

6.4 Zur Methodik der Einstufungsuntersuchung¹

Im Folgenden werden methodische Probleme der durchgeführten Einstufungsuntersuchung thematisiert; hierbei werden speziell folgende Themen bearbeitet:

6.4.1 Die Beschreibung der Schätz-Skalen

6.4.2 Die Beschreibung der Beurteiler-Gruppe

6.4.3 Das Problem der Stichproben-Bildung

6.4.4 Die Handhabung der Skalen durch die Beurteiler

6.4.5 Die Inter-Beurteiler-Übereinstimmung

6.4.6 Die faktorielle Struktur der Beurteilung

¹ Diese Untersuchungen stellen die Re-Analyse des Roh-Datensatzes eines früheren Vorhabens dar (Grünzig, Kächele et al. 1978); allerdings wurde die gesamte Datenanalyse verfeinert und statistisch besser abgesichert. Hiefür danke ich Herrn Dr. Pokorny.

6.4.1 Die Beschreibung der Schätz-Skalen

Die verschiedenen Formen der Angst sollten auf vierstufigen Skalen nach dem Grad ihrer Ausprägung eingestuft werden. Den Stufen der Skala waren die Werte 0, 1, 2 und 3 zugeordnet. Dabei wurde der Wert 0 als „dynamisch nicht wirksam“ definiert.

Es handelt sich also bei diesen Skalen um sog. Schätz-Skalen, im Gegensatz zu methodisch anspruchsvolleren Skalen bei denen die Skalenschritte durch Ankerbeispiele belegt sind (Abb. 10):

STUNDE :	RATER:
----------	--------

Bitte schätzen Sie die Stunde jeweils auf der ersten Skala nach dem Vorhandensein von Angst (des jeweiligen Inhalts) und auf der zweiten Skala nach dem Grad der Bewusstheit dieser Angst ein:

1) Trennungsangst

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

2) Verletzungsangst (Kastrationsangst)

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

3) Angst vor Schuld

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

4) Angst vor Beschämung

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

5) Diffuse Angst

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

6) Todesangst

nicht vorhanden	+-----+-----+-----+	stark vorhanden
	0 1 2 3	
unbewusst	+---+---+---+---+---+---+	bewusst
	1 2 3 4 5 6 7	

Abb. 10: Angst-Schätz-Skalen

Aus den theoretischen Darlegungen zum Konzept der Angst folgt, dass die Intensität einer Angst (einstufen mit 1, 2, oder 3) nicht nur als Stärke des erlebten Angstaffektes, sondern

zugleich auch als die dynamische Relevanz einer Gefahrensituation für das Ich definiert ist. Da zwischen bewussten und unbewussten Gefahrensituationen unterschieden werden kann, wurde ein Sub-Skala „Grad der Bewusstheit (einer Angst)“ eingeführt, auf der im Sinne des topographischen Modells über den Ort der Angst entschieden werden muss. Diese Skala hat sieben Stufen, denen die Zahlen 1 bis 7 zugeordnet sind. Dabei bedeutet der Wert 1 „extrem unbewusst“, der Wert 7 „extrem bewusst“. Die Siebenstufigkeit der Skala rührt daher, dass sie ursprünglich bipolar gedacht war, wobei für die Ausprägung der Qualitäten „bewusst“ und „unbewusst“ je drei Stufen rechts und links eines neutralen Mittelpunktes vorgesehen waren. Die Bipolarität dieser Dimension wurde jedoch aufgegeben, weil ein solcher Umschlagpunkt weder theoretisch noch empirisch zu rechtfertigen war; die Beschreibung einer Angst als mehr oder minder unbewusst dürfte den klinischen Erfahrungen besser entsprechen.

Ähnlich wie für die verschiedenen Formen der Angst wurde die Skalierung für die libidinöse und die aggressive Übertragung vorgenommen (Abb. 11):

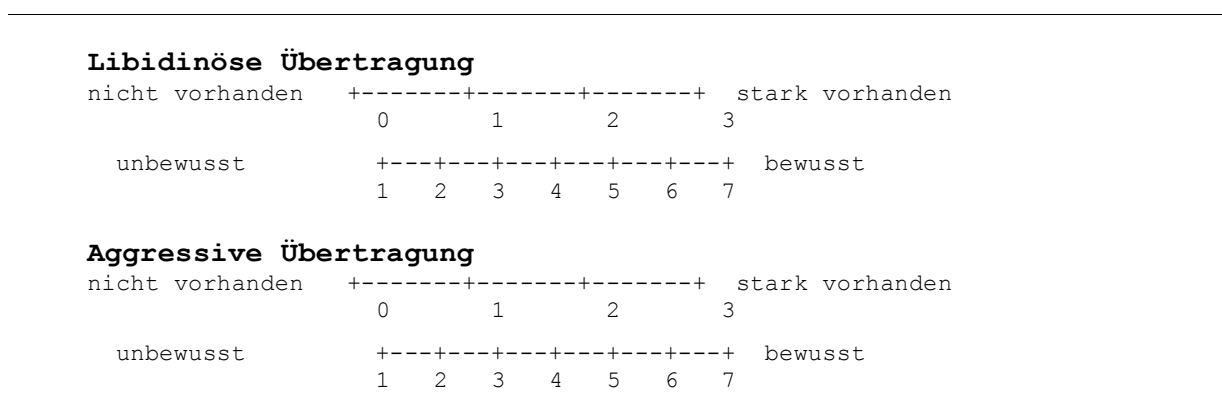


Abb. 11: Übertragungs-Schätz-Skalen

Auch diese beiden Konzepte wurden zunächst nach dem Grad ihrer Ausprägung auf der oben beschriebenen vierstufigen Skala eingestuft und dann auf einer siebenstufigen Skala, bei der jedoch der Wert 1 „stark unbewusste Übertragung“ und der Wert 7 „stark bewusste Übertragung“ bedeutete.

Die Übertragung z. B. eines starken unbewussten Übertragungswiderstandes geht auf diesen Skalen in zwei Schritten vor sich: Zuerst wird die Intensität gekennzeichnet; dann erhält die Übertragung einen niedrigen Wert auf der Skala „Grad der Bewusstheit der Übertragung“.

Die vier Konzepte, die zur Erfassung der Arbeitsbeziehung dienen, wurden jeweils auf einer siebenstufigen Skala eingestuft, deren eines Ende durch eine schwache Ausprägung des jeweiligen Konzeptes und deren anderes Ende durch eine sehr starke Ausprägung des Konzeptes definiert war (wenig vs. viel Konflikterleben, wenig vs. viel Affekterleben, wenig vs. viel Mitarbeit, wenig vs. viel Einsicht) (Abb. 12):

Konflikterleben

schwach +---+---+---+---+---+---+ stark
 1 2 3 4 5 6 7

Affekterleben

schwach +---+---+---+---+---+---+ stark
 1 2 3 4 5 6 7

Mitarbeit

schwach +---+---+---+---+---+---+ stark
 1 2 3 4 5 6 7

Einsicht

schwach +---+---+---+---+---+---+ stark
 1 2 3 4 5 6 7

Abb. 12: Arbeitsbeziehungs Schätz-Skalen

Um festzustellen, wie die zu untersuchenden Variablen von der Beurteilergruppe mit Hilfe dieser Skalen erfasst wurden, überprüfen wir deren Verwendung.

Besonders im Hinblick auf die Vollständigkeit bzw. evtl. nötige Veränderung der Instruktion ergab sich die Frage nach qualitativer vs. quantitativer Vorgehensweise bei der Benutzung der Skalen.

Während mit den siebenstufigen Skalen die infrage stehenden Konzepte rein quantitativ erfasst werden, d. h. ihre Ausprägung tatsächlich auf ein Kontinuum projiziert wird, beinhaltet die Einstufung von Material auf der vierstufigen Skala genau genommen einen qualifizierenden und einen quantifizierenden Schritt: einmal eine Klassifizierung danach, ob das einzustufende Konzept in dieser Beobachtungseinheit als dynamisch wirksam angesehen werden kann oder nicht (qualitativ), und dann eine Messung des Konstrukts auf einer dreistufigen Ordinalskala (quantitativ) – vorausgesetzt, dass das Konstrukt für dynamisch wirksam gehalten wurde. Ob man den Ratern bei ihrer Einstufung eher ein qualitatives oder ein quantitatives Vorgehen zuschreibt, scheint davon abzuhängen, wie die Rater ihre Entscheidungen über die zuzuordnenden Skalenwerte fällten. Einmal wäre denkbar, dass ein Rater vom Gesamtmaterial ausgeht und seine Entscheidung immer weiter differenziert, also beispielsweise die Kastrationsangst zunächst grob als dynamisch wirksam oder dynamisch unwirksam klassifiziert und in einem weiteren Schritt den exakten Skalenwert sucht. In diesem Falle wäre der qualitative Anteil des Entscheidungsprozesses besonders deutlich. Zum anderen wäre denkbar, dass ein Rater, vom Nullpunkt der Skala „startend“, auf jeden im Material auftretenden Hinweis auf das einzustufende Konzept hin sein Urteil auf der Skala etwas „verschiebt“. Bei dieser Vorgehensweise spielt eine Quantifizierung praktisch keine Rolle.

6.4.2 Die Beschreibung der Beurteilergruppe

Die Beurteilergruppe, die 55 ausgewählte Stunden der psychoanalytischen Behandlung des Pat. Christian Y anhand der 20 Rating-Skalen in zufälliger Reihenfolge einstufte, bestand aus drei Mitgliedern der Forschungsgruppe. Dieser Umstand war aus forschungsökonomischen Gründen nicht zu vermeiden. Der Zeitaufwand, der für die Beurteilung von ganzen Behandlungsprotokollen notwendig ist, überschreitet nämlich das Maß, welches externen Beurteilern auch gegen Bezahlung zumutbar ist.

Die teilnehmenden Beurteiler waren:

- A: Psychoanalytiker mit ca. 25 jähriger psychotherapeutischer Erfahrung, behandelnder Analytiker des Patienten;
- B: Arzt mit fortgeschrittener psychoanalytischer Ausbildung (etwa 5 Jahren);
- C: Psychologin ohne therapeutische Erfahrung, etwa 3 Jahre theoretische und klinische Beschäftigung mit der Psychoanalyse.

Allerdings sind auch die Vorteile dieser Beurteilergruppe aufzuführen. Wie aus der Literatur bekannt ist, setzt die Verwendung von Skalen eine gründliche Kenntnis der zugrunde liegenden theoretischen Konzepte voraus. Da diese Beurteilergruppe sich auch theoretisch mit den oben aufgeführten Angst-, Übertragungs- und Arbeitsbeziehungs-Konzepten auseinandergesetzt hat, konnte dies als günstige Vorbedingung gewertet werden.

Ein spezielles, interessantes Problem stellte die Teilnahme des behandelnden Analytikers in der Beurteilergruppe dar. Zwar war bei der Durchführung der Rating-Prozedur selbst sichergestellt, dass jeder Teilnehmer unabhängig vom anderen seine Einstufungen vollzog, aber der Einfluss des behandelnden Analytikers auf die kognitive Konzeptbildung der anderen Teilnehmer in der Vorbereitungs- und Übungsphase der Rating-Prozedur sollte nicht unterschätzt werden.

Bei der empirischen Analyse der Einstufungen wird die besondere Rolle des behandelnden Analytikers diskutiert werden, so dass es hier genügen mag, auch auf die behandlungstechnische Relevanz einer solchen Teilnahme auf wissenschaftliche Untersuchungen hinzuweisen. Man ist sich in der Literatur ziemlich einig darüber, dass möglichst eine Trennung von therapeutisch tätigen und forschend tätigen Analytikern angestrebt werden sollte. Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnten diese Forderung schon deshalb nicht eingelöst werden, weil noch keine klare Rollentrennung zwischen Therapeuten und Forschern in der Weise befriedigend etabliert war, dass Therapeuten sich um der Forschung willen mit Tonbandaufnahmen abmühen werden.² So waren und sind wir oft noch in der ungünstigen Lage, dass diejenigen, die an solcher empirischen Forschung interessiert sind, auch ihre eigenen Therapien aufzeichnen müssen.

² Um dieses Problem konstruktiv anzugehen, haben Kächele u. Richter (2008) jüngst ein Plädoyer für die Einführung von ‚Studientherapeuten‘ als Qualitätsmerkmal in die berufspolitische Situation eingebracht.

6.4.3 Das Problem der Stichprobenbildung

Analog zu der systematischen Beschreibung des Behandlungsverlaufes (Kap. 5), erschien es angemessen, die gleiche Stichprobe zu wählen, um eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Ebenen zu ermöglichen. Aus der vorliegenden Literatur lassen sich nur vereinzelte Hinweise über das Auswahlproblem entnehmen. So geht aus dem Erfahrungsbericht von Bellak und Smith (1956) hervor, dass sie für ihre Vorhersageuntersuchungen jeweils eine ganze Behandlungsstunde als Beobachtungseinheit gewählt haben. Strupp et al. (1966) sind auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen in dieser Hinsicht skeptisch; es erscheint ihnen unwahrscheinlich, dass das psychoanalytische Interaktionssystem von Arzt und Patient sich über einen Zeitraum von einer Stunde so gleichförmig verhält, dass eine Beurteilung es erfassen könnte. Der Vorschlag, kleinere Einheiten von ca. 10 Minuten Dauer als Beobachtungs-Unit zu wählen, erscheint dann brauchbar, wenn das Ziel der Untersuchung der Interaktionsprozess selbst und dessen Entwicklung innerhalb einer Behandlungsstunde ist. Das von der klientenzentrierten Psychotherapie praktizierte Verfahren, 4-Minuten-Segmente aus dem zweiten Drittel einer Stunde zu beurteilen, ergibt für die in der Rogerschen Therapie relevanten Variablen wie Empathie oder Wärme Einschätzungen, die für die gesamte Stunde repräsentativ sind (s. d. Tausch 1974).

Ein psychoanalytisch orientierter Untersucher kann aber aus theoretischen Gründen diese Stichprobenbildung nur schwerlich akzeptieren, da die Interaktion zwischen Analytiker und Patient als Prozess verstanden werden muss, während in der (frühen) klientenzentrierten Technik der Therapeut darauf abzielt, bestimmte Verhaltensweisen möglichst konstant über die Behandlungsstunde hinweg anzubieten.

Strupps experimentelle Untersuchung zum Vergleich der Technik von Rogers-orientierten und psychoanalytisch orientierten Therapeuten unterstreicht diese Auffassung (Strupp 1973). Die Rogers' Therapeuten zeigen eine weitaus homogenere Ausrichtung über den ganzen Stundenverlauf:

„... Rogerians show a strong predilection for reflective responses, with a concomitant lack for responses in all other categories. Psychoanalytically oriented psychologists distribute their responses more evenly over a variety of techniques ...” (S. 171).

Wir sind der Frage aber auch empirisch nachgegangen, ob die Behandlungsstunde unbedingt als Ganzes beurteilt werden muss, ob sie also eine „natürliche Einheit“ darstellt oder ob sich kleinere Untereinheiten bestimmen lassen, die als repräsentativ für die gesamte Stunde angesehen werden können. Dies würde eine große Erleichterung für den Einstufungsprozess sein, gleichzeitig könnte auch die Gesamtstichprobe vergrößert werden und damit die Validität der Erfassungsprozedur.

In einer ersten Untersuchung stuften zwei Beurteiler die verschiedenen Aspekte der Arbeitsbeziehung in den zufällig ausgewählten Stunden 383 bis 392 ein, und zwar sowohl für die Gesamtstunden als auch getrennt für die ersten 20 Minuten, die zweiten 20 Minuten und den von Stunde zu Stunde in seiner Länge etwas variierenden Rest des Analysestunden. Dabei zeigte sich zunächst einmal, dass die Einstufungen der drei Teile jeweils einer Stunde außerordentlich stark streuten. Ein statistisches Abweichungsmaß ließ sich nicht berechnen; es kamen jedoch Unterschiede von bis zu 6 Einheiten auf der siebenstufigen Skala vor. Berechnet man jedoch die Mittelwerte aus den Einstufungen der jeweils drei Teile der Stunden und vergleicht sie mit Hilfe des Spearman'schen Rangkorrelation-Koeffizienten mit den Einstufungen der Gesamtstunden, so ergeben sich keine zufriedenstellenden Übereinstimmungen (Tab. 4).

	Konflikterleben	Affekterleben	Mitarbeit	Einsicht
Rater B	.42	.12	.52	.37
Rater C	.47	.50	.38	.79

Tab. 4: Segment versus ganzer Sitzung (Spearman's rho, N = 10 Sitzungen)
Spearman's rho, kritischer Wert für das Signifikanzniveau $p = 0.05$: 0.56

Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass die Wahl der „scoring unit“ von großer Bedeutung für die Bestimmung der Prozessebene ist, die untersucht werden soll³. Bei mikroskopisch feinen, linguistischen Studien, wie Pittenger et al. (1960) gezeigt haben, kann die Analyse der ersten fünf Minuten eines psychiatrischen Interviews ein ganzes Buch füllen.

³ Ich beziehe mich hier auf eine von Dollard u. Auld (1959, S. 10-12) eingeführte Unterscheidung für inhaltsanalytische Verfahren. Die „scoring unit“ ist diejenige Einheit, die kodiert wird, die „summarizing unit“ beschreibt die Einheit, über die eine Aussage getroffen wird.

Die Verwendung kürzerer Beobachtungseinheiten bleibt also eine Entscheidung, die auf ihre Theorie-Relevanz hin erst geprüft werden muss. Die Frage „Segments versus whole sessions: Which is the better unit for psychotherapeutic process? kann nur durch die jeweilige Fragestellung entschieden werden (Mintz u. Luborsky 1971).

Da wir nicht an mikroskopischen Änderungen von Angst- oder Übertragungseinstellungen interessiert waren, sondern den „broad sweep“ einer Behandlung verfolgen wollten, entschieden wir uns für die Beibehaltung der Gesamtstunde als „scoring unit“. Als „summarizing unit“ verwendeten wir die 5 Stunden, die wir als Periode bezeichneten.

6.4.4 Die Handhabung der Skalen durch die Beurteiler

Die folgende Tabelle zeigt zunächst die Verteilung der Präsenz (0 – 3) für die Konzepte ‚Angst‘ und ‚Übertragung‘ getrennt für die Beurteiler A, B u. C (Tab. 5).

Konzept	Rater	absent 0	1	präsent 2	3	präsent 1+2+3
Todesangst	A	41	5	4	5	14
	B	50	2	2	1	5
	C	48	4	2	1	7
Verletzungsangst	A	16	23	11	5	39
	B	16	20	9	10	39
	C	22	20	7	6	33
Trennungsangst	A	35	8	8	4	20
	B	32	6	11	6	23
	C	23	11	13	8	32
Schuldangst	A	37	5	8	5	18
	B	35	9	8	1	20
	C	37	9	8	1	18
Beschämungsangst	A	34	4	10	7	21
	B	16	12	13	14	39
	C	22	12	11	10	33
Diffuse Angst	A	12	13	14	16	43
	B	27	11	11	6	28
	C	38	6	6	5	17
Libidinöse Übertragung	A	20	18	10	7	35
	B	12	22	12	9	43
	C	21	16	15	3	34
Aggressive Übertragung	A	11	15	14	15	44
	B	8	17	21	9	47
	C	8	24	19	4	47

Tab. 5: Merkmale Angst und Übertragung: Präsenz in den Sitzungen. N = 55 Sitzungen
blau = Medianwert

Diese Tabelle zeigt das Rating-Verhalten der drei Beurteiler. Zunächst sollte nämlich beurteilt werden, ob eine Angst- bzw. Übertragungsform überhaupt vorhanden ist; wenn ja, dann in welcher Intensität. Wir nahmen an, dass der Schritt von 0 nach 1 qualitativ gewichtiger ist, wie bei der Beurteilungsanweisung auch expliziert wurde.

Der Vergleich zwischen den Ratern über die Handhabung der Konzepte zeigt, dass die einzelnen Konzepte in unterschiedlichem Maße ausgeprägt beurteilt wurden. So fällt z. B. auf, dass alle drei Beurteiler das Konzept ‚Aggressive Übertragung‘ in 11 bzw. 8 der 55 Stunden mit absent und in 44 bzw. 47 mit präsent einstufen. Dagegen wird das Konzept ‚Diffuse Angst‘ extrem divergent beurteilt, nämlich von A in 12 zu 43, von B in 27 zu 28 und von C 38 zu 17 Stunden als absent bzw. präsent beurteilt. Übereinstimmend wird die Skala ‚Schuldangst‘ gehandhabt, von A mit 37 zu 18, von B mit 35 zu 20, von C mit 37 zu 18 als absent bzw. präsent und 20 als nicht präsent.

Relativ ähnlich wird die Verteilung der Präsenz der ‚Verletzungsangst‘ in dem Sample beurteilt. Das Konzept ‚Trennungsangst‘ wird von den Beurteiler A und B übereinstimmend gehandhabt, während das Konzept ‚Beschämungsangst‘ deutliche Variabilität zwischen den Beurteilern aufweist. Die Überprüfung der Verteilungen auf die Nullhypothese mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt, dass hier signifikante Abweichungen zwischen den Beurteilern vorliegen.

Dieses Ergebnis muss dahingehend interpretiert werden, dass die Beurteiler eine unterschiedliche Vorstellung von dem jeweiligen Konzept haben, bzw. dass ihr „Schwellenwert“ für die Wahrnehmung der „dynamischen Relevanz“ unterschiedlich ausgeprägt ist. Da über die diagnostische Einordnung der Störung des Patienten als Angstneurose keine Zweifel bestehen, und wiederum das Trennungsthema mit dem klinischen Bild der Angstneurose auf das engste verbunden ist, müssen wir daraus den Schluss ziehen, dass der Therapeut durch die Arbeit mit dem Patienten hinsichtlich dieses Konzeptes eine sehr differenzierte Vorstellung hatte und der Beurteiler C, der über relativ wenig klinische Erfahrung verfügt, dagegen sehr viel häufiger und vermutlich auch auf mehr unspezifische Cues eingegangen ist.

Ein weiterer Schritt zur Klärung der Handhabung der Beurteilungsskalen ergibt die Darstellung der Verteilungen auf der Skala: Grad der Bewusstheit. Hierbei gehen wir jeweils von Zahlen der mit + bewerteten Intensitätsstunden aus (Tab. 6):

Konzept	Rater	n	1	2	3	4	5	6	7
Todesangst	A	14	1	3	–	–	5	4	1
	B	5	1	1	–	–	–	3	–
	C	7	4	1	1	1	–	–	–
Verletzungsangst	A	39	28	10	1	–	–	–	–
	B	39	24	5	4	2	1	–	3
	C	33	8	11	7	3	–	4	–
Trennungsangst	A	20	2	6	3	2	4	3	–
	B	23	5	1	5	3	4	1	4
	C	32	6	11	6	3	6	–	–
Schuldangst	A	18	1	5	3	2	3	3	1
	B	20	2	2	3	3	2	3	5
	C	18	1	2	3	4	4	3	1
Beschämungsangst	A	21	0	4	2	5	4	6	–
	B	39	3	3	5	1	5	8	14
	C	33	–	5	5	6	8	9	–
Diffuse Angst	A	43	–	2	2	5	9	21	4
	B	28	–	–	1	2	7	8	10
	C	17	–	–	–	1	5	6	5
Libidinöse Übertragung	A	35	4	3	6	1	15	3	3
	B	43	11	3	1	2	10	6	10
	C	34	1	5	7	3	11	7	–
Aggressive Übertragung	A	44	4	9	7	2	8	13	1
	B	47	7	4	5	3	11	11	6
	C	47	4	13	13	6	6	5	–

Tab. 6: Bewusstheitsgrad: Häufigkeiten

Medianwert: blaues Feld : Medianwert eindeutig

blauer Balken : Medianwert liegt zwischen den beiden angrenzenden Werten

Diese Verteilungen, was bislang wenig in der Literatur berücksichtigt wurde, zeigen ebenfalls eine person-gebundene Variabilität, für die eine Lösung zu suchen war.

6.4.5 Die Inter-Beurteiler-Reliabilität der Einstufungen

Die Bestimmung der Inter-Beurteiler-Reliabilität der Beurteilungen komplexer Sachverhalte ist von entscheidender Bedeutung. Der Hamburger Psychosomatiker Meyer (1967) hat als Exempel für die Bedeutung der Inter-Beobachter Übereinstimmung gerne auf die paradigmatische Kontroverse zwischen dem Leiter der Sternwarte von Greenwich, Maskelyne, und seinem Assistenten hingewiesen⁴.

⁴ Als Hofastronom empfahl Maskelyne mit Erfolg der Regierung, Beobachtungen des Greenwich Observatoriums zum öffentlichen Eigentum zu erklären und jährlich zu publizieren. 1776-1811 erschienen bisherige Beobachtungen in vier Bänden und konnten jetzt weltweit genutzt werden. Durch Organisationstalent schaffte er die im Observatorium anfallenden Arbeiten (die Katalogisierung von rund 90.000 Notizen) mit einem einzigen Assistenten! Er beschränkte sich dazu auf Sonne, Mond, Planeten und 36 ausgewählte Fixsterne, die er bis 1790 in einem Referenzkatalog erfasste. Allerdings konnten sich beide mehrere Male nicht bzgl. des genauen Durchgang eines Sternes einigen. Information durch Wikipedia, Stichwort Maskelyne.

Umso mehr ist es in der psychotherapeutischen Forschung, wo in der Regel sehr komplexe Konzepte verhandelt werden, unerlässlich zumindest einen minimalen Konsens über den Gebrauch dieser Konzepte sicherzustellen.

Wie Wallerstein und Sampson (1971) herausstellen, ist speziell in der Psychoanalyse das „Konsensus-Problem“ (Seitz 1966) von zentraler Bedeutung, weil die psychoanalytische Beobachtung sich auf zu interpretierende Daten stützt. In der Regel findet sich eine deutliche Abhängigkeit zwischen Beobachtungsnahe und der Inter-Beurteiler-Übereinstimmung, wie dies schon Strupp et al. (1966) aufgezeigt haben.

Die statistische Überprüfung der Interbeurteiler-Übereinstimmung ergibt für die Intensität der Angst- und Übertragungsskalen folgende Kappa-Werte (Tab. 7):

Rank	Konzept	A–B	B–C	A–C	gesamt
1	Trennungsangst	.58	.40	.37	.45
2	Libidinöse Übertragung	.48	.29	.47	.41
3	Diffuse Angst	.38	.46	.22	.35
4	Schuldangst	.28	.28	.34	.30
5	Todesangst	.33	.25	.25	.28
6	Aggressive Übertragung	.43	.12	.18	.24
7	Verletzungsangst	.38	.13	-.03	.16
8	Beschämungsangst	.27	.05	.03	.12
	gesamt	.39	.25	.23	.29

Tab. 7: Reliabilität. Kappa-Koeffizienten für dichotomisierte Ratings (vorhanden/nicht vorhanden)

N = 55 Sitzungen; Kappa-Koeffizienten für dichotomisierte Ratings (vgl. Tab. 1).

Letzte Spalte / Zeile enthält die Mittelwerte der Koeffizienten. Zeilen sortiert nach dem mittleren Kappa: die beste Übereinstimmung gibt es für das Konzept der „Trennungsangst“, gefolgt bei der „libidinösen Übertragung“ usw. Auch Spalten sind sortiert nach dem mittleren Kappa: Demzufolge herrscht die beste Übereinstimmung zwischen den Ratern A und B.

Die statistische Überprüfung der Interbeurteiler-Übereinstimmung ergibt für den Grad der Bewusstheit der Angst- und Übertragungsskalen folgende Kappa-Werte (Tab. 8):

Rank	Konzept	A-B		A-C		B-C		gesamt rho
		n	rho	n	rho	n	rho	
–	Todesangst	4	–	2	–	4	–	
1	Aggressive Übertragung	41	.31	41	.40	39	.29	.34
2	Beschämungsangst	19	.03	24	.35	13	.48	.29
3	Diffuse Angst	27	.47	15	.47	17	-.09	.28
4	Verletzungsangst	32	-.02	25	.40	23	.34	.24
5	Trennungsangst	16	.52	19	.02	17	.11	.20
6	Libidinöse Übertragung	33	.23	30	.14	27	.04	.14
7	Schuldangst	10	.41	10	-.35	10	-.00	.02
	gesamt		.28		.20		.17	.21

Tab. 8: Reliabilität. Spearman Rang-Koeffizienten rho für Ratings des Konzeptes „bewusst“

N = 55 Sitzungen; Spearman-Koeffizienten für das Rating des Bewusstheitsgrades (vgl. Tab. 1). Letzte Spalte / Zeile enthält die Mittelwerte der Koeffizienten. Zeilen sortiert nach dem Mittelwert der Spearman-Koeffizienten: die beste Übereinstimmung gibt es für das Konzept der „Aggressive Übertragung“. Auch Spalten sind sortiert nach dem mittleren rho: Demnächst herrscht die beste Übereinstimmung wieder zwischen den Ratern A und B.

Aufgrund dieser wenig befriedigenden Werte haben wir deshalb nochmals den Beurteilungsprozess daraufhin betrachtet, welche Abläufe im Einzelnen die Beurteilungen festlegen. Ohne Zweifel legt der Beurteiler zunächst fest, welchen Intensitätsgrad eines Konzeptes er einer Stunde zuordnen soll. Damit wird gewissermaßen die übergeordnete Klasse bestimmt, dann erst wird der Grad der Bewusstheit eines Konzeptes bestimmt. Damit gewinnt die Zuordnung des Grades der Bewusstheit den Charakter einer sekundären Unterteilung der Intensitätsklassen. Die bisher zugrunde gelegte Unabhängigkeit der Intensitäts- und Bewusstheitsskalen wird dadurch von einer Über- bzw. Unterordnung der Konzepte ersetzt.

Diese Überlegungen führten zu einer neuen Ordnung, in der die beiden Skalen-Intensität und Bewusstheit zusammengefasst werden können (Tab. 9):

Konzept	Bewusstheitsgrad	Score
0	–	0
1	1	1
1	2	2
1	3	3
1	4	4
1	5	5
1	6	6
1	7	7
2	1	8
2	2	9
2	3	10
2	4	11
2	5	12
2	6	13
2	7	14
3	1	15
3	2	16
3	3	17
3	4	18
3	5	19
3	6	20
3	7	21

Tab. 9: Bildung des zusammengefassten Scores

Für die numerische Verarbeitung wurden die so entstandenen Werte in eine Rangreihe mit den Werten 1-21 transformiert und mit diesen Rangreihen die Beurteiler-Übereinstimmung graphisch dargestellt.

Für das weitere Vorgehen wird diese Kodierung verwendet und wir werden im Folgenden nicht weiter gesondert auf die beiden Unter-Skalen ‚Intensität‘ und den ‚Grad der Bewusstheit‘ eingehen.

Für die sechs Angstformen ergeben sich in graphischer Darstellung folgende Werte (Abb. 13):

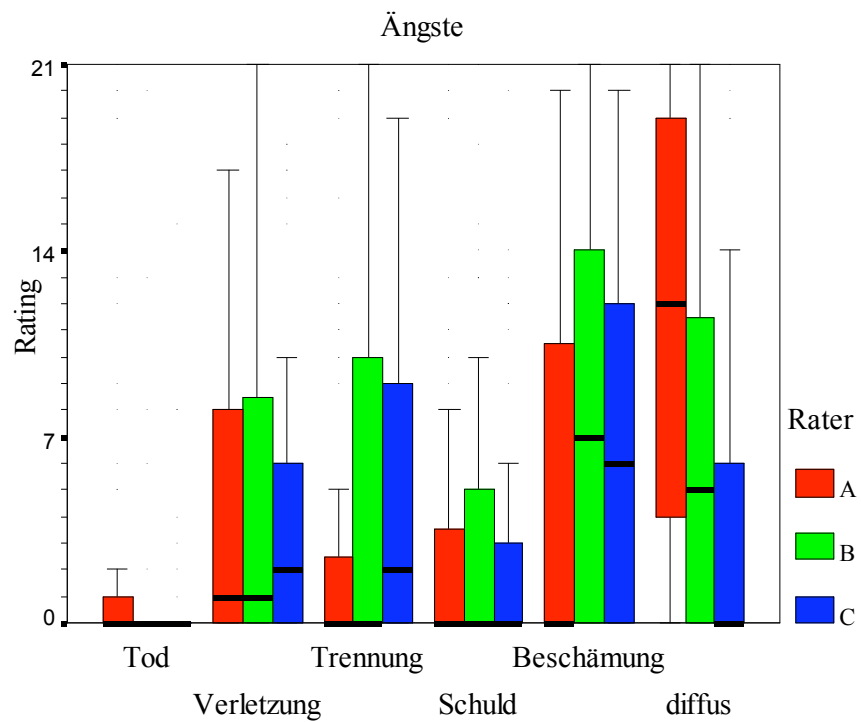


Abb. 13: Sechs Angstformen transformiert; N = 55

Für die beiden Übertragungskonzepte stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen dar (Abb. 14):

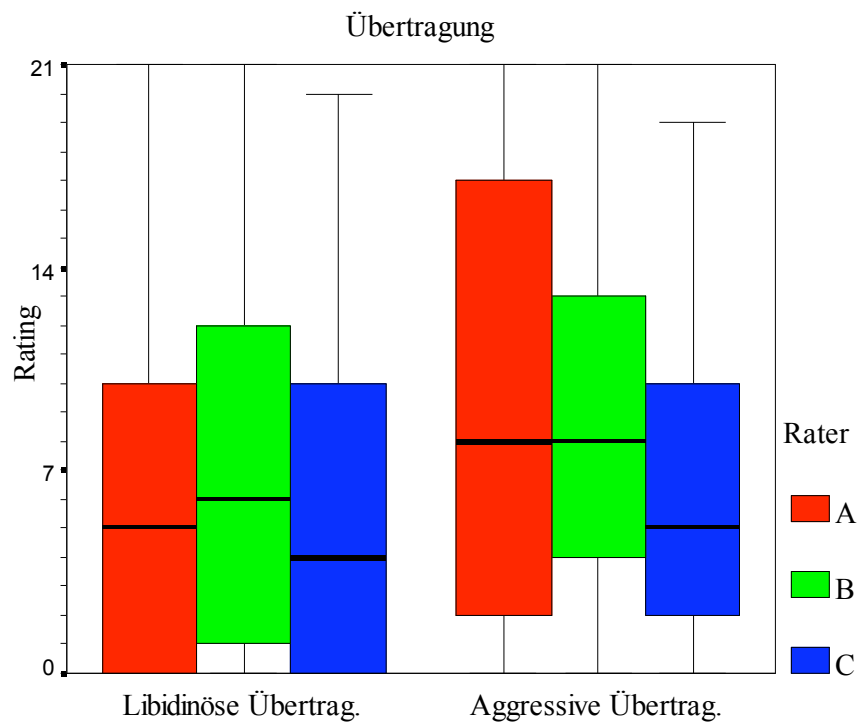


Abb. 14: Übertragung transformiert N = 55

Die Beurteilung der vier Arbeitsskalen, bei denen die Unterscheidung ‚bewusst / nicht bewusst‘ entfällt, zeigt der Gebrauch der Skalen – zumindest was den Median angeht – im Grossen und Ganzen zufriedenstellende Befunde, was sich auch in der graphischen Darstellung verdeutlichen lässt (Abb. 15).

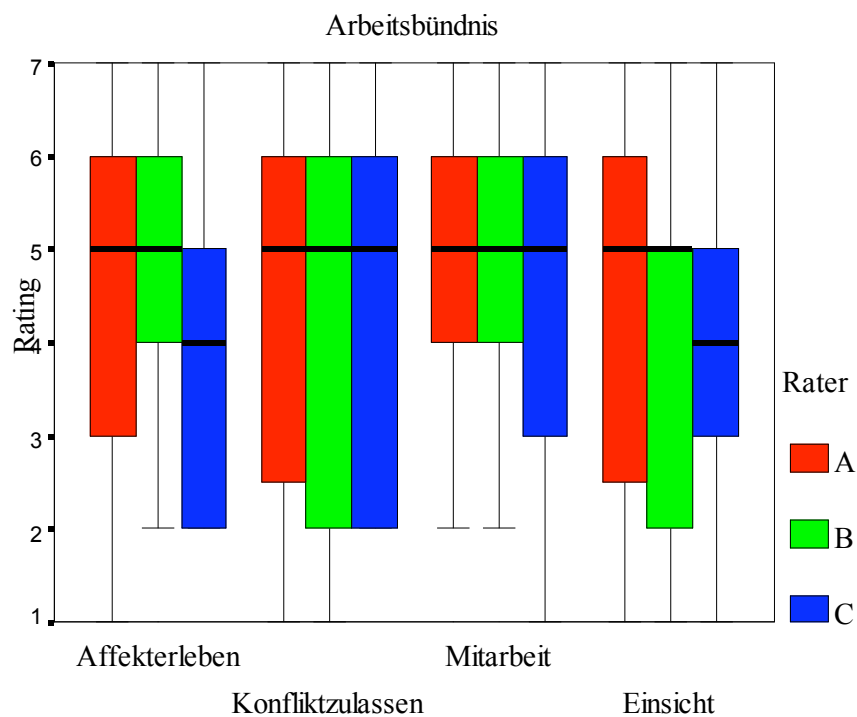


Abb. 15: Arbeitsbündnis N=55

Für die integrierten Werte ergeben sich folgende Kappa-Werte (Tab. 10):

Rank	Konzept	A-B	B-C	A-C	gesamt
1	Diffuse Angst	.58	.52	.51	.54
2	Mitarbeit	.43	.61	.51	.52
3	Trennungsangst	.57	.53	.42	.51
4	Libidinöse Übertragung	.49	.54	.35	.46
5	Aggressive Übertragung	.51	.34	.43	.42
6	Konfliktzulassen	.37	.49	.37	.41
7	Einsicht	.36	.37	.32	.35
8	Schuldangst	.34	.37	.31	.34
9	Verletzungsangst	.45	.21	.31	.32
10	Todesangst	.45	.25	.23	.31
11	Affekterleben	.24	.14	.05	.14
12	Beschämungsangst	.23	.01	.06	.09
	gesamt	.42	.36	.32	.37

Tab. 10: Reliabilität. Spearman's Rang-Koeffizienten rho für Ratings der integrierten Konzepte (Intensität + Grad der Bewusstheit) N = 55 Sitzungen

6.4.6 Die faktorielle Struktur der Beurteilungen

Bisher wurde die Übereinstimmung zwischen den drei Beurteilern hinsichtlich der einzelnen Konzepte mitgeteilt. Es ist nun denkbar, dass das Maß einer möglichen Übereinstimmung von dem vorher bestehenden theoretischen Orientierungsrahmen abhängig ist, über den die einzelnen Beurteiler bereits vor den Einstufungen verfügen (Halo-Effekt).

So ist für psychoanalytisch geschulte Beurteiler ein bestimmtes Beziehungsnetz zwischen den Variablen anzunehmen, nach denen er seinen Beurteilungsprozess strukturiert. In der Testpsychologie wird von dieser Einstellung als dem „logischen Fehler“ (Bortz u. Döring 2006, S.183ff) gesprochen, ohne dass damit geklärt ist, inwieweit sich dieser Fehler überhaupt vermeiden lässt.

Um diesem Fehler gegenzusteuern, da offenkundig die Beurteiler die verschiedenen Konzepte nicht durchgängig gleichsinnig verwendet haben, wurde die Methode der Faktorenanalyse angewendet, die als deskriptives Vorgehen die gemeinsame Varianz der Variablen auf Strukturen höherer Ordnung als die der Variablen zurückzuführen sucht:

„Bei der eigentlichen Faktorenanalyse sucht man die beobachteten Variablen auf Faktoren (Fi) zurückzuführen, die allen Variablen gemeinsam sind; daneben werden Faktoren definiert, die nur für eine einzige Variable von Bedeutung sind“ (Baumann 1974, S. 84).

Die Anwendung einer Faktorenanalyse auf das vorliegende Datenmaterial erfordert zunächst einige einschränkende Bemerkungen über den Stellenwert des Verfahrens für die Fragestellung. Einerseits sind bei der Berechnung Zeittrends zu berücksichtigen, denn die erhobenen Einstufungen bewegen sich entlang einer Zeitachse, dem Behandlungsverlauf. Um diesen Einfluss zu kontrollieren, wurden die 55 Sitzungen in einer randomisierten Reihenfolge beurteilt. Auf die mit Zeitserien verbundenen Probleme haben wir früher hingewiesen (Schaumburg et al. 1974). Außerdem waren serielle Abhängigkeiten in Rechnung zu stellen, der ein Mitarbeiter der Arbeitsgruppe ebenfalls eine spezielle Darstellung gewidmet hat (Grünzig 1988).

Sieht man von diesen Einschränkungen ab und verwendet die P-Faktorenanalyse nur als ein Mittel zur Deskription der Kovariation von Beurteilungen, so ist ihre Anwendung sehr hilfreich – eine methodologische Innovation, die Luborsky (1953) in die Psychotherapieforschung eingebracht hat⁵. Eine Möglichkeit sich über das Ausmaß der in der Kovariation enthaltenen Zeittrends zu vergewissern, besteht darin, die einzelnen Variablen mit der Zeitachse (z. B. der Sitzungs-Nr.) zu korrelieren.

⁵ Im deutschen Sprachraum hat besonders Czogalik diesen methodischen Ansatz weiter verfolgt (s.d. Czogalik u. Russell 1995).

Im Folgenden stelle ich die Ergebnisse einer Principal-Factor Analysis dar, bei der die 12 Variablen der drei Beurteiler einer gemeinsamen Analyse unterzogen wurden⁶.

Die orthogonale Rotation der Faktormatrix führte zu verschiedenen Faktorenlösungen; auf der Grundlage des Scree-Tests (Abb. 16) wurde eine fünf-Faktorenlösung gewählt⁷:



Abb. 16: Scree-Plot

Faktor	Eigenwert	erklärte Varianz	erklärte Varianz kumulativ
1	6.61	20.0	20.0
2	4.03	12.2	32.3
3	3.23	9.8	42.0
4	2.42	7.3	49.4
5	1.99	6.0	55.4
6	1.73	5.2	60.7
7	1.68	5.1	65.8
8	1.49	4.5	70.3
9	1.28	3.9	74.2
10	1.01	3.1	77.2
11	.90	2.7	80.0
12	.84	2.5	82.5
...
Gesamt	33.00	100 %	—

Tab. 11: Faktorenanalyse, Faktoren-Eigenwerte. 33 Items, N = 55 Sitzungen
Extraction Method: Principal Component Analysis.

⁶ Gerechnet mit SPSS, Version 16.0

⁷ Die alternativen Lösungen können beim Verfasser eingesehen werden.

Die gewählte Lösung sieht folgendermassen aus, wobei der Buchstaben vor der Variablen-Nummer jeweils die Kennung des Beurteilers bezeichnet, dessen Variable jeweils auf den Faktor lädt (Tab. 12):

Rater / Konzept	F1	F2	F3	F4	F5
A02 Trennungsangst	+.83	+.09	-.02	+.09	-.06
A06 Libidinöse Übertragung	+.73	-.21	+.04	+.33	+.10
B02 Trennungsangst	+.64	+.16	-.26	-.10	+.04
B06 Libidinöse Übertragung	+.51	-.04	+.06	-.13	+.07
C02 Trennungsangst	+.74	-.02	+.02	+.00	-.13
C06 Libidinöse Übertragung	+.81	+.08	-.05	+.05	+.18
A05 Diffuse Angst	-.06	+.78	-.03	+.05	-.15
A07 Aggressive Übertragung	-.02	+.72	+.08	-.15	+.13
B05 Diffuse Angst	+.17	+.68	-.08	-.21	-.19
B07 Aggressive Übertragung	-.15	+.63	+.09	-.27	+.05
C05 Diffuse Angst	-.03	+.69	-.28	+.01	-.27
C07 Aggressive Übertragung	+.22	+.39	+.11	-.41	+.20
A01 Verletzungsangst	-.20	+.07	+.32	-.14	+.17
A03 Schuldangst	-.15	-.10	+.71	+.10	-.10
B01 Verletzungsangst	-.36	+.03	+.44	+.28	+.24
B03 Schuldangst	-.16	+.18	+.68	+.12	+.29
C03 Schuldangst	+.24	+.13	+.52	+.04	+.03
A04 Beschämungsangst	-.19	-.07	-.28	+.65	-.01
A08 Affekterleben	+.02	+.22	-.07	+.81	+.19
A09 Konfliktzulassen	+.11	-.13	+.17	+.83	+.31
A10 Mitarbeit	+.13	-.16	+.27	+.76	+.40
A11 Einsicht	+.12	-.11	+.23	+.77	+.37
B08 Affekterleben	-.14	+.34	-.02	+.07	+.67
B09 Konfliktzulassen	+.09	-.11	-.02	+.08	+.74
B10 Mitarbeit	-.14	-.12	+.17	+.13	+.81
B11 Einsicht	-.11	+.04	+.07	+.10	+.77
C08 Affekterleben	+.33	-.24	-.33	+.13	+.35
C09 Konfliktzulassen	+.30	-.03	+.00	+.32	+.59
C10 Mitarbeit	+.25	-.15	+.06	+.37	+.65
C11 Einsicht	+.37	-.31	+.23	+.09	+.51
B04 Beschämungsangst	-.38	+.26	-.57	+.19	+.06
C01 Verletzungsangst	+.00	+.28	+.11	+.18	+.16
C04 Beschämungsangst	-.07	-.34	-.12	-.16	+.04
erklärte Varianz	12.6%	10.5%	7.6%	11.8%	13.0%

Tab. 12: Faktorenanalyse, 5-Faktoren-Lösung, Varimax-Rotation. N = 55 Sitzungen.

Diskussion der Ergebnisse der Faktorenanalyse:

Der erste Faktor vereinigt die Konzepte „libidinöse Übertragung“ und „Trennungsangst“ aller drei Beurteiler. Beide Konzepte lassen sich mit dem Namen „Prägenitale Objektbeziehung“ fassen, womit ausgedrückt werden soll, dass dieses der inhaltliche gemeinsame Aspekt ist, der sich in den beiden Variablen ausdrückt. Die Übereinstimmung zwischen allen drei Beurteilern ist eindrucksvoll.

Der zweite Faktor wird als „Aggressive Objektbeziehung“ überschrieben. Alle drei Beurteiler weisen eine positive Korrelation zwischen dem Konzept der „aggressiven Übertragung“ und dem der „diffusen Angst“ auf. Hier ist allerdings eine überraschende Beobachtung zu vermerken. Das Konzept der „diffusen Angst“ war bei der Konzeption des Untersuchungsansatzes eher als Kontrapunkt der manifesten Aggressionsthematik angesetzt worden. Die klinische Überlegung geht nämlich davon aus, dass in dem Maße, wie eine aggressive Beziehung zum Analytiker (= aggressive Übertragung) hergestellt werden kann, die Notwendigkeit, diffuse Angstanfälle zu produzieren sich mindert. Das Ergebnis der Einstufungsuntersuchung zeigt jedoch, dass mit dem Konzept „diffuse Angst“ kein zur Aggression alternatives Konzept beurteilt wurde, sondern im Gegensatz ein parallel sich entwickelndes Konzept erfasst wurde. Auf diese Eigenart werden wir bei der Verlaufsbeschreibung noch gesondert einzugehen haben.

Der dritte Faktor fasst Schuldangst und Verletzungsangst speziell der Beurteiler A und B zusammen; ihn als Kastrationsangst-Faktor zu überschreiben, dürfte passend sein.

Der vierte Faktor fasst die Einschätzung der Arbeitsbeziehung aus der Sicht des behandelnden Analytikers zusammen, der mit seiner Einschätzung der Beschämungsangst kovariert;

Der fünfte Faktor hingegen besteht aus den Skalen zur Arbeitsbeziehung der Beurteiler B und C. Damit wird eine unterschiedliche Einschätzung zwischen dem behandelnden Analytiker und den beiden externen Beurteilern aufgedeckt.

Bei der Beschreibung des Behandlungsverlaufes mit den Faktorscores gehe ich auf die unterschiedliche Konzeptualisierung des Arbeitsbündnisses dann noch ausführlicher ein.

6.4.7 Klinische Evaluierung der Faktoren anhand von Extremwertstunden

Um die klinische Validität dieser fünf Faktoren zu überprüfen, werden im Folgenden einige Behandlungsstunden betrachtet, die extreme Faktorscores aufweisen. Als extremen Faktorscores werden hierzu Werte definiert, die grösser bzw. kleiner als 1.00 sind (Tab. 13):

Rank	Sitzung	F1	Sitzung	F2	Sitzung	F3	Sitzung	F4	Sitzung	F5
1	202	3.08	202	2.42	5	2.41	105	2.60	452	1.94
2	152	2.68	352	1.87	252	2.05	403	1.47	201	1.41
3	155	1.76	201	1.83	305	1.84	155	1.44	53	1.39
4	151	1.58	404	1.67	253	1.83	251	1.38	202	1.34
5	302	1.56	401	1.50	3	1.52	154	1.37	103	1.25
6	203	1.42	504	1.47	255	1.50	404	1.29	51	1.21
7	401	1.37	351	1.47	201	1.47	454	1.15	253	1.17
8	304	1.26	354	1.34	254	1.25	255	1.12	52	1.15
9	305	1.24	254	1.18	6	1.22	151	1.04	5	1.06
10	205	1.14	405	1.11	2	1.19	102	1.00	252	1.03
...
46	454	-0.93	402	-0.96	104	-0.93	503	-1.01	504	-1.10
47	252	-0.98	152	-1.00	505	-0.94	455	-1.02	205	-1.16
48	403	-0.98	204	-1.02	102	-1.03	204	-1.13	105	-1.18
49	153	-1.00	151	-1.04	155	-1.03	304	-1.14	304	-1.23
50	251	-1.03	52	-1.11	154	-1.04	504	-1.24	401	-1.51
51	451	-1.06	355	-1.13	52	-1.08	502	-1.29	151	-1.56
52	105	-1.07	103	-1.17	452	-1.36	355	-1.39	354	-1.57
53	103	-1.09	101	-1.28	404	-1.38	505	-1.54	351	-1.76
54	455	-1.17	55	-1.48	405	-1.38	54	-2.00	6	-1.98
55	404	-1.19	6	-1.59	354	-1.77	101	-2.24	204	-2.07

Tab. 13: Sitzungen mit extrem hohen / niedrigen Faktorscores

Faktor 1

In der vierten Periode (Std. 151-155) zeigt der Faktor 1 in drei der fünf Sitzungen sehr positive Ladungswerte. Vergleicht man dies mit der systematischen Beschreibung, so zeigt sich, dass diese mit den Einschätzungen gut übereinstimmt:

Periode IV:

Der Patient hat in dieser Periode eine sehr positive Einstellung zum Analytiker: Er versucht, auf ihn einzugehen, bemüht sich mitzuarbeiten. Er fragt nach der Herkunft seiner Zärtlichkeitswünsche, möchte sie bearbeiten. Dabei wird der Analytiker ein Stückweit als wichtige reale Person gesehen. Auf der Übertragungsebene besteht eine prägenitale Übertragung, eine Mutterübertragung. Wenn die Mutter geht, ist alles Gute weg. Nur die Anwesenheit des Objektes stellt die Liebe und Gewährung sicher. In diesem Sinne ist es zu sehen, wenn der Patient auf magische Art und Weise, durch Auswendiglernen, versucht, den Analytiker zu verlebendigen, um ihn immer zur Verfügung zu haben. Der Patient ahnt das Ziel wohl schon, weiß aber noch nicht genau, wie er den Analytiker in sich aufnehmen soll. Dadurch bleibt das Objekt „Analytiker“ noch sehr äußerlich und ist extrem gefährdet. Verschmelzungsphantasien.

Faktor 2

Der typische Beginn einer Sitzung, in der Faktor 2 hoch positiv lädt, wird durch den Beginn der Sitzung 352 exemplarisch illustriert:

- P.: ja mir ist äh gerade wieder ziemlich schlecht geworden weil die da eine Frau vorbeigefahren haben dahinter zu Ihrem, Kollegen und der ist doch Gesichtsverletzter das ist einfach blödsinnig wenn immer ich so was sieh, haut's mich um gleich ist es Herzklopfen Brechreiz was weiß ich was. aber ich äh, kann da einfach nicht verfolgen was, abläuft, für mich. - ich weiß nur dass äh dann, ich gleich auch äh irgendwas hab oder in der Vorstellung, jemand der mir wichtig ist oder so, ich habe einfach dann die Angst, mir passiert das auch und äh was nützt mir wenn ich weiß äh, im Moment hab ich „nix“ es bleibt einfach die Angst mir könnte das, irgendwann auch mal was passieren ich bin ja, nicht, irgendwie immun gegen was weiß ich was. ---- ich werd da einfach immer, verzweifelter wenn mir dann hm, offenbar n-; ich weiß ganz einfach „nix“. ich hab eben die Angst mir passiert was und, da hört's für mich auf. ---- na es quält mich jetzt natürlich, erst recht die Vorstellung weil ich jetzt da wissen will was los ist und, / ich weiß „nix“ und äh, es bedrängen mich dann immer irgendwelche Phantasien warum's mir irgendwie schlecht geht. --- irgendwie wehr ich mich da mit, aller Gewalt gegen das was ich da, an Krankheit oder Verletzung was weiß ich was, haben könnte. ---- aber ich weiß eben ganz einfach nicht wo ich äh Sie da unterbringen könnte oder was ich da von Ihnen will und so weiter. überhaupt was, was los ist. --
- T.: der andere soll ja dann eine, Schutzfunktion, sicherlich übernehmen und zwar, derart dass, er oder sie, durch ihre Vollkommenheit und was immer es ist, eine, Bestätigung dafür gibt dass kein, Zerfall, dass keine Beschädigung eintreten, darf und kann. ----

P.: hm ja ja das, das wissen wir ja auch aber ich kann mich ja wohl nicht damit abfinden dass ich eben, /(äh Jetzt), was weiß ich, - so nackt und hilflos bin wie ich eben bin ganz einfach. ----- na ja und dann, wie oft erzählen einem dann die Leute wie, wie's denen schlecht geht oder, da ist jemand gestorben oder schwerkrank und prompt hat's, mich wieder erwischt. ----- (hustet) na ich will einfach nicht dass, dass das mir so nahe geht so dass es mir auch schlecht wird. - ----- ha ich weiß ganz einfach nicht wie ich äh, mit der Ohnmacht die mir nun mal in Dreiteufelsnamen so unangenehm, und unausweichlich aufgefallen ist zurechtkommen soll, denn sie spukt mir im Kopf rum und, wie soll ich damit fertigwerden mir ist's erst recht schlecht davon. -- --- das hat ja die lustige Konsequenz, dass ich mich am liebsten aus Angst vor dem Sterben umbringen möchte. --

Typisch an diesem Auftakt, der sich dann über die Sitzung hinweg fortsetzt, ist die Thematisierung von Verletzungssituationen, die dem Patient die Möglichkeit der Beschädigung, die Bedrohung der eignen Unversehrtheit zu signalisieren scheinen und auf die er mit heftigen negativen Affekten reagiert.

Faktor 1 und 2

Beide Faktoren zeigen die extremste Ausprägung in der Sitzung 202, die auch als Lehrbuchbeispiel (Thomä & Kächele 2006b, Kap. 9) dient:

„Am Ablauf des Geschehens wird folgendes deutlich: Der Patient kommt schon mit einer Unruhe von der Station und hat sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt, dass nichts passieren könne. Dann kommt er vor das Sprechzimmer, und das Schild ist vorgezogen: „Bitte nicht eintreten“. Er erlebt diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, auf das sich eine reaktive Wut entwickelt, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen darf, in den Beschwerden stecken bleibt.

Entscheidend ist, dass der Analytiker das auslösende Moment „der verschlossenen Tür“ selbst einbringt und auch die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie und benennt das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann. Natürlich ist mit diesem ersten Schritt das Problem nicht gelöst, wenn es auch dem Patienten erstmals ad oculos demonstriert werden kann. Dies lässt sich am weiteren Fortgang der Stunde deutlich machen, in der ein Widerstand gegen die weitere Assimilation der vorwiegend vom Analytiker vorbereiteten Einsicht eintritt“ (Thomä u. Kächele 2006b, S. 386).

Diese Sitzung zeigt die Ko-Präsenz von Sehnsucht und Schutzlosigkeit, Trennungserfahrung mit den entsprechenden Wünschen nach Anklammerung und die Entbindung von heftiger Wut bei bestehenden diffusen Ängsten.

Faktor 3

Der Faktor 3 zeigt seine höchste positive Ausprägung in der Sitzung 5. Es geht um die körperlichen Belastungen während des sexuellen Verkehrs; eine typische Äußerung aus dieser Sitzung war die folgende:

P.: Und hinterher war's mir auch ab und zu übel, ich kann nicht sagen, ob das so eine Art Ekel war oder irgendwas aus der Reue, aus Schuldgefühl.

Den Kontext bildete die Vorgeschichte, der Verdacht auf Myokarditis, der seine körperliche Verletzlichkeit fixierte. Als der dann zwei Jahre vor Behandlungsbeginn den Entschluss gefasst hatte, seine keusche Haltung aufzugeben, habe ihm das – mit seinen eigenen Worten – einen ziemlich Kampf gekostet, an dem er fast zerbrochen sei:

P.: Ich hatte damals zum ersten Mal diese heftigen Herzrhythmusstörungen und solche Extrasystolen, und zwar ziemlich heftige, die ich bis zum Hals herauf spürte – damals bekam ich natürlich höllische Angst davor.

Faktor 4

Die Sitzung 105 erhält den höchsten positiven Wert für die Arbeitsbeziehung aus der Sicht des Analytikers. Die Sitzung wird vom Patient mit einer anerkennenden Bemerkung eröffnet:

P.: Sie hatten gestern vollkommen Recht, als Sie sagten, ich sei ärgerlich, wenn Sie in einer Sache recht haben, ich empfinde das offensichtlich als störend.

In diesem Tenor geht es in der Sitzung weiter. Der Patient zeigt Einsichten, die dem Analytiker einleuchten und er fühlt sich in seiner Tätigkeit offensichtlich anerkannt. Ähnlich anerkennend äußert sich der Patient in der IV. Periode (Std. 151, 154 u. 155) und auch IX. Periode (Std. 403 u. 404).

Faktor 5

Als Beispiel für eine Äußerung des Patienten, die in den Augen der externen Beurteiler B und C zu einer guten Arbeitsbeziehung, d. h. dem Faktor 5, beiträgt, dürfte der Beginn der 51. Stunde gelten:

P.: Ich habe mir darüber Gedanken gemacht, warum es mir so schwer fällt, mich anzuvertrauen. Ich bin auf Folgendes gekommen. Erstmals ist es mir ja, wie Ihnen bekannt, von Anfang an schwer gefallen ... mir selbst klar zu machen, dass es für mich wichtig ist, dass ich Ihnen gefalle.

Der Patient berichtet dann seine Überlegungen, dass er zum Mädchen gemacht werden könne und dass er sich dann sich „*in einem solchen Falle ausgeliefert fühlen würde*“; in psychoanalytischer Terminologie meint dies, er könne zum Analytiker in eine passiv-feminine Position geraten. Durch diese Eröffnung des Patienten fühlt sich der Analytiker auch offensichtlich angeregt, sehr stark interpretierend auf ihn zuzugehen, wobei die Ausführlichkeit der Interpretation sicher zugleich ein anstiftendes Moment beinhaltet. Es geht dann aus dem weiteren Verlauf der Stunde hervor, dass der Patient am Tag zuvor Selbstmordabsichten gehabt hat, der Analytiker aber nicht auf der Kranken-Station, wo der Patient untergebracht ist, interveniert hat. Es geht dabei um das Thema der Beschämung, die es für den Patienten bedeuten würde, wenn der Analytiker hier eingreifen würde, weil das Ideal ‚Selbst ist der Mann‘ für ihn sehr wichtig ist.

Auf diese Deutung hin folgt nach einer langen Pause wieder eine, für die Arbeitsbeziehung sehr charakteristische Äußerungsform des Patienten:

P.: Ich habe mir auch gestern überlegt, warum ich wohl in diese Verzweiflung reingeschlittert bin ...

und der Patient formuliert dann abschließend:

P.: Sicher, ich hab die Einsicht gewonnen, dass da in meiner Vorstellung immer irgend jemand ist, der mir eins draufgeben will, wenn ich das und das tue, wie etwa meine Mutter früher zu mir gesagt hat: „Der liebe Gott sieht alles und straft dich dafür.“

Die verbindliche, warmherzige Stimmung, welche die ganze Stunde durchzieht, hat offensichtlich die Einstufung einer fruchtbaren Stunde im Sinne der Arbeitsbeziehung beigetragen.

Die 53. Stunde, die ebenfalls eine positive Ladung auf dem Faktor 5 aufweist, wird vom Patienten folgendermaßen begonnen:

P.: Heute habe ich eigentlich gar nichts zu jammern, es geht mir gut – nichts zu beklagen.

Ich will versuchen, mich mit dem Thema zu befassen, das ich am letzten Freitag angeschnitten habe und das scheinbar von gewisser Penetranz ist ...

Es folgt dann vom Analytiker die Anregung über das Heimfahren und die Bedeutung des Zuhause-seins nachzudenken und nach dem Hinweis des Analytikers, dass der Patient über diesen Bereich der gegenseitigen Liebe und engen Bindung mit den Eltern wenig mitgeteilt hat, kommentiert der Patient: „*Das kann zweierlei heißen: entweder habe ich Angst davon zu sprechen oder es ist nicht wichtig*“. Dann wird direkt das Thema der Mitarbeit vom Analytiker insofern thematisiert als deutlich wird, dass der Patient nicht über zuhause reden will, weil er damit möglicherweise der Mutter untreu wird. Auf diese Deutung der Untreue fällt dem Patienten eine Erinnerung ein, die aus der Pubertät stammt, dass er woandershin verschlagen wird. Darauf folgt die Übertragungsdeutung, dass gut mitarbeiten, d. h. sich anstrengen usw. das gleiche wäre, wie ein ordentlicher Patient zu sein. Die Stunde ist dann weiter erfüllt von einer Aufarbeitung der Vergangenheit, es kommen auch sehr viele Erinnerungen, die ganze Beziehung zum Großvater wird erarbeitet, der Analytiker fühlt sich sehr aktiv in die damalige Situation ein und ergänzt für den Patienten vieles. Entsprechend fallen dem Patienten auch immer wieder ergänzende Erinnerungen ein, welche die Richtigkeit der Rekonstruktion bestätigen. Die Übertragungsdeutung, dass auch die Abwesenheit vom Analytiker über das Wochenende dazu führt, dass es dem Patienten sehr schlecht geht, weil es eine lange Unterbrechung ist, wird vom Patienten sehr positiv beantwortet.

In der 103. Stunde, die ebenfalls von der extern beurteilten Arbeitsbeziehung her als positiv eingestuft wurde, kann das Thema der heftigen, zupackenden Aktivität in einer erotischen Beziehung angesprochen werden. Der Zusammenhang zwischen dem Symptom der Übelkeit und dem Besitz ergreifen wollen kann sehr deutlich herausgearbeitet werden. Der Analytiker verfolgt dabei Kastrationsangstthemen, wobei die Thematik des Substanzverlustes sicher über die ödipale Seite hinaus noch mehr beinhaltet.

Gleiches gilt für die Stunde 201, die zwar mit heftigen Klagen des Patienten über einen (Angst-) Anfall beginnt, den er auf der Station erlebte, aber dann kommt schnell die damit zum Ausdruck kommende Kampfsituation zwischen Patient und Analytiker zum Ausdruck. Der Patient gibt dann auch zu dabei, dass der Analytiker Züge seines Vaters annimmt,

P.: der immer auf seiner Meinung beharrte und meine Meinung immer als Rechthaberei abqualifizierte.

Es knüpfte daran die Frage:

P.: Aber warum sehe ich das als meinen Fehler an oder was mache ich überhaupt falsch?

Den maximalen positiven Wert durch die externen Beurteiler B und C erhält die 452. Stunde. Diese zeigt, dass der Analytiker zwar sehr intensiv interpretative Anstrengungen unternimmt, der Patient aber auf seinem Nichtverstehen seiner Wut beharrt:

P.: Ich weiß nur, dass ich furchtbar wütend werde, wenn ich nicht kriege was ich will und dass mir einfach nicht gelingt, die Wut wegzulassen, so unnütz sie ist, das weiß ich wohl.

Am Ende der Stunde lautet dann der Kommentar des Patienten trotz der vielen interpretativen Angebote:

P.: Jetzt bin ich wieder so blöde, so müd geworden. Da will ich dann auch hier nichts mehr hören und nicht mehr selber nachdenken, das passiert da, bin einfach faul.

Nachträglich betrachtet scheint die Interpretation dieser Stunde als maximal gute Arbeitsbeziehung im Sinne des Faktor 5 zumindest problematisch. Vergleicht man nun auch die Einstufung der Beurteiler B und C, deren Beurteilung für den Faktor 5 verantwortlich ist, mit der Beurteilung dieser Stunde durch den Therapeuten, so sieht man, dass der Faktor 4 auf dieser Stunde eine neutrale Ladung aufweist.

Betrachtet man übrigens die verbale Aktivität dieser Sitzung, so zeigt sich, dass der Analytiker mit 187 Zeilen weitaus mehr gesprochen hat als der Patient mit 119 Zeilen⁸. Es wäre eine interessante Frage, zu klären, ob die jeweilige verbale Aktivität der beiden Dialogpartner die Beurteilung von guter oder schlechter Arbeitsbeziehung ko-determiniert⁹.

Solche Differenzen könnten ein gutes Ausgangspunkt für klinische Diskussion darstellen, bei denen die Binnenperspektive und die Außenperspektive fruchtbar miteinander verglichen werden könnten.

Es folgen nun einige Auszüge aus den Stunden, die eine negative Ladung auf dem Faktor 5 „Arbeitsbeziehung“ haben. In der 151. Stunde ist der Patient sehr auf das fixiert, was ihn noch immer einschränkt, so z. B. die Wunschvorstellung viele Mädchen zu haben. Zu den Deutungen des Analytikers sagt er dann:

P.: Da kann ich nichts mit anfangen, ich kann mir nicht helfen, aber das einzige was mir die ganze Zeit über mich während der letzten Tage bewegt hat, war eben die sattem bekannte Tatsache, dass ich nicht in die Stadt kann, nicht arbeiten kann, kein Mädchen haben kann usw.

Die Stunde 304 wird mit dem Patienten folgendermaßen begonnen:

⁸ Unsere Auswertungen haben ergeben, dass die Zeilenlänge des Verbatimprotolles mit der Zahl gesprochener Wörter sehr hoch korreliert, weshalb dieses Maß hier genannt wird.

⁹ Seit den Studien der Giessener Arbeitsgruppe zur automatischen Analyse des Sprechverhaltens mit der Giessener Sprachanalyseanlage ist der Zusammenhang von Kommunikationserleben und verbaler Aktivität ein Thema der Therapieforchung (Junker u. Zenz 1970; Junker et al. 1974; Brähler 1976).

P.: Ich weiß natürlich nicht, ob das zur Zeit viel Sinn hat, da noch irgendwelche Dinge zu überlegen ... Wie soll ich dazu sagen, dass ich gar keinen großen Sinn und Wert darin sehe, hier die Behandlung fortzusetzen, weil, ich kann mir nicht helfen, aber mir scheint, da guckt nicht viel dabei raus.

Die lange Eingangsklage setzt sich fort und er berichtet vom Tiefschlag, den ihm der Analytiker versetzt hat, als dieser ihm offensichtlich nahe zu bringen versuchte, dass dessen Vorstellung, dass alles durch die Therapie weggenommen werden könne, gar nicht realistisch sei. Der Analytiker reagiert auf diese heftige Klage mit großer Zurückhaltung und interveniert erst ganz spät (Patient hat 111 Zeilen bereits gesprochen, als der Analytiker wieder eingreift). Die hier thematisierte Klage, dass nichts passiert ist, dass der Patient „keine Wurst gekriegt hat“, hängt mit einem organisatorischen Problem im Krankenhaus zusammen. Deswegen kann der Patient gegen den Vater klagen und der Analytiker deutet auch das in der Übertragung. Die ganze bisherige Arbeit wird entwertet, was letzten Endes auf die Deutung hinausläuft, dass alles, was der Analytiker macht, auch manchmal Scheiße ist. Und dass dieses für den Patient eine Kränkung darstellt. Wenn man die Stunde liest, dann bekommt man den Eindruck, dass sie so schlecht nicht ist, wie sie in der Einstufung weggekommen ist. Es ist sicher so, dass der lange Anfangsmonolog die aggressive Stimmung des Patienten verdeutlicht; aber durch die Arbeit daran kann der Übertragungskontext deutlich heraus gearbeitet werden. Zwar hellt sich die Stimmung des Patienten nicht ganz auf, so ist er doch dem Analytiker weitgehend gefolgt. Auch hier ist die Einstufung der Arbeitsbeziehung als problematisch zu bezeichnen. Vergleichen wir die Bewertung des Analytikers dieser Stunde, so zeigt sich, dass auch dieser bei der Beurteilung eine ziemlich skeptische Bewertung gegeben hat.

Die Stunde 351 ist offensichtlich die erste Stunde nach einer Ferienunterbrechung und der Patient klagt und jammert, dass es ihm schlecht geht. Er hat unterwegs einen Unfall gesehen und er fühlt sich wieder ganz voller Ängste und ewig ist ihm übel. Und so jammert er denn über die Beeinträchtigungen durch Regen und Kälte, durch fehlende Taxis usw.. Es zeigt sich, dass der Patient zwar einige Einsichten aufgreifen kann:

P.: Und das ist eben der Punkt, wo ich mich mit der Schutzlosigkeit nicht abfinden kann, dass das bei mir die Angst macht.

Aber insgesamt bleibt er in der klagenden, jammernden Stimmung und es hat den Anschein, dass dieser Seite der Stunde die Beurteiler zu der negativen Einstufung veranlasst haben. Es fällt auch auf, dass in dieser Stunde die quantitativen Textverhältnisse so sind, dass der Patient 172 Zeilen, der Analytiker nur 64 Zeilen spricht.

Die Stunde 401 wird beherrscht von einer „hässlichen Missstimmung“ des Patienten. Er hat wieder üble Laune, quält sich mit seinen Wünschen nach Mädchen und kann sich doch

kaum welche erfüllen. Der Analytiker versucht dem Patienten zu zeigen, dass er in den ersten Moment zu viel hineinpackt und deswegen die Erwartungsspannung zu groß ist. Der Patient kann aber nur wenig davon profitieren und sieht immer nur, dass er noch immer alles falsch macht, dass es ewig dasselbe ist.

6.4.8 Zur Konstruktvalidität der Angstkonzepte

Neben dem bisher ausführlich behandelten Reliabilitätsaspekt der Angst- und Übertragungsbeurteilung nimmt die Frage nach der Gültigkeit dieser Beurteilungen einen wichtigen Platz ein. Die hier anstehenden Unterscheidungen von Reliabilität und Validität wurden besonders für den Bereich der psychologischen Testtheorie entwickelt (s. d. Lienert 1969), sind aber als Konzepte für alle messenden Verfahren in den Sozialwissenschaften relevant.

Einen ersten Eindruck von der Validität der Schätz-Skalen lässt sich gewinnen, wenn wie oben beispielhaft exemplifiziert, die skalierte Beurteilung mit dem Originalstundenmaterial oder/und mit der systematischen Beschreibung verglichen wird. Stimmt die Beschreibung der interaktionellen Situation des Behandlungsgeschehens gut mit dem aus den Einstufungen zu erschließenden Befunden, so spricht das für eine gewisse inhaltliche Gültigkeit (content validity) der „guided clinical judgments“, wie Luborsky u. Crits-Christoph (1998, S. 124) diese Arbeitsweise bezeichnet haben.

Wir haben aber auch empirische Untersuchungen zur Validierungsfrage der Angstkonzepte in Angriff genommen. Dabei handelt es sich kurz skizziert um folgenden Ansatz:

Es wird angenommen, dass die theoretisch skizzierten Angstkonzepte sich anhand kurzer Äußerungen des Patienten identifizieren lassen. Die von unserer Forschergruppe (Kächele, Schaumburg und Thomä) entwickelten operationalen Definitionen der Angstkonzepte wurden im Rahmen eines Programms zur Konstruktvalidierung auf ihre intersubjektive Verbindlichkeit und Praktikabilität hin überprüft. Hierzu wurde aus den 8 Sitzungen, die von den 55 untersuchten Sitzungen die extremsten Ratingwerte erhalten hatten, 200 Äußerungen des Patienten ausgewählt. Dann wurden durch ein Gruppendiskussionsverfahren 40 Äußerungen als exemplarisch im Sinne der operationalen Definitionen bestimmt. Diese 40 Äußerungen wurden aus dem Kontext der Sitzungen gelöst, in eine zufällige Reihenfolge gebracht

Diese Untersuchung wurde zunächst an einer Gruppe von Ulmer Kollegen (N= 21) durchgeführt. Als Folge der ersten Ergebnisse führten wir eine Itemrevision durch und legten dann das überarbeitete Set von 40 Items in einer Gruppe von 25 auswärtigen Psychoanalytikern vor.

Diese Untersuchung ergab, dass für die vier Angstkonzepte sich zwar unterschiedliche, aber respektable prozentuale Übereinstimmungen mit unseren Festlegungen gefunden wurden (Tab. 14):

Konzept	Prozentuale Übereinstimmung
Trennungsangst	82.9
Kastrationsangst	72.9
Schuldangst	68.5
Beschämungsangst	60.4

Tab. 14: Prozentuale Übereinstimmung der auswärtigen Psychoanalytiker (N= 25) mit der Forschergruppe

Mit diesem Ansatz konnte überprüft werden, dass das Verständnis unserer Gruppe von den operationalen Definitionen der Ängste von unabhängigen Beurteilern mit unterschiedlichen theoretischen und praktischen Kenntnissen so vermittelt werden kann, – d. h. so präzise formuliert ist -, dass eine weitgehende Übereinstimmung erreicht werden kann.

Der als Konstruktvalidierung bezeichnete Forschungsprozess (Cronbach u. Meehl 1955) ist ein iterativer Vorgang Schritte. Weitere validierende Schritte zur Sicherung der konzeptuellen Dimensionen, wurden entsprechend durchgeführt (Grünzig et al. 1978; Plewa et al. 1978; Kächele et al. 1979).

6.5 Die Verlaufsbeschreibung anhand der Prozessfaktoren

6.5.1 Vorbemerkungen zur Verlaufsbeschreibung

6.5.2 Die Verläufe der 5 Faktoren über die 11 Perioden

6.5.3 Entwurf eines Phasenmodells der Behandlung

6.5.4 Zur Überprüfung des Phasenmodelles

6.5.1 Vorbemerkungen zur Verlaufsbeschreibung

Nach den bisher dargestellten methodischen Vorarbeiten steht nun die Beschreibung des Behandlungsverlaufes an, wie er mit Hilfe der Einstufungen durch Rating-Skalen möglich wird. Damit ist eine Beschränkung gegeben, denn wie ohne weiteres ersichtlich ist, wird bei der Verwendung von solchen Schätz-Skalen auf viel Information verzichtet, um dafür aber weniger Information gesicherter auswerten zu können. Aus diesem Grunde ist die nun folgende Beschreibung immer auf dem Hintergrund der in Kapitel 5 dargelegten systematischen klinischen Beschreibung zu sehen.

In diesem Teil der Untersuchung kommt besonders jene Einschränkung zum Tragen, die eingangs mit der Notwendigkeit, vereinfachte Annahmen über den Prozess zu erforschen, begründet wurde.

6.5.2 Die Verläufe der 5 Faktoren über die 11 Perioden

Die in Kapitel 6.4 beschriebene faktorielle Isolierung von 5 Dimensionen, auf die sich die 3 x 12 klinischen Konzepte der drei Beurteiler abstrahieren lassen, bringt für die Verlaufsbeschreibung einen entscheidenden Gewinn.

Anstatt fragwürdige Mittelwerte der drei Wertereihen pro Konzept zu verwenden, die angesichts der numerischen nicht besonders hohen Inter-Beurteiler-Übereinstimmung auch inhaltlich problematisch sind, können nun die faktoriell gewonnenen Dimensionen verwendet werden. Dadurch ist sowohl eine Vereinfachung der Beschreibung als auch eine qualitativ-bessere Beschreibungsmöglichkeit möglich.

Allerdings bleibt bestehen, dass die Varianzaufklärung der Faktoren insgesamt recht bescheiden ist, weshalb es angemessen sein dürfte, von einer schwachen, aber robusten Beschreibung so sprechen.

Bei der Betrachtung des Verlaufs der Behandlung durch die fünf Faktoren sollte im Auge behalten werden, dass das Ziel der Untersuchung war, systematische Veränderungsprozesse zu identifizieren; wie gezeigt werden wird, trifft das nur auf zwei der fünf Faktoren (F 2 und F 3); die anderen Faktoren (F1, F4 u. F5) zeigen eher einen wellenförmigen Verlauf. Darüber hinaus ist gefragt, wie konsistent die einzelnen Faktoren innerhalb der untersuchten Perioden ausgeprägt sind. Bei der graphischen Wiedergabe des Verlaufs wurde auf die Imputation von Zwischenlinien bewusst verzichtet, da streng genommen keine Aussagen über die nicht untersuchten Zwischenräume möglich sind.

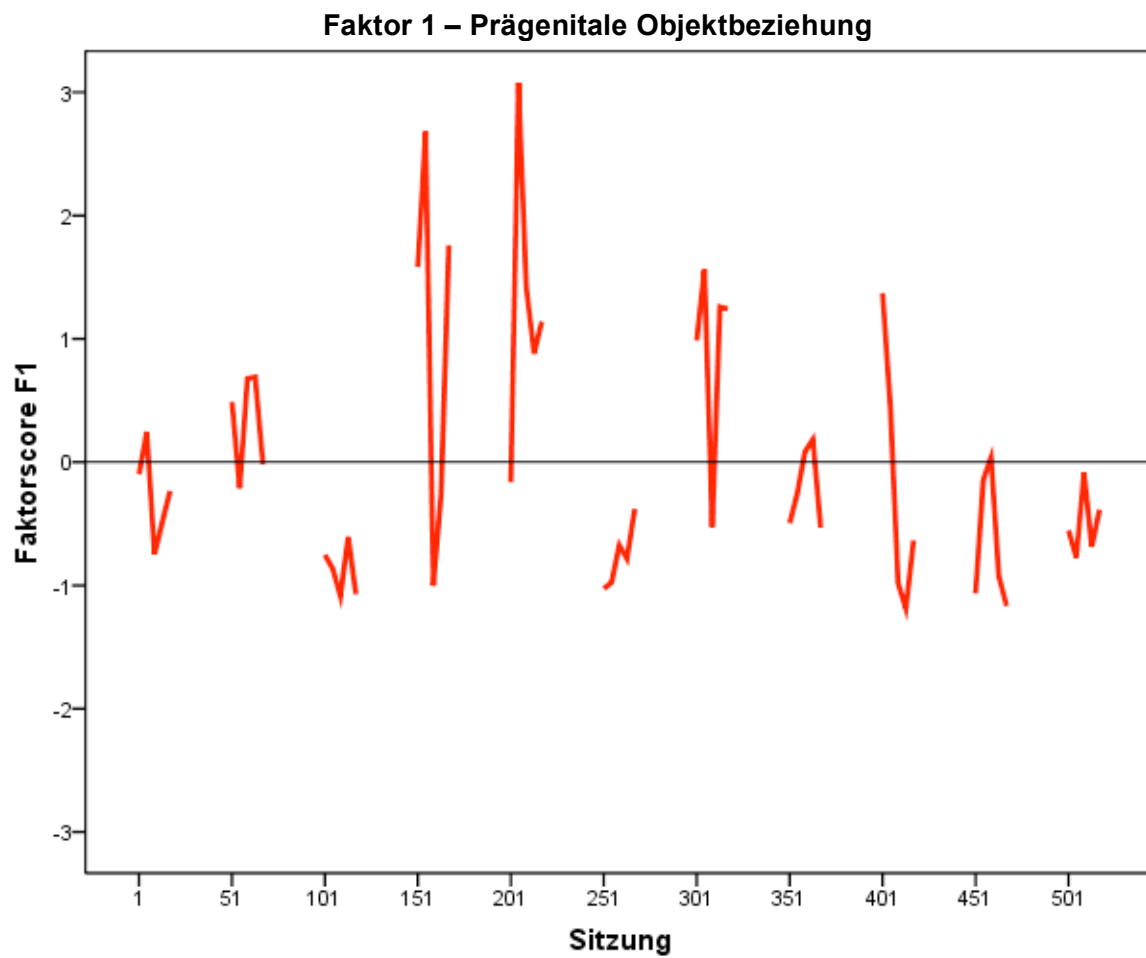


Abb. 17: Verlauf des Faktors 1

Der Verlauf des Faktors 1 zeigt eine Zuspitzung in den beiden Perioden IV (Std. 151-155) und V (Std. 201-205), um dann deutlich zurückzugehen.

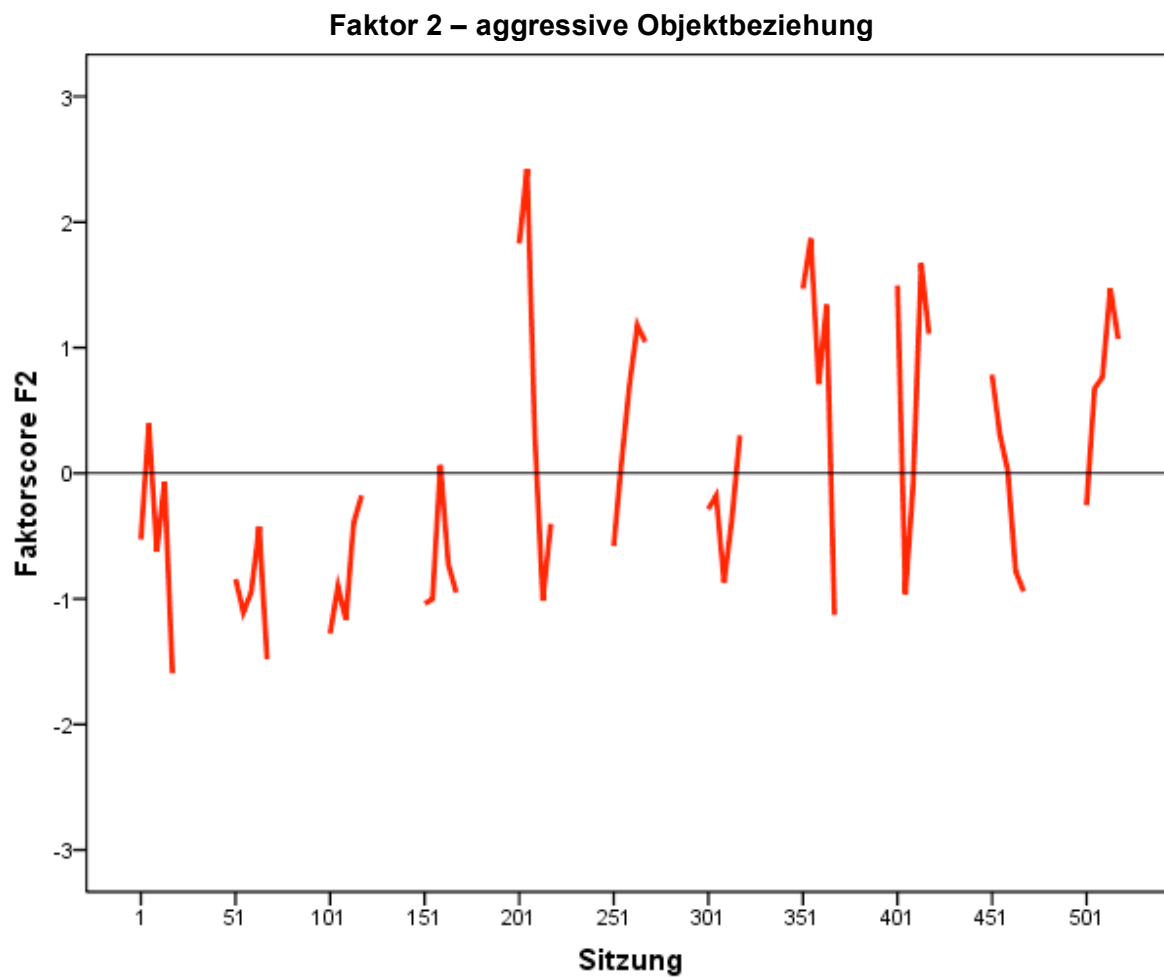


Abb. 18: Verlauf der Faktors 2

Der Faktor 2 weist einen ersten Gipfel in der Periode V auf, und bleibt im zweiten Teil des Beobachtungszeitraumes weitgehend im positiven Bereich.

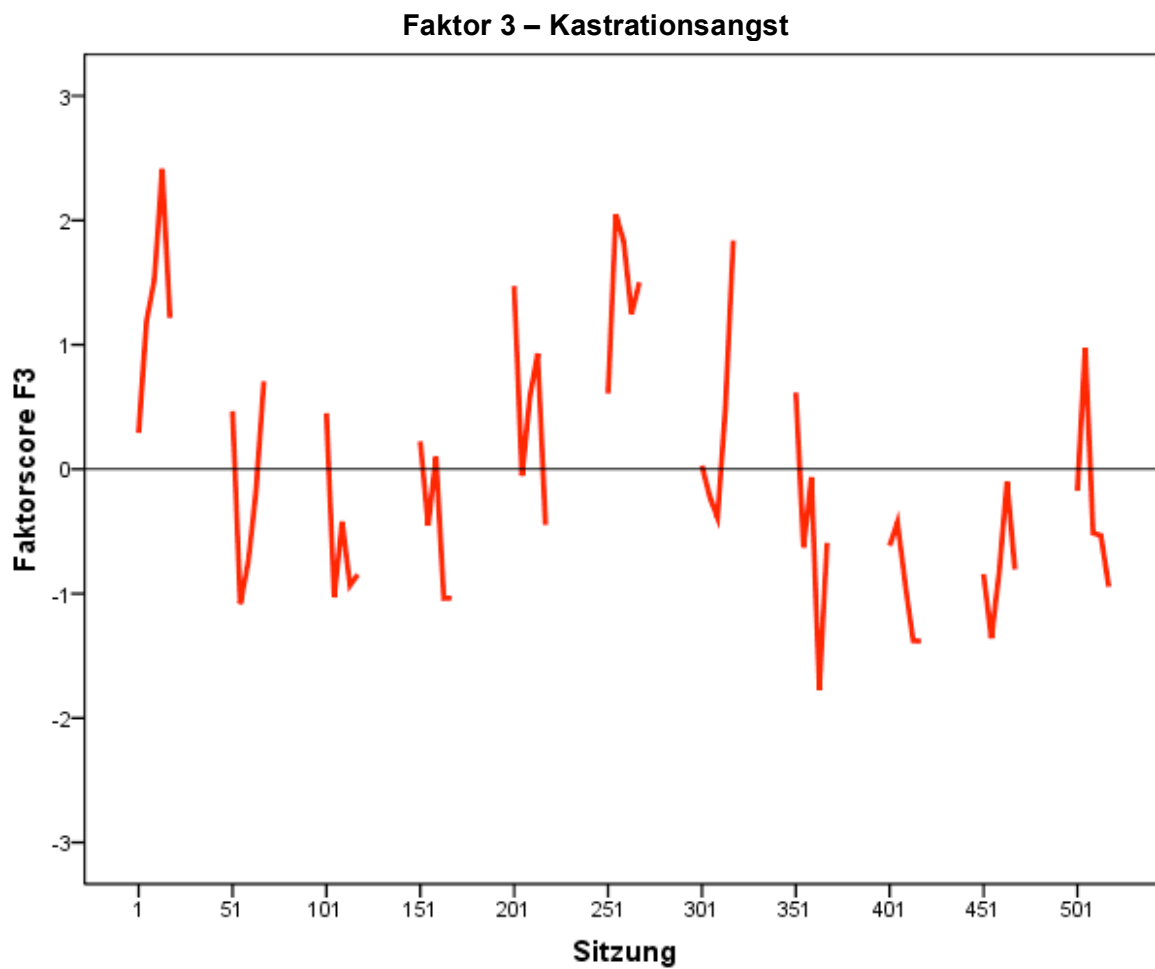


Abb. 19: Verlauf des Faktors 3

Der Faktor 3 zeigt einen wellenförmigen Verlauf; er bewegt sich zwischen ausgeprägter Verletzungsthematik am Anfang, Mitte und Ende und Abschnitten mit zwischenzeitlichem Rückgang dieser Thematik.

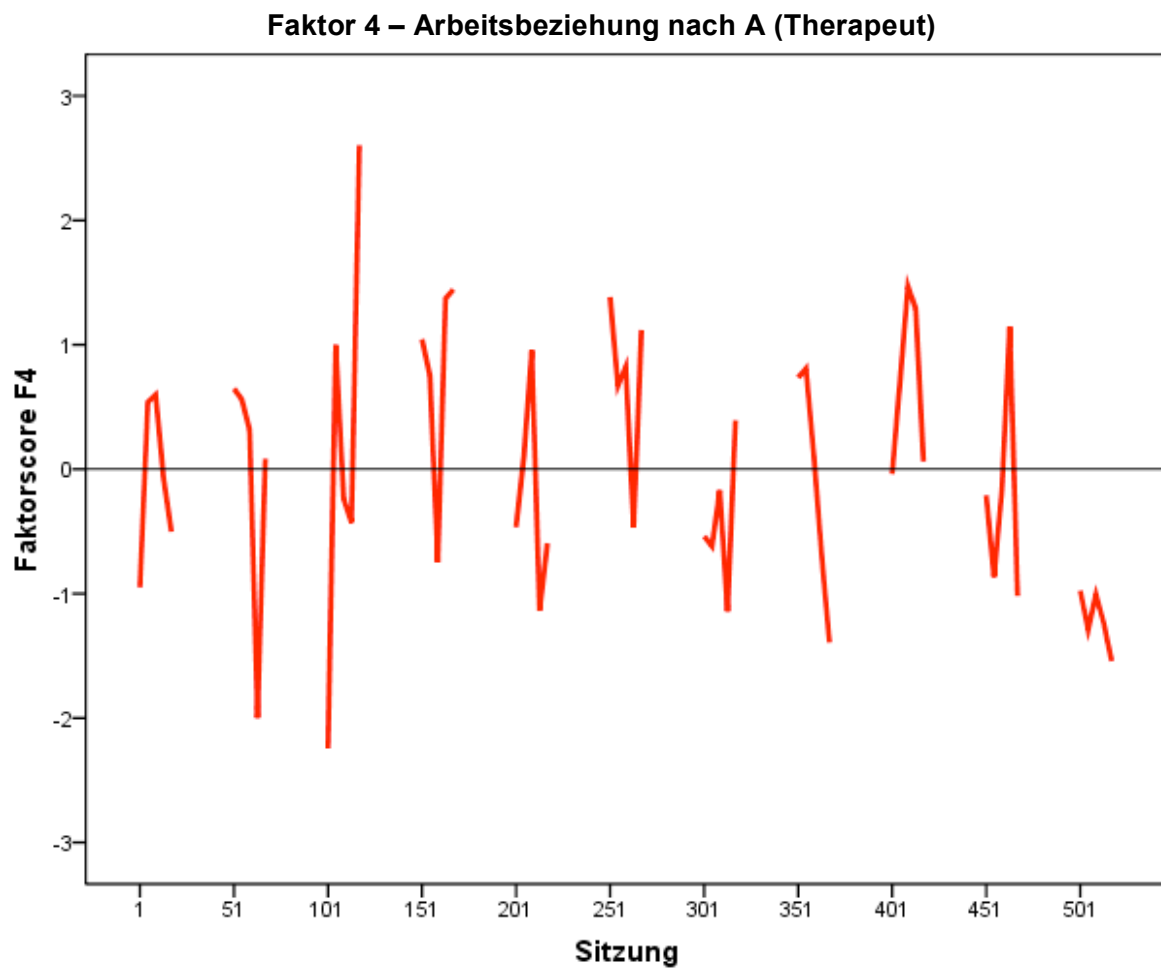


Abb. 20: Verlauf des Faktors 4

Der Faktor 4 – Arbeitsbeziehung aus der Sicht des Analytikers – zeigt viele Wechsel bei einer Tendenz zur Verschlechterung des Arbeitsbündnisses aus der Sicht des Analytikers gegen Ende dieser Stichprobe.

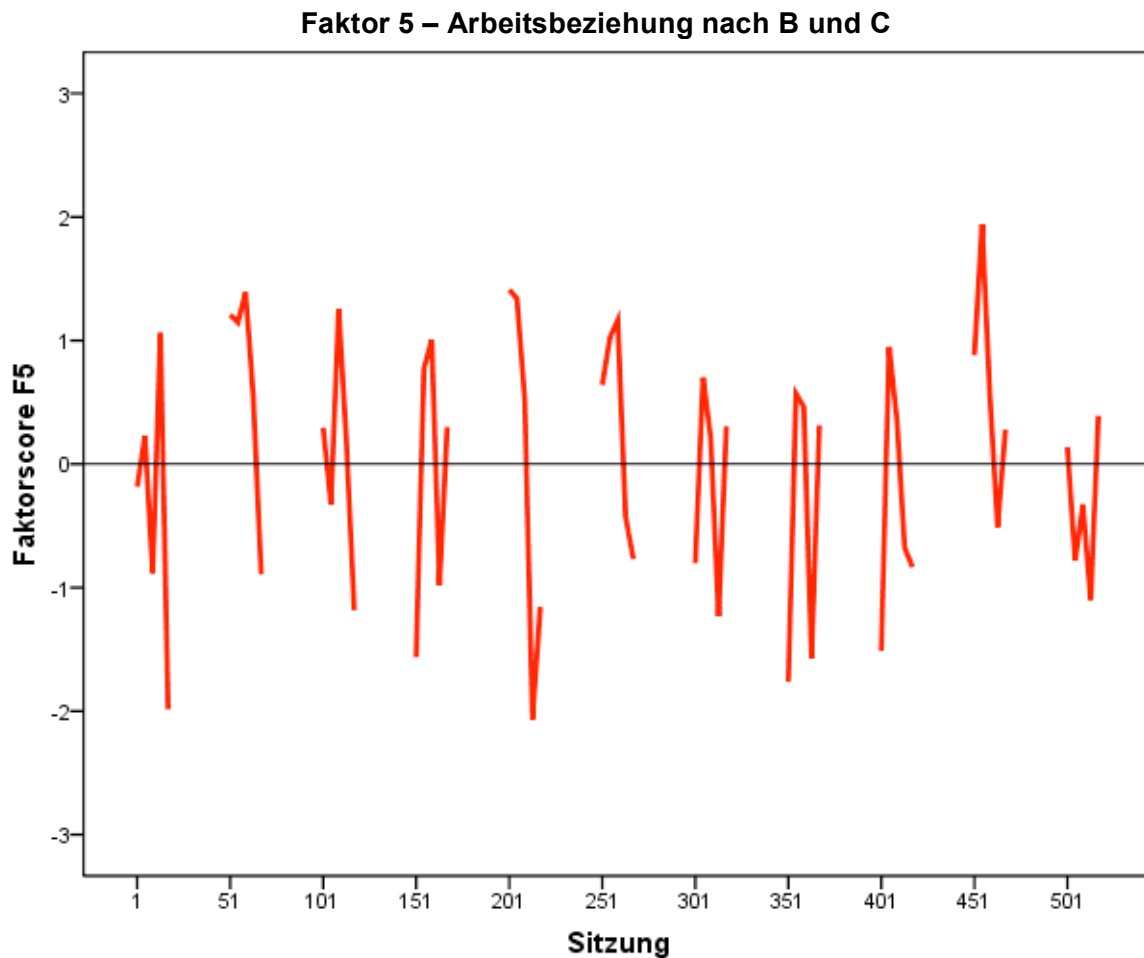


Abb. 21: Verlauf des Faktors 5

Der Faktor 5 – Arbeitsbeziehung aus der Sicht der externen Beurteiler B und C – schwankt ebenfalls, dabei besteht keine Verlaufs-gebundene erkennbare Tendenz.

Auch wenn die Beurteilung der 55 Sitzungen in randomisierter Darbietung durchgeführt wurde, war nicht auszuschließen, dass anhand des Stundenmaterials Hinweise auf die Positionierung der Sitzungen im Verlauf zu gewinnen waren. Die Überprüfung auf mit der Behandlungsdauer verbundene zeitliche lineare Trends im Verlauf wurde zunächst für die drei Beurteiler A, B und C getrennt berechnet, wobei sich unterschiedliche Effekte feststellen lassen¹⁰ (Tab. 15):

¹⁰ Das Konzept ‚Todesangst‘ wurde wegen geringer Ausprägung nicht weiter berücksichtigt.

rho	A	B	C	D
01 Verletzungsangst	-.13	-.33 *	-.08	-.25 ~
02 Trennungsangst	-.06	-.03	.02	.00
03 Schuldangst	-.37 **	.00	-.29 *	-.25 ~
04 Beschämungsangst	-.20	.37 **	-.21	.04
05 Diffuse Angst	.43 **	.29 *	.32 *	.45 ***
06 Libidinöse Übertragung	-.31 *	-.11	-.24 ~	-.26 ~
07 Aggressive Übertragung	.41 **	.26 ~	.20	.38 **
08 Affekterleben	.07	.12	-.08	.02
09 Konfliktzulassen	-.25 ~	-.10	-.21	-.23 ~
10 Mitarbeit	-.42 **	-.13	-.29 *	-.35 **
11 Einsicht	-.35 **	-.10	-.36 **	-.34 *

Tab. 15: Zeittrends der Konzepte durch die drei Beurteiler – Spearman-Korrelation mit der Zeit
 Konzepte 01-07: zusammengesetzte Scores (Range 0-21), s. Tab. 12
 Konzepte 08-11: Range 1-7
 D = Mittelwert der Ratings von A, B, C, „Zeit“ = Sitzung
 ~ $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Die nachfolgende Überprüfung der Zeittrends der fünf Faktoren belegt signifikante Verlaufseffekte für zwei der fünf Faktoren (Tab. 16):

Faktor	rho
F1 Prägenitale Objektbeziehung	-.19
F2 Aggressive Objektbeziehung	.48 ***
F3 Kastrationsangst	-.33 *
F4 Arbeitsbündnis nach A	-.20
F5 Arbeitsbündnis nach B und C	-.11

Tab. 16: Zeittrends – Spearman-Korrelation der Faktorscores mit der Zeit
 „Zeit“ = Sitzung
 ~ $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6.5.3 Entwurf eines Phasenmodells der Behandlung

Die bisherigen Darlegungen beruhen auf der Betrachtung der einzelnen 5-Stunden-Blöcke, wie sie die Grundlage der klinischen Einstufung war. Das hier angestrebte Ziel einer Prozessbeschreibung muss aber über diese Stufe noch hinaus vervollständigt werden, indem nämlich die jeweils für die einzelnen 5-Stunden-Blöcke ermittelten klinischen Festlegungen zur Typisierung von angenommenen Behandlungsphasen verwendet werden. Damit soll erreicht werden, dass sich Aussagen über den Behandlungsprozess ergeben, die dann auch Gültigkeit über die hier verwendeten Stunden hinaus haben sollen. Aus unserer Kenntnis des Behandlungsverlaufes haben wir hierzu folgende vier Behandlungsphasen – tentativ – angenommen:

Phase 1: Der Beginn der Behandlung (Perioden I, II, III):

Die ersten hundert Stunden werden vorwiegend von der freundlichen, gefassten Haltung des Patienten bestimmt, in der er mit viel Interesse und guter Abwehr sich in den analytischen Prozess einlässt. Die Trennungsproblematik wird in der Übertragung nur ansatzweise sichtbar, die aggressive Übertragungskonstellation ist vorwiegend unbewusst und wenig stark ausgeprägt. Schuld- und Kastrationsthemen sind wechselnd ausgeprägt.

Phase 2: Intensivierung und Bewusstwerdung der frühen positiven Objektbeziehung in der Übertragung (Perioden IV, V)

Dieser Zeitraum umfasst grob angegeben, die nächsten hundert Stunden und wird vorwiegend von der Trennungsproblematik in der Analysensituation bestimmt. Die aggressive Übertragungslinie bleibt noch sehr verhalten und zeigt sich nur in einzelnen Stunden.

Phase 3: Wechsel von prägenitaler positiver Übertragung und aggressiver Triebangsproblematik in der Übertragung (Perioden VI, VII, VIII)

In dieser dritten Phase kann das therapeutische Ziel, eine Reaktivierung der den Ängsten zugrunde liegenden aggressiven Regungen so umgesetzt werden, dass eine Durcharbeitung und Veränderung der Übertragungskonstellation sichtbar wird. Besonders der Wechsel der beiden Übertragungsformationen steht im Mittelpunkt dieser Ebene.

Phase 4: Konsolidierung der aggressiven Übertragung und Übergang in die Symbioseproblematik (Perioden IX, X XI)

Hier steht der deutliche Rückgang der freundlichen anklammernden Objektbeziehung zum Analytiker im Mittelpunkt. Stattdessen etabliert sich eine unfreundliche, lustlose Arbeitssituation, die aber von der Übertragung her nicht mehr als durchgängig aggressive Thematik angesprochen werden kann. Eine neue Thematik – klinisch als Symbiose zu kennzeichnen - scheint sich zu entwickeln.

Varianzanalytisch geprüft wurde, ob sich die vier Phasen in der Ausprägung der fünf Faktoren unterscheiden:

Faktor 1: prägenitale Objektbeziehung

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	-0.27	1.11	-0.02	-0.45
Standardabweichung	0.60	1.29	0.87	0.69

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	16.478	3	5.493	7.465	< .001
Innerhalb der Gruppen	37.522	51	0.719		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 2: Aggressive Objektbeziehung

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	-0.74	-0.05	0.36	0.42
Standardabweichung	0.55	1.12	0.92	0.89

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	12.861	3	4.287	5.315	.003
Innerhalb der Gruppen	41.139	51	0.807		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 3: Kastrationsangst

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.20	0.03	0.44	-0.66
Standardabweichung	1.07	0.82	1.10	0.60

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	9.946	3	3.315	3.838	.015
Innerhalb der Gruppen	44.054	51	0.864		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 4: Arbeitsbeziehung von Rater A

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.00	0.27	0.07	-0.25
Standardabweichung	1.19	0.96	0.88	0.85

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1.718	3	0.573	.559	.645
Innerhalb der Gruppen	52.282	51	1.025		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 5 Arbeitsbeziehung Rater B u. C

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.12	-0.04	-0.08	-0.02
Standardabweichung	1.02	1.28	0.95	0.92

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	0.337	3	0.112	.107	.956
Innerhalb der Gruppen	53.663	51	1.052		
Gesamt	54.000	54			

Tab. 17: Varianzanalysen der Faktorscores

Die Überprüfung zeigt, dass drei der fünf Faktoren sich den vier Phasen signifikant unterscheiden. Inhaltlich macht dies ausgesprochen Sinn. Faktor 1 „prägenitale Objektbeziehung“ kann als die Abwehrseite des Patienten aufgefasst werden und entsprechend muss Faktor 2 „Aggressive Objektbeziehung“ als Basis der symptomatischen konfliktiven Grundlage des Geschehens betrachtet werden.

Der Verlauf der beiden Faktoren F1 und F2, den beiden Übertragungsfaktoren her, bestätigt den angenommenen Verlauf. Der Faktor 1 „prägenitale Objektbeziehung“ zeigt in der ersten Phase eine schwache Ausprägung, fehlt aber nicht ganz mit einigen Schwankungen, in der zweiten Phase dominiert er deutlich, in der dritten geht er mit großen Schwankungen wieder auf den Mittelbereich zurück und wird in der vierten Phase eher negativ. Der Faktor 2 „Aggressive Objektbeziehung“ ist zunächst kaum ausgeprägt (Phase 1), schwankt in der zweiten zwischen positiven und negativen Werten deutlich und stabilisiert sich dann in der dritten und vierten Phase.

Bei dem Faktor 3 „Kastrationsangst“ ist besonders der Kontrast zwischen der dritten und der vierten Phase offenkundig, der auf ein Vorherrschen der Schuldthematik in der vierten Phase hinweist.

Der Faktor 5 „Arbeitsbeziehung“ der beiden externen Beurteiler B und C zeigt über den Verlauf keine nennenswerten Veränderungen, während die Beurteilung der Arbeitsbeziehung durch den Therapeuten (Faktor 4) in der vierten Phase eine negative Nachschwankung aufweist, was sich im Zusammenhang mit der oben angedeuteten Veränderung der Einstellung des Patienten zur Behandlung in dieser 4. Phase sehen kann.

6.6 Fazit

Mit der Identifizierung von vier Phasen der Behandlung, in denen unterschiedliche psychodynamische Konstellationen vorherrschen, kommt diese Untersuchung zu einem Ende. Das Fenster der Beobachtung wird durch die Methodik der Einstufung klinischer Konzepte im Vergleich zu den beiden anderen methodischen Zugängen – Fallstudie und systematische Beschreibung – sehr eingeeengt; der Gewinn besteht in einem Zuwachs an intersubjektiver Verlässlichkeit der Beurteilung. Allerdings sind hierbei doch Einschränkungen zu benennen: Die Aufgabe randomisiert präsentierte Verbatimtexte von psychoanalytischen Sitzungen zu lesen, stellte an die Beurteilergruppe erhebliche Anforderungen. Systematische Beurteilungsfehler waren nicht auszuschließen, wie sich beim Vergleich zwischen dem beteiligten Analytiker und die beiden unterschiedlich Vorgebildeten externen Beobachtern zeigen ließ. Der methodische Kunstgriff einer faktoranalytischen Dimensionalität mag hier manches abgeschwächt haben, aber ausmerzen lässt sich eine solche (Fehler-)Varianz wohl nicht. Klinische Konzepte, auch wenn deren Beurteilung geschult wird, aus Transkripten zu extrahieren, ist immer ein riskantes Unternehmen, so groß ist die kontextuelle Einbettung des Geschehens. Nur durch den immer möglichen

Verweis auf die anderen Ebenen der Untersuchung können solche vereinfachenden Verfahren justiert werden.