werfen scheinen. Zum Beispiel bietet der Therapeut an, dass das Zusätzliche Kommen des Patienten zur Stunde eine Bedeutung haben könnte oder der Therapeut bemerkt, dass der Patient schnell das Thema wechselt, sobald er über Gefühle zu sprechen beginnt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das aktuelle Verhalten des Patienten in der Stunde nicht anspricht.

Item 83

Der Patient ist fordernd.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient mehr als die „üblichen“ Forderungen oder Fragen an den Therapeuten stellt oder ihn unter Druck setzt, seine Bitten zu erfüllen. Zum Beispiel: Der Patient fordert Termine am Abend, Medikamente oder sagt, dass er mehr Struktur oder Aktivität vom Therapeuten erwartet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient zögerlich ist und sich zurückhält, angemessene und übliche Bitten an den Therapeuten zu richten, zum Beispiel fragt er nicht nach einem anderen Termin, obwohl sich der vereinbarte Termin mit einem andern, für den Patienten sehr wichtigen Termin, überschneidet.

Item 84

Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Ressentiment, Ärger, Verbitterung, Hass oder Aggression äußert.

(N.B. Hier geht es nicht um diese Gefühle dem Therapeuten gegenüber - dafür Item 1 verwenden!)

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn solche Gefühle nicht auftreten.

Item 85

Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut alternative Wege vorschlägt, mit anderen Menschen in Beziehung zu sein. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt den Patienten: "Was würde wohl passieren, wenn Sie Ihrer Mutter direkter sagen würden, wie sehr es Sie mitnimmt, wenn sie an Ihnen herumnögelt".

Eine extreme Plazierung bedeutet, dass der Therapeut mit dem Patienten Beziehungsverhalten erarbeitet oder der Therapeut mit dem Patienten neue Verhaltensweisen anderen gegenüber einübt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht dazu neigt, Vorschläge zu machen, wie der Patient sich anderen gegenüber verhalten soll.

Item 86

Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut sicher, zuversichtlich und nicht defensiv wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut unsicher oder verwirrt erscheint oder in Verlegenheit ist.

Item 87

Der Patient kontrolliert.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient einen beherrschenden oder steuernden Einfluss in der Stunde ausübt oder die Stunde lenkt. Zum Beispiel: Er dominiert die Beziehung durch zwanghaftes Reden oder er unterbricht den Therapeuten häufig.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Beziehung nicht kontrolliert, sondern mit dem Therapeuten zusammenarbeitet.

Item 88

Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Beurteiler einschätzt, dass die Dinge, die der Patient zur Sprache bringt und über die er während der Stunde spricht, in Bezug auf die psychischen Konflikte wichtig sind oder dass die Themen von großer Bedeutung sind.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das Gespräch in keinem oder nur schwachen Zusammenhang mit den zentralen Themen steht.

Item 89

Der Therapeut stärkt die Abwehr.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten durch ruhiges aufmerksames Entgegenkommen gekennzeichnet ist, das darauf zielt, es zu vermeiden, den Patienten emotional aus der Fassung zu bringen. Der Therapeut interveniert aktiv und hilft damit dem Patienten, störende Gefühle oder Gedanken zu vermeiden oder zu unterdrücken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nichts tut, um die Abwehr zu stützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken.

Item 90

Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Trauminhalt oder Phantasien (Tagträume oder Träume im Schlaf) Gesprächsthemen sind. Zum Beispiel: Therapeut und Patient erforschen mögliche Bedeutungen eines Traumes, den der Patient in der Nacht vor der ersten Stunde hatte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn über Träume oder Phantasien während der Stunde kaum oder gar nicht gesprochen werden.

Item 91

Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gespräches.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn ein Teil der Stunde dafür verwendet wird, um über die Kindheit oder Erinnerungen an die frühen Lebensjahre zu sprechen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur wenig oder gar keine Zeit für diese Themen verwendet wird.

Item 92

Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn einige Verbindungen oder bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen der aktuellen emotionalen Erfahrung des Patienten oder der Wahrnehmung der gegenwärtigen Ereignisse mit denen der Vergangenheit hergestellt werden. Zum Beispiel: Der Therapeut betont bzw. der Patient erkennt, dass eine aktuell erlebte Furcht davor, im Stich gelassen zu werden, von dem Verlust eines Elternteils während der Kindheit herrührt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn aktuelle und vergangene Erfahrungen besprochen, aber nicht miteinander in Verbindung gebracht werden.

Als "neutral" einordnen, wenn diese Themen wenig oder überhaupt nicht besprochen werden.

Item 93

Der Therapeut ist neutral.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dazu neigt, es zu unterlassen, seine Sichtweise oder Meinung zu den Themen, die der Patient bespricht, zu äußern. Er übernimmt die Rolle eines neutralen Kommentators, und die Sichtweise des Patienten auf die Dinge wird im Gespräch hervorgehoben. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt, wie es für den Patienten wäre, wenn

er, als der Therapeut, es gutheißen würde, dass er seinen Ärger ausdrückt. Anschließend fragt er, wie es für den Patienten wäre, wenn er es kritisieren würde.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut seine Meinung äußert oder eine Position bezieht, sowohl ausdrücklich wie auch implizit. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt dem Patienten, dass es sehr wichtig ist zu lernen, seinen Ärger auszudrücken oder er sagt, dass die Beziehung, in der der Patient gerade ist, keine besonders gute ist und dass er sich überlegen sollte, sie zu beenden.

N.B. Neutralität ist nicht gleichbedeutend mit Passivität. Der Therapeut kann aktiv sein, obwohl er eine neutrale Haltung einnimmt.

Item 94

Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Stimmung des Patienten melancholisch, traurig oder depressiv wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient entzückt oder froh erscheint oder irgendwie den Eindruck vermittelt, dass er sich wohl fühlt oder glücklich ist.

Item 95

Der Patient fühlt sich unterstützt.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient in irgendeiner Form zu erkennen gibt, dass er den Therapeuten als hilfreich erlebt, er sich unterstützt oder erleichtert fühlt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich über den Verlauf der Therapie enttäuscht fühlt, frustriert oder kontrolliert ist.

(N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Ereignisse außerhalb der Therapie.)

Item 96

Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient die Terminplanung oder die Verlegung von Terminen oder das Honorar, den Zeitpunkt der Zahlung usw. besprechen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn diese Themen nicht besprochen werden.

Item 97

Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient offen und wenig blockiert ist. Er geht bei der Exploration seiner Gefühle und Gedanken über die üblichen Beschränkungen, Vorsicht, Bedenken und Empfindlichkeiten hinaus.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Äußerungen des Patienten zögerlich, gehemmt oder gezwungen wirken, Zurückhaltung oder vermehrte Kontrolle zeigen und nicht ungezügelt, frei und unkontrolliert sind.

Item 98

Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn über die therapeutische Beziehung gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Interaktion oder des interpersonellen Prozesses zwischen dem Patienten und ihm selbst.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient nicht über die Art ihrer Interaktionen sprechen, d.h. sie beschränken sich auf Inhalte.

Item 99

Der Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Form die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses hinterfragt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Wie kommt es, dass das so ist?" oder "Ich frage mich, ob..." oder einfach durch eine Äußerung wie "Oh?".

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Übereinstimmung und Zustimmung mit der Sicht des Patienten zeigt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Ich denke, Sie haben damit recht." oder "Es scheint als haben Sie diesbezüglich eine ganz gute Einsicht."

Item 100

Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut einige oder wenige auffällige Kommentare macht, die eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten dem Therapeuten gegenüber und gegenüber anderen wichtigen Personen im Leben des Patienten herstellen. Dies kann sich auf aktuelle Beziehungen und auf gegenwärtige und vergangene Beziehungen zu den Eltern beziehen (Verbindung zwischen der Übertragung und den Eltern). Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass er meint, der Patient befürchte manchmal, dass er ihn so wie die Mutter kritisieren würde.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die therapeutische Aktivität während der Stunde wenig oder nicht auf die Zusammenhänge zwischen interpersonellen Aspekten der Therapie und Erfahrungen in anderen Beziehungen bezieht.

Anhang D – Patientenmaterial

Aus Datenschutzgründen wird das schweigepflichtgebundene Patienten- und Therapeutenmaterial nicht veröffentlicht.

Lebenslauf

Nataliya Zharkova

geboren am 27.11.1975 in Tschernigov, Ukraine

Studium

Seit 2010	Ausbildung in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei der Psychoanalytische Arbeitsgemeinschaft (PAM)
2006 - 2010	Promotion im Fach klinische Psychologie im Rahmen des „Münchener Bindungs- und Wirkungsforschungs- Projekts“ unter Leitung von Professor Dr. W. Mertens zum Thema „Wie kommen therapeutische Veränderungen zustande?“
2007	Fortbildung „Psychotherapie- Prozess Q-Sort“ (PQS)
2004	Fortbildung „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD)
2007-2008	Psychotherapeutische Ausbildung bei “Professional Psychotherapeutic League of the Russian Federation” (European Association for Psychotherapy), Kiew, Ukraine
2003-2005	psychoanalytisches Beratungsprojekt, LMU
2000-2005	Studium der Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München
1992-1997	Studium der Englischen und Französischen Literatur an der Linguistik Universität Kiew, Ukraine
1982-1992	Oberschule, Tschernigov, Ukraine

Berufspraxis

2010	Berater in Training und Kommunikation, Group Compliance, Allianz SE
2007-2009	HR manager, Pyxus2006 - Priocom Corp., Kiew, Ukraine
2006	eRecruiting Referent, GHR, Allianz SE, München