

Psychoanalytische Einzelfall- psychotherapieprozessforschung

Die Veränderung der Bindungsqualität
und der
Fähigkeit der Mentalisierung in Psychoanalysen

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

von

Adrienn Weiß

aus München

2011

- Referent: Professor Dr. Wolfgang Mertens
- Korreferent: Privatdozent Dr. Markos Maragos
- Tag der mündlichen Prüfung : 14. Februar 2011

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Theoretische und empirische Grundlagen	5
1.1 Bindungstheorie	5
1.1.1 Historische Wurzeln	5
1.1.2 Entwicklung des bindungstheoretischen Konzepts	6
1.1.3 Evolutionsbiologische Bedeutung der Bindung	7
1.2 Bindungskategorien	8
1.2.1 Bindungsverhalten im Erwachsenenalter	9
1.2.2 Generationsübertragung	10
1.3 Inneres Arbeitsmodell	12
1.3.1 Aufbau der inneren Arbeitsmodelle	12
1.3.2 Arbeitsmodelle und Bindungskategorien	13
1.3.3 Psychische Störungen aufgrund früher Bindungserfahrungen	14
1.3.4 Empirische Untersuchungen zur Bindung und Psychopathologie	15
1.4 Fonagys und Targets Mentalisierungsmodell	18
1.4.1 Fonagys und Targets Entwicklungsschema	20
1.4.2 Die RF-Skala	22
1.4.3 Empirische Untersuchungen im Zusammenhang mit der RF-Skala	23
1.5 Psychotherapieforschung	27
1.5.1 Die Einzelfallstudie	27
1.5.2 Ein Überblick über die Psychotherapieforschung	28

1.5.3	Anforderungen an die Psychotherapieprozessforschung	30
1.5.4	Psychotherapie Prozess Q-Sort	32
1.5.5	Empirische Untersuchungen mit Psychotherapie Prozess Q-Sort . . .	34
2	Fragestellung	41
3	Methoden	45
3.1	Beschreibung Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie	45
3.2	Beschreibung der Stichprobe	46
3.3	Methodisches Vorgehen	46
3.4	Auswertung des AAIs und der RF-Skala	48
3.4.1	Auswertung des AAIs	48
3.4.2	Auswertung der RF-Skala	49
3.5	Die Auswertung der Psychotherapie Q-Sort Items	52
4	Ergebnisse	57
4.1	Ergebnisse Patient 5	57
4.1.1	Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte	57
4.1.2	PQS Auswertung Patient 5	58
4.1.3	Zusammenfassung Patient 5	66
4.2	Ergebnisse Patient 6	68
4.2.1	Änderung der Diagnose, der AAIs und RF Werte	68
4.2.2	PQS Auswertung Patient 6	69
4.2.3	Zusammenfassung Patient 6	77
4.3	Ergebnisse Patient 1	79
4.3.1	Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte	79
4.3.2	PQS Auswertung Patient 1	80
4.3.3	Zusammenfassung Patient 1	87
4.4	Ergebnisse Patient 2	89
4.4.1	Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte	89

4.4.2	PQS Auswertung Patient 2	90
4.4.3	Zusammenfassung Patient 2	97
4.5	Ergebnisse Patient 3	99
4.5.1	Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte	99
4.5.2	PQS Auswertung Patient 3	100
4.5.3	Zusammenfassung Patient 3	107
4.6	Ergebnisse Patient 4	109
4.6.1	Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte	109
4.6.2	PQS Auswertung Patient 4	110
4.6.3	Zusammenfassung Patient 4	117
4.7	Ergebnisse auf Itemebene	119
4.7.1	Hypothese 1	119
4.7.2	Hypothese 2	120
4.7.3	Hypothese 3	121
4.7.4	Hypothese 4	122
4.7.5	Hypothese 5	123
4.7.6	Hypothese 6	123
4.7.7	Hypothese 7	124
4.7.8	Hypothese 8	125
4.7.9	Hypothese 9	126
4.7.10	Hypothese 10	126
4.7.11	Hypothese 11	127
4.7.12	Hypothese 12	128
4.7.13	Hypothese 13	129
4.7.14	Hypothese 14	130
4.7.15	Hypothese 15	130
4.7.16	Hypothese 16	131
4.7.17	Hypothese 17	132

5 Diskussion und Ausblick	135
5.1 Diskussion der Patientenergebnisse	135
5.1.1 Diskussion der PQS-Patientvariablen	136
5.1.2 Diskussion der PQS-Therapeutvariablen	139
5.1.3 Diskussion der PQS-Interaktionsvariablen	144
5.1.4 Zusammenfassende Diskussion	145
5.2 Diskussion der Ergebnisse der Itemebene	146
5.3 Einschränkungen der Studie und Ausblicke	151
6 Zusammenfassung	153
Literatur	155
A PQS	163
B AAI-Leitfaden	191
C PQS-Zertifikat	195
D Lebenslauf	197

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Wolfgang Mertens und Dr. Susanne Hörz für die vielen wertvollen Tipps in den verschiedenen Phasen dieser Arbeit. Dadurch haben sie die Rahmenbedingungen für die Dissertation geschaffen.

Mein besonderer Dank gilt Frau Dipl. Psych. Cornelia Holzleitner, die als Coraterin viel Zeit und Energie mit in die Auswertungen investiert hat.

Mein Dank gilt auch meinem Mann für seine Unterstützung, Geduld und Ermutigung.

Einleitung

Neben der Frage nach der Effektivität von Psychotherapie wurde und wird die Frage immer präsenter, wie Therapie überhaupt wirkt. In den vergangenen Jahrzehnten versuchte die psychoanalytische Forschung mit einer reichhaltigen und kreativen Methodenvielfalt den psychotherapeutischen Prozess zu ergründen. Hierbei wird nicht nur die Perspektive des Therapeuten und des Patienten, sondern auch deren Beziehung zueinander mit einbezogen.

Die vorliegende Arbeit hat das ‘Wie’ der Interaktion in der Psychotherapie, durch die das Geschehen zwischen Patient und Therapeut hervorgebracht und abgewickelt wird, in den Mittelpunkt der Untersuchung gestellt. Hierfür wurden audiografierte und transkribierte Therapiesitzungen, die im Rahmen der Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie unter der Leitung von Prof. Mertens am Department für Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München und in Zusammenarbeit mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. bei sechs Patienten zu jeweils fünf Messzeitpunkten aufgezeichnet wurden, mit der Methode des Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahrens untersucht.

Nach orientierender und eingehender Übersicht über die aktuellen theoretischen und praktischen Forschungsansätze zu den Themen Bindungsforschung, reflexiver Funktion und Psychotherapieprozessforschung werden die daraus abgeleiteten Fragestellungen vorgestellt. Nach ausführlicher Vorstellung der Methoden und Instrumente, die in dieser Arbeit relevant sind (AAI, RF-Skala und PQS-Methode), werden die Ergebnisse der sechs Einzelfälle präsentiert und im Anschluss, im Rahmen der Diskussion, zwei ausgewählte Fallbeispiele hinsichtlich der Outcome-Variablen und des Prozesses ausführlich verglichen, untersucht und im Kontext der bisherigen Ergebnisse anderer Autoren diskutiert. Ein Ausblick auf weiterführende Forschungsarbeiten zu den behandelten Themen wird ebenfalls dargestellt.

In der vorliegenden Untersuchung ging es in erster Linie darum, all jene Unterschiede im Hinblick auf die Bindungsqualität und die Mentalisierungsfähigkeit der Patienten aufzuzeigen, die zu den Therapieergebnissen führten. Es war nicht der Anspruch, in einer vergleichenden Kasuistik von sechs Fällen systematisch den Einfluss eines Merkmals zu untersuchen. Zum Schluss dieser Arbeit erhält der Leser noch eine Zusammenfassung über die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie.

Kapitel 1

Theoretische und empirische Grundlagen

1.1 Bindungstheorie

1.1.1 Historische Wurzeln

Die Bindungstheorie und ihre Entstehung ist eng verknüpft mit den Namen John Bowlby und Mary Ainsworth. Aufgrund langjähriger Beobachtungen von Kindern in der Londoner Tavistock Klinik, insbesondere in Trennungssituationen von ihren Eltern, sowie auf der Basis von Untersuchungen, die Ainsworth in Uganda und Baltimore durchführte, postulierte Bowlby, es gebe ein angeborenes emotionales Bedürfnis, bei primären Bezugspersonen Nähe zu suchen und Schutz zu finden (Bretherton, 1995).

Bowlby (Bowlby, 1980) betont die Bedeutung dreier bindungsrelevanter Verhaltenssysteme. Beim Kind unterscheidet er zwischen Bindungsverhalten und Explorationsverhalten. Beide Systeme stehen einander antithetisch gegenüber. Bindungsverhalten dient dem Kind als Signal seines Schutzbedürfnisses, zur Aufrechterhaltung direkter Nähe zur Bindungsperson sowie der Rückmeldung, dass die Bezugsperson als sichere Basis in Notsituationen verfügbar ist. Das Fürsorgeverhalten der Bezugsperson, das dritte bindungsrelevante Verhaltenssystem als Reaktion auf das kindliche Verhalten, beendet das Bindungsverhalten des Kindes. Eine Voraussetzung hierfür ist die Responsivität der Bindungsperson, meist der Mutter, im Sinne adäquater Deutung kindlicher Signale. Dies erfordert eine genaue Abstimmung der emotionalen Interaktion zwischen Bindungsperson und Kind. Fehlt diese Passung oder ist sie nicht optimal abgestimmt, können Stress oder traumatische Erfahrungen beim Kind ausgelöst werden. Bindungen begleiten uns von Geburt an über die gesamte Lebensspanne hinweg. Das angeborene Verhaltensrepertoire wird durch die Erfahrungen mit der Umwelt, besonders mit der ersten Bezugsperson, verinnerlicht und immer mehr verfeinert (siehe auch (Bretherton, 1995)).

1.1.2 Entwicklung des bindungstheoretischen Konzepts

Spangler und Zimmermann (Spangler & Zimmermann, 1999) definieren Bindung als ein lang andauerndes, affektives Band zu bestimmten Personen, die nicht ohne Weiteres auswechselbar sind.

Bowlby (Bowlby, 1995) beschreibt das Bindungsverhalten als ein System, das durch ein Motivationssystem angetrieben wird und dessen Ziel es ist, Sicherheit und Schutz sowohl im Kleinkindalter als auch im Kindesalter zu erreichen. Eine zentrale Aussage seiner Theorie ist, dass ein Säugling die Tendenz hat, Nähe zu einer vertrauten Person zu suchen. Fühlt sich ein Säugling z.B. krank, unsicher oder allein, so werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen aktiviert, um die Nähe zur vertrauten Person wieder herzustellen. Die Fähigkeit, eine Bindung einzugehen, sieht Bowlby als ein zentrales Merkmal für eine funktionierende Persönlichkeit und psychische Gesundheit an. Als Beispiel hierfür nennt er Kinder, die Trost und Schutz bei den Eltern suchen und sich in der Nähe dieser Fürsorgepersonen aufhalten. Dies bezeichnet er als das Konzept des Bindungsverhaltens, welches unabhängig von Triebbedürfnissen ist.

Ferner postuliert er (Bowlby, 1995), dass jeder Mensch den Drang hat, seine Umwelt zu erkunden, zu spielen und an verschiedenen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilzunehmen. Fühlt sich ein Kind sicher, so wird es eher seine Umwelt erkunden und sich von der Bindungsfigur entfernen. Beim Auftreten von Angst, Müdigkeit oder Fremdheitsgefühlen wird sich beim Kind ein starkes Bedürfnis nach Nähe zur Bezugsperson einstellen. Erfahrungen, die ein Säugling mit seinen Betreuungspersonen im Laufe des ersten Lebensjahres macht, führen zu einem Gefühl der Gebundenheit, das, je nach Erfahrung, verschiedene Facetten annehmen kann. Diese Facetten können als Bindungsqualität betrachtet werden.

Mary Ainsworth untermauerte und erweiterte die Theorie Bowlbys durch empirische Befunde (Main, 2001). Auf diese sind der *Fremde-Situationstest* und die Begriffe *sichere Basis* und *Feinfühligkeit der Mutter* zurückzuführen. Der Fremde-Situationstest ist ein halbstandardisiertes Verfahren zur Beobachtung von Müttern und Kindern im Alter von 12–24 Monaten. Ziel dieser Untersuchung ist es, das durch die Trennung ausgelöste Bindungsverhalten des Kindes zu studieren. Dieses Verfahren besteht aus acht Sequenzen von je dreiminütiger Dauer und findet in einer fremden Umgebung statt. Die Kinder werden in einem nicht vertrauten Raum mit verschiedenen Situationen konfrontiert: Anwesenheit eines Fremden in Gegenwart der Mutter, Alleinsein mit einer fremden Person, gänzlichem Alleinsein und zwischendurch die zweimalige Rückkehr der Mutter. Die Reaktion des Kindes bei der Wiedervereinigung mit der Mutter gilt als Indikator für die Bindungsqualität. Mary Ainsworth hat drei typische Verhaltensmuster in diesen Situation beobachtet. Ein viertes Verhaltensmuster, nämlich der Zusammenbruch der Strategien, wurde später von Mary Main eingeführt (Main, 2001). Es erklärt das Verhalten derjenigen Kinder, die sich zunächst nicht einordnen ließen. Über die vier so klassifizierbaren Bindungsverhaltensmuster wird in Abschnitt 1.2 berichtet.

Der Begriff sichere Basis (*secure base*) (Stephan, 1995) wurde, wie oben erwähnt, von Ainsworth in seiner Bedeutung für das Spiel und das Neugierverhalten des Säuglings hervorgehoben. Die Verfügbarkeit und das Vertrauen zu einer Bindungsperson, die dem Kind Schutz und Sicherheit bei Gefahr oder Unwohlsein gibt, ist Bedingung dafür, dass sich beim Kind ein Explorationsverhalten zeigen kann. Wird das Kind dagegen von seiner Bezugsperson abgewiesen, kann sich das Bindungsverhalten nicht entfalten und das Kind ist nicht in der Lage seine Umgebung zu erforschen. Die sichere Basis ist für das physische und psychische Wohlbefinden des Menschen sein gesamtes Leben lang wichtig.

Eine wesentliche, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Entwicklung der Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind ist die Feinfühligkeit der Mutter. Nach Brisch gehört dazu, die Signale des Kindes wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und prompt und den Bedürfnissen angemessen zu reagieren (Brisch, 1999b).

Einen weiteren Meilenstein in der Entwicklung der Bindungstheorie setzte Mary Main, die mit dem Adult-Attachment-Interview ein Messinstrument für die Feststellung der erwachsenen Bindungsrepräsentation entwickelte (mehr dazu siehe Abschnitt 1.2.1 und Abschnitt 3.4.1). Es handelt sich hierbei um ein halbstrukturiertes Interview, das Informationen über frühe Kindheitserfahrungen bis hin zu aktuellen mentalen Repräsentationen dieser Erfahrungen und deren Bewertung erfasst. Es besteht aus 20 Fragen und vorgegebenen Nachfragen, die das Ziel verfolgen, unbewusste Verarbeitungsprozesse sichtbar zu machen. Bei Erwachsenen zeichnet sich die Bindungsorganisation vor allem durch Vertrauen zu sich selbst und zu anderen aus, durch Wertschätzung von Bindung, offenem und flexiblem Umgang mit Gefühlen sowie Realismus und Verständnis gegenüber der eigenen Geschichte.

Analog zu den drei Bindungsstilen von Ainsworth wurde den erwachsenen Testpersonen, nach Codierung des Interviews, einer der folgenden Bindungsstile zugeordnet: *Sicher-autonom*, *unsicher-präokkupiert* was beim kindlichen Bindungsstil dem *ambivalenten* entspricht, *unsicher-distanzierend*, was bei Kindern *vermeidend* genannt wird. Später ist noch eine vierte Kategorie hinzugekommen: *desorganisiert/desorientiert* (Main, 2001).

Die heutige Bindungsforschung belegt immer wieder die Gültigkeit der Bindungstheorie und ihrer Implikationen für die Entwicklung individueller Psychodynamiken von Lebensläufen. Die Entwicklung der Bindungstheorie ist demnach laut Großmann und Großmann (Grossmann & Grossmann, 2001) noch nicht abgeschlossen.

1.1.3 Evolutionsbiologische Bedeutung der Bindung

Nimmt man das Bindungsverhalten als zentralen Mechanismus zur Gewährleistung des kindlichen Überlebens an, dann muss es notwendigerweise immer aktiviert sein. Das bedeutet, dass ein Kind, unabhängig davon ob es gerade Bindungsverhalten zeigt, immer wachsam auf Hinweise achtet, die Sicherheit oder Bedrohung signalisieren. Dies geschieht

nicht immer bewusst, da Menschen fähig sind, Hinweise und Reize wahrzunehmen, die unterhalb der üblichen Bewusstseinschwelle liegen.

Nach Main spricht das Bindungsverhaltenssystem bei Primaten stark auf Gefahrenhinweise an und steht in enger Beziehung zu Furcht (Main, 2001). Das Aufrechterhalten von Nähe steht also in direktem Zusammenhang mit Überleben, nicht nur zum Schutz vor Raubtieren sondern auch zur Sicherung der Nahrungversorgung.

Das Einhergehen von Bindungsverhalten und biologischen Funktionen ist eine weitere wesentliche Aussage der Bindungstheorie und wurde experimentell mehrfach nachgewiesen (Main, 2001). Beispielsweise kann mittels Fremde-Situationstest bei Kindern in Trennungssituationen ein Anstieg der Herzfrequenz beobachtet werden, unabhängig von ihrer Bindungskategorie. Dies spricht für eine kardiovaskuläre Aktivierung beim Bindungsverhalten. Weiterhin lässt sich beim FST ein Cortisolanstieg bei unsicher und desorganisiert gebundenen Kindern feststellen, während bei sicher gebundenen Kinder ein leichter Cortisolabfall festzustellen ist. Somit hat das Bindungsverhaltenssystem einen Einfluss auf die Nebennierenrindentätigkeit. Da das Nebennierensystem das Immunsystem beeinflusst, können bei Cortisolreaktionen auch Immunreaktionen, entweder als Belastungsfaktor oder in positivem Sinne als Puffer gegen Stress, auftreten.

Innere physiologische Prozesse stehen also in enger Wechselwirkung mit äußeren Verhaltenssystemen. Das Bindungssystem gewährleistet die Aufrechterhaltung der Homöostase im Hinblick auf die Bindungsbedürfnisse des Kindes. Zeigen sich Defizite oder liegen inadäquate Verhaltensstrategien vor, so kommt es zur Aktivierung physiologischer Systeme (siehe auch (Spangler & Schieche, 1995)).

Im vergangenen Jahrzehnt wurde die Bindungsforschung um neurowissenschaftliche Dimensionen erweitert. Bindungsverhalten setzt demnach ein neurobiologisches Belohnungssystem in Gang, welches soziale Distanz verhindert und kritisches Urteilsvermögen unterdrückt (Strauß, 2006). So könnten in therapeutischen Beziehungen durch Aufheben einer kritischen Distanz dominierende interpersonelle Sichtweisen aufgehoben und durch neue ersetzt werden.

1.2 Bindungskategorien

Seit Mary Ainsworth werden in Untersuchungen die Bindungsverhaltensweisen von Kindern kategorisiert, seit Mary Main die von Erwachsenen. Die Klassifikation in Bindungskategorien kann nicht nur im Kleinkindalter erfolgen sondern auch in der späteren Kindheit. Hierfür beschreibt Fonagy altersadäquate Testmethoden (Fonagy, 2003a).

1.2.1 Bindungsverhalten im Erwachsenenalter

Die von Bowlby und Ainsworth formulierte Bindungstheorie bezieht sich ursprünglich auf die Bindung zwischen Mutter und Kind. Im Laufe der Zeit hat sich das Interesse der Forschung auch der Bindung bei Erwachsenen zugewandt. Nach Perrig-Chiello (Perrig-Chiello, 1997) ist es hierbei wichtig, die individuelle Bindungsgeschichte mit einzubeziehen, da sie eine tragende Rolle für die spätere Biographie spielt (Fonagy, 2003a).

Weiss beschreibt die Bindung von Erwachsenen anhand von Kriterien, die auch auf Bowlbys Theorie Bezug nehmen (Weiss, 1982). Er zeigte die Parallelen zur Mutter–Kind–Bindung anhand von drei wesentlichen Elementen auf:

- *Suche nach Nähe*: In Stresssituationen wird Nähe zur Bindungsfigur hergestellt.
- *Sichere Basis*: Durch Anwesenheit der Bindungsfigur erreicht die Person Sicherheit und Wohlbefinden.
- *Protest bei Trennung*: Auch Erwachsene protestieren gegen Verlassenwerden.

In den vergangenen Jahren haben sich zwei Forschungsrichtungen bei der Erforschung der Bindung im Erwachsenenalter herauskristallisiert. Auf der einen Seite stehen die Sozialpsychologen, die die Ideen von Bowlby und Ainsworth in Bezug zu romantischen Liebesbeziehungen zwischen Erwachsenen setzen (Hazan & Shaver, 1987). Auf der anderen Seite findet man die Entwicklungspsychologen, die durch Beobachtungsmethoden wie z.B. dem Fremde–Situationstest die Eltern–Kind–Beziehung untersuchen, dabei aber nicht nur auf die kindliche Bindungskategorisierung Wert legen sondern auch auf die Bindungsklassifikation der Eltern. Aus dieser Idee heraus entwickelte Main das Adult–Attachment–Interview (AAI) in Anlehnung an die vier Bindungsstile von Ainsworth (Main, 2001).

Adult–Attachment–Interview nach Main

Das AAI, ein halbstrukturiertes Interview, wurde als eines der ersten Messinstrumente entwickelt, um Bindungsrepräsentationen bei Erwachsenen zu erfassen. Es zeichnet frühe Kindheitserfahrungen, deren aktuelle mentale Repräsentation und ihre Bewertung auf. Anhand der Antworten auf zwanzig Fragen erfasst es unbewusste Verarbeitungsprozesse. Analog zu den vier Bindungsstilen im FST wird Erwachsenen, nach der Codierung des Interviews, einer der folgenden Bindungsstile zugeordnet:

- *Sicher–autonom*
Personen dieser Kategorie zeichnen sich durch eine kohärente und innerlich konsistente Darstellung und Verarbeitung von beziehungsbezogenen Erfahrungen aus. Die formulierten Antworten fallen klar, relevant, gut begründet und kurz aus. Der Fokus der Aufmerksamkeit bewegt sich bei einer sicher–autonomen Person flüssig zwischen den Interviewfragen und den wachgerufenen Erinnerungen.

- *Unsicher–distanziert*

Diese Personen können nur über sehr wenige Kindheitserinnerungen berichten. Das Vortragen dieser Erinnerungen ist meistens inkohärent. Einerseits werden Bezugspersonen idealisiert, etwa durch Verwendung vieler positiver Adjektive. Andererseits jedoch ist eine Untermauerung der berichteten Ansicht durch Beispiele nicht möglich. Unsicher–distanzierte Personen sind oft bindungsabweisend und zeigen offenes Missfallen an dem Interviewthema.

- *Unsicher–verwickelt (präokkupiert)*

Die Interviews mit unsicher–verwickelten Personen sind meistens sehr lang, die Probanden verwenden grammatikalisch verwickelte Sätze, berichten über irrelevante Details. Die Bindungsgeschichte wird ständig widersprüchlich bewertet, was der Person allerdings nicht bewusst ist. Präokkupierte Sprecher zeigen oft Ärger über die Bindungsperson.

- *Unverarbeitet–traumatisiert (desorganisiert)*

Unverarbeitet–traumatisiert ist eine Zusatzkodierung für Personen, die wegen ihrer erlebten und nicht verarbeiteten Traumatisierung nicht eindeutig einer der oben genannten Kategorien zugeordnet werden können. Beim Berichten über das traumatische Ereignis zeigen diese Sprecher sprachliche Auffälligkeiten wie zum Beispiel Verwechslung von Raum und Zeit (Spangler & Zimmermann, 1999).

Die Codierung des erhobenen Interviews orientiert sich an einem kohärenten Gesprächsdiskurs, was das Befolgen von vier Maximen erfordert:

- *Qualität*, d.h. ehrlich sein und Beweise für das Gesagte haben,
- *Quantität*, d.h. kurz, knapp aber vollständig sein,
- *Relevanz*, d.h. relevant und scharfsichtig sein und
- *Art und Weise*, d.h. beim Vortragen der Erinnerungen klar und geordnet sein.

Nach Main werden nur solche Personen als kohärent bewertet, die in der Lage sind, ihre Erinnerungen sowohl abrufen, als auch bewerten zu können und gleichzeitig konsistent und kooperativ zu bleiben (Main, 2001).

1.2.2 Generationsübertragung

Eine oft untersuchte Frage der Bindungsforschung ist, ob die Bindungsqualität von den Eltern auf die Kindergeneration weitergegeben wird. In Untersuchungen zu diesem Thema werden mit Hilfe des AAI und neuerdings auch mit der RF-Skala von Fonagy (Fonagy,

1998) die Bindungsqualität und die Mentalisierungsfähigkeit beider Elternteile noch vor der Geburt des Kindes erfasst und die Bindungsmuster des Kindes im entsprechenden Alter mit dem FST untersucht. Anhand der so erhobenen Daten fanden Miriam und Howard Steele, so Brisch in seinem zusammenfassenden Artikel (Brisch, 1999b), in 70% der Fälle eine Übereinstimmung zwischen der Bindungsrepräsentation der Eltern und der Bindungsklassifikation ihrer Kinder.

Die Bindungsqualität der Kinder wurde jeweils getrennt für Mutter und Vater ausgewertet. Es ergab sich, dass Kinder auch zu ihren Vätern, unabhängig von der Bindung zur Mutter, eine eigenständige Bindung aufbauen können, die sich von derjenigen zur Mutter unterscheiden kann (Brisch, 1999b). Dies unterstreicht auch die Ansichten Fonagys (Fonagy, 1998), der besagt, dass das Kleinkind die Fähigkeit besitzt, die inneren Arbeitsmodelle der wesentlichen Bezugspersonen unabhängig voneinander zu enkodieren und zu differenzieren. Schließlich gibt es dem einen Modell den Vorzug und entscheidet sich, sich von diesem dominanten Modell leiten zu lassen. Weiter zeigen die Befunde, dass der elterliche Bindungsstil wichtiger ist, als die elterliche Feinfühligkeit (Brisch, 1999b), ausschlaggebend scheint aber die Mentalisierungsfähigkeit der Eltern. Fonagy (Fonagy, 1998) konnte in seinen Untersuchungen zeigen, dass bei Vätern wie Müttern mit hohen Werten der Selbstreflexivität die Wahrscheinlichkeit einer sicheren Bindung der Kinder drei bis viermal höher lag als bei Eltern mit schlechteren Fähigkeiten zur Selbstreflexivität.

Es können also unterschiedliche Bindungsstile zu unterschiedlichen Menschen aufgebaut werden. Patienten, die sich in Therapie begeben, bringen ihren individuellen Bindungsstil, ihre bindungsbezogenen Antizipationen und Befürchtungen mit in die Therapie. Auch der Therapeut weist eine Bindungsgeschichte und einen daraus resultierenden Bindungsstil auf, welchen er mit in die therapeutische Beziehung bringt (Brisch, 1999b). Studien zur Bindungssicherheit von Therapeuten sind rar. Es ist jedoch zu vermuten, so Fürstenau (Fürstenau, 2007), dass unsicher gebundene Therapeuten einen Risikofaktor für die Therapie darstellen. Dozier et al. (Dozier, Cue & Barnett, 1994) erfassten sowohl den Bindungsstil des Therapeuten als auch sein Vermögen, therapeutisch wirksam auf psychiatrisch beeinträchtigte Patienten einzugehen. Sicher gebundene Therapeuten entschieden sich für andere Interventionen als unsicher gebundene. Unsicher gebundene Therapeuten wählten Strategien, die den Bindungsstil ihres Patienten bestätigten. Autonome Therapeuten intervenierten beispielsweise bei vermeidend gebundenen Patienten eher psychologisch, bei verstrickten eher praktisch. So stellen sicher gebundene Therapeuten die dem Patienten vertrauten Verhaltensmuster auf die Probe und konfrontierten ihn mit unbekanntem Strategien. Die Patienten der sicher gebundenen Therapeuten bekamen auf dieser Weise die Möglichkeit, korrektive Bindungserfahrungen zu machen und daraufhin ihre interpersonellen Strategien zu verändern.

In einer anderen Untersuchung konnten Rubino et al. (Rubino, Barker, Roth & Fearson, 2000) nachweisen, dass unsicher gebundene Therapeuten auf ihre Patienten weniger empathisch reagierten. So waren Bindungssicherheit, Sensitivität und die Mentalisierungsfähigkeit des Therapeuten für die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung günstig, so

Diamond et al. (Diamond, Stovall-McClough, Clarkin & Levy, 2003), da die Therapeuten ihren Patienten in der Mentalisierungsfähigkeit einen Schritt voraus waren.

Der Aspekt der Generationsübertragung erweist sich auch in der vorliegenden Arbeit als relevant (siehe auch Kapitel 5). Zwar konnten die AAPs der Therapeuten wegen mangelnder Qualität noch nicht ausgewertet werden und dadurch nicht in diese Arbeit aufgenommen werden, dennoch bietet die Methode des PQS (siehe Abschnitt 1.5.4 und Abschnitt 1.5.5) genügend Möglichkeiten, die therapeutische Sensitivität und Mentalisierung genauer unter die Lupe zu nehmen und Aussagen über die Arbeitsbeziehung zwischen Therapeut und Patient im Hinblick auf die oben genannten Aspekte aufzuzeigen.

1.3 Inneres Arbeitsmodell

Schon in früher Kindheit erlernt ein Kind, seine eigenen Verhaltensweisen und die anderer einzuschätzen und vorherzusagen. Es weiß, wenn es zu schreien anfängt (sofern es mit einer feinfühligem Bezugsperson zu tun hat), kommt jemand und schaut in das Bettchen. Es bekommt eine frische Windel, wird gefüttert usw. — woher nehmen Kinder diese Sicherheit? Indem sie ein Modell von der Welt bzw. von den Bezugspersonen entwickeln. Eine Erklärungsweise wird in diesem Kapitel beschrieben, die andere wird im Abschnitt 1.4.1 näher behandelt.

1.3.1 Aufbau der inneren Arbeitsmodelle

Um eine effektive Steuerung des Bindungssystems zu garantieren, benötigt das Kind möglichst viele Informationen über sich selbst, seine Umwelt und insbesondere über seine Bezugspersonen (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2008). Ab der Mitte des ersten Lebensjahres beginnt das Kind ein inneres Bild von den Bezugspersonen zu formen. Es ist auch dann präsent, wenn diese Personen abwesend sind. Bei einer Trennung reagiert das Kind mit Kummer und verlangt die Hauptbezugsperson.

Im Laufe der ersten fünf Jahre entwickelt das Kind durch Interaktion mit der Umwelt, inklusive den dazugehörenden Personen, ein Bild von sich selbst und seinen Eltern. Dies wird in der Literatur innere Repräsentanz oder *inneres Arbeitsmodell (IAM)* von Bindung genannt. Diese Modelle wirken wie Schablonen oder Handlungsmuster und erlauben eine Einstellung auf Ereignisse in der Umgebung des Kindes. Sie ermöglichen vorausschauendes Planen und eine Anpassung des Verhaltens an unterschiedliche soziale Situationen. Die Verinnerlichung geschieht aktiv konstruierend und kann jederzeit durch neue Erfahrungen modifiziert und verfeinert werden (Fonagy et al., 2008).

Innere Arbeitsmodelle manifestieren sich in Form kognitiver und affektiver Repräsentanzen und führen zu einem inneren Regelsystem. Das Verhalten wird durch dieses direkt und meist unbewusst beeinflusst (Strauß, 2006).

Bowlby nimmt an, dass sich die frühen Bindungsmuster und nachfolgend die inneren Arbeitsmodelle zunehmend stabilisieren, sie können sich jedoch im Laufe der Zeit aufgrund neuer Erfahrungen, seien es positive oder negative, verändern (Bowlby, 1995).

1.3.2 Arbeitsmodelle und Bindungskategorien

Das sichere Modell

Im Vordergrund steht das Vertrauen der Kinder in die Verfügbarkeit der Bindungsfigur, so Fremmer-Bombik in ihrem Artikel (Fremmer-Bombik, 1995). Auch bei längerer Trennung glauben sie an deren Zuverlässigkeit. Die Interaktion mit der Bindungsperson wird als warm, akzeptierend und unterstützend erlebt und mit positiven Gefühlen verbunden.

Das sichere Arbeitsmodell Jugendlicher und Erwachsener wird als autonom bezeichnet, wenn in der Kindheit eine sichere Bindung bestand oder negative Erfahrungen verarbeitet und positiv integriert wurden. Das Fremdbild ist grundsätzlich positiv, andere Menschen werden als zuverlässig, vertrauenswürdig und emotional verfügbar beurteilt. Auch das Selbstbild ist positiv und die Personen haben das Gefühl liebenswert zu sein, sowie die Wertschätzung anderer zu genießen. Sie gehen offen auf andere Menschen zu und werden als Interaktionspartner von ihnen geschätzt. Bindungen haben einen hohen Wert für Personen mit einem sicheren inneren Arbeitsmodell.

Das unsicher-vermeidende Modell

Die Erfahrung häufiger Zurückweisung durch die Bindungsperson führt zu unsicherem, Nähe vermeidendem Bindungsverhalten. Nach Fremmer-Bombik verbergen Kinder mit einem unsicher-vermeidenden Arbeitsmodell ihre negativen Gefühle hinter gleichgültigem Verhalten (Fremmer-Bombik, 1995). Im Speziellen zeigen entsprechende sechsjährige Kinder ihre angespannte Vorsicht gegenüber der Bezugsperson, indem sie ein eher distanziertes Verhalten und einen knappen Sprachstil entwickeln. Intimität lehnen sie weithin sichtlich ab, was jedoch nicht bedeutet, dass diese Kinder keine Bindungswünsche hätten. Sie haben nur gelernt, dass der Ausdruck ihrer Bindungsbedürfnisse zu Ablehnung und Rückzug seitens der Bindungsperson führt.

Jugendliche und Erwachsene wirken distanziert und vermeiden Intimität. Sie haben keinen Bedarf, enge Bindungen einzugehen, da sie Bezugspersonen als eher unzuverlässig einschätzen. Diese Personen verlassen sich nur auf sich selbst und geben an, unabhängig von engen emotionalen Bindungen zu sein. So wird das Selbstbild von Vertrauen in die eigene Stärke und Unabhängigkeit gekennzeichnet.

Das unsicher–ambivalente Modell

Wie dem Artikel von Fremmer-Bombik (Fremmer-Bombik, 1995) zu entnehmen ist, steht die Unberechenbarkeit der Verfügbarkeit der Bindungsfigur bei diesem Modell im Vordergrund. Trennungen lösen Stress aus, da keine positive Erwartungshaltung gegenüber der Bezugsperson besteht. So ist zum Beispiel bei entsprechenden sechsjährigen Kindern ein angespanntes, vorsichtiges Verhalten zu beobachten, was sehr anhänglich und unreif wirkt.

Im Jugendalter zeigt sich ein positives inneres Modell von anderen und eine negative Selbsteinschätzung. Die eigene Liebeshwürdigkeit und die Wertschätzung durch die Bezugsperson wird in Frage gestellt. Dies führt zu einer *Verstrickung* mit Bezugspersonen und einem ständigen Bedürfnis nach Nähe und Wertschätzung durch andere.

Das unsicher–desorganisierte Modell

Im Falle selbst erlebter Traumatisierung oder unverarbeiteter Traumatisierung der Eltern kann sich dieses Arbeitsmodell entwickeln, so Fremmer-Bombik (Fremmer-Bombik, 1995). Erlebte Traumatisierung geht mit einem unsicheren Weltbild einher. Im zweiten Fall hält die Bindungsperson wegen unverarbeiteter Traumatisierungen ihr eigenes Bindungssystem ständig aktiviert und so steht das Pflegesystem nur eingeschränkt zur Verfügung. Das Kind ist unter solchen Umständen nicht in der Lage, eine klare Bindungsstrategie zu entwickeln. Die Erwartungen an die Bindungsperson werden nicht erfüllt, was sich in einem unsicher–desorganisierten inneren Arbeitsmodell abbildet. Die Strategie, die später vom Kind entwickelt wird, ist sehr kontrollierend und erinnert in vielen Fällen an Rollenumkehr.

Bei ganz bestimmten Bindungsthemen wie Tod oder Trennung zeigen unsicher–desorganisierte Erwachsene verbale und gedankliche Inkohärenz und Neigung zur Irrationalität.

1.3.3 Psychische Störungen aufgrund früher Bindungserfahrungen

Zunächst werden die wesentlichen Überlegungen sowie Befunde zur Bindung und Psychopathologie dargestellt.

Die Bindungstheorie beschäftigt sich, wie oben schon erwähnt, mit dem Einfluss von Beziehungserfahrungen auf die Anpassungsfähigkeit und somit auf die Entwicklung seelischer Gesundheit bzw. Krankheiten im Laufe des Lebens. Eine unsichere Bindungsorganisation ist keine psychische Störung, sie kann aber die Entwicklung in negativer Weise beeinflussen. Während eine sichere Bindungsorganisation die Anpassungsfähigkeit erhöht, erschwert eine unsichere Bindungsorganisation die Entwicklung wichtiger Kompetenzen und schafft damit Vulnerabilität für Fehlanpassungen bzw. psychopathologische Auffälligkeiten ((Fonagy et al., 2008) und (Brisch, 1999a)). Unsichere Bindungsmuster entstehen im Allgemeinen

durch ungünstige frühe Erfahrungen, die gemäß entsprechender Arbeitsmodelle die Gefahr einer Fehlanpassung erhöhen (Atkinson, 1997).

Prospektive Längsschnittstudien, die am besten geeignet sind, Entwicklungswege valide abzubilden und empirisch fundierte Aussagen über den Zusammenhang zwischen Bindungsorganisation und Entwicklung von Psychopathologie zu machen, sind nur in begrenztem Umfang vorhanden. In laufenden Untersuchungen sind die Probanden zur Zeit im frühen Erwachsenenalter. Da sich psychische Störungen zu diesem Zeitpunkt häufig noch nicht manifestieren, ist es schwierig, hierzu Aussagen zu machen. Darüber hinaus beträgt die Prävalenz psychischer Krankheiten nicht mehr als 10%, was bedeutet, dass man sehr hohe Fallzahlen in der Ausgangsstichprobe bräuchte, um bedeutsame Aussagen über die Entwicklung von Psychopathologie machen zu können (Butollo, Rosner & Wentzel, 1999).

Da Daten über die Entstehungsbedingungen von psychischen Störungen auf prospektivem Weg schwer zu erhalten sind, setzen die meisten Forscher bei Erwachsenen mit manifesten Störungen an. Der Bindungsstil der klinisch auffällig gewordenen Erwachsenen wird meistens durch das AAI ermittelt. Zusätzlich werden retrospektiv die früheren Lebensumstände erhoben, um somit Aussagen über die Entstehung psychischer Auffälligkeiten zuzulassen.

1.3.4 Empirische Untersuchungen zur Bindung und Psychopathologie

- *Sichere Bindungsorganisation*

Sichere Bindung gilt im Allgemeinen als Schutzfaktor. Diese Annahme wird empirisch dadurch untermauert, dass sich in klinischen Stichproben ein auffallend geringer Anteil an sicher gebundenen Personen fand. In der Metaanalyse verglichen van Ijzendoorn (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996) 33 Studien zum Thema Bindungsrepräsentation bei Müttern, Vätern, Jugendlichen und klinisch Auffälligen. Der Vergleich der klinischen und nicht klinischen Stichproben ergab, dass in nicht klinischen Stichproben 58% der Mütter sicher gebunden waren. Der Anteil sicher gebundener Väter oder Jugendlicher war hier ähnlich hoch.

Unter Berücksichtigung der Fälle, die als unverarbeitet-traumatisiert klassifiziert wurden, betrug der Anteil der sicher gebundenen in der nicht klinischen Stichprobe 55%. In den klinischen Stichproben konnten demgegenüber nur 13% der Patienten als sicher Gebunden eingestuft werden. Betrachtet man die als unverarbeitet-traumatisiert Klassifizierten separat, so verringert sich die Zahl der sicher Gebundenen in klinischen Stichproben auf 8%.

Leider war der Stichprobenumfang der verwendeten Studien relativ klein. Darüber hinaus handelt es sich um einen korrelativen Zusammenhang, dessen Richtung nicht vollständig geklärt ist. Dennoch ist es bemerkenswert, dass ein sicherer Bindungsstil deutlich seltener mit manifesten psychischen Störungen einherging als unsichere Bindungsmuster.

Dozier (Dozier, 1990) stellte fest, dass sicher gebundene Patienten besser mit ihrem Therapeuten kooperieren und Patienten, die als vermeidend eingestuft werden, sich weniger gut ihrem Therapeuten anvertrauen können oder den Therapeuten sogar ablehnen. Dieser Effekt der therapeutischen Beziehung schlägt sich entsprechend im Therapieergebnis nieder. Entgegen der Ergebnisse von Dozier konnten Reis et al. (Reis & Grenyer, 2004) in ihrer Studie den Moderatoreffekt der therapeutischen Beziehung nicht nachweisen.

- *Unsicher-vermeidende Bindungsorganisation*

Der Metaanalyse von van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg zufolge betrug der Anteil unsicher-vermeidend gebundener Personen in klinischen Stichproben 41%, verglichen mit 24% vermeidend gebundenen Müttern in nicht klinischen Stichproben (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Berücksichtigt man die unverarbeitet-traumatisiert klassifizierten Personen separat, so hatten 26% in den klinischen Stichproben ein vermeidendes Muster gegenüber 16% der nicht klinischen Probanden. Der Anteil vermeidend gebundener Menschen in klinischen Stichproben war also erhöht gegenüber nichtklinischen Stichproben.

Im Zusammenhang mit unsicher-vermeidender Bindungsqualität existieren für Störungsbilder teilweise widersprüchliche Befunde. Beispielsweise fanden nach Buchheim (Buchheim & Strauß, 2002) einige Studien in Patientengruppen mit depressiver Symptomatik einen signifikant höheren Anteil von unsicher-ambivalenter Bindungsrepräsentation, während andere Studien einen höheren Anteil an unsicher-vermeidender Bindungsrepräsentation nachwiesen.

Hardy et al. (Hardy et al., 2001) wiesen nach, dass Patienten mit einem vermeidenden Stil weniger von zeitlich begrenzter kognitiver Therapie profitieren. Als erklärende Variable identifizierten die Autoren die therapeutische Beziehung, die bei diesen Patienten defizitär war, was von den Autoren wiederum auf die interpersonelle Vermeidung zurückgeführt wurde.

- *Unsicher-ambivalente Bindungsorganisation*

Die Metaanalyse von van Ijzendoorn und Bakermans-Kranenburg ergab, wie oben schon erwähnt, dass der Anteil sicher gebundener Personen in klinischen Stichproben auffallend niedrig, wohingegen der Anteil unsicher-ambivalenter Personen deutlich erhöht war (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996). Er betrug 46% im Vergleich zu 18% in nicht klinischen Stichproben. Berücksichtigt man die als desorganisiert klassifizierten Personen separat, so waren 25% der Personen in klinischen Stichprobe ambivalent gebunden im Vergleich zu 9% der Probanden in nicht klinischen Gruppen.

Stellt man sich die Frage, ob ein ambivalenter Bindungsstil mit spezifischen Störungen im Zusammenhang steht, so lieferte die Metaanalyse für die meisten Störungen keine klaren Tendenzen. Nur bei der Borderline-Störung zeigt sich ein eindeutiges Ergebnis. 75% der Patienten mit einer Borderline-Symptomatik konnten in der Studie

von Fonagy (Fonagy et al., 1996) der Klassifikation unsicher–ambivalent zugewiesen werden.

In Bezug auf Angststörungen gibt es einige gut belegte Studien, die einen Zusammenhang mit der Bindungsrepräsentation nachweisen. Fonagy et al. stellten fest, dass die meisten Angstpatienten in einer psychiatrischen Stichprobe ambivalent gebunden waren (Fonagy et al., 1996). Eine andere Untersuchung von De Rutter und van Ijzendoorn fand heraus, dass ein ängstlich–ambivalenter Bindungsstil speziell mit Agoraphobie im Zusammenhang steht (Rutter & van Ijzendoorn, 1992). In dieser Studie wurden retrospektiv Elternverhalten und Entwicklungsumstände festgehalten. Demnach sind Trennungsangst in der Kindheit, eine überbehütende Bezugsperson — was im Regelfall mit einem ängstlich–ambivalenten Bindungsstil einhergeht — und frühe Traumatisierungen ein Risikofaktor für Agoraphobie im Erwachsenenalter.

- *Unverarbeitet–traumatisierte Bindungsdesorganisation*

Wie oben bereits erwähnt, zeigt bei Erwachsenen die Kategorie unverarbeitet–traumatisiert, dass traumatische Erlebnisse noch nicht adäquat verarbeitet wurden. Dies äußert sich im AAI in Form von gedanklichen oder sprachlichen Fehlern während des Berichtens über das traumatische Ereignis. Diese Kategorie wird zusätzlich zu einem anderen Bindungsmuster vergeben (Main, 2001).

Van Ijzendoorn (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996) zeigte in einer Metaanalyse, dass in nicht klinischen Stichproben 17–20% der Personen die Zusatzkodierung unverarbeitet–traumatisiert erhielten, in klinischen Stichproben 40%. Besonders überrepräsentiert ist diese Klassifikation in den Stichproben mit Borderline Patienten.

Van Ijzendoorn (van Ijzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 2008) zeigte in einer neueren Metaanalyse, dass als internalisiert bezeichnete Störungen mit einem unsicher–vermeidenden Bindungsstil und als externalisierend bezeichneten Störungsbilder mit einem unsicher–abweisenden Bindungsstil verbunden werden können.

Störungsspezifische Zusammenhänge sind allerdings schwer auszumachen. Selbst wenn ein Zusammenhang zwischen Bindungsorganisation und Psychopathologie besteht, führen unsichere Bindungsmuster keinesfalls geradewegs zu psychischen Störungen. Psychische Auffälligkeiten entwickeln sich, wenn mehrere Risikofaktoren zusammenwirken und zwar in einer komplexen, noch wenig geklärten Art und Weise.

Ein unsicherer Bindungsstil (d.h. eine Wahrnehmung des Selbst als nicht liebenswert und eine Wahrnehmung der Anderen als zurückweisend) führt zu dysfunktionalem Verhalten im Sinne einer Distanzierung von engen zwischenmenschlichen Beziehungen, obwohl Nähesuchen eine adäquate Strategie zur Emotionsregulation oder Stressbewältigung wäre. In Übereinstimmung damit kann konstatiert werden, dass eine defizitäre therapeutische Beziehung und ein schlechtes Behandlungsergebnis zumindest teilweise durch einen unsicheren Bindungsstil des Patienten bzw. einen unsicheren Bindungsstil des Therapeuten determiniert sind (Strauß, 2006).

In den genannten Studien bleiben viele Fragen unbeantwortet. Fest steht, dass der Anteil unsicher gebundener Personen in klinischen Stichproben höher ist als in nicht klinischen Stichproben (Strauß, 2006). Auffallend ist weiter, dass in klinischen Stichproben ambivalent gebundene Personen und Personen mit der Zusatzkodierung unverarbeitet–traumatisiert viel häufiger zu finden sind als in nichtklinischen Stichproben. Fest steht, wie auch die oben genannten Studien zeigen, dass die Bindungsqualität für therapeutische Beziehungen von Bedeutung ist, da Patienten mit unterschiedlichen Formen von Bindungsunsicherheit sich in ihren Interaktionen unterscheiden und auch unterschiedliche Reaktionen in ihrem Therapeuten auslösen.

In einer zusammenfassenden Arbeit betonen Steele et al. (Steele, Steele & Murphy, 2009) im Zusammenhang mit dem Instrument des Adult Attachment Interviews, dass eine günstigere Beurteilung des AAI ein positiver Indikator für einen positiven Therapieverlauf in der Behandlung von Patienten mit Depression, Borderline oder posttraumatischen Belastungsstörung sind. Das liegt möglicherweise daran, dass das AAI die Rolle eines nützlichen Motivationselements in der Therapie einnimmt und den Patienten dazu bewegt, sich mit seiner inneren und äußeren Welt auseinanderzusetzen. Die Autoren stellen fest, dass in der aktuellen Forschung Arbeiten immer beliebter werden, die die Aspekte der Bindungsrepräsentanz, definiert anhand des AAI, und den therapeutischen Prozess verbinden. Eine Vertrautheit mit der AAI-Literatur, so Steele, verbessert das Verständnis des Therapeuten für die Entwicklung der Emotionsregulierung und der mentalen Repräsentation über der Bindung des Patienten, was die Autoren für wünschenswert und unerlässlich halten.

Demnach erweist es sich als sinnvoll, so Strauß (Strauß, 2006), die Befunde der Bindungsforschung in Bezug zu psychotherapeutischen Interaktionen zu setzen, da eine therapeutische Beziehung Züge einer Bindungsbeziehung aufweist.

1.4 Fonagys und Targets Mentalisierungsmodell

Das Konzept der reflexiven Kompetenz, des Denkens über das Denken, ist nicht neu. Es steht nicht erst heute im Mittelpunkt philosophischer und kognitionspsychologischer Diskussionen (Fonagy et al., 2008). Das Konstrukt ‘reflektive–Funktion’ bezieht sich auf die Fähigkeit, sowohl die eigene Person als auch die andere in Begriffen von Intentionalität bzw. mentalem Befinden wahrzunehmen und zu verstehen und über das Verhalten entsprechend nachzudenken (Daudert, 2002). Dieses Konstrukt ist eng verbunden mit der Entwicklung des Selbst, das denkt und fühlt. Sie beinhaltet auch die Fähigkeit, Sinn und Bedeutung herzustellen und auf diese Weise Verhalten zu regulieren. Im Verlauf der Entwicklung lernt das Kind im Kontext einer nahen Bindungsbeziehung, emotionale Zustände bei sich und anderen zu identifizieren, ihnen Bedeutung zuzumessen und der eigenen inneren Befindlichkeit Ausdruck zu verleihen.

Fonagy et al. (Fonagy et al., 2008) geht davon aus, dass das Kleinkind nicht automatisch lernt, eigene psychische Zustände wahrzunehmen und die eigenen psychischen Zustände

für seine Handlungen als kausal zu erkennen oder gar psychische Zustände als Ursache der Handlungen anderer zu begreifen. Durch die Spiegelungsaktivität der primären Bezugspersonen entsteht erst diese sogenannte Mentalisierungsfähigkeit. Dabei geht es darum, dass nicht nur der jeweilige affektive Zustand des Kindes von dem Gegenüber aufgegriffen und gespiegelt wird, sondern dass dem Kind durch *markierte Spiegelung* vermittelt wird, dass es sich hierbei nicht um den Gefühlszustand des Erwachsenen handelt, sondern um seinen eigenen. So entsteht im Kind die erste Repräsentation der eigenen Gefühle, welche wiederum der Beginn der Fähigkeit ist, das Psychische als eigene Realität zu erkennen und darüber nachzudenken. Erst mit Hilfe dieser mentalen Repräsentation emotionaler und kognitiver Erfahrungen kann das Kind die Affekte anderer verstehen, ohne von ihnen überwältigt zu werden. Eine zuverlässige und sichere Objektbeziehung erlaubt dem Kind die Manifestation von Gefühlen und deren Spannweite bei anderen zu erfahren. Sie macht dadurch die Entstehung einer ‘theory of mind’ möglich. Die Grundlagen dafür werden im ersten Lebensjahr entwickelt, vor dem Hintergrund einer affektiven Resonanz (Daudert, 2002). Die Entwicklung des reflexiven Selbst wird im Kapitel Abschnitt 1.4.1 ausführlicher dargestellt.

Nach Fonagy (Fonagy et al., 1996) werden ‘reflektive-Funktion’ und der entsprechende Bindungskontext als Basis der Selbstorganisation bzw. Selbstregulationsfähigkeit begriffen.

Die Fähigkeit der Eltern, Geist und Seele des Kindes wahrzunehmen, fördert das generelle Verständnis des Kindes für seelische Prozesse (Daudert, 2002). Auf der anderen Seite besitzt das kleine Kind die Fähigkeit, die inneren Arbeitsmodelle der Bezugspersonen unabhängig voneinander zu enkodieren, zu differenzieren und zu isolieren, um schließlich einem Modell den Vorzug zu geben. Es lässt sich dann von diesem bevorzugten oder dominanten Modell leiten (Fonagy, 1998). Inkohärente Aussagen in AAI von Müttern weisen auf schwach strukturierte Modelle von eigenen Bindungsbeziehungen dieser Mütter hin und sind Ursache unsicherer Bindungsmuster beim Kind. Mütter, die nicht in der Lage sind, über die unmittelbare Erfahrungsrealität hinaus zu denken und den Unterschied zwischen unmittelbarer Erfahrung und dem zugrunde liegenden Befinden zu begreifen, neigen eher zu inkonsistentem Verhalten gegenüber ihren eigenen Kindern. Durch das Manual zur reflexiven Kompetenz wurde diese Fähigkeit operationalisiert (Fonagy, Target, Steele & Steele, 2000). Die Fähigkeit der Bezugspersonen, über das konkret beobachtbare Verhalten einer Situation hinauszugehen und das dem Verhalten zugrunde liegende innere Geschehen beim Kind erfassen zu können, gilt als zentraler Faktor für die Bindungssicherheit des Kindes. Elterliche Feinfühligkeit, gepaart mit hohen metakognitiven Kompetenzen der Bindungsperson, ermöglichen klare Prognosen einer Bindungssicherheit beim Kind im entsprechenden Alter. Es ist nur im Kontext einer sicheren Bindungsbeziehung möglich zu erkennen, dass man selbst, und auch andere, durch innere mentale Befindlichkeiten motiviert ist. (Fonagy, 1998).

Das psychische Selbst entwickelt sich durch die Wahrnehmung der eigenen Person im Geist eines anderen Menschen. Dies ist auch in psychoanalytischen Theorien, wie von Bion, Winnicott oder Kohut, so Fonagy (Fonagy, 2006), erst dann möglich, wenn die Mutter fähig

ist, das Kind als ein potentiell eigenständiges Wesen mit eigenen Wünschen, Vorstellungen und Gefühlen anzuerkennen, die mentale Verfassung des Kindes zu verstehen und einen Container zu bieten. Innerhalb des Konstrukts der reflexiven Kompetenz verschiebt sich der traditionelle psychoanalytische Schwerpunkt, so Fonagy (Fonagy, Target & Steele, 1998). Denn psychoanalytische Theorien gingen davon aus, dass das Kind das Bild der Mutter internalisiert, die zum Halten der emotionalen Zustände ihres Kindes fähig ist. Dadurch erwirbt das Kind eine Selbststruktur, die es ihm ermöglicht, Konflikte und Verstörungen in sich zu halten. Fonagy expliziert diesen Zusammenhang detaillierter:

Das Kind nimmt im Verhalten der Mutter nicht nur deren Reflexivität wahr, auf die es schließt, um ihr Verhalten begründen zu können, sondern es nimmt zuvor in der Haltung der Mutter ein Bild seiner selbst als mentalisierendes, wünschendes und glaubendes Selbst wahr. Das Kind sieht, dass die Mutter es als intentionales Wesen repräsentiert. Es ist diese Repräsentanz, die internalisiert wird und das Selbst bildet. 'Ich denke, also bin ich' reicht also als psychodynamisches Modell für die Geburt des Selbst nicht aus; 'Sie denkt mich als denkend und also existiere ich als denkendes Wesen' kommt der Wahrheit möglicherweise näher. S.366 (Fonagy, 1998)

Das Kind kann sich als intentionales psychisches Wesen im Anderen wieder finden, wenn die reflexive Mutter die intentionale Haltung des Kindes wahrnimmt. Besitzt die Mutter diese Fähigkeit nicht, wird sich das Kind gegenüber der Mutter unsicher verhalten. Wenn die Beziehung zur Mutter feindselig oder missbräuchlich ist, wird sich das Kind von der Mutter abwenden, da die feindlichen Absichten das kindliche Selbst überwältigen. Dies kann sich bis zum Vermeiden mentalen Befindens steigern und das Kind kann sich nicht mit einem verständnisvollen Objekt identifizieren und bedeutungsvolle intime Beziehungen mit ihm aufbauen (Fonagy, Moran & Target, 1998).

Kritisch bewertet Fonagy (Fonagy & Target, 2007) an dem Modell, dass es zu den Störungen, die traditionell als Neurosen bezeichnet werden, wenig zu sagen hat und selbst innerhalb der Persönlichkeitsstörungen eher für die Beschreibung dramatischerer Pathologien zu verwenden ist. Eine weitere Begrenzung der Theorie ist eine starke Überbewertung der ersten Lebensjahre, denn die Entwicklungspsychopathologie zeigte, dass, ebenso wie frühe Misshandlungserfahrungen, auch Traumatisierungen in der Adoleszenz zum Verlust der Reflexionsfunktion führen können.

1.4.1 Fonagys und Targets Entwicklungsschema

Fonagy und Target (Fonagy & Target, 2007) formulierten die These der Mentalisierung (siehe Abschnitt 1.4), was unter dem Begriff Reflexionsfunktion für die Forschung (siehe Abschnitt 1.4.3) operationalisiert wurde. Die Autoren stellten im Rahmen einer großen empirischen Untersuchung fest, dass die Bindungssicherheit des Kindes nicht maßgeblich

durch die Bindungssicherheit der Mutter während der Schwangerschaft vorhersagbar war, sondern durch deren Fähigkeit, die eigenen kindlichen Beziehungen unter dem Aspekt psychischer Zustände zu verstehen. Selbstreflexive und interpersonale Komponenten vermitteln dem Kind die Fähigkeit, die innere von der äußeren Realität sowie innere psychische und emotionale Vorgänge von interpersonalen zu unterscheiden. Diese Fähigkeit ist keine biologische Gegebenheit, sie entwickelt sich wie eine Struktur, beginnend mit dem Säuglingsalter während der gesamten Kindheit und wird entscheidend von der Interaktion mit anderen, reiferen Psychen geprägt.

Mittels eines angeborenen Mechanismus beginnt das Kind wahrzunehmen, dass seine psychischen Zustände Ursachen und Wirkung haben und dass dies auch auf andere Personen zutrifft (Fonagy et al., 2008). Durch primäre Objektbeziehungen beginnt das Kind mit der Entdeckung von Affekten, das ist das sogenannte Konzept der Affektregulierung, welche von den Autoren (Fonagy & Target, 2007) als Vorstufe zur Mentalisierung verstanden wird. Eine reife Fähigkeit der Affektregulierung (mentalisierte Affektivität) spielt sich in der psychoanalytischen Behandlung ab. Sie bezeichnet das Vermögen, die subjektiven Bedeutungen der eigenen Gefühle zu entdecken.

Fonagy (Fonagy & Target, 2007) vertritt im Zusammenhang mit der kindlichen Entwicklung die Ansicht:

... dass eine Evolutionsfunktion früher Objektbeziehungen darin besteht, für das Kind eine Umwelt zu gewährleisten, in der sich das Verstehen eigener mentaler Zustände sowie der inneren Verfassung anderer Menschen gefahrlos und uneingeschränkt entfalten kann. (S.366)

Dies geschieht, indem in der Psyche des Babys sein willkürlicher Emotionsausdruck und die mimischen und vokalen emotionalen Äußerungen, mit denen die Mutter darauf reagiert, durch einen Kontingenzentdeckungsmechanismus miteinander verbunden werden. Diesen Mechanismus nennen Fonagy und Target (Fonagy & Target, 2007) die Theorie des sozialen Biofeedback durch mütterliche Affektspiegelung. Die Mutter gibt durch 'markierte Spiegelung' dem Kind zu erkennen, dass ihr Ausdruck nicht ihren Affekt zeigt. Damit schafft die Mutter, dass ihre Affektspiegelung die Grundlage eines repräsentationalen Bezugsrahmens bildet. So schreibt die Bezugsperson unbewusst und konsequent dem Kind durch ihr Verhalten einen mentalen Zustand zu und behandelt es als mentalen Akteur. Dies nimmt das Kind wahr und benutzt es, um mentale Kausalitätsmodelle auszuarbeiten.

Fonagy et al. (Fonagy et al., 2008) sind der Ansicht, dass Kinder während der ersten drei Lebensjahre im 'psychischen Äquivalenzmodus' sind. Das heißt, dass mentale Ereignisse mit physikalischen Ereignissen gleichgesetzt werden. Da es bedrohlich sein kann, Gedanken und Gefühle als unmittelbar und real zu erleben, entwickelt das Kind den 'Als-ob-Modus'. In diesem Modus empfindet es Gefühle und Vorstellungen als imaginär. Zunächst bildet sein Spiel keine Brücke zwischen innerer und äußerer Realität. Die sichere und aufmerksame Nähe einer Bezugsperson, die die Als-ob-Perspektive und die äquivalenten Perspektiven

des Kindes zusammenhalten kann, erlaubt es, dass aus der Integration dieser beiden Modi eine psychische Realität entstehen kann (ca. mit vier Jahren). In dieser psychischen Realität können Gefühle und Vorstellungen als innere, jedoch als bezogen auf die äußere Realität, erkannt werden (eine mentale Als-ob-Erfahrung durch das Spiel ‘nur so tun als ob’).

Wenn der Säugling durch pathologische Affektspiegelung, sich selbst in der Mutter nicht finden kann, entwickelt es ein ‘fremdes Selbst’ (Fonagy & Target, 2007). Obwohl der defensive Gebrauch des fremden Selbstanteils ursprünglich der Anpassung diene, ist es später höchst pathologisch. Denn er geht mit einer fortgesetzten Ablehnung der Mentalisierung einher, zumindest in Bindungsbeziehungen. Das psychische Selbst wird von einem quälenden Anderen im Selbst massiv beeinträchtigt. Die Person ist absolut abhängig von der körperlichen Gegenwart eines Anderen, in der der externalisierte Anteil untergebracht werden muss. Nicht nur frühe Erfahrungen, auch eine spätere Traumatisierung kann das Ausschalten des Mentalisierens bewirken und pathologisch werden.

Um individuelle Unterschiede der metakognitiven Kapazitäten bei Erwachsenen bestimmen zu können, entwickelten Fonagy und seine Forschungsgruppe (Daudert, 2002) eine zusätzliche Auswertungsmethode zum Adult Attachment Interview, die sogenannte ‘Reflective Self Functioning Scale’.

1.4.2 Die RF-Skala

Die reflexive Funktion (Fonagy, 2003b) ist die Operationalisierung des Konzeptes der Mentalisierung und bezeichnet die Fähigkeit, subjektive Zustände bei sich selbst und anderen wahrzunehmen, als Ursachen von Handlungen zu erkennen, über sie nachzudenken und in die Planung der eigenen Handlungen mit einzubeziehen.

Anhand der Transkriptionen der AAIs erfasst die RF-Skala, ob der interviewten Person ein stabiles psychologisches Modell zur Beschreibung eigener und fremder Gefühle und Gedanken zur Verfügung steht, welches Konzept von inneren mentalen Zuständen sie hat und inwiefern es ihr möglich ist, bei der Beurteilung der inneren Zustände und des Verhaltens anderer vom eigenen Erleben zu abstrahieren (Daudert, 2002). Die Skala gibt auch Auskunft darüber, ob und in welchem Ausmaß eine Person sich und ihre Bezugspersonen als mentale Wesen mit differenzierten Gedanken, Gefühlen, Wünschen und Intentionen wahrnehmen kann. Im Manual (Daudert, 2002) sind die inhaltlichen Reflexivitätskriterien anhand von typischen Aussagen im AAI illustriert und in einer Skala von -1 bis 9 bewertet (in der Tabelle 1.1 siehe eine Zusammenfassung des Reflexivitätsgrades).

Die einzelnen Abschnitte der Interviews werden anhand des Manuals geratet, am Ende wird aus den Einzelscores ein Gesamtscore ermittelt. In den Interviews, deren RF-Werte in den Scores 0 bis 3 liegen, werden weder das Selbst noch die Anderen als intentional repräsentiert (Daudert, 2002). In der Gruppe mit einer mittleren reflexiven Funktion (Score 4 bis 6) gibt es zwar tendenziell gewisse psychologische Zuschreibungen, allerdings ohne Spezifität. In den Interviews mit Werten im oberen Drittel (Score 7 bis 9) finden sich zahlreiche

Wert	Bezeichnung	Unterformen von Reflexivitätsstörung
0	negative, ablehnende RF	1. feindselige Ablehnung / negieren von RF 2. unintegrierte, bizarre oder unangemessene RF
1	fehlende RF	3. vermeiden / verleugnen bzw. fehlen von RF 4. verzerrte, eigennützige RF
3	fragile bzw. niedrige RF	5. naive, vereinfachende RF 6. überanalysierende, hyperaktive RF 7. gemischt niedrige
5	eindeutige bzw. mittlere RF	8. durchschnittliches Einfühlungsvermögen 9. inkonsistentes Einfühlungsvermögen
7	hohe RF	keine Unterform
9	außergewöhnlich hohe RF	keine Unterform

Tabelle 1.1: Übersicht der möglichen Werte des reflexiven Selbst

Beispiele für die Reflexion von Handlungen, unter dem Aspekt geistig–seelischer Befindlichkeit, Annahmen über die Auswirkungen psychischer Konflikte sowie das Wissen, dass das Bewusstsein nicht alle Aspekte mentaler Aktivitäten steuern kann. Eine ausführlichere Übersicht über die möglichen Abstufungen von Reflexivität und deren Beeinträchtigung erfolgt in Abschnitt 3.4.2.

Seit der Entwicklung der Skala wurden von der Arbeitsgruppe um Fonagy diverse Validitätsstudien durchgeführt (Fonagy, Target & Steele, 1998). Die Inter–Rater–Reliabilität der reflexiven Funktionsskala kann mit zufriedenstellend bis hoch beurteilt werden. Die Korrelation mit soziodemographischen Daten war sehr gering. Es ergaben sich lediglich für die verbale Intelligenz der Eltern sowie für das Bildungsniveau des Vaters signifikante Korrelationen auf dem .05-Niveau. Hinsichtlich der diskriminanten Validität ergaben sich keine Zusammenhänge der RF-Skala mit gängigen Persönlichkeitsinventaren. Untersuchungen zur Konstruktvalidität ergaben hohe Korrelationen der RF-Werte mit der sicheren Bindungsklassifikation im AAI.

1.4.3 Empirische Untersuchungen im Zusammenhang mit der RF-Skala

Das Londoner Eltern-Kind-Projekt, eine Prospektivstudie, wurde von Fonagy durchgeführt, um nachzuweisen, dass die Qualität der kindlichen Bindung davon abhängig ist, inwieweit sich Eltern in die mentalen Zustände des Kindes hineinversetzen und diese durch ihr Verhalten spiegeln können (Fonagy, Steele & Steele, 1991). Es wurden 100 Mütter und ihre Partner im letzten Drittel der Schwangerschaft anhand des AAIs befragt. Die Kinder wurden dann während der ersten 18 Lebensmonate mit dem Fremde–Situation–Test untersucht. Sicher gebundene Mütter erreichten auf der RF-Skala höheren Werte als vermeidend gebundene. Die Prognoseeignung für die Bindungsqualität des Kindes erwies

sich in etwa als so groß wie die Skalen des AAI. Für sichere Mütter, die im Erwachsenen-Bindungsinterview von vielen schlechten Kindheitserlebnissen berichteten, jedoch aufgrund ihrer kohärenten Darstellungsweise, als sicher gebunden eingestuft wurden, war die Aussagekraft der RF-Skala besonders hoch. Diese Mütter hatten alle sicher gebundene Kinder. Mütter, die positive Kindheitserfahrungen berichteten und sicher gebunden eingestuft waren, hatten zu 79% sicher gebundene Kinder und unsicher gebundene Mütter nur zu 28% sicher gebundene Kinder. Belastete, deprivierte Mütter mit niedriger Fähigkeit zur reflexiven Funktion hatten nur zu 6% sicher gebundene Kinder. Diese Ergebnisse zeigen, dass sicher gebundene Mütter mit negativen Kindheitserfahrungen, wie beispielsweise psychiatrische Erkrankungen der Eltern, Tod oder Deprivation, durch ihre metakognitiven Fähigkeiten dazu in der Lage waren, als Schutzfaktor für das Kind zu dienen. Die Fähigkeit zur Mentalisierung wird in diesem Zusammenhang als Puffer bzw. Neutralisierungsmöglichkeit verstanden, die hilft, unerwünschte Einflüsse zu minimieren und dadurch Interaktionen mit dem Kind abzufedern. Bei Müttern mit positiven Kindheitserfahrungen erscheint diese Fähigkeit nicht vergleichbar relevant, die Skala verliert bei ihnen an Bedeutung.

Diese Untersuchung von Fonagy (Fonagy et al., 1991) stützt seine theoretischen Überlegungen über die Mentalisierungstheorie, sie beweist auch einen deutlichen Zusammenhang zwischen Bindungsqualität und reflexiver Funktion. Nun könnte man diese Ergebnisse der ‘Generationsübertragung’ von Bindungsqualität und in diesem Zusammenhang auch die Mentalisierungsfähigkeit auf die therapeutische Dyade übertragen und Untersuchungen diesbezüglich durchführen.

Die Arbeitsgruppe um Fonagy ging davon aus, dass Vorhandensein bzw. Fehlen von reflexiven Fähigkeiten eng verbunden ist mit der Entwicklung des Selbst und seinen Störungen. Also auch mit der Entwicklung von psychischen Störungen, vor allem von Persönlichkeitsstörungen. Anhand der Cassel Hospital Studie (Fonagy et al., 1996) konnten die Autoren nachweisen, dass schwer traumatisierte Personen nur dann eine Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickeln, wenn zusätzlich auch die reflexive Funktion beeinträchtigt ist. Es wird durch die daraus folgende mangelnde Integrationsfähigkeit eine Disposition für Persönlichkeitsstörungen geschaffen. In dieser Studie wurden 85 nichtpsychotische stationäre Psychatriepatienten untersucht und mit einer parallelisierten, nichtpsychiatrischen Kontrollgruppe verglichen. Patienten ohne eine Achse-II-Diagnose hatten signifikant höhere RF-Werte als die mit einer diagnostizierten Persönlichkeitsstörung. Dieses Ergebnis konnte insbesondere auf die niedrigen RF-Werte der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zurückgeführt werden. In einer Pfadanalyse wurden körperlicher bzw. sexueller Missbrauch, RF-Wert und Borderline-Diagnose in Zusammenhang gesetzt. Die Prävalenz der Borderline-Störung ohne Missbrauchserfahrung war gleich hoch für Patienten mit hohen und mit niedrigen RF-Werten. So wurde nur bei 17% der Patienten mit einer Missbrauchserfahrung und hohem RF-Wert eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert, demgegenüber aber bei 97% mit niedrigem RF-Wert. Diese Ergebnisse konnten von Daudert (Daudert, 2002) in einer Kieler Studie mit stationären Gruppenpsychotherapiepatienten bestätigt werden. In dieser Studie konnte ferner ein schädigender Einfluss von Kindheitstraumata auf das Reflexionsvermögen nachgewiesen werden. So hatten

Patienten ohne traumatische Erfahrung vor dem zwölften Lebensjahr signifikant höhere metakognitive Fähigkeiten als Patienten mit entsprechenden traumatischen Erfahrungen.

Fonagy und seine Mitarbeiter gehen davon aus, dass eine Bindung an Bezugspersonen oder Institutionen das Risiko verringern, straffällig zu werden und dass soziale Anpassungsprozesse durch Missbrauchserfahrung in der Kindheit stark beeinträchtigt werden (Fonagy, Moran & Target, 1998). Daher untersuchte er die Verarbeitung aggressiver Affekte im Zusammenhang mit Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen (Daudert, 2002). Die Stichprobe bestand aus 22 Häftlingen und einer Kontrollgruppe aus stationär behandelten, psychiatrischen Patienten. Fonagy konnte zeigen, dass die reflexive Funktion bei Borderline-Patienten charakteristisch gestört und bei delinquenten Personen noch stärker beeinträchtigt ist. Die reflexive Funktion, die die Fähigkeit misst, sich selbst und andere als Subjekt zu begreifen, erhöht möglicherweise auch eine Kompetenz, die, wenn sie in hohem Maße beschädigt ist, delinquente Grenzüberschreitungen ermöglicht. Eine Unfähigkeit zur Imagination ist demnach vermutlich ein zentraler Bestandteil von Gewaltausübung gegen Personen. Eine Gewalttat gegenüber Personen kann nur dann verübt werden, wenn die Einfühlung in das seelische Befinden des anderen beim Täter nicht deutlich genug repräsentiert ist.

Die Studien von Fonagy und Daudert konzentrieren sich auf das Störungsbild der Borderline Persönlichkeitsstörung (Fonagy et al., 1996), (Daudert, 2002), bzw. auf Borderline Persönlichkeitsstörung und delinquentes Verhalten (Fonagy, Moran & Target, 1998). Beide Studien stellten den Istzustand der Mentalisierungsfähigkeit der Probanden fest und brachten diesen in Zusammenhang mit dem Schweregrad der Erkrankung des jeweiligen Patienten. Es wäre wünschenswert, auch einen Zusammenhang bei anderen psychischen Störungen, wie neurotischen Störungen, und nicht nur auf der Ebene der Persönlichkeitsstörungen herauszuarbeiten.

Die folgend vorgestellten Studien beschäftigen sich mit der Veränderbarkeit der Mentalisierungsfähigkeit. Bateman und Fonagy (Bateman & Fonagy, 2004) untersuchten in einer Studie im ersten Schritt 44 stationär behandelte Patienten, die an einer speziellen manualisierten BPD Therapie (MBT) teilnahmen, welche mentalisierende Techniken beinhaltet. Die Ergebnisse zeigten bei der MBT-Gruppe im Gegensatz zur Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung der Messwerte. Auch die nach 6 und 18 Monaten stattfindenden follow up Untersuchungen erwiesen sich als vielversprechend. Die Autoren nehmen an, dass das 'Mentalization-Based Treatment' eine große Zukunft in der Borderline Therapie haben wird. Denn in einer sicheren Bindung zum Therapeuten entwickelt sich ein Beziehungskontext, welcher die Beschäftigung mit den eigenen sowie mit den Gedanken und mentalen Vorgängen anderer ermöglicht.

In einer Langzeittherapievergleichsstudie (transference-focused psychotherapy TFP; dialectical behavior therapy; modified psychodynamic supportive psychotherapy) mit 90 reliabel diagnostizierten und randomisierten Borderlinepatienten, unter Verwendung des AAIs und der RF-Skala, konnten Levy et al. (K. Levy et al., 2006) eine Zunahme auf der Bindungssicherheits- und auf der reflexiven Funktionsskala bei der TFP nachweisen. Die Ergebnisse der zwei anderen Gruppen waren statistisch nicht überzeugend. Daher wird eine

Änderung der Bindungssicherheit und der Mentalisierungsfähigkeit als Folge der Langzeitpsychotherapien verstanden. Dieses Ergebnis konnten die Autoren auch in der nach 12 Monaten stattfindenden follow up Untersuchung nachweisen.

Die Studien von Bateman (Bateman & Fonagy, 2004) und Levy (K. Levy et al., 2006) zeigten, dass es durchaus möglich ist in Psychotherapien, insbesondere in Langzeitpsychotherapien, eine nachhaltige Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit und der Bindungsparameter zu erreichen. Wie dies jedoch erreicht wird und geschieht zeigen diese Studien nicht.

In einer Untersuchung mit 10 Borderline Patienten, die eine manualisierte TFP-Therapie absolvierten, untersuchten Diamond et al. (Diamond et al., 2003) mit Hilfe der Adult Attachment Interviews und der 'Patient-Therapist-AAI' (ein abgeändertes Bindungsinterview für die therapeutische Beziehung) die Veränderung der AAI- und der PT-AAI-Scores für Bindung und reflexive Funktion. Die Autoren fanden bei allen 10 Patienten eine Veränderung auf der Bindungs- und auf der reflexiven Funktionsebene. In zwei Fällen zeigten Diamond und Mitarbeiter, wie die Qualität der Mentalisierung in der therapeutischen Dyade als ein bidirektionaler Prozess anmutete. In diesen Fällen beeinflussten die reflexiven Funktionswerte beide Seiten (Therapeut und Patient) gegenseitig. Die Fluktuation in den reflexiven Funktionswerten des Therapeuten verbinden die Autoren nicht mit der Fluktuation des Therapeuten in seiner Mentalisierungsfähigkeit, sondern mit seiner Empfänglichkeit gegenüber der reflexiven Funktion des Patienten. Auf der anderen Seite zeigte sich, dass eine direkte Spiegelung der reflexiven Funktion beim Therapeuten und Patienten in Bezug zueinander zu keinen hohen Änderungen der Skalen führt. Diese Ergebnisse zeigen, dass optimalerweise der Therapeut in seinen Kapazitäten der Mentalisierung dem Patienten gegenüber nur einen Schritt voran geht. Auch die mehrmalige Durchführung der Messung der reflexiven Funktion während der Therapie erwies sich als hilfreich, so konnte man bestimmen, in welcher Entwicklungsphase sich die Mentalisierung in dem therapeutischen Prozess befand.

Zur Messung der reflexiven Funktion wurde eine aus 50 Items bestehende Skala, die Funktion Rating Scale (RFRS), entwickelt. Dieses Instrument kann im Zusammenhang mit jedem Interview mit einem Patienten, nicht nur ausschließlich mit dem AAI-Interview, verwendet werden (Meehan, Levy, Reynoso, Hill & Clarkin, 2009). Die Autoren untersuchten 49 Patienten mit AAI und RF und RFRS, wobei die Auswertungen der RFRS von den jeweiligen Therapeuten des Patienten durchgeführt wurden. Anschließend führten sie eine Faktorenanalyse durch. Die Faktoren 'Verzerrung oder Missachtung von Beziehungen' und 'Bewusstsein über das Naturell eines mentalen Zustandes' korrelierten mit den AAI-Werten, nicht jedoch der Faktor 'Anerkennung des Entwicklungsaspekts der mentalen Funktionen'. Von zukünftigen Untersuchungen erwarten die Autoren mehr zeitlich und psychometrisch verfeinerte Einschätzungen der reflexiven Funktion. Dies präferieren auch Diamond et al., die, wie oben beschrieben, eine feine Fluktuation der reflexiven Funktionswerte während der Therapie bei Patienten und Therapeuten im Verlauf zweier Therapien feststellten.

Es fehlt jedoch in all den oben erwähnten Studien der Gesichtspunkt, wie die oben beschriebenen Veränderungen während der Therapie zustandekommen. Es ist anzunehmen (J.S & Blatt, 2001), dass Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst in einem systemischen Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit in der analytischen Situation stehen. In der vorliegenden Arbeit werden daher in einer innovativen, methodologischen Zusammenführung das Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahren und die Messung der Mentalisierungsfähigkeit und Bindungsqualität zum ersten und vierten Messzeitpunkt in Langzeitpsychoanalysen verbunden und der Ablauf des Entwicklungsprozesses erforscht. Die aktuelle Forschungslandschaft beschäftigt die Frage, wie bestimmte Effekte, in unserem Falle die Veränderung des Bindungsstils und der reflexiven Funktion, zustandekommen. Die Prozessforschung, welche in Abschnitt 1.5.3 genau beschrieben wird, könnte eine hilfreich sein, um eine Antwort zu liefern und wird daher in dieser Arbeit auch verwendet.

1.5 Psychotherapieforschung

Psychoanalytische Therapie kann, wie Kächele (Kächele et al., 2006) schreibt, Gegenstand objektivierender und methodologisch anspruchsvoller Forschung sein. Die formalisierte empirische Forschung führt von außen zu Sichtweisen auf den analytischen Prozess und zu Befunden und Ergebnissen, die anders nicht zu gewinnen sind und sie kann Beiträge zum Verständnis der Mechanismen der Veränderungen liefern.

1.5.1 Die Einzelfallstudie

Freud vertiefte sich in seine Fallstudien, um universelle psychologische Prozesse und Entwicklungsprinzipien zu finden. Hier diente die Einzelfallstudie als Quelle für Hypothesen (Comer, 2001). Auch eine Theorie kann mit einer Einzelfallstudie bestätigt werden. So nutzte Freud die Fallstudie des kleinen Hans, um einen Ödipuskomplex bei dem Jungen nachzuweisen. Umgekehrt können aber Einzelfallstudien theoretische Annahmen auch in Frage stellen, aber auch Ideen für neue therapeutische Techniken können aus Einzelfallstudien hervorgehen, oder sie können als Methode für die Untersuchung ungewöhnlicher Fälle dienen.

Es wurde lange die Ansicht vertreten, dass Einzelfallstudien für klinische Forschung nicht verwendbar seien. In den letzten zwanzig Jahren nahm die methodisch sorgfältig aufbereitete Einzelfallstudie 'wie z.B. der Fall der Amalie X' (Kächele et al., 2006) einen besonderen Platz in der Psychotherapieforschung ein. Seitdem zeichnete sich auch eine theoretische und statistische Neubewertung ab. Kriz (Kriz, 2004) weist nun auf die vielen verdeckten Möglichkeiten von Forschungsartefakten hin, die bei quantitativen Vorgehensweisen in den Operationalisierungen und deren Voraussetzungen stecken können und damit gar nicht bewusst werden. Denn,

so ist beispielsweise eine bestimmte psychische Beeinträchtigung eines bestimmten Menschen eine letztlich einmalige Konstellation von dessen Lebensprozessen im Kontext seiner Geschichte und seiner Umgebung, und es kann Sinn machen, im Rahmen der theoretischen Rekonstruktion diese Beeinträchtigung der Kategorie ‘Affektive Störung’ zuzuordnen. Sie ist aber nicht die ‘Realisation’ dieser diagnostischen Kategorie; das heißt, der Wert, den diese Person auf einer bestimmten Skala eines klinischen Tests erhält, ist nicht die ‘Realisation’ irgendeines ‘wahren Wertes’. S.22 (Kriz, 2004)

Als Vorteil der Einzelfallstudie wird ihre dynamische Gestaltbarkeit beschrieben (Kriz, 2004). Der Forscher kann das Design im Verlauf der Untersuchung verändern, es können Nebeneffekte berücksichtigt werden und weitere Fragestellungen eingeführt werden, was die Komplexität der Untersuchung gewährleistet. Die Einzelfallstudie ermöglicht eine Aussage über die untersuchte Variable bei der untersuchten Person.

Als Schwäche der Einzelfallstudie gilt, dass die Beobachter und Verfasser nicht neutral und objektiv sind. Diese Neutralität ist nur dann gegeben, wenn die Forschungsarbeit von einem unabhängigen Forscherteam, wie in der vorliegenden Arbeit, durchgeführt wird. Denn wenn der Therapeut den Heilungsprozess beobachtet und zugleich daran teilnimmt, gilt das als subjektiv und unsystematisch. Er hat ein persönliches Interesse am Ausgang seines Falls und am Erfolg seiner Behandlung (Comer, 2001). Eine weitere Schwäche der Einzelfallstudie ist, dass sie sich kaum generalisieren lässt (Kächele et al., 2006). Faktoren oder Therapietechniken, die in einem Fall etwas zu bewirken scheinen, tragen womöglich in einem anderen weder zum Verständnis noch zur Behandlung bei.

Obwohl die narrative Vorgehensweise von Freuds Fallgeschichten heute nicht mehr ausreichend ist, wird sie durch die Verbindung von Therapie, Forschung und Ausbildung dennoch als Mitteilungsförm weiterhin gewählt (Thomä & Kächele, 2006). Über die heutigen Erwartungen der qualitativen gegenüber der quantitativen Psychotherapieforschung wird im Abschnitt 1.5.3 ausführlich berichtet.

1.5.2 Ein Überblick über die Psychotherapieforschung

Die Psychotherapieforschung bewegt sich nach Wallerstein (Wallerstein, 2001) hauptsächlich in zwei Richtungen, die man kurz als Verlaufs- und Ergebnisforschung (Prozess/Outcome) bezeichnen kann. Die Forscher gehen also der Frage nach, welche Veränderungen während und als Folge der Therapie stattfinden und wie es zu diesen Veränderungen kommt, d.h. welche Rolle die Faktoren Patient, Therapeut, Therapie, veränderte Lebenssituation des Patienten und deren Wechselwirkung für das Zustandekommen der Veränderung spielen. Eine Prozessstudie ermöglicht die Beurteilung kurzzeitiger oder längerfristiger Ergebnisse, indem sie Veränderungsmuster von Variablen bestimmt, Querschnittseinschätzungen

zu verschiedenen Zeitpunkten macht und miteinander vergleicht. Prozess- und Outcomeforschung überschneiden sich natürlich in vielen Punkten, da das Ergebnis der Therapie vom Verlauf der Psychoanalyse abhängig ist.

Wie Thomä in seiner Rede formulierte (Kächele et al., 2006), ist die Verlaufsforschung das ureigenste Feld der Psychoanalyse.

Der psychoanalytische Verlauf wird bestimmt von den Vorgängen in der psychoanalytischen Situation. Das spezifische technisch-psychoanalytische Mittel stellt die Deutung dar. In der Deutung sind Technik und Theorie verbunden. Verlaufsuntersuchungen dienen der Vervollkommnung der Technik und der Validierung der Theorie. (S.392)

Obwohl es nach Mertens (Mertens, 2005) *die* Psychoanalyse oder *die* psychoanalytische Therapie nicht mehr gibt, sondern eine Vielzahl von unterschiedlichen Auffassungen darüber existiert, was wesentliche Bestandteile der psychoanalytischen Theorie und Therapie sind, so gibt es ein Forschungsfeld, welches eben dieses Feld untersucht. Die qualitative Psychotherapieforschung, so Frommer (Frommer & Streeck, 2003), betont den interaktiven und interpersonellen Charakter von Psychotherapie, welche das *Wie* der Interaktion in der Psychotherapie untersuchen kann.

Prozessforschung wurde, so Wallerstein (Wallerstein, 2001), in größerem Maße erst seit den 1970er Jahren durch die Entwicklung und Anwendung geeigneter neuer Technologien vertretbar, da sie einen detaillierteren Fokus auf die momentan ablaufenden therapeutischen Interaktionen richtet. Die Verwendung von Tonaufnahmen in Therapiesitzungen wurde ausführlichst diskutiert. *Pro* Tonaufzeichnung sprachen die größere Vollständigkeit, verbale Genauigkeit, Dauerhaftigkeit und der öffentliche Charakter der Datenbasis, ebenso wie die Erleichterung der Trennung der therapeutischen von der Forschungsverantwortung. Die Hauptargumente *Kontra* waren der ungewisse Einfluss dieses Eindringens der Forschung auf die Natürlichkeit des therapeutischen Prozesses. Ein adäquater Konsens (Kächele et al., 2006), dass trotz Tonbandaufnahmen ein echter therapeutischer Prozess entstehen kann, und die Tatsache, dass die erzeugten riesigen Datenmengen durch Computertechnik auf vertretbare Weise gehandhabt werden können, führten zu einer explosiven Entwicklung psychoanalytischer Therapieforschung.

Grundsätzlich kann zwischen qualitativen und quantitativen Untersuchungsmethoden bei der Untersuchung des Psychotherapieprozesses differenziert werden (Hill & Lambert, 2004). Bei der quantitativen Prozessforschung werden bereits erprobte Messinstrumente verwendet. Die Erlebnisse werden mit Hilfe verschiedener statistischer Methoden zusammengefasst und analysiert. Bei der qualitativen Prozessforschung hingegen werden, ohne dazu vorgegebene genaue Kriterien definiert zu haben, Daten gesammelt. Erst in einem zweiten Schritt werden aus diesen Daten, aufgrund inhaltlicher Gesichtspunkte, Kategorien gebildet. So können auch nur selten auftretende Phänomene untersucht werden, die mit der quantitativen Forschung nicht beobachtet werden könnten. Auf der anderen Seite erweist

es sich aber als schwierig, diese Ergebnisse über mehrere Studien hinweg zusammenzufassen und sie so vergleichbar zu machen. Es wurden qualitativ-quantifizierende Ansätze laut Frommer (Frommer & Streeck, 2003) in die Erforschung der interaktiven Prozesse in der Psychotherapie mit der Verbreitung qualitativer Psychotherapieforschung aufgenommen. Die qualitativ-quantifizierenden Ansätze nehmen eine hermeneutische Beurteilung des Materials durchgängig mittels vorgegebener Kategorien vor und zielen auf numerische Relationen ab. Die vorliegende Arbeit zeigt mit der Methode des Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahrens eine analoge Herangehensweise an den therapeutischen Prozess auf (Abschnitt 1.5.4).

1.5.3 Anforderungen an die Psychotherapieprozessforschung

Bucci (Bucci, 2005) unterteilt in Anlehnung an Wallerstein in ihrer Überblicksarbeit die Prozessforschung in vier Generationen. Der *ersten Generation* war es ein Anliegen, anhand von transkribierten Einzelfällen objektive Erhebungsmethoden zu entwickeln, um Psychotherapieprozesse zu beleuchten. Das Interesse galt der allgemeinen psychischen Verfassung des Patienten, seiner Beziehungsmuster und unbewussten Erwartungen, der Interpretation seiner Wahrnehmungen und der psychischen Struktur des Patienten. So wurden beispielsweise Methoden entwickelt, die sich auf spezielle Themen bezogen, und diese operationalisiert zu erfassen versuchten. Auch neue Wege wurden gesucht, um die therapeutischen Interaktionsmuster näher zu beschreiben. So entwickelte Jones das Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahren (Jones, 2000) (siehe auch Abschnitt 1.5.4).

Die *zweite Generation* zeichnet sich durch eine konsequente Kombination verschiedener, bereits validierter und als reliabel deklarerter Erhebungsmethoden der Vorgängergeneration aus (Bucci, 2005). Auch über die Zusammenhänge zwischen Verlauf und Ergebnis wurden erste Studien durchgeführt und die Konstruktvalidität der Methoden überprüft. Diese Forschergeneration konnte die Einflüsse bewusster und unbewusster mentaler Prozesse auf die Gestaltung und den Verlauf der therapeutischen Interaktionen untersuchen, da ein operationalisierter Übertragungsbegriff bereits zur Verfügung stand. Auch hier hat sich als schwierig erwiesen, die Ergebnisse in einem einheitlich strukturierten Schema darzustellen. Durch die Schlussfolgerungen aus den inneren Arbeitsmodellen des Patienten, welche mit Hilfe unterschiedlicher Methoden aus der narrativen Repräsentanz von unbewussten Erfahrungen, Erwartungen und Beziehungsmustern herausgefiltert wurden, konnte man auch strukturelle Veränderungen im Verlauf der Therapie fassbar machen.

Die *dritte Forschungsgeneration* rückt zunehmend die Persönlichkeit des Analytikers mit seiner subjektiven Erfahrungswelt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Auch die Integration von Forschung und klinischer Arbeit wird erneut versucht, wie es Freud bereits praktiziert hat. Durch Heranziehen des Analytikers als teilnehmenden Forscher wird das Spektrum der Faktoren erweitert, die Veränderungen hervorrufen und etablieren. So wird im Rahmen der 'Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie' (Mertens,

2004a) die Perspektive des Patienten, des Analytikers und des Forscherteams unter mehreren Aspekten betrachtet. Dadurch bildet dieses Forschungsvorhaben von Prof. Mertens und seinen Mitarbeitern den Übergang in eine *vierte Generation* von Psychotherapie Prozessforschung. Hier wird versucht, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, *wie* die Veränderung durch therapeutische Interaktionen innerhalb der therapeutischen Beziehung erbracht wird (Bucci, 2005).

Bucci fasst ihre Forderungen an eine zukünftige Prozessforschung wie folgt zusammen:

- Verwendung reliabler und valider Messinstrumente, die eine mikro- und auch eine makroanalytische Betrachtungsweise des Datenmaterials ermöglichen
- Gewährleistung Einbeziehen subjektiver Eindrücke des behandelnden Psychoanalytikers
- einer makroanalytischen Betrachtungsweise des Datenmaterials durch die Mitarbeit erfahrenen Kliniker
- Sicherstellung einer Rückmeldung über die klinischen und auch über die empirischen Ergebnisse an den behandelnden Therapeuten
- Festlegung eines theoretischen Rahmens mit operationalisierten psychoanalytischen Konzepten
- Zeigen struktureller Änderungen, welche mit Änderungen des Verhaltens und der Symptome einhergehen

Auch die Einzelfallstudie von Amalie X (Kächele et al., 2006) wurde ganz im Sinne von Wallersteins und Sampsons Empfehlung konzipiert und erfüllt teilweise die oben genannten Erwartungen Frau Bucci. Wallerstein und Samson fordern, dass psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung sich wesentlich an das Studium einzelner Fälle zu halten habe. Auch Prof. Kächele (Kächele et al., 2006) teilt diese Ansicht und ist der Meinung, um Aussagen machen zu können, wie ein psychoanalytischer Prozess sich empirisch entfaltet, muss das Forscherteam über allgemeine klinische Ideen hinausgehen, indem sowohl das Material des Patienten berücksichtigt wird, als auch die strategischen Interventionen des Analytikers mit einbezogen werden. Anhand dieser Maxime geht er im Ulmer Prozessforschungsmodell vor und konzipiert mit seinem Team die Untersuchungen des Materials des Musterfalls Amalie X. Der Fall wird auf vier Ebenen fallspezifisch untersucht.

- Ebene I: klinische Fallstudien
- Ebene II: systematische klinische Beschreibung
 - die äußere Situation der Patientin
 - die Übertragungs-/Gegenübertragungssituation

- die Beziehung der Patientin zu wichtigen Objekten
- die Arbeitsbeziehung
- wichtige Episoden innerhalb des fünfstündigen Beobachtungsfensters
- Ebene III: geschulte klinische Einschätzungsprozeduren
 - Veränderung der emotionalen Einsicht
 - Veränderung des Selbstwertgefühls
 - Veränderung in verschiedenen Typen subjektiven Leidens
 - Veränderung in Traumberichten
 - das Modell der fokalen Psychoanalyse
 - Trennung und Unterbrechungen
 - der unbewusste Plan
 - psychoanalytische Technik im Lichte der Jonesschen ‘Psychotherapie Prozess Q-Sort’ Methode
- Ebene IV: linguistische und computergestützte Textanalyse

Jede Ebene präpariert Material unterschiedlicher Art aus dem verfügbaren Grundstoff, der aus den Tonbandaufnahmen besteht. Mit dieser Art der Auswertung glauben die Autoren (Kächele et al., 2006) die unvermeidliche Kluft zwischen komplexem klinischem Verstehen und Objektivierung durch wechselseitigen Bezug überbrücken zu können.

1.5.4 Psychotherapie Prozess Q-Sort

Die Q-Sort Technik erscheint als besonders geeignet für die Beschreibung von qualitativen Daten. Die im Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahren erhaltenen Items wurden von Enrico Jones und seinen Kollegen (Albani, Blaser, Jones, Geyer & Kächele, 2000) in der Intention zusammengestellt, eine einheitliche Sprache zur Beschreibung des psychotherapeutischen Prozesses, unabhängig von speziellen Therapietheorien finden zu können. Die Items des PQS wurden aus mehreren hundert potentiell bedeutsamen Merkmalen und Eigenschaften des Therapieprozesses entsprechend ihrer Eindeutigkeit und Wichtigkeit für die Therapie ausgewählt. In Pilotstudien wendeten Therapeuten verschiedener Therapieansätze (klientenzentriert, psychodynamisch, kognitiv-behavioral und Gestalttherapie) die vorläufige Form des PQS an, um Audio- und Videoaufzeichnungen von Therapiestunden zu beurteilen. Wenn die Therapeuten feststellten, dass mit Hilfe der vorhandenen Items eine Therapiestunde nicht ausreichend beschrieben werden konnte, wurden neue Items hinzugefügt. Items wurden eliminiert, wenn sie über viele Therapiestunden und Personen hinweg wenig Variation, eine hohe Korrelation untereinander oder eine niedrige Interrater-Reliabilität zeigten (Jones, Hall & Parke, 1991). Die Items weisen eine ausreichende Varianz

über verschiedene Personen und Therapiestunden auf, und zwischen den Items besteht eine niedrige Korrelation (Albani et al., 2000).

Das PQS ist ein ‘forced choice Q-Sort’, es wird vorgeschrieben, wie häufig die Kategorien mit den Items belegt werden dürfen (Müller & Kals, 2004). Es erhebt den Anspruch, alle im Therapieprozess relevanten Variablen detailliert erfassen zu können und dadurch den Psychotherapieprozess systematisch zu beschreiben, zu klassifizieren und zu beurteilen. Das PQS erzeugt eine relationale Statementstruktur, die Items innerhalb eines Falles werden demnach nicht unabhängig voneinander, sondern in Relation zueinander beurteilt, z.B.: Wirkt der Patient eher ruhig oder eher aggressiv.

Jones (Jones, 2000) lässt sowohl die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten, die Interventionen und Haltungen des Therapeuten sowie Merkmale ihrer Interaktion beurteilen. So beurteilt ein Rater nicht, ob der Patient Abwehrmechanismen zeigt, sondern z.B. ob der Patient ein bestimmtes Thema verdrängt und ob der Therapeut auf eine solche Verdrängung hinweist oder nicht.

Die Auswertung mit der Methode erfordert eine gewisse Übung. Von den Beurteilern wird erwartet, dass sie die Position eines ‘allgemeinen Anderen’ einnehmen. Der Beurteiler soll die Interaktion von Therapeut und Patient von außen betrachten, ohne sich von seinem Urteil leiten zu lassen. Jones lässt in seinen Studien die Therapiestunden von zwei Ratern beurteilen und die Ergebnisse gehen gemittelt in die Auswertung ein (Albani et al., 2000).

Die 100 Items werden nach gründlichem Studium des Stundenmaterials neun Kategorien zugeordnet (1 ist extrem uncharakteristisch und 9 ist extrem charakteristisch). Die Verteilung auf die neun Kategorien ist vorgegeben und bildet eine Normalverteilung (siehe Tabelle 1.2).

Rating	Itemzahl	Kategorie
1	5	extrem uncharakteristisch oder negativ bedeutsam
2	8	ziemlich uncharakteristisch oder negativ bedeutsam
3	12	mäßig uncharakteristisch oder negativ bedeutsam
4	16	leicht uncharakteristisch oder negativ bedeutsam
5	18	relativ neutral oder unbedeutend
6	16	leicht charakteristisch oder positiv bedeutsam
7	12	mäßig charakteristisch oder positiv bedeutsam
8	8	ziemlich charakteristisch oder positiv bedeutsam
9	5	extrem charakteristisch oder positiv bedeutsam

Tabelle 1.2: Verteilung der PQS-Items

Diese Art der Aufteilung der hundert Items zwingt den Rater zu einer genauen Abwägung und Analyse des therapeutischen Prozesses. Jones et al. (Jones, 2000) empfehlen die Itemkärtchen vorab in drei Stapel aufzuteilen: uncharakteristisch, neutral und charakteristisch.

Erst im Anschluss an diese Aufteilung sollte der Rater die exakte Beurteilung des Materials vornehmen.

Um die Anfertigung der Beurteilung zu erleichtern und um die Items zu objektivieren, wurde zu jedem Item eine Beschreibung erstellt, die die Zuordnung des Items als ‘charakteristisch’ oder ‘uncharakteristisch’ erläutert (siehe Anhang A). Bei einigen Items wird auch die Zuordnung zu der Kategorie ‘neutral’ beschrieben. Die Kategorie ‘neutral’ bedeutet bei manchen Items, ‘ohne Bedeutung in der entsprechenden Stunde’ und bei anderen Items ist die Kategorie ‘neutral’ als ein Kontinuum zwischen charakteristisch und uncharakteristisch zu verstehen (Jones, 2000).

Der Psychotherapie Prozess Q-Sort beinhaltet drei Typen von Items:

- Items, die das Verhalten oder Erleben des Patienten oder seine Haltung widerspiegeln, wie zum Beispiel Item 26, ‘Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle’;
- Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten beschreiben, wie Item 6, ‘Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch’;
- Items, welche die Atmosphäre der Beziehung bzw. die Art der Interaktion der Dyade beschreiben, wie Item 74, ‘Es geht humorvoll zu’.

Trotz der Schwierigkeiten und der relativ langen Einarbeitungszeit in diese Methode erweist sich das Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahren als ein hinreichend reliables und klinisch nützliches Instrument (Albani et al., 2000). Der PQS ist in der Lage die qualitative Natur klinischer Phänomene auf quantifizierbare Dimensionen zu reduzieren. Es erfasst die Einzigartigkeit eines individuellen Falles und erlaubt den Vergleich sowohl verschiedener Beurteiler eines Falles miteinander als auch den Vergleich verschiedener Fälle.

1.5.5 Empirische Untersuchungen mit Psychotherapie Prozess Q-Sort

Die Arbeitsgruppe um Jones untersuchte mit Hilfe des PQS Psychotherapieprozesse unterschiedlicher theoretischer Fundierung und Länge in Einzelfall- als auch in vergleichenden Gruppenuntersuchungen daraufhin, ob sich Unterschiede in den Patient-Therapeut Interaktionen, in den Verhaltensweisen des Patienten in der Therapie und in den therapeutischen Intervention zeigten.

So verglich Jones (Jones & Pulos, 1993) die Therapieprozesse von 32 mit Hilfe von Verhaltenstherapie behandelten Patienten, mit denen von 30 durch psychodynamische Therapie behandelten Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern. Die beiden Therapien unterschieden sich in 57 der 100 PQS-Items bedeutsam voneinander hinsichtlich der Merkmale

‘Haltung des Therapeuten’ und ‘therapeutische Interventionen’. In den Prozessmerkmalen, die das Verhalten oder den emotionalen Zustand des Patienten in der Therapie beschreiben, wurden keine bedeutsamen Differenzen gefunden. Bei der durchgeführten Faktorenanalyse zeigte sich, dass der Faktor ‘psychodynamische Technik’ signifikant mit der Verbesserung der Symptome korrelierte und zwar bei beiden Therapiemethoden. Die Autoren interpretierten dieses Ergebnis so, dass der Erfolg einer Therapie umso größer wird, je mehr psychodynamische Techniken der Therapeut einsetzt. Jones betont vor allem die wechselseitige Beeinflussung zwischen Therapeut und Patient. Trotz der methodischen Schwächen dieser Studie (es fand keine Randomisierung statt und die verhaltenstherapeutisch behandelten Patienten erhielten zusätzlich psychopharmakologische Therapie) konnten diese Ergebnisse in einer weiteren Studie von Ablon et al. (Ablon & Jones, 1998) repliziert werden. Hier wurden mit Hilfe von sehr erfahrenen Experten Prototypen als Standards einer typisch psychodynamischen bzw. verhaltenstherapeutischen Behandlung entwickelt. In dieser Studie zeigte sich, dass Verhaltenstherapeuten kaum psychodynamische Techniken einsetzten, diese Therapien ähnelten stark dem verhaltenstherapeutischen Prototyp, psychodynamische Therapeuten hingegen wendeten sowohl psychodynamische als auch verhaltenstherapeutische Techniken an. Entsprechend ähnelten psychodynamische Therapien beiden Prototypen. Positive Outcomes korrelierten in der psychodynamischen Stichprobe sowohl mit dem psychodynamischen als auch mit dem verhaltenstherapeutischen Prototyp. In der verhaltenstherapeutisch behandelten Patientengruppe hingegen zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen einem Therapieerfolg und dem psychodynamischen Prototyp, nicht aber mit dem verhaltenstherapeutischen Prototyp. Ablons und Jones’s (Ablon & Jones, 1998) Interpretation besagt, dass verhaltenstherapeutische Behandlungen einige typische psychodynamische Techniken einbeziehen sollten, weil diese zu den Veränderungen im Patienten führen.

In einer anderen Untersuchung zeigten Ablon und Jones (Ablon & Jones, 1999) in einem Vergleich zwischen Verhaltenstherapie und interpersoneller Therapie, dass, obwohl es wesentliche Unterschiede in der therapeutischen Technik beider Therapiegruppen gab, die Patienten nicht anhand ihrer Gefühle bzw. ihres Verhaltens verschiedenen Therapieformen zuzuordnen waren.

Anhand eines Prototyps des psychoanalytischen Prozesses untersuchten Ablon und Jones (Ablon & Jones, 2005) Stundentranskripte aus drei verschiedenen Settings: zwei Psychoanalysen, drei analytische Langzeittherapien und zwei kurze psychodynamischen Therapien. Die Ähnlichkeit der mittleren Verteilung der PQS-Ratings mit dem Prototyp wurde für jede Behandlungsgruppe ermittelt. Am stärksten korrelierten die mittleren PQS-Ratings der Psychoanalysesitzungen mit dem Prototyp, die der psychoanalytischen Langzeittherapie weniger und die Korrelationen mit den Beurteilungen der Kurzzeittherapien waren am niedrigsten. Ablon und Jones (Ablon & Jones, 2005) beschrieben in diesem Artikel nicht nur diesen gruppenanalytischen Ansatz, sie demonstrierten auch anhand von zwei Einzelfällen Veränderungsprozesse. Sie betonen die Reziprozität des Einflusses in der Dyade, ohne deren Asymmetrie zu leugnen. Sie postulieren, dass die Anerkennung und das Verständnis spezifischer Interaktionsmuster ein fundamentaler Aspekt des therapeutischen

Geschehens und des Behandlungsfortschritts seien. In seinem Kommentar würdigt Blatt (Blatt, 2005) den Beitrag des PQS zu gruppenstatistischen Studien und Einzelfalluntersuchungen, kritisiert aber das Konstrukt des psychoanalytischen Prototyps. Er stellt unter anderem dar, dass der Stil und die Natur der therapeutischen Intervention variieren könne, und zwar nicht nur in Abhängigkeit vom Therapeuten, sondern auch in Abhängigkeit von der Kombination Therapeut-Patient bzw. in Abhängigkeit von der Phase in der sich der therapeutische Prozess befindet. Er schlägt vor, in Zukunft Prozesse und Mechanismen zu identifizieren und zu evaluieren, die der therapeutischen Aktivität dienen. Ablon (Ablon, 2005) verteidigt die Prototypvergleiche in seiner Antwort auf den Kommentar von Blatt und erläutert, dass diese Art von Untersuchungen die therapeutischen Techniken im Fokus habe und nicht die Beschreibung von Patient, Therapeut und deren Interaktion. Auch Fonagy (Fonagy, 2005) spricht anerkennend über die Arbeit von Ablon und Jones. Er ist der Ansicht, dass der dargelegte Ansatz der Autoren das komplexe psychoanalytische Denken und die psychoanalytischen Techniken verständlicher und allgemein zugänglicher mache.

Bei 17 Patienten mit einer Panikstörung führten Ablon et al. (Ablon, Levy & Katzenstein, 2006) weitere Untersuchungen zum Therapieprozess bei Kurzzeittherapien durch. Obwohl die Psychotherapeuten ihre primäre theoretische Orientierung als psychodynamisch bezeichneten, kamen auch verhaltenstherapeutisch bezeichnete Interventionen zur Anwendung. Demnach, so die Autoren, sagt die Bezeichnung eines bestimmten Therapieansatzes nicht unbedingt etwas über seine Implementierung in der Praxis aus. Orientierte sich eine Therapie am interpersonalen oder am psychodynamischen Prototyp, zeigte sich ein positives Therapieoutcome.

Hofmann (Hofmann, 2008) untersuchte in ihrer Therapievergleichsstudie den therapeutischen Prozess von 19 tiefenpsychologisch und 23 kognitiv-behavioral behandelten Patienten. Zur Analyse des Prozesses wurden die 10. und 18. Stunde mit dem PQS beurteilt. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen der tiefenpsychologisch fundierten und kognitiv-behavioralen Therapie. Weiter wurde überprüft, inwieweit die beiden Therapien mit dem Therapie-Theorie-Ideal übereinstimmten. Es zeigte sich, dass sich die Orientierung der tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Therapeuten am psychodynamischen Ideal nicht von ihrer Orientierung am kognitiv-behavioralen Ideal unterschied. Die kognitiv-behavioral arbeitenden Therapeuten orientierten sich signifikant mehr am kognitiv-behavioralen Ideal. Ein positiver Zusammenhang zwischen Therapieoutcome und psychodynamischem Ideal wurde in der Gruppe kognitiv-behavioral behandelter Patienten festgestellt. Nicht nur im deutschsprachigen Raum werden zur Zeit Prototypvergleiche durchgeführt, sondern beispielsweise auch in Italien (Sirigatti, Casale & Giangrosso, 2008). Die Verwendung der PQS Methode erscheint in der Forschungswelt immer etablierter und beliebter zu werden.

In der Arbeit von Pole et al. (Pole, Ablon & O'Connor, 2008) wurden alle 4 Stunden einer control mastery long-term therapy (CMT) (eine nicht manualisierte Therapiemethode, welche Elemente von psychodynamic therapy (PDT) und cognitiv behaviorale therapy (CBT)

beinhaltet) mit insgesamt 288 Sitzungen mit Hilfe der PQS Methode untersucht. Nach der Durchführung des Prototypvergleichs wurde eine bivariate Zeitreihenanalyse durchgeführt. Die Auswertung des Prototypvergleichs replizierte frühere Untersuchungen und zeigte, dass die Methode valide für Langzeittherapien verwendet werden kann. Die weiteren Untersuchungen des Therapieablaufs zeigten eine Übereinstimmung der Therapie mit dem CBT und nicht, wie erwartet, mit dem CMT Prototyp. Die Autoren sind davon überzeugt, dass solche Prototypvergleiche hilfreich eingesetzt werden können um zwischen theoretischer Überzeugung des Therapeuten und seinen aktuellen therapeutischen Prozessen Parallelen oder eben auch Unterschiede aufzeigen zu können.

Eine vorbereitende Untersuchung von Weis et al. (Weis, Schottenbauer & Hafter Gray, 2009) prüft Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Lehranalysen und klinischen Therapien beim selben Therapeuten. Es wurden mit Hilfe des PQS typische Lehranalyse- und Heilanalysesitzungen geratet. Anschließend wurden in einer Faktorenanalyse die Prototypen der beiden Behandlungen erstellt. Die Autoren fanden, dass die Lehranalyse der Heilanalyse sehr ähnlich sei und dass Lehranalytiker eine große Anzahl von nützlichen Interventionen in die Sitzungen einbauen.

Studien, die unter Verwendung der Auswertungsmethode PQS nicht nur Prototypvergleiche durchführen, sind sehr rar. Dadurch wird diese Methode unterschätzt und das in ihr verborgene Potenzial zur Aufdeckung relevanter Prozesse und interaktionsorientierter Fragestellungen vernachlässigt. Die vorliegende Arbeit nutzt dieses Potenzial und setzt den PQS kreativ ein, um Interaktionsmuster in Therapieprozessen nachzuvollziehen und festzustellen.

Levy et al. (R. Levy, Ablon, Ackerman & Seybert, 2008) untersuchten sehr eingehend mit dem PQS eine Therapiestunde des Musterfalles der Ulmer Forschungsgruppe um Kächele, der Amalie X, und führten einen Prototypvergleich mit der psychoanalytischen Prototypstunde durch. Dabei beschreiben die Autoren sehr präzise das Auswertungsvorgehen anhand der Methode und die Schwierigkeiten der Auswertungen dieser speziellen Stunde.

Eine psychoanalytische Einzelfallstudie (Patient mit einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung und einer spezifischen Phobie) von Porcerelli et al. (Porcerelli, Dauphin, Ablon, Leitman & Bambery, 2009) unter Verwendung der PQS Methode zeigte, dass der positive Entwicklungsprozess auf folgende Merkmale zurückgeführt werden kann:

- der Patient
 - bringt relevante Themen zur Sprache (Item 88),
 - fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet (Item 73),
 - erlebt (Item 49) und äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten (Item 1),
 - spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon jemanden zu brauchen (Item 33),

- der Therapeut
 - lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (Item 50),
 - vermittelt Wertschätzung (Item 18),
 - nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (Item 28),
- die Interaktion
 - Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen (Item 90) und
 - die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs (Item 100).

Dieser Befund entspricht der Auffassung anderer Autoren (siehe auch (Blatt, Quinlan, Pilonis & Shea, 1995)) die besagt, dass eine Untersuchung der Charakteristika der Patienten in Kombination mit Therapeut und Beziehungsvariablen entscheidend ist für das Verstehen von therapeutischen Outcomes. Porcerelli (Porcerelli et al., 2009) sieht die Schwäche seiner Studie darin, dass nur jährlich einmal die Messungen durchgeführt worden sind und fordert für die Zukunft eine engmaschigere Datenerhebung. Er schlägt eine sechs- oder dreimonatige Erhebung der Daten vor um einen präziseren Prozessverlauf beschreiben zu können (siehe auch (Jones, 2000)). Die vorliegende Arbeit erfüllt beinahe diese Anforderungen. In der Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie, deren Daten hier verwendet worden sind, erfolgte die Datenerhebung jeweils alle ca. 80 Stunden. Bei einer dreistündigen Frequenz der Analyse entspricht das einer Prozesserhebung alle 9 Monate.

Auch die Studie von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) setzte das PQS kreativ gewinnbringend für die Forschung ein. In zwei Kurzzeittherapiestudien konnten nämlich Karlsson et al. einen Zusammenhang zwischen dem analytischen Prozess und der Selbstreflexivität nachweisen. In der ersten Studie wurden insgesamt 128 Therapiestunden ausgewertet, jeweils die vierte und die zwölfte Stunde der Therapie, von 35 mit IPT (‘interpersonal psychotherapy’) und 29 mit CBT (‘cognitiv-behavioral therapy’) behandelten depressiven Patienten. Die Autoren verwendeten das PPQ um Aspekte des therapeutischen Prozesses zu finden, welche mit hohen und niedrigen reflexiven Funktionswerten einhergehen. In dieser Studie fanden die Autoren einen positiven Zusammenhang zwischen hohem RF-Wert und Item 28 (Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr), Item 88 (Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache), Item 73 (Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet), Item 50 (Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält) und Item 6 (Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch). Ein niedriger RF-Wert wurde mit dem Item 14 (Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden), Item 15 (Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv), Item 42 (Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück), Item 44 (Der Patient ist wachsam und misstrauisch vs. vertrauensvoll und sicher) und Item 17 (Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv) assoziiert. Die Untersuchungen zeigten, dass hohe RF-Werte mit

gutem Therapieerfolg nur dann einhergehen, wenn der Patient sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet fühlt (Item 73) und ein neues Verständnis oder Einsicht während der Behandlung gewinnt (Item 32). Solch ein Patient bringt relevante Themen zur Sprache (Item 88), und sein Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (Item 28). Die Autoren stellten mit Überraschung fest, dass die Items 50 (Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält) und 6 (Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch) nicht mit positivem Therapieerfolg jedoch mit hohem RF-Wert assoziiert werden.

In der zweiten Studie von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) wurden jeweils die erste, die fünfte und die vierzehnte Therapiestunde von 30 'klassisch neurotischen' Patienten, die mit der 'psychodynamic psychotherapy' (BPDT) behandelt wurden, untersucht. Die Autoren zeigten einen Zusammenhang zwischen hohem RF-Wert und gutem Therapieerfolg in therapeutischen Prozessen, in denen der Patient introspektiv und bereit war, Gedanken und Gefühle zu erforschen (Item 97) und im Zusammenhang mit seinen zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63) Ärger oder aggressive Gefühle ausdrückte (Item 84). Ein niedriger RF-Wert und negativer Therapieerfolg geht nach Karlsson signifikant damit einher, dass der Patient sich weigert, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen (Item 58) und er keine Themen initiiert und passiv ist (Item 15).

In Vorbereitung sei eine Arbeit der Mitarbeiter der Abteilung Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, in dem determinierende Prozessvariablen psychotherapeutischer Behandlungen untersucht und bezüglich der therapeutischen Interventionen verglichen werden (Albani, Seybert & Kächele, 2008).

In einem Leserbrief stellten Knijnik et al. (Knijnik, Hauck, Mombach, Almeida & Eizirik, 2008) eine modifizierte Version des PQS für therapeutische Gruppen vor. Ersten Untersuchungen, welche psychodynamische und kognitiv-behaviorale Gruppentherapien vergleichen, sind laut den Autoren vielversprechend. Mit dieser Methode werden in der Zukunft auch therapeutische Gruppen miteinander verglichen werden können, was eine Bereicherung für die Forschung und Praxis bedeutet.

In Vorbereitung ist auch eine vielversprechende Dissertation von Dipl. Psych. C. Seybert (Seybert, 2009) an der Universität Ulm mit dem Titel: Categorical or Dimensional? Differentiation of the Treatment Techniques in Psychodynamic Psychotherapy and Psychoanalysis. Die Autorin möchte Unterschiede im Gebrauch von Techniken finden. Sie vermutet die Auswirkung auf die Therapie mehr in den Patienten, Therapeuten und situationalen Parametern als in der therapeutischen Methode.

Die aktuellen Forschungsergebnisse mit der Methode des PQS zeigen, dass die Kapazitäten dieser Methode für die Psychotherapieprozessforschung noch lange nicht ausreichend ausgeschöpft worden sind. An dieser Stelle möchte die vorliegende Arbeit anknüpfen und mit einem multimethodischen Vorgehen einen Beitrag zur aktuellen, qualitativen Psychotherapieforschung leisten.

Kapitel 2

Fragestellung

In der aktuellen Psychotherapieforschung stellt sich die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Ereignissen in der Therapiestunde und den Veränderungen des Patienten. Es steht nicht nur die Frage nach therapeutischen Wirkfaktoren im Vordergrund, sondern die Forscher suchen vor allem auch nach der Art und der Auswirkung der Interaktion zwischen Patient und Therapeut (Albani et al., 2000). Auch Blatt (Blatt, 2005) schlägt vor, in Zukunft Prozesse und Mechanismen zu identifizieren und zu evaluieren, die therapeutischer Aktivität dienen. Diesen Forschungsanforderungen versucht die vorliegende Arbeit gerecht zu werden, indem auf Grundlage von Veränderungen der AAIs und der RF-Werte der Patienten mit Hilfe des PQS-Verfahrens die Veränderung im Prozess gezeigt wird.

Jones plädiert (Jones, 2000) für eine differenzierte, multidimensionale Analyse von Prozess- und Wirkfaktoren. Mit dem PQS ist es möglich, Analysen durchzuführen, die sowohl Therapeutenvariablen als auch Patientenmerkmale und die Interaktionsebene einbeziehen. Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, an sechs ausgewählten Fällen anhand der Veränderung der AAIs und der RF-Werte im Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses mit Hilfe des PQS Verfahrens Therapeuten-, Patienten- und Interaktionsparameter zu beschreiben, die für diese Veränderungen verantwortlich sein könnten.

Wie aus dem theoretischen Teil (Kapitel 1) hervorgeht, beschäftigt sich die aktuelle psychotherapeutische Literatur mit 'der Frage', wie das innere Arbeitsmodell des Patienten zu ändern sei (Eagle, 2006). Ausgehend von der bindungstheoretischen Perspektive bestehe die größte Aufgabe der Psychotherapie darin, diese Änderung zu erzielen. Das Studium der hierzu relevanten und im Theorieteil aufgeführten aktuellen Forschungsartikel zeigt, wie die Bindungsforschung mit der Erforschung der Mentalisierungsfähigkeit zusammenhängt. Wie Fonagy (Fonagy & Target, 2007) postuliert, spielt sich eine reife Fähigkeit der Affektregulierung (mentalisierte Affektivität) in der psychoanalytischen Behandlung ab. Der Patient entdeckt die subjektiven Bedeutungen der eigenen Gefühle während der Behandlung. Weiter postuliert Fonagy, dass eine Veränderung der Mentalisierungsfähigkeit nur in verständnisorientierter Langzeit-Psychotherapie möglich sei, da diese Veränderung mit der Verbesserung des Objekt-Beziehungsbildes einhergehe (Karlsson & Kermott, 2006).

Weiter ist für das Forschungsgebiet „Bindung und Psychotherapie“ die Frage relevant, ob die korrektive emotionale Erfahrung in der therapeutischen Beziehung zu einer Änderung der Bindungsmuster führt (Eagle, 2006).

Das Arbeitsmodell des Patienten erhält nicht nur verschiedene Erfahrungen im Hinblick auf die erlebten Bindungserfahrungen mit den Bindungsfiguren, sondern auch Konzepte des Selbst, die aus den erfahrenen Interaktionen hervorgegangen sind. Brisch (Brisch, 1999b) geht davon aus, dass in der therapeutischen Übertragungsbeziehung die Selbst- und Elternrepräsentanzen mit den entsprechenden Bindungs- und Explorationsmustern aus der frühen Kindheit reaktiviert werden. Dadurch tragen die neuen Bindungserfahrungen mit dem Therapeuten die Chance in sich, die Bindungsrepräsentation des Erwachsenen zu verändern. Brisch postuliert, dass der Bindungsbeziehung zwischen Patient und Therapeut im Rahmen des Spektrums aller Variablen, die das Therapieergebnis beeinflussen können, ein ganz entscheidender prädiktiver Stellenwert zu kommt.

Bowlby (Bowlby, 1988) beschäftigte sich in seinen Forschungsbemühungen auch mit der Veränderbarkeit von Bindungsstilen und mit bindungsbezogenen Aspekten in der Psychotherapie. Er kommt zu dem Schluss, dass dem Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung eine verlässliche, sichere Basis in der Person des Therapeuten geboten werden sollte, von der aus er seine mentale Bindungsrepräsentation explorieren und verändern kann. Die Bindungstheorie postuliert, dass das Bindungssystem immer dann aktiviert wird, wenn sich das Individuum gestresst, krank oder ängstlich fühlt. Patienten, die sich in Therapie begeben, weisen in der Regel Leidensdruck auf und fühlen sich gestresst oder krank und betrachten ihren Therapeuten als weiser oder stärker als sich selbst, sodass sich mit der Zeit das Bindungsverhalten des Patienten auf seinen Therapeuten richtet und sich eine Patient-Therapeut-Bindung etabliert (siehe (Dozier & Bates, 2004), (Strauß, 2006) und (Höger, 2005))

Aufgrund der genannten theoretischen und empirischen Überlegungen und Befunden ist es Ziel dieser Dissertation, eine Brücke zwischen der aktuellen Bindungs- und Mentalisierungsforschung und der so dringend geforderten Psychotherapie-Prozessforschung zu bauen. Daher werden folgende Hypothesen formuliert.

- H1: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome verhält sich während der Therapie einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, wirkt aufgeschlossen und affektiv involviert. Er zeigt dem Patienten gegenüber Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz.
- H2: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome beruhigt den Patienten am Anfang der Therapie, er nimmt eine supportive Haltung ein.
- H3: Die Tendenz des Therapeuten, den Patienten zu beruhigen, und seine supportive Haltung nehmen im Laufe der Behandlung ab.

- H4: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome hinterfragt die Sichtweise des Patienten am Anfang der Therapie nicht. Dies geschieht erst im späteren Verlauf der Behandlung.
- H5: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome ermutigt erst im späteren Verlauf der Behandlung, wenn die sichere Basis zu Exploration geschaffen ist, den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
- H6: Der Therapeut eines Patienten mit negativem Outcome zeigt sich gelegentlich unsicher oder defensiv.
- H6a: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome wirkt durchgehend zuversichtlich oder selbstsicher.
- H7: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
- H8: Im Verlauf des therapeutischen Prozesses wird zunehmend versucht eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen.
- H9: Patienten mit positivem Outcome werden während des therapeutischen Prozesses vertrauensvoller und sicherer, wohingegen Patienten mit negativem Outcome wachsam und misstrauisch bleiben.
- H10: Patienten, die sich vom Therapeuten immer verstanden und von ihm unterstützt fühlen, haben einen positiven Outcome. Patienten, die sich vom Therapeuten gelegentlich nicht verstanden fühlen, haben einen negativen Outcome.
- H11: Unsicher-vermeidende Patienten zeigen sich besorgt oder beunruhigt wegen ihrer Abhängigkeit vom Therapeuten.
- H12: Unsicher-verstrickte Patienten streben eine größere Nähe zum Therapeuten an.
- H13: Negativer Outcome ist zu erwarten, wenn der Patient keine Themen initiiert oder passiv wirkt.
- H14: Klarheit und Strukturiertheit der Ausdrucksweise eines Patienten mit positivem Outcome bleiben gut oder verbessern sich während der Therapie.
- H15: Ist der Patient introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen, so ist positiver Outcome zu erwarten.
- H16: Mit unsicher-ambivalent gebundenen Patienten werden Unterbrechungen in der Therapie oder das Therapieende thematisiert.

- H17: Bei der Behandlung von Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil werden am Anfang vorzugsweise zwischenmenschliche Beziehungen thematisiert. Die Behandlung von unsicher-vermeidenden Patienten beginnt eher mit der Thematisierung des Selbstbilds.
- H17a: Die Therapiethemen der Patienten ändern sich im Verlauf der Behandlung. Sie passen sich dem aktuellen Bindungsstil an: Für unsicher-ambivalente Patienten stehen zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus, für unsicher-vermeidende Patienten wird das Selbstbild zur zentralen Frage.

Kapitel 3

Methoden

3.1 Beschreibung Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie

Die Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie wurde als prozess- und strukturorientierte Psychotherapieforschung von Prof. Mertens am Department für Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München in Zusammenarbeit mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. konzipiert. Die Bearbeitung der gesammelten Daten erfolgte unter der Mitarbeit zahlreicher Diplomanden und Doktoranden im Fach Klinische Psychologie.

Im Rahmen dieser Studie wurde mit prospektivem und quasiexperimentellem Design das Material von zwanzig über vier bis fünf Messzeitpunkte hinweg audiografierten und transkribierten analytischen Psychotherapien untersucht. Es wurden die ersten fünf Erstgespräche und weitere fünf aufeinander folgende Stunden zu verschiedenen Zeitpunkten aufgenommen (um die achtzigste, hundertsechzigste, zweihundert vierzigste und um die dreihundertste Stunde). Diese Datenbasis kann als hinreichend gesättigt betrachtet werden, da Abstand und Anzahl zwischen den Messzeitpunkten und die Anzahl der eingesetzten Messinstrumente als groß betrachtet werden können.

Zur Diagnostik wurden die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik und unter anderem folgende Messinstrumente eingesetzt:

- die ‘Heidelberger Umstrukturierungsskala (HUSS)’ von Rudolf, Grande und Oberbracht
- das ‘Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT)’ von L. Luborsky
- das ‘Adult Attachment Interview (AAI)’ von M. Main

- das ‘Adult Attachment Projektive (AAP)’ von C. George
- die ‘Selbstreflexionsskala (RF)’ von P. Fonagy
- die ‘Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens (SASB)’ von L.S. Benjamin.

Um die Erfassung unterschiedlicher Perspektiven (Patienten, Therapeut und Forscher) des psychotherapeutischen Prozesses zu ermöglichen, wurde eine Vielzahl von Methoden eingesetzt, wie die Methode der Plananalyse von J. Weiss oder das Psychotherapie Prozess Q-Sort-Verfahren von E. Jones.

Die Therapeuten wurden in eine Bindungs- und Traumgruppe eingeteilt. Die Therapeuten der Bindungsgruppe wurden zum Thema Bindungsstatus der jeweiligen Patienten sehr ausführlich informiert und erhielten vorab umfangreiche Informationen zu Ergebnissen der aktuellen Bindungsforschung. In der Traumgruppe wurde der Initialtraum der jeweiligen Patienten von einem unabhängigen Rater strukturell eingeschätzt und von den behandelnden Therapeuten und einer Supervisionsgruppe eingehend diskutiert.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Für diese Arbeit wurden sechs Patienten aus dem Pool der Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie entnommen. Die Auswahl wurde von der leitenden Assistentin des Forschungsprojekts, Dr. Susanne Hörz, vorgenommen und erfolgte zufällig.

3.3 Methodisches Vorgehen

Für die vorliegende Arbeit wurden sechs Patienten zufällig aus dem Datenpool der Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie ausgewählt. Aus Datenschutzgründen wird im Weiteren das Geschlecht von Therapeuten und Patienten vereinheitlicht (männliche Form) und die Patientencodes durch eine Nummerierung ersetzt. Die sechs zufällig ausgewählten Patienten haben die anonymisierten Nummern 1, 2, 3, 4, 5 und 6. Bis auf den Patienten 4, der mit vier Messzeitpunkten in diese Untersuchung aufgenommen wurde, trugen alle weiteren Patienten mit fünf Messzeitpunkten und jeweils mit zwei vollständig audiografierten Stunden zu der vorliegenden Untersuchung bei (insgesamt 58 Therapiestunden). Soweit es die Qualität der Audioaufnahmen erlaubt hatte, wurde versucht, zwei aufeinander folgende Stunden zur Auswertung heranzuziehen.

Um eine Forschungsmethode adäquat anzuwenden, so Hörz (Hörz, Seybert & Mertens, 2008), und um die Qualität der daraus erstellten Datenanalyse zu sichern, ist es notwendig,

die Forschungsmethode zu lernen. In dieser Untersuchung wurde das Psychotherapie Prozess Q-Sort Rating von zwei zertifizierten PQS-Master-Raterinnen, Frau Dipl.Psych. Cornelia Holzleitner und Frau Dipl.Psych. Adrienn Weiß vorgenommen (Zertifikat siehe Anhang C). Die Raterinnen entschieden sich, um eine größere Objektivität zu gewährleisten, für ein verblindetes Vorgehen. Beim Erhalten der Transkripte und des Audiomaterials wussten die Psychologinnen nicht, um welchen Patienten und auch nicht um die wievielte Stunde es sich handelte. Die Auflösung erfolgte erst nachdem alle für diese Untersuchung vorgesehenen Stunden vollständig geratet waren.

Jones et al. (Jones, 2000) empfehlen die Itemkärtchen vorab in drei Stapel aufzuteilen: uncharakteristisch, neutral und charakteristisch. Erst im Anschluss an diese Aufteilung sollte der Rater die exakte Beurteilung des Materials vornehmen. Im empirischen Teil dieser Arbeit hat sich die Aufteilung zuerst in zwei Teilen bewährt, wie es Herr Dr. R.A. Levy in der Schulung präferierte. Im zweiten Schritt wurde eine grobe Aufteilung der Kategorien 1 bis 9 vorgenommen (siehe Abschnitt 1.5) und erst im dritten Schritt die endgültige Beurteilung erstellt.

Ein vollständiges Rating einer Stunde besteht aus einem Rating von Frau Holzleitner, einem Rating von Frau Weiß und einem Konsensrating. In die Auswertung dieser Untersuchung fließen die jeweiligen Konsensratings der Stunden ein. Jones schlägt für die Auswertungen ein anderes Vorgehen vor (Albani et al., 2000). Er lässt in seinen Studien die Therapiestunden von zwei Beurteilern auswerten, deren Bewertungen gemittelt in die Auswertung eingeht. Den Raterinnen erschien diese Lösung nicht als ausreichend befriedigend. Mit dieser Methode zustande gekommene Stundenbeschreibungen haben nach deren Ansicht an Qualität verloren, die PQS-Beschreibung der Stunden entsprach nicht ganz den Transkripten. So entschieden sich die Psychologinnen nach einer längeren Probierphase mit zahlreichen Probetranskripten für eine arbeitsaufwändigere, aber für sie nach ihren wissenschaftlichen Ansichten zufriedenstellendere Variante.

Um ein Konsensrating erstellen zu können, wurde zuerst geprüft, ob die Übereinstimmung der Ratings von Frau Holzleitner und Frau Weiß eine Interraterkorrelation von mindestens 0.5 erreicht hat. Die durchschnittliche Korrelation beträgt 0.8 (höchster Wert: 0.93, niedrigster Wert: 0.5) Im zweiten Schritt, nach dem nochmaligen Lesen des Stundenmaterials, wurde eine Normalverteilungstabelle angelegt, indem zuerst die Itemnummern eingetragen wurden, die eine Übereinstimmung in den Ratings von Frau Holzleitner und Frau Weiß hatten. Bei den übrigen Items wurde der Mittelwert errechnet. Wenn Beispielsweise Frau Holzleitner eine zwei und Frau Weiß eine vier geratet hatte, bekam dieses Item im Konsensrating die Stelle drei und wurde ohne weitere Diskussion in die Normalverteilungstabelle eingetragen. Hatte zum Beispiel Frau Holzleitner eine sieben und Frau Weiß eine acht geratet so, wurde diese Itemnummer vorerst zwischen acht und sieben platziert und erst in einem späteren Schritt entschieden, an welche Stelle dieses Item letztendlich kommen sollte. Bei einer Diskrepanz von drei oder mehr Stellen wurde nicht automatisch der Mittelwert eingetragen, sondern geprüft, wie es zu solch einer Diskrepanz kommen konnte. Nach erneutem Studieren des Stundenprotokolls und mit eindeutig zuweisbaren Stellen in

den Transkripten wurde dann entschieden, an welche Stelle das entsprechende Item im Konsensrating kam. Erst nachdem die ‘schwierigen’ Items platziert waren, wurde die Tabelle mit den Items ‘aufgefüllt’, die zum Schluss zwischen den Spalten geblieben waren. Bei jedem Item wurde einzeln geprüft, ob dieses am besten in der einen oder in der anderen Spalte an der richtigen Stelle sei. So gelang es den Raterinnen, eine Konsensbeschreibung der jeweiligen Stunde zusammenzustellen, die diese Stunde am ehesten wiedergibt.

Nach Abschluss der Ratingphase wurden im Rahmen eines Forschungsseminars, unter der Leitung von Prof. Mertens, die endgültige Auswahl der in dieser Arbeit als ‘bindungsrelevant’ definierten 38 Items getroffen (siehe Abschnitt 3.5) und die Auswertung des Ergebnisteils von Frau Weiß vorgenommen.

3.4 Auswertung des AAI und der RF-Skala

3.4.1 Auswertung des AAI

Das Adult Attachment Interview ist ein semistrukturiertes Interview, welches nach Bindungserfahrungen in der Kindheit, deren Bewertung sowie deren Einfluss auf die Persönlichkeit fragt. Es dient der Erfassung der aktuellen Repräsentation, d.h. der aktuellen emotionalen und kognitiven Verarbeitung der erlebten Bindungserfahrungen der Erwachsenen (Buchheim & Strauß, 2002).

Die AAI der vorliegenden Stichprobe wurden mit dem Codiersystem nach Main und Goldwyn (Main & Goldwyn, 1994) ausgewertet. Die Auswertung der AAI sollte von geprüften Ratern vorgenommen werden, da die korrekte Anwendung dieses Codiersystems ein langes und intensives Reliabilitätstraining erfordert. Die AAI der vorliegenden Stichprobe wurden von Frau Prof.Dr. Anna Buchheim, zertifizierte AAI-Raterin, ausgewertet.

Aus insgesamt neunzehn Skalen besteht das verwendete Auswertungssystem des AAI. Manche Skalen konzentrieren sich auf den Inhalt der erinnerten Erlebnisse der Person (erschlossene Kindheitserfahrungen), in manchen werden mentale Verarbeitungszustände und die sprachliche Darstellung beurteilt. Als dimensionales Maß der Bindungssicherheit wird die Skala der allgemeinen Kohärenz angesehen.

Die Skalen des AAI gliedern sich in drei Blöcke:

1. Skalen für erschlossene Kindheitserfahrungen:

- erfahrene Liebe (durch die Bindungsperson)
- Zurückweisung (durch die Bindungsperson)
- Rollenumkehr
- Leistungsdruck (von Seiten der Bindungsperson)

- Vernachlässigung
2. Skalen für den mentalen Verarbeitungszustand im Bezug auf die Bindungspersonen
 - Idealisierung (der Bindungsperson)
 - Ärger/Wut (auf die Bindungsperson)
 - Abwertung (der Bindungsperson)

In den ersten zwei Skalen werden für jede Bindungsperson einzeln (Mutter, Vater, andere Person) Werte zwischen 1 und 9 vergeben.

3. Skalen für den allgemeinen Verarbeitungszustand von Bindungserfahrungen

Diese Skalen werden allgemein, d.h. nicht speziell im Hinblick auf eine bestimmte Bezugsperson, vergeben.

 - Abwertung von Bindung allgemein
 - Bestehen auf fehlender Erinnerung
 - traumatischer Gedächtnisverlust
 - metakognitive Prozesse
 - Passivität
 - Angst vor Verlust
 - höchster Wert unverarbeiteter Verlust
 - höchster Wert unverarbeitetes Trauma
 - Kohärenz des Transkriptes
 - Kohärenz des Bewusstseins
 - Kohärenz allgemein

Die Skala allgemeine Kohärenz ist für die Hauptklassifikation des jeweiligen Interviews am zentralsten.

Über die Maxime der Kohärenz und die Klassifikation in Bindungsstile anhand des AAIs (sicher–autonom (F), unsicher–vermeidend (D), unsicher–verstrickt (E) und traumatisiert (U)) wurde bereits im Abschnitt 1.2.1 ausführlich berichtet.

3.4.2 Auswertung der RF-Skala

Die Reflective Self Functioning Scale (Fonagy, Target & Steele, 1998) wurde mit der Intention konzipiert, individuelle Unterschiede der metakognitiven Kapazitäten Erwachsener zu operationalisieren. Die Ausgangsüberlegungen lassen sich wie folgt zusammenfassen: Erstens wird die Mentalisierung für die seelische Entwicklung als bedeutsam angesehen, weil

Verhalten dadurch vorhersehbar wird. Zweitens spielt die Reflective Self Functioning der Eltern eine wesentliche Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Bindungssicherheit, wie Untersuchungen belegen (Fonagy et al., 2000). Drittens erleichtert die Fähigkeit des Reflective Self Functioning die Unterscheidung zwischen inneren Repräsentanzen und äußerer Realität. Und viertens fördert die Reflective Self Functioning die Kommunikation und ermöglicht das Herstellen wichtiger Bezüge zwischen innerer und äußerer Welt.

Die RF-Skala erfasst aus den transkribierten Narrativen der AAIs, ob der befragten Person ein stabiles, psychologisches Modell zur Beschreibung eigener und fremder Gefühle und Gedanken zur Verfügung steht, bzw. welche Konzeption von mentalen Vorgängen und Zuständen sie hat und wie weit sie in der Lage ist, bei der Beurteilung der inneren Prozesse oder des Verhaltens anderer von eigenem Erleben zu abstrahieren (Daudert, 2002).

Folgende Beobachtungskategorien werden in der RF erhoben (Daudert, 2002):

- Spezielle Erwähnung mentalen Befindens
- Einfühlungsvermögen in die Charakteristika mentalen Befindens
- Einfühlungsvermögen in die Komplexität, Unterschiedlichkeit und Vielfalt mentalen Befindens
- Spezielle Bemühungen, beobachtbares Verhalten mit mentalen Zuständen zu verknüpfen
- Anerkennung der Veränderungsmöglichkeit mentaler Zustände und damit implizit auch des entsprechenden Verhaltens

Die Antworten auf die Reflexivität explizit abfordernden ‘Demand Fragen’ sind die Basis der Auswertung (Fonagy, Target & Steele, 1998):

1. Warum verhielten sich ihre Eltern während ihrer Kindheit in dieser Art?
2. Denken Sie, dass ihre Kindheitserfahrungen einen Einfluss darauf gehabt haben, wie Sie heute sind?
3. Gibt es dadurch irgendwelche Einschränkungen?
4. Fühlten Sie sich als Kind jemals zurückgewiesen?
5. Wie fühlten Sie sich damals, und wie haben sich ihre Gefühle im Laufe der Zeit verändert?
6. Gab es irgendwelche Veränderungen in Ihrer Beziehung zu Ihren Eltern seit ihrer Kindheit?
7. Jede Frage vom ‘Demand Typ’, die vom Interviewer hinzugefügt wird.

Wenn Passagen im Transkript auf solche fordernden Fragen deutlich antireflexiv, feindselig, bizarr oder unangemessen sind, wird diese Antwort mit -1 gewertet (negative selbstreflexive Funktion)(Fonagy, 1996). Eine fehlende aber nicht zurückgewiesene selbstreflexive Funktion wird mit 1 gewertet. Allgemein wird diese Wertung vergeben, wenn die Passage auf keine Anzeichen von Bewusstsein der Natur mentaler Zustände schließen lässt, wenn sich der Proband nicht bemüht, die seinem Verhalten zugrunde liegenden mentalen Zustände herauszufinden, wenn sich kein Anzeichen für die Anerkennung von Entwicklungsaspekten mentaler Zustände erkennen lässt und wenn die Interaktion mit dem Interviewer nicht auf das Bewusstsein für die mentalen Zustände der Person schließen lässt.

Eine fragliche oder niedrige selbstreflexive Funktion bekommt den Wert 3 wenn sich der Auswerter nicht klar darüber ist, ob die Passage eine echte Reflexivität darstellt oder ob es sich hierbei nur um einen Sprachstil des Probanden handelt. Kommentare mit Wert 3 sind banal und oberflächlich.

Eine maßgebliche oder normale selbstreflexive Funktion erhält den Wert 5. Um diesen Wert einer Antwort zuzuschreiben, reicht es, wenn die Äußerung klar ist, sie muss nicht höher entwickelt sein. Es muss jedoch ein ausdrücklicher Bezug entweder zur Natur mentaler Zustände hergestellt werden oder ausgedrückt werden, wie mentale Zustände sich auf Verhalten beziehen oder Eigenschaften mentaler Zustände dargestellt werden oder das Bewusstsein für die mentalen Zustände in der Beziehung zum Interviewer gezeigt werden.

Der Wert 7 zeigt eine deutliche selbstreflexive Funktion. Im Wesentlichen erfüllen die Passagen die gleichen Kriterien wie bei dem Wert 5, die Passagen sind aber üblicherweise länger. Die Äußerungen besitzen eine offensichtliche, reflexive Qualität, sind verständlich und geben eine originelle, eigene Perspektive ab. Die einer Person zugeschriebenen mentalen Zustände werden zueinander in Bezug gesetzt. Auch Passagen, in welchen die mentalen Zustände in einer Kausalkette (Entstehung des mentalen Zustandes, wie dies das Verhalten beeinflusst und welche Bedeutung oder Auswirkung der mentaler Zustand auf nachfolgende Wahrnehmungen, Überzeugungen und Wünsche hat) angeordnet werden, bekommen den Wert 7. Es wird eine deutliche selbstreflexive Funktion geratet, wenn der Proband erkennt, dass der mentale Zustand einer Person den mentalen Zustand einer anderen Person beeinflusst oder wenn eine Person eine besonders schmerzhaft Situation mit den angemessenen Gedanken und Gefühlen anerkennt.

Es wird über eine volle oder außergewöhnliche selbstreflexive Funktion mit dem Wert 9 gesprochen, wenn sich zu den bisher genannten Kriterien ein viel größeres Ausmaß an Quantität und Qualität gesellt. Der Unterschied liegt in dem Ausmaß an gezeigter Differenziertheit, dem Grad an Überraschung, den der Auswerter bei dem Verständnis des Probanden erlebt und der Kompliziertheit der Interaktion zwischen mentalen Zuständen.

Die Entscheidung zwischen benachbarten Kategorien fällt den Auswertern manchmal schwer. In solchen Fällen werden die geraden Nummern verwendet (Fonagy, 1996).

Die Auswertung der in dieser Arbeit verwendeten RF-Skalen erfolgte durch die zertifizierte RF-Raterin Dr. Svenja Taubner.

3.5 Die Auswertung der Psychotherapie Q-Sort Items

Wie im Abschnitt 3.3 beschrieben, wurden die Stundenprotokolle mit dem Psychotherapie Prozess Q-Sort Verfahren ausgewertet. Für die vorliegende Arbeit wurden im Rahmen des Forschungsseminars diejenigen Items ausgesucht, die die Bindungsqualität und die Mentalisierungsfähigkeit sowie deren Entwicklung im Therapieverlauf aussagekräftig beschreiben. Die dazugehörigen theoretischen Grundlagen wurden bereits in Kapitel 1 vorgestellt. In diesem Teil werden nun diese Items in thematischen Gruppen vorgestellt. Im Anhang A wird eine vollständige Liste der 100 PQS-Items und deren Beschreibung veröffentlicht.

Da sich das bindungsrelevante Arbeitsmodell des Kindes bzw. die Bindungsrepräsentation des Erwachsenen durch neue Bindungserfahrungen verändern kann und die Selbst- und Elternrepräsentanzen mit den entsprechenden Bindungs- und Explorationsmustern aus der frühen Kindheit in der therapeutischen Übertragungsbeziehung reaktiviert werden (Brisch, 1999a), ist davon auszugehen, dass sich dieser Prozess mit Hilfe der hier als bindungsrelevant definierten Itemverläufe auch beschreiben lässt.

Die bindungsrelevanten Items wurden in Unterkategorien geteilt, um ein besseres Verständnis zu gewährleisten. Diese Unterkategorien sind Bindung, Exploration und Mentalisierung, jeweils für Therapeut-, Patient- und Interaktionsitems.

So beziehen sich die Therapeutenitems der Unterkategorie Bindung auf das Konzept der Feinfühligkeit (siehe Abschnitt 1.1.2 und Abschnitt 1.3.3):

- 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 28: Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
- Item 66: Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Einige weitere Items beziehen sich auf die therapeutischen Skills (siehe Abschnitt 1.2.2 und Abschnitt 1.1.2), wie z.B. das Spiegeln, eine interpsychische oder intrapsychische Operation der Realitätsprüfung (Haubl, 2008) oder holding, was nach Winnicott eine empathische mütterliche Funktion ist und containing, was nach Bion, im Gegensatz zu Winnicotts holding auch einen aktiven mentalen Vorgang einschließt (Lazar, 2008):

- Item 45: Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
- Item 47: Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.

- Item 65: Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
- Item 99: Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).

Der unterkategorie Exploration kann folgendes Therapeutenitem zugeordnet werden (siehe Abschnitt 1.1.2 und Abschnitt 1.3.2):

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

Zur Unterkategorie der Mentalisierung zählen die Items (siehe Abschnitt 1.4):

- Item 24: Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
- Item 62: Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
- Item 81: Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
- Item 86: Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
- Item 100: Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

In der Unterkategorie Bindung der Patienten beziehen sich folgende Items auf das Temperament des Patienten. Da jeder Mensch ein anderes Temperament hat, Reize anders aufnimmt und verarbeitet sowie seine Wünsche und Bedürfnisse auf seine jeweils individuelle Art äußert, ist das Temperament ein Pendant zur Feinfühligkeit der Bezugsperson, wie in Abschnitt 1.2.1 bereits beschrieben. Auch eine äußerst feinfühligke Mutter kann bei einem Kind mit einem sehr schwierigen Temperament verzweifeln (Brisch, 1999a).

- Item 33: Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
- Item 44: Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
- Item 49: Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
- Item 78: Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.

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

Als Antwort auf therapeutische Skills in Bezug zum Bindungsverhalten wurden folgende Items definiert (siehe Abschnitt 1.2.2 und Abschnitt 1.3.1):

- Item 1: Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
- Item 8: Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
- Item 10: Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
- Item 14: Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
- Item 42: Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
- Item 70: Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
- Item 95: Der Patient fühlt sich unterstützt.

Als Patientenitem der Exploration wurden folgende Items ausgewählt:

- Item 15: Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
- Item 29: Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Die Mentalisierung spiegelt sich in folgenden Items wieder (siehe Abschnitt 1.4 und Abschnitt 1.4.1):

- Item 53: Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
- Item 54: Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
- Item 56: Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
- Item 97: Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Ein Interaktionsitem wird der Unterkategorie Bindung zugeordnet (siehe Abschnitt 1.3.1):

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

Der Kategorie Exploration wurden folgende Items zugeordnet:

- Item 63: Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
- Item 64: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.

Zur Kategorie Mentalisierung zählen die Items (siehe Abschnitt 1.4 und Abschnitt 1.4.1):

- Item 35: Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
- Item 98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1 Ergebnisse Patient 5

4.1.1 Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte am Messzeitpunkt T1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt, mit gemischtem, eher passivem Modus einen Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen Unterwerfungs- vs. Kontrollekonflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er einerseits trotzen, sich widersetzen, bestimmen und kontrollieren möchte, andererseits sich selbst immer wieder zurückziehen, weggehen oder sich abschotten möchte. Andere erlebt der Patient immer wieder so, dass sie ihn klein machen, beschämen, entwerten oder angreifen wollen und ihn im Stich lassen und vernachlässigen. Andere erleben den Patienten als bestimmend, kontrollierend aber auch anlehnend und anklammernd. Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich sorgen oder kümmern, bestimmen und kontrollieren müssen und sich von ihm zurückziehen und abschotten müssen.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4 steht leider bei diesem Patienten nicht zur Verfügung.

Das AAI

Mit dem AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als U/E2 (traumatisiert/un-sicher-verwickelt, konflikthaft/verärgert) klassifiziert. Die Klassifikation U, unresolved, bedeutet, dass der Patient unverarbeitet-traumatisiert ist. Hinweise dafür zeigen sich in der

Schilderung traumatischer Erfahrungen (hier Misshandlung durch die Bindungspersonen), in sprachlichen Auffälligkeiten, wie dem Zerfall der Sprache, dem Verwechseln von Pronomina und im Sich-Verlieren in nebensächlichen Details. Die Klassifikation E, *enmeshed/preoccupied* heißt, dass der Patient sich in seine Kindheitsgeschichte verstrickte und dadurch kein klares Bild seiner Erfahrungen vermitteln konnte. Seine lange Schilderung war von gegenwärtigem Ärger auf die Bindungspersonen geprägt und daher mit grammatikalisch verwickelten Sätzen erzählt. Irrelevante Details prägten das Berichtete. Über die gemachten Erfahrungen konnte der Patient nicht angemessen reflektieren.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation (U)/F4. Die U Klassifikation hat sich im Laufe der Therapie zu einem (U) modifiziert. Das heißt, dass der Patient über seine maximalen Gewalterfahrungen reflektiert, die Raterin ihn dennoch an der Grenze zu U (traumatisiert) klassifiziert. Die F4 Klassifikation bedeutet, dass der Patient nun eine sicher–autonome Bindung mit schwierigen, traumatisierten Kindheitserfahrungen hat. Er drückt nun Wertschätzung von Bindungsbeziehungen aus und bewertet seine sowohl positiven als auch negativen Erfahrungen als relevant für die eigene Persönlichkeitsentwicklung. Die emotionale und mentale Organisation hat sich verändert, er kann über negative Beziehungserfahrungen ziemlich kohärent berichten und bewertet diese Erfahrungen aus heutiger Sicht neu. Dieser Patient hat seine sichere Repräsentation trotz negativer, traumatischer Kindheitserfahrungen in diesem Therapieverlauf erarbeitet.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich von Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 4 auf 5a verbessert (4 steht für niedrige selbstreflexive Funktion). Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt T1 wenig Bewusstsein für die Verbindung zwischen Kognition und Affekt, das innere Modell über mentale Zustände musste teilweise vom Auswerter erschlossen werden.

Der Wert 5 steht für eine durchschnittliche selbstreflexive Funktion, auf der durchschnittlichen Verständnisebene. Der Patient gab überzeugende Hinweise dafür, dass er eine Art inneres Modell vom mentalen Zustand der Bindungsperson sowie von seinem eigenen mentalen Zustand hat, das relativ kohärent ist, wenn vielleicht auch einfach. Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt T4 die Fähigkeit, aus seinen Erfahrungen einen Sinn zu ziehen, in Begriff von Gedanken und Gefühlen, und er hat dafür ein konsistentes Modell, das wenig Schlussfolgerungen erfordert. 5a heißt, dass dieses Modell beschränkt ist und es nicht mit komplexeren Aspekten zwischenmenschlicher Beziehungen umgehen kann.

4.1.2 PQS Auswertung Patient 5

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items in thematischen Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 6	9	9	8	8	8	9	9	9	9	7
Item 9	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1
Item 18	9	8	8	8	8	9	8	9	9	9
Item 28	8	7	7	9	7	8	7	8	6	7
Item 66	8	7	7	7	6	7	9	7	4	6

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 28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.1: P5 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

Der Therapeut bleibt die ganze Therapie über einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. Er ist durchweg aufgeschlossen für die Äußerungen des Patienten und affektiv involviert, er vermittelt Wertschätzung, seine Äußerungen vermitteln dem Patienten gegenüber bedingungslose Akzeptanz. Seine Interventionen und Kommentare zeigen, dass der Therapeut das Erleben der therapeutischen Beziehung von Seiten des Patienten akkurat wahrnimmt. Für die Beruhigung des Patienten zu sorgen (Item 66), erscheint zum ersten, zweiten, dritten und vierten Messzeitpunkt charakteristisch, bzw. tendenziell charakteristisch. In der letzten Therapiephase erscheint es nicht notwendig, für Beruhigung zu sorgen, die Werte liegen im neutralen Bereich. Das Item 66 wird als irrelevant für die jeweiligen Stunden bewertet (siehe Tabelle 4.1).

Wie aus der Tabelle 4.2 ersichtlich ist, zeigt der Therapeut am Anfang der Therapie eine zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten. Beim Zeitpunkt T81, T82 und T161 nimmt die Supportivität ab, das Item 45 wird für die jeweiligen Stunden als nicht relevant beschrieben. Zum Ende der Therapie nimmt die Zustimmungsbereitschaft des Therapeuten wieder zu, er bestärkt den Patienten wieder mehr, diesmal in seiner Entwicklung und seinen Fortschritten.

Bei Beziehungsschwierigkeiten (Item 47), wie zum Zeitpunkt T82, als der Patient die schmerzlichen, entbehrenden Auswirkungen der Therapiepause abwehrt, scheint der Therapeut offen für ein Entgegenkommen zu sein, indem er dem Patienten vorerst an seiner Abwehr festhalten lässt. In den Stunden E1, T81, T161, T302 und T303 ist das Item 47 als nicht bezeichnend für die Stunden geratet worden. In den Stunden E2 und T243 zeigt der Wert 6 eine leichte Tendenz von Seiten des Therapeuten, Kompromisse einzugehen und entgegenkommend zu sein. In den Stunden T164 und T241 scheint der Therapeut tendenziell, sobald die Interaktion schwierig wird, zur Verbesserung der Lage nichts zu unternehmen.

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 45	9	8	7	6	7	9	8	9	7	9
Item 47	5	6	5	8	5	4	4	6	5	5
Item 65	8	8	6	5	7	6	7	3	6	5
Item 99	1	2	2	6	2	1	3	2	2	1
Item 48	4	6	5	4	6	4	6	4	7	6

Item 45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47	Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99	Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.2: P5 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

Der Therapeut formuliert die Aussagen des Patienten zum Messzeitpunkt T1 charakteristisch und in den Stunden T161, T164 und T241 neu und bringt sie in eine erkennbare Form. Diese therapeutische Intervention nimmt im Laufe der Therapie ab, sie verliert ihre Bedeutung für die beschriebenen Stunden. Die Werte 3, 6, und 5 in den Messzeitpunkten T243, T302 und T303 zeigen, dass die Neuformulierung ihre Relevanz verloren hat und nicht mehr verwendet wird.

Bis auf die Stunde T82 vermittelt der Therapeut das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung oder bestätigt die Perspektive des Patienten. Das Item 99 bezieht sich nicht auf Deutungen oder Neubewertungen, sondern meint das Infragestellen von Sichtweisen auf irgendeine Weise. In der T82 Stunde stellt der Therapeut sehr sanft, daher der Wert 6, die Erfahrung des Patienten mit der Ferienunterbrechung in Frage. Er sagt (Zeile 114): ‘Ich würde es eher, glaube ich, anders sagen.’ Und führt seine Theorie aus, warum der Patient die Unterbrechung ‘gut, ohne Probleme überstanden hat’.

Das Item 48 erscheint als durchgehend irrelevant für die ausgewerteten Stunden. Der Therapeut führt nicht die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative als Themen in die Diskussion ein, und er ermutigt auch den Patienten nicht explizit, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugungen zu handeln.

Das Item 24 aus der Tabelle 4.3 ist durchgehend nicht bezeichnend für diesen Therapieverlauf, da es eine neutrale Ausprägung mit einem eher uncharakteristischen Hauch hat. Der Therapeut scheint dem Patienten weder auf eine ineffektive oder unpassende Weise zu begegnen, noch, so zeigen uns die Werte 4 und 3, fließt die Gegenübertragung des Therapeuten in einer unpassenden Art in die therapeutische Beziehung ein.

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 24	4	5	4	4	4	3	5	3	3	4
Item 62	6	5	8	7	8	7	4	7	8	8
Item 81	3	5	6	3	7	2	7	7	7	3
Item 86	7	7	7	7	7	8	7	8	6	7
Item 100	5	5	9	8	5	6	5	6	8	4

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.3: P5 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

Am Anfang der Therapie ist es für die Stunden E1 und E2 nicht bezeichnend, dass der Therapeut sich wiederholende Muster bezüglich der Erfahrungen oder des Verhaltens des Patienten benennt. Ab der T82 Stunde wird dies relevant und es bleibt auch bis zum Ende der Therapie wichtig, die Muster des Patienten zu benennen, bis auf einen einmaligen Abfall des Itemwerts auf 4. In der Stunde T241 benennt der Therapeut solche Themen tendenziell nicht, diese Stunde wird durch andere charakteristische und uncharakteristische Items beschrieben.

Bis zu der Stunde T161, in der eine leichte Tendenz zu erkennen ist, den Patienten zum Erleben von Affekten zu ermutigen, betont der Therapeut das Gefühlsleben des Patienten nicht. Im weiteren Verlauf erscheint es doch der Tendenz nach wichtig, die Gefühle des Patienten zu benennen. Der Wert des Items 81 fällt danach zweimal niedrig aus. In der Stunde T164 geht es um Missbrauchserfahrungen. Hier betont der Therapeut den emotionalen Inhalt dieses schweren Traumas nicht, es genügt eine objektive Beschreibung. In der Stunde T303 thematisiert der Therapeut das Ende der Therapie. Der Patient lenkt aber auf ein anderes Thema, auf das der Therapeut eingeht. So wird das schmerzliche Trennungsgefühl nicht weiter thematisiert.

Der Therapeut erscheint während des therapeutischen Prozesses durchgehend überwiegend zuversichtlich, er zeigt keine Unsicherheit, keine peinliche Berührtheit und keine Verlegenheit (Item 86).

Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen, ist zu den ersten Messzeitpunkten E1 und E2 irrelevant. Dies wird in den Stunden T81 und T82 sehr charakteristisch, doch dann flacht die Bedeutung des Items 100 ab und bleibt bis zum Ende der Therapie auf diesem Niveau. In der Stunde T302 wird dieses Item zwar noch mal charakteristisch, verliert aber dann auch in dieser Therapiephase, zum fünften Messzeitpunkt, seine Bedeutung.

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 33	7	6	7	6	9	3	9	6	7	6
Item 44	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1
Item 49	5	4	3	7	3	2	4	7	4	3
Item 78	6	6	4	5	6	6	5	5	6	6
Item 84	4	1	4	3	2	3	6	3	4	8

Item 33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
Item 44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
Item 49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
Item 78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
Item 84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.4: P5 Patientenitems zum Temperament

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

Der Patient zeigt (siehe Tabelle 4.4) am Anfang der Therapie zwar eine Tendenz, den Wunsch zu haben, jemandem (den Therapeuten ausgenommen) nahe oder mit jemandem vertraut zu sein, die Werte sind aber nicht im charakteristisch beschreibenden Bereich. Zum dritten Messzeitpunkt, T161 und T164, ist die Ambivalenz zwischen Nähewunsch und Distanz des Patienten, in diesem Fall zum heterogenen Lebenspartner in den Werten 9 und 3, deutlich zu sehen. Der Patient zeigt in der Auswertung des Items 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will), ein Pendant zu Item 33, die Werte in diesen Stunden 5 und 8. In T161 ist der Wunsch nach Nähe prägend, der Wunsch nach Distanz ist nicht relevant, und in T164 ist der Wunsch nach Distanz mit dem Wert 8 dominierend, wobei es auffällig ist, dass der Patient keine Aussagen darüber macht, dass er jemandem vertraut sein möchte (Wert 3). Der Nähe-Distanz Konflikt ist auch noch in der Stunde T241 spürbar, während er zum Ende der Therapie wieder an Bedeutung verliert.

Der Patient erscheint von Anfang an Vertrauen in die Therapie und seinen Therapeuten zu haben (Item 44). Er ist (mit den Werten 1 und 2) vertrauensvoll und arglos, wobei dieses Vertrauen zum Ende der Therapie konstant den Wert 1 aufweist.

Die Ambivalenz des Patienten gegenüber dem Therapeuten ist zum ersten Messzeitpunkt nicht relevant. Zum zweiten Messzeitpunkt, in der Stunde T81, gibt es geringe Anzeichen von Ambivalenz, während in der Stunde T82, in dem Wert 7, eine Tendenz zu gemischten Gefühlen gegenüber dem Therapeuten zu sehen ist. Diese Tendenz verliert ihre Relevanz in den folgenden Stundenbeschreibungen und wird erst wieder in der Stunde T243 spürbar. Im letzten Therapieabschnitt ist die Ambivalenz des Patienten erneut nicht zu entdecken (Item 49).

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 1	4	3	3	3	4	4	2	6	3	4
Item 8	3	3	3	4	3	3	2	4	2	4
Item 10	4	6	4	4	2	6	6	3	4	5
Item 14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Item 42	1	1	1	1	1	1	1	7	1	3
Item 70	3	6	3	3	3	5	5	6	3	5
Item 95	8	7	8	6	8	9	8	8	9	8
Item 15	3	2	2	2	1	3	1	2	1	2
Item 29	6	6	6	2	5	8	4	3	5	6

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.5: P5 Patientenitems zu therapeutischen Skills und Exploration

Der Patient versucht nicht in großen Maßen die Rückversicherung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten zu gewinnen (Item 78). Der Wert 6 zeigt hier lediglich, dass der Patient eine äußerst geringe Neigung dazu hat, die Sympathie des Therapeuten zu suchen.

Mit dem Item 84 sind nicht der Groll oder Ärger gegenüber dem Therapeuten gemeint. Bis auf die letzte Stunde beschäftigt sich der Patient nicht mit seiner Aggression oder seinem Ärger. Solche Themen erscheinen in der Auswertung irrelevant zu sein, und der Patient bringt Gefühle diese Art gar nicht zum Ausdruck.

Wie aus der Tabelle 4.5 herauszulesen ist, drückt der Patient in der Stunde E1 charakteristisch positive, ab der ersten Stunde dem Therapeuten gegenüber tendenziell freundliche, oder positive Gefühle aus, was bis zur Stunde T243 so bleibt. In diese Stunde äußert er dem Therapeuten gegenüber eine kritische Bemerkung (Zeile 90: 'verstehen wir uns vielleicht gerade wieder nicht'), welche dann letztendlich untergeht, so dass im weiteren Verlauf der Stunde die Kritik nicht mehr zur Sprache kommt. Im letzten Messzeitpunkt ist wieder das tendenziell freundliche, positive Gefühl dem Therapeuten gegenüber sichtbar (Item 1).

Tendenziell scheint sich der Patient in der Abhängigkeit wohl und zufrieden zu fühlen (Item 8). Die Werte 2 in den Stunden T241 und 302 zeigen, dass der Patient diese Abhängigkeit explizit will und gut heißt.

Es scheint in Item 10 für diese therapeutische Beziehung irrelevant, ob der Patient wünscht oder versucht die Beziehung in eine sozialere, persönlichere oder nähere Beziehung umzuwandeln. In der Stunde T161 mit dem Wert 2 und in der Stunde T243 mit dem Wert 3 ausgedrückt scheint der Patient zum Therapeuten explizit keine größere Nähe anzustreben.

Über den kompletten therapeutischen Prozess hinweg vermittelt der Patient das Gefühl, ausgedrückt im Wert 1, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht (Item 14). Er fühlt sich verstanden und zeigt sich im Verlauf des Items 42 mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden. In der Therapiesitzung T243 weist der Patient Bemerkungen des Therapeuten auch einmal zurück, wie in der Zeile 12. (Nee, nee, nee...), in der Zeile 89. (Ich fühle mich nicht angegriffen...) oder in der Zeile 198. (Nee, eben nicht...).

In der ersten Stunde unternimmt der Patient tendenziell keine Anstrengungen, Gefühle zu kontrollieren, zurückzuhalten oder abzuschwächen. In der zweiten Stunde versucht er mit starken Emotionen zurechtzukommen (Item 70). In dieser Stunde berichtet der Patient über mehrere traumatische Erfahrungen in der Ursprungsfamilie. Beim zweiten Messzeitpunkt kontrolliert der Patient seine Gefühl tendenziell nicht. In der Mitte der Therapie wird das Thema Gefühlskontrolle irrelevant, das Item wird im neutralen Bereich geratet. In der Stunde T243, in der es um die Gewalterfahrung des Patienten geht, muss er seine Gefühle eher unter Kontrolle halten. Zum letzten Messzeitpunkt ist die Gefühlskontrolle als Thema eher wieder irrelevant.

Bis auf zwei Stunden, E2 und T82, in denen die Werte mit 7 und 6 durchaus auch im charakteristischen Bereich liegen, vermittelt der Patient das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt (Item 95).

Durchgehend im Therapieverlauf ist der Patient bereit, Schweigen zu brechen, indem er entweder spontan Themen liefert oder aber ausführlich und intensiv in Form einer Antwort auf Deutungen des Therapeuten eingeht (Item 15). In den Stunden E1 und T164 ist dies tendenziell der Fall.

Der Zusammenhang zwischen Nähe- und Distanzwünschen, wie im Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will) und im Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen) ausgedrückt wird, wurde bereits bei der Beschreibung des Items 33 ausgeführt.

Die Tabelle 4.6 zeigt, dass der Patient tendenziell nicht darüber nachzudenken scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht. Er kümmert sich nicht darum, wie er vom Therapeuten beurteilt wird (Item 53). In den Sitzungen E1 und T81 ist dieses Item als uncharakteristisch geratet worden. In den Stunden T82 und T303 scheint dieses Item ebenfalls keine Relevanz zu haben.

Die Klarheit und Strukturiertheit des Patienten nimmt mit dem Lauf der Therapie zu (Item 54), im letzten Messzeitpunkt T301 und T303 bekommt dieses Item einen Wert von 7. In den Stunden E1 und E2 ist die Ausdrucksweise des Patienten tendenziell eher abschweifend und vage. Sie wirkt in der Stunde T81 verständlich, relativ klar und flüssig. Hier wird sehr

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 53	2	4	2	5	4	4	3	3	3	5
Item 54	4	5	9	4	7	6	2	6	7	7
Item 56	4	3	2	4	3	5	6	3	3	4
Item 97	6	8	7	8	9	6	6	8	8	8

Item 53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.6: P5 Patientenitems zur Mentalisierung

ausführlich über eine spezielle Missbrauchserfahrung des Patienten gesprochen. Auch in der Stunde T161 kann der Patient über seine mittlerweile erlernte Fähigkeit, sich adäquat abzugrenzen, klar und verständlich berichten. Der Wert 2 in der Stunde T241 entsteht in einer situativen Erzählweise des Patienten, er berichtet über ein nahes Ereignis. Der Therapeut schafft mit gezielten Fragen Klarheit.

Auffallend bei Item 54 ist, dass die Ratings der zwei Raterinnen der Stunden E1, E2 und T82 sehr unterschiedlich ausfielen. Bezüglich der Stunde E1 ergab sich der Wert 4 nach eine Diskussion aus den Ratings 2 und 6, in der Stunde E2 der Wert 5 aus den Teilergebnissen 3 und 6 und in der Stunde T82 der Wert 4 aus den Teilergebnissen 3 und 5. Eine Raterin hat die Stunden immer eher als abschweifend und vage erlebt.

Die Werte 4 und 3 zeigen, dass Affekt und Bedeutung offensichtlich klar sind (Item 56). In der Stunde T81 zeigt der Patient deutliche Affekte und fühlt sich tief betroffen.

Außer in den Stunden E1 und T164 erscheint der Patient ungeschützt offen und relativ frei von Blockaden zu sein. In diesem Zustand bahnt sich der Patient seinen Weg durch Unschlüssigkeiten oder wunden Punkte, indem er Gedanken und Gefühle erforscht und prüft. In E1 und T161 ist dies, ausgedrückt durch den Wert 6, tendenziell der Fall (Item 97).

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.7), in dem Trennung oder Unterbrechung der Therapie thematisiert werden, ist in den Stunden T82 und T302 charakteristisch und in der Stunde T303 uncharakteristisch. D.h. hier, dass das Thema vermieden wird. In den anderen Stunden wird das Thema nicht behandelt.

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden.

Bis auf die Stunden E1, T161 und T243, in denen das Thema zwischenmenschliche Beziehungen eher als irrelevant erscheint, sind die Hauptthemen des Gesprächs die sozialen, Arbeits- oder persönlichen Beziehungen und die Verstrickungen des Patienten (Item 63).

In den Stunden T81, T243, T302 und T303 ist das Thema romantische- bzw. Liebesbeziehungen nicht relevant (Item 64). In den Stunden E1 und T161 wird darüber ausführlich

	E1	E2	T81	T82	T161	T164	T241	T243	T302	T303
Item 75	5	5	5	9	5	5	4	5	8	2
Item 63	6	8	9	9	5	9	9	4	9	9
Item 64	8	7	5	7	9	7	7	5	6	5
Item 35	8	6	7	9	7	6	5	7	6	8
Item 98	5	5	9	8	5	6	5	5	8	5

Item 75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
Item 63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
Item 64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
Item 35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
Item 98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.7: P5 Interaktionsitems

gesprochen und in den übrigen Stunden spielt das Thema Liebesbeziehung zwar eine Rolle, dies ist aber nicht so bedeutsam, dass es für die Stunden als charakteristisch zu bezeichnen wäre.

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt. In den Stunden E1, T82 und T303 sind das Selbstkonzept des Patienten oder Gefühle, Einstellungen und Wahrnehmungen des eigenen Selbst wichtige Gesprächsthemen. In den übrigen Stunden, bis auf die Stunde T241, in der dieses Item als neutral geratet wurde, ist das Selbstbild zwar Thema, aber kein ausgeprägtes Hauptthema (Item 35).

Zum zweiten Messzeitpunkt, in den Stunden T81 und T82, taucht das Thema therapeutische Beziehung auf und wird von den Raterinnen als charakteristisch für diese Stunden eingestuft (Item 98). Dann verliert es an Relevanz und wird erst in der Stunde T302 wieder thematisiert.

4.1.3 Zusammenfassung Patient 5

Bei dem Patienten 5 haben wir eine positive Veränderung der Bindungsqualität von U/E2, traumatisiert und unsicher-verwickelt, auf (U)/F4, traumatisiert und sicher-autonom, feststellen können. Ebenso fanden wir eine positive Veränderung auf der RF-Skala vom Wert 4 (niedrige Selbstreflexion) auf 5a (durchschnittliche Selbstreflexion).

Über den Verlauf der Therapie lässt sich sagen, dass der Therapeut dem Patienten durchgehend empathisch, einfühlsam, affektiv involviert und wertschätzend begegnete. Der Patient ist offen und relativ frei von Blockaden, er vertraut seinem Therapeuten und es gibt nur am zweiten Messzeitpunkt tendenziell leichte Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber. Die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber ist durchgehend zustimmend, er hinterfragt die Sichtweise des Patienten tendenziell nicht. Für Beruhigung

beim Patienten zu sorgen, war am Anfang der Therapie besonders charakteristisch und blieb bis zum Ende der Therapie auch tendenziell wichtig. Dies hat der Therapeut unter anderem auch dadurch erreicht, dass er durchweg zuversichtlich und selbstsicher dem Patienten entgegentrat. Emotionale Konflikte des Therapeuten scheinen den Therapieablauf nicht gestört zu haben. Supportivität des Therapeuten prägt Anfang und Ende der Therapie, diese Art von Zustimmung nimmt zum zweiten und dritten Messzeitpunkt ab. Auch bei Beziehungsschwierigkeiten zeigt sich der Therapeut am Anfang und am Ende der Therapie entgegenkommend, beim dritten und vierten Messzeitpunkt scheint er jedoch tendenziell nicht kompromissbereit zu reagieren.

Besonders am Anfang der Therapie klarifiziert und formuliert der Therapeut neu mit anderen Worten, was der Patient sagt. Das Spiegeln nimmt zum Ende der Therapie ab. Auch wiederholende Muster in Erfahrungen und Verhalten des Patienten werden benannt und Gefühle betont, um dem Patienten zu helfen, diese intensiver zu erleben. Besonders in der Phase des zweiten Messzeitpunktes erscheint es dem Therapeuten wichtig zu sein, eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herauszustellen. Die Sprache des Patienten gewinnt im Laufe der Therapie an Klarheit und Strukturiertheit, Affekte scheinen zumindest tendenziell vom Anfang an für den Patienten klar zu sein.

Das Selbstbild des Patienten ist durchgehend Thema in der Therapie, am Anfang und am Ende der Therapie ist dieses Thema sogar sehr charakteristisch. Auch zwischenmenschliche Beziehungen und liebes- und romantische Beziehungen sind durchgehend Themen dieses therapeutischen Prozesses. Die ambivalente Haltung des Patienten im Zusammenhang mit Nähe und Distanz sind bezeichnend für die Messzeitpunkte 2, 3 und 4. Die Themen Trennung, Aggression und Ärger vermeidet der Patient nach Möglichkeit. Diskussionen über die therapeutische Beziehung sind besonders am Anfang der Therapie wichtig.

Leider kann ich bei diesem Patienten keine Aussage über die strukturelle Veränderung treffen, da die OPD Diagnose fehlt. Es ist aber eine positive Entwicklung anzunehmen, anhand der Veränderung der Bindungsqualität und der RF-Skala und der beschriebenen Änderungen im Prozess, welche ich mit Hilfe der PQS-Auswertung zeigen konnte.

4.2 Ergebnisse Patient 6

4.2.1 Änderung der Diagnose, der AAIs und RF Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte am Messzeitpunkt T1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf mäßig bis gut integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher passivem Modus einen Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen sehr bedeutsamen Selbstwertkonflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er sich einerseits besonders kümmern, sorgen, sich anlehnen oder sich gar an andere anklammern möchte, andererseits trotzen und sich widersetzen möchte. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihm wenig Freiraum lassen, sich einmischen, anlehnen oder sich an ihn anklammern, ihn aber auch im Stich lassen und ihn vernachlässigen. Andere erleben den Patienten als jemanden, der sich im Kontakt wenig abgrenzt, sich klein macht oder sich selbst entwertet, sich aber dennoch in den Mittelpunkt stellt und wichtig macht. Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie/er sich besonders sorgt oder kümmert, harmonisiert oder Aggressionen vermeidet und dem Patienten viel Freiraum lässt und ihn alleine machen lässt.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4, nach 240 Stunden Psychotherapie, könnte folgendermaßen beschrieben werden: Auf gut bis mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt, mit vorwiegend aktivem Modus, einen ödipalen Konflikt (war zum ersten Messzeitpunkt nicht beurteilbar) und als zweitwichtigsten Konflikt weiterhin einen bedeutsamen Selbstwertkonflikt. Sein Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt wurde zum Messzeitpunkt T4 als wenig bedeutsam gewertet. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er sich einerseits klein macht und sich entwertet, andere angreift oder schädigt, aber sie auch bewundert oder idealisiert. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihm ihre Zuneigung entziehen, sich zurückziehen, abschotten, ihn bewundern und idealisieren. Andere erleben, dass der Patient sie bewundert, idealisiert, sich wichtig macht und in den Mittelpunkt stellt und sie besonders vor Angriffen schützt. Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich besonders zurückziehen, ihn klein machen und entwerten, sich verschließen, wenn er Zuneigung zeigt.

Das AAI

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als E1/U (unsicher-verwickelt, passiv/traumatisiert) klassifiziert. Die Klassifikation E, enmeshed/preoccupied heißt, dass der Patient sich in seine Kindheitsgeschichte verstrickte und dadurch kein klares Bild seiner Erfahrungen vermitteln konnte. Seine lange Schilderung war von gedanklichen Blockaden

und kindlichem Sprachgebrauch geprägt. Irrelevante Details prägten das Berichtete. Über erlebte Erfahrungen konnte der Patient nicht angemessen reflektieren. Die Klassifikation U, unresolved, bedeutet, dass der Patient unverarbeitet–traumatisiert ist. Hinweise dafür zeigen sich in der Schilderung traumatischer Erfahrungen (hier Missbrauch) in sprachlichen Auffälligkeiten, wie dem Zerfall der Sprache, dem Verwecheln von Pronomina und im Sich-Verlieren in nebensächlichen Details.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation U/CC/E2/Ds1. Die U Klassifikation hat sich im Laufe der Therapie nicht verändert. Die Klassifikation CC heißt, dass der Patient nicht eindeutig klassifizierbar war. In so einem Fall müssen die in Frage kommenden anderen Kategorien alle in das Rating aufgenommen werden. Die Klassifikation E2 (unsicher–verwickelt) deutet weiterhin auf einen unsicher–verwickelten, aber nun konflikthaft verärgerten Umgang mit Bindungsthemen hin. Der Bericht des Patienten war extrem inkohärent. Fehlende Kindheitserinnerungen und Idealisieren einer Bezugsperson wird mit der Kategorie Ds1 (unsicher–vermeidend) bezeichnet. Das zeigt die Diskrepanz zwischen dem ‘wundervollen’ Elternteil und den fehlenden Bildern, die dies untermauern sollen, auf.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 6 auf 5a verändert. Die Wert 6 steht für den Zwischenbereich zwischen einer durchschnittlichen und einer ausgeprägten reflexiven Kompetenz.

Der Wert 5 zum Messzeitpunkt T4 steht für durchschnittliche selbstreflexive Funktion auf der durchschnittlichen Verständnisebene. Der Patient gab überzeugende Hinweise dafür, dass er eine Art inneres Modell vom mentalen Zustand der Bindungsperson sowie von seinem eigenen mentalen Zustand hat, das relativ kohärent ist, wenn vielleicht auch einfach. Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt E1 die Fähigkeit, aus seinen Erfahrungen einen Sinn zu ziehen in Form von Gedanken und Gefühlen und hat dafür ein konsistentes Modell, das wenig Schlussfolgerungen erfordert. 5a heißt, dass das Modell beschränkt ist und es nicht mit komplexeren Aspekten zwischenmenschlicher Beziehungen umgehen könnte.

4.2.2 PQS Auswertung Patient 6

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items, in thematischen Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

Der Therapeut ist die Therapie über einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (siehe Tabelle 4.8). In der Stunde T83 wurde das Item 6 als eher nicht relevant für die Stunde geratet. Bis auf die Stunde T238, in der der Therapeut tendenziell distanziert und unbeteiligt wirkt, ist er eher empfänglich und affektiv involviert oder das Item 9 hat keine

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 6	9	8	8	6	9	8	9	7	8	9
Item 9	3	5	3	5	3	5	7	2	2	3
Item 18	8	8	9	8	8	8	8	7	8	9
Item 28	8	7	7	6	8	7	7	7	7	7
Item 66	4	7	2	1	2	2	1	3	1	1

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 28 Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66 Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.8: P6 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

besondere Bedeutung und wurde mit 5 als neutral geratet. Der Therapeut vermittelt dem Patienten gegenüber Wertschätzung und nimmt den therapeutischen Prozess tendenziell richtig wahr. Er sorgt, bis auf die zweite Stunde (E2), nicht direkt für Beruhigung.

In der Stunde E2 zeigt der Therapeut tendenziell eine zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten. Im weiteren Verlauf nimmt er keine supportive Rolle ein, das Item 45 wurde als ausgeprägt uncharakteristisch mit den Werten 1 und 2 oder als tendenziell uncharakteristisch mit dem Wert 3 geratet, wie aus der Tabelle 4.9 ersichtlich ist.

Bei Beziehungsschwierigkeiten (Item 47), wie zum Zeitpunkt T318, als der Patient nach einer dreiwöchigen Pause über seine Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Therapie

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 45	4	7	3	2	3	1	2	5	3	2
Item 47	5	4	6	4	6	6	5	5	8	6
Item 65	7	4	7	6	9	6	7	7	6	8
Item 99	3	2	6	9	5	8	8	7	8	7
Item 48	4	3	4	4	6	4	4	3	6	5

Item 45 Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47 Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99 Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48 Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.9: P6 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 24	5	4	6	4	3	4	3	5	5	3
Item 62	7	9	6	4	9	9	5	7	4	8
Item 81	4	6	6	5	6	6	8	6	7	8
Item 86	7	7	6	6	7	7	6	6	7	7
Item 100	5	5	3	5	4	5	8	6	6	4

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.10: P6 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

berichtet, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern. Zu den anderen Messzeitpunkten wurde dieses Item als eher uncharakteristisch geratet.

Der Therapeut formuliert die Aussagen des Patienten zum Messzeitpunkt T159 und T320 charakteristisch und in den Stunden E1, T80, T238 und T240 tendenziell charakteristisch neu und bringt sie in eine erkennbare Form. In den anderen Stunden (T83, T162 und T318) wurde das Item 65 schon im positiven Bereich, aber sehr nahe an der neutralen Ausprägung geratet. Es durchmischt sich und ist nicht eindeutig in diesem Therapieprozess, ob die Intervention des Klarifizierens vom Therapeuten angewendet wird oder nicht.

Zum Messzeitpunkt E1 und E2 vermittelt der Therapeut das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung oder bestätigt tendenziell die Perspektive des Patienten. Das Item 99 bezieht sich nicht auf Deutungen oder Neubewertungen, sondern meint das Infragestellen von Sichtweisen auf irgendeine Weise. Im weiteren Verlauf ist dieses Item dann entweder neutral, wie in den Stunden T80 und T159, oder charakteristisch, wie in den Stunden T83, T162, T238 und T318 oder tendenziell charakteristisch, wie in den Stunden T240 und T320. Dies bedeutet, dass der Therapeut im therapeutischen Prozess durchweg auf irgendeine Weise die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage stellt.

Das Item 48 erscheint durchgehend überwiegend uncharakteristisch für die ausgewerteten Stunden, das zeigen die Werte 3 und 4. Der Therapeut führt nicht die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative als Themen in die Diskussion ein, und er ermutigt auch den Patienten nicht explizit, selbständig zu denken und nach eigenen Überzeugungen zu handeln.

Das Item 24, aus der Tabelle 4.10, ist nicht bezeichnend oder tendenziell uncharakteristisch für diesen Therapieverlauf. Der Therapeut scheint dem Patienten weder auf eine ineffek-

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 33	8	7	9	7	2	7	3	5	6	8
Item 44	1	1	2	7	2	1	2	1	4	1
Item 49	3	3	8	6	9	3	4	3	9	4
Item 78	5	6	6	7	7	4	8	4	3	3
Item 84	3	5	7	8	6	4	5	6	6	6

Item 33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
Item 44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
Item 49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
Item 78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
Item 84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.11: P6 Patientenitems zum Temperament

tive oder unpassende Weise zu begegnen, noch, so zeigen uns die Werte 4 und 3, fließt die Gegenübertragung des Therapeuten in einer unpassenden Art in die therapeutische Beziehung ein.

Bis auf die Stunden T83, T238 und T318, in denen das Item 62 als neutral geratet wurde, betont der Therapeut charakteristisch (E2, T159, T162 und T320) und tendenziell charakteristisch (E1, T80 und T240) sich wiederholende Muster in den Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten.

In den Stunden T238, T318 und T320 ermutigt der Therapeut den Patienten den emotionalen Inhalt dessen, was er erzählt, mehr zu erleben, die Affekte besser zu spüren (Item 81). In den restlichen Stunden zu den ersten drei Messzeitpunkten, wurde dieses Item eher neutral geratet.

Der Therapeut erscheint während des therapeutischen Prozesses durchgehend eher tendenziell zuversichtlich, er zeigt keine Unsicherheit, keine peinliche Berührtheit und keine Verlegenheit (Item 86).

Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen (Item 100), wird nur in einer Stunde, in T238, von den Raterinnen beschrieben. Ansonsten ist dieses Item für diese Behandlung irrelevant.

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

Der Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt des Patienten wird zu den ersten zwei Messzeitpunkten sehr deutlich. Der Patient zeigt (siehe Tabelle 4.11) am Anfang der Therapie (E1, E2, T80 und T83) den Wunsch, jemanden zu haben (den Therapeuten ausgenommen), jemandem nahe oder mit jemandem vertraut zu sein. In der Auswertung des Items

29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.), ein Pendant zu Item 33, zeigt er einen ähnlich hohen Wunsch nach Distanz (siehe Tabelle 4.12). In der Stunde T159 wendet sich das. Der Wunsch nach Nähe ist mit dem Wert 2 sehr gering, dafür aber der Distanzwunsch mit dem Wert 9 hoch. In der Stunde T162 ist das genau umgekehrt. Zum vierten Messzeitpunkt (T238 und T240) wurde der Nähe-Distanz-Wunsch als neutral, also als irrelevant, geratet. Zum letzten Messzeitpunkt (T318 und T320) ist der Nähewunsch tendenziell da, während der Wunsch nach Unabhängigkeit nicht relevant ist.

Der Patient scheint von Anfang an Vertrauen in die Therapie und seinen Therapeuten zu haben (Item 44). Er ist mit den Werten 1 und 2 vertrauensvoll und arglos, wobei ein Einbruch im Therapieverlauf sichtbar wird. In der Stunde T83 wird dieses Item mit dem Wert 7 beschrieben, was eine tendenzielle Wachsamkeit und Misstrauen dem Therapeuten gegenüber ausdrückt. Und in der Stunde T318 scheint dieses Item nicht relevant zu sein.

Eine Ambivalenz des Patienten gegenüber dem Therapeuten (Item 49) ist eher nicht charakteristisch, das zeigen die Werte 3 und 4 während der Therapie. In den Stunden T80, T162 und T318 drückt er hingegen dem Therapeuten gegenüber gemischte Gefühle aus.

Der Patient versucht nicht in großem Maß die Rückversicherung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten zu gewinnen (Item 78). Der Wert 6 in den ersten zwei Messzeitpunkten zeigt hier lediglich, dass der Patient eine äußerst geringe Neigung dazu hat, die Sympathie des Therapeuten zu suchen. Diese Neigung wird in den Stunden T83, T159 und T238 eher zur Tendenz (Wert 7) bzw. charakteristisch. Zum letzten Messzeitpunkt T318 und T320 verliert die Suche nach Sympathie ihre Bedeutung, der Patient verhält sich tendenziell nicht in dieser Art.

Bis auf den zweiten Messzeitpunkt, in den Stunden T80 und T83, erscheint Aggression oder Ärger als nicht bedeutsam für diese Behandlung. Wobei der Wert 6, in den Stunden T240, T318 und T320, eine sehr leichte Tendenz in diese Richtung zeigt (siehe Tabelle 4.11). Mit dem Item 84 sind nicht der Groll oder Ärger gegenüber dem Therapeuten gemeint, sondern gegenüber allen anderen Personen.

Wie aus der Tabelle 4.12 herauszulesen ist, drückt der Patient in der Stunde E1 charakteristisch positive, in der Stunde E2 dem Therapeuten gegenüber tendenziell freundliche oder positive Gefühle aus. In der Stunde T80 kritisiert der Patient, dass er nicht so viele konkrete Ratschläge vom Therapeuten erhält, wie er es gerne hätte. Der Kritikpunkt in T159 ist, dass die Therapie nicht helfe, und in der Stunde T318 beklagt der Patient, dass Therapeuten auch nur Menschen seien und der Therapeut sich auch mal ärgere. In den übrigen Stunden, mit dem Wert 3 und 4 ausgedrückt, zeigt der Patient tendenziell positive, freundliche Gefühle dem Therapeuten gegenüber (Item 1).

Tendenziell scheint sich der Patient in der Abhängigkeit vom Therapeuten wohl und zufrieden zu fühlen (Item 8), das zeigt zumindest der Wert 3 in den Stunden E1, T80, T159 und T320. In den Stunden E2, E83 und T162 empfindet er eine relative Unabhängigkeit in der therapeutischen Beziehung (Wert 5). Lediglich in der Stunde T238 wirkt der Patient tendenziell besorgt und unangenehm berührt von seiner Abhängigkeit. Der Wert 2 in den

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 1	2	3	7	3	7	4	3	4	9	4
Item 8	3	5	3	5	3	5	7	2	2	3
Item 10	5	5	5	4	5	6	8	4	4	4
Item 14	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1
Item 42	6	1	2	2	3	2	1	2	2	2
Item 70	2	6	3	6	3	9	3	2	3	4
Item 95	8	7	7	7	7	6	9	7	6	7
Item 15	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Item 29	6	8	8	4	9	4	4	4	3	5

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.12: P6 Patientenitems zu den therapeutischen Skills und zur Exploration

Stunden T240 und T318 zeigt (vierter und fünfter Messzeitpunkt), dass der Patient diese Abhängigkeit explizit will und gut heißt.

Wie Item 10 zeigt ist es für diese therapeutische Beziehung als neutral anzusehen, ob der Patient eine größere Nähe zum Therapeuten anzustreben versucht. Nur in der Stunde T238 wünscht sich der Patient, die Beziehung zum Therapeuten in eine sozialere, persönlichere oder nähere Beziehung umzuwandeln.

Über den kompletten therapeutischen Prozess hinweg vermittelt der Patient das Gefühl, ausgedrückt im Wert 1 und 2, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht (Item 14). Er fühlt sich verstanden und zeigt sich, im Verlauf des Items 42, mit den Bemerkungen des Therapeuten überwiegend charakteristisch einverstanden. Lediglich zum Messzeitpunkt E1 stimmt er tendenziell sehr leicht nicht mit den Beobachtungen und Interpretationen des Therapeuten überein.

Der Versuch des Patienten, die Kontrolle über die Gefühle zu behalten gelingt sehr unterschiedlich im Verlauf der Therapie. Mitunter versucht der Patient tendenziell die Kontrolle über starke Emotionen zu behalten (Stunden E2, T83). In der Stunde T162 kämpft er sehr charakteristisch, um die Kontrolle nicht zu verlieren; mal unternimmt er scheinbar keine Anstrengungen diesbezüglich (Stunden T80, T159, T238, T318 und T320). In den

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 53	6	3	5	7	6	4	9	3	3	4
Item 54	7	2	6	2	7	7	6	2	6	7
Item 56	4	5	4	4	2	7	3	4	5	3
Item 97	7	7	8	8	7	2	7	6	8	7

Item 53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.13: P6 Patientenitems zur Mentalisierung

Stunden E1 und T240 unternimmt der Patient ausgeprägt keine Anstrengungen, Gefühle zu kontrollieren.

Im gesamten therapeutischen Prozess vermittelt der Patient das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt (Item 95). Dafür sprechen die überwiegend charakteristischen und sehr charakteristischen Werte dieses Items.

Durchgehend über die Therapie ist der Patient bereit, Schweigen zu brechen, indem er entweder spontan Themen liefert oder aber ausführlich und intensiv in Form einer Antwort auf Deutungen des Therapeuten eingeht (Item 15).

Der Zusammenhang zwischen Nähe- und Distanzwünschen, wie er in Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will) und in Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen) ausgedrückt wird, wurde bereits bei der Beschreibung des Items 33 ausgeführt.

Die Tabelle 4.13 zeigt, dass der Patient tendenziell nicht darüber nachzudenken scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht. Er kümmert sich nicht darum, wie er vom Therapeuten beurteilt wird (Item 53). Das zeigt das Rating der Stunden E2, T162, T240, T318 und T320. In den Stunden E1, T83 und T159 hingegen ist es eher tendenziell charakteristisch, in der Stunde T238 sogar charakteristisch, dass der Patient sich damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denken mag oder wie er von diesem beurteilt wird.

Mit insgesamt drei 'Einbrüchen' ist die Ausdrucksweise des Patienten tendenziell leicht verständlich, relativ klar und flüssig (siehe Item 54, E1, T80, T159, T162, T238, T318 und T320). In den Stunden E2, T83 und T240 spricht er weitschweifig und vage (Wert 2). Die Raterinnen konnten den Zusammenhängen zwischen den Themen, die der Patient anspricht, nicht folgen.

Die Werte 4 und 3 zeigen (in den Stunden E1, T80, T83, T238; T240 und T320), dass Affekt und Bedeutung offensichtlich klar sind (Item 56). In der Stunde T159 zeigt der Patient deutliche Affekte und fühlt sich tief betroffen (Wert 2), hingegen ist er in der Stunde T162 tendenziell affektiv flach, unpersönlich (Wert 7).

	E1	E2	T80	T83	T159	T162	T238	T240	T318	T320
Item 75	5	4	5	5	5	5	5	5	7	5
Item 63	9	9	9	5	7	6	4	6	7	5
Item 64	9	4	6	8	5	4	5	5	6	9
Item 35	8	5	7	9	6	7	7	9	7	8
Item 98	5	5	7	6	5	4	9	6	9	5

Item 75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
Item 63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
Item 64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
Item 35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
Item 98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.14: P6 Interaktionsitems

Der Patient scheint in den Stunden E1, E2, T159, T238, T240 und T320 der Tendenz nach charakteristisch, in den Stunden T80, T83 und T318 charakteristisch ungeschützt offen und relativ frei von Blockaden zu sein. In der Stunde T162, mit dem Wert 2 geratet, scheint der Patient zögerlich oder gehemmt zu sein, er weist ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis auf. Das liegt wahrscheinlich daran, dass der Patient vor einer wichtigen Prüfung steht, er bringt in diesem Zusammenhang auch einen Traum in diese Stunde ein.

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.14), in dem Trennung oder Unterbrechung der Therapie thematisiert werden, ist nur in der Stunde T318 tendenziell vorhanden. In den übrigen Stunden ist dieses Item irrelevant.

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden:

Am Anfang der Therapie (E1, E2 und T80) sind die sozialen, Arbeits- oder persönlichen Beziehungen des Patienten ein Hauptthema des Gesprächs (Item 63). Tendenzuell ist dies auch der Fall in den Stunden T159, T162, T240 und T318. In den übrigen Stunden sind zwischenmenschliche Beziehungen irrelevant.

Liebes- oder romantische Beziehungen werden in den Stunden E1, T83 und T320 besprochen, in den übrigen Stunden ist das Thema eher irrelevant, es kommt dort nicht vor (Item 64).

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt.

In den Stunden E1, T83, T240 und T320 sind das Selbstkonzept des Patienten oder Gefühle, Einstellungen und Wahrnehmungen des eigenen Selbst wichtige Gesprächsthemen (Item 35). In den Stunden T80, T159, T162, T238 und T318 wird das Thema tendenziell behandelt.

Zum zweiten Messzeitpunkt, in den Stunden T80, T83 und T240, taucht das Thema 'therapeutische Beziehung' auf und wird von den Raterinnen als tendenziell charakteristisch für

diese Stunden eingestuft (Item 98). Als charakteristisch wird dieses Thema in den Stunden T238 und T318 behandelt, der Patient und der Therapeut besprechen Interaktionsmerkmale oder interpersonelle Prozesse untereinander sich an. In den übrigen Stunden hat das keine Relevanz.

4.2.3 Zusammenfassung Patient 6

Das Strukturniveau des Patienten änderte sich während der Therapie von einem mäßig bis gut integrierten Niveau auf ein gut bis mäßig integriertes Niveau. Auf der Konfliktebene verbesserte sich der Hauptkonflikt Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt vom ersten Messzeitpunkt von sehr bedeutsam auf wenig bedeutsam. Auch der Selbstwertkonflikt des Patienten änderte sich von sehr bedeutsam auf bedeutsam. Zum vierten Messzeitpunkt kam als Hauptkonflikt ein ödipaler Konflikt dazu, welcher zum ersten Messzeitpunkt nicht beurteilbar geratet worden war.

Beim Erfassen der AAI-Werte gab es wenig Veränderung zwischen den Messzeitpunkten E1 und T4. Zum vierten Messzeitpunkt änderte sich der Bindungsstil des Patienten von einem traumatisierten unsicher-verwickelten Bindungsstil zu einem undefinierbaren Stil mit traumatisierten, unsicher-verwickelten und unsicher-vermeidenden Anteilen.

Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten hat zwischen den Messzeitpunkten E1 und T4 abgenommen. Während er am Anfang den Wert 6 auf der RF-Skala erhalten hat, welche für eine durchschnittliche Mentalisierungsfähigkeit spricht, bekam er zum vierten Messzeitpunkt nur noch den Wert 5a, welcher für einen leicht beschränkten Umgang mit Bindungserfahrungen spricht.

Die PQS-Auswertung zeigte, dass der Therapeut dem Patienten gegenüber in den meisten Stunden einfühlsam war, seine Empfänglichkeit und affektive Involviertheit erscheint aber während der Therapie entweder als irrelevant oder nur als tendenziell wichtig. Er hat durchgehend eine wertschätzende Haltung dem Patienten gegenüber, sorgt aber nicht für Beruhigung. Den therapeutischen Prozess nimmt er tendenziell richtig wahr und wirkt nur tendenziell zuversichtlich oder selbstsicher. Er hinterfragt in den meisten Stunden die Sichtweisen des Patienten.

Supportivität und die Verbesserung der Beziehung bei Schwierigkeiten scheinen in diesem therapeutischen Verlauf nicht relevant zu sein. Auch die Gefühle zu betonen, ist eher nur tendenziell der Fall.

Der Patient ist motiviert und dem Therapeuten gegenüber vertrauensvoll (davon ist nur die Stunde T83 ausgenommen). Er zeigt bzw. äußert dem Therapeuten gegenüber auch mitunter ambivalente, negative oder widersprüchliche Gefühle und sucht zum Ende der Therapie (vierter und fünfter Messzeitpunkt) die Zustimmung und Zuneigung des Therapeuten eher nicht. Auch die Nähe des Therapeuten scheint der Patient nicht zu suchen. Dennoch vermittelt der Patient das Gefühl, dass er vom Therapeuten verstanden wird und

nimmt seine Bemerkungen und Beobachtungen eher an. Er kann seine Gefühle eher offen zeigen und fühlt sich tendenziell in der Therapie unterstützt. Die Ausdrucksweise des Patienten scheint eher nur tendenziell klar und strukturiert zu sein, er fällt immer wieder in ein Muster der Weitschweifigkeit.

Die Themen in der Therapie scheinen zu fluktuieren, mal sind zwischenmenschliche, mal Liebesbeziehungen ein Hauptthema, mal das Selbstbild und mal die therapeutische Beziehung. Auch innerhalb eines Messzeitpunktes scheint der Patient nicht das gleiche Thema zu verfolgen.

4.3 Ergebnisse Patient 1

4.3.1 Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte zum Messzeitpunkt T1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher aktivem Modus einen Selbstwert- und als zweitwichtigsten Konflikt einen Identitätskonflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er einerseits andere klein macht, sie entwertet und beschämt, andererseits sich selbst auch zurückzieht, klein macht und entwertet. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie bestimmen, kontrollieren, ihn klein machen, entwerten und beschämen, ihn vernachlässigen und im Stich lassen. Andere erleben, dass der Patient sich immer wieder widersetzt und trotzt, sich wichtig macht und sich klein macht, sich selbst entwertet. Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie viel Freiraum lassen, sich anpassen, zurückziehen und sich abschotten.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4, nach 240 Stunden Psychotherapie können folgendermaßen beschrieben werden:

Auf mäßig bis gut integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher aktivem Modus einen Unterwerfungs vs. Kontrollkonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt weiterhin einen bedeutsamen Selbstwertkonflikt. Sein ödipaler Konflikt wurde zum Messzeitpunkt T4 mit 'nicht vorhanden' gewertet. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er anderen Vorwürfe macht, trotzt, sich widersetzt, zurückzieht und abschottet. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihm Vorwürfe machen, jede Schuld von sich weisen und sich verschließen, wenn er Zuneigung zeigt. Andere erleben, dass der Patienten sie/ihn immer wieder klein macht, beschämt, sich besonders vor Angriffen schützt und sich wenig anlehnt. Und andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so dass sie harmonisieren, Aggressionen vermeiden, sich besonders vor seinen Angriffen schützen, sich zurückziehen und abschotten.

Das AAI

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als U/Ds3 (traumatisiert/unsicher-vermeidend) klassifiziert. Die Klassifikation U, unresolved, bedeutet, dass der Patient unverarbeitet-traumatisiert ist. Hinweise dafür zeigen sich in der Schilderung traumatischer Erfahrungen (hier Missbrauchserfahrungen) in sprachlichen Auffälligkeiten, wie dem Zerfall der Sprache, dem Verwechseln von Pronomina und im Sich-Verlieren in nebensächlichen Details. Die Ds3 Kategorie ist eine Unterkategorie innerhalb des unsicher-vermeidenden Bindungsstils, welche die Beschränktheit der Gefühle verdeutlichen soll. Der Patient ist

nur wenig inkohärent in seiner Erzählweise, kann über Bindungserfahrungen berichten, schwingt aber emotional nicht mit. Er will, dass seine Erfahrungen beim Zuhörer als ‘normal’ verstanden werden.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation F4/E2/Ds2. Die F4 Klassifikation bedeutet, dass er nun eine sicher–autonome Bindung mit schwierigen, traumatisierenden Kindheitserfahrungen hat. Er drückt nun Wertschätzung von Bindungsbeziehungen aus und bewertet seine sowohl positiven als auch negativen Erfahrungen als relevant für die eigene Persönlichkeitsentwicklung. Die emotionale und mentale Organisation hat sich verändert, er kann über negative Beziehungserfahrungen ziemlich kohärent berichten und bewertet diese Erfahrungen aus heutiger Sicht neu. Dieser Patient hat seine sichere Repräsentation trotz negativer, traumatischer Kindheitserfahrungen in diesem Therapieverlauf erarbeitet. Als zusätzliche Beschreibung erhält er dennoch auch die Kategorien E2 und Ds2. Die Klassifikation E2 (unsicher–verwickelt) deutet auf einen unsicher–verwickelten, konflikthaft verärgerten Umgang mit Bindungsthemen hin. Das Rating unsicher–vermeidend mit der Zusatzbezeichnung ‘abgewertete Bindung’ (Ds2) behielt der Patient zum Messzeitpunkt T4. Während er am Anfang der Therapie eher beschränkt war, seine Gefühle zu zeigen, wertet er nun Bindungserfahrungen eher ab.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 6 auf 7 verändert. Der Wert 6 steht für den Zwischenbereich zwischen einer durchschnittlichen und einer ausgeprägtem reflexiven Kompetenz.

Zum Messzeitpunkt T4 wird der Patient mit dem Wert 7 charakterisiert. Er hat ein Bewusstsein für innerpsychische Prozesse und Befindlichkeiten und dieses ist durch das ganze Interview klar vorhanden. Der Patient ist bemüht, die dem Verhalten zugrunde liegenden inneren Gedanken und Gefühle herauszufinden. Es ist über mehrere Passagen zu sehen, dass er zu einem integrativen Verständnis gelangt ist bezüglich der inneren Befindlichkeiten der Menschen in seiner Umgebung und seiner eigenen inneren Befindlichkeiten.

4.3.2 PQS Auswertung Patient 1

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items in thematischen Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

Der Therapeut bleibt die ganze Therapie über einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. Er ist durchweg aufgeschlossen für die Äußerungen des Patienten und affektiv involviert, er vermittelt Wertschätzung, seine Äußerungen vermitteln dem Patienten gegenüber bedingungslose Akzeptanz. Der Therapeut nimmt in den Stunden E1, T80, T161

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 6	9	9	8	8	8	8	8	8	9	8
Item 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Item 18	9	8	9	7	9	8	8	7	9	7
Item 28	8	6	6	8	8	6	7	7	8	6
Item 66	6	7	3	2	4	6	2	4	1	2

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 28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.15: P1 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

und T299 das Erleben der therapeutischen Beziehung von Seiten des Patienten charakteristisch akkurat wahr, in den übrigen Stunden ist dies tendenziell der Fall (Item 28). Für die direkte Beruhigung des Patienten zu sorgen, erscheint in den Stunden E1, E2, T163 tendenziell charakteristisch. Das Item 66 wurde in den Stunden T78, T161 und T245 tendenziell, in den Stunden T80, T242, T299 und T300 als uncharakteristisch geratet. Das heißt, dass es der Therapeut unterlässt, die Ängste des Patienten direkt zu verringern, er vermittelt auch nicht die Hoffnung, dass die Dinge wieder besser werden (Tabelle 4.15).

Wie aus der Tabelle 4.16 ersichtlich ist, zeigt der Therapeut in den Stunden E1, T161 charakteristisch, in E2, T163 tendenziell charakteristisch eine zustimmende Haltung ge-

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 45	8	7	2	5	8	7	2	4	3	2
Item 47	5	5	5	5	5	3	6	6	5	4
Item 65	9	9	8	6	6	7	8	6	6	7
Item 99	5	6	8	2	6	2	9	6	8	8
Item 48	4	4	4	8	3	5	5	3	6	5

Item 45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47	Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99	Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.16: P1 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 24	3	3	4	4	5	4	4	4	5	5
Item 62	6	7	6	8	8	6	8	8	4	3
Item 81	7	9	7	8	6	7	9	9	7	7
Item 86	6	7	7	7	8	7	7	6	8	8
Item 100	5	5	5	8	2	5	5	8	4	5

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.17: P1 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

genüber dem Patienten. Zum vierten und fünften Messzeitpunkt nimmt die Supportivität ab. Das Item 45 wurde in den Stunden T78, T242 und T300 als uncharakteristisch und in den Stunden T245 und T299 als tendenziell uncharakteristisch geratet. Für die Stunde T80 war das Item irrelevant.

Das Item 47 ist in den meisten Stunden als irrelevant gewertet worden. In den Stunden T163 und 300 unternimmt der Therapeut tendenziell nichts, wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, in den Stunden T242 und T245 ist er offen für Kompromisse und Entgegenkommen, wenn Unstimmigkeiten auftauchen oder wenn Konflikte in der therapeutischen Beziehung entstehen.

Die Intervention des Klarifizierens (Item 65) scheint in dieser Therapie durchgehend charakteristisch zu sein. Am Anfang der Therapie, in den Stunden E1, E2, T78 und T242, wurde es als charakteristisch geratet, in den übrigen Stunden als tendenziell charakteristisch.

In den Stunden T78, T242, T299 und T300 hinterfragt der Therapeut die Sichtweise des Patienten, in den Stunden E2, T161 und T245 ist dies tendenziell der Fall. In den Stunden T80 und T163 vermittelt der Therapeut das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung, er bestätigt die Perspektive des Patienten.

Der Therapeut führt die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative tendenziell nicht als Themen in die Diskussion ein (Stunden E1, E2, T78, T161 und T245). In der Stunde T80 ermutigt der Therapeut den Patienten, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugung zu handeln (Patient weiß oft nicht, was er will; er weiß, was er nicht will).

Das Item 24, aus der Tabelle 4.17, ist bis auf die Stunden T161, T299 und T300, in denen es nicht relevant ist, tendenziell als uncharakteristisch geratet. Das heißt, dass die Gegen-

übertragung des Therapeuten nicht in unpassender Art in die therapeutische Beziehung einfließt.

Am Ende der Therapie ist es für die Stunden T299 und T300 eher uncharakteristisch, dass der Therapeut wiederholende Muster bezüglich der Erfahrungen oder des Verhaltens des Patienten benennt. Umso bezeichnender und als charakteristisch geratet ist das Item 62 zum zweiten, dritten und vierten Messzeitpunkt, in den Stunden T80, T161, T242 und T245. Für die übrigen Stunden (E1, E2, T78, T163) ist das Benennen wiederholender Muster im Erleben oder Verhalten tendenziell charakteristisch.

In diesem therapeutischen Prozess ist es durchgehend charakteristisch (in den Stunden E2, T80, T242, T245 und in den Stunden E1, T78, T161, T163, T299, T300 tendenziell), dass der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient erzählt, betont und den Patienten dadurch zu einem intensiveren Gefühlserleben ermutigt (Item 81).

Der Therapeut erscheint während des therapeutischen Prozesses durchgehend, in den Stunden E1, E2, T78, T80, T163, T242, T245 tendenziell und in den Stunden T161, T299 und T300 charakteristisch zuversichtlich, er zeigt keine Unsicherheit, keine peinliche Berührtheit und keine Verlegenheit (Item 86).

In den Stunden T80 und T245 verknüpft der Therapeut die Gefühle des Patienten ihm gegenüber mit denen zu anderen wichtigen Bezugspersonen (T245, Zeile 183: 'P: Meinem Vater brauche ich jetzt nichts mehr zu sagen... er versteht das nicht.' 'T: Und jetzt hier so? Hier erleben sie es ja schon auch...'). In der Stunde T161 unternimmt der Therapeut gar keine Versuche, den interpersonellen Aspekt der Therapie mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verknüpfen. In den restlichen Stunden ist das Item 100 irrelevant geratet worden.

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

Die Nähe-Distanz Frage scheint in dieser Therapie nicht relevant zu sein (vergleiche Item 33 mit Item 29). Der Patient macht tendenziell keine Aussagen darüber, dass er jemandem nahe oder mit jemandem vertraut sein möchte (E1, E2, T161, T299 und T300). Nähewunsch taucht nur in der Stunde T78 mit dem Wert 6 auf, in den übrigen Stunden ist dieses Thema irrelevant (siehe Tabelle 4.18).

Der Patient erscheint von Anfang an Vertrauen in die Therapie und seinen Therapeuten zu haben (Item 44). Er drückt in den Stunden E1 und T245 tendenziell und in der Stunde T163 charakteristisch dem Therapeuten gegenüber gemischte Gefühle aus. In den Stunden E2, T78, T80, T161, T242, T299 und T300 gibt es hingegen keine Anzeichen von Ambivalenz des Patienten gegenüber dem Therapeuten (Item 49).

Der Patient versucht in den Stunden E1, T161 und T300 tendenziell die Rückversicherung oder Aufmerksamkeit des Therapeuten zu gewinnen (Item 78). In den Stunden T78, T80, T163, T242, T245 und T299 verhält sich der Patient nicht in dieser Art und Weise. Mit dem

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 33	3	3	6	5	1	5	5	5	3	3
Item 44	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2
Item 49	6	2	3	3	4	8	3	6	3	3
Item 78	6	5	4	4	7	1	3	3	3	6
Item 84	3	9	7	9	7	6	5	9	8	9

Item 33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
Item 44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
Item 49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
Item 78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
Item 84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.18: P1 Patientenitems zum Temperament

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 1	4	3	2	3	3	5	4	4	4	4
Item 8	5	4	3	2	3	3	4	3	6	2
Item 10	6	4	5	5	5	4	4	3	5	5
Item 14	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1
Item 42	2	1	1	1	2	1	1	2	4	1
Item 70	5	6	7	3	6	3	6	8	6	6
Item 95	7	7	7	8	7	7	7	3	6	7
Item 15	1	1	1	1	1	1	1	2	2	3
Item 29	4	6	3	5	3	5	5	5	5	4

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.19: P1 Patientenitems zu den therapeutischen Skills und zur Exploration

Item 84 sind nicht der Groll oder Ärger gegenüber dem Therapeuten gemeint. In diesem therapeutischen Verlauf erscheint es wichtig zu sein, dass der Patient Ärger, Bitterkeit, Hass und Aggression zum Ausdruck bringt. Bis auf die erste Stunde ist dies durchgehend, mal tendenziell, mal sehr charakteristisch der Fall.

Wie aus der Tabelle 4.19 herauszulesen ist, drückt der Patient in den Stunden T78 charakteristisch positive, in all den anderen Stunden tendenziell freundliche oder positive Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (Item 1).

Tendenziell scheint sich der Patient in der Abhängigkeit wohl und zufrieden zu fühlen (Item 8). Die Werte 2 in den Stunden T80 und 300 zeigen, dass der Patient diese Abhängigkeit explizit will und gut heißt. In der T299 wirkt der Patient tendenziell leicht besorgt wegen seiner Abhängigkeit.

Es scheint für diese therapeutische Beziehung irrelevant, ob der Patient wünscht oder versucht, die Beziehung in eine sozialere, persönlichere oder nähere Beziehung umzuwandeln (es wurde vorwiegend der Wert 5 für dieses Item vergeben). Während der Patient im ersten Kontakt tendenziell leicht versucht die therapeutische Beziehung in eine sozialere, persönlichere Beziehung umzuwandeln, scheint er in den Stunden E2, T163, T242 und T245 keine größere Nähe zum Therapeuten anzustreben.

Über den kompletten therapeutischen Prozess hinweg vermittelt der Patient das Gefühl, ausgedrückt im Wert 1 und 2, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht (Item 14). Er fühlt sich verstanden und zeigt sich im Verlauf des Items 42 mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden.

Bis auf die Stunden T80 und T163 versucht der Patient in den Stunden E2, T78, T161, T242, T299 und T300 tendenziell, in der Stunde T245 charakteristisch mit starken Emotionen oder Impulsen zurechtzukommen oder diese zu kontrollieren (Item 70).

Der Patient fühlt sich in der Stunde T245 entmutigt durch den Verlauf, den die Therapie nimmt, er ist frustriert. Der Grund für diesen Unmut ist, dass der Patient für Konflikte in der Arbeit mehr Hilfe von der Therapie erwartet hätte. In den anderen Stunden vermittelt er charakteristisch das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt (Item 95).

Durchgehend während der Therapie ist der Patient bereit, Schweigen zu brechen, indem er entweder spontan Themen liefert oder aber ausführlich und intensiv in Form einer Antwort auf Deutungen des Therapeuten eingeht (Item 15). In der Stunde T300 ist dies tendenziell der Fall.

Der Zusammenhang zwischen Nähe- und Distanzwünschen, wie er in Item 29 (Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will) und in Item 33 (Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen) in diesem Therapieverlauf ausgedrückt wird, wurde bereits bei der Beschreibung des Items 33 ausgeführt.

Die Tabelle 4.20 zeigt, dass der Patient tendenziell nicht darüber nachzudenken scheint (Stunden E2, T78, T80 T242, T299 und T300), welchen Eindruck er auf den Therapeuten

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 53	6	3	3	4	5	2	3	5	3	4
Item 54	8	7	6	5	4	8	6	6	6	7
Item 56	3	3	5	2	6	4	3	3	4	9
Item 97	8	7	7	7	6	6	6	6	2	6

Item 53 Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54 Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56 Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97 Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.20: P1 Patientenitems zur Mentalisierung

macht, er kümmert sich nicht darum, wie er vom Therapeuten beurteilt wird (Item 53). Lediglich in der ersten Stunde E1 scheint er tendenziell leicht damit beschäftigt zu sein, was der Therapeut von ihm denkt, in all den anderen Stunden ist dieses Item irrelevant.

Die Ausdrucksweise des Patienten ist tendenziell (E2, T78, T242, T245, T299 und T300) und charakteristisch (E1, T163) leicht verständlich. Nur in der Stunde T161 ist er tendenziell weitschweifig und vage (Item 54).

Bis auf die letzte Stunde, in der der Patient wenig Gefühle zeigt, affektiv abgeflacht und halbherzig ist (T300), sind Affekte und deren Bedeutung klar (Item 56).

Der Patient ist in der E1 Stunde charakteristisch, in den Stunden E2, T78, T80, T161, T163, T242, T245 und T300 tendenziell introspektiv und bereit Gedanken und Gefühle zu erforschen. In der Stunde T299 scheinen die Äußerungen des Patienten zögerlich, nicht frei und weisen ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis auf.

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 75	5	5	5	5	5	6	5	2	5	4
Item 63	7	7	9	9	9	7	7	7	4	9
Item 64	5	5	7	6	4	5	9	5	5	5
Item 35	8	8	9	9	9	5	9	7	7	6
Item 98	5	3	5	6	2	4	5	9	6	4

Item 75 Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
Item 63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
Item 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
Item 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
Item 98 Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.21: P1 Interaktionsitems

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.21), in dem Trennung oder Unterbrechung der Therapie thematisiert werden, ist bis auf die Stunden T163 (Wert 6), T245 (Wert 2) und T300 (Wert 4) irrelevant. In der T163 Stunde wird Trennung tendenziell angesprochen. In den Stunden T245 und T300 wird, obwohl offensichtlich eine Trennung bzw. das Therapieende ansteht, darüber nicht gesprochen.

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden:

Durch die ganze Therapie hindurch (ausgenommen T299 mit dem Wert 4) sind tendenziell (E1, E2, T163, T243 und T245) oder charakteristisch (T78, T80, T161 und T300) die Hauptthemen des Gesprächs die sozialen oder Arbeitsbeziehungen oder persönliche Verstrickungen des Patienten (Item 63).

Liebes- oder romantische Beziehungen sind in dieser Therapie in den Stunden T78 und T80 tendenziell und in der Stunde T242 charakteristisch besprochen worden. In den anderen Stunden taucht das Thema nicht auf.

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt.

Das Selbstbild des Patienten oder Gefühle, Einstellungen und Wahrnehmungen des eigenen Selbst, ob positive oder negative, sind in dieser Therapie durchgehend als charakteristisch (E1, E2, T78, T80, T161 und T242) bzw. am Ende der Therapie als tendenziell charakteristisch (T245, T299 und T300) geratet worden. Lediglich in der Stunde T163 ist dieses Thema irrelevant.

Es fluktuiert sehr in diesem therapeutischen Prozess, inwieweit sich der Patient in der Therapie unterstützt fühlt. In den Stunden E2, T163 und T300 fühlt sich der Patient tendenziell, in der Stunde T161 sogar charakteristisch entmutigt durch den Verlauf, den die Therapie nimmt, er ist frustriert. In den Stunden T80 und T299 tendenziell, in der Stunde T245 charakteristisch, ausgedrückt mit dem Wert 9, vermittelt der Patient das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt.

4.3.3 Zusammenfassung Patient 1

Die OPD Strukturdiagnose änderte sich während der Therapie bei dem Patienten von einem mäßigen auf ein mäßiges bis gut strukturiertes Niveau. Die Konfliktdiagnose stellte beim ersten Messzeitpunkt einen jeweils sehr bedeutsamen Selbstwert- und Identitätskonflikt fest. Zum T4 Messzeitpunkt änderte sich dieses Bild. Der Identitätskonflikt ist nicht mehr vorhanden und der Selbstwertkonflikt ist nur noch bedeutsam. Der Konflikttyp Unterwerfung vs. Kontrolle, welche zum ersten Messzeitpunkt als bedeutsam diagnostiziert wurde tritt zum vierten Messzeitpunkt in den Vordergrund und wird als sehr bedeutsam und als Hauptkonflikt beurteilt.

Der Patient wurde zum ersten Messzeitpunkt beim AAI als traumatisiert und unsicher-vermeidend (U/Ds3) geratet. Beim vierten Messzeitpunkt erhielt er die Klassifikation F4

sicher–autonomer Bindungsstil mit schwierigen, traumatisierenden Kindheitserfahrungen, unsicher–verwickelter Bindungsstil E2 mit einem konflikthaft verärgerten Umgang mit Bindungsthemen und unsicher–vermeidender Bindungsstil Ds2 mit der Zusatzbezeichnung ‘abgewertete Bindung’. Der Patient scheint für die Verarbeitung seiner negativen Bindungserfahrung noch Zeit zu brauchen. Die Fähigkeit, darüber zu reflektieren, scheint er zu haben, seine Mentalisierungsfähigkeit verbesserte sich zwischen E1 und T4 vom Wert 6 auf 7.

Die PQS-Auswertung zeigte, dass der Therapeut einfühlsam und affektiv involviert, zuversichtlich und selbstsicher ist und den Patienten wertschätzend behandelt. Er nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr, aber sorgt nicht unbedingt für Beruhigung. Zum ersten und dritten Messzeitpunkt verhält sich der Therapeut supportiv, zum zweiten, vierten und fünften Messzeitpunkt zeigt er dem Patienten gegenüber keine zustimmende Haltung. Das Klarifizieren verliert während der Therapie seine Bedeutung. Die Sichtweise des Patienten zu hinterfragen, rückt zum Ende der Therapie mehr in den Vordergrund. Wiederholende Erfahrungen im Verhalten oder Erleben des Patienten zu benennen, ist im zweiten, dritten und vierten Messzeitpunkt relevant, und die Betonung der Gefühle ist in diesem therapeutischen Verlauf durchgehend charakteristisch.

Der Patient begegnet dem Therapeuten mit Vertrauen und Sicherheit, er fühlt sich von ihm verstanden und unterstützt, er nimmt die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten an. Seine Ausdrucksweise ist tendenziell klar und strukturiert, seine Affekte scheinen gut im Einklang mit den berichteten, erforschten Gedanken und Gefühlen zu sein. Ambivalente oder widersprüchliche Gefühle zeigt er dem Therapeuten gegenüber nicht, sucht aber seine Zuneigung und Sympathie auch nicht explizit. Der Patient ist in der Lage, aggressive Gefühl zu zeigen, nicht aber in Bezug auf den Therapeuten. Der Patient scheint wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten nicht besorgt zu sein, eine größere Nähe sucht er aber auch nicht zu seinem Therapeuten.

Vorwiegend wird das Thema zwischenmenschliche Beziehungen und das Selbstbild des Patienten während des therapeutischen Prozesses besprochen.

4.4 Ergebnisse Patient 2

4.4.1 Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte zum Messzeitpunkt E1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf gut bis mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher passivem Modus einen Schuld- und als zweitwichtigsten Konflikt einen ödipalen Konflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er Zuneigung entzieht, sich verschließt und sich zurückzieht. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihn mit Zuneigung bedrängen, bestimmen, kontrollieren und ihn vernachlässigen. Andere erleben, dass der Patient ihnen immer wieder Vorwürfe macht, sich im Kontakt wenig abgrenzt, sich anpasst. Andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich entschuldigen, Vorwürfe vermeiden und sich besonders kümmern.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4, nach 240 Stunden Psychotherapie, können folgendermaßen beschrieben werden:

Auf mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit vorwiegend passivem Modus einen Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt. Sein Schuldkonflikt wurde zum Messzeitpunkt T4 als bedeutsam gewertet, sein ödipaler Konflikt war nicht beurteilbar. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er harmonisiert, Aggressionen vermeidet, sich besonders kümmert, anderen Vorwürfe macht. Andere erlebt der Patient immer wieder so, dass sie ihm keinen Freiraum lassen, sich einmischen, ihn angreifen und übersehen. Andere erleben, dass der Patienten sich immer wieder anpasst, sich wenig anlehnt und im Kontakt sich wenig abgrenzt. Und andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ihn entschuldigen, ihn vernachlässigen und sich selbst verlieren, wenn er Zuneigung zeigt.

Das AAI

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als U/E2 (traumatisiert/ unsicher-verstrickt, ärgerlich-verwickelt) klassifiziert. Die Klassifikation U, unresolved, bedeutet, dass der Patient unverarbeitet-traumatisiert ist. Hinweise dafür zeigen sich in der Schilderung traumatischer Erfahrungen (hier Missbrauchserfahrung) in sprachlichen Auffälligkeiten, wie dem Zerfall der Sprache, dem Verwechseln von Pronomina und im Sich-Verlieren in nebensächlichen Details. Klassifikation E2 (unsicher-verwickelt) deutet auf einen unsicher-verwickelten, konflikthaft verärgerten Umgang mit Bindungsthemen. Das heißt, dass der Patient sich in seiner Kindheitsgeschichte verstrickte und dadurch kein klares Bild seiner

Erfahrungen vermitteln konnte. Irrelevante Details prägten das Berichtete. Über erlebte Erfahrungen konnte der Patient nicht angemessen, nur eher verärgert reflektieren.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation U/Ds1. Die U Klassifikation hat sich im Laufe der Therapie nicht verändert. Seine Missbrauchserfahrung scheint noch nicht ganz verarbeitet zu sein. Die fehlenden Kindheitserinnerungen und das Idealisieren einer Bezugsperson wird mit der Kategorie Ds1 (unsicher-vermeidend) bezeichnet und zeigt die Diskrepanz zwischen dem 'wundervollen' Elternteil und den fehlenden Bildern, die dies untermauern sollen, auf.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 nicht verändert, der Wert ist bei 5a geblieben (5a steht für durchschnittliches Verständnis). Der Wert 5 steht für eine durchschnittliche selbstreflexive Funktion auf der durchschnittlichen Verständnisebene. Der Patient gab überzeugende Hinweise dafür, dass er eine Art inneres Modell vom mentalen Zustand der Bindungsperson, sowie von seinem eigenen mentalen Zustand hat, das relativ kohärent ist, wenn vielleicht auch einfach. Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt T1 die Fähigkeit, aus seinen Erfahrungen einen Sinn zu ziehen anhand von Gedanken und Gefühlen und hat dafür ein konsistentes Modell, das wenig Schlussfolgerungen erfordert. 5a heißt, dass dieses Modell beschränkt ist und nicht mit komplexeren Aspekten zwischenmenschlicher Beziehungen umgehen kann.

4.4.2 PQS Auswertung Patient 2

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items in thematischen Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

Der Therapeut bleibt die ganze Therapie über einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (siehe Tabelle 4.22). Er ist durchweg aufgeschlossen für die Äußerungen des Patienten und affektiv involviert, er vermittelt Wertschätzung, seine Äußerungen vermitteln dem Patienten gegenüber teilweise tendenziell bedingungslose Akzeptanz. Seine Interventionen und Kommentare zeigen (Item 28), dass der Therapeut das Erleben der therapeutischen Beziehung von Seiten des Patienten charakteristisch (E1, T85, T89, T161, T165, T242 und T400) und tendenziell charakteristisch (E3 und T244) akkurat wahrnimmt. In der Stunde T401 nimmt der Therapeut den emotionalen Zustand des Patienten, seine Absichten und das Wesen der Beziehung nicht richtig wahr, er formuliert ein Problem unzutreffend.

Der Therapeut tendiert dazu, in diesem therapeutischen Prozess nicht für Beruhigung zu sorgen. Lediglich in der Stunde E3 versucht er charakteristisch und in der Stunde T165

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 6	9	8	7	9	8	8	8	8	7	8
Item 9	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Item 18	7	8	9	8	7	9	7	8	6	8
Item 28	8	7	9	8	9	8	9	7	8	4
Item 66	3	9	1	2	1	6	2	2	1	1

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 28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.22: P2 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

tendenziell, die Ängste des Patienten direkt zu verringern. In den übrigen Stunden unterlässt es der Therapeut direkt, für Beruhigung zu sorgen, selbst wenn er dazu bedrängt wird. Das zeigen uns die Werte 1 und 2 in der Ratingtabelle Tabelle 4.22.

Wie aus der Tabelle 4.23 ersichtlich ist, zeigt der Therapeut zum ersten Messzeitpunkt in den Stunden E1 und E3 eine zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten (Item 45). Während der ganzen Behandlung zeigt der Therapeut dann keine Supportivität mehr.

Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig wird, scheint der Therapeut in den Stunden E3, T85, T161, T165, T242 und T401 tendenziell Willens und offen für Kompromisse und Entgegenkommen zu sein. Auf der anderen Seite unternimmt er in den Stunden

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 45	6	8	2	2	2	2	2	1	2	3
Item 47	5	6	7	4	7	6	6	3	1	7
Item 65	5	6	8	6	3	6	6	7	5	5
Item 99	4	2	6	8	8	3	7	7	5	5
Item 48	5	6	4	4	3	4	3	6	4	3

Item 45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47	Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99	Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.23: P2 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 24	3	5	3	5	3	4	5	5	4	6
Item 62	3	8	7	7	6	8	8	6	8	8
Item 81	7	3	7	6	8	7	9	9	6	5
Item 86	8	7	7	7	7	8	6	6	6	3
Item 100	5	5	9	7	4	9	8	5	6	6

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.24: P2 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

(T89, T244 und T400) nichts, um die Lage zu verbessern, wenn die Interaktion schwierig wird (Item 47).

Die therapeutische Intervention des Paraphrasierens wendet der Therapeut in der Stunden T85 charakteristisch und in den Stunden E3, T89, T165, T242 und T244 tendenziell charakteristisch an. In den Stunden E1, T400 und T401 ist das Item 65 irrelevant und in der Stunde T161 klarifiziert der Therapeut nicht.

In den Stunden E1, E3 und T165 vermittelt der Therapeut das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung, er bestätigt die Perspektive des Patienten. In den Stunden T89 und T161 charakteristisch und in den Stunden T85, T242 und T244 tendenziell charakteristisch stellt der Therapeut auf irgendeine Weise die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage. Zum letzten Messzeitpunkt (T400 und T401) ist das Item 99 als irrelevant eingestuft worden.

Die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative führt der Therapeut nicht in die Diskussion ein (in den Stunden T85, T89, T161, T165, T242, T400 und T401). In den Stunden E3 und T244 ermutigt der Therapeut den Patienten tendenziell, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugung zu handeln. Zur Zeitpunkt E1 ist das Item 48 irrelevant.

Die Gegenübertragung des Therapeuten fließt tendenziell nicht in unpassender Art und Weise in die Behandlung ein (E1, T85, T161, T165 und T400). In den Stunden T89, T242 und T244 ist das Item 24 irrelevant und in der Stunde T401 scheint der Therapeut leicht tendenziell dem Patienten auf eine ineffektive, unpassende Weise zu begegnen (siehe Tabelle 4.24).

Am Anfang der Therapie ist es für die Stunde E1 nicht bezeichnend, dass der Therapeut wiederholende Muster bezüglich der Erfahrungen oder des Verhaltens des Patienten benennt (Item 62). Im weiteren Verlauf ist es tendenziell (T85, T89, T161 und T244) oder

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 33	8	3	4	5	3	4	4	4	8	5
Item 44	2	2	6	3	2	5	2	2	7	7
Item 49	4	6	6	3	6	7	7	6	7	8
Item 78	5	3	4	5	4	3	2	8	4	4
Item 84	2	3	3	5	7	5	3	7	8	4

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

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

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

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

Item 84 Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.25: P2 Patientenitems zum Temperament

gar charakteristisch (E3, T165, T242, T400 und T401) für die Behandlung, dass der Therapeut sich wiederholende Muster betont.

Bis auf die Stunden E3 und T401, betont der Therapeut tendenziell (E1, T85, T89, T165 und T400) oder charakteristisch (T161, T242 und T244) den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient erzählt, um ihn zum Erleben von Affekten zu ermutigen (Item 81).

Der Therapeut erscheint in den Stunden E3, T89, T89, T161, T242, T244 und T400 überwiegend und in den Stunden E1 und T165 charakteristisch zuversichtlich, sicher und nicht defensiv. In der letzten aufgezeichneten Stunde T401 wirkt er tendenziell unsicher, peinlich berührt und verlegen (Item 86).

Eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen, erscheint in den Stunden T85, T165 und T242 charakteristisch, in den Stunden T89, T400 und T401 tendenziell charakteristisch zu sein. In den anderen Stunden ist das Item 100 nicht relevant.

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

Der Patient spricht (siehe Tabelle 4.25) in den Stunden E1 und T400 von dem Wunsch, jemandem nahe oder mit jemandem vertraut zu sein (den Therapeuten ausgenommen). In den anderen Stunden macht er tendenziell keine Aussagen darüber (Item 33).

Der Patient scheint in den Stunden T85, T400 und T401 dem Therapeuten gegenüber tendenziell wachsam und misstrauisch (Item 44). In den anderen Stunden erscheint der Patient vertrauensvoll und arglos.

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 1	4	3	5	3	6	4	6	4	6	6
Item 8	4	4	6	1	2	3	7	2	8	6
Item 10	6	5	6	6	3	4	4	7	6	5
Item 14	1	1	3	1	2	1	8	2	6	2
Item 42	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1
Item 70	6	5	8	4	9	7	6	4	6	7
Item 95	8	7	2	8	7	7	1	9	3	5
Item 15	1	2	1	1	6	2	3	1	2	6
Item 29	7	4	5	4	7	4	4	5	7	5

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.26: P2 Patientenitems zu den therapeutischen Skills und zur Exploration

Dem Therapeuten gegenüber drückt der Patient bis auf die Stunden E1 und T89 gemischte, ambivalente und widersprüchliche Gefühle aus. In den Stunden E3, T85, T161, T165, T242, T244 und T400 ist das tendenziell und in der Stunde T401 sogar charakteristisch der Fall.

Das Item 78 scheint in den Stunden E1 und T89 irrelevant zu sein. In der Stunde T244 verhält sich der Patient auf eine Art, mit der er die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten sucht. In den übrigen Stunden sucht er nicht explizit in dieser Art die Aufmerksamkeit des Therapeuten.

Mit dem Item 84 sind nicht der Groll oder Ärger gegenüber dem Therapeuten gemeint, sondern gegenüber allen anderen. Diese Art von Themen bringt der Patient tendenziell in die Stunden T161 und T244, charakteristisch in die Stunde T400 ein. Für die Stunden T89 und T165 ist dies irrelevant. In den übrigen Stunden werden Gefühle dieser Art gar nicht zum Ausdruck gebracht.

Wie aus der Tabelle 4.26 herauszulesen ist, drückt der Patient leicht tendenziell positive oder freudige Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (E1, E3, T89, T165 und T244), mal verbalisiert er tendenziell Kritik, Ärger oder Gegnerschaft zum Therapeuten (T161, T242, T400 und T401). In der Stunde T85 ist eine Äußerung dieser Art irrelevant (Item 1).

Es ist sehr unterschiedlich, wie es dem Patienten mit der Abhängigkeit zum Therapeuten geht (Item 8). In den Stunden E1, E3, T89, T161, T165, T244 scheint sich der Patient in der Abhängigkeit wohl und zufrieden zu fühlen, in den Stunden T85, T242 und T400 wirkt er besorgt und unangenehm berührt von seiner Abhängigkeit.

Der Patient wünscht sich tendenziell die therapeutische Beziehung in eine sozialere, persönlichere Beziehung umzuwandeln (E1, T85, T89, T244 und T400). In den Stunden E3 und T401 ist das Item 10 irrelevant. Und in den Stunden zum dritten und vierten Messzeitpunkt (T161, T165 und T242) scheint der Patient keine größere Nähe zum Therapeuten anzustreben.

Der Patient fühlt sich vom Therapeuten in der Stunde T242 charakteristisch und in der Stunde T400 tendenziell nicht verstanden. In den übrigen Stunden wird durch die Werte 1 und 2 zum Ausdruck gebracht, dass der Patient das Gefühl vermittelt, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht (Item 14). Er fühlt sich verstanden und zeigt sich, im Verlauf des Items 42, mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden.

In den Stunden E1, T165, T242, T400 und T401 tendenziell und in den Stunden T85 und T161 charakteristisch versucht der Patient mit starken Emotionen oder Impulsen zurechtzukommen oder diese zu kontrollieren (Item 70). In den Stunden T89 und T244 unternimmt er scheinbar keine Anstrengungen, Gefühle zu kontrollieren, oder er hat nur geringe oder gar keine Schwierigkeiten, die Kontrolle über diese wiederherzustellen.

Bis auf die Stunden T85, T242 und T400 vermittelt der Patient das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt (Item 95).

Durchgehend während der Therapie ist der Patient bereit, Schweigen zu brechen, indem er entweder spontan Themen liefert oder aber ausführlich und intensiv in Form einer Antwort auf Deutungen des Therapeuten eingeht (Item 15). Nur in den Stunden T161 und T401 ist das nicht der Fall, hier initiiert der Patient tendenziell keine Themen und bringt keine Probleme zur Sprache.

Der Distanzwunsch des Patienten variiert stark im Therapieverlauf. Zu den Messzeitpunkten E1, T161 T244 möchte er tendenziell mehr Distanz oder das Gefühl von Unabhängigkeit von jemandem (außer dem Therapeuten), zu den Messzeitpunkten T89, T165 und 242 möchte er keine Trennung, Unabhängigkeit oder Loslösung. In den übrigen Stunden ist dieses Item 29 irrelevant.

Die Tabelle 4.27 zeigt, dass der Patient bis auf die Stunde T244 nicht darüber nachzudenken scheint, was der Therapeut von ihm denkt, welche Eindrücke er auf den Therapeuten macht (Item 53).

Die Ausdrucksweise des Patienten, beschrieben durch das Item 53, ist nicht konstant. In den Stunden E1, T161, T165 und T400 ist sie weitschweifig und vage, in den Stunden E3, T85, T89 und T401 tendenziell relativ klar und verständlich, und in den Stunden T242 und T244 wurde das Item 'Sprachliche Klarheit' als irrelevant geratet.

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 53	4	3	5	4	4	4	4	8	3	3
Item 54	3	8	7	7	1	3	5	5	2	6
Item 56	3	3	3	3	6	4	3	3	3	3
Item 97	8	8	6	8	5	4	7	6	6	7

Item 53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.27: P2 Patientenitems zur Mentalisierung

Wie Item 56 zeigt, sind Affekte und deren Bedeutung offensichtlich klar, und zwar durch die gesamte Therapie hindurch. Lediglich in der Stunde T161 ist der Patient tendenziell affektiv eher flach und unpersönlich.

Außer in der Stunde T165 erscheint der Patient ungeschützt offen und relativ frei von Blockaden zu sein. In diesem Zustand bahnt sich der Patient seinen Weg durch Unschlüssigkeiten oder wunde Punkte, indem er Gedanken und Gefühle erforscht und prüft. In den Stunden E1, E3 und T89 ist dieser Effekt charakteristisch, in den Stunden T85, T242, T244, T400 und T401 tendenziell der Fall. Für die Stunde T161 ist das Item 97 irrelevant.

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.28), welches Trennung oder Unterbrechungen der Therapie thematisiert, ist in den Stunden T242, T400 und T401 tendenziell wichtig. Obwohl hier offensichtlich dieses Thema angesprochen wird, wird es nicht ausreichend besprochen. Für die übrigen Stunden ist die Unterbrechung irrelevant.

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden: Erst zum letzten Teil der Therapie wird das Thema der zwischen-

	E1	E3	T85	T89	T161	T165	T242	T244	T400	T401
Item 75	5	5	5	4	5	5	7	5	7	6
Item 63	4	6	5	5	6	6	3	8	8	7
Item 64	6	5	4	5	5	5	5	5	5	4
Item 35	6	6	5	7	4	5	5	8	9	8
Item 98	5	5	9	9	8	9	7	9	6	6

Item 75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
Item 63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
Item 64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
Item 35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
Item 98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.28: P2 Interaktionsitems

menschlichen Beziehungen relevant. In den Stunden E1 und T242 wird nicht über das Thema gesprochen, in den Stunden T85 und T89 ist das Thema irrelevant. Tendenziell sind die Hauptthemen des Gesprächs die sozialen, Arbeits- oder persönlichen Beziehungen und Verstrickungen des Patienten (Item 63) in den Stunden E3, T161, T165 und T401 und charakteristisch in den Stunden T244 und T400.

Liebes- oder romantische Beziehungen werden in dieser Therapie nicht besprochen, das Item 64 ist fast durchgehend mit dem Wert 5 gewertet worden, was auf die Abwesenheit dieser Themen schließen lässt.

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt. Tendenziell beschäftigt sich der Patient zwar immer wieder mit dem Thema Selbstbild (E1, E3, T89), aber intensiv erst in vorangeschrittenen Stunden (T244, T400 und T401). In den übrigen Stunden ist das Selbstbild kein Thema.

Die therapeutische Beziehung ist in den Stunden T85, T89, T161, T165 und T244 charakteristisch ein Hauptthema, in den Stunden T242, T400 und T401 tendenziell ein Thema. In den Stunden E1 und E3 wird das Selbstbild nicht angesprochen, es ist dort irrelevant.

4.4.3 Zusammenfassung Patient 2

Die OPD-Strukturdiagnose des Patienten änderte sich von einem gut bis mäßig integrierten Strukturniveau auf ein mäßig integriertes Strukturniveau. Der anfänglich sehr bedeutsame Schuldkonflikt wurde zum T4 nur noch als bedeutsam geratet, der Ödipuskonflikt konnte zum T4 nicht beurteilt werden. In den Vordergrund traten und als sehr bedeutsam geratet wurden zum Messzeitpunkt T4 der Individuation- vs. Abhängigkeitskonflikt und der Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt, welche zum Zeitpunkt E1 als bedeutsam eingestuft wurden.

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als U/E2 (traumatisiert/unsicher-verstrickt, ärgerlich verwickelt) klassifiziert, zum Messzeitpunkt T4 bekam er die Klassifikation U/Ds1 (traumatisiert/unsicher-vermeidend). Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt E1 zum T4 nicht verändert, der Wert ist bei 5a geblieben (5a steht für durchschnittliches Verständnis).

Die PQS-Auswertung zeigt uns einen durchweg einfühlsamen, affektiv involvierten, den Patienten wertschätzenden, tendenziell zuversichtlichen und selbstsicheren Therapeuten, der nicht für Beruhigung sorgt. Seine Haltung ist nicht zustimmend, er zeigt Supportivität lediglich zum Messzeitpunkt E1. Das Gesagte für den Patienten neu zu ordnen und zu klarifizieren und die Sichtweise des Patienten zu hinterfragen, ist in den meisten Stunden irrelevant oder nur tendenziell charakteristisch. Sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen benennt der Therapeut charakteristisch und betont auch die Gefühle, um dem Patienten zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Der Patient begegnete dem Therapeuten zum E1 Messzeitpunkt vertrauensvoll und sicher, zum T5 Messzeitpunkt ist der Patient tendenziell misstrauisch und wachsam. Auch widersprüchliche und ambivalente Gefühle erlebt der Patient dem Therapeuten gegenüber tendenziell und versucht diese immer wieder tendenziell zum Ausdruck zu bringen. Er sucht auch nicht nach Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten, es scheint ihm nicht wichtig zu sein, was der Therapeut von ihm denkt. Der Patient fühlt sich vom Therapeuten überwiegend verstanden, jedoch nicht immer von ihm unterstützt. Er nimmt die Beobachtungen und Bemerkungen des Therapeuten an. Gefühle versucht der Patient am Anfang der Therapie charakteristisch, später nur noch tendenziell unter Kontrolle zu halten, affektiv ist er durchweg involviert. Er ist am Anfang der Therapie charakteristisch, zum Ende zu nur noch tendenziell bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Themen, die das Zwischenmenschliche und das Selbstbild betreffen, werden zu den Zeitpunkten T4 und T5 charakteristisch, Liebes- oder romantische Beziehungen werden während der Therapie nicht besprochen. Die therapeutische Beziehung ist zu den Messzeitpunkten T2, T3 und T4 charakteristisch ein Fokus des Gesprächs, auch noch bei T5 ist dies tendenziell der Fall.

4.5 Ergebnisse Patient 3

4.5.1 Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte am Messzeitpunkt T1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf gering bis mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher passivem Modus einen Unterwerfungs- vs. Kontrollekonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen Selbstwertkonflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er sich anpasst und klein macht und andere ihn klein machen und entwerten. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie ihm wenig Freiraum lassen, ihn bestimmen, kontrollieren, klein machen und entwerten. Andere erleben, dass der Patient sie verliert, wenn sie Zuneigung zeigen, dass er sich klein macht und sich anlehnen oder anklammern möchte. Und andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich zurückziehen, bestimmen und kontrollieren.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4, nach 240 Stunden Psychotherapie, kann folgendermaßen beschrieben werden:

Auf mäßig bis gering integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt einen Unterwerfungs- vs. Kontrolle- und als zweitwichtigsten Konflikt einen Selbstwertkonflikt, genauso wie am Anfang der Therapie. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er anderen viel Freiraum lässt und für sich selbst auch viel Freiraum beansprucht, sich zurückzieht. Andere erlebt der Patient immer wieder so, dass sie ihn klein machen, entwerten, ihn angreifen und sich zurücknehmen. Andere erleben, dass der Patienten immer wieder harmonisiert, Aggression vermeidet, dass er sich besonders vor Angriffen schützt, Vorwürfe macht und beschuldigt. Und andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie ihm ihre Zuneigung entziehen, ihn übersehen und sich besonders vor seinen Angriffen schützen müssen.

Das AAI

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als E1/F4 (unsicher-verwickelt, passiv/sicher-autonom) klassifiziert. Die Klassifikation E, enmeshed/preoccupied heißt, dass der Patient sich in seine Kindheitsgeschichte verstrickte und dadurch kein klares Bild seiner Erfahrungen vermitteln konnte. Über erlebte Erfahrungen konnte der Patient nicht angemessen reflektieren, er wirkt passiv-aggressiv. Die F4-Klassifikation bedeutet, dass der Patient eine sicher-autonome Bindung mit schwierigen Kindheitserfahrungen hatte. Er drückt Wertschätzung von Bindungsbeziehungen aus und bewertet seine, sowohl positiven als auch negativen Erfahrungen als relevant für die eigene Persönlichkeitsentwicklung.

Er kann über negative Beziehungserfahrungen ziemlich kohärent berichten und bewertet diese Erfahrungen aus heutiger Sicht neu.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation Ds3. Die Ds3 Kategorie ist eine Unterkategorie innerhalb des unsicher-vermeidenden Bindungsstils, welche die Beschränktheit der Gefühle verdeutlichen soll. Der Patient ist nur wenig inkohärent in seiner Erzählweise, kann über Bindungserfahrungen berichten, schwingt aber emotional nicht mit. Er will, dass seine Erfahrungen beim Zuhörer als 'normal' verstanden werden.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 5a auf 4 verändert (5a steht für durchschnittliches Verständnis, 4 für eine niedrige selbstreflexive Funktion). Der Wert 5 steht für eine durchschnittliche selbstreflexive Funktion auf der durchschnittlichen Verständnisebene. Der Patient gab überzeugende Hinweise dafür, dass er eine Art inneres Modell vom mentalen Zustand der Bindungsperson sowie von seinem eigenen mentalen Zustand hat, das relativ kohärent ist, wenn vielleicht auch einfach. Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt T1 die Fähigkeit, aus seinen Erfahrungen einen Sinn zu ziehen anhand von Gedanken und Gefühlen und hat dafür ein konsistentes Modell, das wenig Schlussfolgerungen erfordert. 5a heißt, dass dieses Modell beschränkt ist und es nicht mit komplexeren Aspekten zwischenmenschlicher Beziehungen umgehen kann.

Der Patient zeigte zum Messzeitpunkt T4 weniger Bewusstsein für die Verbindung zwischen Kognition und Affekt, das innere Modell über mentale Zustände musste teilweise vom Auswerter erschlossen werden.

4.5.2 PQS Auswertung Patient 3

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items in thematische Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

Der Therapeut ist in den Stunden E2, T162, T163, T240, T244 und T300 charakteristisch und in den Stunden T83 und T84 tendenziell einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. Er kann sein Verständnis in der Zuwendung zum Patienten zum Ausdruck bringen (Item 6). In zwei Stunden, in der Stunde E1 und T298, scheint er kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben (siehe Tabelle 4.29).

In den Stunden E1 und T298 wirkt der Therapeut dem Patienten gegenüber kühl, formell und unberührt (Item 9). In den anderen Stunden ist er durchweg aufgeschlossen und affektiv involviert. Bis auf die Stunde T298 vermittelt der Therapeut dem Patienten gegenüber

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 6	2	8	7	7	8	8	9	8	3	8
Item 9	7	1	2	2	1	2	2	1	8	1
Item 18	6	8	7	6	9	9	9	7	3	8
Item 28	2	7	8	7	7	7	7	8	3	6
Item 66	1	3	2	6	3	6	1	1	2	6

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 28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.29: P3 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

tendenziell (E1, T83, T84 und T 244) oder charakteristisch (E2, T162, T163 und T300) Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz (Item 18).

In den Stunden T83 und T244 charakteristisch und in den Stunden E2, T84, T162, T163, T240 und T300 tendenziell nimmt der Therapeut den therapeutischen Prozess richtig wahr. In den Stunden E1 und T298 nimmt er den emotionalen Zustand des Patienten, seine Absichten und das Wesen der Beziehung nicht richtig wahr oder formuliert die Probleme unzutreffend.

Der Therapeut unterlässt es, direkt für Beruhigung zu sorgen (E1, E2, T83, T162, T240, T244 und T298). In den Stunden T84, T163 und T300 versucht er tendenziell die Ängste des Patienten direkt zu verringern, er beruhigt den Patienten (Item 66).

Wie aus der Tabelle 4.30 ersichtlich ist, nimmt der Therapeut in den Stunden E2, T84 und T163 tendenziell eine supportive Haltung gegenüber dem Patienten ein. In den Stunden E1, T83 und T298 ist das Item 53 nicht relevant. Keine Supportivität fand in den Stunden T162, T240, T244 und T300 statt.

Der Therapeut scheint in den Stunden E2, T83, T84, T162, T240, T244 und T300 tendenziell bereit und offen für Kompromisse, er ist bemüht die Beziehung zu verbessern. Für die Stunde T163 ist das Item 47 nicht relevant und in den Stunden E1 und T298 unternimmt der Therapeut nichts, um die Lage zu verbessern, wenn die Interaktion schwierig wird.

Charakteristisch klarifiziert der Therapeut nur in der Stunde T240 neu, tendenziell auch in den Stunden E2, T84, T162 und T298. Für die Stunden T163 und T300 ist das Item 65 irrelevant. Neuformulierungen, das Gesagte in eine erkennbare Form bringen kommen in den Stunden E1, T83 und T244 nicht vor.

Der Therapeut vermittelt das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung und bestätigt die Perspektive des Patienten tendenziell in den Stunden E2, T83 und T298. Das Item 99 ist für die Stunden E1 und T244 irrelevant. Das Item 99 bezieht sich nicht auf Deutungen oder

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 45	5	6	5	6	3	6	3	2	5	4
Item 47	2	7	6	6	6	5	7	6	2	6
Item 65	3	6	3	6	6	5	8	4	6	5
Item 99	5	3	4	7	7	6	6	5	4	7
Item 48	5	4	4	4	8	4	5	4	3	4

Item 45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47	Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99	Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.30: P3 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

Neubewertungen, sondern meint das Infragestellen von Sichtweisen auf irgendeine Weise. In den Stunden T84, T162, T163, T240 und T300 stellt er auf irgendeine Weise die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage.

Tendenziell führt der Therapeut in den Stunden E2, T83, T84, T163, T244, T298 und T300 die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht als Themen in die Diskussion ein. Das Item 48 ist für die Stunden E1 und T240 irrelevant. Und in der Stunde T162 ermutigt der Therapeut den Patienten charakteristisch, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugung zu handeln.

Das Item 24, aus der Tabelle 4.31, ist bis auf die Stunde T298 durchgehend nicht bezeichnend für diesen Therapieverlauf, da es eine neutrale Ausprägung mit einem eher uncharakteristischen Hauch hat. Der Therapeut scheint dem Patienten weder auf eine ineffektive oder unpassende Weise zu begegnen, noch, so zeigen uns die Werte 4 und 3, fließt die Gegenübertragung des Therapeuten in einer unpassenden Art in die therapeutische Beziehung ein. In der Stunde T298 wurde mit dem Wert 6 die Tendenz angedeutet, dass die emotionalen Konflikte des Therapeuten die therapeutische Beziehung stören. In dieser Stunde geht es vorwiegend um einen homosexuellen Traum des Patienten. (Es scheint so, nicht nur beim Item 24, sondern bei anderen vorher beschriebenen Items (u.a. 6, 9, 18, 28, 99), dass der Therapeut diesem Traum nicht adäquat begegnen kann.)

Der Therapeut betont tendenziell in den Stunden T84, T162, T240, T298 und T300 sich wiederholende Muster in Erfahrungen oder Verhalten des Patienten. In den Stunden E1, E2, T83, T163 und T244 betont er solche Muster nicht (Item 62).

In den Stunden T84, T162, T163 tendenziell und in der Stunde T244 charakteristisch betont der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient erzählt. Für die

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 24	4	3	2	3	3	5	3	5	6	4
Item 62	3	3	4	6	6	4	6	4	6	6
Item 81	3	5	3	6	6	6	4	9	3	5
Item 86	6	8	6	6	8	7	9	6	4	6
Item 100	5	5	8	6	4	5	5	5	4	5

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.31: P3 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

Stunden E1, T83, T240 und T298 ist das Item 81 tendenziell uncharakteristisch und für die Stunden E2 und T300 irrelevant.

Der Therapeut erscheint in den Stunden E1, T83, T84, T163, T244 und T300 tendenziell und in den Stunden E2 und T240 charakteristisch zuversichtlich, sicher und nicht defensiv. Nur in der Stunde T298 merkt man ihm tendenziell eine leichte Unsicherheit an, eine peinliche Berührtheit, Verlegenheit.

Eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen, ist in den Stunden E1, E2, T163, T240 T244 und T300 irrelevant (Item 100). Charakteristisch wurde das Item für die Stunde T83 und tendenziell charakteristisch für die Stunde T84 geratet. In den Stunden T162 und T298 unternimmt der Therapeut keine Versuche, den interpersonellen Aspekt der Therapie mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verknüpfen.

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

Der Patient zeigt (siehe Tabelle 4.32) in den Stunden E1 und T298 tendenziell und in den Stunden T83, T84, T162, T163, T244 und T300 charakteristisch den Wunsch, jemandem nahe oder mit jemandem (den Therapeuten ausgenommen) vertraut zu sein (Item 33). Für die Stunde E2 ist das Item 33 irrelevant und in den Stunden T240 und T298 macht er keine Aussage darüber, dass er jemandem nahe sein möchte.

Am Anfang der Therapie, in den Stunden E1 tendenziell und in E2 charakteristisch, scheint der Patient dem Therapeuten gegenüber misstrauisch oder argwöhnisch zu sein. In der Stunde T83 ist das Item 44 nicht relevant und in den übrigen Stunden erscheint der Patient vertrauensvoll und arglos.

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 33	6	5	8	8	8	9	3	9	6	9
Item 44	7	8	5	2	1	1	2	3	1	2
Item 49	8	6	9	3	4	4	6	9	7	5
Item 78	4	6	5	8	3	4	5	7	4	6
Item 84	5	5	6	4	3	3	6	8	5	3

Item 33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
Item 44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
Item 49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
Item 78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
Item 84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.32: P3 Patientenitems zum Temperament

Ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber zu erleben, fluktuiert in diesem therapeutischen Prozess. In den Stunden E1, T83 und T244 charakteristisch, in den Stunden E2, T240 und T298 tendenziell, drückt der Patient dem Therapeuten gegenüber gemischte Gefühle aus. Es gibt in den Stunden T84, T162, T163 tendenziell keine Anzeichen von Ambivalenz des Patienten gegenüber dem Therapeuten und in der Stunde T300 ist das Item 49 irrelevant.

In den Stunden E2, T84, T244 und T300 verhält sich der Patient auf eine Art, die den Therapeuten ihm gleich machen soll oder dessen Aufmerksamkeit oder Rückversicherung zu gewinnen sucht. In dieser Art verhält er sich nicht in den Stunden E1, T162, T163 und T298. Das Item 78 ist für die Stunden T83 und T240 als irrelevant eingestuft worden.

Das Item 84 ist für die Stunden E1, E2, und T298 irrelevant. Tendenzuell bringt der Patient Groll, Ärger (nicht gemeint sind solche Gefühle dem Therapeuten gegenüber) zum Ausdruck (in den Stunden T83 und T240). In der Stunde T244 macht er das sogar charakteristisch. Uncharakteristisch wurde das Item in den Stunden T84, T161, T163 und T300 geratet, hier spricht er Gefühle dieser Art nicht an.

Der Patient äußert schon zum ersten Messzeitpunkt E1 und dann in der Stunde T244 charakteristisch Gefühle wie Kritik, Neid oder Feindseligkeit dem Therapeuten gegenüber. Tendenzuell ist dies in den Stunden E2 und T83 der Fall. Dann ändert sich das und der Patient drückt tendenziell positive, freudige Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (Item 1).

In den Stunden E1 und T84 wirkt der Patient tendenziell bzw. charakteristisch besorgt hinsichtlich seiner Abhängigkeit. In den Stunden E2 und T83 ist das Item 8 mit dem Wert 5 als irrelevant geratet worden. Dann ab der Stunde T163 scheint sich der Patient in der Abhängigkeit wohl zu fühlen.

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 1	8	6	6	3	4	3	4	8	4	4
Item 8	6	5	5	9	2	3	3	3	1	3
Item 10	6	5	5	7	5	6	5	7	7	3
Item 14	1	2	4	1	1	1	1	1	2	1
Item 42	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2
Item 70	4	6	6	3	6	3	5	4	7	3
Item 95	2	5	1	7	7	7	6	8	7	7
Item 15	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1
Item 29	6	4	3	6	2	7	8	4	4	4

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.33: P3 Patientenitems zu den therapeutischen Skills und zur Exploration

Tendenziell wünscht sich der Patient, die therapeutische Beziehung in eine sozialere, persönlichere Beziehung umzuwandeln (E1, T84, T163, T244 und T298). Irrelevant ist Item 10 für die Stunden E2, T83, T162 und T240. In der letzten Stunde scheint der Patient keine solchen Bestrebungen zu haben, wie aus der Tabelle 4.33 hervorgeht.

Wie Item 14 zeigt, vermittelt der Patient durch die gesamte Therapie hindurch, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht. Und er zeigt sich durchweg im Großen und Ganzen mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden (Item 42).

Der Patient versucht in den Stunden E2, T83, T162 und T298 tendenziell mit starken Gefühlen klar zu kommen, sie zu kontrollieren. In der Stunde T240 ist das Item 70 irrelevant. In den Stunden E1, T83, T163, T244 und T300 unternimmt der Patient scheinbar keine Anstrengungen, Gefühle zu kontrollieren oder zurückzuhalten.

Am Anfang, in den Stunden E1 und T83, fühlt sich der Patient entmutigt und frustriert. In der Stunde E2 ist das Item 95 dann irrelevant. Ab der Stunde T84, T162, T163, T240, T298 und T300 tendenziell, in der Stunde T244 charakteristisch vermittelt der Patient das Gefühl, dass er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt.

Durchgehend während der Therapie ist der Patient bereit, Schweigen zu brechen, indem er entweder spontan Themen liefert oder aber ausführlich und intensiv in Form einer Antwort

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 53	3	6	6	9	4	3	5	2	5	3
Item 54	6	6	4	6	7	7	7	7	2	7
Item 56	5	4	4	3	3	6	4	4	8	5
Item 97	7	7	7	9	7	8	6	7	6	9

Item 53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.34: P3 Patientenitems zur Mentalisierung

auf Deutungen des Therapeuten eingeht (Item 15).

Distanzwünsche (Item 29) hat der Patient charakteristisch in der Stunde T240 und tendenziell in den Stunden E1, T84 und T163. In den Stunden E2, T83, T162, T244, T298 und T300 möchte der Patient tendenziell Trennung, Unabhängigkeit oder Loslösung.

Die Tabelle 4.34 zeigt, dass der Patient in den Stunden E1, T162, T163, T244 und T300 tendenziell nicht darüber nachzudenken scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht. Er kümmert sich nicht darum, wie er vom Therapeuten beurteilt wird. Item 53 ist in den Stunden T240 und T298 irrelevant. Was der Therapeut von ihm denkt, beschäftigt den Patienten in den Stunden E2 und T83 tendenziell und in der Stunde T84 charakteristisch.

Die Ausdrucksweise des Patienten ist überwiegend leicht verständlich, relativ klar und flüssig (E1, E2, T84, T162, T163, T240, T244 und T300). In den Stunden T83 und T298 ist seine Ausdrucksweise weitschweifig, häufig abschweifend und vage (Item 54).

Bis auf die Stunden T163 und T298, in denen die Gefühle des Patienten eher flach, unpersönlich oder gleichgültig erscheinen, und in den Stunden E1 und T300, in denen dem Item 56 keine besondere Bedeutung beigemessen wurde, sind die Affekte und deren Bedeutung offensichtlich klar (E2, T83, T84, T162, T240 und T244).

Tendenziell in den Stunden E1, E2, T83, T162, T240, T244 und T298 und charakteristisch in den Stunden T84, T163 und T300 scheint der Patient ungeschützt, offen und relativ frei von Blockaden zu sein. In diesem Zustand bahnt sich der Patient seinen Weg durch Unschlüssigkeiten oder wunde Punkte, indem er Gedanken und Gefühle erforscht und prüft (Item 97).

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.35), in dem die Trennung oder Unterbrechungen der Therapie thematisiert werden, sind in diesem therapeutischen Prozess weitgehend irrelevant. Trennung oder Unterbrechung werden in den gerateten Stunden nicht thematisiert.

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden:

	E1	E2	T83	T84	T162	T163	T240	T244	T298	T300
Item 75	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
Item 63	9	9	7	6	7	8	7	5	6	6
Item 64	9	6	6	5	9	9	4	6	7	9
Item 35	7	9	9	8	8	7	9	6	6	8
Item 98	6	5	8	7	5	5	5	8	6	5

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

Item 63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.

Item 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.

Item 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.

Item 98 Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.35: P3 Interaktionsitems

Zwischenmenschliche Beziehungen sind in den Stunden T83, T84, T162, T240, T298 und T300 tendenziell und in den Stunden E1, E2 und T163 charakteristisch ein Hauptthema des Gesprächs. In der Stunde T244 ist das Thema irrelevant.

Auch mit Liebes- oder romantischen Beziehungen setzt sich der Patient beinahe in jeder Stunde auseinander, außer T84 und T240. Er spricht in den Stunden E2, T83, T244 und T298 tendenziell und in den Stunden E1, T162, T163 und T300 charakteristisch über Gefühle für einen Partner.

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt.

Das Selbstbild ist in jeder Stunde ein Fokus des Gesprächs (Item 35). In den Stunden E1, T163, T240 und T298 tendenziell und in den Stunden E2, T83, T84, T162, T240 und T300 charakteristisch.

Die therapeutische Beziehung wird charakteristisch in den Stunden T83 und T244 und tendenziell in den Stunden E1, T84 und T298 besprochen. In den übrigen Stunden ist das Kommentieren der therapeutischen Beziehung irrelevant.

4.5.3 Zusammenfassung Patient 3

Die OPD-Strukturdiagnose änderte sich von einem gering bis mäßig integrierten Strukturniveau auf ein mäßig bis gering integriertes Strukturniveau. Der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt und der Selbstwertkonflikt vom ersten Messzeitpunkt haben sich von sehr bedeutsam auf bedeutsam gemildert.

Beim AAI erhielt der Patient zum ersten Messzeitpunkt die Klassifikation E1/F4 (unsicher-verwickelt, passiv/sicher-autonom), zum T4 Messzeitpunkt die Ds3-Kategorie. Diese unsicher-vermeidende Klassifikation verdeutlicht die Beschränktheit der Gefühle beim

Patienten zum vierten Messzeitpunkt. Die Reflexivität des Patienten hat sich von Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 5a auf 4 verändert (5a steht für durchschnittliches Verständnis, 4 für eine niedrige selbstreflexive Funktion).

Die Auswertung der PQS zeigt, dass der Therapeut in den Stunden E1 und T298 kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten hat, er wirkt auch distanziert und unbeteiligt, kann in diesen Stunden laut Rating den therapeutischen Prozess nicht richtig wahrnehmen. In den übrigen Stunden ist er einfühlsam und affektiv involviert, hat gegenüber dem Patienten eine wertschätzende Haltung, seine Zuversicht und Selbstsicherheit ist eher tendenziell als charakteristisch und sorgt nicht für unmittelbare Beruhigung. Supportivität und das Klarifizieren des Gesagten scheint für diese Therapie eher uncharakteristisch zu sein, bei Beziehungsschwierigkeiten zwischen Therapeut und Patient, wie in den Stunden E1 und T298, unternimmt der Therapeut nichts um diese zu verbessern. Der Therapeut benennt sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholende Themen eher nicht. Auch scheint es für diese Therapie eher nicht relevant zu sein, die Gefühle des Patienten zu betonen.

Der Patient begegnet dem Therapeuten mit einer gewissen Wachsamkeit und mit Misstrauen, zumindest zum ersten Messzeitpunkt, später wirkt er vertrauensvoll und sicher. Er erlebt dem Therapeuten gegenüber durchaus ambivalente und widersprüchliche Gefühle, die er auch äußert. Die Zustimmung und Zuneigung des Therapeuten scheint er nicht explizit zu suchen, strebt aber tendenziell eine größere Nähe zu ihm an. In der Abhängigkeit zum Therapeuten scheint er sich zum Ende der Therapie wohl zu fühlen. Er fühlt sich vom Therapeuten verstanden und tendenziell unterstützt und nimmt seine Bemerkungen und Beobachtungen an. Er ist immer aktiv und initiiert Themen. Seine Ausdrucksweise ist tendenziell strukturiert, Affekte und deren Bedeutung sind klar.

Themen, wie der Wunsch nach Nähe, sind deutlich zu sehen, zwischenmenschliche Beziehungen sind eher am Anfang der Therapie im Fokus, dann nur noch tendenziell. Während der ganzen Therapie setzt sich der Patient mit seinem Selbstbild charakteristisch auseinander.

4.6 Ergebnisse Patient 4

4.6.1 Änderung der Diagnose, der AAI- und RF-Werte

OPD-2 Diagnosen

Der Patient hatte zum Messzeitpunkt T1 folgende OPD-2 Diagnose erhalten:

Auf mäßig bis gut integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit vorwiegend passivem Modus einen Versorgungs- vs. Autarkiekonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen Selbstwertkonflikt. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass andere ihm viel Freiraum lassen, er harmonisiert und vermeidet Aggressionen und er beansprucht für sich selbst auch viel Freiraum. Der Patient erlebt andere immer wieder so, dass sie bestimmen, kontrollieren und Zuneigung entziehen, sich verschließen und flüchten, wenn er Zuneigung zeigt. Andere erleben, dass der Patient sich klein macht, entwertet, sich in den Mittelpunkt stellt, bestimmt und kontrolliert. Außerdem erleben sich andere gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich zurückziehen und ihm viel Freiraum geben.

Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4, nach 240 Stunden Psychotherapie, können folgendermaßen beschrieben werden:

Auf mäßig integriertem Strukturniveau zeigt der Patient als Hauptkonflikt mit vorwiegend aktivem Modus einen Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen Selbstwertkonflikt. Am Anfang der Therapie wurde dieser Konflikt als sehr bedeutsam, zum Zeitpunkt T4 als bedeutsam gewertet. Auf der Beziehungsebene erlebt sich der Patient immer wieder so, dass er viel Freiraum und Selbständigkeit für sich beansprucht, trotz und sich nur wenig anlehnt. Andere erlebt der Patient immer wieder so, dass sie ihm keinen Freiraum geben, über ihn bestimmen, ihn kontrollieren und sich zurücknehmen. Andere erleben, dass der Patient sie immer wieder klein macht, andere übersieht und ignoriert, sich aber in den Mittelpunkt stellt. Und andere erleben sich gegenüber dem Patienten immer wieder so, dass sie sich besonders vor seinen Angriffen schützen, sich zurückziehen und ihn angreifen.

Das AAI

Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als F1 (sicher–autonom) klassifiziert. Die F1 Klassifikation bekommen Patienten mit einer komplizierten, rauen Kindheit und einem ablehnenden Bindungshintergrund. Er idealisiert die Bindungspersonen leicht und berichtet nur über wenige Kindheitserinnerungen. Trotz dieser Mängeln setzt sich der Patient mit Bindungsbeziehungen aktiv auseinander.

Zum Messzeitpunkt T4 hat sich das AAI des Patienten verändert, nun bekam er die Klassifikation F4/F5. Die F4 Klassifikation bedeutet, dass der Patient eine sicher–autonome

Bindung mit schwierigen Kindheitserfahrungen hat. Er drückt nun Wertschätzung von Bindungsbeziehungen aus und bewertet seine sowohl positiven als auch negativen Erfahrungen als relevant für die eigene Persönlichkeitsentwicklung. Die emotionale und mentale Organisation hat sich verändert, er kann über negative Beziehungserfahrungen ziemlich kohärent berichten und bewertet diese Erfahrungen aus heutiger Sicht neu. Die F5 Kodierung zeigt, dass er leicht verärgert ist über die Beziehung zu seiner Bindungsperson, kann aber seinen Ärger kohärent und auch humorvoll in Worte fassen.

Die RF-Skala

Die Reflexivität des Patienten hat sich von Messzeitpunkt T1 zu T4 vom Wert 3a auf 5b verändert (3 steht für unsicheres oder niedriges RF, 5 steht für durchschnittliches Verständnis). Die Bezeichnung 3a zum Messzeitpunkt T1 zeigt, dass der Patient teilweise die Absichten anderer anerkennen und einordnen kann. Sein Verständnis ist jedoch sehr oberflächlich, einfach und banal, er macht oft Gebrauch von Klischees. Er ist selten auf konkrete eigene Erfahrungen oder auf Erfahrungen anderer bezogen. Komplexe innere Befindlichkeiten wie Konflikte oder Ambivalenzen finden keine Erwägung.

Der Wert 5b zum Messzeitpunkt T4 deutet auf ein uneinheitliches Niveau des Verständnisses hin. Einige Passagen des Interviews sind höher, einige niedriger gewertet worden. Da das Niveau nicht unter den Wert 1 oder 2 fiel, bekam der Patient die oben genannte Klassifikation 5b.

4.6.2 PQS Auswertung Patient 4

Wie im Abschnitt 3.5 beschrieben, werden nun die ausgesuchten, als bindungsrelevant definierten Psychotherapie Prozess Q-Sort Items in thematischen Gruppen zusammengefasst, beschrieben und ausgewertet.

Der Therapeut bleibt die ganze Therapie über einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch (Item 6). In den Stunden E1 und T244 ist das tendenziell, in den übrigen Stunden charakteristisch der Fall. Er ist durchweg aufgeschlossen für die Äußerungen des Patienten und affektiv involviert (Item 9), er vermittelt Wertschätzung, seine Äußerungen vermitteln dem Patienten gegenüber in den Stunden T78, T79 und T245 tendenziell, und in den Stunden E1, E2, T170, T171 und T244 charakteristisch, bedingungslose Akzeptanz (Item 18). Seine Interventionen und Kommentare zeigen, dass der Therapeut das Erleben der therapeutischen Beziehung von Seiten des Patienten in den Stunden E2, T79, T171, T244 und T245 tendenziell, und in den Stunden E1, T78 und T170 charakteristisch akkurat wahrnimmt (siehe Tabelle 4.36). Für die Beruhigung des Patienten zu sorgen (Item 66), erscheint zum ersten (E1, E2), dritten (T170, T171) und vierten (T244, T245) Messzeitpunkt charakteristisch, bzw. tendenziell charakteristisch. Zum zweiten Messzeitpunkt,

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 6	7	8	9	8	8	9	7	9
Item 9	1	1	2	1	1	1	1	1
Item 18	8	9	7	7	8	8	9	7
Item 28	8	6	8	7	8	7	7	7
Item 66	7	6	2	2	8	9	7	8

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 28	Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
Item 66	Der Therapeut beruhigt den Patienten.

Tabelle 4.36: P4 Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

in den Stunden T78 und T79, bekam das Item den Wert 2, was so viel heißt, dass der Therapeut es unterlässt, auf direkte Art für Beruhigung zu sorgen.

Wie aus der Tabelle 4.37 ersichtlich ist, nimmt der Therapeut in den Stunden E2, T244 und T245 tendenziell, und in den Stunden E1 und T170 charakteristisch, eine zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten ein. Zum zweiten Messzeitpunkt, in den Stunden T78 und T79 und in der Stunde T171, ist der Therapeut nicht supportiv (Item 45).

Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut in den Stunden E1, T78 und T179 tendenziell darauf ein. In den Stunden E2, T79, T171 und T245 unternimmt er tendenziell nichts, um die Lage zu verbessern (Item 47).

Bis auf die erste Stunde E1 und die letzte Stunde T254 besteht ein Aspekt der therapeutischen Intervention darin, Gefühlszustände, Aussagen oder Überzeugungen des Patienten in einer erkennbaren Form neu zu formulieren oder zu wiederholen. Dies ist in den Stunden E2, T78, T170 und T171 tendenziell und in den Stunden T79 und T244 charakteristisch der Fall.

Der Therapeut vermittelt in den Stunden E1, E2, T170 und T245 das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung oder bestätigt die Perspektive des Patienten (Item 99). In den Stunden T78 und T244 stellt er tendenziell und in den Stunden T79 und T171 charakteristisch auf irgendeine Art die Sichtweise des Patienten infrage.

Der Therapeut führt nicht die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative als Themen in die Diskussion ein, zumindest nicht in den Stunden E2, T79 und T171. Für die Stunden E1 und T170 ist das Thema irrelevant. Er ermutigt aber tendenziell den Patienten explizit, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugungen zu handeln (in den Stunden T78, T244 und T245, also vorwiegend zum vierten Messzeitpunkt).

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 45	8	6	2	1	9	2	7	7
Item 47	6	4	6	4	7	4	5	4
Item 65	4	7	7	8	7	7	8	5
Item 99	3	2	7	9	2	8	6	2
Item 48	5	4	6	3	5	4	6	6

Item 45	Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
Item 47	Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
Item 65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.
Item 99	Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).
Item 48	Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Tabelle 4.37: P4 Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

Die Gegenübertragung des Therapeuten ist entweder irrelevant (E2, T78 und T245) oder fließt nicht in unpassender Art und Weise in die therapeutische Beziehung ein (E1, T79, T170, T171 und T244; siehe Tabelle 4.38).

Wiederholende Muster in Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten zu benennen, ist in den Stunden T78 und T170 tendenziell und in den Stunden T79, T171, T244 und T245 charakteristisch. In den zwei Erstgesprächstunden E1 und E2 betont der Therapeut solche Themen nicht (Item 62).

Bis auf die erste Stunde E1, in der der Therapeut tendenziell an einer objektiven Beschreibung interessiert ist (Item 81), ist es charakteristisch (T79 und T245) bzw. tendenziell charakteristisch (E2, T78, T170, T171 und T244), dem Patienten zum Erleben von Affekten zu ermutigen. Während der gesamten Therapie erscheint der Therapeut tendenziell (E1, E2, T78, T79, T244 und T245) bzw. charakteristisch (T170 und T171) zuversichtlich, sicher und nicht defensiv (Item 68).

Eine Verknüpfung zwischen den Gefühlen des Patienten dem Therapeuten gegenüber mit Gefühlen gegenüber anderen wichtigen Bezugspersonen herzustellen, ist in diesem therapeutischen Prozess oft irrelevant (E1, E2, T78, T79 und T171). In der Stunde T244 macht der Therapeut offensichtlich keinen Versuch, solch eine Verknüpfung herzustellen. Das Item 100 ist in der Stunde T170 als tendenziell und in der Stunde T245 als charakteristisch geratet worden, was eine eindeutige Tendenz des Therapeuten beschreibt, solch einen Vergleich herzustellen.

Nun folgt die Beschreibung der Items, die das Verhalten und Erleben des Patienten beschreiben.

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 24	4	5	5	4	3	4	4	5
Item 62	3	4	6	8	7	9	9	8
Item 81	4	7	7	9	7	6	6	8
Item 86	6	7	6	7	8	8	7	6
Item 100	5	5	5	5	6	5	3	9

Item 24	Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
Item 62	Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema
Item 81	Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.
Item 86	Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).
Item 100	Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

Tabelle 4.38: P4 Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

Wie aus der Tabelle 4.39 ersichtlich wird, spricht der Patient am Anfang der Therapie charakteristisch (E1), dann nur tendenziell darüber (E2 und T78), dass er jemandem nahe oder mit jemandem vertraut sein möchte. In den nächsten Therapiephasen macht er offensichtlich keine Aussage darüber (T79, T171, T244 und T245) oder das Item 33 ist sogar irrelevant (T170).

Der Patient ist durch die Therapie hindurch vertrauensvoll und arglos gegenüber dem Therapeuten. In zwei Stunden (T170 und T244) ist dies nur tendenziell aber in den übrigen Stunden (E1, E'2, T78, T79, T171 und T245) ist das charakteristisch der Fall (Item 44).

Ambivalente, widersprüchliche Gefühle zeigt der Patient dem Therapeuten gegenüber tendenziell nicht (E1, E2, T78, T79 und T171), nur in zwei Stunden ist das tendenziell der Fall (T170 und T245). In der Stunde T244 ist das Item 49 als irrelevant geratet worden.

Es scheint sehr wechselhaft in diesem therapeutischen Prozess zu sein, inwieweit der Patient die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten sucht (Item 78). In den Stunden E1, T78, T170 und T245 ist dies tendenziell der Fall. In den Stunden T79, T171 und T244 verhält sich der Patient nicht in dieser Art und Weise und in der Stunde E2 ist das Item 78 irrelevant.

Tendenziell in den Stunden E1, T79, T171 und T245 und charakteristisch in den Stunden T78 und T170 bringt der Patient Groll, Ärger oder Aggression zum Ausdruck. Mit dem Item 84 sind nicht der Groll oder Ärger gegenüber dem Therapeuten gemeint. Gefühle dieser Art werden in den Stunden E2 und T244 nicht zum Ausdruck gebracht.

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 33	9	7	7	2	5	4	4	4
Item 44	2	2	2	2	4	1	4	1
Item 49	4	4	4	4	6	2	5	7
Item 78	6	5	6	3	6	4	2	6
Item 84	6	4	8	6	8	6	2	6

Item 33	Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
Item 44	Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
Item 49	Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
Item 78	Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
Item 84	Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

Tabelle 4.39: P4 Patientenitems zum Temperament

Der Patient drückt tendenziell positive, freundliche Gefühle dem Therapeuten gegenüber aus (T78, T79, T171, T244 und T245). In der Stunde E2 ist dieses Verhalten sogar ziemlich ausgeprägt. In den Stunden E1 und T170 ist das Item 1 irrelevant (siehe Tabelle 4.40).

Bis auf die Stunden E1 und T171 (hier ist er tendenziell besorgt und unangenehm berührt von seiner Abhängigkeit), scheint der Patient sich in der Abhängigkeit tendenziell wohl zu fühlen (E2, T78, T79, T170 und T245), wie es der Verlauf des Items 8 zeigt.

Nur in den Stunden E1 und T170 strebt der Patient zum Therapeuten tendenziell eine größere Nähe an (Item 10). In den Stunden T78, T79, T171, T244 und T245 versucht er nicht die therapeutische Beziehung in eine persönlichere, nähere Beziehung umzuwandeln. Der Patient vermittelt das Gefühl, und zwar in jeder Stunde, dass der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht (Item 14).

Nur in den Stunden T78 und T79 weist der Patient tendenziell die Vorschläge, Beobachtungen oder Interpretationen des Therapeuten zurück. In den übrigen Stunden zeigt er sich mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden (Item 42).

Mit starken Emotionen versucht der Patient tendenziell zurechtzukommen, sie zu kontrollieren (in den Stunden T79 und T171). In den Stunden E1, T78, T170 und T245 hingegen unternimmt er tendenziell keine Anstrengungen, Gefühle zu kontrollieren, sie zurückzuhalten oder abzuschwächen. In den Stunden E2 und T244 spielt das Item 70 keine bedeutende Rolle.

Der Patient fühlt sich durchgehend durch den therapeutischen Prozess unterstützt, erleichtert und ermutigt. Dies ist in den Stunden E1, E2, T78, T79, T170, T244 und T245 tendenziell und in der Stunde T171 charakteristisch der Fall (Item 95). Er arbeitet in jeder Stunde mit, ist bereit Schweigen zu brechen und liefert spontan oder als Antwort auf

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 1	5	2	4	3	5	3	3	3
Item 8	6	4	3	2	3	7	5	3
Item 10	6	5	4	3	6	4	4	3
Item 14	1	1	1	1	1	1	1	1
Item 42	2	1	6	6	1	3	1	1
Item 70	3	5	3	6	4	6	5	4
Item 95	6	7	6	6	7	8	6	6
Item 15	1	1	1	1	3	1	3	1
Item 29	5	3	7	6	5	4	6	4

Item 1	Der Patient äußert negative Gefühle in Bezug auf den Therapeuten.
Item 8	Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten.
Item 10	Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
Item 14	Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
Item 42	Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.
Item 70	Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
Item 95	Der Patient fühlt sich unterstützt.
Item 15	Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.
Item 29	Der Patient spricht davon, dass er Trennung oder Distanz will.

Tabelle 4.40: P4 Patientenitems zu den therapeutischen Skills und zur Exploration

Deutungen des Therapeuten Themen und geht ausführlich und intensiv auf diese ein (Item 15).

Trennung oder Distanzwunsch (ausgenommen gegenüber dem Therapeuten) äußert der Patient tendenziell in den Stunden T78, T79 und T244, in den Stunden E1 und T170 ist dieser Wunsch irrelevant und in den Stunden E2, T171 und T245 spricht der Patient darüber, tendenziell keine Trennung, Unabhängigkeit oder Loslösung zu wünschen (Item 29).

Die Tabelle 4.41 zeigt, dass der Patient tendenziell nicht darüber nachzudenken scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht, oder er kümmert sich nicht darum, wie er vom Therapeuten beurteilt wird (T78, T79, T170, T171, T244 und T245). In den ersten beiden Stunden E1 und E2 ist das Item 53 nicht relevant.

Die Ausdrucksweise des Patienten ist in der Stunde E2 charakteristisch und in den Stunden T171 und T245 tendenziell leicht verständlich und relativ klar. In den Stunden E1, T78, T79, T170 und T244 ist der Patient weitschweifig, häufig abschweifend und vage (Item 54). Seine Affekte sind offensichtlich klar (E1, E2, T79, T171, T244 und T245). In den Stunden

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 53	5	5	3	3	4	4	4	2
Item 54	1	8	1	3	2	6	3	6
Item 56	3	3	5	4	5	3	3	3
Item 97	2	8	2	6	6	7	7	8

Item 53	Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
Item 54	Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
Item 56	Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.
Item 97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

Tabelle 4.41: P4 Patientenitems zur Mentalisierung

T78 und T171 hat das Item 56 keine Relevanz. Auch die Äußerungen des Patienten scheinen zögerlich oder gehemmt zu sein, zumindest in den Stunden E1 und T78 (Item 97). In den Stunden E2 und T245 charakteristisch und in den Stunden T79, T170, T171 und T244 tendenziell scheint er ungeschützt offen und relativ frei von Blockaden. In diesem Zustand bahnt sich der Patient seinen Weg durch Unschlüssigkeiten oder wunde Punkte, indem er Gedanken und Gefühle erforscht und prüft.

Das der Bindung zugeordnete Interaktionsitem 75 (siehe Tabelle 4.42), in dem Trennung oder Unterbrechung der Therapie thematisiert werden, ist über die ganze Therapie hinweg nicht relevant.

	E1	E2	T78	T79	T170	T171	T244	T245
Item 75	5	5	5	5	5	5	5	5
Item 63	6	9	9	9	9	5	9	8
Item 64	9	7	6	9	4	6	6	5
Item 35	7	9	7	7	6	9	8	7
Item 98	4	5	5	4	6	5	2	9

Item 75	Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
Item 63	Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
Item 64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
Item 35	Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
Item 98	Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

Tabelle 4.42: P4 Interaktionsitems

Die der Exploration zugeordneten Interaktionsitems 63 und 64 können folgendermaßen interpretiert werden: Über zwischenmenschliche Beziehungen zu sprechen, ist sehr charakteristisch für diese Therapie (E2, T78, T79, T170, T244 und T254). In der Stunde E1 ist das Thema tendenziell charakteristisch und in der Stunde T171 gar irrelevant. Auch über Liebes- oder romantische Beziehungen wird gesprochen (Item 64). In den Stunden E1 und T79 charakteristisch und in den Stunden E2, T78, T171 und T244 tendenziell. Das Thema Liebesbeziehung taucht in der Stunde T170 nicht auf und in der Stunde T245 ist es irrelevant.

Die Interaktionsitems 35 und 98 werden der Kategorie Mentalisierung zugeteilt.

Das Selbstbild des Patienten ist in den Stunden E2, T171 und T244 charakteristisch und in den Stunden E1, T78, T79, T170 und T245 tendenziell charakteristisch ein Hauptthema. Die therapeutische Beziehung ist in der Stunde T170 tendenziell und in der Stunde T245 charakteristisch ein Fokus des Gesprächs. In den Stunden E2, T78 und T171 ist das Item 98 irrelevant. Tendenzuell kommentieren weder Therapeut noch Patient das Wesen ihrer Beziehung in den Stunden E1, T79 und T244.

4.6.3 Zusammenfassung Patient 4

Die OPD-Strukturdiagnose änderte sich vom ersten zum vierten Messzeitpunkt von einem mäßig bis gut integrierten Strukturniveau auf ein mäßig integriertes Strukturniveau. Der Konflikt Versorgung vs. Autarkie änderte sich von sehr bedeutsam auf wenig bedeutsam und der Selbstwertkonflikt von sehr bedeutsam auf bedeutsam. Der Individuations- vs. Abhängigkeitskonflikt, welcher zum ersten Messzeitpunkt bedeutsam war, entwickelte sich am vierten Messzeitpunkt zum Hauptkonflikt, er wurde als sehr bedeutsam geratet.

Das AAI F1 (sicher–autonom) zum ersten Messzeitpunkt blieb erhalten, der Patient erhielt zum vierten Messzeitpunkt die Klassifikation F4/F5 sicher–autonome Bindung mit schwierigen Kindheitserfahrungen. Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 3a auf 5b verändert (3 steht für unsicheres oder niedriges, 5 steht für durchschnittliches Verständnis).

Die Auswertung der PQS zeigte, dass der Therapeut dem Patienten einfühlsam, affektiv involviert, tendenziell zuversichtlich und wertschätzend begegnete und in den meisten Fällen den Patienten beruhigte. Er schien zum ersten und vierten Messzeitpunkt eine zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten zu haben. In der mittleren Therapiephase wurden die Stunden entweder charakteristisch oder uncharakteristisch supportiv geratet. Der Therapeut klarifiziert tendenziell über den ganzen therapeutischen Prozess und hinterfragt auch die Sichtweise des Patienten. Sich wiederholende Muster benennt er charakteristisch zum dritten und vierten Messzeitpunkt, Gefühle betont er tendenziell über die ganze Therapie.

Der Patient begegnet dem Therapeuten vertrauensvoll. Ambivalente Gefühle ihm gegenüber scheint er tendenziell zum vierten Messzeitpunkt zu haben, äußert seine negativen

Gefühle tendenziell nicht. Die Zustimmung und Zuneigung des Therapeuten zu suchen, ist eher irrelevant für diese Therapie. Was er von ihm denkt, scheint den Patienten nicht zu beschäftigen. Der Patient scheint sich in der Abhängigkeit zum Therapeuten wohl zu fühlen und strebt keine größere Nähe zu ihm an. Er fühlt sich vom Therapeuten verstanden, tendenziell unterstützt und nimmt seine Bemerkungen tendenziell eher an. Der Patient ist motiviert und aktiv im therapeutischen Prozess, seine Ausdrucksweise erscheint den Ratern jedoch oft eher vage und weitschweifend.

Die Themen der Therapie sind charakteristisch zwischenmenschliche, tendenziell Liebes- oder romantische Beziehungen und das Selbstbild des Patienten. Ein Fokus auf die therapeutische Beziehung wird nur in der letzten ausgewerteten Stunde T245 gelegt.

4.7 Ergebnisse auf Itemebene

In diesem Teil der Arbeit werden nun die für die psychotherapeutische Praxis so wichtigen Erkenntnisse erläutert. Patientenübergreifend wird der Verlauf einzelner Items dargelegt und es wird untersucht, in wie weit die therapeutischen Prozess die in Kapitel 2 aufgestellten Hypothesen bestätigen oder widerlegen. Da eine Mittelwertermittlung über die Stundenwerte eine Verfälschung der Ergebnisse mit sich bringen würde, wurde per Münzwurf entschieden, welche der Stunden pro Messzeitpunkt in die Untersuchung aufgenommen werden soll. Patient 1 (P1), Patient 4 (P4) und Patient 5 (P5) wurden anhand der Verbesserung ihrer AAI- und RF-Werte als Patienten mit positivem Outcome assoziiert. Patient 3 (P3) und Patient 6 (P6) wurden mit negativem Outcome assoziiert da sich hier die AAI- und RF-Werte sogar verschlechtert haben. Beim Patienten 2 (P2) veränderten sich die hier untersuchten Parameter nicht wesentlich (siehe Tabelle 4.43).

Patient	Messinstrument	M1	M4
P1	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	mäßig integriert U/Ds3 6	mäßig bis gut integriert F4/E2/Ds2 7
P2	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	gut bis mäßig integriert U/E2 5a	mäßig integriert U/Ds1 5a
P3	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	gering bis mäßig integriert E1/F4 5a	mäßig bis gering integriert Ds3 4
P4	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	mäßig bis gut integriert F1 3a	mäßig integriert F4/F5 5b
P5	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	mäßig integriert U/E2 4	Missing F4 5a
P6	OPD-Diagnose AAI-Wert RF-Wert	mäßig integriert E1/U 6	gut bis mäßig integriert U/CC/E2/Ds1 5a

Tabelle 4.43: Übersicht über Patientenoutcomes

4.7.1 Hypothese 1

H1: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome verhält sich während der Therapie einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, wirkt aufgeschlossen und affektiv involviert. Er zeigt dem Patienten gegenüber Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz.

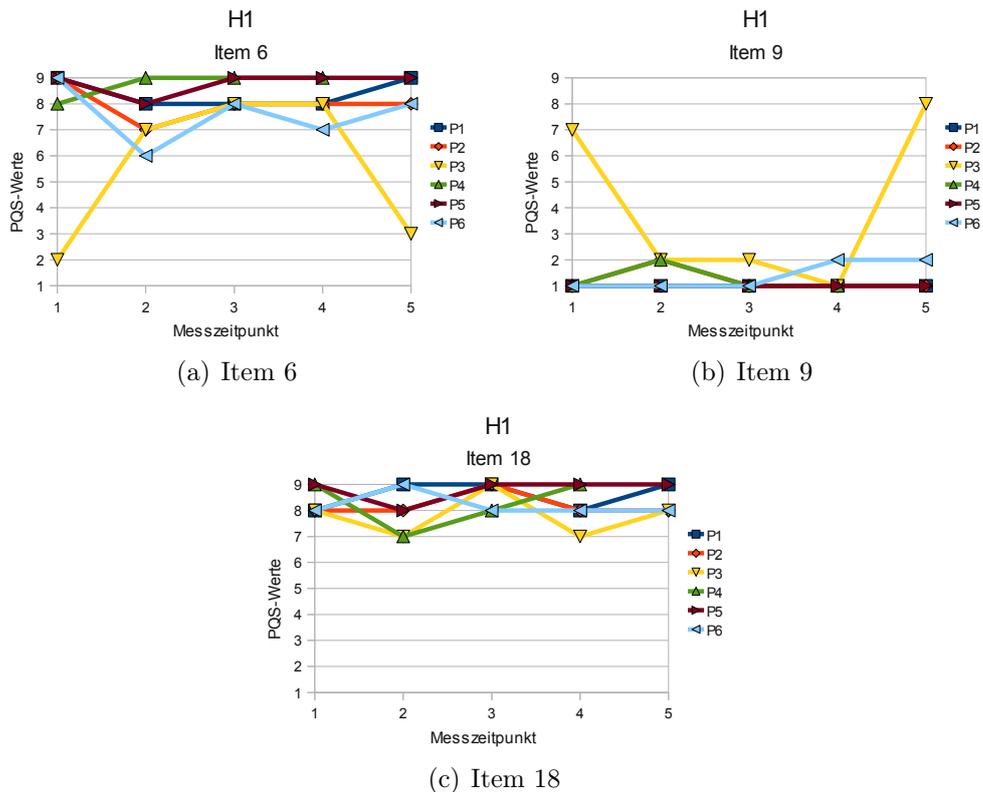


Abbildung 4.1: Hypothese 1

Wie Diagramm 4.1(a) zeigt, sind die Therapeuten der Patienten P1, P4 und P5 immer charakteristisch einfühlsam und empathisch. Nicht so die Therapeuten der Patienten P2 und P6. Hier wird das Item auch mitunter als nicht so charakteristisch geratet. Der Therapeut von P3 scheint zum Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 5 kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben. Die Therapeuten der Patienten P1, P4 und P5 wirken immer aufgeschlossen und affektiv involviert (siehe Diagramm 4.1(b)), so auch die Therapeuten von Patienten P2 und P6. Der Therapeut von Patient P3 gibt sich zum Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 5 dem Patienten gegenüber kühl und unberührt. Alle Therapeuten vermitteln gegenüber den Patienten bedingungslose Akzeptanz und das Gefühl von Wertschätzung, wie Diagramm 4.1(c) zeigt. Zwar ist das Item 9 für die Patienten P3 und P4 zum Messzeitpunkt 2 und für P3 auch zum Messzeitpunkt 4 nicht sehr charakteristisch, der Wert 7 deutet dennoch eine tendenzielle Wertschätzung an. So kann die Hypothese H1 angenommen werden.

4.7.2 Hypothese 2

H2: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome beruhigt den Patienten am Anfang der Therapie, er nimmt eine supportive Haltung ein.

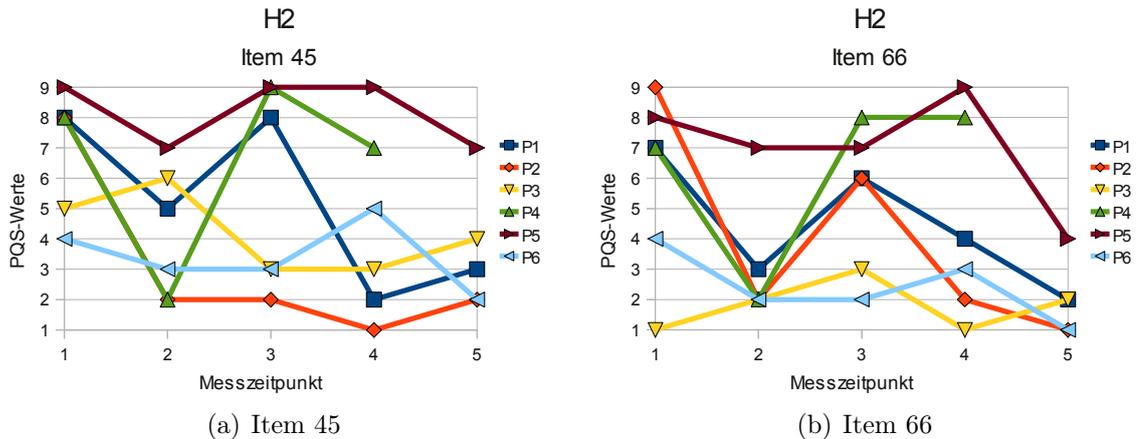


Abbildung 4.2: Hypothese 2

Diagramm 4.2(b) zeigt den Verlauf des Items 66, 'Der Therapeut beruhigt den Patienten'. Es ist deutlich zu erkennen, dass die Therapeuten der Patienten P1 und P4 tendenziell und die Therapeuten der Patienten P5 und P2 zum Messzeitpunkt 1 charakteristisch für Beruhigung sorgen. Die Patienten P1, P4 und P5 werden mit einem positiven Outcome assoziiert. Die Therapeuten des Patienten P6 und des Patienten P3 unterlassen es zum Messzeitpunkt 1 tendenziell bzw. charakteristisch direkt für Beruhigung zu sorgen. Wie Diagramm 4.2(a) darlegt, nehmen die Therapeuten der Patienten P1, P4, P5 und auch P2 zum Messzeitpunkt 1 eine supportive, zustimmende Haltung gegenüber den Patienten ein. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein) ist zum Messzeitpunkt 1 für den Therapeuten des Patienten P3 irrelevant und der Therapeut des Patienten P6 nimmt tendenziell keine supportive Rolle ein. Die Hypothese H2 wird demnach angenommen.

4.7.3 Hypothese 3

H3: Die Tendenz des Therapeuten, den Patienten zu beruhigen, und seine supportive Haltung nehmen im Laufe der Behandlung ab.

Die Tendenz der Therapeuten, ihren Patienten zu beruhigen, nimmt zwar zum Messzeitpunkt 2 ab, rückt aber zum Messzeitpunkt 3 wieder in den Vordergrund und flacht erst zum Messzeitpunkt 5 erneut ab (siehe Diagramme 4.2(a) und 4.2(b)). Eine kontinuierliche Abnahme ist weder bei den Patienten mit positivem noch bei jenen mit negativem Outcome zu sehen. Item 45 (Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein) bewegt sich ähnlich. Zum Messzeitpunkt 2 wurden niedrigere Werte geratet, dann aber nimmt die Bedeutung dieses Items wieder zu, bis es zum Messzeitpunkt 5 bei jedem Patienten, im Vergleich zum Messzeitpunkt 1, abflacht. Die Hypothese H3 kann nicht angenommen werden, da im Verlauf der Therapie Supportivität und Beruhigungstendenzen der Therapeuten nicht kontinuierlich abnehmen.

Auffallend ist jedoch, dass die Kurven der beiden Patienten mit negativem Outcome (P3, P6) bei beiden Items immer unterhalb der Linien der anderen Patienten verlaufen. Das Beruhigen und die Zustimmung des Therapeuten scheinen in diesen Therapien nicht so relevant zu sein.

4.7.4 Hypothese 4

H4: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome hinterfragt die Sichtweise des Patienten am Anfang der Therapie nicht. Dies geschieht erst im späteren Verlauf der Behandlung.

Ein negatives Rating des Items 99 besagt, dass der Therapeut das Gefühl vermittelt, dem Patienten zuzustimmen oder seine Perspektive zu bestätigen. Dies ist zum Messzeitpunkt 1 bei den Patienten P2, P4, P5 und P6 der Fall. Beim Patienten P3 trifft es nur tendenziell zu und beim Patienten P1 ist das Item sogar irrelevant (siehe Diagramm 4.3). Zum Messzeitpunkt 2 stellen die Therapeuten der Patienten P1, P2, P4 und P6 charakteristisch, der Patienten P3 tendenziell die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage. Der Therapeut von Patienten P5 vermittelt weiterhin das Gefühl von Übereinstimmung. Während sich die Ratings des Items 99 bei den Patienten P1, P2, P3 und P6 im weiteren Verlauf im charakteristischen oder im irrelevanten Bereich befinden, bestätigt der Therapeut von Patienten P5 dessen Sichtweise durchgehend im Therapieprozess. (Patient P5 wird mit einem positiven Outcome assoziiert.). Die Hypothese H4 muss demnach abgelehnt werden. Es scheint keinen Zusammenhang zu geben zwischen positivem Outcome und dem Umstand, die Sichtweise eines Patienten anfangs zu bestätigen und später zu hinterfragen.

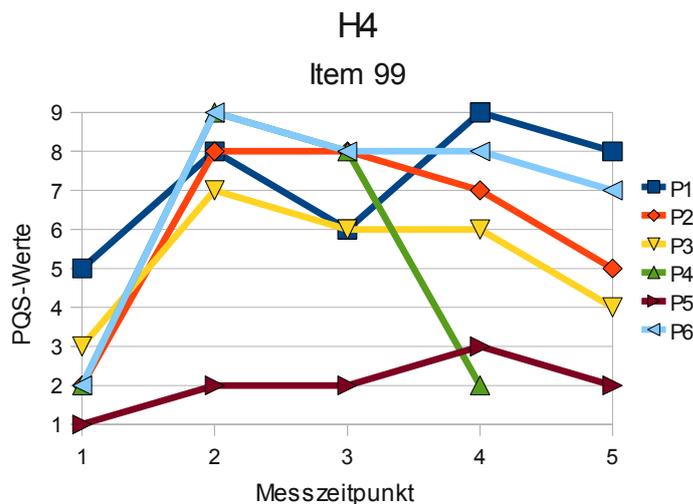


Abbildung 4.3: Hypothese 4 / Item 99

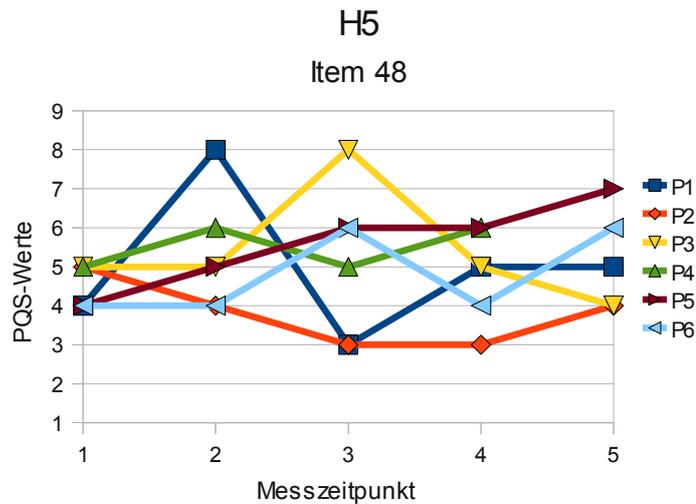


Abbildung 4.4: Hypothese 5 / Item 48

4.7.5 Hypothese 5

H5: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome ermutigt erst im späteren Verlauf der Behandlung, wenn die sichere Basis zu Exploration geschaffen ist, den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.

Item 48 (Der Therapeut ermutigt den Patienten zu Unabhängigkeit im Handeln oder Denken) ist in den hier untersuchten Fällen eher irrelevant. Die Ratings bewegen sich im neutralen Bereich oder am tendenziell uncharakteristischen Pol (siehe Diagramm 4.4). Lediglich zum Messzeitpunkt 2 bei Patient P1 (positives Outcome) und zum Messzeitpunkt 3 bei Patient P3 (negatives Outcome) findet jeweils charakteristisch eine Ermutigung zu Unabhängigkeit im Handeln und Denken durch denjenigen Therapeuten statt. Die Hypothese H5 kann nicht angenommen werden.

4.7.6 Hypothese 6

H6: Der Therapeut eines Patienten mit negativem Outcome zeigt sich gelegentlich unsicher oder defensiv.

H6a: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome wirkt durchgehend zuversichtlich oder selbstsicher.

Wie Diagramm 4.5 zeigt, gibt es keinen wesentlichen Unterschied zwischen den Therapeuten der Patienten mit negativem bzw. positivem Outcome hinsichtlich Zuversicht und selbstsicherer Haltung im therapeutischen Prozess. Alle Therapeuten sind während des Prozesses entweder tendenziell oder charakteristisch zuversichtlich oder selbstsicher. Hypothese H6 kann nicht angenommen werden und Hypothese H6a kann beibehalten werden.

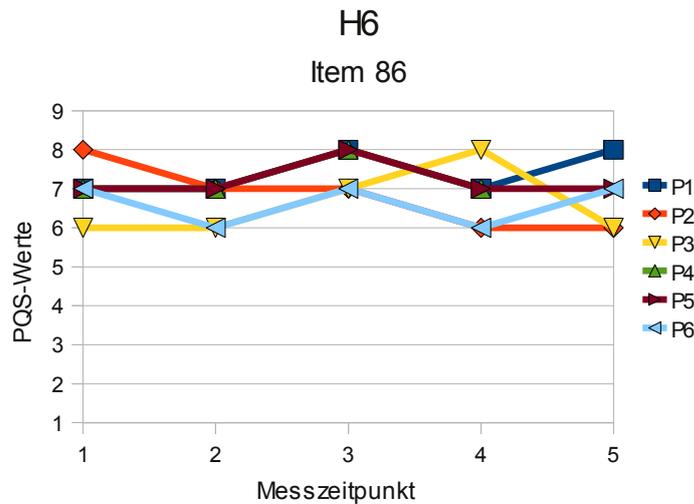


Abbildung 4.5: Hypothese 6 / Item 86

4.7.7 Hypothese 7

H7: Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.

Der Therapeut von Patient P1 betont die Gefühle seines Patienten zu den Messzeitpunkten 1, 2 und 4 charakteristisch und zu den Messzeitpunkten 3 und 5 tendenziell charakteristisch (siehe Diagramm 4.6). Der Therapeut von Patient P4 betont die Gefühle seines Patienten zu den Messzeitpunkten 2 und 4 charakteristisch, zu den Messzeitpunkten 1 und 3 tendenziell charakteristisch. Für den Therapeuten des Patienten P5 scheint es zu den Messzeitpunkten 1 und 2 eher irrelevant, die Gefühle seines Patienten zu betonen. Zum Messzeitpunkt 3

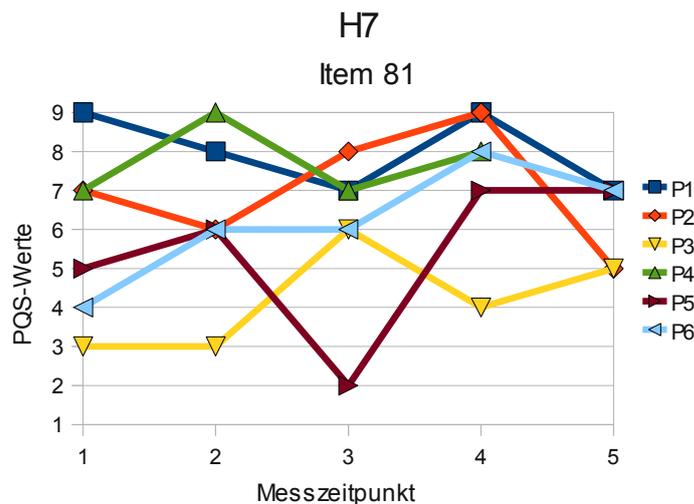


Abbildung 4.6: Hypothese 7 / Item 81

scheint der Therapeut charakteristisch nur an objektiven Beschreibungen des Patienten interessiert zu sein. Zu den Messzeitpunkten 4 und 5 ist es tendenziell charakteristisch, die Gefühle des Patienten zu betonen, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben. Hypothese H7 kann demnach nicht angenommen werden.

4.7.8 Hypothese 8

H8: Im Verlauf des therapeutischen Prozesses wird zunehmend versucht eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen.

Diagramm 4.7 zeigt, dass die Anwesenheit des Items 100 stark fluktuiert. Zum Messzeitpunkt 1 ist es weitgehend irrelevant, eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen. Das bleibt bei den Patienten P4 und P6 auch zum Messzeitpunkt 2 so. Der Therapeut von Patienten P2 stellt tendenziell und die Therapeuten von Patienten P1, P3 und P5 stellen charakteristisch solch eine Verbindung zum Messzeitpunkt 2 her. Zum Messzeitpunkt 3 hat das Item 100 eine große Spannweite. Während der Therapeut von Patient P1 keine Versuche unternimmt, den interpersonellen Aspekt der Therapie mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verknüpfen, tut dies der Therapeut vom Patienten P2 charakteristisch. In allen anderen Therapieverläufen ist Item 100 so wie zum ersten Messzeitpunkt irrelevant. In der Therapie von Patient P3 bleibt Item 100 auch zu den Messzeitpunkten 4 und 5 irrelevant. Die Therapeuten der Patienten P1, P2, P4 und P6 stellen zum Messzeitpunkt 4 charakteristisch eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. Zum Messzeitpunkt 5 ist das Bild wieder diffus. Die Therapeuten der Patienten P5 und P6 stellen charakteristisch, der Therapeut von P2 stellt sehr uncharakte-

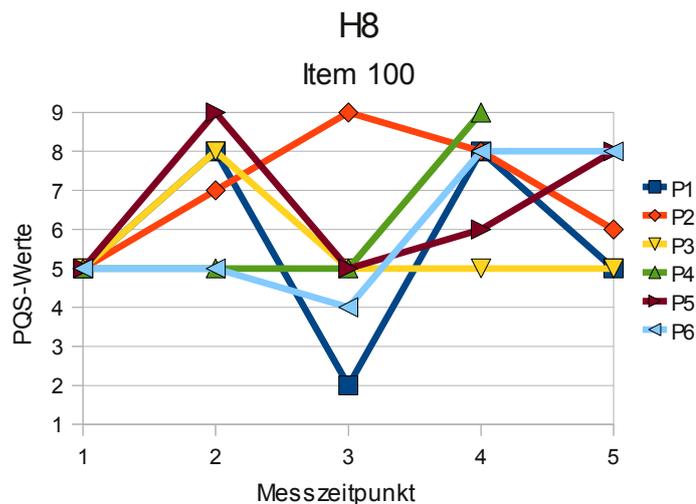


Abbildung 4.7: Hypothese 8 / Item 100

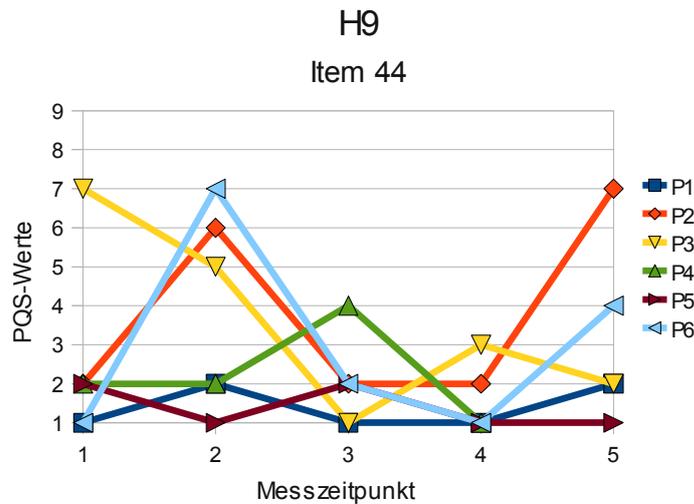


Abbildung 4.8: Hypothese 9 / Item 44

ristisch solch einen Vergleich her, und bei den Patienten P1 und P3 ist Item 100 irrelevant. Trotz der stark fluktuierenden Verläufe ist eine deutliche Zunahme darin zu erkennen, eine Verbindung zwischen der therapeutischen und anderen Beziehung herzustellen, und somit kann Hypothese 8 angenommen werden.

4.7.9 Hypothese 9

H9: Patienten mit positivem Outcome werden während des therapeutischen Prozesses vertrauensvoller und sicherer, wohingegen Patienten mit negativem Outcome wachsam und misstrauisch bleiben.

Patienten mit positivem Outcome (P1, P4 und P5) wirken durchgehend vertrauensvoll und sicher. Patient P4 ist lediglich zum Messzeitpunkt 3 nur tendenziell vertrauensvoll (siehe Diagramm 4.8). Das Verteilungsbild der Itemwerte bei den Patienten P3 und P6, die mit negativem Outcome assoziiert sind, ist nicht so homogen. Patient P3 wird während der Therapie vertrauensvoller. Zum ersten und zweiten Messzeitpunkt wirkt er noch tendenziell misstrauisch, im weiteren Verlauf jedoch sogar charakteristisch vertrauensvoll und sicher. Bei Patient P6 ist der Verlauf ähnlich, mit dem Unterschied, dass er zum ersten Messzeitpunkt vertrauensvoll wirkt, zum zweiten Messzeitpunkt tendenziell misstrauisch und im weiteren Verlauf wieder charakteristisch und tendenziell vertrauensvoll und sicher. Die Hypothese H9 muss demnach abgelehnt werden.

4.7.10 Hypothese 10

H10: Patienten, die sich vom Therapeuten immer verstanden und von ihm unterstützt fühlen, haben einen positiven Outcome. Patienten, die sich vom Therapeuten gelegentlich

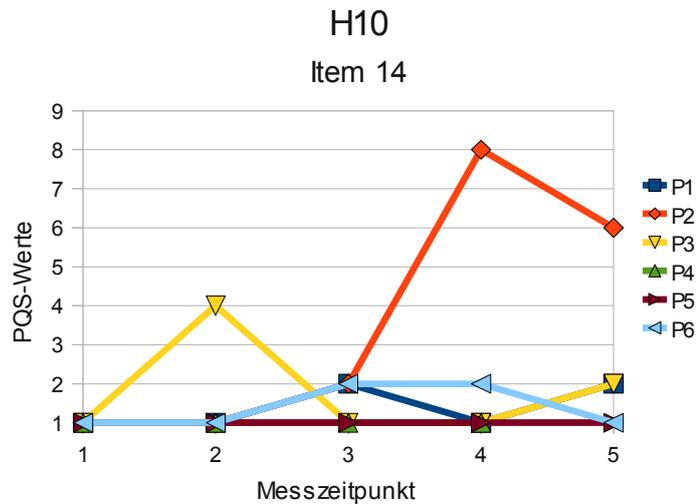


Abbildung 4.9: Hypothese 10 / Item 14

nicht verstanden fühlen, haben einen negativen Outcome.

Patienten mit positivem Outcome fühlen sich charakteristisch immer vom Therapeuten verstanden, wie Diagramm 4.9 zeigt. Auch Patienten mit negativem Outcome fühlen sich vom Therapeuten charakteristisch oder tendenziell verstanden. Lediglich Patienten P2, dessen Outcome sich im Vergleich zum Anfang nicht geändert hat, fühlt sich zum vierten und fünften Messzeitpunkt vom Therapeuten charakteristisch und tendenziell nicht verstanden. Hypothese H10 muss demnach abgelehnt werden.

4.7.11 Hypothese 11

H11: Unsicher-vermeidende Patienten zeigen sich besorgt oder beunruhigt wegen ihrer Abhängigkeit vom Therapeuten.

Unsicher-vermeidend wurden zum ersten Messzeitpunkt Patient P1 und zum vierten Messzeitpunkt Patient P2 und Patient P3 eingestuft. Bei Patient P1 ist das Item 8 zum ersten Messzeitpunkt irrelevant (siehe Diagramm 4.10). Danach fühlt er sich in der Abhängigkeit tendenziell wohl und erst zum fünften Messzeitpunkt wirkt er leicht besorgt darüber. Patient P2, am Anfang der Therapie als traumatisiert/unsicher-ambivalent eingestuft, wird zum vierten Messzeitpunkt als traumatisiert/unsicher-vermeidend bewertet. Zu den Messzeitpunkten 1, 2 und 3 scheint er sich in der Abhängigkeit wohlfühlen, zum Messzeitpunkt 4 wirkt er tendenziell und zum Messzeitpunkt 5 charakteristisch beunruhigt darüber, von der Therapie abhängig zu werden. Patient P3, am Anfang der Therapie als unsicher-ambivalent/sicher eingestuft, gilt zum vierten Messzeitpunkt als unsicher-vermeidend. Er scheint sich genau entgegengesetzt zur Hypothese zu entwickeln. Am zweiten Messzeitpunkt ist er sehr beunruhigt über seine Abhängigkeit vom Therapeuten und ab dem drit-

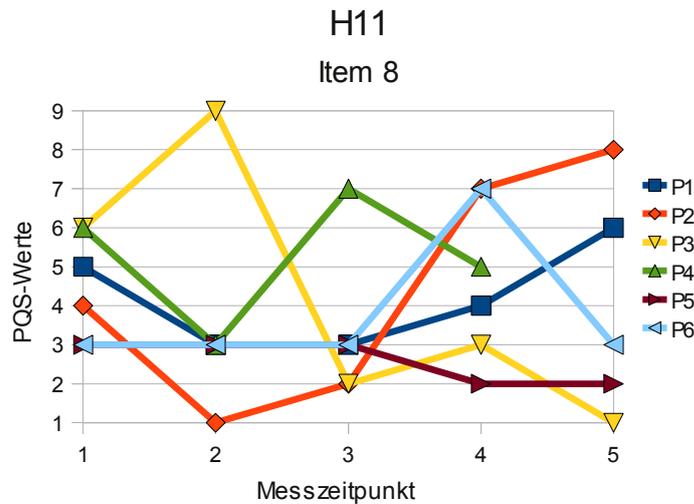


Abbildung 4.10: Hypothese 11 / Item 8

ten Messzeitpunkt scheint er sich in der Abhängigkeit wohl zu fühlen. Hypothese 11 kann nicht angenommen werden.

4.7.12 Hypothese 12

H12: Unsicher-verstrickte Patienten streben eine größere Nähe zum Therapeuten an.

Als unsicher-ambivalent wurden zum ersten Messzeitpunkt die Patienten P2, P3, P5 und P6 eingeschätzt, Patient P6 auch zum vierten Messzeitpunkt. Das Diagramm 4.11 zeigt, dass die Patienten P2, P3 und P5 tendenziell zum ersten Messzeitpunkt versuchen die

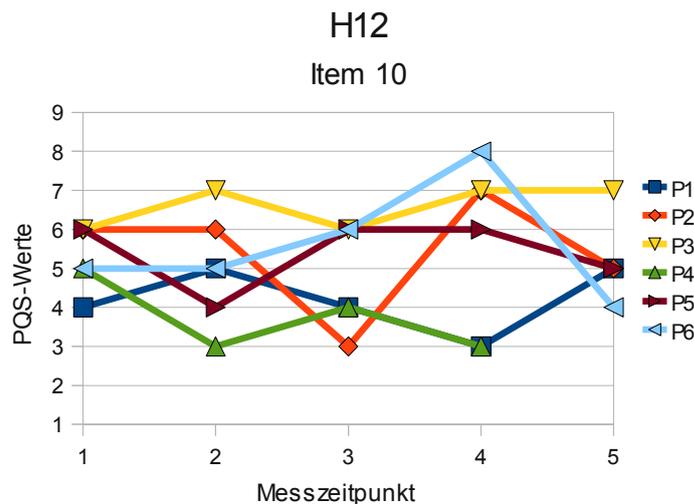


Abbildung 4.11: Hypothese 12 / Item 10

therapeutische Beziehung in eine sozialere, nähere Beziehung umzuwandeln und dass das Item 10 beim Patienten P6 irrelevant ist. Zum vierten Messzeitpunkt ist der Patient P2 traumatisiert/unsicher-vermeidend gebunden, P3 unsicher-vermeidend, P5 sicher und P6 traumatisiert/unidentifizierbar/unsicher-verstrickt und unsicher-vermeidend. Bei Patient P6 ist die Ausprägung unsicher-verstrickt gut sichtbar mit dem Wert 8 zum vierten Messzeitpunkt. Er wünscht sich, die therapeutische Beziehung in eine nähere Beziehung umzuwandeln. Bei all den anderen, zu Anfang unsicher-verstrickten Patienten trifft die Anfangseinschätzung zwar nicht mehr zu, dennoch suchen sie die Nähe des Therapeuten tendenziell weiter. Der Verlauf der Itemwerte lässt Hypothese H12 als richtig erscheinen, dennoch kann sie nicht angenommen werden. Die gezeigten tendenziellen Unterschiede können auch zufällig entstanden sein.

4.7.13 Hypothese 13

H13: Negativer Outcom ist zu erwarten, wenn der Patient keine Themen initiiert oder passiv wirkt.

Die Hypothese H13 muss abgelehnt werden. Das Diagramm 4.12 zeigt, dass die Patienten mit negativem Outcome (P3 und P6) immer bereit sind, Schweigen zu brechen, spontan Themen zu liefern und diese ausführlich zu besprechen oder auf Deutungen des Therapeuten einzugehen. Da auch Patienten mit positivem Outcome (P1, P4 und P5) gleichermaßen motiviert sind, kann das Item 15 nicht für Diskriminierung zwischen positivem und negativem Outcome verwendet werden.

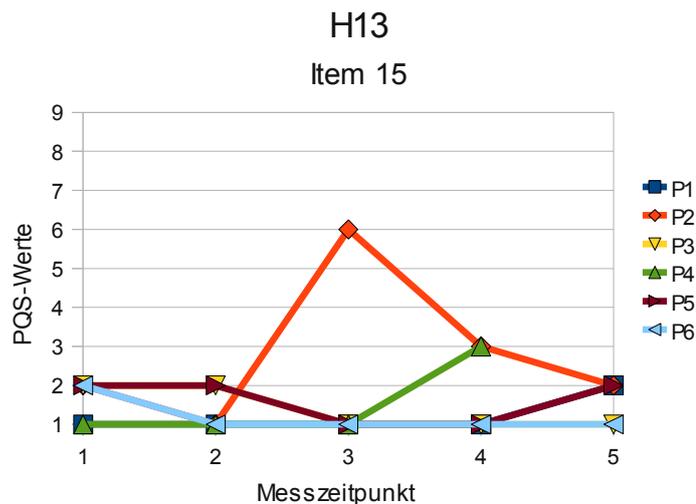


Abbildung 4.12: Hypothese 13 / Item 15

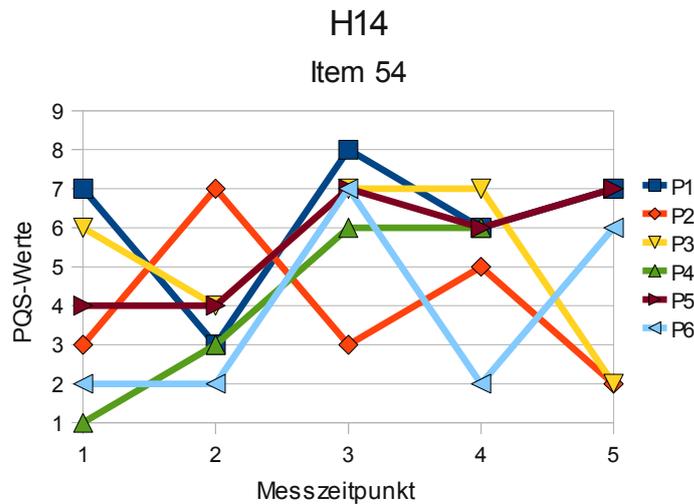


Abbildung 4.13: Hypothese 14 / Item 54

4.7.14 Hypothese 14

H14: Klarheit und Strukturiertheit der Ausdrucksweise eines Patienten mit positivem Outcome bleiben gut oder verbessern sich während der Therapie.

Die Patienten P1, P4 und P5 beendeten die Therapie mit einem positiven Outcome. Die Werte des PQS-Items 54 bewegen sich beim Patienten P1 zwischen 6 und 8, d.h., dass die Ausdrucksweise des Patienten tendenziell oder charakteristisch leicht verständlich, klar und flüssig war (siehe Diagramm 4.13). Patient P4 startete in die Therapie mit einer Ausdrucksweise, die weitschweifig, häufig abschweifend und vage war. Zum zweiten Messzeitpunkt 'besserte sich' der Wert von 1 auf 3 und zum dritten und vierten Messzeitpunkt auf den Wert 6, was eine tendenzielle Klarheit und Strukturiertheit erkennen lässt. Bei Patient P5 entwickelte sich der PQS-Wert von Wert 4 (erster und zweiter Messzeitpunkt) auf 6 (vierter Messzeitpunkt) und 7 (dritter und fünfter Messzeitpunkt). Hypothese H14 kann also angenommen werden.

4.7.15 Hypothese 15

H15: Ist der Patient introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen, so ist positiver Outcome zu erwarten.

Patient P1 prüft am ersten Messzeitpunkt charakteristisch, dann tendenziell Gedanken und Gefühle relativ frei von Blockaden (siehe Diagramm 4.14). Patient P4 ist zum ersten und vierten Messzeitpunkt charakteristisch, zum zweiten und dritten Messzeitpunkt tendenziell bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen. Durchgehend charakteristisch wurde das Item 97 beim Patienten P5 geratet. Hypothese H15 kann beibehalten werden.

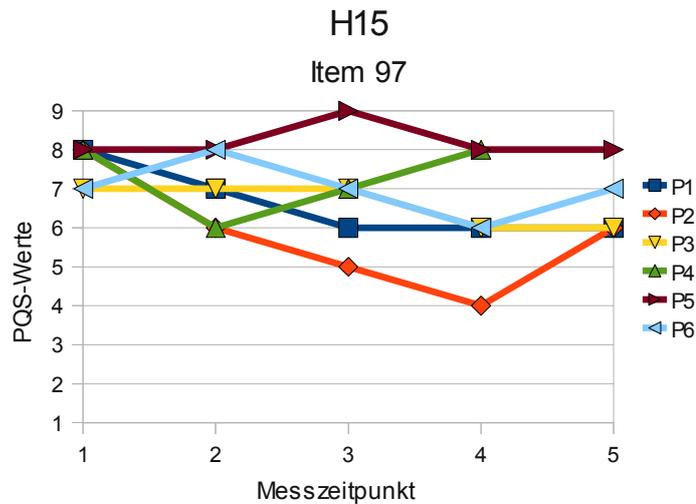


Abbildung 4.14: Hypothese 15 / Item 97

4.7.16 Hypothese 16

H16: Mit unsicher-ambivalent gebundenen Patienten werden Unterbrechungen in der Therapie oder das Therapieende thematisiert.

Eine Unterbrechung bzw. das Therapieende wurde in zwei Therapien thematisiert, bei Patient P2 zum vierten und fünften Messzeitpunkt und bei Patient P5 zum zweiten und fünften Messzeitpunkt (siehe Diagramm 4.15). Die Patienten P2, P5 und auch der Patient P6 waren am Anfang der Therapie als traumatisiert/unsicher-ambivalent eingestuft, Patient P3 als unsicher-ambivalent/sicher gebunden. Zum vierten Messzeitpunkt änderte sich der Bindungsstil bei Patient P2 zu traumatisiert/unsicher-vermeidend, bei Patient P3 zu

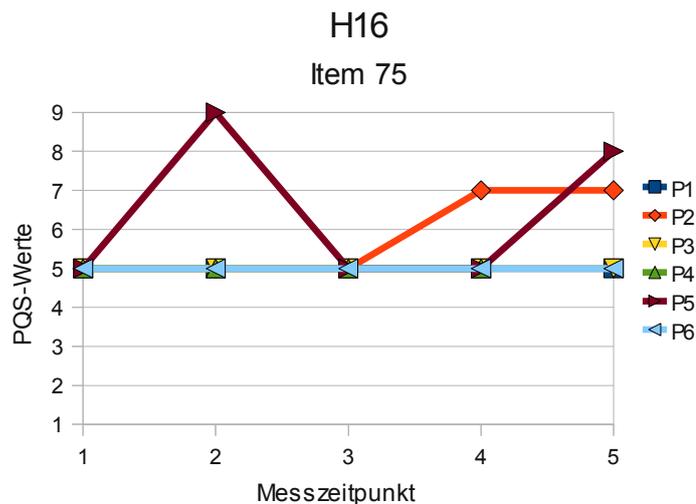


Abbildung 4.15: Hypothese 16 / Item 75

unsicher-vermeidend, bei Patient P5 zu sicher gebunden und bei Patient P6 zu traumatisiert/nicht eindeutig klassifizierbar. Da nicht alle Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil Unterbrechung oder Trennung thematisiert haben, muss die Hypothese H16 abgelehnt werden.

4.7.17 Hypothese 17

H17: Bei der Behandlung von Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil werden am Anfang vorzugsweise zwischenmenschliche Beziehungen thematisiert. Die Behandlung von unsicher-vermeidenden Patienten beginnt eher mit der Thematisierung des Selbstbilds.

Die Patienten P2, P5 und auch Patient P6 waren am Anfang der Therapie als traumatisiert, unsicher-ambivalent eingestuft, Patient P3 unsicher-ambivalent/sicher. Patient P1 erhielt am Anfang die Einstufung traumatisiert/unsicher-vermeidend und Patient P4 eine sichere Bindungseinschätzung. Wie aus dem Diagramm 4.16(b) hervorgeht, thematisieren die Patienten P3, P5 und P6 zwischenmenschliche Beziehungen zum ersten Messzeitpunkt charakteristisch, die Patienten P1, P2 und P4 tendenziell. Diagramm 4.16(a) zeigt, dass die Patienten P1 und P4 charakteristisch, die Patienten P2, P3 und P5 tendenziell das Selbstbild in den Fokus des Gesprächs stellen und es bei Patient P6 irrelevant ist, das Selbstbild zu thematisieren. Zum ersten Messzeitpunkt hat sich meine Annahme hinsichtlich Hypothese H17 bestätigt, so kann diese angenommen werden.

H17a: Die Therapiethemen der Patienten ändern sich im Verlauf der Behandlung. Sie passen sich dem aktuellen Bindungsstil an: Für unsicher-ambivalente Patienten stehen zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus, für unsicher-vermeidende Patienten wird das Selbstbild zur zentralen Frage.

Zum vierten Messzeitpunkt wechselte der Bindungsstil bei Patient P2 zu traumatisiert/unsicher-vermeidend, bei Patient P3 zu unsicher-vermeidend, bei Patient P5 zu sicher gebun-

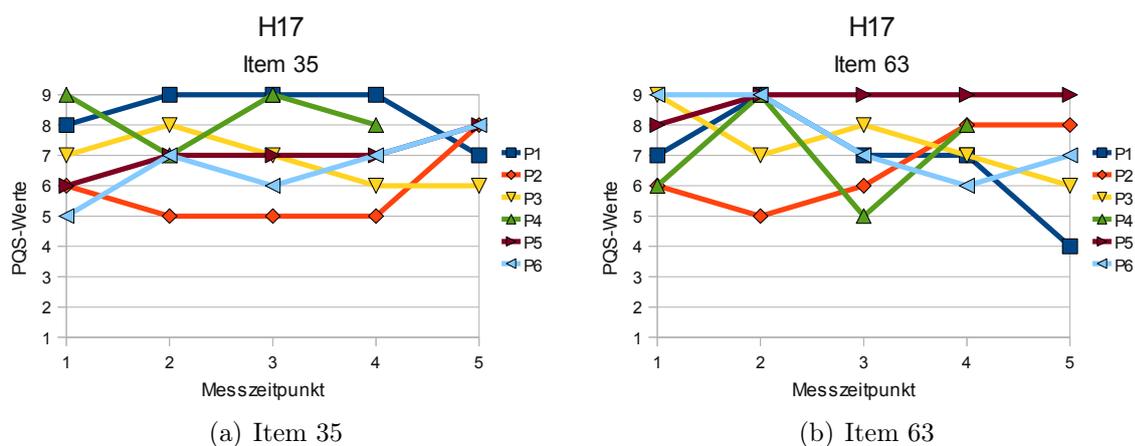


Abbildung 4.16: Hypothese 17

den und bei Patient P6 zu traumatisiert/nicht eindeutig klassifizierbar. Patient P1 wurde zum vierten Messzeitpunkt als sicher gebunden eingestuft, Patient P4 ist sicher gebunden geblieben. Patient P1 fokussiert zum vierten Messzeitpunkt weiterhin charakteristisch auf das Selbstbild, so wie Patient P4 (siehe Diagramm 4.16(a)). Bei beiden werden also die Anfangsthemen beibehalten, wobei bei Patient P4 auch die zwischenmenschlichen Beziehungen als charakteristisch zur Themenwahl dazukommen (siehe Diagramm 4.16(b)). Patient P2 beschäftigt sich zum vierten Messzeitpunkt charakteristisch mit zwischenmenschlichen Beziehungen, das Selbstbild ist irrelevant. Patient P3 bespricht beide Themen tendenziell, Patient P5 bleibt auch seinem Anfangsthema, zwischenmenschliche Beziehungen, charakteristisch treu, behält aber den Fokus tendenziell auf dem Selbstbild. Patient P6 thematisiert beide hier untersuchten Themen tendenziell zum vierten Messzeitpunkt. Da die meisten Patienten die Anfangsthemen während der Behandlung beibehalten und sich auch nach Veränderung der Bindungsqualität charakteristisch damit beschäftigen, kann die Hypothese H17a nicht angenommen werden.

Kapitel 5

Diskussion und Ausblick

In diesem Teil werden die Ergebnisse zweier Patienten, Patient 6 und 1, im Hinblick auf den therapeutischen Prozessverlauf miteinander verglichen, diskutiert und in den bisherigen Stand der Forschung integriert. In dieser Studie ist die Vergleichbarkeit der Patienten gewährleistet. Sowohl das Strukturniveau als auch der Schweregrad der Konfliktwelt der Patienten sind miteinander vergleichbar. Mehr Information erhält der Leser zu den jeweiligen Patienten bewusst nicht. Der Schutz der Patienten verbietet in der Diskussion die Wiedergabe genauer Details. Des Weiteren wird in diesem Kapitel über die Ergebnisse der Itemebene und die Methoden diskutiert und zum Schluss ein Ausblick auf weitere Forschungsarbeiten gewährt, welche die hier gewonnenen Ergebnisse weiterverfolgen oder replizieren können.

5.1 Diskussion der Patientenergebnisse

Die Outcome Variablen der zwei Patienten lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Patient 6 zeigte zum ersten Messzeitpunkt auf mäßig bis gut integriertem Strukturniveau als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher passivem Modus einen Individuations vs. Abhängigkeitskonflikt und als zweitwichtigsten Konflikt einen sehr bedeutsamen Selbstwertkonflikt. Der Unterwerfungs vs. Kontrollekonflikt und der Versorgungs vs. Autarkiekonflikt wurde zu diesem Messzeitpunkt als bedeutsam gewertet, der ödipale Konflikt konnte nicht beurteilt werden. Im AAI wurde der Patient zum ersten Messzeitpunkt als E1/U (unsicher- verwickelt, passiv/traumatisiert) klassifiziert. Die OPD Diagnose zeigt zum Messzeitpunkt T4 den Patienten auf gut bis mäßig integriertem Strukturniveau mit einem ödipalen Hauptkonflikt mit vorwiegend aktivem Modus und als zweitwichtigsten Konflikt (nur noch bedeutsam) einen Selbstwertkonflikt. Die Reflexivität des Patienten hat im Laufe der Therapie abgenommen, zwischen den Messzeitpunkten E1 und T4 von Wert 6 auf 5a. Der Wert 6 steht für den Zwischenbereich zwischen einer durchschnittlichen und einer ausgeprägten

reflexiven Kompetenz. Der Wert 5 steht für eine durchschnittliche selbstreflexive Funktion auf der durchschnittlichen Verständnisebene.

Patient 1 zeigte zum ersten Messzeitpunkt auf mäßig integriertem Strukturniveau als Hauptkonflikt mit gemischtem, eher aktivem Modus einen Selbstwert- und als zweitwichtigsten Konflikt einen Identitätskonflikt. Der Unterwerfungs- vs. Kontrollkonflikt wird als bedeutsam gewertet. Im AAI wurde der Patient als U/Ds3 (traumatisiert/unsicher-vermeidend) klassifiziert. Die OPD Diagnose zum Messzeitpunkt T4 zeigt den Patienten auf mäßig bis gut integriertem Strukturniveau mit einem Unterwerfungs- vs. Kontrolle-Hauptkonflikt mit gemischtem, eher aktivem Modus und als zweitwichtigsten Konflikt (nur noch bedeutsam) einen Selbstwertkonflikt. Die AAI Klassifikation F4/E2/Ds2 zum Zeitpunkt T4 bedeutet, dass der Patient sich nun eine sicher-autonome Bindung mit schwierigen, traumatisierten Kindheitserfahrungen erarbeitet hat. Die Nebenbezeichnungen deuten darauf hin, dass er einen unsicher-verwickelten, konflikthaft verärgerten Umgang mit Bindungsthemen hat und unsicher-vermeidende Tendenzen mit 'abgewerteter Bindung' zeigt. Die Reflexivität des Patienten hat sich vom Messzeitpunkt T1 zum T4 vom Wert 6 auf 7 verändert. Der Wert 7 steht für eine ausgeprägte reflexive Kompetenz.

5.1.1 Diskussion der PQS-Patientvariablen

Tatsächlich baut jeder Mensch eine Bindung auf, deren Qualität aber unterschiedlich ausfallen kann. Die Bindungsqualität ist für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung von Bedeutung, da, je nach Interaktionsmuster der Patienten, dieses Verhalten im Gegenüber zu unterschiedlichen Reaktionen führen kann. Nach Strauß (Strauß, 2006) kann man davon ausgehen, dass eine therapeutische Beziehung eine Bindungsbeziehung ist, in deren Rahmen die Sicherstellung einer sicheren Basis für die Exploration ein wesentliches Charakteristikum ist. Man kann davon ausgehen, so zeigten zahlreiche Untersuchungen z.B. (Dozier & Bates, 2004), dass bindungsbezogene 'states of mind' sowohl die Erwartung der Patienten an den Therapeuten als auch die Reaktionen der Therapeuten auf unterschiedlich gebundene Personen beeinflussen. In der Studie von Dozier et al. (Dozier & Bates, 2004) beschreiben die Autoren verschiedene Gegenübertragungsgefühle der Interviewer. So wurden verstrickte Personen von den AAI Interviewern als beanspruchend, abweisende Personen als unbehaglich und autonome Personen als unkompliziert wahrgenommen. Auch die Behandlung von autonomen Patienten sei laut den Autoren lohnender als die von abweisenden Patienten, welche oft ein ständiger Kampf um die Beziehung sei. Je nach dem was für ein Bindungsangebot vom Patienten kommt, reagiert der Therapeut darauf. In dem nächsten Teil werde ich die Interventionen und Reaktionen des Therapeuten schildern, nun stelle ich zuerst dar, mit welchen Gefühlen der Patient dem Therapeuten begegnet.

Der am Anfang der Therapie traumatisiert und unsicher-vermeidend klassifizierte Patient 1 (siehe Abschnitt 1.2.1 und Abschnitt 1.3.2) begegnet seinem Therapeuten sehr vertrauensvoll und sicher (Item 44), fühlt sich von ihm immer sehr verstanden (Item 14) und weist seine Bemerkungen und Beobachtungen nicht zurück. Dieser Befund entspricht nicht

dem Verhalten, das man anhand des Studiums der Literatur vermuten würde ((Fremmer-Bombik, 1995),(Main, 2001)). Erlebte Traumatisierung geht mit einem unsicheren Weltbild einher und die Erfahrung häufiger Zurückweisung durch die Bindungsperson führt zu unsicherem, Nähe vermeidendem Bindungsverhalten. Personen mit unsicher-vermeidenden Klassifizierungen haben gelernt, dass der Ausdruck ihrer Bindungsbedürfnisse zu Ablehnung und Rückzug seitens der Bindungsperson führt, was den Selbstwert der betroffenen Person nicht in genügendem Maße entwickeln lässt. Diese Wirkung zeigt sich im Konfliktbild des Patienten.

Patient 1 ist in der Therapie aktiv und bereit, ausführlich und intensiv über Themen zu sprechen, die er entweder spontan liefert oder als Antwort auf Deutungen vom Therapeuten gibt. Er ist tendenziell auch introspektiv und bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen. Ambivalente Gefühle dem Therapeuten gegenüber erlebt der Patient 1 tendenziell eher nicht, das Item 49 wurde nur in einer Stunde, T163, als charakteristisch geratet. Auch Ärger oder negative Gefühle gegenüber dem Therapeuten zeigt der Patient tendenziell nicht. In der Studie von Porcerelli et al. (Porcerelli et al., 2009) wurde ein positiver Zusammenhang gefunden zwischen günstigen Outcome Variablen und dem Umstand, dass der Patient in Bezug auf den Therapeuten negative Gefühle erlebt (Item 49) und äußert (Item 1). Der Befund von Porcerelli et al. kann also hier nicht repliziert werden.

Auch der unsicher-ambivalente und traumatisierte Patient 6 (siehe Abschnitt 1.2.1 und Abschnitt 1.3.2) ist vorwiegend sehr sicher und vertrauensvoll, jedoch ist er in der Stunde T83 tendenziell misstrauisch und wachsam gegenüber dem Therapeuten. Bei unsicher-ambivalenten Personen steht die Unberechenbarkeit der Verfügbarkeit der Bindungsfigur im Vordergrund. Dies führt dazu, dass die eigene Liebeshwürdigkeit und die Wertschätzung durch die Bezugsperson in Frage gestellt wird. Und daraus folgt wiederum, dass die Person mit den Bezugspersonen verstrickt bleibt und ein ständiges Bedürfnis nach Nähe und Wertschätzung durch andere hat. Für dieses Verhalten spricht, dass der Patient 6 auch ambivalente oder widersprüchliche Gefühle dem Therapeuten gegenüber zeigt, in den Stunden T80, T159 und T318, und zwar charakteristisch. In diesen Stunden äußert er auch seine negativen Gefühle gegenüber seinem Therapeuten. Weiter sucht Patient 6 die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten tendenziell zum ersten und zweiten Messzeitpunkt, zum dritten und vierten Messzeitpunkt sind die Werte des Items 78 gemischt und zum fünften Messzeitpunkt verhält der Patient sich nicht in dieser Art. Dies heißt, dass er sich im Laufe der Zeit von seinem ursprünglichen Bindungsverhalten distanzieren konnte. Bei der Outcome-Untersuchung erhielt der Patient die Klassifikation U/CC/E2/Ds1. Die CC Klassifizierung wird bei Fällen verwendet, in denen der Rater keine eindeutige Klassifizierung vornehmen kann, da der Interviewer Merkmale verschiedener Kategorien beim Patienten wahrnimmt. Es ist sehr wahrscheinlich, dass der Patient zwar sein ursprünglich unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten teilweise ablegen konnte, sich aber noch nicht für ein neues Modell festlegen konnte. Wie oben schon erwähnt, spielt natürlich auch die Bindungssicherheit, Sensitivität und Mentalisierungsfähigkeit auf Seiten des Therapeuten für die Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung eine wesentliche Rolle.

Patient 6 fühlt sich in der therapeutischen Beziehung verstanden, tendenziell unterstützt und nimmt die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten an. Auch er ist in der Therapie aktiv und bereit, sowohl tendenziell als auch charakteristisch, Gefühle und Gedanken zu erforschen. Wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten ist er nicht beunruhigt, er beschäftigt sich mit dem Thema nur in der Stunde T238 tendenziell.

Weder Patient 1 noch Patient 6 scheinen zum Therapeuten eine große Nähe anzustreben. Die Sympathie und Zuneigung sucht Patient 1 tendenziell nur zum ersten Messzeitpunkt. Zum dritten und fünften Messzeitpunkt ist dieses Verhalten gemischt, zum zweiten und vierten Messzeitpunkt sucht er die Zustimmung und Zuneigung des Therapeuten tendenziell nicht.

Patient 1 beschäftigt sich tendenziell nicht damit, was der Therapeut von ihm denkt, bei Patient 6 schwanken die Werte des Items 53. Zum fünften Messzeitpunkt beschäftigt er sich nicht mit dem Thema, in den übrigen Therapiephasen manchmal schon und in der nächsten Stunde wieder nicht.

Während Patient 1 tendenziell in seiner Ausdrucksweise immer klar und strukturiert ist, bekommt der Patient 6 in den Stunden E2, T83 und T240 den Wert 2, was eine charakteristische Weitschweifigkeit bedeutet.

Was die Patientenitems angeht, stellten Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) fest, dass die Items 88 (Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache) und 73 (Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet) mit einem hohen RF-Wert einhergehen. Mit einem niedrigen RF-Wert gehen die Items 14 (Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden), 15 (Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv), 42 (Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück vs. er nimmt sie an) und 44 (Der Patient ist wachsam und misstrauisch vs. vertrauensvoll und sicher) einher.

Bis auf Item 88 und Item 73 wurden alle Items, die von Karlsson et al. mit hohem bzw. mit niedrigem RF-Wert in Zusammenhang gebracht worden waren, oben bereits beschrieben. Auch hier widerlegen meine Beobachtungen die Ergebnisse von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006). In der Bewertung von den Items 14, 15, 42 und 44 gibt es nur minimale Unterschiede zwischen Patient 1 und Patient 6. Beide fühlen sich verstanden und sind aktiv an der Therapie beteiligt. Patient 6 weist nur in der ersten Stunde Beobachtungen vom Therapeuten zurück, dann nimmt er sie, so wie Patient 1, an. Patient 1 ist durchweg vertrauensvoll und sicher, so wie Patient 6, bei dem das nur in einer Stunde nicht der Fall ist. Aber vielleicht liegt der Unterschied zwischen meinen Ergebnissen und den Ergebnissen der Karlsson Studie daran, dass die Autoren nicht genau operationalisiert haben, was sie unter einem hohen und einem niedrigen RF-Wert verstehen. Wenn Karlsson et al. einen RF-Wert von 5 (durchschnittlich) schon als hohen Wert verstehen, dann weisen meine Ergebnisse auf das gleiche Resultat hin, denn der Patient 6 erreicht den Wert 5 als Outcome-Wert. Fonagy meint an verschiedenen Stellen, z.B. (Fonagy et al., 2008) und (Fonagy et al., 2000), dass in der nicht klinischen Bevölkerung ein Durchschnittswert 5 im Allgemeinen vorherrscht, in

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 88	5	7	8	9	8	6	8	6	7	6
Item 73	7	6	6	7	7	6	6	4	7	5

Item 88 Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
Item 73 Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.

Tabelle 5.1: Item 88 und 73 bei Patient 1

klinischen Stichproben eine niedrigere Einstufung. Es könnte also sein, dass Karlsson den Maßstab von Fonagy verwendete und den durchschnittlichen RF-Wert als hoch definierte. Die Auswertungen der Items 88 und 73, die in meiner Untersuchung nicht aufgenommen worden sind, siehe in Tabelle 5.1 und Tabelle 5.2.

Patient 1 bringt tendenziell oder charakteristisch durch die Therapie hindurch relevante Themen zur Sprache und er fühlt sich tendenziell der therapeutischen Arbeit verpflichtet. In der Studie von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) gehen diese Items, so wie im Fall von Patient 1, mit einem hohen RF-Wert einher.

Auch Patient 6 bringt relevante Themen zur Sprache (Item 88) und zwar fast immer charakteristisch. Er fühlt sich tendenziell durchgehend der therapeutischen Arbeit verpflichtet. Wie oben schon erwähnt, wird leider aus dem Artikel von Karlsson et al. nicht eindeutig klar, was die Autoren unter einem hohen reflexiven Funktionswert verstehen. Vielleicht würden beide hier vorgestellten Patienten in die Kategorie hoher RF-Wert gehören. In diesem Fall hätten Karlsson und ich vergleichbare Ergebnisse, was die Items 88 und 73 betrifft.

5.1.2 Diskussion der PQS-Therapeutvariablen

Therapeutenitems zum Feinfühligkeitskonzept

Bowlby (Bowlby, 1988) regt an, dem Patienten innerhalb der therapeutischen Beziehung eine verlässliche, sichere Basis in der Person des Therapeuten zu bieten, von der aus er seine mentale Bindungsrepräsentation explorieren und verändern kann. Der Patient, der sich in Therapie begibt, weist in der Regel Leidensdruck auf und fühlt sich gestresst oder

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 88	9	7	9	8	8	3	8	8	8	8
Item 73	6	6	7	6	5	7	7	7	6	7

Item 88 Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.
Item 73 Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.

Tabelle 5.2: Item 88 und 73 bei Patient 6

krank, sodass sich das Bindungsverhalten des Patienten an seinen Therapeuten richtet und sich eine Patient-Therapeut Bindung etabliert (siehe auch (Dozier & Bates, 2004), (Strauß, 2006) und (Höger, 2005)).

Daher sollte der Therapeut, so Bowlby (Bowlby, 1988), folgende Aspekte in der Therapie berücksichtigen, wie im Abschnitt 1.1 bereits berichtet, um eine gute therapeutische Bindung aufzubauen und so eine Veränderung des Bindungsstils des Patienten evozieren zu können:

- Der Therapeut sollte dem Patienten als sichere Basis dienen, von der aus dieser seine momentanen und vergangenen Beziehungen explorieren und reflektieren kann,
- er sollte Wert auf die therapeutische Beziehung legen,
- sich in Kenntnis der unterschiedlichen Bindungsmuster flexibel im Hinblick auf den Umgang mit Nähe und Distanz in der Interaktion verhalten und
- seinen Patienten dazu ermutigen, seine Bindungsstrategien auf ihre aktuelle Angemessenheit zu überprüfen.

Der Therapeut verkörpert in der therapeutischen Beziehung demnach eine sichere Explorationsbasis von der aus der Patient eine Korrektur seiner Bindungserfahrungen vornehmen kann. Innerhalb der sicheren Patient-Therapeut Bindung fühlt der Patient sich ermutigt, während der Therapiesitzungen problematische und angsterzeugende Ereignisse zu explorieren ((Mallinckrodt, Porter & Kivlighan, 2005),(Dozier & Tyrrell, 1998) und (Tyrrell, Dozier, Teague & Fallot, 1999)).

Eine Vertrautheit mit der AAI-Literatur, so Steele (Steele et al., 2009), verbessert das Verständnis des Therapeuten für die Entwicklung der Emotionsregulierung und der mentalen Repräsentation über die Bindung des Patienten. In dem vorliegenden Vergleich waren beide Therapeuten im Rahmen der Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie von Prof. Mertens in Bindungsfragen geschult und für das Thema sensibilisiert.

Der Therapeut von Patient 1 wurde ausnahmslos in jeder Stunde als charakteristisch einfühlsam, empathisch, wertschätzend, empfänglich und affektiv involviert von den Raterinnen gesehen. Der Therapeut von Patient 6 wurde in T83 und T240 nur tendenziell, in den anderen Stunden aber auch charakteristisch empathisch und einfühlsam wahrgenommen. Leider steht mir die Bindungsqualität der Therapeuten nicht zur Verfügung und es wäre ein Fehler, aus zwei Stunden, in denen der Therapeut nicht einfühlsam genug dem Patienten begegnete, weitreichende Erkenntnisse abzuleiten. Dennoch kann ich feststellen, dass der Therapeut von Patient 6 weniger empathisch, einfühlsam und affektiv involviert war während der aufgezeichneten und ausgewerteten Stunden als der Therapeut von Patient 1. Rubino et al. (Rubino et al., 2000) konnten in ihrer Studie einen Zusammenhang feststellen, demnach reagieren unsicher gebundene Therapeuten auf ihre Patienten weniger empathisch.

Der Therapeut von Patient 6 war in den Stunden E1, T80, T159 und T320 nur tendenziell, in den Stunden T240 und T318 charakteristisch affektiv involviert, empfänglich und wertschätzend dem Patienten gegenüber. In der Stunde T238 war er sogar tendenziell distanziert und unbeteiligt und in den Stunden E2, T83 und T162 war das Item 9 mit dem Wert 5 als irrelevant geratet worden. In der Studie von Karlsson et al. fanden die Autoren einen positiven Zusammenhang zwischen hohem RF-Wert und einem charakteristisch gerateten Item 6 (Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch) (Karlsson & Kermott, 2006). Auch in dem Vergleich der Therapeuten von Patient 6 und Patienten 1 zeigt sich diese Tendenz. Der Therapeut von Patient 1 ist einfühlsamer und empathischer und ich vermute, dass auch das Item 9 (Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert)) eine Aussagekraft über die Veränderung auf der RF-Skala besitzt.

Auch das Item 28 (Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr) wurde in der Studie von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) mit einem hohen RF-Wert assoziiert. In der Studie von Porcerelli et al. (Porcerelli et al., 2009) wurde mit dem hoch gewerteten Item 28 ein positiver Outcome assoziiert. Bei Patienten 6 und 1 nahm der jeweilige Therapeut charakteristisch, aber vorwiegend eher tendenziell, den therapeutischen Prozess richtig wahr, also besteht kein nennenswerter Unterschied zwischen den Therapeuten. Gemessen mit der RF-Skala und dem AAI, hat sich Patient 1 günstiger entwickelt als Patient 6. Dennoch ergab das Ergebnis der Strukturdiagnose beider Patienten ein positives Ergebnis. Bei beiden Patienten wurde ein verbessertes Strukturniveau zum Messzeitpunkt T4 festgestellt. In der vorliegenden Studie kann also dem Item 28 keine besondere Aussagekraft zugeschrieben werden. Die Wichtigkeit dieses Items für den therapeutischen Prozess kann nicht bestätigt werden.

Therapeutenitems zu den Skills des Therapeuten und zur Exploration

Caspar (Caspar, 2003) beschreibt die therapeutische Vorgehensweise als Balanceakt zwischen Sicherheit und Herausforderung. Der Therapeut sieht sich im Therapieprozess mehr oder weniger häufig vor die Entscheidung gestellt, ob er seinem Patienten Sicherheit bieten oder ihn fordern soll. Die Herstellung einer guten Balance in diesem Spannungsfeld ermöglicht dem Patienten laut Caspar Veränderungsschritte, welche durch die ausreichende Vermittlung eines Gefühls von Sicherheit gegangen werden können. Dieses Modell erinnert an das Bild der Bindungsperson, das Bowlby (Bowlby, 1988) benutzt: die sichere Basis, von der aus der Patient seine Umwelt explorieren kann.

Der Therapeut von Patienten 1 nimmt zum ersten und zum dritten Messzeitpunkt (E1, E2, T161, T163) eine zustimmende, supportive Haltung gegenüber dem Patienten ein. In den übrigen Stunden ist so eine Haltung eher uncharakteristisch. Der Therapeut von Patient 6 zeigt solch eine Haltung nicht, nur tendenziell in der zweiten Stunde E2. Er nimmt keine supportive Rolle ein, er hinterfragt eher die Sichtweise des Patienten schon ab dem zweiten Messzeitpunkt. Hingegen schwankt dieser Aspekt im therapeutischen Prozess mit dem

Patienten 1. Hier stellt der Therapeut charakteristisch erst zum vierten und fünften Messzeitpunkt die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage. Den Patienten aktiv zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken zu ermutigen, scheint in beiden Therapien als nicht relevant. Beide Therapeuten tendieren dazu, den Patienten nicht unmittelbar zu beruhigen, wobei der Therapeut von Patienten 6 sich rigoroser an diese Haltung hält.

Es kann vermutet werden, dass der Therapeut von Patient 1 durch sein supportives und manchmal forderndes Verhalten, besonders am Anfang bzw. am Ende der Therapie, eine stabile, sichere Basis für die Weiterentwicklung seines Patienten geschaffen hat.

Therapeutenitems zur Förderung der Mentalisierung

Durch die Spiegelungsaktivität der primären Bezugspersonen entsteht erst die sogenannte Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy et al., 2008). Im therapeutischen Prozess setze ich die Intervention des Klarifizierens mit der sogenannten 'markierten Spiegelung' gleich (Abschnitt 1.4 und Abschnitt 1.4.1), welche bei der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit eine wesentliche Rolle spielt. Beim Therapeuten von Patient 1 ist das Klarifizieren, also Aussagen oder Überzeugungen des Patienten in einer erkennbaren Form neu zu formulieren, zum ersten Messzeitpunkt und in den Stunden T78 und T242 sehr (Wert 9), im übrigen Verlauf tendenziell charakteristisch. Der Therapeut von Patient 6 klarifiziert von Anfang an nur tendenziell und nur in zwei Stunden (T159 und T320) charakteristisch. Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten 6 entwickelt sich in dieser Therapie nicht weiter, sie wird zum Ende sogar niedriger eingestuft. Diamond et al. (Diamond et al., 2003) zeigten in ihrer Studie, dass eine direkte Spiegelung der reflexiven Funktion beim Therapeuten und Patienten in Bezug zueinander zu keinen hohen Änderungen der Skalen führt. Es genügt also nicht die reine Spiegelung, sondern die Aussagen und Überzeugungen des Patienten müssen in einer erkennbaren Form neu formuliert sein.

Die Fähigkeit der Eltern, Geist und Seele des Kindes wahrzunehmen, fördert das generelle Verständnis des Kindes über seelische Prozesse (Daudert, 2002). Darum soll die Bezugsperson mit ihren eigenen Emotionen im Einklang sein. Emotionale Konflikte des Therapeuten wirken bei beiden Prozessen nicht störend für die therapeutische Beziehung. Auch die oben genannte Empfänglichkeit, affektive Involviertheit und nicht zuletzt die absolvierte Ausbildung und Erfahrung der Therapeuten lässt es vermuten, dass beide in der Lage sind, Geist und Seele ihrer Patienten wahrzunehmen. Dies zeigen sie auch dadurch, dass sie eine gewisse tendenzielle Zuversicht und Selbstsicherheit ausstrahlen.

Auffallend ist, dass der Therapeut von Patient 1 in allen Stunden entweder tendenziell oder charakteristisch, ausgedrückt in den Werten 7, 8, oder 9, die Gefühle des Patienten betont, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben. Der Therapeut von Patient 6 tut dies nicht in solchen Maßen. Das Item 81 wurde in diesem Prozess nur in zwei Stunden (T238 und T320) als charakteristisch geratet. Die Werte 4, 5, 6 und 7 sprechen dafür, dass diese Intervention von diesem Therapeuten nicht in hohem Maße präferiert wird.

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 50	4	5	7	8	3	3	7	9	6	6
Item 17	2	8	6	3	7	7	3	1	3	6

Item 50 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält.

Item 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.

Tabelle 5.3: Item 50 und 17 bei Patient 1

In der Studie von Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) fanden die Autoren einen positiven Zusammenhang zwischen hohem RF-Wert und Item 50 (Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält). Ein niedriger RF-Wert wurde mit Item 17 (Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv) assoziiert. In die vorliegende Studie wurden diese Items nicht aufgenommen, da sie nicht als bindungsrelevant genug eingestuft wurden. Wie aus der Tabelle 5.3 und Tabelle 5.4 herauszulesen ist, widerlegen meine Ergebnisse den Befund von Karlsson et al.

Der Therapeut von Patient 1 lenkt charakteristisch in zwei Stunden (T80 und T245) und tendenziell in vier Stunden (T78, T242, T299 und T300) die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält. In den übrigen Stunden ist das Item entweder irrelevant (E2) oder der Therapeut hebt tendenziell (E1, T161 und T163) keine Gefühlsreaktionen hervor, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind. Die Studie der Werte des Items 17 zeigt, dass der Therapeut von Patient 1 in den Stunden T78, T161, T163 und T300 tendenziell und in der Stunde E2 charakteristisch interveniert. In den Stunden E1 und T245 ist dieses Item uncharakteristisch und in den Stunden T80, T242 und T299 tendenziell uncharakteristisch, was so viel heißt, dass der Therapeut selten interveniert und wenig strukturiert.

Der Therapeut von Patient 6 lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (charakteristisch in den Stunden T299 und T300 und tendenziell in den Stunden E2, T78, T161, T163, T242 und T245). In den Stunden E1 und T80 ist das Item 50 uncharakteristisch. Der Therapeut von Patienten 6 strukturiert nur zum ersten Messzeitpunkt, im Verlauf der Analyse ist das Item durchweg uncharakteristisch mit den Werten 1, 2, 3 und 4.

	E1	E2	T78	T80	T161	T163	T242	T245	T299	T300
Item 50	2	6	6	4	7	7	6	6	9	8
Item 17	6	9	2	1	2	3	2	2	4	2

Item 50 Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält.

Item 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.

Tabelle 5.4: Item 50 und 17 bei Patient 6

Wenn man für das Item 50 über die Stunden einen Durchschnittswert errechnet, bekommt man beim Therapeuten von Patient 1 einen Wert von 5,8 und beim Therapeuten von Patienten 6 einen Wert von 6,1. Also genau das Gegenteil von dem, was Karlsson et al. (Karlsson & Kermott, 2006) in ihren Ergebnissen vorstellen. Der Durchschnittswert von Item 17 beträgt beim Therapeuten von Patient 1 den Wert 4,6 und beim Therapeuten von Patienten 6 den Wert von 3,3. Nach den Ergebnissen der Karlsson Studie hätte also Patient 6 bessere RF-Wert erzielen müssen. Es ist aber durchaus möglich, dass dieser Unterschied daran liegt, dass meine Untersuchung Langzeittherapien unter die Lupe nimmt und die Untersuchungen von Karlsson et al. sich mit Kurzzeittherapien befassen. Dies würde auch die theoretischen Überlegungen von Fonagy et al. (Fonagy et al., 2008) unterstützen, der sagt, dass Kurzzeittherapien die Zunahme von RF-Werten nicht fördern. Die Überlegung ist, dass die Verbesserung der reflexiven Funktion ein ganzheitliches, mentales Bild der Objektbeziehung mit sich bringt, was nur in 'einsichtorientierten' Langzeitpsychotherapien möglich ist. Natürlich kann man aus zwei Fällen keine statistische Relevanz herausziehen. Man könnte jedoch in einer Folgestudie aus dem Datenpool der Forschungsgruppe um Prof. Mertens mit den gesamten PQS Ergebnissen aller zwanzig Patienten die nötigen statistischen Untersuchungen durchführen.

Weitere Aspekte der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit und Reflexivität wurden in Abschnitt 5.1.1 diskutiert.

5.1.3 Diskussion der PQS-Interaktionsvariablen

Zwischenmenschliche Beziehungen sind bei beiden Patienten charakteristisch oder tendenziell Hauptthema. Während Patient 1 dies zum zweiten und dritten Messzeitpunkt zum Hauptthema macht, beschäftigt sich Patient 6 charakteristisch mit zwischenmenschlichen Beziehungen zum ersten und zweiten Messzeitpunkt. Liebes- oder romantische Beziehungen spricht Patient 1 eher nicht an, nur in der Stunde T242, hingegen setzt sich Patient 6 in verschiedenen Phasen der Therapie mit dem Thema auseinander (Stunden E1, T83 und T320).

In der Therapie von Patient 1 ist sein Selbstbild bis auf den fünften Messzeitpunkt, hier auch tendenziell, immer ein charakteristisches Thema. Bei Patient 6 schwankt die Wichtigkeit dieses Themas durchgehend immer wieder zwischen charakteristisch und tendenziell.

Über die therapeutischen Beziehungen sprechen Therapeut und Patient 1 nur einmal charakteristisch, in der Stunde T245, Patient 6 und sein Therapeut fokussieren in zwei Stunden (T238 und T318) charakteristisch und in drei Stunden (T80, T83 und T240) tendenziell auf ihre Beziehung. Porcerelli et al. (Porcerelli et al., 2009) fanden einen positiven Zusammenhang zwischen dem Therapieerfolg und einem hohen Wert des Items 100. Wie gesagt, das Strukturniveau von Patient 6 und auch von Patient 1 entwickelte sich günstig im Laufe der Therapie. Wenn hier Therapieerfolg mit Verbesserung der Strukturdiagnose operationalisiert wird, dann wird hier dieser Befund von Porcerelli et al. repliziert. Und zwar ist

das Maß der Verbesserung des Strukturniveaus von Patient 6 größer als das von Patient 1. Patient 6 hatte öfter die Gelegenheit gehabt, sich mit der therapeutischen Beziehung auseinander zu setzen als Patient 1.

5.1.4 Zusammenfassende Diskussion

Es wurden qualitative Unterschiede in der Haltung der Therapeuten festgestellt. Der Therapeut von Patient 1, der sich günstiger entwickelt hat, scheint sich einfühlsamer, empathischer (Item 6) und affektiv involvierter (Item 9) dem Patienten gegenüber zu verhalten. Für unmittelbare Beruhigung scheinen beide Therapeuten nicht zu sorgen. Das Konzept der therapeutischen Allianz stammt ursprünglich von Freud (Freud, 1912), der feststellte, dass die erste Aufgabe des Therapeuten im therapeutischen Prozess darin bestehe, ein gutes Verhältnis zu seinem Patienten zu etablieren. Dies scheinen beide Therapeuten in den jeweiligen therapeutischen Prozessen erfüllt zu haben.

Der Therapeut von Patient 1 verhält sich am Anfang der Therapie eher supportiv, besonders zum ersten und dritten Messzeitpunkt. Wohingegen der Therapeut von Patient 6 seinem Patienten keine zustimmende Haltung entgegenbringt. Die Studie von Jones et al. (Jones & Pulos, 1993) über psychodynamische Psychotherapien legt die erhebliche Präsenz von supportiven Techniken nahe, welche die Zunahme der reflexiven Funktion auch erklären können. So bietet der Therapeut des Patienten 1 im therapeutischen Prozess länger eine zustimmende, annehmende Haltung gegenüber seinem Patienten, er stellt die Sicht des Patienten bezüglich seiner Erfahrungen oder eines Ereignisses erst zum vierten und fünften Messzeitpunkt infrage.

Der Therapeut von Patient 1 klarifiziert entweder charakteristisch (vorwiegend am Anfang der Therapie) oder tendenziell durchweg innerhalb des therapeutischen Prozesses. Die Mentalisierungsfähigkeit des Patienten entwickelt sich günstiger und seine Ausdrucksweise ist klarer und strukturierter. Auch die Gefühle des Patienten betont er in jeder Stunde und zwar ausgedrückt mit den ziemlich hohen Werten 7, 8, oder 9. Der Therapeut von Patient 6 verwendet diese Intervention eher selten.

Zwischen Verhalten, Haltung und Gefühlen von Patient 1 und Patient 6 wurden keine wesentlichen, als aussagekräftig definierbaren Unterschiede festgestellt. Beide Patienten sind vertrauensvoll, fühlen sich vom Therapeuten verstanden und sind aktiv. Während Patient 6 'nur' tendenziell introspektiv ist, ist Patient 1 charakteristisch bereit, Gefühle und Gedanken zu erforschen. Beide nehmen die Bemerkungen und Beobachtungen des jeweiligen Therapeuten an. Patient 6 erlebt diese einmal auch und äußert dann auch ambivalente Gefühle seinem Therapeuten gegenüber, bei Patient 1 wurden solche Tendenzen nicht beobachtet. (Es bedarf jedoch noch weiterer feinerer Unterscheidung, ob ambivalente Gefühle, welche der Patient dem Therapeuten gegenüber auch äußert, mit ungünstigeren Outcome-Variablen zusammenhängen oder ob das hier im Fall von Patient 6 Zufall ist (Porcerelli et al., 2009).) Ein weiterer kleiner Unterschied ist, dass der Patient 1 nicht die Aufmerksamkeit oder Rückversicherung seines Therapeuten sucht, während Patient 6 auch einmal

nach mehr Zustimmung und Zuneigung von Seiten des Therapeuten sucht. Auch in der Ausdrucksweise der beiden Patienten wurde ein Unterschied festgestellt. Die Sprache von Patient 1 ist strukturierter als die von Patient 6. Letztere ist öfter weitschweifiger und vage.

Zwischenmenschliche Beziehungen scheinen in beiden Therapien eher am Anfang, zum ersten, zweiten und dritten Messzeitpunkt, thematisiert zu werden. Über das Selbstbild zu sprechen, erscheint bei Patient 1 systematischer und charakteristischer als beim Patient 6. Dafür besprechen Patient 6 und sein Therapeut die therapeutische Beziehung umso öfter, was in der Untersuchung von Porcerelli et al. (Porcerelli et al., 2009) mit günstigen Outcome-Variablen assoziiert wird. Auch Tyrrell et al. (Tyrrell et al., 1999) stellten fest, dass komplementäre bindungsmäßige Gegensätze zwischen Patient und Therapeut sich als ideales Mittel erweisen, um bei dem Patienten neue Möglichkeiten der Emotionsverarbeitung und der Gestaltung von interpersonellen Beziehungen anzustoßen. Auf diese Weise lassen sich laut den Autoren sowohl die Qualität der Beziehung als auch das Therapieergebnis günstig beeinflussen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse der Itemebene

Die Hypothese H1 (Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome verhält sich während der Therapie einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, wirkt aufgeschlossen und affektiv involviert. Er zeigt dem Patienten gegenüber Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz. Siehe Abschnitt 4.7.2) konnte angenommen werden. Dennoch sind diese Parameter nicht ausschließlich für die Behandlung von Patienten mit positivem Outcome charakteristisch, denn auch die Therapeuten von Patienten mit negativem Outcome verhalten sich während der Therapie überwiegend einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch, wirken charakteristisch oder tendenziell charakteristisch aufgeschlossen, affektiv involviert und zeigen dem Patienten gegenüber Wertschätzung und bedingungslose Akzeptanz.

Auch Hypothese H2 (Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome beruhigt den Patienten am Anfang der Therapie, er nimmt eine supportive Haltung ein. Siehe Abschnitt 4.7.2) kann angenommen werden. Hinsichtlich des Beruhigungsverhalten seitens des Therapeuten zu Beginn der Therapie gibt es deutliche Unterschiede, je nach dem ob der Patienten positives oder negatives Outcome zeigt. Für statistisch belastbare Belege müsste jedoch Item 66 anhand einer größeren Stichprobe untersucht werden. Desgleichen scheint sich die supportive Haltung des Therapeuten gegenüber Patienten mit positivem Outcome im Vergleich zu Patienten mit negativem Outcome zu unterscheiden. Die Ergebnisse der Auswertung beider Items (Item 45 und Item 66) sind offenbar konform mit der Bindungstheorie.

Es bedarf von Seiten des Therapeuten einer gewissen Feinfühligkeit dem Patienten gegenüber, um im weiteren Verlauf der therapeutischen Beziehung als eine sichere Basis dienen zu können, von der aus der Patient seine mentale Bindungsrepräsentation explorieren und

verändern kann (Bowlby, 1988), (Dozier & Bates, 2004), (Strauß, 2006). D.h. hier, die Signale des Patienten wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und prompt und seinen Bedürfnissen gemäß zu reagieren (nach (Brisch, 1999b)). Eventuell besteht am Anfang einer Therapie das Bedürfnis von Seiten des Patienten darin, beruhigt zu werden.

Es kann aber auch sein, dass das Moment des Beruhigens in der Therapie analog zum Kontingenzdeckungsmechanismus nach Fonagy (Fonagy & Target, 2007) zu sehen ist (siehe Abschnitt 1.4.1). Dieser Mechanismus begründet eine psychische Entwicklung des Kindes durch den Umstand, dass die Mutter (hier Therapeut) auf den willkürlichen Emotionsausdruck des Babys (hier Patient) durch mimische oder vokale emotionale Äußerungen reagiert. Dabei gibt die Mutter/Therapeut durch 'markierte Spiegelung' dem Kind/Patient zu erkennen, dass ihr Ausdruck nicht ihren eigenen Affekt zeigt. Wenn der Therapeut beruhigt, gibt er unter Umständen seine zuversichtliche Haltung an den Patienten und weckt in ihm die Zuversicht, dass ihm geholfen werden kann. Es könnte also sein, dass das Beruhigungsmoment darin besteht, dass der Therapeut auf seine eigene Gefühlswelt zurückgreift, und in Verbindung mit seiner Therapietheorie und Erfahrung, für sich und für den Patienten spürbar machen kann, dass 'alles gut wird'.

Hypothese H3 (Die Tendenz des Therapeuten, den Patienten zu beruhigen und seine supportive Haltung nehmen im Laufe der Behandlung ab (siehe Abschnitt 4.7.3). Es ist zwar eine tendenzielle Abnahme von Beruhigung und Supportivität zwischen ersten und fünften Messzeitpunkt zu beobachten, jedoch zum dritten und vierten Messzeitpunkt zeigen die Verläufe ein Zwischenhoch. Die Hypothese H3 konnte nicht angenommen werden. Auffallend ist, dass die PQS-Werte der Items 45 und 66 (Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein; Der Therapeut beruhigt den Patienten.) bei Patienten mit positivem Outcome immer höher sind als bei Patienten mit negativem Outcome. Die zwei Parameter scheinen also bei der Veränderung der Bindungsqualität und Verbesserung der Mentalisierungsfähigkeit eine wichtige Rolle zu spielen.

Hypothese H4 (Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome hinterfragt die Sichtweise des Patienten am Anfang der Therapie nicht. Dies geschieht erst im späteren Verlauf der Behandlung.) musste abgelehnt werden. Item 99 erscheint als diskriminierender Parameter zwischen Patienten mit positivem und mit negativem Outcome nicht als aussagekräftig genug (siehe Abschnitt 4.7.4).

Hypothese H5 (Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome ermutigt erst im späteren Verlauf der Behandlung, wenn die sichere Basis zu Exploration geschaffen ist, den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.) musste ebenso abgelehnt werden (siehe Abschnitt 4.7.5). Die Untersuchung des Items 48 ergab keine Differenzierungsmöglichkeit zwischen Patienten mit positivem und mit negativem Outcome. Das Item wurde in den meisten Fällen im irrelevanten Bereich geratet. Das liegt wohl daran, dass das Item 48 ein typisches verhaltenstherapeutisches Item ist und in Analysen diese Technik der Intervention so gut wie nie verwendet wird (Jones, 2000).

Hypothese H6 (Der Therapeut eines Patienten mit negativem Outcome zeigt sich gelegentlich unsicher oder defensiv.) wurde abgelehnt und Hypothese H6a (Der Therapeut

eines Patienten mit positivem Outcome wirkt durchgehend zuversichtlich oder selbstsicher.) konnte angenommen werden. Item 86 zeigt in der vorliegenden Untersuchung wenig Vorhersagekraft bezüglich positivem und negativem Outcome. Das liegt vielleicht daran, dass von den ca. 300 Therapiestunden eines Patienten 25 Stunden audiografiert und nur 10 Stunden transkribiert und mit der PQS-Methode ausgewertet worden sind. In die vorliegende Item-Ebene-Beschreibung flossen insgesamt 5 Stunden pro Patient ein. Dennoch lassen auch so gewonnene Daten zumindest Tendenzen erkennen, die in einem späteren Verfahren weiter untersucht werden können. Es stellt sich des Weiteren die Frage, in wie weit der Eingriff des Audiografierens einen Einfluss auf das Verhalten der Protagonisten in der Therapie hatte (siehe Abschnitt 1.5.3). Darf sich ein Therapeut in einer Stunde auch unsicher, peinlich berührt oder in Verlegenheit präsentieren? In den untersuchten Stunden war das nicht der Fall.

Hypothese H7 (Der Therapeut eines Patienten mit positivem Outcome betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.) musste abgelehnt werden. Zwar zeichnete sich ein tendenzieller Unterschied im Verlauf der Werte des Items 81 zwischen Patienten mit positivem und negativem Outcome ab (Siehe Diagramm H7-Item 81 und Abschnitt 4.7.7), aber diese Ergebnisse sind wegen der geringen Fallzahl zu ungesichert.

Aber wie kommt es nun, dass die Affektspiegelung in den Therapien so unterschiedlich ausfällt? Hängt dieser Unterschied womöglich mit der Mentalisierungsfähigkeit und mit dem Schweregrad der psychischen Verletzungen der Patienten zusammen? Stellen sich Therapeuten, so wie Diamond (Diamond et al., 2003) behauptet, genau auf das Mentalisierungsniveau der Patienten ein? Beeinflussen sich die reflexiven Funktionswerte beider Seiten (Therapeut und Patient) gegenseitig, wie Diamond in seiner Studie zeigt? Es ist ja wünschenswert, dass der Therapeut den Patienten auf seinem Entwicklungsniveau abholt, um so die bestmögliche Förderung zu bieten. Daher ist es anzunehmen, dass der Verlauf der Werte für Item 81 mit der Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit stark zusammenhängt. Fonagy et al. (Fonagy et al., 2008) sind der Ansicht, dass es bedrohlich sein kann, Gedanken und Gefühle als unmittelbar und real zu erleben und das Kinder deswegen den 'Als-ob-Modus' entwickeln (siehe Abschnitt 1.4.1). Es könnte also durchaus sein, dass Therapeuten erst im späteren Verlauf der Therapie auf konkrete Gefühlsbetonung zurückgreifen, wenn der Patient in der Lage ist, eine Brücke zwischen innerer und äußerer Realität zu bilden. Fonagy (Fonagy et al., 2008) meint weiter, dass erst die sichere und aufmerksame Nähe einer Bezugsperson, die die Als-ob-Perspektive und die äquivalenten Perspektiven des Kindes zusammenhalten kann es erlaubt, aus der Integration dieser beiden Modi eine psychische Realität entstehen zu lassen. Es ist anzunehmen, dass dies in Therapien genauso funktioniert und die hier gefundenen Ergebnisse unterstützen diese Ansicht.

Hypothese H8 (Im Verlauf des therapeutischen Prozesses wird zunehmend versucht, eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten herzustellen.) konnte angenommen werden. Es ist erstaunlich, wie wenig das Item 100 in diesem analytischen Prozessen eine Rolle spielte (siehe Abschnitt 4.7.8). Item 100 diskriminiert zwischen Therapien mit positivem und negativem Outcome nicht. Die Mit-

telwertsvergleiche über den Prozess ergaben keine sichere Aufklärung.

Hypothese H9 (siehe Abschnitt 4.7.9) (Patienten mit positivem Outcome werden während des therapeutischen Prozesses vertrauensvoller und sicherer, wohingegen Patienten mit negativem Outcome wachsam und misstrauisch bleiben.) musste abgelehnt werden. Patienten mit positivem Outcome waren und blieben vertrauensvoll und sicher, und Patienten mit negativem Outcome wurden im Laufe des Prozesses vertrauensvoll und sicher (siehe Diagramm H9-Item 44). Woran es liegen könnte, dass sich bereits zum ersten und zweiten Messzeitpunkt die Unterschiede zwischen Patienten mit positivem und negativem Outcome so klar herauskristallisierten, bedarf weiterer faktorenanalytischer Untersuchungen.

Hypothese H10 (siehe Abschnitt 4.7.10) (Patienten, die sich vom Therapeuten immer verstanden und von ihm unterstützt fühlen, haben einen positiven Outcome. Patienten, die sich vom Therapeuten gelegentlich nicht verstanden fühlen, haben einen negativen Outcome.) musste abgelehnt werden. Die Fähigkeit der Eltern, Geist und Seele des Kindes wahrzunehmen, fördert das generelle Verständnis des Kindes für seelische Prozesse (Daudert, 2002). Nun scheint aus der vorliegenden Untersuchung hervorzugehen, dass das Verständnis alleine nicht ausreicht, um seelische Prozesse beim Patienten anzuregen. Denn sowohl Patienten mit positivem als auch Patienten mit negativem Outcome sind von den Therapeuten charakteristisch verstanden worden. Aber vielleicht kommt es auf das subjektive Erleben der Patienten an. Und selbst wenn der Forscher den Eindruck hat, der Patient fühle sich vom Therapeuten verstanden und Item 14 dementsprechend ratet, kommt dies vielleicht dem tatsächlichen Erleben des Patienten nicht nahe genug.

Entgegen den Erwartungen konnte die Hypothese H11 (siehe Abschnitt 4.7.11) (Unsicher-vermeidende Patienten zeigen sich besorgt oder beunruhigt wegen ihrer Abhängigkeit vom Therapeuten.) nicht angenommen werden. Die Erfahrung häufiger Zurückweisung durch die Bindungsperson führt zu unsicherem, Nähe vermeidendem Bindungsverhalten (Fremmer-Bombik, 1995). Diese Personen verlassen sich nur auf sich selbst und geben an, unabhängig von engen emotionalen Bindungen zu sein. Laut Theorie müssten also unsicher-vermeidende Patienten gegen die Abhängigkeit vom Therapeuten protestieren und sich in dieser nicht wohl fühlen.

Wie dem Artikel von Fremmer-Bombik (Fremmer-Bombik, 1995) zu entnehmen ist, steht die Unberechenbarkeit der Verfügbarkeit der Bindungsfigur bei unsicher-ambivalenten Patienten im Vordergrund. Die eigene Liebeshwürdigkeit und die Wertschätzung durch die Bezugsperson wird in Frage gestellt. Dies führt zu einer Verstrickung mit Bezugspersonen und einem ständigen Bedürfnis nach Nähe und Wertschätzung durch andere. Zwar ergab das Diagramm H12-Item 10 ein Bild, das die tendenzielle Richtigkeit dieser Hypothese zeigte, dennoch konnte Hypothese H12 (Unsicher-verstrickte Patienten streben eine größere Nähe zum Therapeuten an.) nicht angenommen werden. Es ist sehr wahrscheinlich, dass eine Wiederholung der Untersuchung des Items 10 auf Grundlage einer größeren Fallzahl zur Annahme der Hypothese führen wird.

Hypothese H13 (siehe Abschnitt 4.7.13) kann nicht angenommen werden. Sowohl Patienten mit positivem als auch Patienten mit negativem Outcome zeigten eine stetige Therapiemo-

tivation (H13: Negativer Outcom ist zu erwarten, wenn der Patient keine Themen initiiert oder passiv wirkt.). Möglicherweise liegt es daran, dass das AAI die Rolle eines nützlichen Motivationselements in der Therapie einnimmt, so Steele et al. (Steele et al., 2009), und den Patienten dazu bewegt, sich mit seiner inneren und äußeren Welt auseinanderzusetzen. Oder hat die ungebrochene Motivation der Patienten mit der Tonaufnahme zu tun? Ein Hauptargument gegen solche Maßnahmen, so Kächele (Kächele et al., 2006), stellt der ungewisse Einfluss dieses Eindringens der Forschung in die Therapiesituation auf die Natürlichkeit des therapeutischen Prozesses dar.

Die Hypothese H14 (siehe Abschnitt 4.7.14) kann angenommen werden. Die Klarheit und Strukturiertheit der Ausdrucksweise von Patienten mit positivem Outcome bleibt gut oder verbessert sich während der Therapie. Dieses Ergebnis ist auch im Vergleich mit Patienten mit negativem Outcome sehr wertvoll. Denn bei Patienten mit negativem Outcome (P3 und P6) verbesserte sich die Ausdrucksweise nicht in solcher Kontinuität und Eindeutigkeit wie bei Patienten mit positivem Outcome. Die PQS Werte der Patienten P3 und P6 schwankten mit großer Amplitude während der Therapie. Bei Patient P3 lagen die Schwankungen zwischen Wert 6 und 2 und bei Patienten P6 zwischen 2 und 6 (siehe Diagramm 4.13). Item 54 (Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert) erfasst die Maximen eines kohärenten Gesprächsdiskurses (siehe Anhang A). Demnach werden nur solche Personen als kohärent bewertet, die in der Lage sind, ihre Erinnerungen sowohl abzurufen, als auch bewerten zu können und gleichzeitig konsistent und kooperativ zu bleiben (Main, 2001). Wie die Ergebnisse belegen, gelingt es Patienten mit positivem Outcome im Laufe des Prozesses immer besser.

Hypothese H15 (siehe Abschnitt 4.7.15) konnte angenommen werden. Ein diskriminierender Charakter des Items 97 ist aber dennoch nicht gegeben. Auch Patienten mit negativem Outcome sind tendenziell introspektiv und bereit Gedanken und Gefühle zu erforschen (siehe Diagramm 4.14). Die Therapiemotivation des Patienten kann demnach nicht für die Unterschiede im Therapieergebnis verantwortlich gemacht werden.

Hypothese H16 (siehe Abschnitt 4.7.16) musste abgelehnt werden. Die Annahme, dass Unterbrechungen in der Therapie oder das Therapieende in Behandlungen mit unsicher-ambivalent gebundenen Patienten thematisiert wird stimmt, konnte aber hier wegen der zu geringen Fallzahl nicht eindeutig bestätigt werden. Bei Patient P2 und P5 zeigt sich deutlich, dass die Unberechenbarkeit der Verfügbarkeit der Bindungsfigur im Vordergrund steht. Trennungen lösen bei ihnen Stress aus, da keine positive Erwartungshaltung gegenüber der Bezugsperson besteht (Fremmer-Bombik, 1995). So zeigt die hohe Wertung des Items 75, dass das Thema Trennung für beide Patienten ein wichtiges Anliegen ist.

Wie oben bereits beschrieben, verstricken sich Patienten mit einem unsicher-ambivalenten Bindungsstil mit Bezugspersonen, die eigene Liebenswürdigkeit und die Wertschätzung durch andere wird ständig in Frage gestellt. Patienten mit unsicher-vermeidendem Arbeitsmodell wirken dagegen distanziert und vermeiden Intimität. Sie haben keinen Bedarf, enge Bindungen einzugehen, da sie Bezugspersonen als eher unzuverlässig einschätzen (Fremmer-Bombik, 1995). So wird das Selbstbild von Vertrauen in die eigene Stärke

und Unabhängigkeit gekennzeichnet und rückt in Therapien in den Fokus des Gesprächs. Dies zeigt auch die Hypothese H17 (Bei der Behandlung von Patienten mit unsicher-ambivalentem Bindungsstil werden am Anfang vorzugsweise zwischenmenschliche Beziehungen thematisiert. Die Behandlung von unsicher-vermeidenden Patienten beginnt eher mit der Thematisierung des Selbstbilds.). Im weiteren Verlauf der Therapie behalten die Patienten diese Anfangsthemen sehr oft charakteristisch oder tendenziell bei. Die Themen, die die neue Bindungsorganisation kennzeichnen, kommen ebenso charakteristisch oder zumindest tendenziell dazu. Das zeigt das Ergebnis der Untersuchung von Hypothese H17a (Die Therapiethemen der Patienten ändern sich im Verlauf der Behandlung. Sie passen sich dem aktuellen Bindungsstil an: Für unsicher-ambivalente Patienten stehen zwischenmenschliche Beziehungen im Fokus, für unsicher-vermeidende Patienten wird das Selbstbild zur zentralen Frage.). Man kann also Rückschlüsse auf die Bindungsqualität aus den am Anfang einer Therapie angesprochenen Themen ziehen, nicht aber aus denen, die während des Prozesses besprochen werden. Wenn sich dieser Fundus in einer größeren Strichprobe bestätigen lässt, könnte man in Erwägung ziehen, das aufwendige AAI durch ein PQS-Stundenrating zu ersetzen.

Die Ergebnisse der Itemebene, die oben diskutiert worden sind, werfen viele weitere Fragen für die Forschung auf, die in weiterführenden Arbeiten unter Verwendung größerer Fallzahlen untersucht und beantwortet werden können.

5.3 Einschränkungen der Studie und Ausblicke

Wie in Kapitel 1 bereits beschrieben, lassen sich die psychometrischen Qualitäten der verwendeten Instrumente anhand vieler publizierter Studien (Adult Attachment Interview: (Buchheim & Strauß, 2002), (Main & Goldwyn, 1994); Psychotherapie Prozess Q-Sort: (Albani et al., 2000), (Jones et al., 1991); Reflexive Funktions-Skala: (Fonagy et al., 2000), (Daudert, 2002) um nur einige Beispiele zu benennen) als sehr befriedigend beurteilen. Die Reliabilität für die Prozessbeurteilungen der vorliegenden Studie mit dem PQS ist sehr zufriedenstellend (über.80), was durch umfangreiches Training und die Schulung der Raterinnen sowie einen Prozess der Konsensfindung erreicht werden konnte. Ein großer methodischer Vorteil gegenüber anderen Studien verbirgt sich darin, dass bei der vorliegenden Untersuchung die Raterinnen blind, d.h. ohne zu wissen, um welchen Patienten es sich handelt und ohne zu wissen, um die wievielte Stunde es gerade geht, die Auswertungen durchgeführt haben. So konnten sie frei von jeglichem prozesstheoretischen Voreingenommensein raten. Kritisch im Zusammenhang mit dem PQS wird gesehen, dass, obwohl nach Jones ((Jones et al., 1991) und (Jones & Pulos, 1993)) die Items als theoriefrei konstruiert wurden, dennoch Rückschlüsse auf theoriebeladene Items gezogen werden können. Albani et al. (Albani & Blaser, 2005) sehen einige der Items als deutlich von bestimmten theoretischen Konzepten geprägt, wie z.B. Item 36 (Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen hin, z.B. Ungeschehenmachen, Verleugnung) oder Item 38 (Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen

soll.). Auch unterschiedliche Deutungsweisen der Kategorie 'neutral' sind problematisch. So bedeutet diese einmal, dass in der Stunde dem Item keine Bedeutung zukommt, ein anderes Mal wird das Item als Kontinuum verstanden. Den hier genannten Schwächen stehen viele Vorteile gegenüber. Für die Verwendung des PQS spricht seine breite Anwendbarkeit auf unterschiedliche Therapieansätze oder die Möglichkeit, einen Therapieprozess damit verfolgen und daraus elementare Schlüsse ziehen zu können. Das PQS bietet die Möglichkeit, alle Aspekte des Prozesses gleichzeitig zu erfassen (therapeutische Intervention, Einstellung und Verhalten des Patienten, Patient-Therapeut Interaktion).

Wie die meisten analytischen, qualitativ durchgeführten Studien weist auch die vorliegende Arbeit die Schwäche auf, dass ihr eine geringe Fallzahl zugrunde liegt. Für zukünftige Forschungsarbeiten über das Thema der hier ausgeführten Untersuchung bedarf es einer größeren Stichprobe, um die abgeleiteten Schlussfolgerungen, insbesondere bezüglich ihrer Relevanz für die Behandlungspraxis, statistisch abzusichern. Die Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie von Prof. Mertens bietet dafür hinsichtlich des vorhandenen Datenmaterials einen geeigneten Rahmen. Dennoch sind die hier abgeleiteten Konklusionen (siehe Abschnitt 6) wichtige Bestandteile der Psychotherapieprozessforschung und bringen neue Untersuchungsaufgaben mit sich.

Forschungsergebnisse müssen repliziert werden, um ihren Wert zu sichern, so plädiert Kächele in seinem Artikel (Kächele et al., 2006). Die vorliegende Arbeit konnte einige Untersuchungsergebnisse replizieren aber auch widerlegen. Es besteht keine Chance, die Therapieverläufe angemessen als Prozess zu verstehen, ohne die Verknüpfung der verschiedenen Akteure (Patient, Therapeut und Forscher) und ohne die Kombination aus quantitativen Einschätzungen und qualitativem Textmaterial (Jakobsen et al., 2007). Die vorliegende Arbeit ist aus der Sicht der Forscher erstellt worden, ohne die subjektiven Sichtweisen des Patienten, z.B. über seinen aktuellen Leidensdruck, und ohne den Blickwinkel des Therapeuten, z.B. über den Prozess. Die Einbeziehung dieser Aspekte wäre auf jeden Fall aufschlussreich, würde aber den Rahmen einer Dissertation sprengen. Die qualitative Auswertung des Prozesses, die Methode, die heute in der einzelfallmethodologischen Forschung das differenzierteste Vorgehen mit der größten Feinauflösung darstellt, so Mertens (Mertens, 2004b), erlaubt für die Praxis relevante Schlussfolgerungen.

Kapitel 6

Zusammenfassung

In den letzten Jahrzehnten hat die analytische Psychotherapieforschung eine große Bandbreite an empirisch belegten, höchst relevanten Erkenntnissen über psychische Prozesse gewonnen. Gegenstand der Forschungsarbeiten von Jones, Fonagy, Kächele, um nur einige wenige Namen zu nennen, war und ist das Verstehen intersubjektiver Prozesse in psychoanalytischen Therapien anhand von unterschiedlichen Methoden und Ansätzen. Auch die Münchener bindungs- und traumororientierte Psychoanalysestudie von Prof. Mertens, deren Teil die vorliegende Arbeit auch ist, bemüht sich um die Erforschung analytischer Prozesse und nicht nur um die Validierung analytischer Behandlungstechniken. Trotz kleiner Stichprobe bringen die Beiträge aufgrund der qualitativ ausgewerteten großen Datenfülle wesentliche Erkenntnisse im Zusammenhang mit analytischen Psychotherapieprozessen. Die Kapazität der vorliegenden Arbeit war, wegen der Verwendung der arbeitsintensiven Methode des Psychotherapie-Prozess Q-Sort, auf sechs Patienten beschränkt. Ungeachtet dessen können die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zum Verständnis analytischer Prozesse leisten:

Eine positive Entwicklung der Bindungsqualität und der reflexiven Funktion der Patienten wird mit einem einfühlsamen, empathischen und affektiv involvierten Therapeuten assoziiert. Der Therapeut soll am Anfang der Therapie beruhigend intervenieren, supportiv sein und erst im späteren Verlauf die Sichtweise des Patienten hinterfragen. Die Gefühle der Patienten zu betonen, ist für eine positive Entwicklung genauso wichtig wie die Intervention des Klarifizierens. Auch aus bestimmten Patientenvariablen lassen sich Rückschlüsse auf das Outcome ziehen. So wird die Introspektionsfähigkeit und die Strukturiertheit der Sprache mit einem besseren Therapieergebnis assoziiert und die Suche nach der Zuneigung und Zustimmung des Therapeuten mit einem negativen Therapieergebnis assoziiert. Wobei dieser letztere Befund stark mit der Bindungsqualität des Patienten in Zusammenhang steht und es noch weiterer Klärung der Varianz des Items bedarf. Die positive Entwicklung der Bindungsqualität und der reflexiven Funktionswerte, also ein positiver Outcome, wurde in der vorliegenden Arbeit sowie in anderen referierten Studien ((Karlsson & Kermott, 2006), (Porcerelli et al., 2009)) mit folgenden Patientvariablen verbunden: wenn der Patient sich

in der therapeutischen Beziehung verstanden fühlt und die Beobachtungen des Therapeuten annehmen kann, wenn er in der Therapie aktiv, introspektiv und bereit ist, Gedanken und Gefühle zu erforschen. Kurz, wenn er genügend Therapiemotivation mitbringt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich problemlos mit neueren entwicklungspsychologischen Theoriekonzepten und empirischen Untersuchungen in Einklang bringen. Natürlich kann ich hier keine verallgemeinernden Schlussfolgerungen ziehen, dieses Problem ist mit der Einzelfallmethodologie stark verknüpft. Dennoch sind die hier vorgestellten Ergebnisse und die daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen bezüglich ihrer Relevanz für die Behandlungspraxis nicht unwesentlich.

Literatur

- Ablon, J. (2005). Reply to Blatt and Fonagy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 591–595.
- Ablon, J. & Jones, E. (1998, 1). How expert clinicians prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 71–83.
- Ablon, J. & Jones, E. (1999). Psychotherapy process in the National Institut of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (1), 64–75.
- Ablon, J. & Jones, E. (2005). On analytic prozess. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 541–568.
- Ablon, J., Levy, R. & Katzenstein, A. (2006). Beyond brand Names of Psychotherapy: Identifying Empirically Supported Change Processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 216–231.
- Albani, C. & Blaser, G. (2005). PQS. Psychotherapy Prozess Q-Sort. In B. Strauß & J. Schumacher (Hrsg.), *Klinische Interviews und Ratingskalen* (S. 337–340). Göttingen: Hogrefe.
- Albani, C., Blaser, G., Jones, E., Geyer, M. & Kächele, H. (2000). Die Methode der Psychotherapie Prozess Q-Sort. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 48, 151–171.
- Albani, C., Seybert, C. & Kächele, H. (2008). Psychotherapeutische Prozesse im Lichte des "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones - empirische Ergebnisse. In C. Seybert, J. Ablon, R. Levy, W. Mertens & H. Kächele (Hrsg.), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones* (S. 96–107). Ulm: Verlag Ulmer Textbank.
- Atkinson, L. (1997). Attachment and Psychopathology: From Laboratory to Clinic. In L. Atkinson & K. Zucker (Hrsg.), *Attachment and Psychopathology* (S. 3–16). New York: Guilford Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18 (1), 36–51.
- Blatt, S. (2005). Commentary on Ablon and Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 569–578.
- Blatt, S., Quinlan, D., Pilkonis, P. & Shea, T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The NIMH Treatment of Depression Collaborative Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125–132.
- Bowlby, J. (1980). *Bindung: Eine Analyse der Mutter-Kind Beziehung*. München: Kiddle.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1995). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie — Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 17–26). Stuttgart: Klett–Cotta.

- Bretherton, I. (1995). Die Geschichte der Bindungstheorie. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie — Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 27–49). Stuttgart: Klett–Cotta.
- Brisch, K. (1999a). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett–Cotta.
- Brisch, K. (1999b). Die Bindungstheorie und ihre Konzepte. In K. Brisch (Hrsg.), *Die Bindungsstörungen: von der Bindungstheorie zur Therapie* (S. 29–73). Stuttgart: Klett–Cotta.
- Bucci, W. (2005). Prozess Research. In E. Person, A. Cooper & G. Gabbard (Hrsg.), *Textbook of psychoanalysis* (S. 317–333). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Buchheim, A. & Strauß, B. (2002). Bindung und Psychopathologie im Erwachsenenalter. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 27–53). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Butollo, W., Rosner, R. & Wentzel, A. (1999). Entwicklungspsychopathologische Aspekte bei Angststörungen. In *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen* (S. 64–83). Bern: Huber.
- Caspar, F. (2003). Psychotherapiemotivation des Patienten, Therapeut-Patient-Beziehung im Psychotherapieprozess und Entscheidungsprozesse des Therapeuten. In E. Leibing, W. Hiller & S. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie, Band 3: Verhaltenstherapie* (S. 67–82). München: CIP-Medien.
- Comer, R. (2001). *Klinische Psychologie*. Heidelberg: Spektrum.
- Daudert, E. (2002). Die Reflective Self Functioning Scale. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 54–67). Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. & Levy, K. (2003). Patient-Therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47, 227–259.
- Dozier, M. (1990). Attachment organization and treatment use for adults with serious psychopathological disorders. *Development and Psychopathology*, 2, 47–60.
- Dozier, M. & Bates, B. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Hrsg.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (S. 167–180). Mahwah: Earlbaum.
- Dozier, M., Cue, K. & Barnett, L. (1994). Clinicians as caregivers: Role of attachment organisation in treatment. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 62 (4), 793–800.
- Dozier, M. & Tyrrell, C. (1998). The role of attachment in therapeutic relationship. In J. Simpson & W. Rholes (Hrsg.), *Attachment Theory and close relationships* (S. 221–248). New York: Guilford Press.
- Eagle, M. (2006). Attachment, Psychotherapy and Assessment: A Commentary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1086–1097.
- Fonagy, P. (1996). Selbstreflexive Funktionsskala [Software-Handbuch].
- Fonagy, P. (1998). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche*, 52,

349–368.

- Fonagy, P. (2003a). *Bindungstheorie und Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P. (2003b). Das Spiel mit der Realität: Die Entwicklung der psychischen Realität und ihre Störung bei Borderline-Persönlichkeiten. In P. Fonagy & M. Target (Hrsg.), *Frühe Bindung und Psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung* (S. 233–243). Gießen: Psychosozialverlag: Gießen.
- Fonagy, P. (2005). In praise of simplicity: Commentary on Ablon and Jones. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53 (2), 579–589.
- Fonagy, P. (2006). *Bindungstheorie und Psychoanalyse* (zweite Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2008). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (Dritte Auflage Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R. & Mattoon, G. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22–31.
- Fonagy, P., Moran, G. & Target, M. (1998). Aggression und das psychische Selbst. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 47, 125–143.
- Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representation of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891–905.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung* (zweite Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P., Target, M. & Steele, H. (1998). Reflective-Functioning Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews (5.0 Aufl.) [Software-Handbuch].
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H. & Steele, M. (2000). Reflective-Functioning Manual, version 5.0 (deutsch: Skala des Reflexiven Selbst) (5.0 Aufl.) [Software-Handbuch].
- Fremmer-Bombik, E. (1995). Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie — Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 109–119). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S. (1912). *Zur Dynamik der Übertragung*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Frommer, J. & Streeck, U. (2003). Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum - Ein Blick auf die Ergebnisse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 74–86.
- Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken - Suggestiv intervenieren*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. (2001). Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation über den Lebenslauf. In G. Röper, C. von Hagen & G. Noam (Hrsg.), *Entwicklung und Risiko. Perspektiven einer Klinischen Entwicklungspsychologie* (S. 143–168). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hardy, G., Cahill, J., Shapiro, D., Barkham, M., Rees, A. & Macasskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 841–845.

- Haubl, R. (2008). Spiegeln. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytische Grundbegriffe* (S. 705–709). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511–524.
- Hill, C. & Lambert, M. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Prozess and Outcomes. In L. M.L (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (S. 84–135). New York: Wiley&Sons.
- Hofmann, N. (2008). *Kognitiv-behaviorale und tiefenpsychologisch fundierte Therapie der Generalisierten Angst: Ein Therapieprozessvergleich*. Unveröffentlichte Dissertation, Göttingen.
- Höger, D. (2005). Die psychotherapeutische Beziehung im Lichte der Bindungsforschung. In M. Urban & H.-P. Hartmann (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychiatrie* (S. 46–54). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hörz, S., Seybert, C. & Mertens, W. (2008). Lernerfahrungen und Ratingbeispiele mit dem PQS-R-D. In C. Albani, J. Ablon, R. Levy, W. Mertens & H. Kächele (Hrsg.), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones* (S. 78–95). Ulm: Ulmer Textbank.
- Jakobsen, T., Knauss, C., Agarwall, P., Schneider, R., Hunziker, H. & Küchenhoff, J. (2007). Eine komparative Kasuistik auf der Grundlage quantitativer Ergebnismessung und qualitativer Prozessbeschreibungen als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 1, 119–142.
- Jones, E. (2000). *Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic therapy*. Northvale, New Jersey, London: Jason Aronson Inc.
- Jones, E., Hall, S. & Parke, L. (1991). The Process of Change: The Berkely Psychotherapy Research Group. In L. Beutler & M. Cargo (Hrsg.), *Psychotherapy Research*. Washington, D.C: Washington, D.C: APA.
- Jones, E. & Pulos, S. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 306–316.
- J.S, A. J. & Blatt, S. (2001). Self-reflexivity, intersubjectivity and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 427–450.
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2006). Reflective-Functioning During the Process in Brief Psychotherapies. *Psychotherapy -River Edge-*, 43 (1), 65–84.
- Knijnik, D. Z., Hauck, S., Mombach, C. K., Almeida, E. A. & Eizirik, C. L. (2008). On Research in analytically oriented group psychotherapy: A tool for the evaluation of adherence to the technique in studies of effectiveness. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 1222–1224.
- Kriz, J. (2004). Methodologische Aspekte von Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 6, 6–31.
- Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H.-J., Hölzer, M., Hohage, R. et al. (2006). Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387–425.
- Lazar, R. (2008). Container-Contained. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytische Grundbegriffe* (S. 118–121). Stuttgart: Kohlhammer.

- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J. et al. (2006). Change in Attachment Patterns and Reflective Function in a Randomized Control Trial of Transference-Focused Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (6), 1027–1040.
- Levy, R., Ablon, J., Ackerman, J. & Seybert, C. (2008). The Psychotherapy Process Q-Set and Amalia X, Session 152. In C. Albani, J. Ablon, R. Levy, W. Mertens & H. Kächele (Hrsg.), *Der "Psychotherapie Prozess Q-Set" von Enrico E. Jones* (S. 7–41). Norderstedt: Verlag Ulmer Textbank.
- Main, M. (2001). Aktuelle Studien zur Bindung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter: Ein Handbuch für Forschung und Praxis* (S. 1–51). Bern: Hans Huber Verlag.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1994, June). Adult Attachment Scoring and classification Systems (Version 6.0 Aufl.) [Software-Handbuch]. London.
- Mallinckrodt, B., Porter, M. & Kivlighan, D. (2005). Client attachment to therapist, depth of in-session exploration and object relations in brief psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*, 85–100.
- Meehan, K., Levy, K., Reynoso, J., Hill, L. & Clarkin, J. (2009). Measuring reflective function with a multidimensional rating scale: comparison with scoring reflective function on the AAI. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57* (1), 208–213.
- Mertens, W. (2004a). Münchener bindungs- und traumororientierte Psychoanalyseforschung. In S. Dahler & B. Boothe (Hrsg.), *Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. Bestandsaufnahme* (S. 102–141). Zürich: Universität Zürich.
- Mertens, W. (2004b). Plädoyer für eine theorie- modell- und methodenplurale psychoanalytische Forschung - wider einen unfruchtbaren Dogmatismus theoretischer und methodischer Art. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft, 1*, 48–66.
- Mertens, W. (2005). Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie* (S. 196–237). Stuttgart: Thieme.
- Müller, F. & Kals, E. (2004, Mai). *Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen*. <http://www.qualitative-research.net>. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/600/1301>
- Perrig-Chiello, P. (1997). Über die lebenslange Bedeutung frühkindlicher Bindungserfahrung. *Kindheit und Entwicklung, 6*, 153–160.
- Pole, N., Ablon, J. S. & O'Connor, L. (2008). Using psychodynamic, cognitive behavioral, and control mastery prototypes to predict change: A new look at an old paradigm for long-term single-case research. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 221–232.
- Porcerelli, J., Dauphin, B., Ablon, J., Leitman, S. & Bambery, M. (2009). Psychoanalysis of avoidant personality disorder: A systematic case Study of process and outcome. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 57*, 444–449.
- Reis, S. & Grenyer, B. (2004). Fearful attachment, working alliance and treatment response for individuals with major depression. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 414–424.

- Rubino, G., Barker, C., Roth, T. & Fearson, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures. *Psychotherapy Research*, 10, 408–420.
- Rutter, C. D. & van Ijzendoorn, M. (1992). Agoraphobia and Anxious-Ambivalent Attachment: An Integrative Review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 365–381.
- Seybert, C. (2009). *Categorical or Dimensional? Differentiation of the Treatment Techniques in Psychodynamic Psychotherapy and Psychoanalysis*. Verfügbar unter http://www.marianneringlerpreis.eu/data/pdf_projekt/96b9bff013acedfb1d140579e2fbeb63.pdf
- Sirigatti, S., Casale, S. & Giangrasso, B. (2008). Measuring psychotherapy processes with the Jones' Psychotherapy Process Q-set: Preliminary results. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 256, 19–28.
- Spangler, G. & Schieche, M. (1995). Psychobiologie der Bindung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie — Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 297–310). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999). Bindung und Anpassung im Lebenslauf: Erklärungsansätze und empirische Grundlagen für Entwicklungsprognosen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 170–194). Weinheim: Beltz.
- Steele, H., Steele, M. & Murphy, A. (2009). Use of the Adult Attachment Interview to measure process and change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19 (6), 633–643.
- Stephan, C. (1995). Bindungsbeziehung – Spielbeziehung – Kompetenzentwicklung. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie — Grundlagen, Forschung und Anwendung* (S. 265–280). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 1, 5–14.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie. Praxis: Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Tyrrell, C., Dozier, M., Teague, G. & Falot, R. (1999). Effective treatment relationships for persons with serious psychiatric disorders: The importance of attachment states of mind. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 725–733.
- van Ijzendoorn, M. & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment Representations in Mothers, Fathers, Adolescents, and Clinical Groups: A Meta-Analytic Search for Normative Data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 8–21.
- van Ijzendoorn, M. & Bakermans-Kranenburg, M. (2008). The distribution of adult attachment representations in clinical groups: Meta-analytic search for patterns of attachment. In H. Steele & M. Steele (Hrsg.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (S. 69–96). New York: Guilford Press.
- Wallerstein, R. (2001). Die Generationen der Psychotherapieforschung - Ein Überblick. In U. Stühr, M. Leuzinger-Bohleber & M. Beutel (Hrsg.), *Langzeitpsychotherapie* (S. 38–60). Stuttgart: Kohlhammer.

- Weis, D. A., Schottenbauer, M. A. & Hafter Gray, S. (2009). Delineating prototypes of training psychotherapy. *Today's Dynamic Psychiatry: American Psychiatric Association Presidential Symposium*, 37, 353–363.
- Weiss, R. (1982). Attachment in Adult Life. In C. Parkers & J. Stevenson–Hinde (Hrsg.), *The Place of Attachment in Human Behavior* (S. 171–184). New York: Basic Books.

Anhang A

PQS

1. Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle über den Therapeuten äußert, zum Beispiel dem Therapeuten Komplimente macht.
2. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, zum Beispiel auf die Körperhaltung oder Gesten.
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn das nonverbale Verhalten des Patienten nicht oder nur wenig thematisiert wird.
3. Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

4. Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn weder Patient noch Therapeut auf mögliche Konsequenzen oder Folgen der Therapie Bezug nehmen.
5. Der Patient hat Schwierigkeiten die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient die Bemerkungen des Therapeuten problemlos versteht.
6. Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut kein einführendes Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben scheint.
7. Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).
 - Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient ruhig oder entspannt wirkt, oder sich wohl zu fühlen scheint.
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 platzieren, 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 platzieren, 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.
9. Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut emotional aufgeschlossen für den Patienten und affektiv involviert erscheint.
10. Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient nicht zu versuchen scheint, größere Nähe zum Therapeuten herzustellen.
11. Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 LebenspartnerIn haben will.
 - Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient nicht über sexuelle oder erotische Inhalte spricht.

12. In der Stunde wird geschwiegen.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn oft Schweigen oder bedeutsame Pausen oder einige ausgedehnte Schweigephasen auftreten.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, 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.

13. Der Patient ist lebhaft.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient lebendig oder expressiv wirkt. Zum Beispiel: Der Patient reagiert lebhaft auf eine Interpretation des Therapeuten.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient gelangweilt, teilnahmslos oder leblos erscheint.

14. Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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".

15. Patient initiiert keine Themen, ist passiv.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn körperliche Beschwerden kein wichtiges Gesprächsthema sind.
17. Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (zum Beispiel strukturiert und/oder führt neue Themen ein).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
18. Der Therapeut vermittelt Wertschätzung. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin)
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die Bemerkungen des Therapeuten oder sein Ton Kritik oder mangelnde Akzeptanz zum Ausdruck bringen. Eine eher extreme Platzierung erfolgt, wenn der Therapeut zum Ausdruck bringt, dass er den Charakterzüge oder die Persönlichkeit des Patienten als unangenehm empfindet.
19. Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die therapeutische Beziehung im Wesentlichen nicht sexualisiert erscheint. Eine eher extreme Platzierung 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.

20. Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. (N.B. Platzierung in der uncharakteristischen Richtung impliziert, dass der Patient sich angepasst verhält.)

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient besonders angepasst oder fügsam ist oder die Rolle des 'guten Patienten' zu spielen scheint, um dem Therapeuten zu gefallen.

21. Therapeutische Selbstöffnung

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn sich der Therapeut solcher Selbstöffnung enthält. Eine eher extreme Platzierung 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.

22. Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht betont.

23. Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn zahlreiche Themen besprochen werden, oder das Gespräch irgendwie diffus wirkt.

24. Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die persönlichen emotionalen Reaktionen des Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht unangemessen belasten.

25. Der Patient hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient am Anfang der Stunde Unbehagen oder Verlegenheit zeigt. Etwa: Nach längerem Schweigen sagt der Patient: 'Ich weiß nicht, worüber ich heute sprechen soll'.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Stunde direkt beginnt, ohne längere Pause oder Fragen des Therapeuten.

26. Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient Scham, Schuld, Furcht oder Traurigkeit im Verlauf der Stunde ausdrückt. Je extremer die Platzierung, umso intensiver der Affekt.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient keine solch unangenehmen Gefühle ausdrückt.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut keine Ratschläge gibt. Eine extreme Platzierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Therapeut solche Anleitung nicht gibt, auch wenn der Patient danach verlangt oder es vielleicht hilfreich wäre.
28. Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
29. Der Patient spricht davon, dass er Trennung von oder Distanz will.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient nicht darüber spricht, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen.
30. Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn nur wenig oder gar nicht von solchen Überzeugungen oder Konstrukten die Rede ist.
31. Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut nicht aktiv versucht, Informationen zu erhalten.
32. Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn keine neue Einsicht im Verlauf der Stunde auftritt.
33. Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient nicht über Nähe oder den Wunsch nach Nähe spricht.
34. Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für seine Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient selbst Verantwortung für seine Probleme übernimmt, zum Beispiel feststellt, dass mislungene Beziehungen das Resultat seiner ungeeigneten Partnerwahl sind.
35. Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn das Selbstbild nur eine untergeordnete oder keine Rolle im Gespräch spielen.

36. Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Un-
geschehenmachen, Verleugnung.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Abwehrmechanismen des Pa-
tienten, die darauf zielen, die Wahrnehmung bedrohlicher Informationen oder
Gefühle zu verhindern, ein zentrales Thema darstellen. Zum Beispiel: Der The-
rapeut spricht an, dass der Patient seine Liebe zum Vater bezeugt, nachdem er
kritische Bemerkungen über ihn gemacht hatte.
 - Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn diese Art von Abwehrdeu-
tungen in der Stunde nur eine untergeordnete oder keine Rolle spielen.
37. Der Therapeut verhält sich "lehrerhaft".
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut dem Patien-
ten gegenüber keine Lehrer-Rolle einnimmt.
38. Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außer-
halb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn nicht darüber gesprochen
wird, solche Verhaltensweisen außerhalb der Therapie auszuprobieren.
39. Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn entweder der Patient oder der
Therapeut mit dem jeweiligen anderen rivalisiert. Dies kann in Form von prah-
len, 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 platzieren, wenn Patient und Therapeut nur
wenig oder nicht rivalisieren.

40. Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.’
41. Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient über eine Eingenung bzgl. seiner Zukunftserwartungen spricht, entweder in Form realistischer Planung oder von Wunschdenken.
42. Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen.
43. Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut keine Äußerungen zur Bedeutung des Verhaltens anderer macht.

44. Der Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint.
45. Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut keine supportive Rolle in diesem Sinne einnimmt.
46. Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die Sprache des Therapeuten diffus, zu abstrakt, stereotyp oder durch Jargon geprägt ist.
47. Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut keine Anstrengungen unternimmt die Beziehung zu verbessern, wenn Schwierigkeiten auftreten.

48. Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht zum Thema macht.
49. Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn nur schwache Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber ausgedrückt werden.
50. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (zum Beispiel Wut, Neid oder Aufregung).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut nicht dazu tendiert, emotionale Reaktionen zu betonen, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind.
51. Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut mit seiner Art, seinem Ton, seiner Stimme oder der Art seiner Kommentare vermittelt, dass er sich nicht überlegen fühlt.
52. Der Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient sich weder explizit noch implizit darauf zu verlassen scheint, dass der Therapeut seine Probleme löst.
53. Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
54. Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich in einer leicht verständlichen Art ausdrückt und verhältnismäßig klar und fließend spricht.
 - Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, 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.
55. Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Hoffnung oder Erwartung ausdrückt, dass die Therapie ihm helfen wird. Eine eher extreme

Platzierung 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 platzieren, 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 Platzierung bedeutet, dass der Patient Skepsis, Pessimismus oder Ernüchterung darüber äußert, was in der Therapie erreicht werden kann.

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 Affekt Ausdruck ist.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 Platzierung am uncharakteristischen Pol erfolgt, wenn der Patient intensive Gefühle ausdrückt, Gefühlsausbrüche hat und sich tief beunruhigt fühlt.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
58. Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt, die emotional belastend oder erschütternd sein können, oder er in der Lage ist, diesen nachzugehen.
59. Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
60. Der Patient hat eine kathartische Erfahrung. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn einer emotionalen Äußerung keine Erleichterung folgt.)
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
61. Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient scheu, verlegen oder selbstunsicher oder im Extrem sogar verletzt oder gekränkt wirkt.

- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient ungehemmt, zuversichtlich oder selbstsicher wirkt.
62. Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut kein solches Thema oder wiederkehrendes Muster benennt.
63. Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten oder 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 platzieren, 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.
64. Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

65. Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn Klarifikationen während der Stunde vom Therapeuten nur selten eingesetzt werden.
66. Der Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut dazu neigt, solch explizite Unterstützung auch dann nicht zu gewähren, wenn er dazu gedrängt wird.
67. Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut Material fokussiert, das dem Patienten völlig bewusst zu sein scheint.
68. Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden unterschieden.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 gehegt 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 platzieren, wenn sich die Aktivität in der Stunde wenig auf verzerrte Wahrnehmungen der Realität bezieht.
69. Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn aktuelle Lebensereignisse keine wichtigen Themen in der Stunde waren.
70. Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.
71. Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient nichts sagt, was auf Selbstanklage, Schamgefühle oder Gewissensbisse hinweist.
72. Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient verstehen scheint, was von ihm in der Situation erwartet wird und was in der Therapie passieren wird.
 - Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient unsicher ist, verwirrt oder seine Rolle in der Therapie und was in der Situation erwartet wird missversteht.
73. Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

74. Es geht humorvoll zu.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die Interaktion ernst, streng oder düster erscheint.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

77. Der Therapeut ist taktlos.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die Kommentare des Therapeuten von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt sind.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich in einer Weise benimmt, die darauf zielt, dass der Therapeut ihn mag oder mit der der Patient versucht, Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beruhigung durch den Therapeuten zu erreichen.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient sich nicht in dieser Weise verhält.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut Veränderungen in der Stimmung des Patienten in der Stunde nicht kommentiert.

80. Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 üblen 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 platzieren, wenn dies keinen wichtigen Aspekt im Therapeutenverhalten in der Stunde darstellt.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut das Erleben des Affektes nicht betont oder sich eher für die sachlichen Beschreibungen des Patienten zu interessieren scheint.

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 platzieren, 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 Zuspätkommen 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 platzieren, wenn der Therapeut das aktuelle Verhalten des Patienten in der Stunde nicht anspricht.

83. Der Patient ist fordernd.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

84. Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn solche Gefühle nicht auftreten.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 herumrörgelt". Eine extreme Platzierung bedeutet, dass der Therapeut mit dem Patienten Beziehungsverhalten erarbeitet oder der Therapeut mit dem Patienten neue Verhaltensweisen anderen gegenüber einübt.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nicht dazu neigt, Vorschläge zu machen, wie der Patient sich anderen gegenüber verhalten soll.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut sicher, zuversichtlich und nicht defensiv wirkt.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut unsicher oder verwirrt erscheint oder in Verlegenheit ist.

87. Der Patient kontrolliert.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Patient die Beziehung nicht kontrolliert, sondern mit dem Therapeuten zusammenarbeitet.

88. Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn das Gespräch in keinem oder nur schwachen Zusammenhang mit den zentralen Themen steht.

89. Der Therapeut stärkt die Abwehr.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn der Therapeut nichts tut, um die Abwehr zu stützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken.

90. Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn über Träume oder Phantasien während der Stunde kaum oder gar nicht gesprochen werden.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn ein Teil der Stunde dafür verwendet wird, um über die Kindheit oder Erinnerungen an die frühen Lebensjahre zu sprechen.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn nur wenig oder gar keine Zeit für diese Themen verwendet wird.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

93. Der Therapeut ist neutral.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die Stimmung des Patienten melancholisch, traurig oder depressiv wirkt.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient entzückt oder froh erscheint oder irgendwie den Eindruck vermittelt, dass er sich wohl fühlt oder glücklich ist.

95. Der Patient fühlt sich unterstützt.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.)

96. Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn Therapeut und Patient die Terminplanung oder die Verlegung von Terminen oder das Honorar, den Zeitpunkt der Zahlung usw. besprechen.
- Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn diese Themen nicht besprochen werden.

97. Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn die Äußerungen des Patienten zögerlich, gehemmt oder gezwungen wirken, Zurückhaltung oder vermehrte Kontrolle zeigen und nicht ungezügelt, frei und unkontrolliert sind.

98. Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, wenn Therapeut und Patient nicht über die Art ihrer Interaktionen sprechen, d.h. sie beschränken sich auf Inhalte.

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

- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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.'
100. Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.
- Eher am charakteristischen Pol platzieren, 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 platzieren, 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 B

AAI-Leitfaden

In dem Interview, das ich jetzt mit Ihnen mache, geht es vor allem um Ihre Kindheit, die Erfahrungen in Ihrer Kindheit und inwiefern diese Erfahrungen sich bis heute auswirken. Das Interview wird etwa eine Stunde dauern.

1. Vielleicht können Sie mir zunächst einen kurzen Überblick über Ihre Kindheit geben:
 - Wo wurden Sie geboren?
 - Wo sind Sie aufgewachsen?
 - Was haben Ihre Eltern beruflich gemacht?
 - Wer war tagsüber für Sie zuständig?
 - Haben/Hatten Sie Geschwister?
 - Hatten Sie viel Kontakt zu Ihren Großeltern?
 - Haben sonst noch wichtige Personen im Haus gelebt?
 - Wer war wieviel anwesend?

2. Versuchen Sie bitte die Beziehung, die Sie als kleines Kind zu Ihrer Mutter und zu Ihrem Vater hatten, zu beschreiben. Mit Kindheit ist das Alter bis etwa 12 Jahren gemeint.
 - Was hat Ihre Mutter/Ihr Vater so mit Ihnen gemacht?
 - Haben Sie mit Ihnen gespielt?
 - Wann war Ihre Mutter, Ihr Vater daheim?
 - Wie sahen die Wochenenden aus, haben sie gemeinsam was unternommen? (nur wenn spontan nichts kommt)
 - Können Sie sich an ein bestimmtes Ereignis mit Ihrer Mutter/Ihrem Vater erinnern?

Nach dieser Frage sollte klar geworden sein, wer die Hauptbezugspersonen der VP waren, für diese (maximal 3 Stück) sollen in Frage 3 die Adjektive abgefragt werden. Mit der wichtigsten Person beginnen!

3. Versuchen Sie nun fünf Worte oder Begriffe zu finden, die die Beziehung zu Ihrer Mutter in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich dafür Zeit und überlegen Sie erstmal eine Weile. (Falls hier keine Begriffe genannt werden können, kann man auf die Beschreibung in Frage 2 zurückgreifen.)

Ich werde zu der Beschreibung noch ein paar Fragen stellen. Sie haben die Beziehung zu Ihrer Mutter als ... beschrieben. Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden, fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?

4. Jetzt kommen wir auf Ihren Vater zu sprechen. Versuchen Sie jetzt bitte fünf Worte oder Begriffe zu finden, die die Beziehung zu Ihrem Vater in Ihrer Kindheit möglichst treffend beschreiben. Lassen Sie sich wieder Zeit dafür.

Lassen Sie mich Ihnen zu der Beschreibung wieder ein paar Fragen stellen: Sie haben die Beziehung zu Ihrem Vater als ... beschrieben. Sind damit bestimmte Erinnerungen verbunden, fällt Ihnen dazu ein bestimmtes Ereignis ein?

5. Wem von Ihren Eltern haben Sie sich näher gefühlt, Ihrer Mutter oder Ihrem Vater?

- Woran lag das?
- Warum haben Sie sich dem anderen Elternteil nicht so nah gefühlt?

6. Wenn Sie sich als Kind nicht wohl gefühlt haben, was haben Sie dann gemacht?

- Wenn Sie als Kind Kummer hatten oder traurig waren, was haben Sie dann gemacht?
- Fällt Ihnen bestimmtes Ereignis dazu ein?
- Können Sie sich daran erinnern, was passiert ist, wenn Sie sich mal als Kind wehgetan haben?
- Können Sie sich an eine Situation erinnern?
- Wie war das, wenn Sie als Kind krank waren? Können Sie sich daran erinnern?
- Wie haben Ihre Eltern Sie getröstet?
- Haben Sie sie in den Arm genommen?
- Wie war das bei Ihrer Mutter/Ihrem Vater?

7. Können Sie sich daran erinnern, wann Sie als Kind zum ersten Mal von Ihren Eltern getrennt waren?

- Wie kam es zu dieser Trennung?

- Wie alt waren Sie damals?
 - Wie haben Sie diese Trennung erlebt?
 - Wie haben Ihre Eltern auf diese Trennung reagiert?
 - Können Sie sich an das Wiedersehen erinnern?
 - (Falls hier keine Erinnerungen kommen, kann man nach Krankenhausaufenthalten Fragen.)
8. Haben Sie sich als Kind jemals abgelehnt gefühlt? Es geht darum, dass Sie diese Ablehnung als Kind so empfunden haben, auch wenn Sie dies heute ganz anders beurteilen würden.
- Wie alt waren Sie, als Sie sich zum ersten Mal so gefühlt haben?
 - Wie haben Sie darauf reagiert?
 - Warum glauben Sie haben sich Ihre Eltern so verhalten?
 - Denken Sie, dass sich Ihre Eltern darüber klar waren, dass Sie sich zurückgewiesen fühlten?
9. Haben Ihnen Ihre Eltern manchmal gedroht? Es kommt vor, dass berichtet wird, dass Eltern gedroht haben, das Kind zu verlassen oder es wegzuschicken. Haben Ihnen Ihre Eltern schon mal mit so etwas gedroht?
- Wie haben Ihre Eltern Sie bestraft? (Hier evtl. zu verstehen geben, dass man Verständnis dafür hat, dass sich Erziehungsmethoden in den letzten Jahrzehnten geändert haben. ‘Damals war das ja auch anders als heute ... ‘)
- Nach Missbrauch nur bei Andeutungen fragen!
10. In welche Weise glauben Sie, haben die Erfahrungen mit Ihren Eltern Ihre Persönlichkeit beeinflusst? (evtl. oben Berichtetes mit einbeziehen) Können Sie ein Beispiel nennen, worin Sie den Einfluss sehen? Gibt es bestimmte Ereignisse oder Aspekte, die Ihrer Meinung nach Ihre Entwicklung beeinträchtigt haben?
11. Haben Sie eine Erklärung dafür, warum sich Ihre Eltern Ihnen als Kind gegenüber so verhalten haben, wie sie es gaten haben?
12. Ist irgendjemand in Ihrer Familie gestorben, als Sie ein Kind waren?
- Können Sie mir die näheren Umstände beschreiben?
 - Wie alt waren Sie damals?
 - Wie haben Sie darauf reagiert?
 - Waren Sie auf den Tod vorbereitet oder kam er eher überraschend?
 - Können Sie sich daran erinnern, wie Sie sich damals gefühlt haben?

- Haben sich Ihre Gefühle im Bezug auf diesen Verlust im Verlauf der Zeit verändert?
 - Haben Sie an der Beerdigung teilgenommen? Welche Bedeutung hatte das für Sie?
 - Haben Sie noch eine andere wichtige Person in Ihrer Kindheit verloren?
13. Leben Ihre Eltern noch? Wenn ja: Wie ist die Beziehung zu Ihrem Vater und zu Ihrer Mutter jetzt? Wenn nein (auch wenn Geschwister oder eigene Kinder gestorben sind):
- Welche Auswirkungen hatte der Tod von ... auf die anderen Familienmitglieder und auf ihr Zusammenleben?
 - Hat sich die Situation über die Jahre hinweg verändert?
 - Glauben Sie, dass dieser Verlust Sie beeinflusst hat?
 - Glauben Sie, dass der Verlust Sie im Umgang mit Ihren eigenen Kinder beeinflusst hat?
14. Ist die Beziehung zu Ihren Eltern seit Ihrer Kindheit gleich geblieben oder hat sie sich verändert?
- Wann hat sie sich verändert? (evtl. konkret nach Pubertät fragen)
 - Warum hat sie sich verändert?
15. Wie fühlten Sie sich, als Sie von Ihrem kleinen Kind (oder vorgestellten Kind) getrennt waren? (Wenn das Kind noch klein ist, Frage anpassen.) Wie ging/geht es Ihnen dabei oder wie würde es Ihnen dabei gehen?
16. Was haben Sie Ihrer Meinung nach aus Ihren Kindheitserfahrungen gelernt?

Anhang C

PQS-Zertifikat



Anhang D

Lebenslauf von Adrienn Weiß

Persönliche Daten

Name: Adrienn Weiß, geb. Nyikos Adrienn
Geburtsdatum: 11. September 1974
Geburtsort: Budapest – Ungarn
Nationalität: ungarisch
Familienstand: verheiratet

Ausbildung/Beruf in Ungarn

1981–1993 Grundschule und Fachmittelschule in Budapest
Juni 1993 Reife-Befähigungszeugnis
1993–1997 Hochschule für Grundschullehrerausbildung
Lehramt an Grundschulen mit deutscher Unterrichtssprache
in Budapest
1997-2000 Grundschullehrerin, zweisprachige Klasse ungarisch/deutsch

Ausbildung in Deutschland

2000-2001 Studium der Pädagogik an der LMU- München
2001-2005 Studium der Psychologie an der LMU-München
April 2005 Abschluss des Psychologiestudiums
seit Nov. 2005 Ausbildung an der Akademie für Psychoanalyse und Psycho-
therapie München e.V.