

Die Methode des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort"

Cornelia Albani^a, Gerd Blaser^a, Uwe Jacobs^b, Enrico Jones^c, Michael Geyer^a und Horst Kächele^d

^a Universität Leipzig

^b Wright Institute Berkeley

^c University of California, Berkeley

^d Universität Ulm

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird ein umfassender Überblick über den Stand der Forschung mit der Methode des "Psychotherapy Process Q-Sort" von Enrico Jones gegeben, die deutsche Version der Methode vorgestellt und deren Anwendung erprobt. Die Methode konnte reliabel angewendet werden und erwies sich als geeignetes Instrument zur Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse. Der Vergleich früher und später Therapiestunden einer psychoanalytischen Behandlung anhand der Q-Items verdeutlichte klinisch relevante Unterschiede dieser beiden Therapiephasen.

Summary

The article provides an overview of current research with the "Psychotherapy Process Q-Sort" by Enrico Jones and presents the application of a German version developed by the authors. The method could be used reliably and proved a proper instrument for describing psychotherapeutic processes. Comparison of sessions from the beginning and termination phases of a psychoanalytic therapy demonstrated clinically relevant differences between the two phases of treatment.

Die Untersuchung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt.

Einleitung

Eine der größten aktuellen Herausforderungen in der Psychotherapieforschung stellt die Frage nach dem Zusammenhang zwischen dem, was in der Therapiestunde geschieht und den Veränderungen der Patienten dar. Damit ist nicht nur die Frage nach therapeutischen Wirkfaktoren, sondern vor allem auch nach dem Einfluß und der Art der Interaktion zwischen PatientIn und TherapeutIn und deren Wechselwirkung mit den Wirkfaktoren angesprochen.

Um psychotherapeutische Konstrukte anhand klinischer Variablen zu untersuchen, bedarf es Methoden, die die Fülle klinisch beobachtbarer Phänomene auf objektivierbare, quantitative Dimensionen reduzieren, die Einzigartigkeit eines individuellen Falles erfassen und sowohl den Vergleich verschiedener Beurteiler eines Falles untereinander wie auch verschiedener Fälle erlauben. Ein methodischer Zugang, der diesen Anforderungen gerecht zu werden versucht, ist die Q-Sort-Technik (Stephenson, 1953; Block, 1961), die besonders zur Beschreibung qualitativer Daten geeignet ist. Nach einem "Q-Sort-Boom" in den 60er Jahren, als die Methodik vor allem in der Persönlichkeitsforschung vielfältige Anwendung fand (z.B. "Chicago Q Sort", Byrne, 1966), nahm das Interesse in der folgenden Zeit ab. Seit Beginn der 90er Jahre scheint es eine Renaissance dieser Methodik zu geben, was sich an zahlreichen Neuentwicklungen ("Attachment Interview Q-Sort" von Kobak, 1993; "Affect Regulation and Experience Q-Sort" von Westen & Shedler, 1994) bzw. Überarbeitung vorliegender Q-Sets (Entwicklung neuer Skalen aus dem "California Child Q-Set" von Block & Block, 1980 durch Shields & Cicchetti, 1997 oder die Adaption von Haan's (1977) Abwehr-Q-Set durch Roston et al., 1992) und daraus hervorgehenden Publikationen zeigt.

Die vorliegende Arbeit beschreibt den von Enrico Jones entwickelten "Psychotherapy Process Q-Set" (Jones et al., 1991), den Stand der Forschung mit dieser Methode und die Entwicklung und Anwendung der deutschen Version. Jones gehört zu den wenigen Psychoanalytikern, die universitäre Forschungstätigkeit und klinische Arbeit verbinden, seine Arbeiten wurden bisher im deutschen Sprachraum jedoch wenig rezipiert. Neben der Entwicklung des "Psychotherapy Process Q-Set" wurde Jones vor allem durch detaillierte Einzelfallanalysen bekannt (Jones & Windholz, 1990; Jones, 1993, Jones et al., 1993).

Methoden

Psychotherapie-Prozeß Q-Sort (PQS)

Jones Anliegen ist es, mit den im "Psychotherapie-Prozess Q-Sort" enthaltenen Items eine einheitliche Sprache (in klinisch relevanten Begriffen) zur Beschreibung des psychotherapeutischen Prozesses unabhängig von speziellen Therapietheorien bereitzustellen und damit eine systematische und über verschiedene Therapieformen hinweg vergleichbare Einschätzung therapeutischer Interaktion zu ermöglichen.

Ausgehend von einer Sammlung mehrerer hundert potentieller Items wurden Expertenratings und mehrere Pilotstudien mit Material verschiedener Therapieformen durchgeführt. Die Items wurden im wesentlichen nach folgenden Kriterien selektiert:

1. ausreichende Varianz über verschiedene Personen und Therapiestunden und
2. möglichst niedrige Korrelationen zwischen den Items.

Im Ergebnis eines langjährigen und gründlichen Entwicklungsprozesses liegen in der endgültigen Fassung des PQS 100 Items vor. Als "Unpublished Manual" existiert der Q-Sort bereits seit 1985 (Jones, 1985), erst 1999 entschloß sich Jones, das Manual zu publizieren (Jones, im Druck).

Als Datengrundlage der Auswertung dient eine vollständig transkribierte oder videografierte Therapiestunde. Jones betont den Vorteil, der darin liegt, daß nicht nur ausgewählte Textabschnitte beurteilt werden, sondern das zugrundeliegende klinische Material umfangreicher ist und dem Beurteiler ermöglicht, seine Hypothesen auf der Grundlage des gesamten Materials zu bilden und alternative Konzeptionen anhand zahlreicher, weiterer Interaktionen in der Stunde zu prüfen. Nach gründlichem Studium des Materials werden die 100 Items neun Kategorien zugeordnet (1 = extrem uncharakteristisch, 9 = extrem charakteristisch), wobei die Verteilung der Items auf die neun Kategorien vorgegeben ist und eine Normalverteilung bildet.

Der Q-Sort beinhaltet drei Typen von Items:

1. Items, die die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten beschreiben (z.B. Item 7: Die Patientin ist ängstlich oder angespannt.);
2. Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln (z.B. Item 9: Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt.) und
3. Items, welche die Art der Interaktion der Dyade bzw. die Atmosphäre der Beziehung beschreiben (z.B. Item 19: Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.).

Zu jedem Item liegt eine Beschreibung vor, die die Zuordnung als "charakteristisch" oder "uncharakteristisch" erläutert, bei einigen Items wird auch die Zuordnung zur Kategorie "neutral" genauer beschrieben. Zum Beispiel:

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient durch die Abhängigkeit besorgt wirkt oder sich unwohl zu fühlen scheint, zum Beispiel ein Bedürfnis zeigt, sich vom Therapeuten zurückzuziehen, oder er zeigt auf irgendeine Art und Weise die Besorgnis, er könne von der Therapie zu abhängig werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Patient in der Abhängigkeit wohlfühlen scheint. Das kann sich in Äußerungen von Hilflosigkeit zeigen, oder der Patient fühlt sich wohl oder zufrieden in einer abhängigen Beziehung zum Therapeuten.

Als neutral beurteilen, wenn der Patient eine relative Unabhängigkeit in der therapeutischen Beziehung empfindet."

Von den Beurteilern wird erwartet, daß sie die Position eines "allgemeinen Anderen" einnehmen, d.h. eines Beobachters, der die Interaktion zwischen Patient und Therapeut von außen betrachtet, ohne sich von seinem Urteil, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist, leiten zu lassen.

Jones läßt in allen seinen Studien jede Therapiestunde von zwei Beurteilern auswerten, deren Bewertungen gemittelt in die Auswertung eingehen. Liegt die erreichte Übereinstimmung unter $r=.5$, so wird ein dritter Beurteiler (meist Jones selbst) hinzugezogen. Die in verschiedenen Untersuchungen berichteten Reliabilitäten liegen zwischen $r=.68$ bis $r=.92$.

Stand der Forschung mit dem PQS

Der PQS wurde bisher zur systematischen Untersuchung von Einzelfällen (Jones et al., 1988; Jones & Windholz, 1990; Jones et al., 1993; Jones et al., 1993a; Jones & Price, 1998) und zum Vergleich verschiedener Therapieformen (kognitiv-behaviorale versus interpersonelle Therapie - Ablon & Jones, 1999; kognitiv-behaviorale versus psychodynamische Therapie - Jones & Pulos, 1993) verwendet. Außerdem wurde die prädiktive Validität supportiver versus expressiver therapeutischer Techniken für den Behandlungserfolg mittels des PQS untersucht (Jones et al., 1988) und die Zusammenhänge zwischen der CALPAS ("California Psychotherapy Alliance Scale") und dem PQS geprüft (Price & Jones, 1998). Nachfolgend sollen einige Ergebnisse dieser Untersuchungen vorgestellt werden.

Am Beispiel einer 12stündigen Kurztherapie einer Patientin mit einer posttraumatischen Belastungsstörung demonstrierten Jones et al. (1988) die

Veränderungen von 10 für den Therapieerfolg relevanten PQS-Items über den Verlauf von insgesamt 4 Stunden.

Jones & Windholz (1990) analysierten mit dem PQS 6 Blöcke von jeweils 10 Stunden der Analyse von "Mrs.C" (dem "Specimen Case" der amerikanischen psychoanalytischen Forschung), die über insgesamt 6 Jahre verlief, und beschrieben therapeutische Veränderungen. Sie betonen die Möglichkeit, mit Hilfe der strukturierten "Sprache" des PQS die traditionelle psychoanalytische Fallgeschichte reliabler klinischer Bewertung und systematischer, empirischer Forschung zugänglich zu machen.

In der Untersuchung einer insgesamt 208stündigen psychodynamischen Therapie einer depressiven Patientin ermittelten Jones et al. (1993) auf der Basis der PQS-Ratings jeder 4. Stunde der Therapie (insgesamt 53 Stunden) nach der von Catell & Luborsky (1950) eingeführten sog. P-Technik 4 Verlaufsfaktoren, die signifikante Zusammenhänge mit der Entwicklung der Symptomatik aufwiesen. Eine Zeitreihenanalyse zur Untersuchung der Interaktion der 4 Faktoren ergab eine Prädiktion des Faktors "Freundliche Annahme durch die Therapeutin" durch den Faktor "Dysphorischer Affekt der Patientin" und eine Prädiktion des Faktors "Psychodynamische Technik" durch den Faktor "Freundliche Annahme durch die Therapeutin", d.h. je depressiver die Patientin war, um so stärker verhielt sich die Therapeutin freundlich zugewandt und setzte psychodynamische Techniken ein. Es ergaben sich uni- und bidirektionale Effekte: je supportiver die Therapeutin war, um so depressiver wurde die Patientin, mitunter beruhigte die Therapeutin die Patientin in Folge deren stärkerer Depression. Übertragungsdeutungen führten mitunter zu einer Verminderung des depressiven Affektes, und das Ausmaß der Depression war Prädiktor für die Intensität mit der die Therapeutin die Übertragung und die Abwehr interpretierte. Im Ergebnis dieser Untersuchung betonen Jones et al. vor allem die wechselseitige Beeinflussung zwischen Therapeutin und Patientin, die auch in der Forschung in Form entsprechender Prozeßmodelle stärker beachtet werden sollten. Pole & Jones (1998) untersuchten die Zusammenhänge zwischen den ermittelten PQS-Faktoren und den Ergebnissen einer computer-gestützten Inhaltsanalyse dieser Therapie.

Am Beispiel der Psychoanalyse von "Mr.S" beschreibt Jones (1997) klinisch sog. "repetitive interaction structures" (Jones, 1997, S.1140), die die Möglichkeit bieten, die Aspekte des therapeutischen Prozesses die als "Intersubjektivität", "Übertragungs-Gegenübertragungs-Enactments" oder "Rollenübernahme" bezeichnet werden, zu operationalisieren und empirischer Untersuchung zugänglich zu machen, wobei intrapsychische und interpersonale Interaktionen

einbezogen werden. Anhand der Psychoanalyse von "Mrs.C" wird eine solche, sich wiederholende Interaktions-Struktur mit dem PQS demonstriert. Alle PQS-Bewertungen der 60 ausgewählten Stunden gingen in eine explorative Faktorenanalyse ein, die zu 4 Faktoren führte. Einer der Faktoren wird als eine "sich wiederholende Interaktions-Struktur" ausführlich an klinischem Material diskutiert. Jones & Price (1998) vergleichen eine erfolgreiche und eine nicht erfolgreiche psychoanalytische Behandlung bezüglich der mit dem PQS ermittelten "repetitive interaction structures", die teilweise übereinstimmten, sich aber auch in den beiden Fällen unterschieden.

Anhand des Datenmaterials der NIMH-Studie (Elkin et al., 1989) wurden die verschiedenen Therapiegruppen mit Hilfe des PQS verglichen. Ablon & Jones (1999) untersuchten jeweils eine Stunde aus der Anfangs- und Endphase einer Gruppe von 32 kognitiv-behavioralen Therapien im Vergleich zu einer Gruppe von 35 interpersonalen Therapien mit dem PQS. 48 der 100 PQS-Items unterschieden sich in beiden Gruppen. Von den 52 Items, die sich nicht unterschieden, waren 29 Items solche, die das Verhalten oder den emotionalen Zustand der Patienten beschreiben, d.h. obwohl es wesentliche Unterschiede im Verhalten der Therapeuten in beiden Therapiegruppen gab, verhielten sich die Patienten sehr ähnlich.

Jones & Pulos (1993) untersuchten diese 32 kognitiv-behavioralen Therapien im Vergleich zu 30 psychodynamischen Kurztherapien der Mt.Zion Psychotherapy Research Group San Francisco anhand von jeweils 3 Therapiestunden. Es wurden wiederum die für jede Therapieform charakteristischen und uncharakteristischen Items ermittelt. 57 der 100 PQS-Items unterschieden sich signifikant in beiden Therapiegruppen. In beiden Gruppen waren psychodynamische Strategien positiv mit dem Therapieerfolg korreliert (d.h. auch in den kognitiv-behavioralen Therapien wurden psychodynamische Techniken verwendet), und negative Affekte und Widerstand der Patienten standen in negativem Zusammenhang zum Therapieerfolg.

Diese 30 psychodynamischen Kurztherapien der Mt.Zion Psychotherapy Research Group von Patienten mit neurotischen Störungen dienten Price & Jones (1998) als Datengrundlage, um den Zusammenhang zwischen den Bewertungen mittels PQS und der Beurteilung des Arbeitsbündnisses mit der "California Psychotherapy Alliance Scale" (CALPAS, Marmar et al., 1989) zu prüfen. Aus den PQS-Items wurden diejenigen ausgewählt, die Inhalte der 4 Dimensionen der CALPAS widerspiegeln. Die PQS-Items, die signifikante Korrelationen mit den 4 Skalen der CALPAS aufwiesen, gingen in eine Faktorenanalyse ein, die zu 3 Faktoren führte. Im Ergebnis einer multiplen Regressionsanalyse ließ sich der CALPAS-Gesamt-

Score lediglich aus dem PQS-Faktor "Interaktion zwischen Therapeut und Patient" vorhersagen. Die Untersuchung wird als Beitrag zur Validierung der CALPAS verstanden und vor allem die Bedeutung der therapeutischen Interaktion für eine positive Entwicklung des Arbeitsbündnisses hervorgehoben.

Von einer Stichprobe von 40 Patientinnen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, die eine 12stündige dynamische Kurztherapie nach Malan (1976) erhielten, wurde jeweils die 5. Therapiestunde mit dem PQS ausgewertet (Jones et al., 1988). Entsprechend des Mittelwertes über alle Items (GSI) der SCL-90-R zu Beginn der Therapie wurden zwei Gruppen von schwerer und leichter gestörten Patientinnen gebildet, für die jeweils unterschiedliche PQS-Items mit dem Therapieerfolg assoziiert waren. D.h. je nach Stärke der Symptombelastung scheinen unterschiedliche therapeutische Techniken erfolgversprechend zu sein. Die mit dem PQS beschriebenen unterschiedlichen therapeutischen Strategien für die beiden Patientinnengruppen entsprechen der Unterscheidung von Sifneo (1972) zwischen "Angst unterdrückenden" und "Angst provozierenden" Strategien in Kurztherapien oder der in der Menniger "Psychotherapy Process Study" (Wallerstein, 1986) vorgenommenen Differenzierung in "supportive" und "expressive" Techniken. Jones et al. schließen aus ihren Ergebnissen, daß den sog. "unspezifischen" psychotherapeutischen Faktoren (wie z.B. Hoffnung vermitteln) deutlich weniger Bedeutung als bisher angenommen zukommt und plädieren für eine differenzierte, multidimensionale Analyse von Prozeß- und Wirkfaktoren.

Zur deutschen Übersetzung des PQS

Zunächst erstellte jeder der drei Übersetzer (CA, GB, UJ) unabhängig voneinander eine eigene Version, die dann ausführlich gemeinsam und auch mit Enrico Jones diskutiert, erprobt und im Konsens zu einer Endversion gebracht wurde. Dabei erwies es sich als außerordentlich hilfreich, daß die Beteiligten unterschiedliche psychotherapeutische Ausbildungen abgeschlossen haben (kognitiv-behavioral und psychodynamisch) und aus dem deutschen (CA, GB) bzw. amerikanischen Sprachraum (UJ) kommen.

Die deutsche Version des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort" ist in Jones (im Druck) publiziert.

Anwendung der deutschen Version des "Psychotherapie-Prozeß Q-Sort" (PQS)

Nach einem ausführlichen Trainingsprozeß bezüglich des Verständnisses bestimmter Items bei der Beurteilung, entschieden wir uns bei der Anwendung der deutschen Version des PQS für die Untersuchung eines gut dokumentierten Einzelfalles, wobei wir die Anfangs- und Endphase verglichen. Der Vergleich zwischen Anfangs- und Endphase schien uns besonders geeignet, um anhand der

mit dem PQS beschreibbaren Variablen Therapeutenverhalten, Patientenverhalten und Interaktion zwischen Therapeut und Patient erste Hinweise zu erhalten, ob der übersetzte Q-Sort inhaltlich relevante und plausible Aussagen liefert und hinreichend differenzierungsfähig ist. Einerseits sollten sich diese beiden Therapiephasen deutlich unterscheiden, zum anderen sollten sich (trotz der Unterschiede zwischen diesen beiden Phasen) typische Charakteristika dieser spezifischen Behandlung, sowie grundsätzlich einer psychoanalytischen Therapie finden.

Die Anfangsphase einer psychoanalytischen (und jeder anderen) Therapie ist vor allem durch den Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses gekennzeichnet. Rothstein (zitiert nach Auchincloss, 1989) betont diesbezüglich: "...that it is the analyst's attitude toward the patient's behavior rather than any specific routine parameters of the analytic situation which is important in the introductory phase" (S.201). Nach Fürstenaus Modell des psychoanalytischen Prozesses (Fürstenau, 1977) hat der Analytiker in der ersten Phase für den Patienten eine mütterliche Rolle. D.h. es wäre zu erwarten, daß der Therapeut aktiv dazu beiträgt, eine Atmosphäre der Sicherheit (Weiss, 1993) herzustellen. Für die Abschlußphase einer Analyse (die 7.Phase in seinem Modell) geht Fürstenau davon aus, daß die Beendigung durch neu entwickelte Beziehungen, die der Patient sowohl zu sich selbst als auch zu Partnern finden konnte, erleichtert wird. Die Durcharbeitung des Abschiedes und der Trennung steht im Mittelpunkt.

Bezüglich der statistischen Auswertung der vorliegenden Untersuchung orientierten wir uns am Vorgehen von Jones:

- 1.die Überprüfung der Intrerrater-Reliabilität erfolgt mittels PEARSON-Korrelations-Koeffizienten;
- 2.die Beschreibung von z.B. Therapiephasen wird über die Mittelwerte der Items innerhalb der jeweiligen Phase vorgenommen, wobei die Bewertungen beider Beurteiler gemittelt werden;
- 3.die Therapiephasen werden mittels WILCOXON-Tests über die Mittelwerte verglichen.

Als Datengrundlage dienten in der vorliegenden Untersuchung jeweils die ersten und letzten 5 Stunden einer 517 stündigen psychoanalytischen Behandlung, die von einem erfahrenen Analytiker durchgeführt wurde. Die Auswertung der Stunden erfolgte in zufälliger Reihenfolge durch 2 Beurteiler. Durch die deutlich veränderte Sprache der Patientin und inhaltlich verschiedene Themen mußte diese Maskierung allerdings unvollständig bleiben.

Mit dem PQS sollen zum einen die für diese beiden Therapiephasen charakteristischen Elemente beschrieben werden, zum anderen soll ein Vergleich beider Therapiephasen erfolgen, um Veränderungen abzubilden.

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 s. Thomä & Kächele, 1997, S.104ff.; Kächele et al., 1999)

Ergebnisse

Alle 10 Stunden wurden jeweils von 2 Beurteilern ausgewertet. Die Übereinstimmung betrug im Mittel $r = .64$ (.54 - .78).

Zunächst soll dargestellt werden, welche Items im Mittel (über alle 10 Therapiestunden und die Bewertung beider Beurteiler) als besonders charakteristisch und besonders uncharakteristisch eingeschätzt wurden. Es wurde eine Rangreihe der Mittelwerte gebildet. Als weiteres Kriterium galt, daß diese Items keinen oder nur einen geringen Unterschied in den Mittelwerten der Anfangs- und Endphase aufwiesen ($p .10$, Wilcoxon-Test). Diese Items liefern damit eine allgemeine Beschreibung des Verhaltens der Patientin, des Therapeuten und deren Interaktion in der Anfangs- und Endphase der Analyse:

Die Haltung des Therapeuten wird als empathisch (Q 6), neutral (Q 93), Wertschätzung vermittelnd (Q 18), taktvoll (Q 77), nicht herablassend (Q 51) und Anteil nehmend (Q 9) beschrieben. Die Gegenübertragung des Therapeuten stört die Beziehung nicht (Q 24), und der Therapeut betont die Gefühle der Patientin wenig (Q 81). Die Patientin hat keine Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen (Q 25), sie ist aktiv (Q 15) und bringt relevante Themen zur Sprache (Q 88), spricht von ihren Wünschen nach Unabhängigkeit (Q 29), nimmt die Bemerkungen des

Therapeuten an (Q 42) und fühlt sich von ihm verstanden (Q 14). Die Interaktion ist dadurch gekennzeichnet, daß spezifische Themen Gegenstand des Gespräches sind (Q 23), u.a. das Selbstbild der Patientin (Q 35), ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q 63) und Gedanken und Überzeugungen (Q 30).

Um die Unterschiede zwischen der Anfangs- und der Endphase der Therapie zu beschreiben, wurden jeweils die ersten und letzten 5 Stunden zu einem Block zusammengefaßt, die Bewertungen der Items über jeweils 5 Stunden und beide Beurteiler gemittelt und zunächst die jeweils charakteristischen und uncharakteristischen Items bestimmt (Tabelle 1 und 2). Obwohl arbiträr hat Jones die Angabe der jeweils 10 Items mit den höchsten und niedrigsten Bewertungen etabliert. Anschließend wurden die Mittelwerte auf Unterschiede geprüft (Wilcoxon-Test, Tabelle 3).

bitte hier Tabelle 1 einfügen

Beschreibung der Anfangsphase mit dem PQS

Die Anfangsphase der Therapie ist dadurch geprägt, daß die Patientin ohne Schwierigkeiten die Stunde beginnt (Q 25), Themen initiiert und klar und strukturiert (Q 54) relevante Themen zur Sprache bringt (Q 88). Sie nimmt die Bemerkungen des Therapeuten an (Q 42) und fühlt sich von ihm verstanden (Q 14). Die Patientin thematisiert vor allem ihre Unabhängigkeitswünsche (Q 29). Die Haltung des Therapeuten vermittelt Wertschätzung (Q 18) und innere Beteiligung (Q 9) und ist von Taktgefühl geprägt (Q 77). Der Therapeut ist bemüht, der Patientin das Sprechen zu erleichtern (Q 3), und er behandelt die Patientin respektvoll (Q 51). Gegenübertragungsreaktionen stören die Beziehung nicht (Q 24). Bezüglich der therapeutischen Technik stehen Klarifikationen im Vordergrund (Q 65), während konkrete Handlungsanweisungen nicht gegeben werden (Q 85, Q 38). In den Stunden wird ein spezifischer Fokus bearbeitet (Q 23), wobei das Selbstbild der Patientin (Q 35), ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q63) und Gedanken und Überzeugungen (Q 30) zentrale Themen darstellen.

bitte hier Tabelle 2 einfügen

Beschreibung der Endphase mit dem PQS

Ebenso wie in der Anfangsphase bringt die Patientin am Ende der Therapie relevante Themen zur Sprache (Q 88), ist aktiv (Q 15) und fühlt sich vom Therapeuten verstanden (Q 14). Der Therapeut vermittelt Wertschätzung (Q 18), verhält sich taktvoll (Q 77) und respektiert die Patientin (Q 51). Das Selbstbild der Patientin stellt nach wie vor einen wesentlichen Fokus dar (Q 35). Im Unterschied

zur Anfangsphase ist die Patientin in der Endphase der Therapie lebhaft (Q 13) und kontrolliert die Interaktion (Q 87), und der Therapeut überläßt ihr die Kontrolle (Q 17), verhält sich aber neutral (Q 93) und empathisch (Q 6). Sie gewinnt keine neuen Einsichten (Q 32), verläßt sich aber auch nicht darauf, daß der Therapeut ihre Probleme löst (Q 52). Inhaltlich werden die letzten Stunden vor allem von der Bearbeitung des Therapieendes (Q 75), der Liebesbeziehung der Patientin (Q 64) und ihren Träumen bestimmt (Q 90). Klarifikationen werden im Unterschied zur Anfangsphase vom Therapeuten nicht mehr verwendet (Q 65), ebenso spielen Abwehrdeutungen (Q 36) und Interpretationen des aktuellen Verhaltens keine Rolle (Q 82).

In Tabelle 3 sind die Items dargestellt, in denen sich beide Therapiephasen unterscheiden.

bitte hier Tabelle 3 einfügen

Q-Items, die Unterschiede zwischen der Anfangs- und der Endphase beschreiben

Während es für die Anfangsphase typischer ist, daß der Therapeut nach mehr Information fragt (Q 31), Klarifikationen verwendet (Q 65), mit seinen Äußerungen darauf bedacht ist, der Patientin das Sprechen zu erleichtern (Q 3) und den Wiederholungsaspekt im Verhalten der Patientin benennt (Q 62), ist die Endphase der Therapie stärker dadurch gekennzeichnet, daß er das aktuelle Verhalten der Patientin in der Stunde (Q 82) und ihre Schuldgefühle weniger anspricht, er überläßt der Patientin die Kontrolle in der aktuellen Interaktion (Q 17). Bezüglich des Verhaltens der Patientin ist die Anfangsphase davon geprägt, daß die Patientin in ihrer Ausdrucksweise strukturierter ist (Q 54), sich schüchterner (Q 61) und unzulänglicher (Q 59) fühlt und ihre Schuldgefühle thematisiert (Q 71). Sie verläßt sich am Anfang stärker als am Ende darauf, daß der Therapeut ihre Probleme löst (Q 52), ist aber introspektiver (Q 97) und gewinnt mehr Einsichten (Q 32). Am Ende der Therapie kontrolliert die Patientin die Interaktion (Q 87), testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung (Q 20) und ist weniger bereit, sich mit ihren Gedanken und Gefühlen auseinanderzusetzen (Q 58). Sie ist am Ende der Therapie in der Lage, aggressive Gefühle auszudrücken (Q 84).

In der Anfangsphase ist das Gespräch stärker um Gedanken und Überzeugungen zentriert (Q 30), während in der Endphase vor allem das Therapieende thematisiert wird (Q 75), die Liebesbeziehung der Patientin besprochen wird (Q 64) und ihre Träume bearbeitet werden (Q 90). Am Ende der Therapie geht es humorvoller zu (Q 74). Im Unterschied zur Endphase war es für die Anfangsphase der Therapie

besonders typisch, daß die Beziehung keine erotische Qualität (Q 19) und keinen rivalisierenden Charakter (Q 39) hatte.

Diskussion

Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung

Die Items, die als charakteristisch bzw. uncharakteristisch für beide Therapiephasen ermittelt wurden, sind keine Items, die man als "typisch analytisch" bezeichnen würde, was aber darauf zurückzuführen ist, daß es sich bei den ausgewählten Stunden um die Anfangs- und Endphase der Therapie handelt, in denen sich die analytische Arbeit erst entfaltet bzw. zu Ende geht. Die Patientin erscheint als konstruktiv an der Arbeit beteiligt, das Verhalten des Analytikers ist darauf ausgerichtet, ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen bzw. zu erhalten. Relevante Themen werden bearbeitet, wobei vor allem das Selbstbild und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patientin, sowie ihr Wunsch nach Unabhängigkeit zentrale Themen sind. Die hohe Bewertung des PQS-Items Q 23 "Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus." steht im Einklang mit der Annahme, daß die Behandlung nach dem "Ulmer Prozeßmodell" (Thomä & Kächele, 1997) geführt wurde, das den interaktionell gestalteten Fokus als zentrale Drehscheibe des Prozesses betrachtet und die psychoanalytische Therapie als eine fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit wechselndem Fokus konzipiert.

Die Beschreibung mit den PQS-Items vermittelt den Eindruck einer intensiven psychotherapeutischen, wenn auch (noch) nicht im eigentlichen Sinn psychoanalytischen Arbeit, was mit den Ergebnissen der klinischen und testpsychologischen Einschätzung einer erfolgreichen Behandlung korrespondiert.

Der Vergleich zwischen Anfangs- und Endphase mit dem PQS beschreibt eindrucksvoll die Unterschiede zwischen beiden Therapiephasen. In der Anfangsphase ist die Interaktion sehr stark dadurch gekennzeichnet, daß der Therapeut zum einen intensiv und in supportiver Weise auf die Patientin eingeht. Es läßt sich eine wechselseitige Beeinflussung zwischen den Selbstanklagen der Patientin, ihrer Verlegenheit und ihrem Gefühl von Unzulänglichkeit und dem Verhalten des Therapeuten vermuten, der nachfragt und sich in einer Weise verhält, die ihr das Sprechen erleichtert. Die therapeutische Technik beinhaltet Klarifikationen, aber andererseits auch Konfrontationen, indem sich wiederholende Themen benannt und das aktuelle Verhalten gedeutet wird, was damit einhergeht, daß die Patientin in ihrer Ausdrucksweise klar und in ihrer Einstellung zur therapeutischen Arbeit bereit ist, Gedanken und Gefühle zu erforschen. Die

Beschreibung der Anfangsphase mit dem PQS legt nahe, daß es in dieser Behandlung gelang, ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu etablieren, was wesentlich zum Erfolg der Therapie beigetragen haben dürfte.

In der Endphase der Therapie ist die Patientin in der Lage, aggressive Gefühle auszudrücken, was als Ausdruck des Erfolges der Behandlung verstanden werden kann, die Schuldgefühle spielen eine deutlich geringere Rolle als am Anfang. Ebenso spricht die Tatsache, daß die Patientin im Verlauf der Behandlung eine (wenn auch gescheiterte) Liebesbeziehung eingehen konnte, für den Therapieerfolg. Das Thema der Trennung wird in der Durcharbeitung dieser Beziehung und der Thematisierung des Therapieendes ein wesentliches Thema in den letzten Stunden. Die Patientin berichtet in den letzten Stunden Träume und spricht von ihrer Fähigkeit, im Ergebnis der Analyse Träume deuten zu können, worin ihre Identifikation mit den Funktionen des Analytikers gesehen werden kann.

Während für die Anfangsphase jeweils 7 Items, die das Verhalten des Therapeuten und der Patientin beschreiben als typisch für diese Phase ermittelt wurden, ist die Abschlußphase ausschließlich von Items, die das Verhalten der Patientin und die Interaktion beschreiben, geprägt. Der Therapeut überläßt in der Abschlußphase die Kontrolle weitgehend der Patientin und hält sich zurück.

Die Beschreibung mittels des PQS verdeutlicht die Unterschiede zwischen beiden Therapiephasen und die enge Wechselwirkung zwischen Patientin und Therapeut, in der sich beide gegenseitig in ihrem Verhalten beeinflussen.

Eigene Erfahrungen bei der Anwendung der Methode

Die Übersetzung und Anwendung des PQS erwies sich für uns als eine interessante und lehrreiche Arbeit.

Die Bewertung der PQS-Items erfordert ein gründliches Nachdenken über die auszuwertende Therapiestunde, was für uns aus klinischer Sicht die Auswertung interessant machte. Schwierig erschien es mitunter, die vorgegebene Verteilung der Items auf die 9 Kategorien ("extrem charakteristisch" bis "extrem uncharakteristisch") vorzunehmen, was leichter wird, wenn nicht nur einzelne Items unabhängig voneinander bewertet werden, sondern die Verteilung aller Items als Grundlage dient. Uns war es dabei hilfreich, am Ende der Zuordnung der Items alle Item-Kärtchen in der vorgenommenen Verteilung aufzulegen und in der Gesamtschau zu prüfen, ob diese Verteilung die Stunde aus unserer Sicht wiedergibt.

Unserer Erfahrung nach bedarf es eines deutlichen Zeitaufwandes (ca. 40-50 Stunden), sich anhand von Übungstranskripten in die Methode einzuarbeiten, die Items weitgehend im Kopf zu haben und eine Übereinstimmung im Verständnis

der Items zu gewinnen. Die Zeit für die Auswertung eines Transkriptes selbst liegt zwischen 2-3 Stunden.

Obwohl Jones et al. (1988) betonen, daß "the items themselves are not committed to a special theoretical viewpoint, so that formulations derived from the Q items are compatible with any of several viewpoints about psychotherapy" (S.51), erscheinen einige Items deutlich von bestimmten theoretischen Konzepten geprägt (z.B. Q 36 "Der Therapeut weißt auf Abwehrmechanismen hin." oder Q 38 "Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patientin außerhalb der Sitzung in Angriff nehmen soll.").

Um Items wie Q 28 "Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozeß richtig wahr." oder Q 89 "Der Therapeut stärkt die Abwehr" zu bewerten, muß der Beurteiler eine klare klinische Theorie über den therapeutischen Prozeß haben, die je nach eigener Ausbildung sehr unterschiedlich sein kann.

Problematisch in der Bewertung waren Items, die eine quantitative und qualitative Beschreibung enthalten, z.B.:

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut einige oder wenige auffällige Kommentare macht, die eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten dem Therapeuten gegenüber und gegenüber anderen wichtigen Personen im Leben des Patienten herstellen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die therapeutische Arbeit während der Stunde wenig oder nicht auf die Zusammenhänge zwischen interpersonellen Aspekten der Therapie und Erfahrungen in anderen Beziehungen bezieht."

Es bedarf der Bewertung des Beurteilers, ob eine einzige Deutung des Therapeuten eine Bewertung als "extrem charakteristisch" erlaubt. An diesem Beispiel wird auch deutlich, daß die Kategorie "neutral" für einige Items bedeutet, daß das Item in dieser Stunde keine Bedeutung hat, andere Items (wie z.B. Q 100), müssen aber als Kontinuum verstanden werden - hier bedeutet "neutral", daß der Therapeut "ein paar oder nur unauffällige" Beziehungsdeutungen gibt.

Trotz mancher Schwierigkeiten erwies sich der PQS unserer Erfahrung nach und in unserer Untersuchung aber als ein hinreichend reliables und klinisch nützliches Instrument.

Der PQS liefert keine vollständige Information über den Inhalt des therapeutischen Diskurses, so daß es anhand der PQS-Bewertung nicht möglich ist, über konkurrierende Fallkonzeptionen einer Behandlung zu entscheiden. Die Beschreibung eines Falles anhand der PQS-Items muß die Fülle klinischen

Materials reduzieren und Abstraktionen schaffen, liefert aber einen Rahmen für Arbeitsmodelle über den Patienten und die therapeutische Interaktion. Hypothesen über den therapeutischen Prozeß und dessen Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg lassen sich mit dem PQS prüfen.

Jones selbst bewertet den PQS folgendermaßen: "As a descriptive language, the Q-technique provides a set of categories shared across observers, guiding observers' attention to aspects of the clinical material that might have otherwise gone unnoted, and allowing them to emerge from the background." (Jones, 1990, S.1012).

Literatur

- Ablon, S. & Jones, E. (1998). How Expert Clinicians' Prototypes of an Ideal Treatment Correlate with Outcome in Psychodynamic and Cognitive-behavior Therapy. *Psychotherapy Research*, 8, 1, 71-83.
- Ablon, S. & Jones, E. (1999). Psychotherapy Process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 1, 64-75.
- Auchonncloss, E. I. B. (1989). The Opening Phase of Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37, 199-214.
- Block, J. (1961). *The Q-sort Method in Personality Assessment and Research*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Block, J. & Block, J. H. (1980). *The California Child Q-Set*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Byrne, D. (1966). *An introduction to personality*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Cattell, R. & Luborsky, L. (1950). P-Technique Demonstrated as a New Clinical Method for Determinating Personality Structure. *Journal of General Psychology*, 42, 3-24.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression. Collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fürstenau, P. (1977). Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. In: L. J. Pongratz (Ed.). *Klinische Psychologie*. Vol. *Handbuch der Psychologie*, S. 847-888. Göttingen Toronto Zürich: Hogrefe.
- Haan, N. (1977). *Coping and defending: Process of self-environment organization*. New York: Academic Press.
- Jones, E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-set*. (Unpublished Manuscript). Berkeley: University of California.
- Jones, E. (1993). Introduction to special section: Single-case research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, 371-372.
- Jones, E. (1997). Modes of Therapeutic Change. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 6, 1135-1150.
- Jones, E. (in press). *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Jones, E., Cumming, J. & Pulos, S. (1993). Tracing Clinical Themes across Phases of Treatment by a Q-Set. In: N. E. Miller, L. Luborsky, J. Barber & J. P. Docherty (Eds.). *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice*. S. 14-36. New York: Basic Books.

- Jones, E., Cumming, J. D. & Horowitz, M. J. (1988). Another look at the nonspecific hypothesis of therapeutic effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 48-55.
- Jones, E., Ghannam, J., Nigg, J. T. & Dyer, J. F. P. (1993a). A Paradigm for Single-Case Research: The Time Series Study of a Long term Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 3, 381-394.
- Jones, E., Hall, S. & Parke, L. A. (1991). The process of change: The Berkeley Psychotherapy Research Group. In: L. Beutler & M. Crago (Eds.). *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. S. 98-107. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Jones, E. & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 2, 306-316.
- Jones, E. & Windholz, M. (1990). The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 38, 4, 985-1016.
- Kächele, H., Schinkel, A., Schmieder, B., Leutzinger-Bohleber, M. & Thomä, H. (1999). Amalie X - Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse* (Berlin), 4, 67-83.
- Kobak, R. R., Cole, H. E., Ferenz-Gillies, R. & Fleming, W. S. (1993). Attachment and Emotion Regulation during Mother-Teen Problem Solving: A Control Theory Analysis. *Child Development*, 64, 231-245.
- Mendelsohn, G. A. (1979). The Psychological Consequences of Cancer: a Study of Adaption to Somatic Illness. *Cahiers d'Anthropologie* (Paris), 4, 53-92.
- Pole, N. & Jones, E. (1998). The Talking Cure Revisted: Content Analyses of a two-Year Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8, 2, 171-189.
- Roston, D., Lee, K. & Vaillant, G. (1992). A Q-Sort approach to identifying defenses. In: G. Vaillant (Ed.). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. S. 217-233. Washington: American Psychiatric Press.
- Shields, A. & Cicchetti, D. (1997). Emotion Regulation Among School Age Children: The Development and Validation of a New Criterion Q-Sort Scale. *Developmental Psychology*, 33, 6, 906-916.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior*. Chicago: Universities of Chicago Press.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1997). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 2: Praxis. (2.Auflage). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.

Westen, D. & Shedler, J. (1994). Affect Regulation and Experience Q-Sort (AREQ). Unveröffentlichtes Manuskript.

Korrespondenzadresse

Dr.C.Albani

Universität Leipzig

Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

K.-Tauchnitz-Str. 25

04107 Leipzig

Tabelle 1

Rangreihe der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items in der Anfangsphase

(Mittelwerte über 5 Therapiestunden und 2 Beurteiler)

PQS-Items	M
Die 10 charakteristischsten Items	
Q 23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.9
Q 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	7.9
Q 29 Die Patientin spricht davon, daß sie Trennung von oder Distanz will.	7.8
Q 88 Die Patientin bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.8
Q 30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	7.6
Q 63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patientin sind ein Hauptthema.	7.6
Q 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was die Patientin sagte.	7.6
Q 54 Die Patientin ist in ihrer Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7.4
Q 3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, der Patientin das Erzählen zu erleichtern.	7.2
Q 18 Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.	7.2
Die 10 uncharakteristischsten Items	
Q 15 Die Patientin initiiert keine Themen, ist passiv.	1.4
Q 77 Der Therapeut ist taktlos.	1.7
Q 51 Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt die Patientin von oben herab.	2.2
Q 9 Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt.	2.5
Q 14 Die Patientin fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.8
Q 25 Die Patientin hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.	2.9
Q 24 Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	3.1
Q 38 Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die die Patientin außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.	3.1
Q 42 Die Patientin weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.	3.1

Q 85 Der Therapeut ermuntert die Patientin, neue Verhaltensweisen
im Umgang mit anderen auszuprobieren. 3.4

Tabelle 2

Rangreihe der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items in der Endphase

(Mittelwerte über 5 Therapiestunden und 2 Beurteiler)

PQS-Items	M
Die 10 charakteristischsten Items	
Q 87 Die Patientin kontrolliert.	8.8
Q 75 Das Therapieende wird thematisiert.	7.8
Q 88 Die Patientin bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.6
Q 6 Der Therapeut ist einfühlsam, auf die Patientin eingestellt, empathisch.	7.5
Q 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	7.4
Q 93 Der Therapeut ist neutral.	7.3
Q 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7.2
Q 90 Träume und Phantasien der Patientin werden besprochen.	7.2
Q 18 Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.	7.1
Q 13 Die Patientin ist lebhaft.	7.0
Die 10 uncharakteristischsten Items	
Q 32 Die Patientin gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	1.8
Q 77 Der Therapeut ist taktlos.	1.9
Q 51 Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt die Patientin von oben herab.	2.0
Q 15 Die Patientin initiiert keine Themen, ist passiv.	2.1
Q 36 Der Therapeut weißt auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.	2.4
Q 82 Der Therapeut benennt das Verhalten der Patientin in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden läßt.	2.4
Q 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.	2.5
Q 52 Die Patientin verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme der Patientin löst.	2.5
Q 14 Die Patientin fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.6
Q 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was die Patientin sagte.	2.9

Tabelle 3

Vergleich der Anfangs- und Endphase

(Mittelwert über jeweils 5 Therapiestunden und 2 Rater, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

	Stunden 1- 5 M	Stunden 513-517 M
typische Items für die Anfangsphase		
Q 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was die Patientin sagte.	7.6	2.9***
Q 82 Der Therapeut benennt das Verhalten der Patientin in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden läßt.	5.9	2.4**
Q 62 Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	7.1	3.8**
Q 32 Die Patientin gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	4.5	1.8***
Q 71 Die Patientin klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.	6.7	4.3**
Q 97 Die Patientin ist introspektiv, sie ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	6.6	4.4**
Q 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.	4.5	2.5**
Q 61 Die Patientin fühlt sich schüchtern und verlegen	6.0	4.1**
Q 52 Die Patientin verläßt sich darauf, daß der Therapeut ihre Probleme löst.	4.2	2.5**
Q 31 Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.	7.1	5.5**
Q 30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	7.6	6.1*
Q 59 Die Patientin fühlt sich unzulänglich und unterlegen.	6.3	5.0*
Q 3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, der Patientin das Erzählen zu erleichtern.	7.2	6.3*
Q 54 Die Patientin ist in ihrer Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7.4	6.7**
Q 22 Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle der Patientin.	4.2	3.6*

*p .05, **p .01, ***p .001

Fortsetzung Tabelle 3

Vergleich der Anfangs- und Endphase

(Mittelwert über jeweils 5 Therapiestunden und 2 Rater, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

	Stunden 1- 5 M	Stunden 513-517 M
typische Items für die Endphase		
Q 87 Die Patientin kontrolliert.	4.3	8.8**
Q 90 Träume und Phantasien der Patientin werden besprochen.	3.5	7.2***
Q 19 Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.	4.2	5.2**
Q 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	4.3	7.2**
Q 75 Das Therapieende wird thematisiert.	5.0	7.8*
Q 84 Die Patientin drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	4.4	6.4*
Q 39 Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	3.6	5.0**
Q 58 Die Patientin weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit ihren Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	3.4	5.9**
Q 20 Die Patientin provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	3.8	5.6**
Q 74 Es geht humorvoll zu.	5,8	6.7*

*p .05, **p .01, ***p .001