

International Psychoanalytic University Berlin  
Studiengang M.A. Psychologie  
Erstkorrekteur: Prof. Dr. Horst Kächele  
Zweitkorrekteurin: Dr. Carolina Seybert

# Masterarbeit

Traumsitzungen im Verlauf - Eine Untersuchung des Einzelfalles Amalie X mit  
Hilfe des „Psychotherapie-Prozess Q-Set“ von E. E. Jones

Anna Buder  
anna.buder@ipu-berlin.de  
Matrikelnummer: 1660

Abgabe: 28.08.2014

## Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	Seite 5
1. Einführendes .....	Seite 6
Teil I – Theorie	
2. Der Traum und die Rolle seiner Schilderung in der Psychoanalyse.....	Seite 8
2.1 Von der Funktionalität des Träumens.....	Seite 8
2.2 Kurzer Abriss über die Geschichte der Traumdeutung.....	Seite 9
2.2.1 Die Anfänge der Traumberichte – Träume bis zum Ende der Antike .....	Seite 9
2.2.2 Träume und ihre Bedeutung bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts .....	Seite 14
2.3 Der Traum als Fensterlücke in das Innere des seelischen Apparates – Die psychoanalytische Konzeption des Traumes .....	Seite 16
2.3.1 Die Perspektive Freuds .....	Seite 16
2.3.2 Psychoanalytische Perspektiven nach Freud ..	Seite 20
2.4 Neurowissenschaftliche Befunde.....	Seite 21
3. Das Berichten von Träumen – Der Traum als kommunikatives Element .....	Seite 23
4. Falldarstellungen und die Psychotherapieforschung .....	Seite 25
5. Das Psychotherapie Q-Set von E.E. Jones.....	Seite 29
5.1 Die Q-Sort Methode.....	Seite 29
5.2 PQS .....	Seite 30
5.2.1 Allgemeines und Hintergrund.....	Seite 30
5.2.2 Items und Kategorien.....	Seite 32
5.2.3 Anforderungen an den Beurteilenden .....	Seite 34
6. Die Psychoanalyse von Amalie X.....	Seite 36
6.1 Fallbeschreibung / Biographie .....	Seite 36
6.2 Psychoanalyse von Amalie X .....	Seite 39
6.2.1 Allgemeines .....	Seite 39
6.2.2 Psychometrische Evaluation .....	Seite 41

6.3 Amalie X als Specimen-Case.....	Seite 42
6.4 Amalies Träume.....	Seite 43
Teil II – Empirie	
7. Darstellung des methodischen Vorgehens.....	Seite 44
8. Darstellung der Ergebnisse.....	Seite 47
8.1 Beschreibung der verschiedenen Sitzungsarten....	Seite 47
8.1.1 Beschreibung der Sitzungen im Allgemeinen mit Hilfe von PQS.....	Seite 47
8.1.2 Beschreibung der Sitzungen mit Traumschilderungen über beide Zeitpunkte ....	Seite 49
8.1.3 Beschreibung der Sitzungen ohne Traumschilderung über beide Zeitpunkte .....	Seite 51
8.1.4 Beschreibung der Traumsitzungen im Verlauf.....	Seite 54
8.1.4.1 Zu Beginn der Psychoanalyse.....	Seite 54
8.1.4.2 Zum Ende der Psychoanalyse.....	Seite 56
8.1.5 Beschreibung der Sitzungen ohne Traumschilderung im Verlauf.....	Seite 58
8.1.5.1 Zu Beginn der Psychoanalyse.....	Seite 58
8.1.5.2 Zum Ende der Psychoanalyse.....	Seite 60
8.2 Vergleich zwischen Traumsitzungen und Kontrollsitzungen.....	Seite 62
8.3 Vergleich der Traumsitzungen zu Beginn und zum Ende der Psychoanalyse.....	Seite 66
9. Diskussion.....	Seite 69
Abkürzungsverzeichnis.....	Seite 74
Tabellenverzeichnis.....	Seite 75
Literaturverzeichnis.....	Seite 77
Appendix.....	Seite 81
Appendix A1: Revidiertes Manual PQS.....	Seite 81
Appendix A2: t-Test für Traum- sowie Kontrollsitzungen.....	Seite 118
Appendix A3: Datenschutzerklärung.....	Seite 119

Appendix A4: Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung .....	Seite 120
Appendix A5: Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung .....	Seite 121
Appendix A6: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse .....	Seite 122
Appendix A7: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse .....	Seite 123
Appendix A8: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse .....	Seite 124
Danksagung.....	Seite 125
Selbstständigkeitserklärung .....	Seite 126

## Abstract

The aim of this thesis is, to examine the effect of the patient's report of dreams onto a psychoanalytic therapy session, furthermore the investigation, if and if so how psychoanalytic treatment sessions in which patients talk about a dream, change over the duration of the psychoanalytic treatment. For this purpose in this study there have been 14 transcribed sessions analysed, all of them were taken from the German specimen case Amalia X. The instrument used in this context was the Psychotherapie Q-Set, developed by E. E. Jones. Of these 20 sessions, 10 sessions include a report of a dream, another 10 sessions are without the direct narrative of a dream, even though they can include references to dreams or the mention of a dream that can't be remembered or was discussed in a prior session. The sessions including a report of a dream are taken both from the beginning and from the end of the therapy to gain the opportunity to examine any change over time. The same accounts for the control sessions, five were from the beginning, five from the end. These sessions will be compared to each other, dream sessions and control as well as the dream sessions itself, they will be contrasted regarding the point from where they were taken. To put this examination in context, there is a theoretical part as well, in which significant parameters of this thesis are presented and discussed.

Ziel dieser Arbeit ist die Untersuchung der Auswirkung von Traumschilderungen auf die psychoanalytische Sitzung als solche, sowie auch die Untersuchung, ob und inwiefern sich psychoanalytische Sitzungen mit Traumschilderungen über den Zeitraum der Psychoanalyse entwickeln und verändern. Zu diesem Zweck wurden 20 transkribierte Sitzungen des psychoanalytischen Specimen case Amalie X mithilfe des Psychotherapie Q-Set von E. E. Jones (2000) untersucht und anschließend statistisch ausgewertet, sowie mit bereits vorhandener Forschungsliteratur verglichen. Innerhalb der Arbeit findet sich eine Zweiteilung, zunächst wird auf theoretische Inhalte eingegangen, die für die Arbeit von Bedeutung scheinen. Hierbei wird sowohl auf Träume und ihre Schilderung hinsichtlich des Verlaufs der geschichtlichen Entwicklung sowie auch im Kontext des psychoanalytischen Paradigmas eingegangen. Des Weiteren wird der psychoanalytische Fall der Amalie X dargelegt, sowie auch bedeutsame Kerninformationen zum verwendeten Instrument dargebracht. Im zweiten Teil werden dann die eigentliche Untersuchung sowie die aus ihr bezogenen Daten dargelegt.

## 1. Einleitendes

Die Psychoanalyse wissenschaftlich zu untersuchen, ihre Wirkfaktoren sowie das Prozessgeschehen herauszukristallisieren ist mittlerweile zur Notwendigkeit geworden, so sie denn weiterhin im Kanon der Kassenleistungen verbleiben soll und sich einen bedeutsamen Rang innerhalb der akademischen Psychologie erhalten will. Ohne einen solchen Verbleib fällt auch potentieller Nachwuchs weg, welche jedoch ein Aufrechterhalten sowie eine Weiterentwicklung der psychoanalytischen Theorien und ihrer Anwendung benötigt.

Zu einer solchen wissenschaftlichen Legitimierung gehört auch die Darstellung von Einzelfällen, die als typische Psychoanalysen gewertet werden können, sowie die Verbindung der Darstellung solcher Einzelfälle mit spezifischen Methoden, die auch im quantitativen Bereich der Forschung anerkannt sind. In einen solchen Kontext lässt sich auch die vorliegende Arbeit einordnen. Ziel ist es, spezifisch ausgewählte Sitzungen des Einzelfalls *Amalie X* mittels des Instruments *Psychotherapie Prozess Q-Set (PQS)* von Enrico Ernest Jones (2000) zu untersuchen. Bei den ausgewählten Sitzungen handelt es sich zum einen um Sitzungen, in denen Träume geschildert werden, sowohl von Beginn der Psychoanalyse, als auch zum Ende. Zum anderen werden ebenfalls Sitzungen untersucht, in denen keine Traumschilderung vorhanden ist, die sich sonst jedoch, zumindest vom zeitlichen Aspekt her gesehen, nicht in bedeutsamen Kernmerkmalen von den Sitzungen mit Traumschilderung unterscheiden.

Zunächst soll jedoch im theoretischen Teil dieser Arbeit, auf einzelne Aspekte eingegangen werden, die für die Untersuchung als relevant erscheinen. In diesem Sinn wird eingehend ein Überblick über die historische Entwicklung der Traumschilderung sowie Traumdeutung mit Beginn der Antike gegeben. Daran anknüpfend wird die Entwicklung von Traumtheorien innerhalb der Psychoanalyse dargelegt, hierbei erfolgt der Fokus auf die Konzeption Freuds, es werden jedoch auch die Überlegungen Jungs, sowie anderer Psychoanalytiker dargelegt, um anschließend zu neurowissenschaftlichen Befunden überzuleiten. Dem folgend wird näher auf Traumschilderungen als solche eingegangen.

Die Rolle von Fallvignetten, die oben bereits angesprochen wurde, wird im nächsten Abschnitt (Punkt 4) näher beleuchtet werden. In diesem Kontext wird auch die Rolle der Psychotherapieprozessforschung dargelegt, da sich diese Arbeit als Teil eben dieser Forschungsrichtung versteht und sich daher in diese eingliedern soll. Als Teil dieser beziehen

sich die hier vorgelegten Untersuchungen auf einen spezifischen Einzelfall, die Psychoanalyse der Amalie X. Daher wird auch dieser Patientin ein bedeutsamer Teil der Arbeit gewidmet, in welchem sowohl auf Biographie der Patientin eingegangen wird, als auch die psychometrische Evaluation der Psychoanalyse erörtert wird. Zudem wird, da diese Arbeit sich auf die Träume der Patientin bezieht, einiges zu eben diesen vermittelt. Das Kapitel abschließen wird eine kurze Erörterung, warum und inwiefern der Fall der Amalie X sich in die Forderung von Luborsky und Spence (1971) einordnet und so als Einzelfall der Psychoanalyse gesehen werden kann, welcher eine eingehendere Forschung erlaubt.

Ein weiterer Punkt innerhalb der theoretischen Überlegungen ist der in dieser Arbeit verwendeten Methode gewidmet. Diese soll dargelegt werden, es wird auf den Hintergrund in der Entwicklung sowie auch sonstige allgemeine Aspekte eingegangen werden. Zudem werden die einzelnen Kategorien sowie Typen der Items dargelegt. Auf die explizite Darstellung der einzelnen Items wird im Kontext der Arbeit aus Gründen der Begrenztheit verzichtet, sie werden jedoch im Anhang komplett dargebracht. Eingegangen werden soll zudem auch auf die Anforderungen, die an Beurteilende gestellt werden und welche Teil der Schulung sind, die Rater durchlaufen.

Der zweite Teil dieser Arbeit beinhaltet die eigentliche Untersuchung. Dabei wird zunächst das methodische Vorgehen innerhalb der Untersuchung dargelegt. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse vorgestellt, die sich aus der statistischen Analyse ergeben haben. Zum Abschluss werden die Befunde diskutiert, es wird zudem ein Ausblick gegeben, welche weitere Forschung sich im Kontext dieser Untersuchung anschließen könnte.

Während Arbeiten, in welchen Traumsitzungen inhaltsanalytisch untersucht werden, in unterschiedlicher Form existieren, (z.B. Mathys, 2001; Leuzinger-Bohleber, 1989 oder Döll-Hentschker, 2008) ist hingegen wenig Literatur ist zu finden, die sich auf die Auswirkungen von Traumschilderungen innerhalb der psychoanalytischen Sitzung konzentriert, also untersucht, wie sich die Schilderung von Träumen auf die psychoanalytische Sitzung als solche auswirkt. Hierfür sind zwei Gründe denkbar. Zum einen wäre dies, dass die Schilderung eines Traumes keinen Einfluss auf die Sitzung besitzt. Hiergegen spricht jedoch der in Literaturangaben gefundene Hinweis, die Traumarbeit sei grundlegend analytisch, sie erlaube einen Zugang zum Unbewußten. In diesem Sinne, so die hier vertretene Vermutung, sollte eine Traumschilderung durchaus Einfluss auf die Sitzung nehmen, zeigt sie doch eine Öffnung des Patienten an, sie lässt sich, wie noch zu beschreiben ist, als eine *Fensterlücke ins Unbewusste* sehen.

Ein anderer Grund könnte darin liegen, dass die inhaltsanalytische Untersuchung stärkere Auskunft über die hintergründigen Problematiken des oder der jeweiligen Patientin erlauben, was möglicherweise bislang ein stärkeres Forschungsinteresse hervorgerufen hat. Dafür gibt eine solche Untersuchung hingegen keinerlei Auskunft über Prozesse, die sich in der Psychoanalyse abspielen, in welchen Phasen diese verläuft und wie Sitzungen sich voneinander unterscheiden, also wodurch sich eine Psychoanalyse eigentlich auszeichnet. Diese Arbeit stellt einen Versuch dar, diese Lücke zu schließen und sich den Prozessvariablen zuzuwenden, die im Zusammenhang mit Traumberichten stehen.

## Teil I - Theorie

### 2. Der Traum in der Psychoanalyse

#### 2.1 Von der Funktionalität des Träumens

Dem Zustand des Schlafens im Allgemeinen kommt in der menschlichen Entwicklung eine besondere und geradezu unumgängliche Bedeutung zu. Weeß und Landwehr (2009) verweisen darauf, dass sich der Schlaf als ein körperlicher Erholungszustand verstehen lässt. Hierbei sind es nicht nur die einzelnen Organe, die eine solche Erholung benötigen, sondern auch das Nervensystem sowie die Muskulatur. Alle diese körperlichen Bereiche befinden sich innerhalb des Schlafes in einem Zustand, welcher extremer körperlicher Entspannung gleichkommt. Jedoch lassen sich innerhalb des Schlafes diverse Phasen unterscheiden, in welchen auch verschiedenartige Prozesse vor sich gehen. Eine solche Phase ist die des Träumens, welches ebenfalls von enormer Bedeutung für den menschlichen Organismus, bzw. den seelischen Apparates ist. Auf Bedeutungszuschreibungen innerhalb der Psychoanalyse wird im Verlauf noch hingewiesen werden. Der Traum wird häufig als einer der Motoren gesehen, die den Menschen in ihrer Vielfalt zu höheren Denkleistungen angetrieben haben. So betont Breton (1969), es sei wahrscheinlich die Reichhaltigkeit des menschlichen Traumes, die den Menschen dazu befähigte, sich von den Gegebenheiten eines restrikten tierischen Lebens loszulösen. Van de Castle (1994) verweist darauf, dass Träume sich als erzählendes Denken, als „storied thinking“ (S. 47) verstehen lassen.

Oftmals wird der Traum charakterisiert als halluzinatorische Aktivität, die sich nicht als solche erkennen lässt. So verweist bereits Platon innerhalb eines Dialoges zwischen Sokrates und Theaitetos darauf, dass sich eine solche Unterscheidung zwischen Wirklichkeit im Sinne einer Realität die als nicht geträumt anzusehen ist, und der Realität, die als solche jedoch nur im Traum vorherrscht, nicht eindeutig machen ließe. Theaitetos war es hierbei nicht möglich zu beweisen, dass der aktuelle Zustand, in welchem er sich befand, kein Traum ist (Platon, 2004). Deutlich wird im Traumkontext jedoch, dass das Ich Prozesse innerhalb des Traumes nur bedingt steuern kann. Regulationsprozesse, wie sie im Tageserleben vorhanden sind, so beispielsweise begriffliches Denken, kausal-logische Erinnerungen sowie diverse andere kognitive Fähigkeiten, sind in Traumvorgängen stark eingeschränkt.

Obschon einige Menschen meinen, nicht zu träumen, ist der Traum im Menschenreich sowie bei diversen höheren Säugetieren, so einigen Affenarten, ein omnipräsentes Phänomen, welches uns Menschen im Hinblick seiner Bedeutung schon lange beschäftigt.

## 2.2 Kurzer Abriss über die Geschichte der Traumdeutung

### *2.2.1 Die Anfänge der Traumberichte – Träume bis zum Ende der Antike*

Bereits seit Tausenden von Jahren spielt der Traum nicht nur in unserer Gesellschaft eine bedeutsame und zugleich rätselhafte Rolle, weltweit beschäftigte und beschäftigt er Menschen, die in ihm verborgene Bedeutung suchen.

In den verschiedenen Epochen seit der mesopotamischen Zeit wurden dem Traum diverse Bedeutungen zugeschrieben, oft galt er in altertümlicher Zeit als Wegweiser für die Zukunft oder auch als Zeichen, die von Gott gesandt wurden. Das Wort, welches für den Umgang mit Träumen verwendet wurde, enthielt zweierlei Bedeutung, zum einen implizierte es eine Form des Verstehens bzw. des Verständnisses. Zum anderen wies dieses Wort jedoch auch auf eine Form der Aufhebung, bzw. Loslösung hin. In diesem Sinne wird eine Verbindung deutlich, die ein Verstehen von Inhalten zugleich auch mit der Möglichkeit des Loslassens, des Losgelöstseins von Inhalten, die ohne eine solche Auseinandersetzung weitere mentale Aktivität erfordert hätten. Diese Verbindung lässt eine Vorahnung auf das theoretische Konzept der Psychoanalyse zu – ein Durcharbeiten, ein Verstehen von Symptomen, Verhalten oder auch Träumen ermöglicht eine Emanzipation von diesen zuvor quasi determinierenden Elementen.

Die ersten Hinweise auf Träume finden sich in den urbanen Bereichen Mesopotamiens und lassen sich auf ca. 3100 vor Christus zurückdatieren. Hierbei handelt es sich um Piktogramme, die Hinweise auf Trauminhalte geben. Schriftliche Aufzeichnungen finden sich erstmalig um 2700 v. Chr., hier in Form von Schriften auf Lehmkeilen. Die Völker des antiken Mesopotamiens sind die erste Zivilisation, von denen bekannt ist, dass sie eine Schriftart entwickelten. Hoffmann (2004) zufolge ist der älteste und erste Traumbericht zurückzuführen auf *Dumuzi von Uruk*. Dieser sowie seine Interpretation durch die Schwester Dumuzis, *Geshin-anna*, ist eingebettet in den antiken Epos *Inannas Gang in die Unterwelt*. Die erste historische Figur, die unserem Wissen zufolge mit der Schilderung eines Traumes assoziiert ist, der Sumerische König Gudea (vgl. van de Castle, 1994). Dieser war Herrscher über die Stadt Lagash im zweiten Jahrtausend vor Christus, um ca. 2200 v. Chr. Seine Traumschilderung fand sich auf zwei Lehmzylindern, auf welchen ein Traum sowie seine Interpretation, vorgenommen von einer der Gottheiten noch im Traum, dargestellt werden. Die Quellenlage aus dieser Zeit ist eher spärlich, neben diesem Fund existieren noch weitere Hinweise auf eine andere Bibliothek in der Stadt Nineveh, der damaligen Hauptstadt Mesopotamiens, in welcher Traumliteratur gesammelt wurde. Diese wurde durch den Akkadischen Herrscher Assurbanipal aus dem siebten Jahrhundert v. Chr. errichtet und beinhaltete ebenfalls Traumsammlungen sowie Interpretationen von Träumen. Träume galten zur mesopotamischen Zeit als Mitteilungen der Götter, diese galten dementsprechend auch als die Sendenden der Träume. So errichtete beispielsweise Gudea zu Ehren des betreffenden Gottes aus seinem Traum einen Tempel, in welchem ihm geweiht wurde. Des Weiteren existiert ein Text der Hethiter aus dem Jahr 1200 vor Christus, in welchem Träume beschrieben werden. Diese sind zum einen vom König Hattushili und seiner Frau übermittelt, zudem finden sich hierin Traumschilderung von Nabonidus aus dem sechsten Jahrhundert v. Chr. In diesen Berichten sind zusätzlich, so Mortgart (1959), meist noch Schilderungen zu Ort, Umstand sowie Ende des Traumes, Informationen zu den Träumenden selbst, aber auch zu den Reaktionen des Träumenden sowie den Folgen der Träume beinhaltet.

Diese antiken Träume, so Mortgart weiter, lassen sich unterteilen in Nachrichtenträume, mantische Träume sowie symbolische Träume. Während Nachrichtenträume gesehen wurden als Intervention bzw. Mitteilung der Götter, bezogen sich mantische Träume auf Ereignisse, die noch nicht stattgefunden haben. Ihnen wurde prophetischer Charakter zugesprochen, sie galten als Vorhersage zukünftige Ereignisse.

Symbolische Träume hingegen waren Träume, in denen sich untypische Interaktionen fanden, die in Beziehung mit Göttern oder Sternen, sowie aber auch irdischen Objekten

(Menschen, Tiere oder unbelebte Objekte) standen. In ihnen wurde, so die Annahme, die persönliche Dynamik des Träumenden offenbar, sie galten jedoch als gefährlich, da ihr Erscheinen als Anzeichen von Krankheit oder sogar dem Bösem generell verstanden wurde. Durch das Berichten solcher Träume sollte ihr gefährliches Potential sogar noch verstärkt werden.

Auch im alten Testament finden sich diverse Schilderungen von Träumen, so beispielsweise der Traum Noahs, in welchem ihm Gott die kommende Flut prophezeit, jedoch zugleich auch einen Ausweg in Form der Arche aufzeigt, oder auch Josefs Träume in Ägypten, deren Interpretation auf die sieben fetten und die sieben mageren Jahre hinweist. Ähnlich wie in Mesopotamien gelten Träume im biblischen Kontext dementsprechend als Botschaft von Gott. Ein Unterschied lässt sich jedoch hinsichtlich der Annahme finden, die im Judentum vorherrschte, dass die Seele verfüge über mehrere Teile, von denen sich ein Teil innerhalb des Schlafes vom Körper entfernen kann und sich unabhängig von diesem bewegt. Auf diese Weise ist es der Seele möglich, weite Reisen zu begeben, von welchen die Traum Inhalte Abbilder sind. Diese Abbilder sind es, die sich zumindest teilweise zum Traum formen. Neben der göttlichen Instanz existieren jedoch auch böse, gar teuflische Gestalten, Geister und Dämonen, die Einfluss auf die Traumwelt nehmen können. So wird in antiken hebräischen Aufzeichnungen beispielsweise von dem Dämon *Lilith* berichtet. Dieser erscheint Männern in Form einer Frau sowie Frauen in Männergestalt und führt bei dem Träumenden zu sexuellen bzw. generell erotischen Träumen.

Zudem finden sich jedoch auch Hinweise auf äußere Reize, die ursächlich für Träume sein können. So kann beispielsweise die äußere Temperatur, Kälte oder Hitze über einem bestimmten Schwellenwert, Einfluss auf das Traumgeschehen nehmen. Auch Körperempfindungen, wie Völlegefühl können Traum Inhalte beeinflussen. Auch Tagesreste, also die Erlebnisse des oder der vorangegangenen Tage, sind ein weiterer Aspekt, welcher bereits im Judentum in die Genese von Träumen miteinbezogen wird.

Im ägyptischen Raum in der Antike wurde die Traumgenese wesentlich weniger häufig auf Dämonen zurückgeführt. Träume galten hier jedoch ebenfalls als Nachrichten von Göttern. Es wird vermutet (vgl. van de Castle, 1994), dass die Ägypter davon ausgingen, dass die Träume durch eine temporäre Reise des *Ba* entstünden, der Seele des Menschen, welche sich während des Schlafes, ähnlich wie im antiken Judentum angenommen, unabhängig vom schlafenden Körper bewegt. Zum Teil wurde Träumen auch Orakelfunktionen zugeschrieben, was sie zu sehr willkommenen Erlebnissen machte, die zum Teil sogar versucht wurden absichtsvoll herbeizuführen. Um die Deutung dieser Träume kümmerten sich spezielle

Traumdeuter, häufig lebten diese in speziellen Tempeln, die dem ägyptischen Gott der Träume, *Serapis*, gewidmet waren. Noch heute sind zwei Sammlungen von Träumen erhalten, von denen eine aus der 12. Dynastie, also um 2050-1790 v. Chr. stammt. In diesen werden insgesamt 234 Träume inklusive Interpretationen dargelegt.

Parallel zu der sich entwickelnden Traumkultur in Europa bzw. Eurasien entwickelten sich in China ebenfalls interessante Theorien bezüglich der Genese von Träumen. Auch hier wurde ein Teil der Seele des Träumenden als eine der Ursachen für Träume angesehen. Unterteilt wurde die Seele in einen materiellen, *p'o* genannt, sowie einen spirituellen Part, *hun*. Einer der Eigenarten *huns* sei es, so die Annahme, sich für kurze Zeit vom Körper zu trennen und so eine Reise in das Reich der Toten zu vollführen, dort mit Geistern und anderen Seelen in Kontakt zu treten, was bei dem Träumenden die Traumeindrücke zur Folge habe. Van de Castle (1994) verweist auf sieben verschiedene Traumarten, die im chinesischen Kulturraum unterschieden wurden. Zum Teil finden sich solche Überzeugungen und Vorstellungen bezüglich Funktion und Genese des Traumes im Volksglauben noch heute.

Im antiken Griechenland, wie auch dem antiken Rom, wurde dem Traum ebenfalls eine enorme Bedeutung beigemessen, er galt als Hinweis für zukünftige Entscheidungen, ihm wurde wahrheitskundende Kraft zugesprochen. So finden sich in der Geschichtsschreibung sowie auch der griechischen Mythologie wiederholt Hinweise auf die Auswirkung eines Traumes auf die Entscheidungen des Träumenden, beispielhaft hierfür gilt die Entscheidung des bedeutenden Satirikers *Lukian von Samosatas*, sich von der Bildhauerei abzuwenden und sich gänzlich der Rhetorik zuzuwenden, welche dieser in Folge und basierend auf einem Traum getroffen hatte.

Der Ursprung der Träume wurde zumeist den Göttern, hier im Speziellen Zeus, zugesprochen (vgl. Plutarch, 1997). So galt der Traum ebenfalls als „ältestes Orakel der Menschheit (ebd.). Im Ruhezustand des Körpers sei es der Seele nun möglich, durch andere Seelen, die sich in der Luft befänden, Kontakt mit den Göttern aufzunehmen, um so Einblick in zukünftiges Geschehen zu erlangen. Dies geschehe, so die Annahme, durch Botschaften der Götter, entweder durch ihr Erscheinen selbst, oder aber durch von ihnen gegebene Zeichen. Allerdings galt jenes nicht für alle Träume, so wurde die Existenz bedeutungsloser oder gar trügerischer Träume angenommen (vgl. Homer, Odyssee XIX 559 ff.). Grundsätzlich ist der Träumende hierbei nicht selbst aktiv, er hat den Traum nicht. Viel mehr nimmt er eine passive Rolle ein, der Traum geschieht ihm, „seine Seele ist den von außen wirkenden Mächten ausgeliefert“ (Hermes, 1996, S. 14).

Die Deutung der Träume kam auch bei den Griechen besonderen Gelehrten zu, den Traumdeutern, welche zum Teil interpretatorisch sowie auch wahrsagerisch tätig waren. Hierbei entwickelte sich eine Trendbewegung, welche wohl den Weissagungen des Orakels in Delphi vergleichbar sein mag.

Jedoch gab es jenseits dieser theologischen Zuschreibung des Ursprungs, der expliziten Sendung durch die Götter, auch noch Vertreter, die ihm eine andere Herkunft zusprachen. So versteht *Platon* den Traum als Mittel zur Selbsterkenntnis (vgl. Mertens, 1999).

*Aristoteles*, von dem 2 Abhandlungen über das Träumen aus dem vierten Jahrhundert vor Christus erhalten sind (*De insomniis* und *De divinatione per somnum*) wird in seiner Zuschreibung des Ursprungs von Träumen noch deutlicher. Ihm zufolge kann das Träumen nicht als etwas von den Göttern Kommandes gesehen werden, sondern als Phänomen menschlichen Ursprungs. Er „glaubt nicht an gottgesandte Träume, stuft sie aber immerhin als ‚dämonisch‘ ein und attestiert ihnen damit übermenschliche Qualität. Aber er sucht die Ursache für die Träume nicht in äußeren Einflüssen, sondern im Menschen selbst.“ (Hermes, 1996, S. 15). Die Traumtätigkeit erklärt sich für ihn auf der Grundlage eines Mechanismus, dem Freud über 2000 Jahre später ebenfalls immense Bedeutung zuschreiben sollte, der Verdrängung. Inhalte, welchen sich der Träumende bei Tag nicht ausgesetzt hat, sondern diese verdrängt hat, kehren in der Nacht, in der der Abgeschlossenheit von äußeren Reizen, zurück. Aufgrund dieser Abgeschlossenheit gegenüber äußeren Reizen kann nun intensiv in sich selbst hineingeschaut, bzw. hineingehorcht werden. Auf dieser Grundlage kann es zu einem tieferen Verständnis kommen, das sich dem normalen menschlichen Spektrum entzieht, was Aristoteles mit seinem Begriff des *dämonischen* umschreibt. „Der Traum ist zwar in mir selbst angelegt (...), aber es ist ein anderes, ein spirituell erweitertes Ich, das mir das Traumerlebnis ermöglicht. Ich erfahre mich da anders, als wenn alle meine Sinne und meine Vernunft ‚normal‘ funktionieren“ (Hermes, 1996, S. 16). Die Tätigkeit der Sinne, nicht die Eingabe durch göttliche Entitäten sei es, welche die Inhalte des Traumes formt.

Diese recht wissenschaftliche Perspektive entwickelte er auf Basis seiner Beobachtung, dass Träume nicht ausschließlich bei Weisen oder Gelehrten vorkommen, sondern dass alle Menschen in ihrem Leben Träume erleben.

Eine Weiterentwicklung von Aristoteles Traumtheorie lässt sich in *Artemidor von Daldis'* Deutungssystem aus dem zweiten Jahrhundert nach Christus sehen. Dieser hatte begonnen, Träume systematisch zu sammeln und diese auszuwerten. Die Grundthese der von ihm verfassten fünf Bücher *Oneirokritikon*, der Traumdeutung, Träume seien eine Weiterführung

der Aktivitäten vom Tage, bildet die Grundlage vieler europäischen Traumtheorien (siehe Hermes, 1996). Bei ihm finden sich zudem bereits Hinweise auf Vorgänge der Verdichtung, Verschiebung und Symbolisierung. Diese lassen bereits ebenfalls stark an Freud denken, welcher sich innerhalb seiner Konzeption einer Traumtheorie, seiner *Traumdeutung*, auch auf diese wissenschaftliche Herangehensweise im Umgang mit Träumen bezieht.

### 2.2.2 Träume und ihre Bedeutung bis Beginn des 20. Jahrhunderts

Im Verlauf des Mittelalters wurden Schlaf und Traum, so wie auch der Großteil anderer Lebensbereiche in Westeuropa, massiv von der Kirche beeinflusst. Der Schlaf galt als Sünde, Träumen und damit auch Traumdeutung als Teufelswerk. Inhalte von Träumen galten als potentiell dämonischen Ursprungs und verhiessen daher grundsätzlich Unheil. Aus diesem Grund bezeichnet van de Castle (1994) das Mittelalter auch als *Dark Age* hinsichtlich der Traumschilderung und Traumdeutung. So war es Gläubigen auf Grundlage des dämonischen Ursprungs der Träume untersagt, ihre Träume hinsichtlich ihrer Bedeutung zu untersuchen.

Dennoch entwickelten sich, vor allem mit Beginn der Renaissance, ab dem 17. Jahrhundert, vermehrt Theorien und Konzepte bezüglich des Traumgeschehens. Vor allem Ärzte, jedoch auch Philosophen, wie beispielsweise Descartes und Hobbes befassten sich mit Träumen, oftmals wurden diese vornehmlich unter somatischen Aspekten untersucht. So vertrat Hobbes beispielsweise die mechanistische These, Träume entstünden auf Grundlage von Unruhe der inneren Teile des menschlichen Körpers. Je nach betroffenem Körperteil entstünden so verschiedene Formen von Träumen. Deutlich wird hierbei, dass sich in der Erklärung der Genese von Träumen nicht länger auf göttliche Ursprünge bezogen wurde, viel eher wurde versucht, ihr Erscheinen mit aufkommenden wissenschaftlichen Methoden zu untersuchen.

Das 19. Jahrhundert war zum einen von solch wissenschaftlicher und rationaler Untersuchung geprägt, zugleich beeinflusste jedoch auch die Romantik Auffassung des Traumes. Romantischen Schriften, die bezüglich Traumbedeutung verfasst wurden, stehen, so van de Castle (1994) häufig im starken Kontrast zu psychoanalytischen Theorien von Träumen. Dennoch lassen sich in dieser Epoche bereits Grundlegungen finden, auf welchen spätere Theorien des Traumes aufbauen konnten. So stellte Alexander Grant in seinem Werk *The Literature and Curiosities of Dreams*, publiziert 1865 unter dem Pseudonym Frank Seafiel, sehr fortschrittliche und wissenschaftliche Thesen bezüglich der Traumbedeutung

auf. Seiner Ansicht zufolge komme Träumen eine klare Bedeutung zu, ihr Inhalt erlaube einerseits Rückschlüsse auf die Persönlichkeit und die Struktur des Träumenden, zugleich aber auch auf die Gedanken und Gefühle des vorangegangenen Tages. Der Träumende könne, bei ausreichender Beschäftigung mit seinen Trauminhalten, Einblicke auf Persönlichkeitsanteile erhalten, deren Modifikation eine Verbesserung der Persönlichkeit im Hinblick auf ein psychisches Gleichgewicht nach sich ziehen würde. Einbezogen in die Traumgenese wurden jedoch auch aktuelle Reize, denen der Träumende ausgesetzt ist, physikalische Stimuli oder interne körperliche Prozesse wurde Einfluss auf den Traum zugesprochen. Die Traumgestaltung wurde zudem als adaptiv und potentiell problemlösend anerkannt, Träume könnten zudem, so Grants Ansicht, Kompensation bieten gegenüber unbefriedigten Bedürfnissen aus dem Wachleben des Träumers. Auf Basis der Glaubwürdigkeit der Imaginationsfähigkeit schloss Grant auf die Bedeutung der Untersuchung von Fragen bezüglich der Verbindung zwischen Körper und Geist. In diesen Beobachtungen liegen bedeutsame Überlegungen für spätere Konzepte hinsichtlich des Traumes, die innerhalb der Psychoanalyse entwickelt wurden.

Eine weitere, für die zu Beginn des 20. Jahrhundert aufkommende Psychoanalyse sowie ihre Beschäftigung mit Träumen bedeutsame und wegweisende Wahrnehmung bezüglich Träumen und ihrer Bedeutung, lässt sich auf den deutschen Schriftsteller Christian Friedrich Hebbel zurückführen. Dieser bezog in die von ihm vorgeschlagene Technik der Traumuntersuchung als erster die mit dem Traum in Verbindung stehenden Assoziationen des Träumenden mit ein.

If a man would collect his dreams and examine them, and would add to the dreams which he is now having all the thoughts he has in association with them, all the remembrances, all the pictures he can grasp from them, and if he would combine these with the dreams he has had in the past, he would be able to understand himself much better by this than by means of any other kind of psychology.

zit. nach van de Castle, 1994, S. 112

Desweiteren entwickelten sich diverse andere Theorien, so beschäftigte sich beispielsweise Karl Scherner in seinem Werk *Das Leben des Traumes* von 1861 mit sexuellen Symbolen innerhalb von Träumen.

Auf Grundlage all dieser Entwicklungen konnte sich nun mit Beginn des 20. Jahrhunderts die Psychoanalyse sowie auch die zu ihr gehörigen Traumtheorien entwickeln, von denen anschließend ausgewählte Ansichten dargelegt werden sollen.

## 2.3 Der Traum als Fensterlücke in das Innere des seelischen Apparates – Die Psychoanalytische Konzeption des Traums

### *2.3.1 Träume aus Freuds Perspektive*

Mit der Untersuchung von Träumen hatte Freud begonnen, da er innerhalb des Prozesses der Entwicklung seiner Neurosenlehre ins Stocken gekommen war. Im Kontext der Anwendung der Redekur auf Patienten war ihm aufgefallen, dass diese in ihren Ausführungen häufig auch von Träumen berichteten. Darauf basierend entwickelte Freud die Vermutung, zwischen Traum und neurotischen Symptomen könne eine Verbindung bestehen. Seine Überlegung beinhaltete zudem den Aspekt, dass beide, also sowohl Traumgeschehen als auch neurotische Symptome, frühen sexuellen Konflikten entsprangen, die Annahme lag nahe, dass beide sich so parallel entwickeln könnten. Um seine Annahmen untersuchen zu können leitete er auf Basis der methodischen Selbstbeobachtung die Existenz psychischer Inhalte ab, deren Bewusstwerdung durch Verdrängungsmechanismen aktiv behindert und zensiert werde. Diese psychischen Inhalte, so seine Theorie, seien durch die Abwehr so geschützt, dass das betreffende Individuum im wachen, bewussten Zustand nicht ohne weiteres auf diese zurückgreifen könne. Zugleich übten diese Inhalte jedoch stetig Einfluss auf quasi alle bedeutsamen mentalen Inhalte, sowie auch Verhalten und Handlungen, sowie auch Traumprozesse.

Im Kontext der Entstehung des Traumes weist Freud darauf hin, dass unbewusste Inhalte primärprozesshafter Art innerhalb eines kreativen Prozesses zu Träumen gestaltet und in diesem symbolisiert werden können. Auf diese Weise können Inhalte aus dem Unbewussten, zumindest vorbewusst werden und so schlussendlich den Zugang zum Bewusstsein erlangen. Es wird eine subjektive Wirklichkeit geschaffen, innerhalb derer der manifeste Trauminhalt greifbar wird, durch Deutung Rückschluss getroffen werden können

auf den latenten Inhalt und damit über für den Träumenden bedeutsame Inhalte. Der „Mist“, den wir häufig zu träumen meinen (vgl. z.B. Ulmer Textbank, 1989, Sitzung 27, S. 345), kann von daher nicht als solcher bezeichnet werden, auch wenn viele Träume uns vor Rätsel stellen, wir nichts mit ihnen anzufangen wissen oder uns nicht erklären können, wieso wir gerade dies oder jenes träumten. Der Traum wird zur Möglichkeit des Ausdrückens von Inhalten, die sich auf anderen, dem Bewusstsein zugänglichen Wegen oftmals nicht offenbaren können. Auf diese Weise bietet sich dem Subjekt eine Möglichkeit, mit Spannungen umzugehen, die das wache Bewusstsein massiv überfordern würden. So können unbewusste latente Inhalte, die für das Ich inakzeptabel wären und eine Bedrohung darstellen würden, in akzeptable manifeste Inhalte transformiert werden. Im Schlaf könne, so Freud, die kognitive Hemmung der Bewusstwerdung verdrängter Inhalte, die im Tagesgeschehen allgegenwärtig passiert, nicht aufrechterhalten werden, bzw. müsse dies dort nicht länger. Die Verdrängung, die tagsüber so omnipräsent stattfindet, ist im Zustand des Traumes herabgesetzt, da die motorische Abfuhr im Schlafzustand reduziert ist (vgl. Eckes-Lapp, 1980). Um den Schlaf jedoch nicht aufgrund von aktivierenden Triebquellen zu unterbrechen, werden diese in das halluzinatorische Erleben des Traumes eingebaut. In diesem Sinne kann der Traum als Hüter des Schlafes gesehen werden, „in gewissem Sinn sind alle Träume Bequemlichkeitsträume; sie dienen der Absicht, den Schlaf fortzusetzen, anstatt zu erwachen. Der Traum ist ein Wächter des Schlafes, nicht sein Störer“ (Freud, 1900, S. 239). In diesem wird ein unbewusster, latenter Inhalt, welcher sich zusammensetzt aus zum einen Inhalten aus dem aktuellen Leben, den Tagesresten, sowie infantilen Wünschen, mit Hilfe bestimmter Mechanismen in einen manifesten Traum überführt. Die hierzu verwendeten Mittel sind die Verdichtung, Verschiebung, die Mittel der Darstellbarkeit sowie die sekundäre Bearbeitung. Mittels jener wird die Zensur umgangen, die das Wachbewusstsein sonst aufrecht erhält. Der dabei entstehende Einblick in un- oder vorbewusste Inhalte im Bereich libidinöser Triebe darf jedoch nicht zu offensichtlich sein, da der Traum andernfalls nicht seine den Schlaf behütende Funktion erfüllen kann. Aus diesem Grund muss sich der manifeste Trauminhalt grundsätzlich als Chiffrierung des hintergründigen, latenten Traum Inhaltes sehen lassen, was eine Interpretation des ersteren erforderlich macht.

Neben der Funktion des Schlaf-Hütens lässt sich dementsprechend eine weitere Funktion in der temporären sowie phantasierten Erfüllung von unbewussten, vorbewussten oder bewussten Wünschen sehen lassen. Diese Wünsche ergeben sich aus Triebquellen (s. Freud, 1900) und sind zumeist sexueller Natur. Zwar formuliert Freud, dass theoretisch auch Träume möglich sind, deren Inhalt sich nicht auf sexuelle Wünsche bezieht, jedoch verweist

van de Castle (1994) darauf, dass unklar ist, wie solche Träume Freud zufolge aussehen sollten. Im Sinne des Unlustprinzips streben die Wünsche nach Sofortbefriedigung, was in dem halluzinatorischen Erleben vollzogen wird. Dem unbewussten Wunsch kommt hierbei eine besondere Stellung zu, er ist „der Motor der Traumbildung“ (vgl. Freud, 1916-17), durch ihn wird die Energie zugeführt, die sich dann, ventilartig im Zuge des Traumgeschehens (im Sinne des latenten Traum Inhaltes), entlädt und so vorbewusst wird. Auf diese Weise wird das Gleichgewicht aufrechterhalten, das für die Beibehaltung des Schlafes notwendig ist. Jedoch kann der Traum nicht ausschließlich als Wunscherfüllung im Sinne der Triebentladung gesehen werden, in seine Bildung spielen zudem Steuerungs- sowie Abwehrvorgänge, diese bilden hierbei wiederum Zensurorgane. „Der ganze vom schlafenden Ich zugelassene Prozeß der Traumbildung steht aber unter der Bedingung der Zensur, die vom Rest der aufrechterhaltenen Verdrängung ausgeübt wird“ (Freud, 1933, S. 19). All diese Vorgänge lassen Rückschlüsse zu auf das innere, das verborgene Wesen des Träumenden, jenes welches bereits von Aristoteles, im Mittelalter von der Kirche, mit dem Begriff des *dämonischen* veranschaulicht wurde. Um jedoch Zugang zu diesem Inneren des Träumenden zu erlangen, zu den latenten Traum inhalten, bedarf es einer Deutung, diese bezeichnet Freud als Königsweg zur Kenntnis des Unbewußten. Der Träumende muss sich im wachen Zustand mit den Traum inhalten gedanklich beschäftigen (mehr zur Traummitteilung siehe Kapitel 3).

Im Zusammenhang mit der Funktion der Wunscherfüllung lässt sich auch noch eine andere Funktion des Traumes identifizieren, der Aspekt der Konflikt- oder Problemlösung. Diese Funktion unterscheidet sich von einer prophetischen Perspektive insofern, als dass der Traum lediglich als Weiterführung der Gedanken und Emotionen vom Tag gesehen werden kann. Hierbei kann späteres Handeln vorbereitet oder geübt werden, indem es halluzinatorisch bereits erlebt und durchlebt werden kann, „der Traum versucht nun, die Lösung durch einen metaphorischen Vergleich ‚als ob‘ zu ebnet. Der Träumende trainiere für seine Rolle im Traum und hole sich Stärkung aus der Traumphantasie“ (Eckes-Lapp, 1980, S. 28). Dabei sind es jedoch die mit der Traumlösung einhergehenden Affekte, die Hinweise zur tatsächlichen Lösung geben, „da sie emotionale Stellungnahmen zu den Problemen sind“ (ebd.). Freud verweist jedoch darauf, dass eine solche Problemlösefunktion nicht eigentlich die Funktion des Traumes ist, sondern vielmehr des wachen Bewusstseins, welches sich mit den geträumten Inhalten, bzw. viel eher mit den im Traum verarbeiteten Tagesresten, die sich mit dem unbewussten Wunsch vereinen, auseinandersetzt. „Die Funktion des Traums ist die Bindung der intrapsychischen Erregungen während des Schlafzustandes, die bedingt sind durch fortwirkende Tagesreize, somatische Reize und Triebreize, in einem halluzinatorischen,

mit dem Schlafzustand zu vereinbarenden Erleben. Schlafhüterfunktion und Wunscherfüllung fallen hier zusammen und umfassen den dynamischen, genetischen und ökonomischen Aspekt.“ (Eckes-Lapp, 1980, S.38)

Auf diese Weise kann wie oben bereits angedeutet, durch Rückführung des manifesten Inhaltes auf den ihm zugrundeliegenden latenten Inhalt, Unbewusstes bewusstseinsfähig werden. Rational kann auf diese Inhalte oftmals nicht zugegriffen werden. Deserno verdeutlicht, dass „Affekte, Körpersprache und Träume (..) sämtlich in den meisten Beziehungen jenen fast unerreichbaren Tiefen näher [sind], die wir in unserer analytischen Arbeit so beharrlich ergründen. Wir versuchen, unsere Erkenntnisse dem bewußten, vernünftigen Ich des Patienten in der Hoffnung darzubieten, ihm damit zu einem besseren Verständnis seiner Lebensweise und zu einer Veränderung zu verhelfen“ (Deserno, 1999, S. 143). In dieser Funktion kann der Traum als Fenster zu Seele gesehen werden, es ist möglich, „daß man durch die Traumdeutung wie durch eine Fensterlücke in das Innere desselben (des seelischen Apparates) einen Blick werfen kann“ (Freud, 1900, S. 224), sie ist die *Via regia* in Hinsicht auf Erkenntnisse von unbewussten Inhalten. Genau dieses Unbewusste ist es dabei, was Freud als „das eigentlich reale Psychische“ (Freud, 1900, S. 617) bezeichnet.

Deutlich wird, wie oben bereits angesprochen, der Bezug zu diversen Theorien, welche vor Freuds Zeit von Philosophen, Dichtern, Naturwissenschaftlern und anderen Denkern entwickelt wurden, auf welche er sich in seinem theoretischen Konzept bezog. Zum Teil bezieht er sich auf diese Vorgänger auch explizit in seinem eigentlich bereits 1899 erschienenen, jedoch auf das Jahr 1900 datierten Werk *Die Traumdeutung*. Aus der Veränderung der Jahreszahl sollte der Eindruck entstehen, das Werk sei Teil des gerade anbrechenden neuen Jahrhunderts. Die Traumdeutung ist mittlerweile wohl einer der populärsten Teile der psychoanalytischen Theorie, obschon innerhalb der Forschung die klinische und systematische Nutzung von Traumserien aus der psychoanalytischen Behandlung nicht regelhaft stattfindet. Dennoch gibt es einige Forschungsgruppen und Untersuchungen (s. hierzu Punkt 2.4). Dabei ist es von Bedeutung, zu unterscheiden zwischen dem Trauminhalt und der dazugehörigen Schilderung (siehe Punkt 3.1), sowie auch innerhalb der Forschung zwischen inhaltsanalytischen sowie prozessorientierter Forschung (s. hierzu u.a. Punkt 4).

### *2.3.2 Psychoanalytische Entwicklungen nach Freud*

Die Beschäftigung mit Träumen nimmt auch in der psychoanalytischen Entwicklung nach Freud eine bedeutsame Rolle ein, so entwickelten diverse andere Psychoanalytiker Traumtheorien, im Kontext dieser Arbeit soll dabei nur ein Auszug dargestellt werden, der keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

So beschäftigte auch Carl Gustav Jung sich mit Träumen, er begann seine Auseinandersetzung mit dem Phänomen des Traumes bereits im Alter von 17 Jahren, indem er eigene Träume untersuchte. Alle Träume, so konstatiert er, ließen sich auf Erlebtes und noch zu Erlebendes zurückführen, wobei jeder Traum für sich genommen untersucht werden sollte. In einigen Träumen manifestierte sich dabei der Einfluss des kollektiven Unbewussten, das von Jung konzeptionell entwickelt wurde und basaler Bestandteil seines theoretischen Hintergrundes ist. Dieser wird auch in der von ihm begründeten analytischen Psychologie vertreten. Innerhalb des kollektiven Unbewussten, das Teil des Unbewussten ist, existieren Archetypen, Urbilder aus vergangenen Generationen, die unser Erleben und Handeln stetig mitbeeinflussen, indem sie elementaren Einfluss auf kognitive und affektive Inhalte ausüben.

Weiterhin manifestieren sich im Traum Inhalte des Selbst, die im Wachleben vernachlässigt werden, dies geschieht mit Hilfe von Symbolen, die sich in den Traumbildern manifestieren. Ein Symbol, welches mehr umfasst, als es auf den ersten Blick auszusagen scheint, kann jedoch nicht vom Träumenden unabhängig gesehen werden, so muss die Deutung eines Traumes auch immer im Kontext des Träumenden erfolgen, „es gibt keine allgemeingültige Deutung für einen Traum“ (Jung, von Franz, Henderson, Jacobi & Jaffé, 1968, S. 53). Es kann also so nicht einfach ein Symbol auf einen beliebigen Traum die einfach auf einen bestimmten Trauminhalt angewendet werden kann, wie dies von antiken Vertretern einer Symboltheorie getan wurde. So müssen die einzelnen Bilder jeweils „im Kontext des Traumes, nicht als sich selbst erklärende Chiffren gesehen werden“ (ebd.). Eine Bedeutung kann sich somit zwar erst auf Grundlage der aktuellen Situation des Träumenden ergeben, sowie auch aus dem Kontext des Traumes erschließen, jedoch kann der Inhalt nicht als ursprünglich verdrängter Inhalt angesehen werden, wie dies bei Freud der Fall ist. Viel eher kommt der Träumende, so Jung, in Kontakt mit Inhalten, die im Wachleben nicht ausreichend Raum erhalten und sich daher im Schlaf, innerhalb des Traumes, Raum verschaffen. Aus diesem Grund ist der Traum in der Lage, Anteile des Träumenden zu

vereinen und ihm somit zu einer reiferen Persönlichkeit zu verhelfen. In diesem Kontext wird ihm auch selbstheilende Funktion zugeschrieben.

Ein großer Unterschied gegenüber Freud liegt in der Notwendigkeit der Deutung eines Traumes. Während bei Freud Träume durch die Verdrängung zensiert werden, geht Jung eben nicht von einer solchen Verdrängung aus, weshalb auch die Notwendigkeit einer Deutung wegfällt. Seiner Ansicht zufolge manifestiert sich die innere Wirklichkeit direkt in den Traumgehalten, weshalb der Weg über die freie Assoziation im Kontext der Traumarbeit für ihn überflüssig erscheint.

Im Anschluss an Freud und Jung entwickelten zahlreiche andere Psychoanalytiker Traumtheorien. Die dabei getroffene Auswahl ist dabei nicht repräsentativ sondern fokussiert auf Entwicklungen, die für die in dieser Arbeit dargelegten Inhalt bedeutsamer erschienen. Für eine ausführlichere Darstellung siehe zum Beispiel Mertens (1999) oder auch van de Castle (1994).

Alfred Adler bezog sich innerhalb seines Traumverständnisses stärker auf die aktuelle Lebenssituation des Träumenden, er ging davon aus, in Träumen seien Anpassungsprobleme sowie Anpassungsziele des Träumenden enthalten. Samuel Lowy formulierte in seinem 1942 erschienenen Buch *Psychological and Biological Foundation of Dream* die Ansicht, Träume ließen sich als für das Wohlbefinden des Träumenden essentieller fortlaufender Prozess betrachten. Er fokussierte dabei vor allem auf die Problemlösekompetenzen, die im Traum erprobt werden könnten und somit vorbereitende Funktion für tatsächliche Lösungen im Wachleben enthielten (Van de Castle, 1994).

Während Kanzer (1955) sich in seinen Überlegungen vor allem auf die kommunikative Aspekte von Träumen bezieht (hier lässt sich eine Verbindung zu Ferenczi sehen) und Deserno (1992) den funktionalen Zusammenhang zwischen Traum und Übertragung beschreibt, existiert in der modernen Traumforschung die Tendenz, Schlaf und Traum auch mit neurowissenschaftlichen Methoden zu untersuchen. An einer Verbindung von sowohl psychoanalytischen Theorien als auch neurobiologischen Vorgängen arbeitet vor allem Mark Solms derzeit intensiv (siehe z.B. Solms, 2000).

## 2.4 Neurowissenschaftliche Befunde

Gerade mit Beginn der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts wurden zunehmend Untersuchungen von Schlaf- und Traumzuständen durchgeführt, welche physiologische

Merkmale in den Vordergrund stellten. Grundlegend hierfür war die Untersuchung von Aserinsky und Kleitman von 1953. In dieser fanden sich Veränderungen des Körpers innerhalb des Schlafzustandes, die sich vor allem auf die Augenbewegungen bezogen. So finden sich in einigen Schlafphasen, den Phasen des *rapid eye movement*, auch REM-Schlaf genannt, sehr schnelle Augenbewegungen. Eine solche Phase tritt sehr regelmäßig auf, wiederholt sich circa alle 90 Minuten und wird von sogenannten *non rapid eye movement* (nREM) Phasen unterbrochen. Oben wurde bereits auf die besondere Bedeutung des Schlafes, sowie auch des Träumens als Erholung des Körpers, hingewiesen. In Untersuchungen, die sich an Aserinskys und Kleitmans Befunde anschlossen, wurde eine Verbindung zwischen REM-Schlafphasen und dem Erleben von Träumen angenommen. Zwar fanden sich bei Probanden, welche während des Schlafes geweckt wurden und bezogen auf ihre Träume befragt wurden, auch in Non-REM-Phasen Träume, jedoch werden diese als eher gedanklich, verbal, rational begrifflich, realitätsorientiert und mit wenig Emotionen verbunden charakterisiert (vgl. Mertens, 1999). Auf Basis von neurophysiologischen Befunden vertraten diverse, vor allem US-amerikanische Forscher in den 1970er Jahren den Standpunkt, Freuds These, der Traum sei Ausdruck unbewusster Wünsche, wie oben dargelegt gar ihr Motor, sei mit dem Hinweis auf „neuronalen Mechanismen des Hirnstamms, die den REM- und auch den Non-REM-Zustand auslösen“ (Mertens, 1999, S. 91) widerlegt. Dieses Verständnis entstand auf Basis von Hypothesen wie der von beispielsweise Hobson und McCarley (1977), welcher zufolge Träume lediglich zufällige und somit sinnlose Ereignisse seien, die sich auf Basis der autonomen elektrischen Aktivität ergeben, die vom Organismus im Schlaf eingenommen wird. Eine Bedeutung sei Träumen lediglich nachträglich zugeschrieben worden. Im Verlauf der folgenden Jahre entwickelte sich jedoch ebenfalls Kritik an diesen Hypothesen, die physiologische Vorgänge sowie psychologische Zustände eng miteinander korrelierten. Auch Hobson selbst revidierte seine Theorie im Verlauf der folgenden Dekaden diverse Male. Zudem häufen sich in den letzten 20 Jahren zunehmend Befunde, die ein Freud'sches Verständnis der Bedeutung des Träumens untermauern (so beispielsweise Edelmann, 1987 und 1992).

Große Bedeutung innerhalb der Traumforschung, vor allem im Bezug auf die Verbindung neurobiologischer Befunde mit psychoanalytischen Theorien, kommt auch Mark Solms zu. Dieser vertritt die Hypothese, der REM-Schlaf sei keineswegs notwendig für das Auftreten von Träumen (für eine umfassendere Darstellung der neurophysiologischen Befunde siehe z.B. Mertens, 1999).

### 3. Das Berichten von Träumen – der Traum als kommunikatives Element

Traumschilderungen stellen aus vielerlei Gründen ein bedeutsames Material innerhalb des psychoanalytischen Kontexts dar. Mithilfe ihrer Schilderung können Rückschlüsse getroffen werden auf unbewusste, bzw. vorbewusste Inhalte. Dies wird möglich, indem vom Ich zum Schutz verwendete Abwehrmechanismen umgangen werden können, wodurch eine Arbeit mit bedeutsamem, aber sonst schwer zugänglichem Material ermöglicht wird. Damit kommen Träume und ihre Schilderungen in ihrer Funktion der freien Assoziation in der Analyse gleich. Zusätzlich ist diese auch, wie ebenfalls oben bereits angesprochen, am Deutungsprozess von Träumen beteiligt. Zugänglich wird der Traum dabei auf der Grundlage seiner Schilderung des Traumes, die jedoch nicht mit diesem identisch sein kann. Nächtlich träumen Menschen ungefähr drei Stunden, Leuschner (1999) verdeutlicht diese immense Dauer mit der Rechnung, dass innerhalb von 70 Lebensjahren demnach sechs Jahre von ausschließlicher Traumdauer zusammenkommen würden, das entspricht ungefähr 150.000 Träumen. Bereits auf dieser Grundlage wird deutlich, dass Träume, die geschildert werden, einer Zensur durch den Berichtenden unterliegen (vgl. z.B. Ermann 2005), da grundlegend eine Auswahl bezüglich des Schilderns von Träumen getroffen wird. Oftmals geschieht eine solche Zensur jedoch unabsichtlich, de facto kann nicht jeder der 150.000 Träume erinnert werden, viele werden schlussendlich einfach vergessen. Auch Deserno (2007) verweist darauf, dass ein solches Vergessen eher der Normalfall als die Ausnahme ist. Kommt es doch zu einem Erinnern, lässt sich hierin viel eher eine Panne sehen, „die im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung allerdings sehr willkommen ist.“ (Mathys, 2011, S. 21). Deserno (2007) verweist darauf, dass ein solches Erinnern eine zweite Möglichkeit ist, eine Problematik, welche sich in Form des Tagesrests niederschlägt, zu bearbeiten. Träume, in welchen erledigte oder unbedeutende Tagesreste bearbeitet werden, können anschließend aufgrund ihrer Belanglosigkeit für den Träumenden vergessen werden. Werden Inhalte erinnert, so ist der erinnerte Inhalt zumeist in einer Form bedeutsam. Wird dieser zusätzlich noch berichtet, so geschieht dies dazu, „damit die begonnene Bearbeitung unter anderen Bedingungen fortgesetzt werden kann – in der Therapie mit Hilfe des Psychoanalytikers“ (Deserno, 2007, S. 914). Diese Traumschilderungen werden spezifisch zur Schilderung ausgewählt (vgl. Deserno, 1999).

Eben jener kommunikative Aspekt lässt sich als Fokus von Traumforschung finden, so untersucht Mathys (2001), wie Analytiker und Analysandin über die jeweils berichteten Träume sprechen. Dies wird ebenfalls am Musterfall Amalie X vollzogen, er fokussiert dabei die Kommunikationsaspekte innerhalb der Traumschilderung. Diese Untersuchung findet inhaltsanalytisch statt, er verwendet hier die Methode JAKOB. Während das Träumen an sich als Versuch der Selbstregulation gesehen werden kann, bezieht sich die Schilderung schon eher auf den Beziehungsaspekt, den die Schilderung beinhaltet. So verweist auch Mathys (2011) darauf, dass es wichtig sei zu beachten, was es bedeutet, „dass dieser Traum jetzt und in dieser Situation erzählt wird?“ (S. 35). Auf eben diesen Aspekt bezieht sich Kanzer (1955), in Anlehnung an Ferenczi (1913), im Kontext der kommunikativen Funktion der Traummitteilung. Nicht jedem Gegenüber kann oder möchte man bestimmte Traum Inhalte berichten, tut man dies doch, bringt man dem Anderen viel Vertrauen entgegen, da Träume eben eine *Fensterlücke in die Seele* darstellen können. In diesem Sinne kann die Traumschilderung, so Ermann (2005) als eine Beziehungsregulation gesehen werden. Auch Mathys (2011) verdeutlicht, dass es sich bei der Erzählung von Träumen nicht um eine glatte Angelegenheit handelt. Viel eher bedeute eine solche Situation zumeist eine kommunikative Zumutung. So sind Träume schwer zu erzählen, ihre inhaltlichen sowie formalen Eigenarten muten oftmals so krude und bizarr an, gerade weil hier Inhalte aufkommen, die im Wachleben verdrängt und so nicht verarbeitet werden können. Der Grund des Berichtens unterscheidet sich zudem bedeutsam von Ursachen anderer Mitteilungen, es geht hierbei um den Versuch des Verständnisses bestimmter Traum Inhalte, bzw. dem Versuch eines Verständnisses der Ursache des Traumes und seines rätselhaften Inhalts, nicht um lediglich affirmative Belange, wie dies oftmals in normalen Schilderungen der Fall ist. Um diesen unklaren Inhalt, welcher seine Rätselhaftigkeit vor allem aus der Gegenüberstellung zum Wachleben bezieht, sowie seinen Zusammenhang zu dem Wachleben des Träumenden sortieren und verstehen zu können, wird versucht, diesen mit einem Gegenüber zu besprechen. Bezüglich der Rätselhaftigkeit der Träume betont Mathys (2011), „befremdlich sind Traumdeutungen also deshalb, weil sie Umstände und Vorgänge unseres Wachlebens in einen Kontext stellen, in den sie aufgrund ihrer Bedeutsamkeit nicht hineinpassen“ (S. 32). Der Zugang kann jedoch im Kontext der Psychoanalyse erschlossen werden, indem der Zusammenhang, welcher ja fraglos zwischen beiden doch so wenig zusammengehörend zu scheinenden Bereichen existiert, mittels der Betrachtung der Lebensganzheit herauskristallisiert wird. Eine Deutung kann sich demnach nur aus dem Verständnis bedeutsamer Lebensbereiche ergeben, die „jeweils erinnerte Traumsituation erfordert somit eine Neuinterpretation unserer

Lebensganzheit heraus“ (ebd.). Eine solche wird im Zuge der Psychoanalyse mittels der freien Assoziation durchgeführt. Hierbei ließe sich vermuten, dass eine intensivere und geübtere Beschäftigung mit diesem Zusammenbringen von Inhalten aus der Traumwelt und dem täglichen Erleben, inklusive der libidinösen Triebwünsche sich über den Verlauf der Analyse ergeben. In dieser Arbeit wird wie oben berichtet versucht, eine solche Veränderung prozessbasiert zu untersuchen.

#### 4. Die Bedeutung der Untersuchung von Einzelfällen in der Psychoanalyse

Eine solche Untersuchung erfordert jedoch die Arbeit an Material, welches den Bezug auf Traumgeschehen sowie Prozessvariablen ermöglicht. Aus dem analytischen Kontext, in welchem grundlegend lediglich Analytiker und Analysand anwesend sind, ergibt sich jedoch die Schwierigkeit, wie solche Daten zu verankern sind. Eine Möglichkeit bietet der anschließende Bericht durch den Psychoanalytiker. Hierbei formuliert dieser im Anschluss an die Sitzung eine sogenannte Fallvignette. Ein solcher Bericht von, sowie die Arbeit an diesen hat in der Psychoanalyse eine lange Tradition. So verankerte auch Freud seine Theorie an Einzelfällen, entwickelte beispielsweise, wie oben bereits dargelegt, anhand von Selbstberichten die *Traumdeutung*. Auch Berichte über Patienten nehmen bei ihm eine große Stellung ein, Beispiele hierfür finden sich in Freuds Arbeiten zahlreich, so beispielsweise die Fallbeschreibungen von Dora, dem Wolfsmann oder auch dem kleinen Hans. Diese Fallgeschichten weisen dabei jedoch eher Novellencharakter auf, sie beinhalten grundlegend Freuds persönliche Einschätzung, also seine Perspektive gegenüber den einzelnen Patienten. Dabei werden jedoch Forderungen nach Vergleichbarkeit und Transparenz, wie später in den 1960er Jahren formuliert, nicht erfüllt. Ab den 1960er Jahren gewann die Maxime, den Therapieprozess intersubjektiv zugänglich zu machen und diesen somit theoretisch weiter verankern zu können, bedeutsam an Zuspruch. Einer solchen Vorstellung kommen Freuds Schilderungen jedoch nicht konsequent nach, dennoch bieten sie die Möglichkeit, sich über Behandlungsform und Störungsbilder ein eingehendes Bild zu machen. Kächele und Thomä (1997), verweisen zudem darauf, dass Freud sich selbst durchaus darüber im Klaren war, dass seine novellenhaft geschriebenen Krankenschilderungen wissenschaftlichen Standards nicht genügten. Er selbst betont so in den *Studien zur Hysterie*, diese seien novellenhaft zu lesen und entbehrten „des ernststen Gepräges der Wissenschaftlichkeit“ (Freud, 1895d, S. 227).

Freud verwies zudem auf die Notwendigkeit der Schilderung weiterer Einzelfälle, um zu tatsächlich generalisierbaren Befunden zu gelangen.

Dementsprechend kann eine ausschließliche Fallschilderung im Sinne eines Narrativs wie Freud es darlegt, nicht erschöpfend für wissenschaftliche Forschung sein. Hier wird bereits durch den Schildernden eine Auswahl getroffen, die durch den Leser nicht nachgeprüft und nachverfolgt werden kann. Die bereits durchgeführte Zensur durch den berichtenden Analytiker ist unumstößlich, schildert dieser seine Eindrücke in Form einer Fallvignette. So verdeutlichen Luborsky und Spence (1971), dass es Daten bedarf, „die während aktueller psychoanalytischer Sitzungen gesammelt werden. Idealerweise sollten zwei Bedingungen erfüllt sein: „a) der Fall sollte eindeutig als psychoanalytischer Fall definiert sein, was immer für prozessuale Kriterien angewendet werden und b) die Daten sollten audio-aufgezeichnet sein, um den Zugang und die Sichtbarkeit zu maximieren“ (1971, S. 426). Dieser Forderung entsprechend wurden in den vergangenen Jahrzehnten, auch auf Grundlage der sich entwickelnden technologischen Mittel, einige psychoanalytische Fälle per Tonband aufgezeichnet. Beim ersten dieser auf diese Weise aufgezeichneten Fälle handelt es sich, so Kächele, Bohleber, Buchheim und Thomä (2006) um den US-Amerikanische Fall der Mrs. C. Hierbei wird in der Literatur auf Hartvig Dahl verwiesen. Ein Äquivalent aus der deutschen Psychoanalyse, der fast vollständig auf Tonband aufgezeichnet ist, ist die Psychoanalyse der Amalie X. Eine solche Audioaufzeichnung, welche auch von Luborsky und Spence verlangt wird, um intersubjektiv nachprüfbar Daten zu erhalten, ermöglicht eine weitergehende Untersuchung, indem einzelne Sitzungen transkribiert und dann mit Untersuchungsinstrumenten (beispielsweise inhaltsanalytische Verfahren wie die Erzählanalyse JAKOB bei Mathys (2001) oder auch wie in dieser Arbeit geschehen mit Prozessverfahren wie dem PQS weiter exploriert werden können.

Durch die Tonbandaufzeichnung entsteht eine Perspektive, welche unabhängig von dem jeweils behandelnden Psychoanalytiker oder Psychotherapeut steht, da sich hier die Möglichkeit eines Mithörens eröffnet. Aus diesem Sachverhalt ergeben sich sowohl Vor- als auch Nachteile. Gerade eine solche Möglichkeit zum Mithören kann zu Einschränkungen im Kontext der psychoanalytischen Behandlung und der damit einhergehenden dyadischen Beziehung zwischen Analytiker/in und Patient/in führen. Gegner der Tonbandaufnahme verweisen hierbei darauf, eine Audioaufzeichnung komme der Anwesenheit einer dritten Person gleich. Auf diese Weise würde, so die Befürchtung, die Offenheit und Fähigkeit zur freien Assoziation des Patienten gestört. Hierbei wird zumeist auf Freud (1916/17) verwiesen,

der sich bezüglich der Anwesenheit einer dritten Person dahingegen äußerte, sie würde den Analyseprozess massiv behindern.

Das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht, verträgt keinen Zuhörer [...] Die Mitteilungen macht er [der Patient] nur unter der Bedingung einer besonderen Gefühlsbindung an den Arzt, er würde verstummen, sobald er nur einen einzigen ihm indifferenten Zeugen bemerkte [...] Sie können also eine psychoanalytische Behandlung nicht mit anhören. Sie können nur von ihr hören und werden die Psychoanalyse im strengsten Sinne des Wortes nur vom Hörensagen kennen lernen.

Freud, 1916/17, S. 10.

In Arbeiten zur Auswirkung der Anwesenheit eines Tonbandgerätes (z.B. Kächele, Thomä, Ruberg & Grünzig, 1988) wird jedoch darauf hingewiesen, dass die Anmerkung Freuds nicht einfach auf den Einsatz von Tonbandgeräten übertragen werden kann. Dieses unterscheidet sich allein schon deshalb von einer dritten Person, da dem Patienten die Möglichkeit gegeben wird, die Aufnahme jederzeit zu pausieren, sie gänzlich auszuschalten, wegzulassen oder seine Zustimmung zu Forschungszwecken zu entziehen. Auf Personen, die sich zeitgleich im gleichen Raum befinden, sind mögliche Übertragungsprozesse zudem in größerem Ausmaß möglich. Zwar bieten sich auch bei Tonbandaufzeichnungen Möglichkeiten bezüglich Phantasien an, wer die Aufnahmen hören wird, jedoch ist eine Gewöhnung an das Aufnahmegerät hierbei wahrscheinlicher, zudem ist der Abstand zwischen der Aufnahmesituation und einer etwaigen Rezeption erhöht. Dieser Abstand kann so auch zur Abstraktion und somit zur Einstellung der mentalen Beschäftigung mit dem Phänomen Aufnahmegerät erheblich beitragen. Thomä und Kächele fassen die Situation insofern zusammen, als dass insgesamt „bei dem gegenwärtigen Erkenntnisstand über den Einfluss von Tonbandaufnahmen auf die psychoanalytische Situation, also auf Patient und Analytiker, ein positives Resümee gezogen werden“ kann (Thomä & Kächele, 2006, S. 300).

Wallerstein (2001) sowie Bucci (2005) zufolge, lässt sich der Beginn der psychoanalytischen Psychotherapieforschung auf das Jahr 1917 zurückdatieren. Innerhalb dieser Zeit durchlief die Forschung dabei vier Generationen. Die erste Generation, bis zum Jahr 1968, war geprägt von vornehmlich deskriptiv-statistischen Auswertungen des jeweiligen Behandlungserfolges von Therapien, bzw. Psychoanalysen. Problematisch war hieran, dass

für bedeutsame Inhalte, wie beispielsweise die Diagnostik zu Beginn der Behandlung, sowie die Messung des Behandlungserfolges, keine definierten Kriterien existierten. Es mangelte somit bedeutsam an Übereinstimmung zwischen verschiedenen Ergebnissen, sie waren so nicht länger vergleichbar, erlaubten dementsprechend auch keinen Forschungsfortschritt im Sinne einer Bezugnahme auf bereits erfolgte Forschungsergebnisse.

Im Zuge der zweiten Generation wurden vor allem aggregierte Gruppenstudien durchgeführt, sowie auch katamnestiche Einzelfallstudien. Innerhalb dieser wurden jedoch sowohl der Behandlungserfolg sowie auch die Stabilität der einzelnen Ergebnisse nicht genügend voneinander getrennt, wodurch die Erzeugung repräsentativer Ergebnisse nicht gewährleistet werden konnte. Eben diese Problematik wurde innerhalb der dritten Generation, welche zeitlich parallel zur zweiten Generation verlief, eliminiert. Innerhalb dieser wurden vor allem prospektive Studien durchgeführt.

Die aktuellen Tendenzen innerhalb der Psychotherapieforschung lassen sich innerhalb der vierten Generation zusammenfassen. Diese wurde, wie oben bereits erwähnt, ermöglicht auf Grundlage der technologischen Entwicklungen der letzten Dekaden. Das vorherrschende Ziel ist die Integration verschiedener Prozessstudien sowie der Ergebnisse von Outcome-Forschung. Auf eben jene Unterscheidung zwischen Outcome- und Prozessforschung weist auch Thomä hin (vgl. Kächele, Schachter & Thomä, 2009). Eben diese geht zurück auf den Marienbader Kongress im Jahr 1936, innerhalb dessen E. Bibring einen Vortrag hielt, in welchem er Verlauf und Ergebnis als zwei verschiedene Bereiche voneinander abgrenzte. Während sich vor allem im Kontext der kognitiven Verhaltenstherapie mittels der quantitativen Forschung auf Ergebnisforschung bezogen wird, kann die Verlaufsforschung als ureigenstes Feld der Psychoanalyse gelten. „Das spezifische techni-psychoanalytische Mittel stellt die Deutung dar. In der Deutung sind Technik und Theorie verbunden. Verlaufsuntersuchungen dienen der Vervollkommnung der Technik und der Validierung der Theorie“ (Kächele, Albani, Buchheim, Grünzig, Hölzer, Hohage et al., 2006). Innerhalb solcher Forschungsschwerpunkte liegt der Fokus auf Fragen, die sich auf Veränderungen über den Verlauf der Psychotherapie beziehen oder darauf, welche Bedingungen an diesen Prozess gekoppelt sind. Döll-Hentschker (2008) verweist darauf, dass Prozessforschung sich immer auf Einzelfälle beziehen muss, „Prozessforschung ist immer Einzelfallforschung, da nur über die genaue Betrachtung des jeweils konkreten Prozesses Aussagen über Veränderungsschritte gemacht werden können“ (S. 227). Wichtig ist dabei, Einzelfälle von den Fallnovellen, zu welchen ja auch Freuds Darstellungen zählen, zu unterscheiden. Während letztere vor allem zur Kommunikation zwischen Fachvertretern der Psychoanalyse sowie auch zur

Veranschaulichung von Theorien dienen, reichen sie doch nicht zur forschungsgeleiteten Auswertung von Prozessvariablen aus. Doch selbst im Kontext der Einzelfallforschung tun sich Einschränkungen auf, so verweisen Leuzinger-Bohleber (1995) sowie auch Kächele (2000) darauf, dass Ergebnisse, auf welche mittels Einzelfallforschung geschlossen wurde nur bedingt die Ableitung verallgemeinerbarer Schlussfolgerungen erlauben. Jeder Fall muss hierbei in seinem Kontext betrachtet werden, solange qualitative Daten nicht in quantitative überführt werden können. Aus diesem Grund bieten Instrumente, mit welchen eine solche Überführung möglich wird, die Opportunität, Vorteile von sowohl ergebnisorientierter als auch prozessbasierter Forschung miteinander zu verbinden. Ein solches Instrument ist auch das in dieser Arbeit verwendete Psychotherapie Q-Set von Ernest E. Jones.

## 5. Das Psychotherapie Q-Set von E.E. Jones

### 5.1 Die Q-Sort Methode

Da die Methode des Psychotherapie Q-Sets auf der Q-Set oder auch Q-Sort Methode beruht, soll auf diese in aller Kürze eingegangen werden.

Die Q-Sort Methode ist messmethodisch vor allem zur Beschreibung und Quantifizierung von qualitativen Daten geeignet. Vor allem Stephenson (1953) sowie Block (1978) haben die Entwicklung und den Einsatz dieser sozialwissenschaftlichen Forschungstechnik vorangebracht. Der Q-Set ist darauf angelegt, komplexe Inhalte wie Interaktionen zu reduzieren, um diese für Forschungszwecke nutzbar zu machen. Dies geschieht dabei mithilfe eines Pools von Items, aus welchem der Q-Set besteht und innerhalb dessen relevante Merkmale bezüglich eines Ereignisses oder Verhaltens beinhaltet sind. Der Forschungsgegenstand kann im Anschluss an das Rating forschungsökonomisch auf Basis der Items beschrieben werden. Dabei werden alle Items einer von neun Kategorien zugeordnet. Nach Abschluss der Zuordnung muss der Beurteilende die Items in eine Normalverteilung überführen. Häufig haben Ratende die Möglichkeit, den Prozess des Ratens mithilfe von Karten, auf welchen jeweils ein Item abgedruckt ist, zu visualisieren und so ihr Rating vorzunehmen. Für jede Kategorie existieren hierbei Vorgaben, welche sich auf die jeweils zuzuteilende Itemanzahl beziehen.

Wie auch andere inhaltsanalytische Verfahren ist der Q-Sort darauf angelegt, komplexe Interaktionen im Sinne der Forschungsökonomie auf eine handhabbare Größe zu reduzieren. Keines dieser Instrumente kann sich den realen interaktiven Prozessen in einer Psychotherapie perfekt anpassen oder sie vollständig erfassen. Die Zuordnung einer festgelegten Anzahl von Karten zu jeder Kategorie ist jenen Methoden empirisch überlegen, in denen ein Kliniker eine beliebige Anzahl von Karten den jeweiligen Kategorien zuweisen kann.

Jones, Albani, Blaser & Jacobs, 2008, S. 43.

Auch wenn Verfahren, die nach der Q-Sort Methode entwickelt wurden, den Forschungsgegenstand niemals perfekt erfassen können, sind sie dennoch ein sehr ökonomisches und vor allem reliables Instrument, um Prozesse innerhalb von Psychotherapien zu beschreiben.

## 5.2 PQS

### 5.2.1 Hintergrund & Allgemeines

Ein solcher Q-Set oder auch Q-Sort Methode ist das in dieser Arbeit verwendete Instrument des *Psychotherapie Q-Set*. Dieses wurde in seiner ursprünglichen Form von Enrico Ernest Jones (Jones, 1985) entwickelt. Mithilfe der 100 Items, die es umfasst, können jeweils einzelne Psychotherapiesitzungen beschrieben und klassifiziert werden, die entweder als Transkript oder als Audiodatei vorliegen.

Die ursprünglich von Jones verwendete Variante des Verfahrens wurde erstmalig 1990 im Zuge des Musterfalls der Psychoanalyse in den Vereinigten Staaten, Mrs. C. angewandt (vgl. Kächele, Albani, Buchheim, Grünzig, Hölzer, Hohage et al., 2006). In ihr sind Items enthalten, die zum einen aus bereits existierenden Instrumenten übernommen wurden, zum anderen formulierte die Arbeitsgruppe um Jones neue Items, die sie in das Instrument einfügte. Anschließend wurde die Methode Testungen unterzogen, innerhalb welcher Items auf ihre Unabhängigkeit sowie auf ihre Bedeutsamkeit getestet wurden. Hierbei wurde Wert darauf gelegt, dass Items sowohl für psychotherapeutische Verfahren sowie auch für die

Psychoanalyse von Relevanz waren. Items, die den Anforderungen nach Unabhängigkeit oder Bedeutsamkeit nicht genügten, wurden eliminiert oder diesbezüglich verändert. Diese Auswahl wurde mit dem Ziel durchgeführt, eine Sprache zu entwickeln, mit derer man eine Therapiesitzung beschreiben kann. Eine solche Beschreibung sollte angemessen und in ihren bedeutsamen Elementen erschöpfend sein. Auf diese Weise können Verhaltensweisen oder Situationen explizit beschrieben und klassifiziert werden, die sonst oftmals nur intuitiv oder implizit verbleiben. Dementsprechend entsteht aus einem informellen Gefühl bezüglich einer Situation, eine formelle und fassbare Beschreibung der Situation, die intersubjektiv teilbar und somit für Forschungszwecke nutzbar ist. Die qualitativen Daten, die in einzelnen Psychotherapiesitzungen entstehen, können durch diese Methode überführt werden in quantitative Daten, die für Forschungszwecke Verwendung finden können und sich auch quantitativ weiter analysieren lassen.

Die ursprünglich von Jones und Kollegen entwickelte Version des Instruments wurde erneut von Levy und Ablon revidiert (vgl. Albani, Blaser, Jacobs, Levy, Ablon & Jones, 2008). Diese veränderten das Manual bezüglich der Itemformulierungen der Items eins, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 25, 28, 33, 34, 35, 56, 58, 60, 80, 83, 84 und 99. Dieses Manual wurde in seiner deutschen Version (PQS-R-D) in dieser Arbeit verwendet.

Dem Instrument liegt die Annahme zugrunde, dass Psychotherapie sich generell als ein interaktioneller Prozess beschreiben lässt. Innerhalb des PQS werden dementsprechend auch Items zu Interaktionen erhoben, die zwischen Therapeut und Patient stattfinden. Hierbei sind die Items so formuliert, dass weder motivationale Einschätzungen gegeben werden müssen, noch inhaltliche Elemente interpretiert werden. Der Beurteilende fokussiert gänzlich auf Einschätzungen von sichtbarem, hörbarem oder lesbarem Verhalten bzw. auf Äußerungen der Beteiligten. Werden in Items doch Motive angefragt, wie dies z. B. bei Item 47 („Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.“) der Fall ist, so wird dies grundsätzlich mit deskriptiven Elementen verknüpft, um eine Verankerung der Motive anhand tatsächlichen Verhaltens zu ermöglichen und dadurch die intersubjektive Überprüfbarkeit zu ermöglichen.

Die jeweils komplette Sitzung wird jedoch nicht nur durch einen Beurteilenden beschrieben, die Items werden alle jeweils von zwei Ratern, die beispielsweise durch eine Schulung mit dem Instrument vertraut gemacht wurden, bewertet. Anschließend wird zwischen den zwei Ratings eine Korrelation errechnet, mit Hilfe derer weiter gearbeitet werden kann. Hierbei muss die Korrelation zwischen beiden Ratern grundsätzlich über .50 liegen. Ist dies nicht der Fall und die Korrelation kann auch durch nochmaliges Besprechen

der Rater nicht verbessert werden, ist es ratsam, die Sitzung erneut raten zu lassen, hierbei dann jedoch durch einen Masterrater. Im Anschluss danach wird erneut die Korrelationen bestimmt. Auch das Material, das für diese Arbeit geratet wurde, ist jeweils von zwei Ratern, die an einer Schulung bei Frau Erhardt teilgenommen haben, bewertet worden. Auf diese Weise ermöglicht das PQS die Beurteilung von Ähnlichkeiten sowie Unterschieden sowohl zwischen unterschiedlichen Patienten, als auch einzelnen Stunden. In dieser Arbeit wird dabei auf die Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen verschiedenen Stunden einer Patientin fokussiert. Hierbei sollen, wie bereits erwähnt, die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Sitzungen von Amalie (s. zu Amalie Punkt 6 dieser Arbeit) mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung untersucht werden, sowie die Veränderung von Traumsitzungen über den Verlauf einer Psychoanalyse.

Testtheoretisch ist das PQS hierfür durchaus geeignet, zudem verfügt das Instrument durchweg gute psychometrische Eigenschaften (hierauf verweisen beispielsweise Ablon und Jones, 1999, sowie 2002). Behandlungsprozesse lassen sich verlässlich beschreiben, da die Rater ihre Einschätzungen an tatsächlich erlebbarem Material festmachen können und so zu intersubjektiv übereinstimmenden Einschätzungen von komplexen Strukturen in Behandlungsprozessen gelangen können (vgl. Erhardt et al., 2014).

### 5.2.2 Items und Kategorien

Neben den bereits angesprochenen Items, die sich auf Interaktionen zwischen Therapeut und Patient beziehen, bzw. die Stimmung innerhalb der Interaktion fokussieren, lassen sich noch zwei weitere Typen von Items finden. Zum einen sind dies Items, welche sich auf den Patienten beziehen, hierbei sein Verhalten, Erleben, seine Affektlage oder generelle Haltung beschreiben. Zum anderen existieren Items, die sich ausschließlich auf Verhaltensweisen und wahrgenommene Haltungen des Therapeuten beziehen.

Im revidierten Manual wird jedes der Items definiert, beschrieben und mit Beispielen zur Veranschaulichung versehen. Diese Verankerung der Itemformulierungen helfen Beurteilenden dabei, ihre Urteile wirklich reliabel auf die jeweiligen Items anwenden zu können. So werden Unterschiede im Ratingprozess, die sich lediglich aufgrund von Verständnisunterschieden zwischen Ratern ergeben, minimiert und dadurch die Vergleichbarkeit gesteigert.

Items liegen sowohl in uni- als auch bipolar Formulierung vor, diese Formulierung muss bei der Zuordnung zu einer Kategorie (siehe hierzu im Verlauf) beachtet werden, denn „Unipolare Items beschreiben ein spezifisches Ereignis, das von 1 bis 9 (extrem uncharakteristisch bis extrem charakteristisch) kontinuierlich kodiert werden kann (...). Im Gegensatz dazu hat ein bipolares Item zwei unterschiedliche Bedeutungen, wenn es mit 1 oder 9 kodiert wird.“ (Hörz, Seybert & Mertens, 2008, S. 84).

Die Items lassen sich, neben der oben bereits erwähnten Klassifikation, noch weiter in Gruppen unterteilen, in denen sich auch die bereits dargelegte Aufteilung wiederfinden lässt. Es existieren Items, die sich auf den Patienten oder Therapeuten beziehen, Items, die die Interaktion fokussieren, Items, die entweder das Verhalten des Therapeuten oder das des Patienten beschreiben. Trotz der Klassifikation von Items, müssen Items immer isoliert voneinander kodiert werden, die jeweilige Gruppierung darf hierbei nicht das Ratingergebnis beeinflussen.

Innerhalb der Entwicklung der Items von Jones, wurde besonderer Wert darauf gelegt, voneinander unabhängige Items zu entwickeln, die keine signifikante Korrelation miteinander aufweisen. Dennoch kann es zu Korrelationen zwischen Items kommen, eine solche Korrelation betrifft dann allerdings nur die einzelne Stunde bzw. bezieht sich auf den bestimmten Therapieprozess. In anderen Sitzungen lässt sich diese Korrelation dann nicht finden. (vgl. ebd. S. 84). Die einzelnen Items werden im Anhang komplett dargestellt.

Im Verlauf des Ratingprozesses muss jedes Item einer der neun Kategorien zugeordnet werden (siehe Tabelle 5.3.1). Hierbei werden Items, die als besonders relevant und zutreffend kategorisiert werden einer der Kategorien 7 bis 9 zugeordnet, je nachdem wie salient sie ist. Die Kategorie 5 umfasst alle Items, die in der vorliegenden Sitzung ohne besondere Relevanz waren, deren Auftreten also nicht als besonders bemerkenswert oder bedeutsam gewertet werden kann. Diese Kategorie lässt sich auch als neutrale Kategorie sehen, welcher Items zugeordnet werden, die bezüglich der Interaktion und Sitzung nicht salient, bzw. unwichtig sind.

**Tab. 5.3.1:** Die Verteilung der Items des Psychotherapie Q-Sets

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

Die Kategorien 1-3 lassen sich als uncharakteristische Kategorien verstehen. Items, die eher in dieser Richtung platziert werden, sind in der Sitzung jedoch keineswegs unbedeutend. Ihr Fehlen lässt sich für die Sitzung viel eher als besonders auffällig beschreiben und ist somit für die Beschreibung von besonderer Relevanz. So ergibt sich aus den beiden extremen Polen, dem sehr charakteristischen Bereich (Kategorie 9) sowie dem sehr uncharakteristischen Bereich (Kategorie 1) die Beschreibung der Sitzung. Die neutrale Kategorie (Kategorie 5) sollte gewählt werden, wenn ein Item für die Beschreibung der jeweiligen Sitzung tatsächlich irrelevant ist bzw. nicht vorhanden war und darin auch nicht weiter von Bedeutung. Hierbei können durchaus Schwierigkeiten entstehen, da Rater sich diese zunächst wenig intuitive Kategorisierung zu Beginn immer wieder bewusst machen müssen. Beurteilende müssen die Balance finden zwischen der Gewichtung eines singulären Ereignisses sowie der Gesamtstunde. Dies ist nur eine der Anforderungen, die Beurteilende zu erfüllen haben.

### 5.2.3 Anforderungen an den Beurteilenden

Der Beurteilende spielt innerhalb des Ratings mit Hilfe des PQS eine bedeutende Rolle, seinen Einstellungen und impliziten Vorstellungen kommt im Prozess der Beurteilung eine bedeutsame Rolle zu. Dementsprechend sollte er während des Prozesses des Ratens darum bemüht sein, seinen eigenen theoretischen Hintergrund nicht in die Bewertung der Sitzung miteinfließen zu lassen. Auch Urteile bezüglich der Qualität oder Sympathie des Therapeuten oder auch des Patienten sollten möglichst ausgeklammert werden. Geschieht ein solches Absehen vom eigenen Hintergrund nicht, laufen Beurteilende Gefahr, die Sitzung möglicherweise nicht mehr mit ausreichender Objektivität bewerten zu können, was im Anschluss zu Urteilen führen, die die Sitzung nicht adäquat repräsentieren. Es sollte grundlegend immer versucht werden, die Sitzung möglichst deskriptiv zu raten. Die Position, die der Rater einnehmen sollte, kann mit der eines außenstehenden Dritten verglichen werden. Seine Aufgabe ist es, die Interaktion, sowie sonstige Verhaltensweisen von Therapeut und Patient zu beobachten und dann anhand der Items zu beschreiben.

Bei der Bewertung bezüglich des Vorhandenseins von Items, sollen diese sowohl hinsichtlich ihrer Häufigkeit als auch ihrer Intensität bewertet werden. Es soll zudem entschieden werden, wie salient oder bedeutsam ein bestimmtes gezeigtes Verhalten oder Interaktion ist.

Gelegentlich kann es vorkommen, dass ein Item in einer Sitzung sowohl in charakteristischer als auch uncharakteristischer Richtung geratet werden kann. Hier muss durch den Rater entschieden werden, welche Richtung er für relevanter hält, auch eine Platzierung im neutralen Bereich wäre hierbei denkbar, dies muss der Beurteilende für den spezifischen Fall entscheiden. Albani et al. (2008) betonen, dass es in der Regel jedoch möglich ist, gute Inter-Rater-Reliabilitäten zu erreichen, wenn Beurteilende Geduld und Sorgfalt auf ihr Rating verwenden.

Gerade während der Ratings zu Amalie wurde deutlich, wie bedeutsam es ist, ausreichende Zeitabstände zwischen einzelnen Ratings einzubauen. Bei mehreren Ratings an nur einem Tag kann schnell ein Überlagerungseffekt eintreten, sodass ein aktuelles Rating von anderen, bereits bearbeiteten Sitzungen, beeinflusst wird. Albani et al. (ebd.) verweisen ebenfalls darauf, dass eine kurze Pause hierbei oftmals hilfreich ist und dafür sorgt, dass die vorige Sitzung in ihren Details vergessen wird und somit wieder genug mentale Kapazität für die anstehende Sitzung aufgewendet werden kann.

Nach Abschluss des Ratings ist es gerade für noch unerfahrenere Rater hilfreich, mit den als besonders charakteristisch wie besonders uncharakteristisch bewerteten Items probenhalber die Sitzung zu beschreiben. Hierbei wird häufig deutlich, ob die vorgenommene Bewertung passend oder unpassend ist. Hilfreich ist auch eine Verbindung der Beschreibung mit Stellen, die im Transkript oder in der Audiodatei vorliegen.

Von großer Bedeutung während des Prozesses des Ratens ist das Konzept der Salienz, also der Bedeutsamkeit jedes einzelnen Items. Diese muss grundsätzlich mitbedacht werden. Die Fähigkeit hierzu ist eines der wichtigsten Resultate des Trainings.

Ein solches Training, welches den Anstoß zu der vorliegenden Arbeit gab, wurde im Januar 2013 von Frau Dr. Ingrid Erhardt an der International Psychoanalytic University durchgeführt. Hierfür war ein Wochenende eingeplant, an welchem in einer Gruppe von ca. 15 Studierenden gearbeitet wurde. Nach inhaltlicher Darstellung des Instruments, sowie Einführung in die Itemstruktur und Darlegung der Kategorien wurde wiederholt praktisch geübt. Vor allem die erzwungene Normalverteilung und die damit einhergehende nicht lineare Verteilung der Kategorien führte dabei zu einigen Schwierigkeiten. Durch die wiederholte Selbstarbeit v.a. zu Hause nach Abschluss des Schulungstages sowie die am Folgetag durchgeführte Überprüfung der Ratings führte jedoch zügig zu erheblichen Verbesserungen der Reliabilitäten mit Ratings, welche zuvor bereits durch erfahrene Masterrater durchgeführt wurden. Die Schulung wurde abgeschlossen durch das Bestehen der Anforderung von mindestens  $r = 0,5$  an die Reliabilität von drei Ratings mit Masterratern.

Alle an dieser Arbeit beteiligten Rater haben diese Schulung durchlaufen und die abschließend notwendige Reliabilität erreicht. Dementsprechend kann in dieser Arbeit davon ausgegangen werden, dass die Bedingungen, welche an die Arbeit mit dem Instrument PQS geknüpft sind, auch eingehalten wurden. Da die Ausstellung des Zertifikats sich bis zum Termin der Abgabe dieser Arbeit hingezogen hat, ist im Anhang lediglich der Entwurf des Zertifikats angefügt (siehe Anhang)

## 6. Die Patientin Amalie X

### 6.1 Fallbeschreibung / Biographie

Die Patientin Amalie X war zum Beginn der psychoanalytischen Behandlung 35 Jahre alt, alleinstehend und arbeitete als Lehrerin. Ursächlich für die Aufnahme einer Psychoanalyse waren zunehmend stärker werdende depressive Verstimmungen, Zwangsgedanken (zum Teil bezüglich der noch zu schildernden Religiosität Amalie X), zeitweilig auftretende neurotisch bedingte Atembeschwerden sowie zum Teil erythrophobe Zustände (vgl. hierzu z.B. Kächele Albani, Buchheim, Grünzig, Hölzer, M., Hohage, R. et al. 2006). Desweiteren manifestierte sich bereits zu Beginn der Behandlung eine ausgeprägte Selbstwertproblematik, sowie intensive Probleme bezüglich der Geschlechtsidentität als Frau. Mit dieser Problematik stand wohl auch der idiopathische Hirsutismus der Patientin in Verbindung, sowie auch Probleme mit der Geschlechtsidentität. Die berufliche Tätigkeit wurde noch immer ausgeführt, es bestanden keine nennenswerten Einschränkungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit. Zu der Primärfamilie der Patientin herrschte regelmäßiger und enger Kontakt, vor allem zur Mutter, dieser Kontakt wurde jedoch aufrechterhalten auf Basis eines gewissen Pflichtgefühl heraus.

Geboren wurde Amalie 1939 im Süden Deutschlands, der Vater, der als rigide beschrieben wird, war während der Kindheit häufig abwesend, zunächst kriegsbedingt. Doch auch nach Ende des Krieges war er selten im Elternhaus präsent, bedingt durch seinen Beruf als Notar. Zusätzlich wird der Vater als emotional sehr zurückhaltend sowie als sehr zwanghaft beschrieben. Die Beziehung von Amalie zu ihrem Vater verbesserte sich auch im Verlauf ihrer Entwicklung nicht, wurde in der Pubertät eher noch distanzierter. Die Mutter wird hingegen als impulsiv geschildert, sie sei kulturell interessiert gewesen und „litt offenkundig unter der emotionalen Kälte ihres Mannes“ (ebd. S. 123). Aufgrund der Einsamkeit der Mutter wurde Amalie, als einziges Mädchen in der Familie, durch diese

teilweise wohl auch als Ersatzpartner benutzt (vgl. Kächele & Deserno, in Vorb.). Den beiden Brüdern gegenüber, ein älterer Bruder, zwei Jahre älter als Amalie, sowie ein vier Jahre jüngerer Bruder, fühlte Amalie sich bereits als Kind unterlegen. Dies lässt sich vor allem auf ihre Rolle als Mädchen zurückführen, in welcher sie sich den Brüdern gegenüber eher benachteiligt fühlte.

Im Alter von drei Jahren erkrankte Amalie an einer leichten Form von Tuberkulose, aufgrund welcher sie eine sechsmonatige Bettruhe einhalten musste. Nach ihrer Genesung erkrankte jedoch ebenfalls die Mutter, als Amalie fünf Jahre alt war, an einer ernsthaften Form von Tuberkulose. Aufgrund dessen wurde Amalie zunächst als einziges der drei Geschwister zu ihrer Tante gegeben, bei welcher sie vorübergehend leben sollte. In diesem Zuge kam es zu monatelangen Trennungen von der Mutter, die von Amalie als traumatisch beschrieben werden. Nach dem ersten Jahr der Trennung von der Primärfamilie folgten dann auch die beiden Brüder zu der Tante. Amalie verblieb insgesamt zwei Jahre bei ihrer Tante, in welchen sie von eben dieser, sowie auch von der Großmutter versorgt und erzogen wurde. Diese Erziehung fand in einem stark religiösen Duktus statt, die Stimmung in dem Haus der Tante wird beschrieben als „puritanisches emotionales Klima mit einer religiösen Striktheit, die Amalie durch und durch prägte“ (Kächele, Leuzinger-Bohleber, Buchheim & Thomä, 2006, S. 124).

Ab der Pubertät litt Amalie X an dem oben bereits erwähnten idiopathischen Hirsutismus. Die Vermutung liegt nahe, dass dieser die wohl bereits bestehende psychosexuelle Problematik noch erheblich verstärkte und so Hemmungen sexueller Natur sowie auch die Selbstwertproblematik bedeutsam unterstützte. Es kam jedoch im Verlauf der Jugendzeit zu einem engen Verhältnis zu einem jungen Mann, der sogar als potentieller Ehepartner in Frage kam. Aufgrund der Intervention der Eltern musste diese Beziehung jedoch wieder unterbrochen werden.

Die schulischen Leistungen von Amalie waren durchweg gut, sie gehörte zu den besten Schülerinnen ihrer Klasse, sodass sie nach dem Abschluss der Schule ein Lehramtsstudium aufnahm. Ursprünglich hatte sie geplant, Gymnasiallehrerin zu werden. Innerhalb ihrer Studienzeit verstärkten sich jedoch die persönlichen Konflikte, sodass sie nach einigen Semestern des Studiums beschloss, ihr weiteres Leben in einem Kloster zu verbringen, um dort ein strikt religiöses Leben zu führen. Dies kann durchaus als Versuch gesehen werden, die sexuellen Konflikte zu vermeiden, sowie den dazu gehörigen Problemen bezüglich der Geschlechtsidentität zu entkommen. Aufgrund der im Kloster vorherrschenden intensiven Beschäftigung mit Schuldproblematiken bezüglich sexueller Phantasien konnte eine solche

Flucht jedoch nicht erfolgsversprechend und schlussendlich auch nicht Erfolg bringend sein. Viel eher verschlimmerten sich die Schuldgefühle hier auf Basis der kontinuierlichen Beschäftigung mit der Schuldhaftigkeit von Sexualität und dem Verlangen danach noch erheblich, sodass sie nach kurzer Zeit das Kloster wieder verließ. Der ursprüngliche Berufswunsch der Gymnasiallehrerin konnte aus formalen Gründen anschließend dann jedoch nicht erreicht werden, sodass sie „nur“ Realschullehrerin werden konnte (vgl. ebd.). Trotz ihres beruflichen Erfolges fühlte sie sich bezüglich dessen den Brüdern gegenüber nicht gleichwertig, der ältere Bruder arbeitete als Jurist, der jüngere als Arzt.

Im Laufe der Jahre zog Amalie sich immer weiter zurück, unterhielt nur wenig Kontakt zu Personen außerhalb der Familie, hatte hierbei keinerlei Freunde oder engere Bekannte außerhalb der Primärfamilie sowie des Arbeitskontexts. Auch intime heterosexuelle Kontakte hatten bis zum Beginn der psychoanalytischen Behandlung noch nicht stattgefunden. Ursächlich hierfür sind wohl zum einen teils bewusste, teils unbewusste Schuldgefühle, welche Amalie auf Basis ihrer streng religiösen Erziehung durch Tante und Großmutter entwickelt hatte und die sich auf ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse bezogen. Auch Ängste vor Strafe und religiöse Skrupel lassen sich als Ursachen sehen. So kann der Wunsch, ins Kloster zu gehen, auch als Versuch angesehen werden, sich von eben diesen Schuldgefühlen zu befreien. Da ihre Wünsche und Bedürfnisse sich jedoch nicht einfach durch eine Veränderung des Umfeldes abstellen ließen, konfligierten diese mit der intensiven Beschäftigung mit der Schuld im Bezug auf Sexualität innerhalb der Beichte und Buße, aus diesem Grund konnte das Klosterleben, das sich als eine Form der Weltflucht betrachten lässt, nicht die gewünschte Entlastung bringen. So kam es im Kloster auf Basis der verstärkten Angst und der Schuldgefühle zu Ess- und Schlafstörungen, weshalb sie den Aufenthalt im Kloster abbrechen musste.

Ein zweiter Grund für die sexuelle Zurückhaltung sowie den sozialen Rückzug allgemein, kann in dem Schamgefühl Amalies gesehen werden, sowie auch in der Verunsicherung bezüglich ihrer Geschlechtsidentität. In diesem Kontext muss auch der Hirsutismus betrachtet werden, der diese Unsicherheit sicherlich noch zusätzlich verstärkte. So betonen z.B. Kächele et al. (ebd.), der Hirsutismus „erschwerte (...) die ohnehin problematische weibliche Identifikation, da er unbewußten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gab. Weiblichkeit ist für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert.“ So wurde der bereits seit der Kindheit bestehende ödipale Konflikt wiederbelebt, es ergab sich

ein Teufelskreis, in welchem sich die bereits vorhandenen neurotischen Symptome und die Stigmatisierung gegenseitig verstärkten.

Die Autoren weisen bezüglich des Hirsutismus zudem noch eine zweite Bedeutung hin. Dieser könne als Mittel genutzt werden, sexuellen Verführungssituationen aus dem Weg zu gehen, um so die oben bereits ausgeführte Schuldproblematik nicht weiter zu verstärken. In ihrer Phantasie wirkt die vermehrte Körperbehaarung so abstoßend auf andere, ihr Bild ist unkorrigierbar, sodass sie diese als Begründung verwendet, soziale Situationen zu vermeiden. So ergab sich aus dem Hirsutismus ein Verhalten, das geprägt war von neurotischen Hemmungen, sozialem Rückzug und Isolation, welche Amalie X schlussendlich veranlassten, die Psychoanalyse aufzunehmen.

## 6.2 Psychoanalyse von Amalie X

### *6.2.1 Allgemeines*

Die Psychoanalyse, welcher Amalie sich unterzog, umfasste insgesamt 531 Sitzungen, wovon 517 Sitzungen auf Tonband aufgezeichnet wurden. Die Patientin hatte sich hierzu zu Beginn der analytischen Therapie einverstanden erklärt. Von eben jenen Sitzungen sind zudem mittlerweile 217 Sitzungen als Transkripte zugänglich. Der Zugriff wurde ermöglicht durch Herrn Prof. Kächele, sowie die Bibliothek der International Psychoanalytic University.

Die Psychoanalyse fand in einer Frequenz von drei Stunden wöchentlich, verteilt auf fünf Jahre statt. Kächele, Leuzinger-Bohleber, Buchheim und Thomä (2006) verweisen darauf, diese sei, nach äußeren Merkmalen geschlossen, „ziemlich rite“ (S. 125) durchgeführt

Zu Beginn wurden vom behandelnden Analytiker zwei Ziele formuliert, auf welche die Autoren (ebd.) verweisen. Für die Aufnahme von sozialen und sexuellen Kontakten sei es notwendig, dass Amalie zu einer hinreichend sicheren Geschlechtsidentität gelangt und so in der Lage ist, ihre Selbstunsicherheit zu überwinden. Ein weiterer bedeutsamer Aspekt bezog sich auf Amalies Schuldgefühle, die, wie oben bereits dargelegt, in der Genese ihrer Symptomatik ebenfalls eine bedeutsame Rolle spielen. Hier sei es von Bedeutung, dass sie zu einer Akzeptanz der eigenen Wünsche gelange und so die Schuldgefühle, die sich auf Grundlage ihres stark religiös geprägten Über-Ichs gebildet hatten, überwinden könne. Kächele und Kollegen (ebd.) verweisen darauf, dass es sich diagnostisch „um eine Störung

der Selbstsicherheit“ (S. 126) handelt. „Nach ICD-10 wäre eine Dysthymie zu diagnostizieren.“

Im Verlauf der Analyse ergab sich zwischen Analytiker und Analysandin ein Kommunikationsstil, der sich durchaus als humorvoll charakterisieren lassen kann. In den transkribierten Sitzungen wird immer wieder eine gute Einstimmung aufeinander deutlich, auf Basis des humorvollen Miteinanders lassen sich auch etwaige Themen, die gesellschaftlich durchaus tabuisiert sind, fokussieren. Beispiele hierfür sind sowohl aggressive Impulse oder Phantasien sowie auch die Thematisierung sexueller Vorstellungen und Wünsche. Deutlich wird zudem immer wieder die verbale Zurückhaltung des Analytikers, der so der Analysandin den von ihr benötigten Raum überlässt, um sich nach ihren Bedürfnissen zu entfalten (vgl. Leuzinger-Bohleber, 1989). Deutungen, die vom Analytiker gegeben wurden, waren zumeist kurz, direkt, konfrontativ und wenig umständlich. Widerstände, die sich im Zuge von Deutungen ergaben, wurden konsequent aber nicht penetrant bearbeitet. Hierbei zeigt sich auch immer wieder die gute Empathie und Intuition des Analytikers im Umgang mit der Analysandin (ebd.). Insgesamt finden sich wenig Hinweise, die auf Schwierigkeiten innerhalb der Kommunikation schließen lassen, die sprachliche Ausdrucksweise erscheint häufig zunächst sehr kompliziert, Passagen müssen teilweise und vor allem zu Beginn der Arbeit mit den Transkripten mehrfach gelesen werden, der Inhalt erschließt sich nicht immer gleich. So entsteht bei noch wenig vertrautem Arbeiten häufig der Eindruck, nicht zu wissen, worum sich die Unterhaltung dreht, das Gefühl außen vor zu sein und auch, dass Patientin und Analytiker nicht unbedingt gut aufeinander eingestellt sind. Mit zunehmender Intensität der Arbeit ändert sich dieser Eindruck jedoch massiv und es wird deutlich, wie gut beide Beteiligten tatsächlich aufeinander eingestellt sind.

Einige Jahre nach Beendigung der Psychoanalyse begab sich Amalie erneut in psychotherapeutische Kurzzeitbehandlung, ursächlich hierfür waren Probleme innerhalb einer partnerschaftlichen Beziehung. Nach zehn weiteren Jahren begab sie sich erneut in Behandlung, hier jedoch nicht erneut bei dem Erstbehandelnden, sondern wurde an eine Therapeutin aus der Arbeitsgruppe weiterverwiesen.

In der Prozessforschung der Psychotherapie wird die Analyse von Amalie häufig als Musterfall oder auch Specimen-Case gehandelt. Luborsky und Spence (1971) verweisen darauf, dass es zur Aufrechterhaltung dieser Behauptung nötig sei, die Analyse unabhängig vom Therapeuten zu evaluieren. Dies erfolgt am besten durch psychometrische Tests, welche im Kontext der Analyse erhoben werden. Auf die konkreten Tests sowie deren Ergebnisse soll dementsprechend kurz eingegangen werden.

### 6.2.2 Psychometrische Evaluation

Sowohl zu Beginn, nach Abschluss der Behandlung sowie zwei Jahre nach Beendigung der Behandlung wurde die Psychoanalyse von Amalie testpsychologisch untersucht. Hierbei wurde zum einen der Gießentest (GT) von Beckmann und Richter (1972) durchgeführt, innerhalb welchem sowohl Selbstbild durch die Patientin selbst, als auch Fremdbild durch den Analytiker, erhoben wurden. Zum anderen wurde das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI) nach Fahrenberg, Selg und Hampel (1970, 1978) erhoben. Im Zuge der Katamnese, zwei Jahre nach Beendigung der Analyse, wurde zudem der Veränderungsfragebogen zum Erleben und Verhalten (VEV) von Zielke und Kopf-Mehnert (1978) verwendet. Der klinische Erfolg der Psychoanalyse wird hierbei durchweg als „sehr gut“ eingestuft (vgl. Leuzinger-Bohleber, 1989). So wird die Einschätzung des Analytikers durch diese testpsychologischen Befunde gestützt.

Innerhalb des GT fanden sich zu keinem Zeitpunkt in der Selbstbeschreibung des Selbstbildes Abweichungen vom Normwert, lediglich die Charakterisierung als relativ depressiv zu Beginn sowie als dominant weichen vom Normwert ab. Nach Abschluss der Psychoanalyse beschreibt sich Amalie als dominanter, weniger zwanghaft, weniger depressiv und durchlässiger (im Sinne von einer Fähigkeit zu Offenheit und Kontaktfähigkeit) (vgl. Kächele, Leuzinger-Bohleber, Buchheim & Thomä, 2006). Im Gegensatz zu der Patientin selbst schätzt der Analytiker sie zu Beginn als gestörter ein, als sie dies selbst tut. In seinen Einschätzungen weicht sie deutlich vom Normwert ab, hierbei beschreibt er sie als zwanghafter, depressiver, sozial eingeschränkter und retentiver als sie selbst dies tut. Zum Ende der Analyse sind diese Unterschiede jedoch verschwunden, hier weichen die Einschätzungen der beiden in lediglich zwei Punkten voneinander ab, der Analytiker hält Amalie für anziehender und beliebter, sowie auch für zwanghafter, als sie selbst dies tut.

Kächele et al. (ebd.) verweisen bezüglich des FPI darauf, dass die Skalenwerte bei einem Vergleich der Profile von Anfang und Ende, zum Ende der Analyse deutlich häufiger im Normbereich liegen, als sie dies zu Beginn tun. Auch Extremwerte lassen sich hierbei seltener finden, was sich zwei Jahre nach der Analyse, zum Zeitpunkt der Katamnese, noch weiter verstärkt hat. Auf eine umfangreichere Darstellung wird hier verzichtet, da sich in entsprechender Literatur eine intensive Darlegung finden lässt. Deutlich wird zudem, dass sich Amalie nach Abschluss der Analyse vom Normwert dahingehend unterscheidet, dass sie sich selbst als psychosomatisch weniger gestört, zufriedener, selbstsicherer, geselliger,

lebhafter sowie extravertierter beschreibt, als dies in diesem Normwert der Fall ist. Insgesamt kann die Analyse von Amalie auf Basis der hier dargestellten Befunde als durchaus erfolgreiche psychoanalytische Behandlung betrachtet werden.

### 6.3 Amalie X als Specimen-Case

Wie bislang bereits erwähnt wurde, wird der Fall der Amalie X allgemein als Specimen-Case der Psychoanalyse betrachtet.

Bedeutsam für die Möglichkeit zur Überprüfung von Forschungsbefunden ist die grundlegende Möglichkeit, diese anhand der Sitzungen zu überprüfen. Für eine solche Überprüfung ist im Kontext des Falles von Amalie auf Grundlage der Tonbandaufzeichnung gesorgt. Diese wurde zunächst ohne spezielle Fragestellung angefertigt. Auch die zweite dargebrachte Forderung von Lester und Luborsky (1971), welche oben bereits dargelegt wurde, ist, wie in Punkt vier bereits dargelegt wurde, erfüllt. Es handelt sich bei der Psychoanalyse von Amalie X um einen deutlich psychoanalytischen Fall.

Nach Abschluss der Behandlung willigte die Patientin in die Forschung sowie die öffentliche Nutzung ein und erhielt Kenntnis von der Prozessforschung und ihren Fragestellungen. Auf dieser Basis konnte der Fall innerhalb von diversen Arbeiten verwendet werden. So sind mittlerweile zahlreiche Forschungsarbeiten zu Amalie entstanden, die sich sowohl qualitativ als auch quantitativ mit der Analyse von Amalie auseinandersetzen. Beispielsweise existieren viele Arbeiten, in denen das Psychotherapy Q-Set von Jones verwendet wird. Hierbei werden zum einen einzelne Sitzungen untersucht (z.B. die Stunde 152, untersucht von Erhardt, Levy, Ablon, Ackerman, Seybert, Voßhagen & Kächele, 2013), als auch Unterschiede in den Sitzungen zu Beginn und Ende untersucht (vgl. Albani, Blaser, Jones, Thomä & Kächele, 2001).

Kächele, Leuzinger-Bohleber, Buchheim und Thomä, (2006) fokussieren in ihrem Artikel ebenfalls Phasen zum Verlauf und zu Ebenen der Analyse. Leuzinger-Bohleber (1989) untersucht hingegen, wie sich bestimmte kognitive Prozesse im Verlauf der Analyse von Amalie X geändert haben und vergleicht diese mit vier weiteren Psychoanalysen. Hierbei arbeitete sie zudem Unterschiede heraus, die sich zwischen „guten“ sowie „weniger guten“ Psychoanalysen auf tun. Zahlreiche Arbeiten widmen sich auch den Träumen, die Amalie im Verlauf der Analyse berichtet, so z.B. Mathys (2001).

## 6.4 Amalies Träume

Innerhalb der 517 Sitzungen, die auf Tonband aufgezeichnet und von denen anschließend ein Großteil transkribiert wurde, schildert Amalie verteilt auf 72 Sitzungen 95 Träume (Dahler, Blumer & Meier, 2004). Kächele und Deserno (in Vorb.) verweisen auf 111 identifizierte Träume, die in 93 Traumstunden berichtet werden (vgl. S. 6). In dieser Arbeit wurde vor allem mit der umfangreichen Katalogisierung der Träume Amalies von Dahler et al. gearbeitet.

Einige Autoren, wie beispielsweise Leuzinger-Bohleber (1989), Zint (2001) und Mathys (2001 sowie 2011) haben sich auf verschiedene Art und Weise und mit diversen Fragestellungen mit diesen Sitzungen beschäftigt, hier soll nur ein kurzer Überblick über die für diese Arbeit relevante Forschung zu Träumen bei Amalie gegeben werden, da diese Arbeit auch von diesen beeinflusst wurde.

Mathys (2001) untersuchte in seiner Arbeit die ersten und letzten fünf aufgezeichneten Traumerzählungen mit dem erzählanalytischen Ansatz nach der Erzählanalyse JAKOB. Sein Ziel war es hierbei, „Veränderungen zwischen der Anfangs- und der Endphase der psychoanalytischen Behandlung ausfindig zu machen“ (Mathys, 2011, S. 59). In einer anderen Untersuchung (Mathys, 2001) beschäftigte er sich mit den kommunikativen Aspekten, welche Traumschilderungen beinhalten.

Auch Leuzinger-Bohleber (1989) untersuchte Traumsitzungen inhaltsanalytisch. Aus den Ergebnissen, die sie erhebt, lässt sich schließen, dass Traumschilderungen sich im Verlauf inhaltstheoretisch verändern. Sie untersuchte Sitzungen, in welchen Träume geschildert werden zu Beginn (hierbei die ersten hundert Sitzungen) sowie zum Ende (die letzten hundert Sitzungen) der Analyse sowohl von Amalie sowie auch vier anderen Psychoanalysen. Ihre Befunde deuten darauf hin, dass sich Traumschilderungen sowohl von Anfang und Ende unterscheiden, dass sich jedoch auch geglückte und weniger geglückte Psychoanalysen dahingehend quantitativ als auch qualitativ voneinander unterscheiden (vgl. S. 32f.), wie Träume geschildert werden. Deutlich wird in ihren Untersuchungen, dass Amalie die höchste Traumdeutungskompetenz innerhalb ihrer Auswahl besitzt, interpretiert wurde dies anhand der niedrigsten Einschätzungen für undifferenzierte Traumdeutungsstrategien.

An Mathys Arbeit (2001, 2011), an die von Leuzinger-Bohleber (1989), die Sitzungen zu Beginn und Ende der Psychoanalyse untersucht sowie die Arbeit von Albani, Blaser, Jones, Thomä, und Kächele (2001) soll innerhalb dieser Arbeit angeknüpft werden, indem

Sitzungen zu Beginn und zum Ende untersucht werden, in welchen Träume berichtet werden. Dies soll geschehen, indem die oben bereits dargelegte Methode der Psychotherapie Q-Set von Enrico Ernest Jones angewandt wird.

## Teil II – Empirie

### 7. Darstellung des methodischen Vorgehens

In diesem Abschnitt soll im Sinne der Transparenzforderung an die Psychotherapieforschung (s. hierzu Kapitel 4) dargelegt werden, wie zu den im nächsten Punkt darzulegenden Ergebnissen gekommen wurde.

Das Interesse zu den in dieser Arbeit untersuchten Inhalten ergab sich auf Grundlage verschiedener Prozesse. Zum einen wurde auf Basis des Forschungsmethoden Seminars bei Herrn Prof. Dr. Kächele die Idee geweckt, eine Masterarbeit im Kontext der Psychotherapieforschung, hier im Konkreten der Prozessforschung zu schreiben. Die Möglichkeit, bzw. Konkretisierung dieses eher vagen Wunsches wurde durch die Teilnahme an der PQS Schulung bei Frau Dr. Erhardt konkretisiert. Auf Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche zu Arbeiten mit PQS zum Fall von Amalie X (die Anregung geschah durch Herrn Prof. Dr. Kächele) ergab sich schnell der Wunsch, sich in der Arbeit auf Traumsitzungen zu beziehen. Als Ziel der Masterarbeit wurde im Verlauf die Untersuchung einer möglichen Auswirkung von Traumschilderungen auf die jeweilige psychoanalytische Sitzung formuliert. Darüber hinaus sollte ein möglicher Unterschied innerhalb der Sitzungen zu Beginn und zum Ende der Psychoanalyse untersucht werden, es sollte gezeigt werden, ob und wenn ja, inwiefern sich Traumsitzungen über den Zeitverlauf einer Psychoanalyse verändern. Zu diesem Zweck wurden exemplarisch zehn Sitzungen des Einzelfalles Amalie X verwendet, in welchen Träume geschildert werden, sowie auch 10 Sitzungen ohne eine solche Traumschilderung. Diese wurden Sitzungen aus dem Pool der transkribierten Sitzungen von Amalie X ausgewählt. Um Traumsitzungen zu identifizieren, wurde vor allem die Traumübersicht von Dahler, Blumer und Meier (2004) verwendet. Aus dieser wurden die ersten fünf sowie die letzten fünf Sitzungen ausgewählt, in denen Träume geschildert werden. Grundlegend für die Auswahl war der Gedanke, nicht nur eine Beschreibung von Traumsitzungen auf Grundlage des PQS zu entwickeln, sondern zudem zu untersuchen ob und inwiefern sich Traumsitzungen im Verlauf der psychoanalytischen Behandlung

entwickeln. Dementsprechend wurden die ersten und letzten fünf Sitzungen ausgewählt. In dieser Auswahl wurde sich zudem auch beispielsweise an die Arbeit von Mathys (2001) orientiert.

Um die Beschreibung der Traumsitzung von einer psychoanalytischen Sitzung ohne Traumschilderung abgrenzen zu können, wurden zudem Sitzungen ohne eine solche Schilderung untersucht. Da gewünscht war, mögliche Unterscheidungen zwischen den Bedingungen auf die Bedingung Traum – Nicht-Traum zurückführen zu können, wurden Kontrollsitzen aus gesucht, die sowohl zu Beginn als auch zu Ende der Psychoanalyse stattfanden. Dazu wurden Sitzungen ausgewählt, die um die Sitzungen mit Traumschilderung lagen. Bei den Traumsitzungen handelte es sich um die Sitzungen sechs, sieben, acht, 27 und 29, welche den Beginn repräsentierten, sowie die Sitzungen 512, 513, 514, 516 und 517. Die Kontrollsitzen lagen, wie bereits beschrieben, so gut wie möglich um diese Traumsitzungen verteilt, hierbei handelte es sich um die Sitzungen fünf, neun, 26, 28, 30, 479, 480, 489, 502 und 515. Diese Verteilung ergab sich auf Basis der Verteilung der Traumschilderung, sowie auch auf Grundlage des Vorhandenseins von Transkripten. Bedauerlicherweise ist so die Streuung der Kontrollsitzen zum Ende der Psychoanalyse erheblich größer als dies zu Beginn der Analyse, sowie auch im Kontext der Traumsitzungen. Bedeutsam ist zudem, dass ein Teil der Kontrollsitzen nicht, wie gefordert, durch Zweitratings validiert werden konnten. Hierbei handelte es sich um die Sitzungen 26, 28, 30, 479, 480 sowie 489. Der ursprüngliche Plan, lediglich vier Kontrollsitzen in die statistische Auswertung einzubeziehen wurde im Kontext eben dieser auf Basis der mangelnden Repräsentanz verändert. Leider erklärten sich von den Kommilitonen aus der Schulung von Frau Erhardt lediglich vier Kommilitoninnen bereit, Ratings durchzuführen. Eine der Kommilitoninnen stand für ein Rating zur Verfügung, zwei Kommilitoninnen rateten fünf Sitzungen, eine weitere vier Sitzungen, womit die zunächst geplanten 14 Sitzungen zweifach geratet waren. Die erneuten sechs Ratings konnten dann aus Kapazitätsgründen sowie mangelnder Zeit der Zweitraterinnen leider nicht erneut geratet werden. Für die Verwendung dieser lediglich einfach gerateten Daten sprach zudem die durchweg gute Korrelation zwischen Erst- sowie Zweitratings. Um jedoch etwaige Verzerrungen ausschließen, bzw. diese mit in die Ergebnisse einbeziehen zu können und dahingehend zu interpretieren, sollen auch die Ratingergebnisse der Kontrollsitzen mit zwei Ratings von denen unterschieden werden, welche lediglich einfach geratet werden wurden, bzw. wird bei den Items, bei welchen sich aufgrund der einfach gerateten Kontrollsitzen ein anderes Ergebnis ergeben hat, darauf hingewiesen.

Damit ein möglicher Einfluss der jeweiligen Bedingungen auf die Ratingergebnisse ausgeschlossen werden konnte, wurden alle Sitzungen kodiert und in lediglich kodierter Form an Zweitrater gegeben und so von diesen bearbeitet. Innerhalb des Manuals zum Psychotherapie Q-Set wird empfohlen, nach Möglichkeit von bereits vorhandenem Wissen bezüglich des Therapieerfolgs oder anderen Parametern bezüglich der Therapie, abzusehen. Die Erstraterin und Autorin hat sich in allen Ratings stets um die Einhaltung dieser Forderung bemüht. Im Kontext des Zweitratings wurde zudem darauf geachtet, dass die Rater nicht zu viel über die zu ratenden Sitzungen wussten. Dies wurde durch die oben bereits erwähnte Kodierung gewährleistet.

Um Datenschutzaspekte während und nach der Bearbeitung zu wahren, wurden alle Transkripte in ausgedruckter Form, mit der Kodierung versehen, ausgegeben. Die einzelnen Rater bekamen zudem eine Datenschutzerklärung in zweifacher Form ausgehändigt (diese ist im Anhang eingefügt), eine verblieb bei der Raterin, die andere wurde ausgefüllt an die Autorin zurückgegeben und ist ebenfalls im Anhang für jede Raterin angefügt. Zudem wurde der Erhalt des Transkripts per Unterschrift bestätigt. Nach Abgabe der Transkripte wurde dies auf eben jener Tabelle ebenfalls bestätigt. Auf diese Weise konnte sicher gestellt werden, dass keines der Transkripte abhanden kommen konnte.

Nach Erhalt der Ratings wurden diese zunächst auf ausreichende Korrelation geprüft, was bei allen Ratings gegeben war. Zwar lagen manche Korrelationen sehr dicht an dem akzeptablen Grenzwert von  $.5$ , jedoch erfüllten alle eben diesen. Die einzelnen Korrelationen lagen zwischen  $.5$  und  $.72$ . Somit war die weitere Arbeit mit den gemittelten Werten als legitimiert anzusehen. Die Mittelwerte für alle Bedingungen sowie die Bedingungen im Einzelnen werden im nächsten Punkt aufgeführt.

Die weitergehende Auswertung des durch das PQS gewonnenen Materials erfolgte mittels SPSS 22. Dabei wurden zunächst Mittelwerte und Standardabweichungen für die alle Bedingungen berechnet. Mit Hilfe von SPSS wurden die Mittelwerte wurden im Anschluss an die Überprüfung des Datensatzes auf Normalverteilung mit Hilfe des t-Tests verglichen. Da dieser zu keinen signifikanten Unterschieden führte, wird er jedoch lediglich im Anhang dargestellt. Um Effekte zwischen den Sitzungen bezogen auf die Itemverteilung treffen zu können, wurde zudem der Wilcoxon-Test berechnet, zum einen um Unterschiede zwischen Traumsitzungen und Sitzungen ohne Traumschilderung herauszufinden, zum anderen um zu untersuchen, ob und inwieweit sich Traumsitzungen über den Verlauf einer Psychoanalyse anders entwickeln, als dies normale Sitzungen tun.

## 8. Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden sollen die Ergebnisse der statistischen Untersuchung der Traum- sowie Kontrollsitzenngen dargelegt werden. Dabei werden zunächst, in Anlehnung an Albani et al. (2001), die Items für alle 20 Sitzungen in eine Rangreihe gebracht und diese eingehender beschrieben. Im Anschluss daran werden die beiden Therapiesitzungen, also die Sitzungen mit Traumschilderung, sowie auch die Sitzungen ohne Traumschilderungen im Einzelnen beleuchtet, die Mittelwerte für die beschreibenden Items werden dargelegt und die Items expliziert. Daran anknüpfend soll für die Bedingungen im Zeitverlauf eine Beschreibung der einzelnen Sitzungen geschehen.

### 8.1 Beschreibung der verschiedenen Sitzungsarten

#### *8.1.1 Beschreibung der Sitzungen im Allgemeinen mit Hilfe von PQS*

Über alle Sitzungen gemittelte Werte sind in der Tabelle 2 dargelegt, hierbei sowohl die charakteristischen (in Tab. 8.1.1.1) als auch die uncharakteristischen (Tab. 8.1.1.2). Deutlich wird hierbei, dass Gespräche über einen spezifischen Fokus verfügen (Item 23), die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten waren dabei häufig eines davon (Item 63), sowie auch das Selbstbild (Item 35). Zusätzliche Foki des Gespräches waren Berichte sowie das Besprechen von Träumen und Phantasien (Item 90), sowie der kurz zurückliegenden Lebenssituation von Amalie.

Die Patientin wird als der Therapie verpflichtet erlebt (Item 73), setzt sich reflektiert mit Problembereichen und ihrer Entstehung auseinander (Item 58). Zudem versteht sie das Wesen eben der Therapie (Item 72) und bringt bedeutsames Material ein (Item 15). Dabei fühlt sie sich im Allgemeinen vom Therapeuten verstanden (Item 14) und hat auch keine Probleme, seine Bemerkungen zu verstehen (Item 5).

Der Therapeut wird als einfühlsam beschrieben (Item 6), zudem als wenig herablassend (Item 51), wenig taktlos (Item 77) sowie wenig lehrerhaft (Item 37). Die Beziehung wurde dabei nicht von emotionalen Konflikten des Therapeuten gestört (Item 24), zudem fand keine therapeutische Selbstöffnung statt (Item 21). Zudem wird der Therapeut als wenig Abwehr-stärkend erlebt (Item 89).

**Tab. 8.1.1.1:** Die 10 charakteristischsten Items für alle Sitzungen

PQS #	Beschreibung	Wert
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.5
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.43
35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.2
88	Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.98
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	7.73
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.7
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.7
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.7
69	Aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.3
73	Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7.23

**Tab. 8.1.1.2:** Die 10 uncharakteristischsten Items für alle Sitzungen

PQS #	Beschreibung	Wert
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.23
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.55
77	Therapeut ist taktlos.	1.83
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht	1.93

	verstanden.	
21	Therapeutische Selbstöffnung.	2.2
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2.2
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.33
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2.43
5	Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.48
42	Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2.73

### *8.1.2 Beschreibung der Sitzungen mit Traumschilderungen über beide Zeitpunkte*

Die Sitzungen mit Traumschilderung werden im Folgenden dargelegt, sind zudem auch, sowohl die charakteristischen (Tab. 8.1.2.1) sowie die uncharakteristischen (Tab. 8.1.2.2) in Tabellenform ersichtlich.

Deutlich wird, dass auch die Sitzungen mit Traumschilderungen über einen spezifischen Fokus (Item 23) verfügen. Einer der Foki ist hierbei wieder das Selbstbild der Patientin (Item 35), ein weiterer sind Schilderungen von Träumen sowie auch Phantasien (Item 90), ein weiterer besteht erneut in dem Besprechen von zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63). Die Patientin wird auch in diesen Sitzungen als introspektiv und bereit zum Erforschen von Gedanken und Gefühlen (Item 97 und das uncharakteristische Item 58) erlebt. Sie bringt relevante Themen ein (Item 88, sowie Item 15 im uncharakteristischen Bereich) und versteht das Wesen der Therapie, sowie auch die an sie gestellten Forderungen (Item 72), sie verlässt sich dabei nicht darauf, dass der Therapeut ihre Probleme löst (Item 52). Dieser Therapie, so der Eindruck durch die Ratings, fühlt sie sich verpflichtet (Item 73).

Dabei bringt sie die von ihr geteilten Erfahrungen auf affektiv beteiligte Art und Weise ein (Item 56 uncharakteristisch).

Der Therapeut wird als einfühlsam und empathisch beschrieben, er ist auf die Patientin eingestellt (Item 6), nimmt den therapeutischen Prozess korrekt wahr (Item 28), behandelt die Patientin wenig herablassend (Item 51) und wird als wenig taktlos beschrieben (Item 77). Des weiteren stören seine eigenen Konflikte die Beziehung nicht (Item 24), er verhält sich wenig lehrerhaft (Item 37). Die therapeutische Selbstöffnung (Item 21) wird ebenfalls als gering ausgeprägt beschrieben.

**Tab. 8.1.2.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung

PQS #	Beschreibung	Wert
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.65
35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.35
90	Träume und Phantasien werden besprochen.	8.35
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.3
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	8
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	7.85
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.85
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.7
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.65
73	Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7.3

**Tab. 8.1.2.2:** Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung

PQS #	Beschreibung	Wert
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.15
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.6
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.85
77	Therapeut ist taktlos.	2.25
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2.4
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2.5
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.6
21	Therapeutische Selbstöffnung.	2.65
56	Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2.65
52	Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2.65

### *8.1.3 Beschreibung der Sitzungen ohne Traumschilderung über beide Zeitpunkte*

Die Sitzungen ohne Traumschilderung und beide Zeitpunkte werden im Folgenden dargelegt, sind zudem auch, sowohl die charakteristischen (Tab. 8.1.3.1) sowie die uncharakteristischen (Tab. 8.1.3.2) in Tabellenform ersichtlich.

Deutlich wird, dass auch die Sitzungen ohne Traumschilderungen über einen spezifischen Fokus (Item 23) verfügen. Einer der Foki ist hierbei erneut das Selbstbild der

Patientin (Item 35), ein größerer bestand in dem Besprechen von zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63), zudem wurde die aktuelle Lebenssituation besprochen (Item 69).

Die Patientin bringt dabei relevantes Material zur Sprache (Item 88), sie versteht das Wesen der Therapie und die an sie gestellten Anforderungen (Item 72). Dieser therapeutischen Arbeit fühlt sie sich verpflichtet (Item 73) und sie wird als introspektiv erlebt (Item 97), initiiert dabei auch relevante Themen (Item 15 uncharakteristisch) und setzt sich mit aufrechterhaltenden Faktoren bezüglich ihrer Problematiken auseinander (Item 58 uncharakteristisch). Dabei hat sie kaum Probleme, die Anmerkungen des Therapeuten zu verstehen (Item 5 uncharakteristisch) und fühlt sich von diesem verstanden (Item 14 uncharakteristisch).

Der Analytiker nimmt den therapeutischen Prozess korrekt wahr (Item 28), wird als neutral (Item 93), wenig herablassend (Item 51 uncharakteristisch), als taktvoll (Item 77 uncharakteristisch), wenig lehrerhaft (Item 37 uncharakteristisch) sowie als empfänglich und affektiv involviert (Item 9 uncharakteristisch) beschrieben. Es findet keine therapeutische Selbstöffnung statt (Item 21 uncharakteristisch), durch welche die therapeutische Arbeit gestört würde. Auch eigene Konflikte des Analytikers stören die Interaktion nicht (Item 24 uncharakteristisch).

**Tab. 8.1.3.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung

PQS #	Beschreibung	Wert
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.55
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.4
35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.15
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	8.1
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.8
69	Aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.65
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.65
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess	7.45

	richtig wahr.	
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.45
73	Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7.1
93	Therapeut ist neutral.	7.1

**Tab. 8.1.3.2:** Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung

PQS #	Beschreibung	Wert
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.25
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.3
77	Therapeut ist taktlos.	1.45
21	Therapeutische Selbstöffnung.	1.8
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	1.9
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.05
5	Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.3
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.3
9	Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2.5
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problemstellung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2.55

## 8.1.4 Beschreibung der Traumsitzungen im Verlauf/Anfang – Ende

### 8.1.4.1 Zu Beginn der Psychoanalyse

Im Folgenden werden erneut die zehn charakteristischen (siehe Tabelle 8.1.4.1.1) sowie auch die uncharakteristischen (siehe Tabelle 8.1.4.1.2) Items dargestellt. Im Kontext der uncharakteristischen Items werden hierbei jedoch elf eingebracht, da sich beide Items (Item 37 sowie Item 56) den zehnten Rang teilen.

Therapeutische Sitzungen zu Beginn der Psychoanalyse verfügen ebenfalls über einen spezifischen Fokus (Item 23), hierbei sind sowohl das Selbstbild (Item 35), sowie Träume und Phantasien (Item 90), als auch zwischenmenschliche Beziehungen der Patientin (Item 63) bedeutsam.

Dabei wird die Patientin bereits als introspektiv (Item 97), sie bringt relevante Themen zur Sprache (Item 88, sowie uncharakteristisches Item 15) und setzt sich mit dem genetischen und aufrechterhaltenden Faktoren ihrer Probleme auseinander (Item 58 uncharakteristisch). Dies tut sie auf affektiv beteiligte Art und Weise (Item 56 uncharakteristisch). Dementsprechend vermittelt sie, sie verstehe das Wesen der Therapie sowie die an sie gestellten Anforderungen (Item 72). Vom Therapeuten fühlt sie sich verstanden (Item 14 uncharakteristisch), seine Anmerkungen und Einwendungen nimmt sie zumeist an (Item 42 uncharakteristisch), sodass der Eindruck eines wenig rivalisierenden Charakters der Beziehung entsteht (Item 39 uncharakteristisch).

Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess korrekt wahr (Item 28), er klarifiziert und formuliert neu, was die Patientin zuvor sagte (Item 65). Dabei lässt er sich als wenig herablassend (Item 51 uncharakteristisch), wenig taktlos (Item 77 uncharakteristisch) sowie als einfühlsam und auf die Patientin eingestellt beschreiben (Item 6). Seine emotionalen Konflikte stören die Beziehung wenig (Item 24 uncharakteristisch), es findet kaum oder keine therapeutische Selbstöffnung statt (Item 21 uncharakteristisch). Dabei verhält sich der Therapeut wenig lehrerhaft (Item 37 uncharakteristisch).

**Tab. 8.1.4.1.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.7

35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.5
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.5
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.3
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	8.2
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	8.1
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.7
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	7.5
65	Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7.4
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.4

**Tab. 8.1.4.1.2:** Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.1
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.8
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.25
77	Therapeut ist taktlos.	2
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2.4
21	Therapeutische Selbstöffnung.	2.5

39	Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	2.6
42	Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2.6
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2.6
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.7

#### 8.1.4.2 Zum Ende der Psychoanalyse

Auch hinsichtlich des Endes der Psychoanalyse werden im Folgenden die zehn charakteristischsten Items für Traumsitzungen dargelegt (siehe Tabelle 8.1.4.2.1), sowie auch die uncharakteristischsten Items (Tabelle 8.1.4.2.2). Bei letzteren handelt es sich jedoch dieses Mal erneut um mehr als zehn Items, da hier vier Items den exakten gleichen Mittelwert erhalten haben, hierbei handelt es sich um die Items 25, 44, 52 sowie 89. Aus diesem Grund werden alle vier Items in die Auswertung mit einbezogen.

Erneut findet sich ein spezifischer Fokus innerhalb der Gespräche (Item 23), wieder sind zwischenmenschliche Beziehungen (Item 63), sowie das Selbstbild, als auch Träume und Phantasien (Item 90) im Fokus des Gesprächs. Zusätzlich werden auch Liebes- oder romantische Beziehungen besprochen (Item 64), sowie auch die therapeutische Beziehung als solches (Item 98).

Die Patientin wird auch zum Ende hin als kompetent dahingehend erlebt, dass sie relevante Themen in die Unterhaltungen einbringt (Item 88, sowie Item 15 uncharakteristisch), sie wird dabei als introspektiv erlebt (Item 97, sowie Item 58 uncharakteristisch). Sie hat keine Schwierigkeiten, die jeweiligen Stunden zu beginnen (Item 25 uncharakteristisch), ist vertrauensvoll und sicher dem Therapeuten gegenüber (Item 44 uncharakteristisch), verlässt sich dabei jedoch nicht darauf, dass der Therapeut ihre Probleme löst (Item 52 uncharakteristisch).

Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr (Item 28), er verhält sich wenig herablassend (Item 51 uncharakteristisch), wenig lehrerhaft (Item 37 uncharakteristisch) und wird als taktvoll beschrieben (Item 77 uncharakteristisch). Dabei

kontrolliert er die Sitzung nicht aktiv (Item 17 uncharakteristisch), seine emotionalen Konflikte stören diese ebenfalls nicht (Item 24 uncharakteristisch). Die Abwehr der Patientin stärkt er im Kontext seiner Interventionen ebenfalls nicht (Item 89 uncharakteristisch).

**Tab. 8.1.4.2.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.6
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.3
35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.2
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	8.2
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.2
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	8
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	7.8
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.6
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	7.5
98	Therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.	7.4

**Tab. 8.1.4.2.2:** Die 12 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1.2
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht	1.4

	verstanden.	
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.9
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2.2
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.5
77	Therapeut ist taktlos.	2.5
17	Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.	2.6
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2.6
25	Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.	2.7
44	Patient ist wachsam und misstrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).	2.7
52	Patient verlässt sich darauf, dass der Therapeut die Probleme des Patienten löst.	2.7
89	Therapeut stärkt die Abwehr.	2.7

### *8.1.5 Beschreibung der psychoanalytischen Sitzungen ohne Traumschilderung im Verlauf/Anfang – Ende*

#### 8.1.5.1 Zu Beginn der Psychoanalyse

Die Kennwerte für die Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse sind ebenfalls dargestellt, die charakteristischsten in Tabelle 8.1.5.1.1, die uncharakteristischsten in Tabelle 8.1.5.1.2.

Sitzungen enthielten einen spezifischen Fokus (Item 23), diese waren das Selbstbild (Item 35), zwischenmenschliche Beziehungen (Item 63) sowie aktuelle Lebensereignisse (Item 69). Kein Inhalt der Gespräche war dabei das Besprechen spezifischer Aktivitäten, welche die Patientin in Angriff nehmen sollte (Item 38 uncharakteristisch). Die Patientin

brachte relevantes Material zur Sprache (Item 88 sowie Item 15 uncharakteristisch), tat dies auf affektiv beteiligte Art und Weise (Item 56 uncharakteristisch), verstand das Wesen der Therapie (Item 72), war introspektiv (Item 97) und fühlte sich der Therapie verpflichtet (Item 73).

Der Therapeut wird erneut als einfühlsam (Item 6), als wenig lehrhaft (Item 37 uncharakteristisch), taktvoll (Item 77 uncharakteristisch), wenig herablassend (Item 51 uncharakteristisch), empfänglich und affektiv involviert (Item 9 uncharakteristisch) beschrieben. Seine emotionalen Konflikte sind nicht in einer Weise spürbar, die die Beziehung stören würden (Item 24 uncharakteristisch), es findet keine therapeutische Selbstöffnung statt (Item 21 uncharakteristisch), er stärkt im Kontext seiner Interaktionen jedoch auch nicht die Abwehr (Item 89 uncharakteristisch).

**Tab. 8.1.5.1.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
35	Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	8.8
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.6
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.2
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	8.1
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	7.8
69	Aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.6
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	7.5
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.5
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.3
73	Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.	7.2

**Tab. 8.1.5.1.2:** Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	1.25
77	Therapeut ist taktlos.	1.25
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.5
9	Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).	2
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	2.25
21	Therapeutische Selbstöffnung.	2.25
56	Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.	2.25
38	Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.	2.5
89	Therapeut stärkt die Abwehr.	2.5

#### 8.1.5.2 Zum Ende der Psychoanalyse

Zum Abschluss werden nun noch die Kennwerte für Sitzungen ohne Traumschilderung zum Ende der Analyse dargestellt. Erneut sind diese wieder in Tabellen zu den charakteristischen Items (Tabelle 8.1.5.2.1) sowie uncharakteristischen Items (Tabelle 8.1.5.2.2) aufgeteilt.

Gespräche verfügten über einen spezifischen Fokus (Item 23), dieser lag im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen (Item 63), der romantischen Beziehungen (Item 64) sowie der aktuellen Lebenssituation der Patientin (Item 69). Die Patientin brachte dabei erneut relevantes Material zur Sprache (Item 88 und Item 15 uncharakteristisch) und introspektiv (Item 97), sie versteht das Wesen der Therapie (Item 72), setzt sich mit

ursächlichen Phänomenen bezüglich ihrer Symptomatik auseinander (Item 58 uncharakteristisch), versteht die Bemerkungen des Therapeuten (Item 5 uncharakteristisch), fühlt sich vom Therapeuten verstanden (Item 14 uncharakteristisch) und nimmt dessen Bemerkungen an (Item 42 uncharakteristisch).

Der Therapeut wird als neutral (Item 93), einfühlsam (Item 6), wenig herablassend (Item 51 uncharakteristisch), taktvoll (Item 77 uncharakteristisch) und wenig lehrhaft (Item 37 uncharakteristisch) beschrieben. Er öffnet sich dabei nicht selbst (Item 21 uncharakteristisch), auch emotionale Konflikte seinerseits stören die Beziehung nicht (Item 24 uncharakteristisch).

**Tab. 8.1.5.2.1:** Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
23	Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	8.6
63	Zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	8.5
88	Patient bringt relevantes Material zur Sprache.	8.4
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	8.1
72	Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.	7.8
69	Aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	7.7
93	Therapeut ist neutral.	7.6
97	Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	7.6
6	Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.	7.5

**Tab. 8.1.5.2.1:** Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse

PQS #	Beschreibung	Wert
15	Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.	1,1
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.3
77	Therapeut ist taktlos.	1.8
21	Therapeutische Selbstöffnung.	1.9
58	Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder Aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	2
5	Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.	2.1
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.1
24	Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	2.4
37	Therapeut verhält sich "lehrerhaft".	2.4
42	Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).	2.4

## 8.2 Vergleich zwischen Traumsitzungen und Kontrollsitzen

Wie oben bereits dargelegt wurde, ergab der t-Test zwischen für Unterschiede zwischen Sitzungen mit Traumschilderungen und Sitzungen ohne Traumschilderungen keine signifikanten Unterschiede. Aus diesem Grund wird dieser hier nicht näher eingegangen, ist jedoch im Anhang zu finden. Im Anschluss an den t-Test wurde nun der Wilcoxon-Test für alle Items angewendet, hierbei zunächst für die Bedingung *Sitzung mit Traumschilderung*

sowie *Sitzung ohne Traumschilderung*. Dabei ergaben sich die in der Tabelle 8.21 dargestellten Ergebnisse.

**Tab. 8.2.1:** Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Therapiestunden, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

	Traumsitzungen	Kontrollsitungen
	M	M
Item 90 Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.35	5.7**
Item 40 Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)	5.4	3.9*
Item 22 Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	4.6	5.8*
Item 93 Therapeut ist neutral.	5.94	7.1**
Item 21 Therapeutische Selbstöffnung.	2.6	1.8*
Item 14 Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.55	2.3*
Item 57 Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.	4.65	3.9*
Item 77 Therapeut ist taktlos.	2.2	1.45*
Item 51 Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.85	1.25*
Item 28 Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	8	7.45*

\*p .05, \*\*p .01

Deutlich wird, dass das Item, welches das Unterscheidungskriterium zwischen beiden Bedingungen beinhaltet, nämlich das Vorhandensein von Traumschilderungen (Item 90) am extremsten ausgeprägt ist und auch eine der stärksten Signifikanzen aufweist. Dieser Befund war vor der Auswertung bereits zu erwarten, auch wenn deutlich wurde, dass in einigen der untersuchten Sitzungen ohne Traumschilderung das Gespräch trotzdem bedeutsam auf Traumgeschehen fokussiert war. So wurde beispielsweise in der Sitzung 30 kein Traum als solches geschildert, dennoch wurde hier viel über das Träumen an sich gesprochen, wodurch hier ein hoher Score für das Item 90 vergeben wurde.

Das Item mit der nächstgrößeren Differenz zwischen beiden Bedingungen ist das Item 40, bei diesem sind jedoch weder die Ausprägungen für Sitzungen mit Traumschilderung noch ohne Traumschilderung im besonders charakteristischen oder uncharakteristischen Bereich. Es entstand bei den Ratenden jedoch der Eindruck, als biete der Therapeut in Sitzungen ohne Traumschilderung eher Interpretationen an, die auf allgemeine, nicht auf konkrete Personen, bezogen sind.

Das Item 22 ist ebenfalls ein Item, welches nicht zur Beschreibung einer der Bedingungen herangezogen wurde, es ist jedoch dennoch im Kontext der größten Unterschiede wiederzufinden. Hierbei wurden Sitzungen, in welchen kein Traum geschildert wurde, als weniger ausgeprägt bewertet, hier entstand dementsprechend der Eindruck, der Therapeut fokussiere in den ausgewählten Sitzungen weniger stark auf etwaige Schuldgefühle der Patientin.

Das Item 93, welches für Sitzungen ohne Traumschilderung in der Beschreibung der Sitzungen von Bedeutung ist, ist für eben diese auch stärker ausgeprägt, der Therapeut erscheint in Sitzungen mit einer Traumschilderung (obschon mit einem Wert von 5.94 noch immer im positiven Bereich) weniger neutral, als dies in Sitzungen mit Traumschilderung der Fall ist.

Als Teil der besonders uncharakteristischen Items für beide Bedingungen, fand sich für das Item 21 jedoch ein Unterschied zwischen beiden Bedingungen. Hierbei befindet sich der Wert zwar für beide Bedingungen im deutlich uncharakteristischen Bereich, jedoch liegt er für Sitzungen ohne Traumschilderung noch niedriger.

Ein umgekehrtes Bild ergibt sich für Item 14, welches zwar ebenfalls für beide Bedingungen im uncharakteristischen Bereich liegt, jedoch scheint sich die Patientin innerhalb von Sitzungen mit Traumschilderungen noch stärker vom Therapeuten verstanden zu fühlen.

Für das Item 57 ergaben sich, obschon für keine Beschreibung verwendet, ebenfalls signifikante Unterschiede. Dieser Befund erscheint jedoch fraglich, es wird hierauf im Verlauf noch eingegangen. Aus den Ergebnissen entsteht jedoch der Eindruck, der Therapeut erläutere in Kontrollsitzen seinen Behandlungsansatz noch weniger intensiv, als dies in Sitzungen mit Traumschilderung geschehe.

In Kontrollsitzen wurde zudem der Therapeut als noch weniger taktlos empfunden, hierbei handelt es sich um das Item 77, als dies in Sitzungen mit Traumschilderungen der Fall ist.

Ein ähnliches Bild ergibt sich für das Item 51, dieses ist in der Beschreibung der einzelnen Sitzungstypen für beide Bedingungen deutlich im negativen Bereich geratet worden, im Kontext der Sitzung ohne Traumschilderung wurde ihm jedoch ein noch etwas geringerer Wert zugeordnet.

Das letzte Item, welches einen signifikanten Unterschied zwischen den Bedingungen aufwies ist das Item 28. Dieses war ebenfalls Bestandteil der Beschreibung beider Sitzungstypen, wurde für diese als charakteristisch gewertet. Im Kontext der Differenzierung ergab sich hierbei jedoch eine höhere Bewertung für Sitzungen mit Traumschilderungen, es entstand der Eindruck, der Therapeut nehme den therapeutischen Prozess noch genauer wahr, als dies in Sitzungen ohne Traumschilderung der Fall war.

Wie bereits angesprochen, müssen einige dieser Befunde jedoch kritisch betrachtet werden aufgrund des möglichen Einflusses, den die lediglich einfache Bewertung einiger Kontrollsitzen auf die endgültigen Ausprägungen haben könnte. Aus diesem Grund wurde ein erneuter Wilcoxon-Test fuer die Traumsitzen mit den Kontrollsitzen mit zweifachem Rating gerechnet. Hierbei musste aufgrund der ungleichen Stichprobengröße jedoch eine Transformation der Daten vorgenommen werden, die Fälle für die Sitzungen ohne Traumschilderung wurden daher mit 1.5 multipliziert, um so auch auf die Anzahl der Traumsitzen zu kommen. Diese Methode ist sicherlich testtheoretisch schwierig, jedoch erschien sie hier zur Prüfung der Daten angemessen, zumal keine andere Möglichkeit bestand, die Option, die Kontrollsitzen zweitraten zu lassen bestand auf Basis des Mangels an Ratern wie oben bereits dargelegt leider nicht.

Hieraus ergaben sich lediglich für die Items 14, 22, 90 sowie 93 signifikante Unterschiede, welche in der Tabelle 4 dargelegt sind. Dabei wird offenbar, dass sich neben dem bereits offensichtlichen Unterschied hinsichtlich des Fokus' auf dem Besprechen von Träumen und Phantasien, Sitzungen mit Traumschilderung zumindest in geringem Ausmaß von Sitzungen ohne Traumschilderung zu unterscheiden scheinen. Der Therapeut wird in

diesen als weniger neutral wahrgenommen (Item 93), es entsteht der Eindruck, der Patient, bzw. in diesem Fall die Patientin fühle sich vom Therapeuten noch besser verstanden (Item 14) sowie eine geringere Fokussierung des Analytikers auf die Schuldgefühle der Patientin (Item 22).

**Tab. 8.2.2:** Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Traumsitzungen und 4 Kontrollsitzen und zwei Rater, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

	Traumsitzungen	Kontrollsitzen
	M	M
Item 90 Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.35	6**
Item 93 Therapeut ist neutral	5.94	7*
Item 14 Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.55	2.5*
Item 22 Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	4.6	5.25*

\*p .05, \*\*p .01

### 8.3 Vergleich der Traumsitzungen zu Beginn und zum Ende der Psychoanalyse

Im Verlauf der Psychoanalyse ergeben sich im Kontext der Traumsitzung diverse Veränderungen, die sich nicht zwangsläufig auf die Schilderung der Träume als solche beziehen müssen. Viel eher kann und muss hier ein Zusammenhang von der Veränderung und dem Zeitpunkt der Sitzung gesehen werden. Fraglich ist, ob und inwiefern auch die Traumschilderungen sich unabhängig von der Beschreibung der Auswirkung des Zeitpunkts der Sitzung verändert.

Während der Therapeut zu Beginn der Analyse Klarifikationen und Wiederholungen verwendet (Item 65) und mit seinen Formulierungen bemüht ist, der Patientin das Erzählen zu erleichtern (Item 3) und ihr Wertschätzung vermittelt (Item 18), tut er dies zum Ende der Psychoanalyse signifikant weniger, er beruhigt diese zudem anfänglich stärker, als dies am Ende der Analyse der Fall ist (Item 66). Zum Ende der Analyse bezieht sich der Analytiker in seinen Deutungen und Interpretationen zudem intensiver auf bestimmte Personen in Amalies Leben, als dies noch zu Beginn der Analyse der Fall war (Item 40).

Auch im thematischen Bereich finden sich Veränderungen, während zu Beginn der Analyse der Mangel an Gesprächen über Liebes- oder romantische Beziehung (Item 64) zwar nicht grundlegend charakteristisch ist, so fällt die Veränderung von Beginn zum Ende doch deutlich auf. Zu Beginn findet sich eine eher niedrige Ausprägung, zum Ende der Analyse ist dieses Item dagegen Teil der Beschreibung der Sitzung ist. Auch Ziele und Vorhaben der Patientin sind zum Ende der Analyse eher Gesprächsthema, als dies noch zu Beginn der Analyse war (Item 41).

Zu Beginn der Analyse kontrollierte die Patientin wenig bis gar nicht (Item 87), gegen Ende der Behandlung ist sie zu einer Kontrolle der Sitzung schon eher in der Lage. Zusätzlich ringt sie zum Ende der Therapie eher darum, ihre Gefühle zu kontrollieren (Item 70), als sie dies noch zu Anfang getan hat. Auch hierbei sind einige Items enthalten, die zur eigentlichen Beschreibung der Traumsitzungen herangezogen wurden, weder für Traumsitzungen zu Beginn noch zum Ende der Analyse.

Im Vergleich mit den Befunden von Albani et al. (2001) wird deutlich, dass die Items, welche in besonderem Maße ausgeprägt sind, hierbei handelt es sich um die Items 64, 65, 3 sowie 87, ebenfalls in den dort ausgewerteten Sitzungen Items mit starker Veränderung sind. Dementsprechend kann die Veränderung nicht explizit und ausschließlich für Traumsitzungen angenommen werden. Viel eher scheint sich hier der Einfluss des Erhebungszeitpunktes ausschließlich widerzuspiegeln.

**Tab. 8.3.1** Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Psychoanalyse (Mittelwert über jeweils 5 Therapiestunden und zwei Raterinnen, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

	Traumsitzungen 6, 7, 8, 27 und 29	Traumsitzungen 512, 513, 514, 516 und 517
	M	M
Item 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	3.8	7.6*
Item 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagte.	7.2	3.7*
Item 3 Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.	6.7	4.7*
Item 87 Patient kontrolliert.	3.4	5.4*
Item 41 Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gespräches.	4	5.9*
Item 40 Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)	4.6	6.2*
Item 18 Therapeut vermittelt Wertschätzung. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin)	6.9	5.8*

Item 66 Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)	5.1	4.0*
Item 70 Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.	4.3	5.2*

---

\*p .05, \*\*p .01

Um einen adäquaten Vergleich zwischen den Entwicklungen beider Bedingungen zu gewährleisten, sollte in dieser Arbeit zudem noch die Entwicklung der Sitzungen ohne Traumschilderung untersucht werden. Diese Untersuchung wurde auch durchgeführt, jedoch lassen sich hier aufgrund der nicht repräsentativen Erhebung der Kontrollsitzen, bzw. der mangelnden Zweitratings und der damit einhergehenden, oben bereits dargelegten, möglichen Verzerrung kein eindeutiges Ergebnis präsentieren. Viel eher müssen die Befunde als etwaiger Trend betrachtet werden, welcher durch weitere Untersuchung oder die Einbindung der noch fehlenden Zweitratings noch zu verifizieren wäre.

Innerhalb der Gruppe der Kontrollsitzen fanden sich für die zweifach gerateten Sitzungen diverse Items, die eine Signifikanz bezüglich der Unterschiedlichkeit zwischen Anfang und Ende der Psychoanalyse nur knapp verfehlten, hierbei handelt es sich um alle Items, welche auch eine Differenz in der Bedingung Sitzung mit Traumschilderung aufwiesen, bis auf Item 40. Die ausführliche Darstellung der Signifikanzen ist im Anhang beigefügt (Anhang B, Tabelle xx).

## 9. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, zu untersuchen, ob und inwiefern Sitzungen mit Traumschilderungen sich von Sitzungen ohne Traumschilderungen unterscheiden. Zu diesem Zweck wurde das Instrument *Psychotherapie Q-Set* von Enrico E. Jones auf insgesamt 14 psychoanalytische Sitzungen des analytischen Falles *Amalie X* angewendet, welche der Autorin allesamt in transkribierter Form vorlagen.

Diese Arbeit wurde hierzu zweigeteilt, im ersten Teil wurde zunächst auf bedeutsam Scheinendes bezüglich der Thematik eingegangen, dabei handelte es sich zunächst um Darlegungen zur Geschichte der Traumschilderung sowie –deutung. In diesem Zuge wurde

sowohl auf geschichtliches eingegangen, als auch auf Darstellungen verschiedener psychoanalytischer Theorien, sowie auch kurz auf neurowissenschaftliche Befunde.

Ein weiterer bedeutsamer theoretischer Anteil dieser Arbeit lag auf der Darstellung der Bedeutung von Falldarstellungen innerhalb der Psychotherapieforschung. Der hier dargelegte Fall der Amalie X reiht sich insofern in die Psychotherapieforschung ein, als dass hier psychoanalytische Prozesse im Sinne der Forderung nach Transparenz und intersubjektiver Nachprüfbarkeit aufgezeichnet und so zur weiteren Untersuchung zugänglich gemacht wurden. Die Bedeutsamkeit solcher Fälle sowie der damit einhergehenden Möglichkeit zur Untersuchung diverser Prozessmerkmale ist gerade im Kontext der Beibehaltung der Psychoanalyse in der Versorgungsleistung der Krankenkassen, sowie aber auch der Anerkennung im akademischen Bereich von enormer Bedeutung. Um eben einen solchen Einzelfall, der zur prozessanalytischen Untersuchung befähigt, handelt es sich bei der Therapie von Amalie X. Dieser wurde hinsichtlich biografischer Fakten dargelegt, zudem wurde die Psychoanalyse von Amalie in ihren Merkmalen dargelegt. Auch auf psychometrische Daten, welche zur Evaluation des Behandlungserfolgs bedeutsam sind, wurde eingegangen, sowie auch auf Forschungsergebnisse, die im Kontext dieser Arbeit relevant sein können. Hierbei wurden auch andere Arbeiten dargelegt, innerhalb derer das hier verwendete Instrument PQS verwendet wurde.

Der letzte Abschnitt des theoretischen Teils widmete sich eben diesem Forschungsinstrument. Da dieses Teil der Q-Sort Technik ist, wurde zunächst auf eben diese eingegangen, bevor anschließend zum spezifischen Instrument übergegangen wurde. Es wurde sowohl auf die Items und Kategorien des PQS eingegangen, als auch auf den Entwicklungshintergrund, zudem auch auf Anforderungen, die die Anwendung an den Beurteilenden stellt.

Im Anschluss an den theoretischen Teil knüpft sich die Darstellung der eigentlichen Untersuchung an, die von der Autorin durchgeführt wurde. Hierbei handelte es sich, wie bereits erwähnt, um eine Untersuchung von 14 transkribierten Sitzungen des psychoanalytischen Einzelfalls Amalie X. Von diesen 14 Sitzungen waren 10 Therapiesitzungen, in denen die Patientin Träume berichtete, vier waren ohne eine solche Traumschilderung. Bei der Auswahl der Traum- sowie Kontrollsitzen, wurden, um ein besonders repräsentatives Ergebnis zu erhalten, Sitzungen sowohl von Beginn als auch Ende der analytischen Therapie verwendet. Hier wurde sich sowohl an Albani et al. (2001) als auch Leuzinger-Bohleber (1989) orientiert.

Aus der statistischen Auswertung ergab sich für den t-Test kein signifikantes Ergebnis bezüglich der Gesamtheit der Stichprobe. Auf Grundlage des doch recht homogenen Samples (es handelte sich wie dargelegt um die gleiche Patientin, Therapeuten sowie auch das gleiche psychodynamische Verfahren) war dieses Ergebnis jedoch prinzipiell absehbar. Aus diesem Ergebnis folgt jedoch noch nicht zwangsläufig, dass die Items unter den verschiedenen Bedingungen keinerlei Unterschiede aufweisen. Um diesbezüglich eine Differenzierung zu erhalten, wurde der Wilcoxon-Test durchgeführt. Aufgrund der im Vorfeld ausgewählten Verteilung von Sitzungen (es wurden leider nicht genügend Kontrollsitzen ausgewählt), wurden im Zuge der statistischen Wertung erneut sechs weitere Sitzungen mittels des PQS geratet. Da diese mangels der temporären Verfügbarkeit von Zweitratern nur einfach geratet wurden, kann die Auswertung noch nicht endgültig erfolgen. Weitere Zweitrater stünden jedoch ab Anfang Oktober erneut zur Verfügung und erklärten sich zur erneuten Auswertung bereit. Hier kann gegebenenfalls eine neue Berechnung und Auswertung erfolgen. Die Ergebnisse beider Varianten wurden oben dargestellt, hier sollen nun jedoch ausschließlich die Ergebnisse diskutiert werden, welche sich auf Basis des zweifachen Ratings ergeben haben.

Dabei fanden sich zwischen den Bedingungen *Sitzung mit Traumschilderung* sowie *Sitzung ohne Traumschilderung* bei vier Items unterschiedliche Ausprägungen, welche das Signifikanzniveau von  $p = .05$  erreichten. Bei diesen handelte es sich zum einen um ein Item, welches sich auf die Schilderung von Träumen sowie Phantasien bezieht (Item 90). Da es sich hierbei um die Unterscheidungsbedingung handelt und damit ein signifikanter Unterschied zwischen beiden Bedingungen notwendig und offensichtlich erscheint, soll auf dieses nicht näher eingegangen werden. Ein weiteres Item, das, obschon nicht zur Charakterisierung einer der Bedingungen eklatant bedeutsam, war das Item 93, *Der Therapeut ist neutral*. Dieser Befund könnte insofern plausibel erscheinen, als dass die Schilderung von Träumen, wie im Verlauf dieser Arbeit dargelegt, eine kommunikative Ebene beinhaltet, die sich zwar in die sonstigen Prozesse einer Psychoanalyse einreicht, dennoch einen tiefen Einblick in vor- oder unbewusste Prozesse erlaubt und dementsprechend, wie Mathys (2011) es formulierte, eine kommunikative Zumutung darstellt.

Ein signifikantes Ergebnis stellte sich des Weiteren für das zur Beschreibung aller Sitzungen bedeutsame Item 14 ein, *Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden*. Die Patienten, so verweisen die Ergebnisse, fühlte sich in Sitzungen, in welchen eine Schilderung eines Traumes vorkam, vom Analytiker noch besser verstanden, als dies in Sitzungen ohne eine solche Schilderung der Fall war. Dieser Befund erscheint für die Autorin besonders

bedeutsam. Hier kann ein Zusammenhang zu dem Fakt gesehen werden, dass Analytiker und Patientin eine sehr gut funktionierende und vertrauensvolle Art der Interaktion haben. Nur auf Basis eines solchen Vertrauens kann die Schilderung und Deutung von Träumen zu einem intensivierten Gefühl des Verständnisses führen. Interessant könnte die Gegenüberstellung der hier dargebrachten Ergebnisse (idealiter in ihrer noch zu verbessernden Form, in welcher ebenfalls zehn zweifach geratete Kontrollsitzen beinhaltet sind) mit einer Analyse oder Therapie sein, welche nicht in dem Ausmaß der Psychoanalyse von Amalie erfolgreich oder dem Paradigma der Psychoanalyse entsprechend bewertet wurde. Dies kann vor allem im Bezug auf die Befunde von Leuzinger-Bohleber (1989) als vielversprechend gesehen werden, da diese auf die Unterschiede hinweist, welche sich aus ihrer inhaltsanalytisch fundierten Untersuchung ergeben haben. Eine Übertragung dieser Ergebnisse auf Prozessvariablen erscheint wünschenswert.

Zusätzlich fand sich in Sitzungen mit Traumschilderung eine Reduzierung der Fokussierung des Analytikers auf die Schuldgefühle der Patientin (Item 22). Auch dieses Item erreichte für keine der hier untersuchten Sitzungsformen ein Ratingmaß, welches zur Beschreibung der Sitzung herangezogen wurde.

Im Zuge der Untersuchung sollte auch versucht werden, eine etwaige Entwicklung von Traumsitzungen herauszustellen. Hierfür ergaben sich jedoch leider kaum signifikante und aussagekräftige Ergebnisse, welche sich von der Entwicklung psychoanalytischer Sitzungen generell, wie sie Albani et al. (2001) dargelegt wurden. Einzig das Item 22 unterschied sich hier im Pool der Items, ermittelt aus der Berechnung mit ausschließlich zweifach gerateten Items. Für diverse andere Items, welche z.T. auch in der Variante mit jeweils fünf Kontrollsitzen, aber teilweise nur einfach gerateten Sitzungen, ergaben sich Ergebnisse, die das Signifikanzniveau mit .063 nur knapp verfehlten. Hier ist ebenfalls eine genauere Exploration von Nöten.

Als problematisch neben der ungleichen Verteilung von Sitzungsbedingungen zeigte sich auch der Fakt, dass Kontrollsitzen, welche für die Auswertung des Endes der Psychoanalyse verwendet wurden, sich auf den Bereich der Sitzungen 480 bis 515 erstreckten. Diese doch für das Ende frühen Sitzungen mussten jedoch verwendet werden, da diese die einzigen verfügbaren Transkripte ohne Traumschilderung waren. Dieser Fakt schränkt die Repräsentierbarkeit der Ergebnisse zum Teil ein, da sich zu diesem Zeitpunkt der Analyse noch andere thematische Schwerpunkte ergaben, wie beispielsweise in den Sitzungen 479 und 480 der Fokus auf Sexualität, welcher in den letzten Sitzungen nicht fanden, hier ergaben sich thematisch, auch unabhängig von dem Vorkommen einer Traumschilderung,

doch andere Inhalte, die sich eher auf das Ende der Analyse bezogen, auf zwischenmenschliche Beziehungen an sich, Liebesbeziehungen sowie die therapeutische Beziehung.

Schwierig war bei der statistischen Auswertung auch der geringe Umfang der Sitzungen, welche Beginn und Ende der Analyse repräsentierten. Hierbei handelte es sich jeweils um lediglich fünf Sitzungen, was die Aussagekraft der Ergebnisse doch erheblich beeinträchtigt.

Insgesamt kann die Untersuchung trotz der Limitationen der vorliegenden als vielversprechend wahrgenommen werden. Es fanden sich so doch marginale Unterschiede zwischen Traumsitzungen und Sitzungen ohne Traumschilderung. Der Versuch, Traumsitzungen prozessanalytisch zu betrachten kann somit als erfolgreich angesehen werden.

## Abkürzungsverzeichnis

ca.	circa
ebd.	ebenda
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
GT	Gießtest
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10
in Vorb.	in Vorbereitung
nREM	non Rapid Eye Movement
PQS	Psychotherapie Q-Set
REM	Rapid Eye Movement
S.	Seite
s.	siehe
u.a.	unter anderem
v.a.	vor allem
VEV	Veränderungsfragebogen zum Erleben und Verhalten
v.Chr.	vor Christus
vgl.	vergleich
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

## Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 5.3.1:</b>	Die Verteilung der Items des Psychotherapie Q-Sets .....	S. 33
<b>Tab. 8.1.1.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für alle Sitzungen.....	S. 48
<b>Tab. 8.1.1.2:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für alle Sitzungen.....	S. 48
<b>Tab. 8.1.2.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung .....	S. 50
<b>Tab. 8.1.2.2:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung .....	S. 51
<b>Tab. 8.1.3.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung .....	S. 52
<b>Tab. 8.1.3.2:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung .....	S. 53
<b>Tab. 8.1.4.1.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse .....	S. 54
<b>Tab. 8.1.4.1.2:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse .....	S. 55
<b>Tab. 8.1.4.2.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse .....	S. 57
<b>Tab. 8.1.4.2.2:</b>	Die 12 uncharakteristischsten Items für Sitzungen mit Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse .....	S. 57
<b>Tab. 8.1.5.1.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse .....	S. 59
<b>Tab. 8.1.5.1.2:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn der Psychoanalyse .....	S. 60
<b>Tab. 8.1.5.2.1:</b>	Die 10 charakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung	

	zum Ende der Psychoanalyse .....	S. 61
<b>Tab. 8.1.5.2.1:</b>	Die 10 uncharakteristischsten Items für Sitzungen ohne Traumschilderung zum Ende der Psychoanalyse .....	S. 62
<b>Tab. 8.2.1:</b>	Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Therapiestunden, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen) .....	S. 63
<b>Tab. 8.2.2:</b>	Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Traumsitzungen und 4 Kontrollsitzen und zwei Rater, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen) .....	S. 66
<b>Tab. 8.3.1:</b>	Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Psychoanalyse (Mittelwert über jeweils 5 Therapiestunden und zwei Raterinnen, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen).....	S. 68

## Literaturverzeichnis

Albani, C. Blaser, G., Jacobs, U., Levy, R.A., Ablon, J.S., Jones, E.E. (2008). Revidiertes Manual zum „Psychotherapie Prozess Q-Set (PQS-R) von Enrico E. Jones – Deutsche Version (PQS-R-D). In: C.Albani, J.S. Ablon, R.A. Levy, W. Mertens, H. Kächele (Hrsg). *Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version (PQS-R-D) und Anwendungen*. Ulm: Verlag Ulmer Textbank.

Albani, C., Blaser, G., Jones, E.E., Thomä, H., Kächele, H. (2001). Amalia X im Lichte des "Psychotherapie-Prozess Q-Sort" von E. Jones. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel (Hrsg.), *Langzeit-Psychotherapie*. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Stuttgart: Kohlhammer.

Aserinsky, R., Kleitman, N. (1953). Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. *Science* 4, 118-273.

Beckmann, D. & Richter, H. E. (1972). *Der Gießen-Test (GT)*. Bern: Huber.

Breton, A. (1969). *Manifestoes of Surrealism*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.

Bucci, W. (2005): Process research. In: E.S. Person, A.M. Cooper, G.O. Gabbard, (Hrsg.): *Textbook of psychoanalysis*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Dahler, Blumer, C., S., Meier, R. (2004). *Amalies Träume: Trauminventar*. Unveröffentlichte Studienarbeit, Zürich.:Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

Deserno, H. (1999). *Das Jahrhundert der Traumdeutung: Perspektiven psychoanalytischer Traumforschung*. Stuttgart: Klett Cotta.

Deserno, H. (2007). Traumdeutung in der gegenwärtigen psychoanalytischen Therapie. *Psyche*, 61, 913-942.

Döll-Hentschker, S. (2008). *Die Veränderung von Träumen in psychoanalytischen Behandlungen*. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag.

Eckes-Lapp, R. (1980). *Psychoanalytische Traumtheorien und Trauminterpretation*. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.

Edelman, G.M. (1987). *Neural Darwinismus, The Theory of Neural Group Selection*. New York: Basic Books.

Edelman, G.M. (1992). *Bright air, brilliant fire*. On the matter of mind. New York: Basic Books.

Erhardt, I., Levy, R. A., Ablon, S. A., Ackermann, J. A., Seybert, C. Voßhagen, I., Kächele, H. (2014). Amalie Xs Musterstunde. *Forum der Psychoanalyse* (<http://link.springer.com/article/10.1007/s00451-013-0163-y> letzter Zugriff: 21.08.2014)

Ermann, M. (2005). *Träume und Träumen. Hundert Jahre „Traumdeutung“*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fahrenberg, J., Selg, H., Hampel, R. (1970, 1978). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI*. 6., ergänzte Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Ferenczi, Sándor (1913). *To whom does one relate one's dreams?* Further contributions to the Theory of Techniques of Psycho-Analysis. London: Hogarth.

Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung. Über den Traum*. G.W., Bd. II/III. Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (1916-17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. G. W., Bd. XI (II. Teil: Der Traum, Vorl. V-XV. Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (1918). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*. GW Bd. 12, S. 27-157. Frankfurt am Main: Fischer.

Freud, S. (1933). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. G.W., Bd. XV. Frankfurt am Main: Fischer.

Hermes, L. (1996). *Traum und Traumdeutung in der Antike*. Zürich & Düsseldorf: Artemis & Winkler.

Hobson, J.A., McCarley, R.W. (1977). The brain as a dream state generator> An activation-synthesis hypothesis of the dream process. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1335-1348.

Hörz, S., Seybert, C., Mertens, W. (2008). Lernerfahrungen und Ratingbeispiele mit dem PQS-R-D. In: C. Albani, J. S. Ablon, R. A. Levy, W. Mertens, H. Kächele (Hrsg.), *Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones*. Ulm: Verlag Ulmer Textbank.

Hoffman C. (2004). Dumuzi's dream: Dream analysis in ancient Mesopotamia. *Dreaming*, 14(4), 240-251.

Homer (2010). *Odyssee*. Ditzingen: Reclam.

Jones, E. E. (1985). *Manual for the psychotherapy process Q-set*. Berkely: University of California.

Jones, E. E. (2000). *Therapeutic Action*. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc.

Jones, E.E., Albani, C., Blaser, G., Jacobs, U. (2008). *Revidiertes Manual zum „Psychotherapie Prozess Q-Set“ (PQS-R) von Enrico E. Jones – Deutsche Version (PQS-R-*

D). In: C. Albani, J. S. Ablon, R. A. Levy, W. Mertens, H. Kächele (Hrsg.), *Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“* von Enrico E. Jones. Ulm: Verlag Ulmer Textbank.

Jung, C.G., von Franz, M.-L., Henderson, J., Jacobi, J., Jaffé, A. (1968): *Der Mensch und seine Symbole*. Düsseldorf, Zürich: Patmos Verlag. Erstausgabe: *Men and his Symbols*, London 1964. Folgende Seitenangabe entstammt der 16. Auflage 2003 der Sonderausgabe von 1999, S. 53 (im Kapitel: Die Funktion der Träume).

Kächele, H., Thomä, H., Ruberg, W., Grünzig, H.J. (1988). Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hrsg.), *Psychoanalytic process research strategies*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Kächele, H., Albani, C., Buchheim, A., Grünzig, H.-J., Hölzer, M., Hohage, R. et al. (2006). Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X. *Psyche*, 60, 387–425.

Kächele, H., Leuzinger-Bohleber, M., Buchheim, A., Thomä, H. (2006). Amalie X – ein deutscher Musterfall (Ebene I und Ebene II). In: H. Thomä & H. Kächele (Hrsg.), *Psychoanalytische Therapie – Forschung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kächele, H., Schachter, J., Thomä, H. (2009). *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research*. New York, London: Routledge

Kächele, H., Deserno, H. (in Vorbereitung). *Amalie X träumt*.

Kanzer, M. (1955). The communicative function of the dream. *International Journal of Psycho-Analysis* 36, 260-266.

Leuschner, W. (1999). Experimentelle psychoanalytische Traumforschung. In: H. Deserno (Hrsg.), *Das Jahrhundert der Traumdeutung* (S. 356-374). Stuttgart: Klett-Cotta.

Leuzinger-Bohleber, M. (1989). *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen*. Band 2. Fünf aggregierte Einzelfallstudien. Berlin etc.: Springer.

Lowy, S. (1942). *Psychological and Biological Foundation of Dream*. London: Routledge.

Luborsky, L., Spence, D. (1971). Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: S. L. Garfield, A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S.408-438). New York: Wiley.

Mathys, H. (2001). „*Ich habe heute so einen herrlichen Mist geträumt.*“ *Amalies Traumerzählungen untersucht mit der Erzählanalyse JAKOB*. Unveröffentlichte Linzenziatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse.

Mathys, H. (2011). *Wozu werden Träume erzählt? Interaktive und kommunikative Funktion von Traummitteilungen im psychoanalytischen Behandlungssetting*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Mertens, W. (1999). *Traum und Traumdeutung*. München: C. H. Beck.
- Mortgart, A. (1959). *Archäologische Forschungen der Max Freiherr von Oppenheim-Stiftung im Nördlichen Mesopotamien 1956*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Platon (2004): Theätet. In: Otto Apelt (Hrsg.): *Platon: Sämtliche Dialoge*, Bd. 4, Hamburg: Meiner.
- Plutarch (1997). *Moralische Schriften*. In: H.J. Klauck (Hrsg.) *Plutarch: Moralische Schriften*. Ditzingen: Reclam.
- Scherner, K.A. (1861). *Das Leben des Traumes*. Berlin: Verlag von Heinrich Schindler.
- Seafieft, F. (1865). *The Literature and Curiosities of Dreams*. Whitefish: Literary Licensing.
- Solms, M. (2000). Dreaming and REM sleep are controlled by different brain mechanisms. *Behavioral Brain Science* 23, 904-1121.
- Thomä, H., Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie. Band 2. Praxis*. Heidenberg: Springer.
- Ulmer Textbank (1989). *Amalie*. Ulm: Ulmer Textbank.
- Van de Castle, R.L. (1994). *Our Dreaming Mind*. New York City: Ballantine Books.
- Wallerstein, R.S. (2001). Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, M.E. Beutel (Hrsg.): *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weeß, H.-G., Landwehr, R. (2009). Phänomenologie, Funktion und Physiologie des Schlafes. In: M. Broda, B. Stein, H.-G. Weeß (Hrsg.): *Schlaf und Traum*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Zielke, M., Kopf-Mehnert, C. (1978). *Der Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Weinheim: Beltz.
- Zint, N. (2001). Traum und Tempus. Zur Funktion der Textsorte „Traumerzählung“ in psychoanalytischen Behandlungsdiagnosen. Pinneberg: N. Zint.

## Appendix

### Appendix A1:

Manual zum Psychotherapie Prozess Q-Sort - Deutsche Ausgabe Enrico E. Jones, University of California, Berkeley Übersetzung von Cornelia Albani, Gerd Blaser und Uwe Jacobs

Ziel und Zweck der im Psychotherapie Prozess Q-Sort enthaltenen Items ist es, eine grundlegende Sprache für die Beschreibung und Klassifizierung des Psychotherapieprozesses bereitzustellen. Der Methode liegt die Annahme zugrunde, dass Psychotherapie einen interpersonellen Prozess darstellt. Sie soll aber im Hinblick auf spezielle Therapietheorien neutral bleiben und daher die Abbildung eines weiten Spektrums therapeutischer Interaktionen erlauben. Die Verwendung einer standardisierten Sprache und Bewertungsprozedur soll eine systematische Einschätzung von Patient-Therapeut-Interaktionen ermöglichen. Anstelle kleiner Ausschnitte von Patienten- oder Therapeutenäußerungen werden komplette Therapiesitzungen anhand des Q-Sorts bewertet. Dies soll ermöglichen, dass wichtige Vorgänge erfasst und gewonnene Eindrücke bewertet werden können. Das Instrument wurde mit dem Anliegen entwickelt, ein Inventar bedeutungsvoller Bestandteile des Therapieprozesses bereitzustellen, das in vergleichenden Untersuchungen angewendet werden kann und auch Prä-Post-Studien ermöglicht. Das Vorgehen ist relativ einfach. Zunächst werden die Prozessdaten untersucht und eine Formulierung über das Material erstellt. Anschließend werden die 100 Karten verwendet. Ordnen Sie die Items in eine Reihe von neun Kategorien, wobei an einem Ende der Reihe die Karten sortiert werden, die Sie bezüglich des Materials als besonders charakteristisch einschätzen und am anderen Ende jene Karten, welche Sie für am wenigsten charakteristisch halten. Am einfachsten sortiert man, indem man zunächst drei Stapel bildet – jene Karten, die man für charakteristisch hält auf der einen Seite, jene, die man für uncharakteristisch hält auf der anderen Seite, und jene Karten, die dazwischen fallen, in der Mitte. In dieser Phase der Auswertung muss noch nicht auf die Anzahl der Karten auf den drei Stapeln geachtet werden. Wenn alle drei Stapel geordnet sind, könne sie weiter aufgeteilt werden, nun jedoch in einer bestimmten Verteilung. Die Verteilung der Karten auf die jeweiligen Kategorien erfolgt entsprechend der nachfolgenden Tabelle: Kategorie Anzahl der Items Bezeichnung der Kategorie xxxxx

Sie mögen sich von den Vorgaben durch die Q-Sort-Items und die Anleitung zur Zuordnung zu den Kategorien etwas eingeschränkt fühlen. Wie auch andere inhaltsanalytische Verfahren ist der Q-Sort darauf angelegt, komplexe Interaktionen im Sinne der Forschungsökonomie auf eine handhabbare Größe zu reduzieren. Keines dieser Instrumente kann sich den realen interaktiven Prozessen in einer Psychotherapie perfekt anpassen oder sie vollständig erfassen. Die Zuordnung einer festgelegten Anzahl von Karten zu jeder Kategorie ist jenen Methoden empirisch überlegen, in denen ein Kliniker eine beliebige Anzahl von Karten den jeweiligen Kategorien zuweisen kann. Die Q-Items sind Ergebnis vielfältiger Überlegung und psychometrischer Analysen. Es ist nicht möglich, die Charakteristika oder Inhalte einer spezifischen Therapie durch die extreme Platzierung einzelner Items zu erfassen. Es ist jedoch fast immer möglich, dies durch die Verbindung von zwei oder mehreren Items zu erreichen. Das Q-Sort soll eine Beschreibung der Dimensionen des psychotherapeutischen Prozesses anhand der passenden Zuordnung einzelner Items und der daraus resultierenden Verteilung mehrerer Items ermöglichen. Der Q-Sort beinhaltet drei Typen von Items:

1. Items, die die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten beschreiben;
2. Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln und
3. Items, welche die Art der Interaktion der Dyade bzw. die Atmosphäre des Austauschs beschreiben.

Die Definitionen, Beschreibungen und Beispiele, die zu jedem Item gehören, sollen dabei helfen, die Unterschiede im Verständnis der Items auf ein Minimum zu beschränken. Das Manual sollte genau studiert werden. 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. Beim Zuordnen der Karten sollten Sie sich fragen: Ist diese Haltung, dieses Verhalten oder Erleben klar vorhanden (oder nicht vorhanden)? Falls der Befund nicht überzeugend ist, stellen Sie sich folgende Frage: In welchem Ausmaß ist es vorhanden oder nicht vorhanden? Suchen Sie nach spezifischen Befunden. Versuchen Sie, so offen und objektiv wie möglich zu sein. Vermeiden Sie z.B. Urteile darüber, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist. Seien Sie sich Ihrer möglichen Voreingenommenheiten bezüglich „idealer“ therapeutischer Interaktionen bewusst. Vor allem versuchen Sie, sich nicht von Ihren persönlichen Reaktionen auf den Therapeuten oder Patienten beeinflussen zu lassen; vermeiden Sie zum Beispiel, Ihre Bewertung davon beeinflussen zu lassen, ob Sie diese Person gerne als Ihren Therapeuten

hätten oder davon, wie Sie selbst als Therapeut reagiert hätten. Beurteiler sind gelegentlich bei der Bewertung einer Stunde nicht sicher, ob ein bestimmtes Item in die eher neutrale (oder unwichtige) Kategorie gehört oder in eine der uncharakteristischen Kategorien. Ein Item sollte der neutralen Kategorie zugeordnet werden, wenn es tatsächlich unwichtig bezüglich der Interaktion ist. Eine extreme Platzierung des Items in Richtung uncharakteristisch bedeutet, dass das Fehlen eines bestimmten Verhaltens oder Erlebens bemerkenswert ist und daher in der Q-Sort Beschreibung der Stunde erfasst werden sollte. Mit anderen Worten, das Fehlen eines Ereignisses, welches für die Beschreibung der Stunde wichtig erscheint, kann dadurch erfasst werden, dass es in der uncharakteristischen Kategorie platziert wird statt in der neutralen. Für viele Items sind diesbezüglich in der Definition detaillierte Anleitungen gegeben. Beurteiler können mitunter eine hinreichende Evidenz für eine solche Einschätzung (oder auch diesbezüglich anderer Arten der Itemzuordnung) vermissen. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass in umfassenden Studien bereits gezeigt werden konnte, dass mit Geduld und Sorgfalt hohe Inter-Rater-Reliabilitäten erreicht werden können. Um den Text kürzer und leichter lesbar zu gestalten, wird bei den nachfolgenden Formulierungen der Items jeweils nur die maskuline Form verwendet.

**Item 1: Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Kritik, Abneigung, Neid, Verachtung, Wut oder Feindschaft gegenüber dem Therapeuten verbal oder nonverbal zum Ausdruck bringt, zum Beispiel der Patient wirft dem Therapeuten vor, die Therapie nicht genügend zu strukturieren.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle über den Therapeuten verbal oder nonverbal zum Ausdruck bringt, zum Beispiel dem Therapeuten Komplimente macht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten lenkt, wie zum Beispiel Mimik, Erröten, Lachen, Räuspern oder Körperbewegungen. Der Therapeut weist zum Beispiel darauf hin, dass der Patient lächelt, obwohl er sagt, er sei wütend.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das nonverbale Verhalten des Patienten nicht oder nur wenig thematisiert wird.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Äußerungen oder das Verhalten des Therapeuten darauf hinweisen, dass er dem Patienten zuhört und ihn ermuntert fortzufahren, wie zum Beispiel hmmm, ja, sicher, richtig usw.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Therapeut nicht in dieser, das Erzählen erleichternden Art und Weise verhält (bezieht sich nicht auf Fragen und explorierende Kommentare).

N.B. Die Beurteilung basiert auf der Absicht des Therapeuten, nicht auf der Wirkung, d.h. nicht darauf ob es gelingt, das Erzählen zu erleichtern.

**Item 4: Therapieziele des Patienten werden besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn darüber gesprochen wird, was der Patient in der Therapie erreichen möchte. Diese Wünsche oder Ziele können sich auf persönliche oder innere Veränderungen (zum Beispiel: "Ich habe die Therapie angefangen, um meine Depression zu überwinden.") oder Veränderungen der Lebensumstände beziehen ("Ich bin gespannt, ob die Therapie dazu führen wird, dass ich heirate.").

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn weder Patient noch Therapeut auf mögliche Konsequenzen oder Folgen der Therapie Bezug nehmen.

**Item 5: Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient durch die Bemerkungen des Therapeuten verwirrt zu sein scheint. Das kann sowohl Abwehrcharakter haben, als auch durch mangelnde Klarheit seitens des Therapeuten bedingt sein. Zum Beispiel sagt der Patient wiederholt "Wie bitte?", "Wie meinen Sie das?" oder zeigt auf andere Art und Weise, dass er nicht versteht, was der Therapeut meint.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Bemerkungen des Therapeuten problemlos versteht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Fähigkeit zeigt, die 'innere Welt' des Patienten so zu erfassen, als wäre es seine eigene; wenn der Therapeut sensitiv für die Gefühle des Patienten ist und dieses Verständnis in einer Art und Weise kommunizieren kann, die dem Patienten angemessen erscheint, zum Beispiel der Therapeut sagt etwas, das ein Verständnis dafür erkennen lässt, wie sich der Patient in einer bestimmten Situation gefühlt hat.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut kein einführendes Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben scheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Anspannung, Angst oder Unruhe zeigt. Dies kann durch direkte Aussagen geschehen, zum Beispiel: "Ich fühle mich heute nervös", oder indirekt durch Stammeln, Stottern oder andere Indikatoren auf der Verhaltensebene.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient ruhig oder entspannt wirkt, oder sich wohl zu fühlen scheint.

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

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

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

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

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber kühl, förmlich und unbeteiligt wirkt oder durch emotionale Zurückhaltung oder Rückzug gekennzeichnet ist.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut emotional aufgeschlossen für den Patienten und affektiv involviert erscheint.

**Item 10: Patient strebt größere Nähe mit dem Therapeuten an.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient wünscht oder versucht, die therapeutische Beziehung in eine gleichberechtigtere (mehr soziale) oder persönlichere und intime Beziehung zu verwandeln. Zum Beispiel: Der Patient macht sich Sorgen um den Therapeuten oder versucht, etwas über das Privatleben des Therapeuten zu erfahren.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht zu versuchen scheint, größere Nähe zum Therapeuten herzustellen.

**Item 11: Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Sexualität des Patienten besprochen wird. Dies kann in Form von Gesprächen über sexuelle Probleme oder sexuelle Gefühle, Phantasien

oder aktuelle Erfahrungen des Patienten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient erzählt, dass er häufiger Sex mit seiner Liebespartnerin / seinem Liebespartner haben will.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht über sexuelle oder erotische Inhalte spricht.

**Item 12: In der Stunde wird geschwiegen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn oft Schweigen oder bedeutsame Pausen oder einige ausgedehnte Schweigephasen auftreten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn wenig geschwiegen wird.

N.B. Kurze Pausen im Gespräch sollten nicht als Schweigen gewertet werden, es sei denn, sie sind sehr häufig oder länger als einige Sekunden.

**Item 13: Patient ist lebhaft.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient lebendig oder expressiv wirkt. Zum Beispiel: Der Patient reagiert lebhaft auf eine Interpretation des Therapeuten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient gelangweilt, teilnahmslos oder leblos erscheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Sorge darüber äußert oder den Eindruck vermittelt, sich vom Therapeuten missverstanden zu fühlen oder annimmt, dass ihn der Therapeut nicht verstehen kann. Zum Beispiel: Eine Witwe zweifelt die Fähigkeit des Therapeuten an, ihre Lage zu verstehen, da der Therapeut niemals in ihrer Situation war.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient irgendwie zum Ausdruck bringt, dass er sich vom Therapeuten verstanden fühlt. Zum Beispiel: Der Patient sagt in Reaktion auf eine Bemerkung des Therapeuten: "Ja, genau das meine ich"

**Item 15: Patient initiiert keine Themen oder führt Themen nicht näher aus.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient keine Gesprächsthemen oder Probleme einbringt oder vertieft oder keine Verantwortung für den Verlauf der Stunde übernimmt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass er nicht weiß, worüber er sprechen soll.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Schweigen unterbricht oder Themen entweder spontan oder in Reaktion auf Nachfragen des Therapeuten einbringt und diese Themen aktiv weiter verfolgt oder vertieft.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn im Gespräch somatische Themen oder körperliche Symptome betont werden. Zum Beispiel: Der Patient klagt über Müdigkeit oder Krankheit, über Kopf- oder Menstruationsschmerzen, schlechten Appetit und Ähnliches.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn körperliche Beschwerden kein wichtiges Gesprächsthema sind. Eine extremere Plazierung als uncharakteristisch weist darauf hin, dass das Fehlen des Gesprächs darüber bemerkenswert ist in dem Sinn, dass eine solche Diskussion zu erwarten wäre, z. B. der Patient schwer krank ist, aber nicht darüber spricht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufig interveniert. Nicht auf Grund der Angemessenheit der Interventionen beurteilen. Zum Beispiel erfolgt eine Wertung als sehr charakteristisch, wenn der Therapeut so aktiv ist, dass er häufig unterbricht oder eingreift, um eine Frage zu stellen oder eine Meinung zu äußern oder er stark die Richtung in der Stunde vorgibt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut relativ selten interveniert und wenig Anstrengungen unternimmt, die Interaktion zu strukturieren oder der Therapeut

dazu neigt, der Führung des Patienten zu folgen, zum Beispiel: Der Therapeut gestattet es dem Patienten, die wesentlichen Gesprächsthemen einzubringen und hilft dem Patienten anschließend, seine (des Patienten) Gedankengänge zu verfolgen.

**Item 18: Therapeut vermittelt Wertschätzung. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin).**

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut den Patienten nicht offen oder subtil negativ beurteilt, "inakzeptables" oder problematisches Verhalten des Patienten auf eine Art und Weise exploriert wird, die dem Patienten das Gefühl vermittelt, wertgeschätzt zu sein. Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die Bemerkungen des Therapeuten oder sein Ton Kritik, mangelnde Akzeptanz oder eine Abneigung bezüglich des Verhaltens des Patienten zum Ausdruck bringen. Eine eher extreme Platzierung erfolgt, wenn der Therapeut zum Ausdruck bringt, dass er Charakterzüge oder die Persönlichkeit des Patienten als unangenehm empfindet.

**Item 19: Therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.**

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn die therapeutische Beziehung sexualisiert erscheint. Das kann variieren von einer warmen, erotisch gefärbten Beziehung, über schüchternem oder verführerischem Verhalten des Patienten bis zu offen geäußerten Wünschen nach sexueller Befriedigung. Zum Beispiel: Der Patient spricht über sexuelle Erfahrungen in einer Art und Weise, als wolle er das sexuelle Interesse des Therapeuten wecken.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn die therapeutische Beziehung im Wesentlichen nicht sexualisiert erscheint. Eine eher extreme Platzierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Patient (oder der Therapeut) Themen oder Verhaltensweisen vermeidet, die als sexuelles Interesse verstanden werden könnten, oder es wird versucht, erotische Gefühle in den Griff zu bekommen oder zu unterdrücken.

**Item 20: Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. (N.B. Platzierung in der uncharakteristischen Richtung impliziert, dass der Patient sich angepasst verhält.)**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Patient in einer Art und Weise verhält, die darauf zielt, eine emotionale Reaktion beim Therapeuten hervorzurufen. Zum Beispiel: Der Patient versucht Zurückweisung durch den Therapeuten auszulösen, indem er Verhaltensweisen an den Tag legt, die geeignet sind, den Therapeuten zu ärgern oder Inhalte der therapeutischen Vereinbarung verletzen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient besonders angepasst oder fügsam ist oder die Rolle des "guten Patienten" zu spielen scheint, um dem Therapeuten zu gefallen.

**Item 21: Therapeutische Selbstöffnung**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten persönliche Informationen oder Reaktionen offenbart. Zum Beispiel: Der Therapeut erzählt dem Patienten etwas über seine Herkunft oder sagt zu dem Patienten: "Ich finde, dass Sie ein sehr liebenswerter Mensch sind."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich der Therapeut solcher Selbstöffnung enthält. Eine eher extreme Platzierung in dieser Richtung zeigt an, dass sich der Therapeut auch dann nicht öffnet, wenn der Patient ihn dazu drängt. Zum Beispiel: Der Therapeut antwortet nicht direkt, wenn der Patient fragt, ob er verheiratet ist.

**Item 22: Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten fokussiert oder die Aufmerksamkeit darauf lenkt, speziell wenn die Absicht erkennbar ist, solche Gefühle zu mildern. Zum Beispiel: Der Therapeut bemerkt, dass sich der Patient offenbar schuldig fühlte, als er einmal nicht auf die ständigen Bitten seiner Tochter um Hilfe reagierte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht betont.

**Item 23: Gespräch hat einen spezifischen Fokus.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Beurteiler bezogen auf die gesamte Stunde einen klaren Fokus oder einige eindeutige Foci erkennen kann. Zum Beispiel: Das beherrschende Thema der Stunde war das Gefühl des Patienten, dass er es zeitlebens und in vielerlei Hinsicht nicht geschafft hat, den Erwartungen seines Vaters gerecht zu werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn zahlreiche Themen besprochen werden oder das Gespräch irgendwie diffus wirkt.

**Item 24: Emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Reaktionen des Therapeuten auf den Patienten ineffektiv oder unangemessen erscheinen und wenn seine Reaktion sich nicht ausschließlich aus der therapeutischen Interaktion ergibt, sondern sich möglicherweise aus den psychischen Konflikten des Therapeuten ableitet (zum Beispiel Gegenübertragungsreaktionen). Zum Beispiel: Der Therapeut scheint bestimmte Affekte zu vermeiden oder zeigt besonderes Interesse an bestimmten Affekten, die der Patient ausdrückt oder ausdrücken sollte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die persönlichen emotionalen Reaktionen des Therapeuten die therapeutische Beziehung nicht unangemessen belasten.

**Item 25: Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient am Anfang der Stunde Unbehagen oder Verlegenheit zeigt. Zum Beispiel: Es gibt ein längeres Schweigen oder der Patient sagt: "Ich weiß nicht, worüber ich heute sprechen soll".

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Stunde direkt beginnt, ohne längere Pause oder Fragen des Therapeuten.

**Item 26: Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Scham, Schuld, Furcht oder Traurigkeit im Verlauf der Stunde ausdrückt. Je extremer die Plazierung, umso intensiver der Affekt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient keine solch unangenehmen Gefühle ausdrückt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut explizit Ratschläge gibt oder bestimmte Vorschläge macht, die der Patient annehmen oder ablehnen kann. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Vielleicht sollten Sie einen Rechtsanwalt fragen, wie die Erbschaft am besten zu handhaben ist." oder der Therapeut hält den Patienten an, verschiedene Optionen zu bedenken und jede Alternative abzuwägen. Zum Beispiel: Der Therapeut weist auf Möglichkeiten hin, die der Patient übersieht und hält den Patienten an, die Konsequenzen der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten abzuwägen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Rat-schläge gibt. Eine extreme Plazierung in dieser Richtung bedeutet, dass der Therapeut solche Anleitung nicht gibt, auch wenn der Patient danach verlangt oder es vielleicht hilfreich wäre.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das emotionale Befinden des Patienten, das was der Patient sagt oder das Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung zutreffend wahrnimmt. Dies soll aus den Kommentaren, Interventionen oder der generellen Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber erschlossen werden. Die Beurteilung soll unabhängig von der Art der Therapie (zum Beispiel kognitiv-behavioral,

psychoanalytisch) erfolgen und sich auf den beobachtbaren therapeutischen Prozess in der Sitzung beschränken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Weise den emotionalen Zustand, die Bedeutung dessen, was der Patient sagt oder die Art der Interaktion missversteht oder das Problem falsch formuliert.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient davon spricht, dass er größere Distanz zu oder Unabhängigkeit von jemandem will (jedoch nicht vom Therapeuten). Zum Beispiel: Der Patient will endgültig frei vom Einfluss seiner Eltern sein.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht darüber spricht, getrennt, unabhängig oder ungebunden sein zu wollen.

**Item 30: Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn im Gespräch spezifische, bewusste Vorstellungen, Themen, Glaubenssätze oder Konstrukte betont werden, die dazu dienen, Andere, das Selbst oder die Welt zu beurteilen. Zum Beispiel: Der Therapeut schlägt vor, die Überzeugung des Patienten näher zu betrachten, wonach er wertlos sei, wenn nicht alles, was er in Angriff nimmt, perfekt gelingt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur wenig oder gar nicht von solchen Überzeugungen oder Konstrukten die Rede ist.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Fragen stellt, um Informationen zu gewinnen oder den Patienten anhält, ein Erlebnis genauer zu beschreiben. Zum Beispiel der Therapeut fragt nach der Lebensgeschichte des Patienten oder danach, was dem Patienten durch den Kopf ging, als er zufällig einen Bekannten auf der Straße traf.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht aktiv versucht, Informationen zu erhalten.

**Item 32: Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn eine neue Perspektive, ein neuer Zusammenhang, eine neue Haltung oder abgewehrte Inhalte im Verlauf der Stunde auftauchen. Zum Beispiel: Im Anschluss an eine Bemerkung des Therapeuten wirkt der Patient nachdenklich und sagt: "Ich glaube, das ist wahr. So habe ich das noch nie gesehen."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn keine neue Einsicht im Verlauf der Stunde auftritt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient davon spricht, jemandem nahe zu sein oder vom Wunsch nach Nähe und Intimität (jedoch nicht auf den Therapeuten bezogen). Zum Beispiel: Der Patient berichtet, dass er einsam ist und nicht allein sein möchte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht über Nähe oder den Wunsch nach Nähe spricht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dazu neigt zu externalisieren und andere oder äußere Umstände wegen seiner Schwierigkeiten anzuklagen. Zum Beispiel: Der Patient behauptet, dass seine Schwierigkeiten mit der Arbeit auf sein Pech mit Arbeitgebern zurückzuführen seien.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient selbst Verantwortung für seine Probleme übernimmt, zum Beispiel feststellt, dass misslungene Beziehungen das Resultat seiner ungeeigneten Partnerwahl sind.

**Item 35: Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn, im positiven oder im negativen, das Selbstkonzept oder Gefühle, Einstellungen oder Wahrnehmungen bezüglich der eigenen Person ein Gesprächsthema des Patienten und/oder des Therapeuten sind. Zum Beispiel: Der Patient erzählt davon, dass es ihm gelegentlich schwer fällt für sich einzustehen, weil er sich dann als zu aggressiv erlebt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das Selbstbild nur eine untergeordnete oder keine Rolle im Gespräch spielt.

**Item 36: Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, zum Beispiel Ungeschehenmachen, Verleugnung.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Abwehrmechanismen des Patienten, die darauf zielen, die Wahrnehmung bedrohlicher Informationen oder Gefühle zu verhindern, ein zentrales Thema darstellen. Zum Beispiel: Der Therapeut spricht an, dass der Patient seine Liebe zum Vater bezeugt, nachdem er kritische Bemerkungen über ihn gemacht hatte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn diese Art von Abwehrdeutungen in der Stunde nur eine untergeordnete oder keine Rolle spielen.

**Item 37: Therapeut verhält sich "lehrerhaft".**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten dem Patienten gegenüber der eines Lehrers gegenüber einem Schüler entspricht. Dies kann unabhängig vom konkreten Inhalt beurteilt werden. Der Therapeut kann z. B. Information vermitteln, Ratschläge geben oder Deutungen in Form einer Anweisung geben.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber keine Lehrer-Rolle einnimmt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn bestimmte Aktivitäten besprochen werden, die der Patient außerhalb der Therapie in Angriff nehmen soll wie zum Beispiel die Gültigkeit einer bestimmten Überzeugung überprüfen, sich anders verhalten, als es der Patient üblicherweise tut oder sich bezüglich seiner Erkrankung zu belesen. Zum Beispiel: Es wird davon gesprochen, eine gefürchtete Situation oder ein gefürchtetes Objekt aufzusuchen, das der Patient üblicherweise vermeidet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nicht darüber gesprochen wird, solche Verhaltensweisen außerhalb der Therapie auszuprobieren.

**Item 39: Beziehung hat rivalisierenden Charakter.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn entweder der Patient oder der Therapeut mit dem jeweiligen Anderen rivalisiert. Dies kann in Form von prahlen, sich aufwerten oder den Anderen abwerten geschehen. Zum Beispiel: Der Patient äußert, dass Therapeuten ein bequemes Leben führen, während er selbst im richtigen Leben steht und arbeitet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Patient und Therapeut nur wenig oder nicht rivalisieren.

**Item 40: Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten auf bestimmte Personen beziehen. Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie fühlten sich verletzt und wütend, als ihre Mutter sie kritisierte."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten nicht auf bestimmte Personen oder auf andere Aspekte des Lebens des Patienten beziehen.

Der Therapeut sagt zum Beispiel: "Sie scheinen dazu zu neigen, sich zurückzuziehen, wenn andere ihnen nahe kommen."

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient über Vorhaben, Ziele oder den Wunsch nach Erfolg und Status spricht. Der Patient spricht zum Beispiel über seine Hoffnung, Rechtsanwalt zu werden und ein gutes Einkommen zu erzielen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient über eine Einengung bzgl. seiner Zukunftserwartungen spricht, entweder in Form realistischer Planung oder von Wunschdenken.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient mit den Vorschlägen, Beobachtungen oder Interpretationen des Therapeuten meist nicht übereinstimmt oder sie ignoriert. Zum Beispiel, wenn der Patient nach einer zentralen Interpretation des Therapeuten meint, er glaube nicht, dass dies den Punkt treffe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dazu neigt, den Bemerkungen des Therapeuten zuzustimmen.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, das Verhalten anderer Personen im Leben des Patienten zu interpretieren. Der Therapeut bietet zum Beispiel an, dass der/die LiebespartnerIn des Patienten Probleme mit Intimität habe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Äußerungen zur Bedeutung des Verhaltens anderer macht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber wachsam, misstrauisch oder argwöhnisch zu sein scheint. Der Patient fragt sich zum Beispiel, ob ihn der Therapeut wirklich mag oder ob sich eine andere, versteckte Bedeutung in den Äußerungen des Therapeuten verbirgt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint.

**Item 45: Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut eine supportive, anwaltsartige Haltung gegenüber dem Patienten einnimmt. Dies kann durch die Bestärkung von Handlungen des Patienten geschehen oder indem der Patient zu sozial kompetentem Verhalten ermutigt wird. Oder der Therapeut stimmt positiven Selbstbewertungen des Patienten zu oder er betont die Stärken des Patienten, zum Beispiel: "Sie haben das in der Vergangenheit hinbekommen und können es wieder schaffen."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine supportive Rolle in diesem Sinne einnimmt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten eindeutig, direkt und leicht verständlich ist. Bewerten Sie das Kommunikationsverhalten des Therapeuten als sehr charakteristisch, wenn sein Sprachstil originell, außergewöhnlich ist.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten diffus, zu abstrakt, stereotyp oder durch Jargon geprägt ist.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut bereit und offen wirkt, Kompromisse einzugehen, wenn Unstimmigkeiten oder Konflikte auftreten. Zum Beispiel: Wenn sich der Patient über den Therapeuten ärgert, versucht der Therapeut den Patienten zu beschwichtigen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Anstrengungen unternimmt, die Beziehung zu verbessern, wenn Schwierigkeiten auftreten.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten anhält, sich seine eigenen Gedanken zu machen oder so zu handeln, wie der Patient es selbst für richtig hält. Zum Beispiel: Der Therapeut stellt fest, dass er jetzt gehört hat, was die Mutter des Patienten oder seine Kollegen denken, was der Patient tun soll, er aber noch nicht wisse, was der Patient selbst denke oder tun wolle.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht zum Thema macht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient gemischte Gefühle gegenüber dem Therapeuten äußert oder wenn der Inhalt der Äußerungen über den Therapeuten nicht im Einklang mit seinem Verhalten bzw. seinem üblichen Benehmen steht oder Gefühle verdrängt werden. Zum Beispiel: Der Patient stimmt einem Vorschlag des Therapeuten überschwänglich zu, fährt dann jedoch mit Äußerungen fort, aus denen hervorgeht, dass er sich über Personen ärgert, die ihm vorschreiben, was er zu tun habe.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur schwache Anzeichen von Ambivalenz dem Therapeuten gegenüber ausgedrückt werden.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut über Gefühle spricht oder sie betont, die der Patient für falsch, unangemessen oder gefährlich hält. Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass der Patient manchmal einen eifersüchtigen Zorn seinem erfolgreicherem Bruder gegenüber empfindet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht dazu tendiert, emotionale Reaktionen zu betonen, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten von oben herab zu behandeln scheint, als sei dieser weniger intelligent, kultiviert oder intellektuell. Dies kann aus der Art und Weise geschlussfolgert werden, wie der Therapeut Kommentare oder Ratschläge gibt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut mit seiner Art, seinem Ton, seiner Stimme oder der Art seiner Kommentare vermittelt, dass er sich nicht überlegen fühlt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient seine Probleme in einer Art und Weise darzustellen scheint, die auf die Hoffnung oder Erwartung schließen lässt, dass der Therapeut spezielle Vorschläge oder Ratschläge zu deren Lösung anbieten wird. Zum Beispiel: Der Patient äußert Unsicherheit darüber, ob er seine Partnerbeziehung beenden soll und fragt den Therapeuten, was er machen soll. Die Bitte um eine Lösung muss nicht explizit geäußert werden, sondern kann auch nur in der Art und Weise, wie der Patient das Problem darstellt, deutlich werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich weder explizit noch implizit darauf zu verlassen scheint, dass der Therapeut seine Probleme löst.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient damit beschäftigt zu sein scheint, was der Therapeut von seinem Verhalten denken könnte oder wie er vom Therapeuten bewertet wird. Zum Beispiel könnte der Patient sagen: "Sie denken wahrscheinlich, dass es dumm war, das zu tun." Der Beurteiler kann dies auch aus dem Verhalten des Patienten schlussfolgern. Zum Beispiel: Der Patient prahlt mit seinen Leistungen, um den Therapeuten positiv zu beeindrucken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nicht damit beschäftigt zu sein scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht und unbesorgt bezüglich möglicher Bewertungen durch den Therapeuten zu sein scheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich in einer leicht verständlichen Art ausdrückt und verhältnismäßig klar und fließend spricht.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient unzusammenhängend spricht, häufig abschweift und unbestimmt bleibt. Das kann sich manchmal darin äußern, dass es dem Beurteiler schwer fällt, den roten Faden in den Themen, die der Patient anspricht, zu verfolgen.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Hoffnung oder Erwartung ausdrückt, dass die Therapie ihm helfen wird.

Eine eher extreme Platzierung bedeutet, dass der Patient unrealistisch positive Erwartungen ausdrückt, d.h. dass die Therapie all seine Probleme lösen wird und dass sie ihn vor

zukünftigen Schwierigkeiten schützen wird. Zum Beispiel: Der Patient drückt die Hoffnung aus, dass die Therapie zu schnellen Erfolgen führen wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Kritik an der Therapie äußert. Zum Beispiel: Er vermittelt Enttäuschung darüber, dass die Therapie nicht effektiver oder befriedigender verläuft. Eine eher extreme Plazierung bedeutet, dass der Patient Skepsis, Pessimismus oder Ernüchterung darüber äußert, was in der Therapie erreicht werden kann.

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

Das Item bezieht sich auf die Haltung, die der Patient zu dem, was er berichtet, einnimmt; wie ernst er es zu nehmen scheint, aber auch wie offen sein Affektausdruck ist.

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient wenig emotionale Beteiligung zeigt, im Allgemeinen flach, unpersönlich oder indifferent ist (Spannung/Erregung kann vorhanden sein oder auch nicht).

Eher als neutral einschätzen, wenn Affekt und Bedeutung zwar offensichtlich sind, der Patient diese aber kontrollieren kann und durch anderes, weniger affektives Material ausgleicht.

Eher als uncharakteristisch einschätzen, wenn ein Affekt offensichtlich ist und der Patient emotional mit den Themen beschäftigt ist. Eine eher extreme Plazierung am uncharakteristischen Pol erfolgt, wenn der Patient intensive Gefühle ausdrückt, Gefühlsausbrüche hat und sich tief beunruhigt fühlt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten Aspekte der Therapie erklärt oder Fragen zum Behandlungsprozess beantwortet. Zum Beispiel: Der Therapeut reagiert auf eine direkte Frage oder Bitte des Patienten mit der Erläuterung, dass er es vorzieht, diese Frage nicht sofort zu beantworten, weil sich auf die Weise die Gelegenheit bietet, den Gedanken und Gefühlen, die der Patient mit dieser Frage verbindet, besser nachzugehen.

Mit diesem Item soll auch erfasst werden, wenn der Therapeut dem Patienten die Anwendung bestimmter therapeutischer Techniken vorschlägt oder ihn darin anleitet. Zum Beispiel: Der

Therapeut schlägt vor, dass der Patient versuchen soll, seine Gefühle wahrzunehmen oder seine Augen zu schließen und sich eine bestimmte Szene vorzustellen oder während der Stunde in der Phantasie ein Gespräch mit jemandem zu führen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut sich wenig oder gar nicht bemüht, das Rational der Behandlungstechnik zu erklären, obwohl ein gewisser Druck besteht oder es hilfreich sein könnte.

**Item 58: Patient weigert sich, sich mit Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinem Beitrag zur Problementstehung oder aufrechterhaltung in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich widersetzt, seine eigene Rolle bei der Aufrechterhaltung seiner Probleme zu untersuchen. Zum Beispiel: Der Patient umgeht, vermeidet oder verhindert bestimmte Themen oder wechselt wiederholt das Thema, wann immer ein bestimmter Punkt angesprochen wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich aktiv mit Gedankengängen auseinandersetzt, die seine Rolle bei der Problementstehung oder -aufrechterhaltung betreffen.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Unzulänglichkeit, Unterlegenheit oder Unfähigkeit ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient sagt, dass nichts, was er in Angriff nimmt, wirklich so ausgeht, wie er es sich erhoffte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Effektivität, Überlegenheit oder sogar Triumph ausdrückt. Zum Beispiel: Der Patient zählt persönliche Erfolge auf oder beansprucht Beachtung für eine persönliche Eigenschaft oder Fähigkeit.

**Item 60: Patient hat eine kathartische Erfahrung. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn einer emotionalen Äußerung keine Erleichterung folgt.)**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Erleichterung erlebt, wenn er Zugang zu einem unterdrückten oder angestauten Gefühl gefunden hat. Zum Beispiel weint der Patient heftig über den Tod eines Elternteils und sagt dem Therapeuten dann, dass er sich besser fühlt bzw. es hat den Anschein, dass es ihm besser geht, weil er diese Gefühle zulassen konnte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn auf das Erleben eines starken Affektes kein Gefühl der Erleichterung oder Entspannung folgt.

Als neutral einordnen, wenn kathartische Erfahrungen kaum oder gar keine Rolle in der Stunde spielen.

**Item 61: Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient scheu, verlegen oder selbstunsicher oder im Extrem sogar verletzt oder gekränkt wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient ungehemmt, zuversichtlich oder selbstsicher wirkt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut ein immer wiederkehrendes Muster im Leben oder dem Verhalten des Patienten benennt. Zum Beispiel bemerkt der Therapeut, dass sich der Patient immer wieder seinen SexualpartnerInnen in einer Form anbietet, die geradezu dazu einlädt, ihn schäbig zu behandeln.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut kein solches Thema oder wiederkehrendes Muster benennt.

**Item 63: Zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die sozialen und beruflichen Beziehungen des Patienten oder seine persönlichen, emotionalen Verwicklungen ein zentraler Fokus des

Gespräch sind. (Ausgeschlossen davon sind Gespräche über die therapeutische Beziehung [dafür Item 98 verwenden] und Gespräche über Partnerbeziehungen [dafür Item 64 verwenden].) Zum Beispiel: Der Patient berichtet mehr oder weniger ausführlich, dass er unter den Konflikten mit seinem Chef leidet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn ein Großteil der Stunde sich um Themen dreht, die nicht direkt mit Beziehungen zusammenhängen, zum Beispiel die Arbeitssucht des Patienten oder sein Karrierestreben oder seine Beschäftigung mit Nahrungsmitteln und Essen. N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Beziehungserfahrungen, die weit zurück-liegen. Dafür soll Item 91 verwendet werden, in dem es um Erinnerungen und Rekonstruktionen der Kindheit geht.

**Item 64: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn in der Stunde über romantische oder Liebesbeziehungen gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Patient spricht über seine Gefühle für seine Partnerin.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Liebesbeziehungen kein Thema in der Stunde sind.

N.B. Diese Item bezieht sich auf die Qualität der Beziehung, nicht auf den Familienstand. Zum Beispiel: Ein Gespräch über eine Ehe, in dem es nicht um Liebe und Romantik geht, würde bei diesem Item keine charakteristische Bewertung erhalten.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn ein Aspekt der Aktivität des Therapeuten darin besteht, dass er die affektive Stimmung, Äußerungen oder Ideen des Patienten neu formuliert oder umschreibt oder in eine etwas besser erkennbare Form bringt, um ihre Bedeutung zu verdeutlichen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Es scheint, als wollten Sie sagen, dass sie sich Sorgen darüber machen, was in der Therapie passieren wird."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Klarifikationen während der Stunde vom Therapeuten nur selten eingesetzt werden.

**Item 66: Therapeut beruhigt den Patienten. (Als uncharakteristisch einordnen, wenn der Therapeut dazu tendiert, den Patienten nicht explizit zu beruhigen.)**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut explizit versucht, die Ängste des Patienten zu lindern und dem Patienten Mut zu machen, dass es besser wird. Zum Beispiel sagt der Therapeut, dass er keinen Grund sieht, sich Sorgen zu machen, weil er sicher ist, dass das Problem gelöst werden kann.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dazu neigt, solch explizite Unterstützung auch dann nicht zu gewähren, wenn er dazu gedrängt wird.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf Gefühle, Gedanken oder Impulse lenkt, die möglicherweise nicht vollständig bewusst waren. Der Beurteiler muss versuchen, den Bewusstseinsgrad aus dem Kontext der Stunde abzuleiten (bei diesem Item soll die Deutung von Verhalten, das der Abwehr dient, nicht mit einbezogen werden - dazu Item 36 verwenden).

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Material fokussiert, das dem Patienten völlig bewusst zu sein scheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut oder der Patient zwischen den Phantasien des Patienten über ein Ereignis und der objektiven Realität differenzieren. Zum Beispiel: Der Therapeut unterstreicht, dass, obwohl der Patient Todeswünsche für den Verstorbenen gehegt haben mag, er nicht tatsächlich dessen Herzanfall verursacht hat. Verzerrte und fehlerhafte Annahmen sollten auch einbezogen werden. Zum Beispiel: Nachdem der Patient wie-derholt die Welt als bedrohlich beschrieben hat, fragt der Therapeut, wie er zu dieser Überzeugung gekommen sei.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn sich die Aktivität in der Stunde wenig auf verzerrte Wahrnehmungen der Realität bezieht.

**Item 69: Aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Patient oder Therapeut aktuelle oder kurz zurückliegende Lebensereignisse betonen. Zum Beispiel: Der Patient spricht über depressive Gefühle in Zusammenhang mit dem kürzlichen Tod seiner Frau.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn aktuelle Lebensereignisse keine wichtigen Themen in der Stunde waren.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient versucht, starke Emotionen oder Impulse zu kontrollieren oder damit fertig zu werden. Zum Beispiel: Der Patient kämpft darum, die Tränen zurückzuhalten, obwohl er offensichtlich traurig ist.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich nicht zu bemühen scheint, die Gefühle, die er erlebt, zu kontrollieren, zurückzuhalten oder zu lindern oder er kaum oder keine Schwierigkeiten hat, sie zu kontrollieren.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich selbst Vorwürfe macht, sich schämt oder sich schuldig fühlt. Zum Beispiel: Der Patient behauptet, dass er den Selbstmord seiner Frau hätte verhindern können, wenn er mehr auf die schlechte Stimmung seiner Frau geachtet hätte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient nichts sagt, was auf Selbstanklage, Schamgefühle oder Gewissensbisse hinweist.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient zu verstehen scheint, was von ihm in der Situation erwartet wird und was in der Therapie passieren wird.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient unsicher ist, verwirrt oder seine Rolle in der Therapie und was in der Situation erwartet wird, missversteht.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient die Therapie ernst zu nehmen scheint. Dies kann sich so äußern, dass er bereit ist, Opfer zu bringen, um die Therapie fortzusetzen - bezüglich Zeit, finanzieller Mittel oder Unbequemlichkeiten. Dies kann sich auch in Form des Wunsches äußern, mehr von sich selbst zu verstehen, auch wenn dies psychische Belastung bedeuten kann. Zum Beispiel: Dem Patienten war es so wichtig, die Behandlung zu beginnen, dass er seinen wöchentlichen Golftermin aufgegeben hat, um zur Therapie zu kommen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient der Therapie gegenüber ambivalent wirkt oder nicht bereit zu sein scheint, die psychische Belastung, die die Therapie mit sich bringen kann, zu tolerieren. Das kann sich darin äußern, dass er sich über die Kosten der Therapie beschwert, es Terminprobleme gibt, er Zweifel über die Effektivität der Behandlung äußert oder unsicher darüber ist, ob er sich verändern möchte.

**Item 74: Es geht humorvoll zu.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut oder Patient im Verlauf der Stunde Humor zeigen. Dies kann auf Seiten des Patienten als Abwehr- oder Bewältigungsmechanismus erscheinen; der Therapeut kann einen Witz machen oder ironisch sein, um etwas zu betonen oder um die Entwicklung des Arbeitsbündnisses zu stärken. Zum Beispiel: Der Patient zeigt die Fähigkeit, über sich selbst oder seine missliche Lage zu lachen. Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Interaktion ernst, streng oder düster erscheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient oder der Therapeut über Behandlungsunterbrechungen, z. B. wegen Ferien oder Krankheit, oder über das Ende der Therapie sprechen. Das beinhaltet alle Äußerungen, die sich auf Unterbrechungen oder das Ende beziehen - gleich, ob es gewünscht oder gefürchtet wird oder droht.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn das Ansprechen von Unterbrechungen oder der Beendigung der Therapie vermieden zu werden scheint. Zum Beispiel: Eine bevorstehende längere Sommerpause wird zwar erwähnt, aber weder Therapeut noch Patient gehen näher darauf ein.

Als "neutral" zuordnen, wenn Unterbrechungen oder Therapieende nicht thematisiert werden und es keinen Hinweis auf das Therapieende gibt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, dem Patienten zu vermitteln, dass der Patient handeln oder sich verändern muss, wenn sich seine Schwierigkeiten verbessern sollen. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Lassen Sie uns doch mal genauer hinschauen, was sie selbst dazu beigetragen haben könnten, um diese Reaktion von einem anderen zu provozieren."

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Aktivitäten des Therapeuten im Allgemeinen nicht darauf zielen, den Patienten davon zu überzeugen, mehr Verantwortung zu übernehmen oder der Therapeut vermittelt dem Patienten, dass dieser schon zu viel Verantwortung übernimmt.

**Item 77: Therapeut ist taktlos.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten so formuliert sind, dass sie der Patient wahrscheinlich als verletzend oder herabwürdigend

empfindet. Diese Taktlosigkeit oder fehlende Sensibilität muss nicht auf einer Verärgerung oder Verwirrung des Therapeuten beruhen, sondern ist eher Ergebnis mangelhafter Technik, Umgangsformen oder verbaler Fähigkeiten.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten von Freundlichkeit, Rücksicht oder Sorgfalt geprägt sind.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich in einer Weise benimmt, die darauf zielt, dass der Therapeut ihn mag oder mit der der Patient versucht, Aufmerksamkeit des Therapeuten oder Beruhigung durch den Therapeuten zu erreichen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich nicht in dieser Weise verhält.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufige oder auffällige Kommentare über Veränderungen in der Stimmung des Patienten oder der Qualität seines Erlebens macht. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt, dass der Patient sich in seinen Reaktionen auf die Bemerkungen des Therapeuten verändert hat - von einer Haltung "das kümmert mich einen Dreck" hin zu einem Gefühl von Betroffenheit, aber einem ernsthafteren Arbeiten an seinem Problem.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Veränderungen in der Stimmung des Patienten in der Stunde nicht kommentiert.

**Item 80: Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das, was der Patient beschrieben hat, in einer Weise wiedergibt, die dem Patienten eine andere Sicht auf die

Situation anbietet ("reframing", "kognitive Umstrukturierung"). Dem gleichen Sachverhalt wird eine neue (und gewöhnlich positivere) Bedeutung gegeben. Zum Beispiel: Nachdem ein Patient sich selbst Vorwürfe macht, weil er einen üblen Streit mit seinem Liebespartner angefangen hat, sagt der Therapeut, dass dies vielleicht die Art und Weise ist, in der der Patient in dieser Beziehung ausdrücken kann, was er möchte.

Bei der Bewertung dieses Items sollte ein konkretes Ereignis oder eine konkrete Erfahrung, die "reframed" wurde, identifiziert werden.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn dies keinen wichtigen Aspekt im Therapeutenverhalten in der Stunde darstellt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen, was der Patient beschreibt, betont, um das Erleben des Affektes zu intensivieren. Zum Beispiel: Der Therapeut legt nahe, dass die Interaktion, die der Patient eben beiläufig beschrieb, ihn möglicherweise ziemlich ärgerlich gemacht hat.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das Erleben des Affektes nicht betont oder sich eher für die sachlichen Beschreibungen des Patienten zu interessieren scheint.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut häufige oder wenige, ins Auge springende Bemerkungen über das Verhalten des Patienten in der Stunde macht, die ein neues Licht darauf zu werfen scheinen. Zum Beispiel bietet der Therapeut an, dass das Zuspätkommen des Patienten zur Stunde eine Bedeutung haben könnte oder der Therapeut bemerkt, dass der Patient schnell das Thema wechselt, sobald er über Gefühle zu sprechen beginnt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut das aktuelle Verhalten des Patienten in der Stunde nicht anspricht.

**Item 83: Patient ist fordernd.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient vielfältige Forderungen/Fragen an den Therapeuten stellt oder ihn unter Druck setzt, seine Bitten zu erfüllen. Zum Beispiel: Der Patient stellt vielfache Forderungen wie Termine am Abend, Medikamente oder sagt, dass er mehr Struktur oder Aktivität vom Therapeuten erwartet.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient zögerlich ist und sich zurückhält, angemessene und übliche Bitten an den Therapeuten zu richten, zum Beispiel fragt er nicht nach einem anderen Termin, obwohl sich der vereinbarte Termin mit einem andern, für den Patienten sehr wichtigen Termin, überschneidet.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Ressentiment, Ärger, Verbitterung, Hass oder Aggression verbal oder nonverbal äußert. (N. B. Hier geht es nicht um diese Gefühle dem Therapeuten gegenüber - dafür Item 1 verwenden!)

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn solche Gefühle verbal oder nonverbal nicht ausgedrückt werden.

**Item 85: Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit Anderen auszuprobieren.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut alternative Wege vorschlägt, mit anderen Menschen in Beziehung zu sein. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt den Patienten: "Was würde wohl passieren, wenn Sie Ihrer Mutter direkter sagen würden, wie sehr es Sie mitnimmt, wenn sie an Ihnen herum-nörgelt".

Eine extreme Platzierung bedeutet, dass der Therapeut mit dem Patienten Beziehungsverhalten erarbeitet oder der Therapeut mit dem Patienten neue Verhaltensweisen Anderen gegenüber einübt.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut nicht dazu neigt, Vorschläge zu machen, wie der Patient sich Anderen gegenüber verhalten soll.

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

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut sicher, zuversichtlich und nicht defensiv wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Therapeut unsicher oder verwirrt erscheint oder in Verlegenheit ist.

**Item 87: Patient kontrolliert.**

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient einen beherrschenden oder steuernden Einfluss in der Stunde ausübt oder die Stunde lenkt. Zum Beispiel: Er dominiert die Beziehung durch zwanghaftes Reden oder er unterbricht den Therapeuten häufig.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn der Patient die Beziehung nicht kontrolliert, sondern mit dem Therapeuten zusammenarbeitet.

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

Eher am charakteristischen Pol platzieren, wenn der Beurteiler einschätzt, dass die Dinge, die der Patient zur Sprache bringt und über die er während der Stunde spricht, in Bezug auf die psychischen Konflikte wichtig sind oder dass die Themen von großer Bedeutung sind.

Eher am uncharakteristischen Pol platzieren, wenn das Gespräch in keinem oder nur schwachem Zusammenhang mit den zentralen Themen steht.

**Item 89: Therapeut stärkt die Abwehr.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten durch ruhiges aufmerksames Entgegenkommen gekennzeichnet ist, das darauf zielt, es zu vermeiden, den Patienten emotional aus der Fassung zu bringen. Der Therapeut interveniert aktiv und hilft damit dem Patienten, störende Gefühle oder Gedanken zu vermeiden oder zu unterdrücken.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut nichts tut, um die Abwehr zu stützen oder bedrohliche Gefühle und Gedanken zu unterdrücken.

**Item 90: Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Trauminhalt oder Phantasien (Tagträume oder Träume im Schlaf) Gesprächsthemen sind. Zum Beispiel: Therapeut und Patient erforschen mögliche Bedeutungen eines Traumes, den der Patient in der Nacht vor der ersten Stunde hatte.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn über Träume oder Phantasien während der Stunde kaum oder gar nicht gesprochen werden.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn ein Teil der Stunde dafür verwendet wird, um über die Kindheit oder Erinnerungen an die frühen Lebensjahre zu sprechen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn nur wenig oder gar keine Zeit für diese Themen verwendet wird.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn einige Verbindungen oder bemerkenswerte Zusammenhänge zwischen der aktuellen emotionalen Erfahrung des Patienten oder der Wahrnehmung der gegenwärtigen Ereignisse mit denen der Vergangenheit hergestellt werden.

Zum Beispiel: Der Therapeut betont bzw. der Patient erkennt, dass eine aktuell erlebte Furcht davor, im Stich gelassen zu werden, von dem Verlust eines Elternteils während der Kindheit herrührt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn aktuelle und vergangene Erfahrungen besprochen, aber nicht miteinander in Verbindung gebracht werden.

Als "neutral" einordnen, wenn diese Themen wenig oder überhaupt nicht besprochen werden.

### **Item 93: Therapeut ist neutral.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dazu neigt, es zu unterlassen, seine Sichtweise oder Meinung zu den Themen, die der Patient bespricht, zu äußern. Er übernimmt die Rolle eines neutralen Kommentators und die Sichtweise des Patienten auf die Dinge wird im Gespräch hervorgehoben. Zum Beispiel: Der Therapeut fragt, wie es für den Patienten wäre, wenn er als der Therapeut es gutheißen würde, dass er seinen Ärger ausdrückt. Anschließend fragt er, wie es für den Patienten wäre, wenn er es kritisieren würde.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut seine Meinung äußert oder eine Position bezieht, sowohl ausdrücklich wie auch implizit. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt dem Patienten, dass es sehr wichtig ist zu lernen, seinen Ärger auszudrücken oder er sagt, dass die Beziehung, in der der Patient gerade ist, keine besonders gute ist und dass er sich überlegen sollte, sie zu beenden.

N.B. Neutralität ist nicht gleichbedeutend mit Passivität. Der Therapeut kann aktiv sein, obwohl er eine neutrale Haltung einnimmt.

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn die Stimmung des Patienten melancholisch, traurig oder depressiv wirkt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient entzückt oder froh erscheint oder irgendwie den Eindruck vermittelt, dass er sich wohl fühlt oder glücklich ist.

### **Item 95: Patient fühlt sich unterstützt.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient in irgendeiner Form zu erkennen gibt, dass er den Therapeuten als hilfreich erlebt, er sich unterstützt oder erleichtert fühlt.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sich über den Verlauf der Therapie enttäuscht fühlt, frustriert oder kontrolliert ist.

(N.B. Das Item bezieht sich nicht auf Ereignisse außerhalb der Therapie.)

**Item 96: Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient die Terminplanung oder die Verlegung von Terminen oder das Honorar, den Zeitpunkt der Zahlung usw. besprechen.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn diese Themen nicht besprochen werden.

**Item 97: Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient offen und wenig blockiert ist. Er geht bei der Exploration seiner Gefühle und Gedanken über die üblichen Beschränkungen, Vorsicht, Bedenken und Empfindlichkeiten hinaus.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn die Äußerungen des Patienten zögerlich, gehemmt oder gezwungen wirken, Zurückhaltung oder vermehrte Kontrolle zeigen und nicht ungezügelt, frei und unkontrolliert sind.

**Item 98: Therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn über die therapeutische Beziehung gesprochen wird. Zum Beispiel: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf bestimmte Aspekte der Interaktion oder des interpersonellen Prozesses zwischen dem Patienten und ihm selbst.

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient nicht über die Art ihrer Interaktionen sprechen, d. h. sie beschränken sich auf Inhalte.

**Item 99: Therapeut fragt die Sichtweise des Patienten an (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).**

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut in irgendeiner Form die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses hinterfragt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Wie kommt es, dass das so ist?" oder "Ich frage mich, ob..." oder einfach durch eine Äußerung wie "Oh?".

Eher am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut Übereinstimmung und Zustimmung mit der Sicht des Patienten zeigt. Zum Beispiel: Der Therapeut sagt: "Ich denke, Sie haben damit recht." oder "Es scheint als haben Sie diesbezüglich eine ganz gute Einsicht."

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

Eher am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut einige oder wenige auffällige Kommentare macht, die eine Verbindung zwischen den Gefühlen des Patienten dem Therapeuten gegenüber und gegenüber anderen wichtigen Personen im Leben des Patienten herstellen. Dies kann sich auf aktuelle Beziehungen und auf gegenwärtige und vergangene Beziehungen zu den Eltern beziehen (Verbindung zwischen der Übertragung und den Eltern). Zum Beispiel: Der Therapeut merkt an, dass er meint, der Patient befürchte manchmal, dass er ihn so wie die Mutter kritisieren würde.

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

Appendix A2: t-Test für Traum- sowie Kontrollsitzen, kein signifikantes Ergebnis

**Test für Stichproben mit paarigen Werten**

	Paarige Differenzen					t	df	Sig. (2-seitig)
	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler Mittelwert	95% Konfidenzintervall der Differenz				
				Unterer	Oberer			
Paar 1 MWTraumsitzung - MWKontrollsitzung	-.00210	.62193	.06219	-.12550	.12130	-.034	99	.973

## Appendix A3: Datenschutzerklärung

Erklärung zur Sicherstellung und Datensicherheit bei der Arbeit mit personenbezogenen Daten bezüglich des Materials zur Masterarbeit „Traumsitzungen im Verlauf“

Hiermit erkläre ich,

.....  
Name, Vorname, Geburtsdatum

dass ich mich für meine Tätigkeit im Rahmen der Masterarbeit „Traumsitzungen im Verlauf“ zur Wahrung der Schweigepflicht und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu allen personenbezogenen Daten sowie sonstigen projektbezogenen Angelegenheiten, die mir zur Kenntnis erlangt sind, verpflichte.

Mir ist bekannt, dass sich meine Verschwiegenheitspflicht insbesondere auch darauf erstreckt

- keine personenbezogenen Daten, insbesondere keine mir ausgehändigten Transkripte zu kopieren oder an Dritte weiterzugeben;
- falls bei der Bearbeitung der Transkripte die Möglichkeit besteht, mit einer Person bekannt zu sein, die Arbeit sofort abzubrechen und diese Information nicht an Dritte weiterzugeben

Das Transkript muss nach Beendigung der Tätigkeit vernichtet werden, wofür Anna Buder verantwortlich ist, dementsprechend muss das Transkript an sie zurückgegeben werden.

Ein Exemplar dieser Erklärung ist mir ausgehändigt worden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Verpflichtete/r

.....  
Unterschrift der Verantwortlichen  
d. Masterarbeit

Appendix A4: Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Therapiestunden, z.T. mit nur 1 Rating, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

PQS #	Beschreibung	Traumsitzung	Kontrollsitzen mit einfach gerateten Sitzungen	Signifikanz
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.35	5.7	.008
40	Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (N.B. eine Platzierung am uncharakteristischen Ende zeigt an, dass der Therapeut allgemeine, nicht auf konkrete Personen bezogene, Interpretationen gibt.)	5.4	3.9	.037
22	Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	4.6	5.8	.046
93	Therapeut ist neutral.	5.94	7.1	.007
21	Therapeutische Selbstöffnung.	2.6	1.8	.034
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.55	2.3	.02
57	Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.	4.65	3.9	.027
77	Therapeut ist taktlos.	2.2	1.45	.024
51	Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.	1.85	1.25	.042
28	Therapeut nimmt den therapeutischen Prozess richtig wahr.	8	7.45	.018

Appendix A5: Vergleich der Sitzungen mit Traumschilderung und ohne Traumschilderung (Mittelwert über jeweils 10 Therapiestunden,, z.T. mit nur 1 Rating, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen

PQS #	Beschreibung	Traumsitzung	Kontrollsitzen mit einfacher gerateten Sitzungen	Signifikanz
90	Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	8.35	6	.005
93	Therapeut ist neutral.	5.94	7	.035
14	Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	1.55	2.5	.027
22	Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	4.6	5.25	.043

Appendix A6: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse (Mittelwert über jeweils 5 Therapiestunden, z. T. nur 1 Rating, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

PQS #	Beschreibung	Kontrollsi- tzung Beginn	Kontroll- sitzung Ende	Signif- ikanz
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	3.7	8.1	.041
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.	3.7	6.7	.043
61	Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	6.1	3.4	.041
1	Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	4.6	6.3	.042
32	Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	6.1	4.5	.041
16	Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.	4.4	5.7	.042
93	Therapeut ist neutral.	6.6	7.6	.041

Appendix A7: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse (Mittelwert über jeweils 5 Traum- und 2 Kontrollsitzen Therapiestunden und 2 Ratings, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

PQS #	Beschreibung	Kontrollsitzen Beginn	Kontrollsitzen Ende	Signifikanz
64	Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	4.25	7.75	.046
18	Therapeut vermittelt Wertschätzung. (N.B. eine Plazierung am uncharakteristischen Pol weist auf Missbilligung oder mangelnde Akzeptanz hin).	8.25	6.75	.046
22	Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.	5.5	5	.046

Appendix A8: Vergleich der Sitzungen ohne Traumschilderung zu Beginn und zum Ende der Analyse (Mittelwert über 5 Traumsitzungen und 2 Kontrollsitzen und 2 Ratings, Wilcoxon-Test, sortiert nach der Größe der Differenzen)

PQS #	Beschreibung	Kontrollsi tzung Beginn	Kontroll sitzung Ende	Signif ikanz
11	Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.	3.75	4.75	.157
61	Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewusst und selbstsicher).	6.1	3.4	.063
1	Patient drückt verbal oder nonverbal negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten aus (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).	4.6	6.3	.063
32	Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	6.1	4.5	.063
16	Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.	4.4	5.7	.157
93	Therapeut ist neutral.	6.6	7.6	.063

## Danksagung

An dem Entstehen dieser Arbeit waren Menschen beteiligt, ohne die ich weder die Idee, noch die Möglichkeit gehabt hätte, diese zu verfassen. Ihnen gilt mein großer und uneingeschränkter Dank: Zunächst danke ich Herrn Prof. Kächele, sowohl für seine Anregungen im Seminar, die mein Interesse auf die Prozessforschung lenkten, als auch seine Betreuung, seine Ideen und die Literatur. Auch Frau Dr. Seybert, die Zeit für Mails und (nicht nur) Statistikfragen aufbrachte und mich so unterstützte. Frau Dr. Erhardt, die mich mit ihrer wirklich interessanten Schulung für PQS so begeisterte gilt mein besonderer Dank dafür. Einen besonderen Teil zu dieser Arbeit haben auch die Raterinnen beigetragen, die Zeit und Geduld aufbrachten, um mich unentgeltlich zu unterstützen, hierbei Anke S. und Carolin S., ohne die eine Arbeit mit PQS für mich nicht möglich gewesen wäre. Ein Dank auch an Carola K., nicht nur für diverse Ratings im Zuge meiner Arbeit, sondern auch Hintergrundinformationen, Literatur und vieles mehr. Ganz besonders dankbar bin ich Laura R., die mich ebenfalls, aber nicht nur, mit Ratings und Literatur unterstützt hat, sondern die auch immer eine Quelle der Motivation und Begeisterung darstellte, die Entscheidungen und Meinungen immer wieder gekonnt hinterfragt.

Ein ganz besonderer Dank, von ganzem Herzen, an meine Familie, meine Mama Petra und meinen Bruder Daniel. Sie haben mir mit ihrem Vertrauen und ihrer Liebe ermöglicht, meinen ganz eigenen Weg zu gehen, in dem sie mich immer finanziell wie auch moralisch unterstützt haben. Vor allem meiner lieben Mama möchte ich Danke sagen fürs Korrekturlesen, den guten Zuspruch, das gemeinsame Flüchten aus dem Alltag, tausend liebe Worte und noch unendlich viel mehr. Ohne dich wäre mein Studium in dieser Form einfach nicht möglich gewesen und dafür danke ich dir so sehr!

Last but not least geht mein Dank an Brook, für sein Vertrauen in mich, seinen Zuspruch, seine Geduld, sein Verständnis und sein nicht enden wollendes Bemühen, mir in Formatierungs-, Fach- oder welchen Fragen auch immer weiterzuhelfen.

## Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, Anna Buder, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Hilfsmittel als angegeben verwendet habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlichen und sinngemäßen Übernahmen aus anderen Werken als solche kenntlich gemacht habe.

Ort, Datum:

Unterschrift:

---

---

International Psychoanalytic University Berlin · Stromstr. 3 · 10555 Berlin

<Empfänger einfügen>

## ZERTIFIKAT PQS

<Datum>

Hiermit wird bestätigt, dass

<Buder, Anna>

An der International Psychoanalytic University vom >Datum> bis <Datum> an einer Schulung zur Psychotherapy Process Q-Set (PQS) unter der Leitung von Dr. phil. Dipl.-Psych Ingrid Erhardt teilgenommen hat. Im Anschluss an die Schulung wurden fünf von Masterratern bereits geratete Sitzungstranskripte unabhängig geratet und die Inter-Rater-Reliabilität zum Masterrating überprüft.

Frau Buder hat die Reliabilität in der PQS-Auswertung erreicht.

Frau Dr. Erhardt ist zertifizierte Trainerin in PQS und von den Autoren zur Zertifizierung berechtigt

Berlin, den <Datum>

Dr. phil. Ingrid Erhardt

Prof. Dr. Andreas Hamburger

**International Psychoanalytic  
University Berlin**

Stromstraße 3  
10555 Berlin

**Projekt psychoanalytische  
Supervision in der Jugendhilfe**

Prof. Dr. Andreas Hamburger  
Lena Haupt, M.A.

Tel.: +49 30 300 117-717

Fax: +49 30 300 117-509

E-Mail: [lena.haupt@ipu-berlin.de](mailto:lena.haupt@ipu-berlin.de)

[www.ipu-berlin.de](http://www.ipu-berlin.de)