

Erhardt I, Levy RA, Ablon JS, Ackerman JA, Seybert C, Voßhagen I & Kächele H (2015) Amalies Musterstunde. Analysiert mit dem Psychotherapie-Prozess Q-Set. *Forum der Psychoanalyse* 30: 441-458

Amalie X' s Musterstunde - analysiert mit dem Psychotherapie-Prozess Q-Set

Erhardt, Ingrid; Levy, Raymond A.; Ablon, J. Stuart; Ackerman, Julie A.; Seybert, Carolina; Voßhagen, Iris & Kächele, Horst

*Forum der Psychoanalyse*¹

Freud's Irma-Traum (1900) - das Traummuster der Psychoanalyse - wurde wiederholte Male re-analysiert (beispielsweise von Erikson 1954). Auch der Fall Dora behauptet eine anerkannte Schlüsselposition im Feld der fortdauernden Neu-, und Ausarbeitung, sowie Umdeutung (Sachs 2005). Jedoch besteht selten genug die Möglichkeit, echte Rohdaten – sog. „Primärdaten“ („primary data“; Luborsky u. Spence 1971) - für detaillierte Sekundäranalysen zu verwenden.

Darüber hinaus besteht eine zentrale Schwierigkeit der psychoanalytischen Forschung darin, Methoden zu entwickeln, die der Tiefe und Komplexität des klinischen Materials gerecht werden und die gleichzeitig den Anforderungen wissenschaftlicher Arbeit genügen. Um durch empirische Daten psychoanalytische Konstrukte zu überprüfen, müssen klinische Phänomene intersubjektiv beobachtbar sein. Das heißt, die Einschätzung verschiedener Beurteiler sollte unabhängig voneinander hinsichtlich der Charakteristika und der Art und Weise ihres Auftretens übereinstimmen. Uneinigkeit über Interpretationen oder Bedeutungen desselben Materials sind in der klinischen Arbeit nicht ungewöhnlich. Dieser Sachverhalt begründet die Kritik an der Wissenschaftlichkeit klinisch-psychoanalytischer Methodik (Grünbaum 1988). Ein spezielles Problem liegt darin, dass Kliniker Konzepte und deren Beschreibung oft sehr idiosynkratisch verwenden, wodurch sie eventuell nicht zu demselben Ergebnis kommen und teilweise nicht einmal dieselben Dimensionen des therapeutischen Prozesses in Betracht ziehen. Schwierigkeiten mit den unterschiedlichen Beurteilungen und daraus abgeleiteten Schlussfolgerungen zwischen klinischen Experten und Klinikern wurden schon vielfältig thematisiert – am bekanntesten wurde die sog. Chicago-Konsensus-Studie (Seitz 1966). Auch Thomä et al. (1976) haben sich ausgiebig mit diesem Problem beschäftigt. So konnte die Arbeitsgruppe von Vaughan et al. (1997) mit dem von ihnen entwickelten Verfahren

¹ Modifiziertes Manuskript nach Levy et al. 2012

keine Übereinstimmung hinsichtlich dessen herstellen, was einen analytischen Prozess ausmacht.

Seit vielen Jahren untersucht die Ulmer psychoanalytische Prozessforschungsgruppe Behandlungsverläufe anhand von Tonbandaufzeichnungen. Einer der untersuchten Fälle wurde besonders vielfältig analysiert: die Psychoanalyse der Amalie X (z.B. Kächele et al. 2006). Eine Sitzung, die der behandelnde Analytiker als ein Musterbeispiel (s)einer modernen psychoanalytischen Behandlungstechnik verstand (Thomä & Kächele 2007), wurde auf dem *Internationalen Psychoanalytischen Kongress* in New Orleans (2004) vorgestellt. Das Verbatimprotokoll dieser Sitzung wurde von mehreren erfahrenen Psychoanalytikern verschiedener Schulen und Orientierungen diskutiert und die unterschiedlichen Auffassungen zu dieser Sitzung wurden von Wilson (2004) für das *International Journal of Psychoanalysis* zusammengefasst. Insbesondere die Diskussion von Salman Akhtar unterstreicht die Hauptmerkmale der Behandlungstechnik des behandelnden Analytikers:

„Dr. Thomäs Technik beweist Flexibilität, Resilienz und Toleranz. Ihr Fokus liegt darin, der Patientin zu helfen, durch Deutungen und Auflösung der Übertragung eine „Ich-Freiheit“ zu gewinnen. Allerdings beinhaltet sie eine Vielzahl an Haltungen des Zuhörens und eine große Bandbreite an Interventionen, die sowohl vorbereitend für, als auch anstelle des deutenden Prozesses verstanden werden können (Akhtar 2007, S. 691).

Diese Sitzung – welche für weitere Untersuchungen interessierten Forschern zur Verfügung steht – ist geeignet, um die Sensitivität des von Jones (2000) entwickelten Psychotherapie-Prozess-Q-Sets (PQS) zu testen. Mit diesem Instrument kann eine empirische Beschreibung des Prozesses einzelner Sitzungen erstellt werden, die eine quantitative Analyse und eine standardisierte Einschätzung des Stundenverlaufs ermöglicht. Zunächst stellen wir das Forschungsinstrument PQS in Kürze vor und beschreiben anschließend, wie eine Sitzung im Sinne dieses Verfahrens grundsätzlich ausgewertet wird.

Schließlich besprechen wir unsere Auswertung der 152. Sitzung der psychoanalytischen Behandlung der Amalie X und erläutern dabei ausführlich unsere Eindrücke und Einschätzungen mithilfe der semantischen Definitionen der PQS-Items.

Das Psychotherapie Prozess Q-Set

In der sozialwissenschaftlichen Forschung wurde das Problem der Konsensbildung durch die Entwicklung der Q-Sort-Methode (Stephenson 1953; Block 1978)⁴ vorangebracht. Die Q-Technik⁶ ist eine Messmethode mit einer umfangreichen Bandbreite an Anwendungsmöglichkeiten. Sie ist insbesondere geeignet, um qualitative Daten zu beschreiben und dabei zu quantifizieren. Ein Q-Set besteht im Allgemeinen aus einer Zusammenstellung von Items, wobei jedes Item eine relevante erlebnis- oder verhaltensbezogene Eigenschaft eines Individuums oder einer Situation beschreibt. Der spezifische Inhalt der Items hängt von den jeweiligen Zielsetzungen der Forschung, sowie der Art der untersuchten Individuen oder Situationen ab. Bei der Entwicklung eines Forschungsinstruments besteht das Ziel stets darin, einen Satz (Set) an Items zu kreieren, der die für den Forschungsgegenstand entscheidenden Dimensionen in ihrer Variabilität innerhalb des untersuchten Materials so umfassend wie möglich deskriptiv erfassen kann.

In den Achtziger Jahren entwickelte an der University of California, Berkeley, der Psychoanalytiker und Professor für Klinische Psychologie Enrico E. Jones das Psychotherapie-Prozess Q-Set (PQS; Jones 1985). Es ist ein aus 100 Items bestehendes Instrument, welches eine grundlegende Sprache zur Beschreibung und Klassifizierung von Behandlungsprozessen liefert und diese somit einer quantitativen Analyse zugänglich macht. Das PQS hilft klinisch erfahrenen und geschulten Fachkundigen nicht nur beobachtbare Phänomene auf der Verhaltensebene zu beschreiben, sondern auch explizit zu formalisieren, was meist informell, implizit und intuitiv bleibt. Das PQS stellt ein standardisiertes System zur Verfügung, mit dem das untersuchte klinische Material beschrieben werden kann und verlässliche – weil intersubjektiv übereinstimmende – Einschätzungen von komplexen Strukturen in Behandlungsprozessen identifiziert werden.

Die Untersuchungseinheit bezieht sich jeweils auf eine ganze Sitzung, womit differenzierte Einschätzungen möglich sind. Dabei wird das klinische Material sorgfältig auf Belege anhand von spezifischen Referenzstellen aus dem Verbatimprotokoll für alternative Phänomene oder Bedeutungen geprüft, um die Bedeutung des therapeutischen Geschehens während der Sitzung zu bewerten.

⁴ Eine gut lesbare Einführung in die Methodik des Q-Sort Verfahren geben Müller & Kals (2004)

⁶ Die Q-Methode oder –Technik ist eine Variante der Faktorenanalyse. „Q“ bezieht sich auf die sogenannte Q-Korrelation zwischen Personen aufgrund ihrer Merkmale.

Der Fertigstellung der ersten Version des PQS-Kodiermanuals (Jones 1985) ging eine viele Jahre andauernde klinische Beobachtung von weit über tausend Sitzungen voraus. Klinisch relevante Phänomenen wurden im Austausch mit zahlreichen erfahrenen Kollegen gesammelt, die Jones schließlich im Rahmen der Entwicklung des PQS zusammenführte (ebd., vgl. dazu Ablon et al. 2011). Die 100 Items des PQS repräsentieren eine empirisch-gestützte Auswahl aus einem umfangreichen Pool von mehreren hundert Items, die sowohl aus bereits existierenden Instrumenten übernommen wurden, als auch aus neuen Items, die von seiner Arbeitsgruppe formuliert wurden. Mehrere Versionen des PQS wurden in einer Serie von Pilotstudien unter Verwendung von Transkripten, Video- und Tonaufnahmen von psychotherapeutischen und psychoanalytischen Behandlungsstunden, geprüft. Dabei wurde jedes einzelne Item auf seine Prägnanz und Relevanz für verschiedene Psychotherapieformen sowie für die Psychoanalyse geprüft. Um diese Kriterien zu gewährleisten, wurden die Definitionen der Items um Beispiele erweitert oder umgeschrieben und auf missverständliche Ausdrücke wurde verzichtet. Items wurden entfernt, wenn sie nur gering über eine weite Bandbreite von Probanden und Sitzungen variierten, redundant waren oder eine geringe Übereinstimmung zwischen den Ratern aufwiesen. Falls ein klinisch wichtiger Aspekt des therapeutischen Prozesses nicht in den bestehenden Items erfasst werden konnte, wurden Items korrigiert oder passende Items hinzugefügt und erneut einer inhaltlichen und formalmethodischen Prüfung unterzogen. Nur die Items, die dieser Prüfung standhalten konnten, wurden in das Set aufgenommen.

Das PQS beschreibt eine Vielfalt psychoanalytischer und -therapeutischer Prozesse (wie z.B. Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand und Rekonstruktion, sowie Behandlungstechniken, wie z.B. Klarifizierung und Deutung) und affektive Zustände des Patienten, wie zum Beispiel ängstliche und depressive Symptome. Die standardisierte Sprache des PQS trägt aufgrund der sorgfältig formulierten Definitionen der Items mit ihren Beispielen sowie das standardisierte Vorgehen bei der Auswertung dazu bei, klinische Aussagen zuverlässiger (i.S. e. intersubjektiven Übereinstimmung), überprüfbar und somit „messbar“ zu machen.

Das PQS kategorisiert das Erleben und Verhalten des Patienten, des Therapeuten und der therapeutischen Situation. Ein Auswerter (engl. Rater) erfasst das Verhalten des Patienten und des Therapeuten und sowie die Form und/ oder den Inhalt der jeweiligen Interaktionen mit dem begrifflichen System des PQS. Bei

der Beurteilung wird sowohl die Häufigkeit als auch die Intensität, mit der beispielsweise ein bestimmtes Verhalten auftritt, berücksichtigt. Dabei soll der Rater insbesondere beurteilen, wie salient⁸ (hervorspringend) der jeweilige Aspekt des therapeutischen Prozesses ist. Anders ausgedrückt: es gibt eine direkte Verbindung zwischen der qualitativen Klassifizierung der klinischen Urteilsbildung und dem PQS-Rating. Mit dem PQS wird folglich angestrebt, den Prozess einer Sitzung systematisch zu kodieren sowie klinisch bedeutsame Phänomene der Sitzung zu erfassen. Die motivationale Analyse, die kontroverseste und am schwierigsten zu verifizierende Analyse der Erforschung verbaler Bedeutungen und mehr oder weniger bewusste Motive der Protagonisten, stellt dagegen keinen zentralen Aspekt des PQS dar. Sofern eine solche Aussage erforderlich ist, so bezieht sie sich auf interaktionelle Aspekte und nicht auf die Auslegung des Verhaltens mit darunterliegenden psychodynamischen Strukturen oder vermuteten Motiven. In einem solchen Fall kann die Bedeutung von beobachtbarem Verhalten abgeleitet und beschrieben werden, wie beispielsweise bei dem PQS-Item 47, welches da lautet: „Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern“.

Das PQS kann die spezifische Interaktion der jeweiligen Dyade erfassen; es erlaubt des Weiteren, Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen Stunden und Patienten zu beurteilen. Es wurde sowohl in Studien zur Untersuchung von Patienten- oder Behandlungsgruppen (Jones & Pulos 1993; Ablon & Jones 1999, 2002; Ablon et al. 2006) als auch in Einzelfallstudien (Jones & Windholz 1990; Ablon & Jones 2005) eingesetzt. Das PQS-Instrument weist über eine Bandbreite von Studien und Behandlungsstichproben hinweg gute psychometrische Eigenschaften auf (siehe Ablon & Jones 1999, 2002). Die intersubjektive Übereinstimmung, die durch die Berechnung einer Korrelation zwischen den Auswertungen verschiedener Rater über die hundert Items des PQS hinweg berechnet wird, liegt im sehr guten Bereich.

In dem folgenden Abschnitt möchten wir Einblick in die praktische Anwendung des PQS geben, obgleich eine einfache Lektüre dieses Abschnittes nicht hinreichend für den Gebrauch des PQS ist, sondern einer gründlichen Schulung bedarf. Die

⁸ „Salient“ kommt von dem psychologischen Fachbegriff „salience“ (engl.) und bezieht sich auf die Bedeutsamkeit i.S.e. Hervortretens z.B. eines Merkmals einer Person (Dorsch, Psychologisches Wörterbuch 2004, S. 820).

nachfolgenden Ausführungen beziehen sich lediglich und beispielhaft auf das Vorgehen zur Einschätzung der 152. Sitzung aus der Behandlung von Amalie X.

Nachdem das Transkript der Behandlungsstunde gründlich gelesen (oder die Videoaufnahme angeschaut bzw. Audioaufnahme angehört) wurde, ordnet der geschulte Rater jedes der 100 Items aus dem PQS, welche jeweils einzeln auf einer Karte abgedruckt ist, um eine übersichtliche Handhabung zu ermöglichen. Die Items werden in neun Stapeln entsprechend den neun Skalenpunkten von „am wenigsten charakteristisch oder zutreffend“ (Skalenpunkt 1) bis „am meisten charakteristisch oder zutreffend“ (Skalenpunkt 9) sortiert. Der mittlere Stapel (Skalenpunkt 5) ist für Items bestimmt, die für die betreffende Stunde entweder als neutral oder als irrelevant erachtet werden. Die Verteilung der Items entspricht einer sog. „erzwungenen“ Normalverteilung auf einer neunstufigen Skala, d.h. dass jedem Skalenpunkt bzw. Stapel eine festgelegte Anzahl an Items zugeordnet werden muss (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1. Die Verteilung der Items des Psychotherapie-Prozess-Q-Sets

| Kategorie (Skalenpunkt) | Anzahl der Items | Bezeichnung der Kategorie |
|----------------------------|---------------------|---|
| 9 | 5 | Extrem charakteristisch oder zutreffend |
| 8 | 8 | Ziemlich charakteristisch oder zutreffend |
| 7 | 12 | Einigermaßen charakteristisch oder zutreffend |
| 6 | 16 | Ein wenig charakteristisch oder zutreffend |
| 5 | 18 | Relativ neutral und unwichtig |
| 4 | 16 | Ein wenig uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 3 | 12 | Einigermaßen uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 2 | 8 | Ziemlich uncharakteristisch oder nicht zutreffend |
| 1 | 5 | Extrem uncharakteristisch oder nicht zutreffend |

Die Vorgabe einer feststehenden Verteilung (Block 1978) ist mit den folgenden Vorteilen verbunden. Erstens werden mit einer feststehenden Verteilung Verzerrungen im Bewertungsprozess vermieden. Bei Einschätzungen auf Skalen neigen manche Personen dazu, generell überhaupt keine Bewertungen in den Extrembereichen vorzunehmen, während die Einschätzungen von anderen entweder in das eine oder andere Extrem schwanken. Zweitens gewährleistet eine Normalverteilung, dass Rater eine schärfere Differenzierung zwischen den Items machen können. Dadurch wird der ebenfalls verzerrend wirkende „Halo-Effekt“ reduziert, das heißt, dass Rater nicht einfach alle vorteilhaften oder unvorteilhaften Items zusammen gruppieren können, ohne zwischen ihnen zu mit Bedacht zu unterscheiden. Drittens betont eine Verteilung mit relativ wenig Items in den Extrembereichen die wichtigsten Eigenschaften der Beschreibung; mit dem größten Schwerpunkt auf den extremen Items. Schlussendlich erleichtert es die statistische Analyse der Daten, wenn alle Ratings mit dem Q-Set dieselbe Verteilung haben.

Wie bereits ausgeführt, werden die PQS-Items, die als besonders charakteristisch für die betreffende Behandlungsstunde beurteilt wurden und solche, die am wenigsten charakteristisch erscheinen in eine Normalverteilung sortiert. Für die Herangehensweise und den Umgang mit dem PQS ist es wichtig zu verstehen, dass

das Q-Sort-Verfahren eine sog. ipsative⁹ Methode ist. Bei der Beurteilung der Items soll kein vergleichender Bezug zu anderen Patienten, z.B. hinsichtlich eines klinischen Spektrums von depressiven Verhaltensweisen oder Behandlungstechniken, oder gar auf andere Sitzungen mit demselben Patienten hergestellt werden. Vielmehr bezieht sich die Einschätzung einzig und allein auf das Spektrum innerhalb der jeweiligen Sitzung mit der gegebenen Dyade und die Rater sollten sich bei der Bewertung lediglich auf die zu bewertende Sitzung beziehen. Falls die Rater weitere Stunden derselben Behandlung kennen, sollten sie versuchen, das Wissen um weiteres Datenmaterial aus unserem unmittelbaren Rating auszuschließen. Zudem sollten die Rater für den Zeitpunkt des jeweiligen Behandlungsprozess und für die Reihenfolge der Stunden verblindet sein sowie nach Möglichkeit auch für Einzelheiten zu den Patienten, sofern es sich nicht um eine bekannte Einzelfallstudie wie der vorliegenden handelt.

Jedes Item des PQS beinhaltet eine Beschreibung der zwei gegensätzlichen Enden des Kontinuums, auf dem das Item bewertet wird. Eine Platzierung in die sogenannte uncharakteristische Richtung heißt nun nicht, dass ein bestimmtes Verhalten oder eine bestimmte Erfahrung irrelevant sei, sondern vielmehr, dass die auffällige das Ausbleiben eines Verhaltens oder Erlebens erfasst wird, die geradezu wesentlich und bedeutsam für die Beschreibung der Sitzung ist. In dem Kodiermanual beinhalten die Items in der Regel spezifische Instruktionen, die Beispiele für die Unterscheidung zwischen dem „charakteristischen“, dem „uncharakteristischen“ und dem „neutralen“ Bereich bereitstellen. Beispielsweise besagt das PQS-Item 17 für den charakteristischen Bereich: „Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (z.B. strukturiert und/oder führt neue Themen ein)“. Hingegen gibt das Item für den entgegen gesetzten Extrembereich, dem sog. uncharakteristischen Bereich, an, dass der Therapeut „relativ selten interveniert und wenig Anstrengungen unternimmt, die Interaktion zu strukturieren, oder der Therapeut dazu neigt, der Führung des Patienten zu folgen“. Somit wird für jedes Item ein Spektrum innerhalb von zwei Polen angeboten, die mit der Einschätzung auf der neunstufigen Skala bewertet werden kann. Nur wenn das Item irrelevant für die Beschreibung der jeweiligen Stunde ist, würde es im neutralen Bereich platziert werden.

⁹ Eine sog. ipsative Messung ist gegeben, wenn Werte „nicht von Individuum zu Individuum verglichen werden können, sondern, wenn die Messwerte nur innerhalb der bei einem Probanden vorliegenden Messwerte vergleichbar sind“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch 2004, S. 462)

Das Kodierungsmanual (Jones 1985, 2000; überarbeitete Version von Ablon et al. 2012)¹⁰ vermittelt eine detaillierte Anleitung für die Sortierung des PQS, indem Definitionen mit Beispielen der einzelnen Items zur Verfügung gestellt werden. Die PQS-Items sind nach Möglichkeit mit verhaltensbezogenen und sprachlichen Hinweisen verankert, die in der Sitzung auch durch geschulte Beobachter identifiziert werden können.

Während des Bewertungsvorgangs sollen die Rater die Rolle eines Beobachters einnehmen, der zwischen Patient und Therapeut steht und die Interaktion von außen betrachtet. Bei der Einschätzung eines jeden Items sollen sie sich fragen, ob die jeweilige Einstellung, das Verhalten oder Erleben der Items eindeutig vorliegt oder nicht. Um eine Beurteilung zu rechtfertigen, sollte der Rater spezifische Belegstellen im Transkript aufzeigen und anhand dieser begründen, in welchem Ausmaß die jeweiligen Prozessvariablen vorliegen oder nicht. Da die Items nicht eng an bestimmte theoretische Konzepte gebunden sind, sondern vielmehr an Begriffe des analytischen und therapeutischen Prozesses, wird der Einfluss der Theorie des Raters auf die Beschreibungen des Prozesses durch den Rahmen, den das Q-Set vorgibt, eingeschränkt.

Während des Lesens, bzw. Anhörens oder Ansehens einer Sitzung, machen die Rater Notizen, um die spätere Bewertung zu vereinfachen. Dabei konzentrieren sie sich auf den entscheidenden Inhalt der Sitzung, legen aber das größere Augenmerk auf die prozesshaften Aspekte in der Sitzung. Denn das PQS wurde geschaffen ~~kreiert~~, um Klinikern und Wissenschaftlern zu helfen, wichtige Prozessvariablen zu beschreiben und zu erfassen. Nach unserer Auffassung erwies es sich außerdem als nützlich, die Sitzung nach dem Lesen oder Anhören bzw. Ansehen zusammen zu fassen, um anhand der eigenen Beschreibung mithilfe der Items der Stunde diese nachempfinden zu können und dabei zu prüfen, ob die wesentlichen Charakteristika erfasst wurden und mit der realen Sitzung konsistent übereinstimmen. Aspekte des Patienten und des Analytikers sowie deren Interaktion werden hervorgehoben, die den Verlauf der Sitzung bestimmt haben. Es wird unter anderem registriert, wer während der Sitzung initiiert und kontrolliert, welchen Affekt der Patient zeigt und ob der Analytiker diesen während der Sitzung kommentiert. Des Weiteren wird beachtet, welche spezifischen Interventionen der Analytiker macht bzw. unterlässt, ob er den therapeutischen Prozess versteht, die Diskussion fokussiert ist, sich der Patient den

¹⁰ Das PQS wurde inzwischen aus dem Englischen ins Deutsche (Albani et al. 2008), Japanische, Norwegische, Italienische, Portugiesische und Spanische übersetzt (siehe Ablon & Goodrich 2004).

Versuchen des Analytikers, die analytische Arbeit in der Sitzung durchzuführen, widersetzt und wie der Patient und Analytiker aufeinander reagieren und miteinander interagieren. Folgende Fragen werden aufgeworfen: Vertieft der Patient seine Gedanken zu dem Material nach einer Deutung, reagiert er mit Schweigen oder gar mit einer Zunahme an Selbstschutz und Rückzug als Folge darauf? Wie geht der Analytiker weiter vor, nachdem der Patient zunehmend zögerlich oder verwirrt reagiert? Passt sich der Analytiker an, um dem Patienten nachzugeben oder fährt er mit seiner gewählten Form der Intervention fort? Scheint sich der Prozess in der Sitzung zu vertiefen und in einer produktiven Art und Weise weiterzuentwickeln oder stagniert er? Ist der Verlauf der Sitzung durch die interpersonelle Verbindung zwischen Patient und Analytiker gekennzeichnet oder zeigt der Patient während der Sitzung Widerstand oder vielmehr Impulse, die unabhängig vom Analytiker auftreten? Gibt es konkrete Anhaltspunkte in der Stunde, die darauf hinweisen, dass sich der Patient vom Analytiker unterstützt fühlt? Darüber hinaus ist es notwendig, dass die affektiven Reaktionen des Raters auf den Analytiker und den Patienten sorgfältig beobachtet werden, da sie die Bewertung verzerren können. Die Rater versuchen sich ihrer eigenen subjektiven Reaktionen auf den Analytiker und den Patienten bewusst zu sein und zwischen diesen Reaktionen und den Überlegungen zu dem objektiven Datenmaterial während des Ratings zu trennen.

Für die Durchführung des tatsächlichen Bewertungsvorganges, kann der Rater sich zwischen der Papierversion und der elektronischen Version des PQS entscheiden, wobei Letztere im Allgemeinen als praktischer und effizienter angesehen wird. Zudem verringert die Anwendung der elektronischen Version (mit Excel) den Arbeitsaufwand und fehlerhafte Einträge bei der Dateneingabe. Dennoch bevorzugen manche Rater mit den auf Papirkarten abgedruckten Items zu arbeiten und diese danach in die Stapel von 1 bis 9 zu verteilen. Für diejenigen, die mit der Papierversion arbeiten, ist empfehlenswert, nach dem Lesen der Behandlungsstunde die Items im anfänglichen Sortierungsprozess in einen von drei Stapeln zu sortieren – sehr charakteristisch bzw. salient, neutral und uncharakteristisch. Nach diesem anfänglichen Sortieren werden die Items in die spezifischen Stapel 1 bis 9 verteilt, basierend auf der Einschätzung des Raters wie charakteristisch, hervorstechend und bedeutsam jedes Item für die Stunde ist. Bei der Anwendung der elektronischen Version, kann der Beurteiler in einer ähnlichen Weise vorgehen und die Items in eine von drei Gruppierungen zuordnen,

um diese später auf alle neun Stapel, entsprechend der neun Skalenpunkte, zu verteilen. Sobald Rater erfahrener in der Anwendung dieses Instruments sind, bevorzugen sie meist, die Items in exakte Stapel zu verteilen, um dann beim zweiten Durchgang die notwendige Umverteilung entsprechend den Anforderungen der Q-Sort-Verteilung hinsichtlich der jeweiligen Anzahl an Items pro Skalenpunkt vorzunehmen. Die erlaubte Anzahl der Items, die jedem einzelnen Stapel zuzuordnen sind, ist auf der elektronischen Version mit der Excel-Tabelle angegeben, sodass der Sortierungsvorgang übersichtlich wird. Wenn ein Rater seine Bewertungen überprüft und seine Arbeit vervollständigt hat, beurteilt er die Ratings durch das Nachprüfen der Bewertungsstapel im extrem ausgeprägten Bereich (jeweils fünf Items für die Stapel 1 und 9 und jeweils acht für die Stapel 2 und 8). Danach erzählt der Rater die Stunde anhand dieser zehn Items nach und entscheidet, ob die Beschreibung der Stunde, wie sie mithilfe der Items wiedergegeben werden kann, dem Gesamteindruck dieser Stunde entspricht.

Jede mit dem PQS ausgewertete Sitzung wird jeweils von zwei unabhängigen Ratern¹¹ bewertet. Die Übereinstimmung zwischen den PQS-Ratings von zwei Ratern (Interrater-Reliabilität) wird mittels Korrelation berechnet, welche einen Koeffizienten von mindestens 0.5 erreichen muss, um für die weitere Datenauswertung in Betracht zu kommen. Unsere Übereinstimmungen liegen deutlich über 0.5, mit Ausnahme von besonders schwierigen Sitzungen, was die Güte der Beurteilungen generell begünstigt. Wenn die erforderliche Übereinstimmung zwischen zwei Ratern für eine gegebene Sitzung nicht erreicht wurde, wird ein Experte des PQS (sog. Master-Rater) einbezogen, der sein Rating zum Vergleich vorlegt, um zu prüfen, ob die erforderliche Übereinstimmung mit einem der ersteren Rater erreicht wird und mögliche Fehlerquellen bei der Einschätzung bestimmter Items zu identifizieren. Dabei ist besonders wichtig, dass die Extrembereiche gut übereinstimmen, da diese die wesentlichen Aspekte der Sitzung abbilden. Bei den Ratings von zwei unabhängigen Ratern, die eine gute Übereinstimmung erreicht haben, wird dann über alle Items hinweg der Mittelwert gebildet, um ein einziges Rating zu kreieren, welches für die nachfolgende statistische Auswertungen verwendet wird.

¹¹ Die Rater der hier vorgestellten Arbeit wurden entweder von E. E. Jones persönlich oder von seinen ehemaligen Mitarbeitern in der Anwendung des PQS ausgebildet.

Die erste Demonstration des PQS wurde an dem Musterfall der US-amerikanischen Psychoanalyse, der Patientin Mrs C. und ihrem Analytiker Hartvig Dahl, durchgeführt (Jones & Windholz 1990). Im Rahmen eines Programms zur Prozessforschung wurden eine größere Anzahl von Kurzzeitbehandlungen untersucht; sowohl die Interpersonelle Psychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie (Ablon & Jones 1998, 1999, 2002) als auch naturalistische Stichproben psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapien (z.B. Ablon et al. 2006) wurden ausgewertet..

In der BRD wurden nach der oben erwähnten ersten Annäherung durch die Leipzig-Ulmer Arbeitsgruppe (Albani et al. 2000) inzwischen eine Schulung von R. A. Levy in München durchgeführt (2007) und zwei der Autorinnen haben sich durch längere Forschungsaufenthalte bei Drs. Ablon und Levy zu qualifizierten Ratern weitergebildet (I.E. und C.S.). In der Münchener Psychotherapiestudie wird die Methode eingesetzt (z.B. Erhardt, im Druck) und eine Ulm-München Koproduktion nutzte das PQS zu einer vergleichenden Studie (Seybert et al. 2011).

Amalia X, Sitzung 152

Klinische Beschreibung der Patientin Amalie

Die 35jährige, alleinlebende, berufstätige Patientin hatte sich wegen zunehmender depressiver Beschwerden in Behandlung begeben. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen einer virilen Stigmatisierung aufgrund eines idiopathischen Hirsutismus, die unkorrigierbar war und mit der sich die Patientin vergeblich abzufinden versucht hatte. Die u.a. auch daraus resultierende Selbstwertstörung, mangelnde weibliche Identifizierung und soziale Unsicherheit erschwerten persönliche Beziehungen und führten dazu, daß die Patientin keine engen gegengeschlechtlichen Beziehungen aufnehmen konnte. Die Patientin stand stark unter dem Einfluß einer streng religiösen Erziehung, die ihr Über-Ich bestimmte. Die insgesamt 517stündige psychoanalytische Behandlung wurde sowohl in der klinischen wie auch in der testpsychologischen Einschätzung als erfolgreich bewertet. (Für eine ausführliche klinische Beschreibung siehe Thomä & Kächele, 2006b, S.104ff.)

Thematischer Eindruck der Stunde

Unser erster Eindruck der Sitzung 152 der psychoanalytischen Behandlung der Amalie X ist, dass der Dialog komplex, die Assoziationen sehr persönlich und der Austausch zwischen Patientin und Analytiker, die ein hervorragendes therapeutisches Bündnis haben, sehr vertraut ist. Tatsächlich bedarf diese Sitzung,

um eine valide Einschätzung geben zu können, mehr als einer Lektüre des Verbatimprotokolls. Wir haben die Bewertung dieser Stunde als Zugang zu einer sehr persönlichen dyadischen Bedeutungswelt erfahren, die eine gründliche Betrachtung des Prozesses erfordert. Beispielsweise gibt es Ereignisse im Prozess, in welchen die Patientin zunächst gegen eine Deutung Widerstand zeigt, woraufhin eine Fokusverschiebung des Analytikers oder der Patientin erfolgt, die den Dialog vertieft. Man muss sichergehen, den Prozess dieser Stunde sorgfältig nachzuvollziehen und zu verstehen, aufgrund der schnellen Besserung und Vertiefung der analytischen Arbeit, die diese Sitzung auszeichnet und so überzeugend macht. Bei der Auseinandersetzung mit dieser Sitzung kamen wir zu der Auffassung, dass der Schwerpunkt auf der nachhaltigen Erforschung unbewusster Gefühle der Patientin ihrem Analytiker gegenüber beruht.

Die Ratings dieser Sitzung (siehe Tabelle 2) reflektieren unseren Eindruck, dass sowohl die Patientin als auch der Analytiker die Stunde aktiv mitgestalten und bedeutsame Beiträge zum Gelingen des analytischen Prozesses leisten. Es wurde deutlich, dass die Mitteilung eines Traumes (Item 90) den Prozess der Stunde ~~stimuliert~~ voranbringt. Der Analytiker regt die Patientin nachdrücklich an, ihr Unbewusstes (67, 89) zu erforschen ohne Bestreben mit der Patientin das Verhältnis von Realität und Phantasie zu verdeutlichen (68). Obwohl die Patientin auch vereinzelt Widerstand zeigt, ist sie an der analytischen Arbeit durch den Versuch beteiligt, sich mit ihren Assoziationen (97) im Rahmen der therapeutischen Beziehung (98) und der Übertragungsbeziehung auseinanderzusetzen. Während der Stunde ist die Patientin offensichtlich aktiv und initiativ (15) und die Interventionen des Analytikers fördern den Redefluss der Patientin (3) mit einer nicht-wertenden therapeutischen Haltung (18).

Wir stellten weiter fest, dass der Prozess der Stunde deshalb produktiv verläuft, weil die Empathie des Analytikers (6) sein Verständnis über die Patientin auf einem tiefen, unbewussten Niveau reflektiert. Dies erlaubt erfolgreich, die Patientin auf ihre bedrohlichen und verdrängten Gefühle aufmerksam zu machen (50). Weil sich die Patientin von dem Analytiker verstanden fühlt (14). Aufgrund der empathischen Haltung des Analytikers und seiner Fähigkeit, die Patientin zu verstehen, initiiert sie neue Themen (15). Des Weiteren ist auffallend und charakteristisch, dass der Analytiker den therapeutischen Prozess versteht (28), was sich in der Vertiefung der analytischen Arbeit im Laufe der Sitzung widerspiegelt. Er

gibt der Patientin Raum, um Widerstand zu leisten und bittet sie gleichzeitig ihr Innerpsychisches zu erforschen. Diese Flexibilität führt zu einer Vertiefung an Assoziationen und einer zunehmend vertrauteren Erkundung der Übertragung. Die Gefühle oder Wahrnehmungen der Patientin sind verbunden mit Kindheitserfahrungen (92), die ihr durch die anhaltende Auseinandersetzung mit ihren Träumen und Assoziationen helfen, auf diese Art und Weise fortzufahren und sich auf die Vertiefung des Prozesses einzulassen.

Interaktionsstrukturen

Mithilfe von Faktorenanalysen der Ratings mehrerer Sitzungen ist es möglich, sogenannte „Interaktionsstrukturen“ (Jones 2000) zu identifizieren. Diese sind sich wiederholende und sich gegenseitig beeinflussende Prozesse, die für jede Patient-Analytiker-Dyade spezifisch sind und sich nur langsam verändern. Im Falle der 152. Sitzung von Amalie X können wir nur eine Illustration der für diese Dyade spezifischen Interaktionsstruktur geben.

Die Art der Interaktion in dieser Stunde führt unserer Einschätzung nach bei der Patientin zu einem Gefühl, diese als hilfreich erlebt zu haben. Würde sich diese Interaktionsstruktur während der Behandlung wiederholen und würde sie vom Analytiker und der Patientin gemeinsam erkannt und verstanden, würde dies ein günstiges Therapieergebnis erwarten lassen. Am Anfang der Sitzung bespricht die Patientin einen Traum, den sie dem Analytiker mitteilt und anschließend, zunächst mit sich selbst sprechend, dazu assoziiert:

P: Es war das Werk des Teufels, im Unterricht hast du es nicht wirklich in Betracht gezogen. Du hast so wenig wie möglich damit zu tun.// wie vor 10 Jahren. Warum ist //?- Ich weiß es auch nicht//? Irgendwie ist es mir egal. - und das, ich meine wirklich, ist nicht normal für mich. Überhaupt keine Angst mehr zu haben.

A: Wie in dem Traum?

P: Ja, ja, ich muss! Irgendwie. Es scheint mir als – naja, als ob es zum Punkte wo, das was ich in meinem Kopf überlege – hm -. Dass manchmal in den letzten Tage überlege ich wirklich in welches Kloster ich gehen sollte. Es scheint idiotisch und es bringt überhaupt nichts, wenn ich das zu mir sage.

A: Mhh-mhh.

P: Ich bin ernsthaft froh, morgens in der Schule zu sein. Ich hab dort einfach keine Zeit für solche Sachen. – Irgendwie schütze ich mich mit meiner Routine davor, aber – natürlich auch mit grübeln, aber sobald ich anfangen zu denken, wird alles verwirrt. Ich weiß es nicht, ich weiß es wirklich nicht. Also denke ich, ich bin verrückt und dann denke ich, ich habe Schuldgefühle und dann denke ich, ich äh.

- In den letzten, - sechs Jahren, habe ich absolut//. Ich weiß nicht, es ist alles so weit weg. Plötzlich.
- A: Was wurde Ihnen eben über Ihren Traum bewusst?
- P: Oh, scheiße
- A: dass Sie nicht sagen wollten? Bitte? Mhh?
- P: Ach nur irgendetwas, dass eventuell in einem +Buch.///
- A: über, über +
- P: Über irgendwas, dass eventuell in irgendeinem Schulbuch ist
- A: Also, was ist denn da?
- P: (lacht) Das wissen Sie ganz genau
- A: Nein, nein, nein
- P: nein natürlich wüssten Sie nicht welche Art von Schulbücher ich l e s e.
- A: Mhh-mhh.
- P: Oh Gott, nein, ich fühle mich so ekelhaft.
- A: Mhh. (18 Sekunden Pause).
- P: Also, denken Sie dass – dass der Traum mich irgendwie weiterbringt?///
- A: Naja, da ist definitiv +eine, eine äh, mhh- Bewegungslosigkeit, eine. – Sie haben sich eben noch beklagt, dass Sie nicht weiterkommen, dass Sie, äh, - naja es ist genau das Bild aus dem Traum.
- P: Äh+, aber am Ende bin ich aufgestanden.
- A: Ja.+
- P: so wie ich es Ihnen gesagt hatte, wie ein Stehaufmännchen.
- A: Aber Sie sind zum Friseur gegangen.
- P: Wie eine Art Stehaufmännchen
- A: Mhh.
- P: Das alles einfach abschüttelt und zum Friseur geht, das nichts besseres zutun hat, nicht zur Polizei geht, obwohl ich da nicht sicher bin. Ich glaube, da war Polizei. Auf der einen Seite war es wie ein Film Set + und auf der anderen Seite, waren da diese.
- A: Genau.+
- P: Absolut wirklichen Straßen!, in Wirklichkeit. Dann höre ich Menschen kommen und glotzen. Es ist nur so, dass ich jetzt nicht weiterkomme. Ich bleibe immer tiefer stecken. Und das//zu sein. Und zuerst war es die Uhr, und jetzt ist es das Auto und es fährt immer weiter in die eine Richtung.

In diesem Ausschnitt aus der Sitzung kommt zum Ausdruck, dass die Patientin zwar über ihr Leben in der Schule als Lehrerin spricht, der Analytiker jedoch andeutet, dass ihr Erleben im Traum der kürzlich zurückliegenden Ereignisse ihres beruflichen Alltags ähnelt. Die Patientin stimmt dem Analytiker zu und führt ihre Assoziationen, angeregt durch den nichtwertenden Kommentar des Analytikers (Item 3), fort. Überraschend für die Patientin bittet er sie den unlängst vermiedenen Gedanken wiederaufzugreifen (50). Doch die Patientin sträubt sich, diesen erneut auszudrücken oder weiter zu ergründen (58). Der Analytiker passt seine Herangehensweise an (47) und erlaubt der Patientin ihren Widerstand. Nach einem 18-sekündigen Schweigen, initiiert die Patientin (15) die Fortführung eines anderen Themas, indem sie weiteres bedeutsames Material einbringt (88). Die Tatsache,

dass die Patientin den Analytiker in die Auseinandersetzung mit einem anderen Thema, welches die Wiederaufnahme der wechselseitigen Untersuchung von unbewussten Inhalten der Patientin mit einbezieht, deutet daraufhin, dass der Analytiker den therapeutischen Prozess in dieser Stunde versteht (28). Daraus kann geschlossen werden, dass der Analytiker falls nötig, den Widerstand zu einem anderen Zeitpunkt der Behandlung wieder ansprechen wird, was jedoch nicht in der Einschätzung mit dem PQS berücksichtigt werden darf, da lediglich die einzelne Sitzung Gegenstand des Ratings ist.

Diese Serie bestimmter Prozessvariablen durch den Analytiker und die Patientin wird auch in anderen Momenten in derselben Sitzung wiederholt; was sich als konstruktiv für die Dyade erweist. Es findet eine Vertiefung des Materials statt; die Patientin teilt dem Analytiker mehr von ihren Phantasien und Assoziationen mit und nimmt seine deutenden Interventionen im Rahmen der Übertragungsbeziehung an und/ oder geht darauf ein. Wir können nur Vermutungen darüber anstellen, wie sich der Verlauf hätte entwickeln können, wenn der Analytiker der Patientin stärker verdeutlicht hätte, dass sie manche bedrohlichen Gedanken und Gefühle vermeidet. Die Anpassungsfähigkeit des Analytikers half der Patientin, sich ausreichend sicher zu fühlen, ihren zuvor geäußerten Fantasien über den Analytiker nachzugehen. Ihre Aggression, ihr Neid und ihre Sehnsucht den damit verbundenen Ängsten und Fluchtgedanken, kommen gegen Ende der Sitzung erneut zum Vorschein. Wir gehen davon aus, dass mit einer größeren Anzahl von Sitzungen aus Amalies Behandlung sich wiederholende Interaktionsstrukturen anhand der oben beschriebenen Items identifiziert werden können, die sich durch den Behandlungsverlauf hindurch ziehen. Des Weiteren könnte eine zeitlich geordnete Abfolge bestimmter Muster empirisch nachgewiesen werden, dass und inwiefern das Erleben, Erkennen und Verständnis dieser spezifischen Interaktionsmuster mit einem positivem Behandlungsergebnis einhergehen.

Die Beurteilung des analytischen Prozesses mit dem PQS

Mithilfe von Expertenbewertungen wurde ein PQS-Prototyp eines psychoanalytischen Prozesses von Ablon und Jones (1998) herausgearbeitet, um anhand dessen zu untersuchen, inwiefern sich verschiedene Psychotherapieverfahren voneinander unterscheiden. Dabei wurden elf erfahrene

Analytiker gebeten, sich eine prototypische psychoanalytische Sitzung vorzustellen und diese anhand der PQS-Items unabhängig voneinander abzubilden.

Anschließend ihre Ratings, die eine hohe Übereinstimmung untereinander aufwiesen, zu einem sogenannten analytischen Prototypen zusammengefügt.

Anhand dieses Prototypen kann die Therapieadhärenz (Verfahrenstreue) mit realen Sitzungen verglichen werden, d.h. es kann mit einer einfachen Korrelation geprüft werden, wie hoch der Zusammenhang der untersuchten Sitzung(en) dem Prototypen einer psychoanalytischen Sitzung ist.¹²

Anhand mehrerer umfangreicher Datensätze von Behandlungen wurde gezeigt, dass dieser Prototyp auf Ratings von Behandlungssitzungen angewendet werden kann, um den Grad der Adhärenz festzustellen. Das heißt, das der Therapeut tut, was von ihm theoriekonform erwartet wird und demnach als prototypisch analytisch gelten kann .

Die vorgestellte Sitzung weist einen hohen Zusammenhang mit dem analytischen Prototypen ($r = 0.65$) auf, wie im Folgenden ausgeführt wird. Analytiker und Patientin haben offenkundig einen sehr ausgeprägten analytischen Prozess im bisherigen Verlauf der Behandlung gemeinsam etabliert. Die Tabelle 2 beinhaltet die 20 als am charakteristischsten beurteilten Items des analytischen Prototyps und gibt außerdem unser Rating mit den gemittelten Werten für jedes dieser charakteristischen Items für die vorgestellte Sitzung wieder. Das heißt, dass die 20 Items, die eine idealtypische analytische Sitzung anhand des analytischen Prototypen des PQS (Ablon & Jones 1998) besonders kennzeichnen, aufgeführt werden und den Einschätzungen selbiger Items auf der neunstufigen Skala des PQS-Ratings von Amalies 152. Sitzung, gegenübergestellt werden (Tabelle 2).

¹² Analog dazu entwickelten Ablon & Jones unter anderem einen Prototypen für kognitiv-behaviorale Therapie (1998) sowie einen für Interpersonelle Therapie (1999) mit jeweils mit einer Gruppe von Experten aus den entsprechenden therapeutischen Schulen. Dadurch kann bei einer vergleichenden Psychotherapiestudie die Adhärenz nicht nur zu der jeweiligen therapeutischen Schule untersucht werden, sondern auch der Zusammenhang mit dem Prototypen anderer Verfahren überprüft werden.

Tabelle 2. Die 20 charakteristischen Items eines prototypischen analytischen Prozesses und deren gemittelte

| PQS-Item-Nr. | Definitionen der PQS-Items | Rating mit Mittelwerten der Items in der 152. Sitzung |
|---------------------|-----------------------------------|--|
|---------------------|-----------------------------------|--|

Bewertung mehrerer Rater mit dem PQS (auf der neunstufigen Skala) für Amalie X, Sitzung 152.

| | | |
|-----|--|-----|
| 90 | Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen. | 9 |
| 93 | Der Therapeut ist neutral. | 4 |
| 36 | Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, z.B. Ungeschehenmachen, Verleugnung. | 5,5 |
| 100 | Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her. | 7,5 |
| 6 | Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. | 8 |
| 67 | Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewusste Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen. | 9 |
| 18 | Der Therapeut vermittelt Wertschätzung. | 8,5 |
| 32 | Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht. | 6,5 |
| 98 | Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. | 9 |
| 46 | Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich. | 5,5 |
| 50 | Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung). | 8 |
| 11 | Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen. | 3 |
| 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. | 4,5 |
| 35 | Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs. | 5 |
| 91 | Erinnerungen oder Rekonstruktionen der Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs. | 6,5 |
| 92 | Gefühle oder Wahrnehmungen des Patienten werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft. | 8 |
| 62 | Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema. | 6 |
| 3 | Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern. | 9 |
| 79 | Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an. | 4 |
| 22 | Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten. | 5 |

Unsere Ratings bewerteten mehrere der charakteristischsten Items des analytischen Prototypen ebenfalls als sehr charakteristisch in dieser Sitzung von Amalie X. Beispielsweise wurden Träume oder Fantasien diskutiert (Item 90) und wurden von beiden Ratern als am meisten charakteristisch eingeschätzt, weil der Traum der Patientin einen Großteil des Prozesses der Sitzung ausmacht, wodurch das Item als hervorspringend und charakteristisch bewertet werden muss. Dass der Analytiker Wertschätzung vermittelt (18), ist ebenfalls bezeichnend und hervorstechend, da diese die Bereitschaft der Patientin beeinflusst, sich in ihre Assoziationen zu vertiefen. Der Analytiker gibt eine Übertragungsdeutung, indem er eine Verbindung zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen, insbesondere der zum Vater, herstellt (100), obgleich dieses Ereignis nicht entscheidend für den Prozess ist und nicht wesentlich für die Stunde ist, wie die Besprechung des Traumes.

Es wurden nicht alle der charakteristischsten Items aus dieser Musterstunde eines als idealtypisch definierten analytischen Prozesses anhand des PQS-Prototypen auch als charakteristisch oder salient in der hier vorgestellten Stunde bewertet. Wir bewerteten beispielsweise das Item 46 („Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist

klar und verständlich“) im neutralen Bereich, da es, obwohl es deutlich zutreffend für diese Sitzung ist, nicht besonders relevant oder als maßgeblich für den Prozess erscheint im Vergleich zu anderen Prozess-Items, die wir für charakteristischer hielten und als solche erfassen wollten. Wir bewerteten des Weiteren Item 11 („Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen“) mit dem niedrigen Wert 3 und damit als „nicht zutreffend“ aber dadurch dennoch auffällig, da sich die Patientin aktiv dagegen sträubt, den offensichtlich sexuellen Inhalt ihrer Assoziationen zu besprechen und wir diesen Widerstand im Rating somit abbilden können. D.h. dass es nicht nur wichtig ist festzuhalten, ob ein Verhalten oder Phänomen auftritt, sondern dass es ebenso von Bedeutung ist zu erfassen, dass es ausbleibt, ignoriert oder vermieden wird.

Diskussion

Das transkribierte Stundenprotokoll erfordert eine mehrmalige Lektüre und eine gründliche Reflexion, um sichergehen zu können, dass die Ratings dieser Stunden mit dem PQS der Komplexität des Materials so gerecht wie möglich werden. In dieser Sitzung besteht ein spezifisches Muster an Interaktionen, bei welchen der Analytiker der Patientin Raum für Widerstand und Abwehr bei minimaler-geringer Konfrontation erlaubt bis ergiebige Nachfragen und eine weitergehende Exploration ihrer Fantasien wieder aufgenommen wird. Die Untersuchung mit dem PQS bestätigt die eingangs zitierte klinische Beurteilung von Salman Akhtar recht gut; sie liefert darüber hinaus auch noch Hinweise auf prozessuale Ablaufmuster, die eine Weiterführung der Untersuchung lohnend erscheinen lassen. Dann könnten wir auch die Befunde einer früheren Untersuchung der Anfang und Endstunden (Albani et al. 2000) einbeziehen.

Fazit

Das PQS wurde von Jones in den späten achtziger Jahren entwickelt, um den psychotherapeutischen, darunter auch den analytischen, Prozess empirisch fassbar zu machen. Dies geschah jedoch bevor der gegenwärtige Trend aufkam, jenseits von „*brand names*“ die aktiven Wirkbestandteile psychotherapeutischer Behandlungen zu identifizieren (Ablon et al. 2006). Im Rückblick ist beeindruckend, dass er damit die Prioritäten der gegenwärtigen Therapieforschung antizipierte. Nachdem das Expertengremium der analytischen Prototypen ich-psychologisch geprägt ist, wäre es von Interesse auch für andere psychoanalytische Orientierungen

solche Prototypen zu erarbeiten. Dadurch würden noch differenziertere vergleichende Untersuchungen psychoanalytischer Therapien ermöglicht werden. Neben der anhaltenden Debatte um die Wirksamkeit der psychodynamischen und psychoanalytischen Therapie (z.B. Leichsenring & Rabung 2011) wächst das Interesse an einer qualitativ hochwertigen Untersuchung der Veränderungsmechanismen (Levy et al. 2012). Mit dem PQS werden beobachtbare Phänomene psychoanalytischer Prozesses systematisch erfasst; obgleich sie deren Komplexität nicht vollkommen gerecht werden, so werden sie durch das PQS einer subtilen empirisch-kontrollierbaren Prozessforschung zugänglich gemacht. Unserer Einschätzung nach ist dieses Instrument bestens geeignet, um diese Frage für psychodynamische und andere psychotherapeutische Behandlungen zu untersuchen, indem klinisch relevante Aspekte systematisch erfasst, beschrieben und untersucht werden.

Literatur

- Ablon JS, Goodrich C (2004) Forward. In: Jones EE: Therapeutic action: a guide to psychoanalytic therapy. Paterson Marsh, London, S 1-3
- Ablon JS, Jones EE (1998) How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychoth Res* 8: 71-83
- Ablon JS, Jones EE (1999) Psychotherapy process in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *J Consult Clin Psychol* 67: 64-75
- Ablon JS, Jones EE (2002) Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry* 159: 775-783
- Ablon JS, Jones EE (2005) On analytic process. *J Am Psychoanal Ass* 53: 541-568
- Ablon JS, Levy R, Katzenstein T (2006) Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychother Theory Res Pract* 43: 216-231
- Ablon JS, Levy RA, Smith-Hansen L (2011). The contributions of the Psychotherapy Process Q-set to psychotherapy research. *Research in Psychotherapy*; 14(1): 14-48
- Akhtar S (2007) Diversity without fanfare: Some reflection on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq* 27: 690-704
- Albani C, Ablon JS, Levy RA, Mertens W, Kächele H (Hrsg) (2008) Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen. Ulmer Textbank, Ulm
- Albani C, Blaser G, Jacobs U., Jones E., Geyer M & Kächele H (2000) Die Methode des "Psychotherapie-Prozess Q-Sort". *Z Klin Psychol, Psychiat und Psychother*, 48(2): 151-171.
- Blatt SJ (2008) Two polarities of experience: relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. APA, Washington, DC

- Block J (1978) The Q-sort method in personality assessment and psychiatric research. Consulting Psychologists Press (original work published in 1961), Palo Alto, CA
- Freud S (1900a) Die Traumdeutung. Gesammelte Werke Bd. 2-3. Fischer, Frankfurt a.M.
- Erhardt, I. (im Druck). Bezogenheit und Differenzierung in der therapeutischen Dyade. Eine empirische Untersuchung von psychoanalytischen und psychotherapeutischen Veränderungsprozessen. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Erikson EH (1954) The dream specimen of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 2: 5-56; (1955) Das Traummuster der Psychoanalyse. Psyche - Z Psychoanal 8: 561-604
- Grünbaum, A. (1988). Die Grundlagen der Psychoanalyse. Eine philosophische Kritik. Stuttgart, Reclam.
- Häcker HO & Stapf K-H (Hg.) (2004). Dorsch. Psychologisches Wörterbuch (14., überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern (Hans Huber)
- Jones, E.E. (1985). Manual for the Psychotherapy Process Q-Set. University of California at Berkeley, unveröffentlichtes Manuskript.
- Jones EE (2000) Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy. Jason Aronson, Northvale, NJ
- Jones EE, Pulos SM (1993) Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. J Consult Clin Psychol 61: 985-1015
- Jones EE, Windholz M (1990) The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. J Am Psychoanal Ass 38: 985-1016
- Kächele H, Albani C, Buchheim A, Grünzig H-J, Hölzer M, Hohage R, Jiménez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert-Dreyer L, Pokorny D, Thomä H (2006) Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. Psyche – Z Psychoanal 60: 387-425
- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a review. Brit J Psychiatry, 199, 15-22.
- Levy R, Ablon JS, Kächele H (Hrsg) (2012) Psychodynamic psychotherapy research: Practice based evidence and evidence based practice. Humana Press/ Springer, New York
- Levy R, Ablon JS, Thomä H, Kächele H, Ackerman J, Erhardt I, Seybert C (2012) A session of psychoanalysis as analyzed the Psychotherapy Process Q-set: Amalia X, session 152. In: Levy R, Ablon S, Kächele H (Hrsg) Psychodynamic Psychotherapy Research. Humana Press/Springer, New York, S 509-528
- Luborsky L, Spence DP (1971) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, S 408-438
- Müller F, Kals E (2004) Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. Forum Qualitative Sozialforschung 5: Artikel 34
- Sachs D (2005) Reflection on Freud's Dora case after 48 years. Psychoanal Inq 25: 45-53
- Seitz P (1966) The consensus problem in psychoanalysis. in Gottschalk LA & Auerbach AH (Hrsg) Methods of research in psychotherapy. Appleton Century Crofts, New York, S. 209-225
- Stephenson W (1953) The study of behavior: Q-technique and its methodology. University of Chicago Press, Chicago
- Seybert C, Desmet M, Erhardt I, Hörtz S, Mertens W, Ablon S, Levy R, Kächele H (2011) Therapists techniques in psychoanalysis and short-term and long-term

- psychoanalytic therapy: Are they different? J Am Psychoanal Ass, 59(3) 592-602
- Thomä H, Grünzig H-J, Böckenförde H & Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. Psyche - Z Psychoanal 30: 978-1027
- Thomä H & Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie. Band 2 Praxis. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2007) Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment report. Psychoanal Inq 27: 650-689
- Vaughan, S. C.; Spitzer, R.; Davies, M. & Roose, S. (1997): Columbia Psychoanalytic Process Scale, Research in Progress Meeting, American Psychoanalytic Association, Midwinter Meetings, New York.
- Wilson A (2004) Multiple approaches to a single case: Conclusions. Int J Psychoanal 85: 1269-127