

HORST KÄCHELE, CORNELIA ALBANI, ANNA BUCHHEIM, HANS-JOACHIM GRÜNZIG, MICHAEL HÖLZER, RODERICH HOHAGE, JUAN PABLO JIMENEZ, MARIANNE LEUZINGER-BOHLEBER, ERHARD MERGENTHALER, LISBETH NEUDERT-DREYER, DAN POKORNY UND HELMUT THOMÄ, ULM UND LEIPZIG

Psychoanalytische Einzelfallforschung: Ein deutscher Musterfall Amalie X*

Übersicht: Das Ulmer Prozeßforschungsmodell wird skizziert. Es werden vielfältige, multi-methodale Untersuchungen zusammengefaßt, die im Rahmen eines langjährigen Projekts an einer tonbandaufgezeichneten psychoanalytischen Behandlung durchgeführt wurden. Der Verlauf läßt sich aus vielen Perspektiven betrachten und kann zur Evaluation genutzt werden.

Schlüsselwörter: Verlaufsforschung, Einzelfall, Evaluation

Einleitung

In der Psychoanalyse dominiert eine narrative Tradition, die vorwiegend durch Fallvignetten – von Meyer (1994) als »Bonsaivariante« der Novelle bezeichnet – dokumentiert wird. Ihnen obliegt bislang die hauptsächliche Beweislast für das psychoanalytische Verfahren und seine Ergebnisse. Einsichten und Befunde werden auf diese Weise innerhalb der Berufsgemeinschaft berichtet und dann akzeptiert oder aufgrund schulgebundener Beurteilungen verworfen (Kächele 1986). Dieses Vorgehen wird einem entdeckungsorientierten Erkenntnisinteresse gerecht. Als H. Dahl 1985 anlässlich der ersten internationalen Werkstatt für psychoanalytische Prozeßforschung den Terminus »Musterstunde« (specimen hour) in die Diskussion einführte, indem er die fünfte Stunde der von ihm und V. Teller über viele Jahre untersuchten Analyse der Patientin mit der Chiffre Mrs. C. vorstellte, verwies er implizit auf Freuds Traum von Irmas Injektion, dem »Mustertraum der Psychoanalyse« (Erikson 1954; Dahl et al. 1988).

Ganz im Sinne von Wallersteins u. Sampsons (1971) Empfehlung, daß psychoanalytische Verlaufs- und Ergebnisforschung sich wesentlich an das Studium einzelner Fälle zu halten habe, haben wir eine Mehrebenen-Methodologie auf mehrere psychoanalytische Behandlungsfälle angewendet. Amalie X ist unser Musterfall. Mit diesem Bericht fassen wir Er-

* Bei der Redaktion eingegangen am 25. 5. 2005.

gebnisse zusammen, die wir aus der Behandlung dieser Patientin gewinnen konnten.¹ Um unsere Leser mit dem klinischen Hintergrund vertraut zu machen, stellen wir einführend die Patientin vor.

Erstinterview und Abklärung

Frau Amalie X, eine zu Beginn der Therapie 35jährige Beamtin, hatte bei der Psychotherapeutischen Ambulanz um eine psychoanalytische Behandlung nachgefragt, weil die schweren Einschränkungen ihres Selbstgefühls in den letzten Jahren einen durchaus depressiven Schweregrad erreicht hatten. Hauptklage bildet ihr sozialer Rückzug, sie fühle sich einsam und isoliert. Deutlich sind große Schamgefühle wegen ihres körperlichen Symptoms, eines idiopathischen Hirsutismus, da sie phantasiert, daß ihre männliche Körperbehaarung auf ihre Interaktionspartner abstoßend wirke. Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen seit der Pubertät unter den gravierenden Auswirkungen dieser virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der Frau Amalie X sich vergeblich abzufinden versucht hatte. Zwar konnte die Stigmatisierung nach außen retuschiert werden, ohne daß diese kosmetischen Hilfen und andere Techniken zur Korrektur der Wahrnehmbarkeit des Defekts ihr Selbstgefühl und ihre extremen sozialen Unsicherheiten anzuheben vermochten. Durch einen typischen Circulus vitiosus verstärkten sich Stigmatisierung und schon prämorbid vorhandene neurotische Symptome gegenseitig; zwangsneurotische Skrupel und multifforme angstneurotische Symptome erschwerten persönliche Beziehungen und führten v. a. dazu, daß die Patientin keine engen gegengeschlechtlichen Freundschaften schließen konnte. In öffentlichen Situationen, z. B. einem Besuch im Restaurant, fühlt sie sich beobachtet und abgelehnt, ein Grund, solche Situationen sukzessiv vermehrt zu meiden und sich in die eigenen vier Wände zurückzuziehen. In Zusammenhang mit solchen sozialen Beschämungsängsten steht ein weiteres Symptom: eine Erythrophobie. Am schwersten fühlt sie sich in der Sexualität durch ihren Hirsutismus beeinträchtigt: sie konnte bisher deshalb noch keinen heterosexuellen intimen Kontakt aufnehmen und leidet unter weiblichen Identitätskonflikten. Ihre sexuelle Einschränkung ist aber auch bedingt durch religiös untermauerte Schuldgefühle aufgrund einer rigiden religiösen Erziehung.

Der Analytiker nahm die beruflich tüchtige, kultivierte, ledige und trotz ihrer virilen Stigmatisierung durchaus feminin wirkende Patientin in Behandlung, weil er ziemlich sicher und hoffnungsvoll war, daß sich der Bedeutungsgehalt der Stigmatisierung wesentlich würde verändern lassen. Er ging, allgemein gesprochen, davon aus, daß nicht nur der Körper unser Schicksal ist, sondern daß es auch schicksalhaft werden kann, welche Einstellung bedeutungsvolle Personen und wir selbst zu unserem Körper haben.

Anamnese

Die Analysandin ist das zweite von drei Kindern, das einzige Mädchen. Die Mut-

¹ Die Autoren dieser Mitteilung weisen auf die große Zahl hier nicht genannter Mitwirkender an der Ulmer Prozeßforschung, die aus dem Literaturverzeichnis in detail hervorgeht.

ter wird als impulsiv geschildert, mit der die Analysandin ein enges und herzliches Verhältnis hat. Traumatisch sind für sie die monatelangen Trennungen von ihr bedingt durch deren Krankenhausaufenthalte, die sie bei der Großmutter und einer Tante verbringen muß. Der als rigide und wenig emotional faßbar geschilderte Vater ist für die Analysandin bis zur Pubertät wenig verfügbar; er ist aus beruflichen Gründen oft abwesend. Hingegen verbindet sie mit den Brüdern eine enge Beziehung, auch wenn sie sich dabei als Mädchen oft benachteiligt fühlt. Auf sie scheint sich ihre kindlich emotionale Welt weitgehend zu beschränken, zu den Gleichaltrigen unterhält sie kaum Kontakte.

Prägend für sie ist auch die streng religiöse Erziehung vor allem durch die Großmutter und die Tante, die damit zahlreiche körperliche Tabus verbinden. In der Pubertät erlebt sie eine starke Rivalität mit einer Klassenkameradin, die ihre »weiblichen Mittel« erfolgreicher zu nutzen weiß als sie selbst. Sie fühlt sich durch sie an den Rand gedrängt und flüchtet sich immer mehr in eine Außenseiterposition. Auch die Beziehung zum Vater wird in dieser Zeit schmerzlich: er entzieht sich z. B. sichtlich ihren Diskussionswünschen.

In der Pubertät entwickelt sich dann ihr Hirsutismus, eine schlimme Erfahrung für die Analysandin. Z. B. bricht sie deswegen eine kameradschaftliche Beziehung zu einem jungen Mann abrupt ab, weil dieser eine engere Verbindung wünscht. Trotz dieser Konflikte gelingen der Analysandin durchwegs gute Leistungen in der Schule, auch ein gutes Abitur.

Mit Beginn des Studiums verstärken sich die religiösen Skrupel und Schuldgefühle. Sie sucht sich durch Diskussion religiöser Fragen mit väterlichen Dozenten Erleichterung zu schaffen, ohne Erfolg, so daß sie sich schließlich zum Eintritt in eine katholische Missionsschule durchringt. Ein wichtiges Motiv für diese »Weltflucht« ist ihre Stigmatisierung durch den Hirsutismus, doch kann sie mit niemandem darüber reden. Doch die Probezeit in dieser Schule verschafft ihr nicht die erhoffte Entlastung, im Gegenteil, die dort herrschende Beicht- und Bußpraxis mobilisieren ihre Angst und Schuldgefühle wegen sexueller Empfindungen so sehr, daß sie Eß- und Schlafstörungen entwickelt und unter diffusem körperlichen Unbehagen leidet. Daher entschließt sie sich gegen eine definitive Aufnahme in diese Missionsschule. Statt dessen nimmt sie eine Weiterbildung auf, die sie zu einer beruflich halbwegs akzeptablen Position führt, die allerdings der der Brüder in ihren Augen nicht gleichkommt.

Sie lebt recht isoliert und hat nur soziale Kontakte zu den Eltern, mit denen sie die Wochenenden und die Ferien verbringt. Freunde und nähere Bekannte hat sie nicht. In ihrem Beruf ist sie jedoch, was die Leistungen und deren Anerkennung anbetrifft, erfolgreich.

Kurz vor dem Erstinterview konsultiert sie verschiedene Ärzte wegen einer Hormonbehandlung. Die Erfolgsaussichten einer solchen Behandlung werden unterschiedlich beurteilt, was ihre Orientierung in Richtung auf eine Psychotherapie verstärkte.

Überlegungen zur Psychodynamik

Wir fassen unsere Überlegungen zur Psychodynamik, die in Übereinstimmung mit dem behandelnden Analytiker formuliert wurden, wie folgt zusammen:

Die depressiven Verstimmungen der Patientin sind als Reaktionen auf ihre

Schwierigkeiten mit sozialen, vor allem heterosexuellen Beziehungen zu verstehen. Ihr Vermeidungsverhalten auf diesem Gebiet hat zwei Wurzeln:

Es resultiert zum einen aus teils bewußten, teils unbewußten Schuldgefühlen im Zusammenhang mit libidinösen Impulsen. Diese führen zu Schuldgefühlen und Strafängsten, die sich vor allem in Form von religiösen Skrupeln äußern. Selbst die aktive Vermeidung sexueller Erfahrungen hat nicht ausreichend zur Milderung des Konflikts beitragen können. Der Versuch, im Internat Schutz vor diesen Impulsen zu finden, schlug fehl, da die Patientin durch die dort herrschende Beichtpraxis eher zu einer ständigen Beschäftigung mit dem Thema »Sexualität« angeregt wurde. Dies führte zu einer erheblichen Symptomverschärfung. Nach dem Verlassen des Internats intensivierte sich die Beziehung zur Mutter, die offenbar unbewußt als Bollwerk gegen die bedrohliche Sexualität erlebt wurde.

Der zweite Grund, warum die Patientin Beziehungen vermeidet, ist in ihrer Selbstunsicherheit zu sehen. Die spezifische Bedeutung dieser Selbstunsicherheit liegt vermutlich in einer Verunsicherung der Patientin im Hinblick auf ihre Geschlechtsidentität. In diesem Zusammenhang hat der Hirsutismus sicherlich eine Funktion, wenn auch nicht als ursächlicher Faktor, so doch als konfliktverstärkendes und -aufrechterhaltendes Moment.

Im Kontext dieser psychodynamischen Überlegungen sind Forschungsarbeiten zum Hirsutismus zu berücksichtigen. Erklärungen der Genese des idiopathischen Hirsutismus waren damals und sind dies bis heute eher spekulativ. Meyer (1963a, b) postuliert, daß eine Summation von genetischen Faktoren und Streßreaktionen zu einer Erhöhung des Androgenspiegels führt, was beim Überschreiten einer kritischen Grenze den Hirsutismus auslöst. Liegt, wie bei unserer Patientin, keine deutliche genetische Disposition vor, muß man annehmen, daß diese Frauen mit vermehrtem Streß auf Belastungssituationen reagieren, da sie über eine relativ geringe Bewältigungskapazität verfügen. Aufgrund seiner empirischen Daten lehnt Meyer eine »symbolische Erfüllung von Männlichkeitswünschen« als die den Hirsutismus determinierende Motivation entschieden ab.

Wir kommen deshalb zu folgender Interpretation der Bedeutung des Hirsutismus für die Patientin: Zum einen erschwerte der Hirsutismus die ohnehin problematische Identifikation, da er unbewußten Wünschen der Patientin, ein Mann zu sein, immer neue Nahrung gibt. Weiblichkeit ist für die Patientin lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. In der Pubertät, in der bei der Patientin die stärkere Körperbehaarung auftrat, ist die Geschlechtsidentität ohnehin labilisiert. Anzeichen von »Männlichkeit« in Form von Körperbehaarung verstärken den entwicklungsgemäß wiederbelebten ödipalen Penisneid und -wunsch. Dieser muß freilich auch schon vorher im Zentrum ungelöster Konflikte gestanden haben, da er sonst nicht diese Bedeutung hätte bekommen können. Hinweise darauf liefert die Form der Beziehung zu den beiden Brüdern: diese werden von der Patientin bewundert und beneidet, sie selbst fühlt sich als Tochter oft benachteiligt. Solange die Patientin ihren Peniswunsch als erfüllt phantasieren kann, paßt die Behaarung widerspruchsfrei in ihr Körperschema. Die phantasierte Wunscherfüllung bietet aber nur dann eine Entlastung, wenn sie perfekt aufrechterhalten wird. Dies kann jedoch nicht gelingen, da ein viriler Behaarungstyp aus einer Frau keinen Mann macht. Das Problem der Geschlechtsidentität stellt

sich erneut. Vor diesem Hintergrund sind alle kognitiven Prozesse im Zusammenhang mit weiblichen Selbstrepräsentationen für die Patientin konfliktreich geworden, lösen Beunruhigung aus und müssen deshalb abgewehrt werden.

Zum anderen erhält der Hirsutismus sekundär auch etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: er wird der Patientin zur Begründung dafür, daß sie sexuelle Verführungssituationen von vornherein meidet. Dabei ist ihr diese Funktion ihrer körperlichen Beeinträchtigung nicht bewußt zugänglich.

Mit diesen Überlegungen, die am Anfang einer ca. fünf Jahre dauernden psychoanalytischen Behandlung mit insgesamt 531 Sitzungen standen, von denen 517 per Tonband aufgezeichnet wurden, kommen wir zur Darstellung unserer systematischen Forschungstätigkeit. Es ist wichtig, zur Kenntnis zu nehmen, daß alle Untersuchungen, über die wir berichten werden, erst nach Abschluß der Behandlung durchgeführt wurden.

Über die Zustimmung der Patientin zu unseren Untersuchungen

Die Patientin Amalie X hatte eingangs der Aufzeichnung der Behandlung mit dem Tonband zugestimmt, ohne daß damals konkrete Fragestellungen schon festgelegt worden waren. Sie ist später – nach Abschluß der Behandlung – von dem Vorhaben in Kenntnis gesetzt worden, daß systematische Verlaufsuntersuchungen durchgeführt werden sollen. Über die Ergebnisse der vielfältigen, zu berichtenden Studien ist sie viele Jahre später in Kenntnis gesetzt worden, und sie hat ihrer öffentlichen Nutzung zugestimmt, als sie wegen einer persönlichen Krise Kontakt zum Erstautor aufnahm. Dieser vermittelte ihr eine Krisenberatung bei einer nicht an dem langjährigen Forschungsprozeß beteiligten Kollegin. Die Patientin war allerdings bereit, mit uns ein katamnestic orientiertes Erwachsenen-Bindungs-Interview durchführen, das eine weitere Perspektive auf ihr aktuelles Erleben mehr als zwanzig Jahre nach Beendigung dieser hier untersuchten Psychoanalyse ermöglicht (Buchheim u. Kächele 2003b).

Rückblick auf den Anfang

Beim Podiumsgespräch über psychoanalytische Verlaufsforschung anläßlich der DPV-Tagung am 11. Oktober 1968 in Ulm begründete der Seniorautor H. Thomä die Notwendigkeit systematischer Verlaufsuntersuchungen folgendermaßen:

»1. Die psychoanalytische und die von ihr abhängige psychosomatische Forschung scheinen sich, wie man der Literatur entnehmen kann, hauptsächlich in zwei Richtungen zu bewegen, die man kurz als Verlaufs- (process) und als Ergebnis- (outcome) Forschung bezeichnen kann. Bei der Verlaufsforschung geht es vor allem darum, psychoanalytische Behandlungen von Einzelfällen wissenschaftlich auszuwerten, während bei Untersuchungen, die sich in erster Linie mit dem Ergebnis von Therapien befassen, größere Zahlen behandelter und unbehandelter Fälle miteinander verglichen werden. Die beiden Forschungsrichtungen überschneiden sich natürlich in vielen Punkten, da das Ergebnis der Therapie vom Verlauf der Psychoanalyse abhängig ist. Die Unterscheidung von Verlauf und Ergebnis geht auf den Maribader Kongreß 1936 und insbesondere auf einen Vortrag von E. Bibring zurück.

2. Zwar ist es »einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, daß Forschung und Behand-

lung bei ihr zusammenfallen« (Freud 1912e, S. 380); an anderer Stelle spricht Freud (1926a, S. 293/294) von dem »kostbaren Zusammentreffen«, einem »Junktum zwischen Heilen und Forschen«. Aber aus diesen Feststellungen Freuds leitet sich nicht eo ipso ab, daß Behandlung und Forschung identisch sind. Obwohl in der psychoanalytischen Situation bestimmte Kontrollen, die eine quasi experimentelle Lage schaffen, eingebaut sind – technische Anweisungen, deren Kenntnis ich hier voraussetzen darf –, geben diese noch keine Sicherheit, daß die Beobachtungen des Analytikers und die theoretischen Schlüsse, die er aus seinen Beobachtungen zieht, wirklich verlässlich sind. (Heute würden wir das Junktum anders interpretieren und die Bedeutung des Nachweises »wohlätiger Wirkungen«, also der therapeutischen Veränderungen, besonders betonen. Außerdem sprechen wir nicht mehr von einer »quasi-experimentellen« Situation, um die flexible Handhabung von Regeln zu betonen.)

3. Die Verlaufsforschung ist das ureigenste Feld der Psychoanalyse. Der psychoanalytische Verlauf (process) wird bestimmt von den Vorgängen in der psychoanalytischen Situation. Das spezifische technisch-psychoanalytische Mittel stellt die Deutung dar. In der Deutung sind Technik und Theorie verbunden. Verlaufsforschungen dienen der Vervollkommen der Technik und der Validierung der Theorie.

4. Unsere Erfahrungen bei dem in Heidelberg begonnenen Deutungsprojekt führten uns dazu, Tonbandaufnahmen von Interviews zu machen. Unsere Versuche, Tonbandaufnahmen in die Psychoanalyse einzuführen, sind aus den Unzulänglichkeiten entstanden, die wir bei dem in Heidelberg begonnenen Deutungsprojekt bemerken mußten. Zugleich sind wir überzeugt davon, daß psychoanalytische Forschung sich vor allem dort vollziehen sollte, wo die fundamentalen Theorien unseres Faches entstanden sind, wo sie überprüft und verändert werden können, nämlich in der psychoanalytischen Situation selbst. Wenn man Tonbandaufnahmen verwendet, hat man zunächst eine große Zahl von Bedenken zu überwinden, die sich in der bisherigen Literatur ebenso widerspiegeln wie in unseren eigenen Erfahrungen, die wir in den letzten Monaten machten. Daß wir bereits jetzt über die allerersten und äußerst vorläufigen Erfahrungen berichten, ist verfrüht. Wir tun dies, weil wir als veranstaltendes Institut auch die Aufgabe haben, ein Panel zu organisieren und ein Thema zu nennen, das uns besonders am Herzen liegt. Bedenken Sie also bitte in Ihrer kritischen Beurteilung dieser Einführung und des Panels überhaupt, daß wir Ihnen eine besonders pflegebedürftige Frühgeburt vorstellen, die eigentlich noch in einen Brutkasten gehörte. Es wäre sehr bedauerlich, wenn Sie dieser Frühgeburt durch allzu scharfe Kritik die Entwicklung erschweren würden. Wir hoffen vielmehr, daß Sie sich als Psychoanalytiker Ihrer Geburtshelferfunktion bewußt bleiben und durch Ihren Ratschlag die Entwicklung dieses Projekts fördern. Wir sind jedenfalls bestrebt, trotz mancher Geburtstraumata zunächst einmal die Widerstände zu überwinden, die in uns selbst gegen die Verwendung von Tonbandaufnahmen liegen« (Thomä 1968).

Seitdem sind viele Jahre produktiver Arbeit vergangen. Die Etablierung einer Forschungsgruppe, an der viele Mitarbeiter verschiedener Fachrichtungen beteiligt waren, hat Früchte getragen. Nun gilt es zusammenfassend zu berichten.

Diese Zusammenfassung könnte auch den Titel tragen: »Wie viele Aspekte hat ein Elefant, wenn sieben Blinde diesen berühren dürfen?« Mit Bezug auf den Mangel an sorgfältigen deskriptiven Daten zum Verlaufsaspekt psychoanalytischer Behandlungen dürfen wir in der Tat von einer weitverbreiteten Blindheit ausgehen.² Die verschiedenen Untersuchun-

² Dies ist die Paraphrase einer Textstelle des Schriftstellers I. H. Beadle (1878): »[...] my friend [...] has seen the elephant in his entirety from trunk to tail.«

gen, die an diesem Musterfall durchgeführt werden, beziehen sich naturgemäß immer nur auf Teilbereiche, auf Ausschnitte, die in einer Zusammenschau vereinigt werden müssen, um ein Gesamtbild zu schaffen. Die Auswahl der Fragestellungen war unsystematisch und ergab sich im Laufe des Forschungsprozesses, gesteuert von ad hoc Annahmen oder von theoretisch oder praktisch uns interessierenden Fragen.

Es ist offenkundig: je mehr man sich ins Detail spezieller empirischer Fragen vertieft, desto eher läuft man Gefahr, wichtige klinische Anliegen aus dem Auge zu verlieren. Es trifft aber auch zu, daß der klinisch arbeitende Analytiker durch Mikroanalysen auf blinde Flecke aufmerksam gemacht werden kann. Verallgemeinernde Schlußfolgerungen können wir nicht ziehen. Dieses Problem ist der Einzelfallmethodologie inhärent (Leuzinger-Bohleber 1995). Unsere leitenden Überzeugung am Beginn des Ulmer Projekts zur Psychoanalytischen Verlaufsforschung (Thomä 1968) war und ist noch heute, daß die Psychoanalyse wie jede andere Wissenschaft umfassende Beschreibungen benötigt. Dieser unvermeidliche Schritt wurde als die »Botanisierungsphase der Therapieforschung« bezeichnet (Grawe 1988).

Luborsky u. Spence (1971) haben im ersten Handbuchartikel zur psychoanalytischen Therapieforschung klar und deutlich ausgesprochen, welche Qualifikationen ein psychoanalytischer Musterfall aufweisen muß:

»Idealiter wären zwei Bedingungen zu erfüllen: Der Fall sollte klar als psychoanalytisch identifiziert sein, und die Daten sollten aufgezeichnet, transskribiert und indiziert sein. Damit sollte maximale Zugänglichkeit und Sichtbarkeit gewährleistet sein« (S. 426).

Die erste Bedingung wird im vorliegenden Fall durch die Tatsache belegt, daß der behandelnde Analytiker diesen Fall wiederholte Male erfahrenen Kollegen vorgelegt hat, die diesen eindeutig als »psychoanalytische Behandlung« identifiziert haben. Darüber hinaus spricht die Reputation des Behandlers in der Berufsgemeinschaft für dieses Merkmal, obwohl dieses Kennzeichen nicht genügt. Denn alle Analytiker müssen ihre Kompetenz in jedem Fall erneut belegen. Auf der Grundlage der durchgeführten Studien können wir rückwirkend feststellen, daß der behandelnde Analytiker die Regeln der analytischen Methode befolgt hat. Das Einhalten von Regeln darf ja nicht mit der Unterwerfung unter ein Gesetz verwechselt werden. Wir teilen in dieser Hinsicht die Auffassung von Gabbard u. Westen (2004), daß jeder Behandlungsprozeß nach dem Prinzip von Versuch und Irrtum erfolgen sollte.

Das zweite Kriterium wurde durch die Möglichkeiten der Ulmer

Textbank (Mergenthaler u. Kächele 1988) eingelöst. Dort sind die 517 tonbandaufgezeichneten Sitzungen von Amalie X aufbewahrt und interessierten Wissenschaftlern zugänglich. Im Laufe vieler Jahre konnte ungefähr die Hälfte der aufgezeichneten Sitzungen nach den Regeln der Ulmer Textbank (Mergenthaler 1986) zur Verfügung gestellt werden. Unsere Untersuchungen wären ohne dieses Material nicht durchführbar gewesen.

Die Probleme mit Tonbandaufzeichnungen, die nach wie vor in der »clinical community« diskutiert werden, wurden in einer speziellen Untersuchung bearbeitet (Kächele et al. 1988); erst kürzlich haben wir die vermuteten Auswirkungen der Aufzeichnung auf den analytischen Prozeß erneut bei der klinischen Präsentation der Sitzung 152 des Falles Amalie X beim Internationalen Kongreß der IPV in New Orleans offen erörtert (Thomä u. Kächele 2005). Wir werden nicht müde, den Wert zu betonen, den Audio-Aufzeichnungen sowohl für die Berufsgemeinschaft als auch für die Verwirklichung interdisziplinärer Forschung haben. Die Zugänglichkeit psychoanalytischer Dialoge für psychoanalytische Forscher in Zusammenarbeit mit Psychologen, Linguisten und anderen wissenschaftlichen Perspektiven stärkt die wünschenswerte interdisziplinäre Grundlegung der Psychoanalyse. Allzuoft haben in der Vergangenheit renommierte Gelehrte sich zur Psychoanalyse geäußert, ohne Zugang zu den primären Daten zu besitzen oder diese genutzt zu haben – eine Situation, analog der, die entstünde, wenn Philosophen sokratische Ideen disputieren, ohne die Platonschen Dialoge gelesen zu haben.

Unser empirischer Zugang: eine Mehr-Ebenen Beobachtungsstrategie

Von Anfang an war unser Ziel, systematisch Möglichkeiten zu erkunden, wie die vielfältigen Aspekte und Dimensionen des psychoanalytischen Prozesses beschrieben und die so gewonnenen deskriptiven Daten genutzt werden können, um Verlaufshypothesen zu überprüfen. Dies schloß sowohl die Erzeugung allgemeiner Prozeßhypothesen als auch die Spezifizierung von Einzelfall-Annahmen mit ein. Um Aussagen zu treffen, wie ein psychoanalytischer Prozeß empirisch sich entfaltet, muß man über allgemeine klinische Ideen hinausgehen, indem man sowohl das Material des Patienten berücksichtigt als auch die strategischen Interventionen des Analytikers einbezieht, die dieser für den einzelnen Fall für relevant hält. Zum Zeitpunkt des Beginns der Behandlung war es noch nicht selbstverständlich, nicht-klinische Meßverfahren – parallel zur Behandlung – einzubeziehen.³ Immerhin haben wir prä-post reliable psychometrische Befunde erhoben, um auf dieser Ebene die Wirksam-

³ Dies wäre heute eine selbstverständliche Forderung, wie sie z. B. von der PAL-Studie (Grande et al. 1997) eingelöst wurde.

keit dieser Analyse zu sichern. Diese wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht (Thomä u. Kächele 1988, Kap. 9.11.2).

Unser methodisches Vorgehen unterscheidet vier Ebenen fallspezifischer Untersuchung; jede Ebene präpariert Material unterschiedlicher Art aus der dem verfügbaren Grundstoff, der aus den Tonbandaufnahmen besteht (Kächele u. Thomä 1993). Diese vier Ebenen sind:

Die klinische Fallstudie (Ebene I); die systematische klinische Beschreibung (Ebene II); geschulte klinische Einschätzungsprozeduren (Ebene III); linguistische und computergestützte Textanalyse (Ebene IV). Damit folgten wir Sargents (1961) Empfehlung, die diese im Rahmen des Menninger-Projekts entwickelt hatte, um die unvermeidliche Kluft zwischen komplexem klinischen Verstehen und Objektivierung durch wechselseitigen Bezug überbrücken zu können.

Ebene I: Klinische Fallstudien

Die klinische Fallstudie, basierend auf einem gutem Gedächtnis oder akkuraten Prozeßnotizen des Analytikers, erfüllt eine wichtige kommunikative Funktion innerhalb der Profession. Wie Dewald (1978) betont, ist diese Mitteilungsform ein allgemein akzeptiertes Werkzeug zur Ausbildung und zu wissenschaftlichem Austausch. Erstaunlich ist jedoch, daß solche Fallstudien selbst noch selten Gegenstand formaler, z. B. erzähl-analytischer, Studien geworden sind. Jedoch scheint es uns notwendig, und hier sind wir uns mit Michels (2000) einig, daß diese Durchdringung der Fallberichts-Kultur eine zukünftige Aufgabe darstellt. Gegenwärtig wächst der Ruf nach sorgfältig gestalteten Fallberichten (Tuckett 1994); nur, nach welchen Kriterien diese zu gestalten, zu komponieren wären, muß selbst Gegenstand intensiver Diskussionen werden.

Unser Beitrag zu dieser Diskussion sind Beispiele, die wir im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä u. Kächele 1988) aus der Behandlung von Amalie X zum Thema »Identifikation mit der Funktion des Analytikers« (Kap. 2.4.2), zum Erwerb der freien Assoziation (Kap. 7.2), zu »Anonymität und Natürlichkeit« (Kap. 7.7), zu Auswirkungen der Tonbandaufzeichnung (Kap. 7.8.1) und last not least zur Veränderung der Patientin durch die Behandlung (Kap. 9.11.2) gegeben haben. Wir glauben, daß diese klinischen Beispiele dadurch profitiert haben, daß die Transkripte dem Analytiker zur Verfügung standen und damit auch die Stimme der Patientin unvermittelt, der Dialog präsenter und somit seine Gestaltung der Beispiele veridikaler als sonst üblich war. Dies wurde auch von Gabbard (1994) in seiner Besprechung des 2. Bandes positiv hervorgehoben. Darüber hinaus steht es jedem Leser der Beispiele frei, sich anhand der zugänglichen Transkripte ein eigenes Bild zu machen.

Ebene II: Systematische klinische Beschreibung

Die Ebene der systematischen klinischen Beschreibung unterscheidet sich von der Fallstudie entscheidend durch den methodischen Zugang: diese Arbeit ist im Prinzip sowohl durch den behandelnden Analytiker als auch durch nicht am Behandlungsprozeß beteiligte Dritte möglich. Dadurch ergeben sich vielfältige klinische Zugangsweisen. Die Zugrundelegung systematischer Zeitstichproben sichert die Repräsentativität der Aussagen. Die tonbandaufgezeichneten Sitzungen werden durch Transkripte relativ gut zugänglich gemacht, und es wurde oft mit ca. einem Fünftel aller Sitzungen gearbeitet: (Sitzung 1–5, 26–30, 51–55, ..., 501–505). Dieser Schritt ermöglicht eine Ausarbeitung des Materials mit bestimmten Randbedingungen, da nicht mehr alle Sitzungen herangezogen werden müssen. Die Arbeit mit einer definierten Zeitstichprobe stellt einen Prüfmodus dar, der systematische Veränderungen zu testen erlaubt. Solches Material kann sowohl dem beteiligten Analytiker bei der Nacharbeit von Stundensequenzen als auch anderen Interessierten nützlich sein.

Zur weiteren Strukturierung des Materials haben wir uns entschieden, bestimmte klinisch relevante Gesichtspunkte auszuwählen und den Verlauf dieser Gesichtspunkte über den Behandlungsprozeß hinweg zu sichten. Zwischen der ersten Stunde bis zur Beendigung wurden folgende Themen systematisch in regelmäßigem Abstand von je 25 Sitzungen freiem Intervall exzerpiert:

1. Die äußere Situation der Patientin
2. Die Übertragungs-/Gegenübertragungssituation
3. Die Beziehung der Patientin zu wichtigen Objekten außerhalb der Behandlung in Gegenwart und Vergangenheit
4. Die Arbeitsbeziehung
5. Wichtige Episoden innerhalb des fünfstündigen Beobachtungsfensters

Diese beschreibende, exzerpierende Arbeit wurde zunächst von zwei Medizinstudentinnen geleistet. Das Produkt wurde dann durch erfahrene Psychoanalytiker überprüft und verfeinert. Das damit gewonnene Material, klinisch in der Qualität und systematisch in der Organisation, kann zu vielfältigen Fragen herangezogen werden (Kächele et al. 1999). Es erlaubt eine einfache Orientierung über den gesamten Verlauf, der eben nicht wie eine Novelle zu lesen ist, sondern eher eine Road-Map darstellt. Regelmäßig und doch klinisch umfaßt die Beschreibung des Verlaufs dieser analytischen Behandlung rund 100 Seiten und ist im Band 3 des Ul-

mer Lehrbuchs zugänglich (Thomä u. Kächele 2006a, Kap. 4). Die systematische Beschreibung klinischer Themen erlaubt einen Nachvollzug über den Gang der Dinge. Im folgenden geben wir die Zusammenfassung des Behandlungsverlaufs wieder, den z. B. auch Leuzinger-Bohleber (1989, S. 64ff.) auf der Grundlage dieser Protokolle für ihre Untersuchung nutzen konnte.

Systematische Falldarstellung

Äußere Situation

Zu Beginn der Behandlung übt die Analysandin ihren Beamtenberuf aus. Themen aus diesem Arbeitsbereich, etwa Konflikte mit dem Vorgesetzten, Kolleginnen und »Untergebenen«, werden häufig in den Analysestunden erörtert, oft versucht sie mit minutiösen Schilderungen von sie belastenden Konfliktsituationen vom Analytiker ein entlastendes Urteil für ein bestimmtes Verhalten zu bekommen.

Mit Beginn der Analyse leitet die Analysandin eine Hormonbehandlung ein, in der Hoffnung, auch dadurch ihren Hirsutismus verändern zu können.

Sie lebt allein in einer Wohnung und verbringt Wochenenden und Ferien (etwa jene um die 25. Stunde) mit ihren Eltern und Verwandten.

In der Beobachtungsperiode X (Std. 221–225.) hat sie einen Autounfall, der sie sehr beschäftigt, da sie vermutet, ihn provoziert zu haben (ein älterer Mann fuhr in ihren Wagen hinein).

Unterbrechungen der Analyse, so die zweimonatige nach der Stunde 286 aufgrund eines Auslandsaufenthalts des Analytikers, beschäftigen sie sehr.

Nach der 300. Analysestunde bemüht sich die Patientin aktiv, z. B. über eine Zeitungsannonce, Kontakt zu Männern zu bekommen. Sie geht im folgenden einige, auch sexuelle Beziehungen ein. Nach der 420. Stunde hat sie brieflichen Kontakt zu einem Mann, mit dem sie eine engere Beziehung aufbauen möchte. Um die 450. Stunde trifft sie sich erstmals mit diesem Freund.

Nach der 500. Stunde wird das Ende der Analyse angesprochen. Die Analysandin ist immer noch Beamtin. Sie betreut auch Praktikanten, mit denen sie z. T. große Schwierigkeiten hat.

Symptomatik

Körperbehaarung

Die Auseinandersetzung mit der Körperbehaarung prägt die Anfangszeit der Analyse. Die Analysandin erlebt diese deutlich als viriles Stigma, das auch durch eine Einstellungsänderung nicht zu beseitigen sei. Daher setzt sie große Hoffnungen in die Hormonbehandlung; psychodynamisch betrachtet entwertet sie damit auch die möglichen Erfolge der Psychoanalyse.

Die Bedeutung des Hirsutismus konkretisiert sich u. a. in einem Traum (Beobachtungsperiode I), in dem sich die Analysandin einem Mann sexuell anbietet und von ihm zurückgewiesen wird. In diesem Traum erscheint eine Frau, deren Körper über und über mit Haaren bedeckt ist.

Schmerzhaft wird ihr Erleben eines »defekten« Körpers beim Vergleich mit anderen Frauen, nur im Vergleich mit einer dicken Kollegin »komme ich gut weg« (10. Std.). In einem Traum (29. Std.) muß sie eine Toilette reinigen, in der Pflanzen und Moos wachsen. Sie vergleicht diese Pflanzen, die sie reinigen muß, obwohl sie gar nicht »ihr Dreck sind«, mit ihren Haaren, für die sie nichts kann und mit denen sie dennoch leben muß.

In den nächsten beiden Beobachtungsperioden III u. IV (Std. 51–55, 76–80) spricht sie nie direkt über ihre Behaarung. Aber anhand von zwei Träumen mit offensichtlich sexueller Symbolik wird die damit verbundene Unsicherheit mit ihrer Geschlechtsidentität angesprochen. In einem weiteren Traum (102. Stunde) liegt sie mit ihren Brüdern auf einer Wiese, die Brüder sind plötzlich Mädchen und haben ein viel schöneres Dekolleté als sie. Sie stellt anhand dieses Traums fest, daß ihr der körperliche Vergleich mit anderen Menschen wichtig ist. Auch anhand eines Films über kleinwüchsige Menschen setzt sie sich mit ihrem körperlichen Anderssein auseinander. Sie wünscht, sich über die Grenzen hinwegsetzen zu können, die ihr Körper ihr setzt.

Im Zusammenhang mit Übertragungsphantasien steht der Traum in der VII. Beobachtungsperiode (Std. 151–155), in dem sie träumt, sie sei ermordet worden, ein Mann habe ihr die Kleider ausgezogen und die Haare abgeschnitten. Wiederum sehr direkt im manifesten Trauminhalt ist ihr Hirsutismus in Träumen der VIII. Beobachtungsperiode (Std. 177–181). In einem Traum wollen sie zwei Männer heiraten. Sie steht vor dem Bett des einen und soll den BH ausziehen. Sie versucht ihm zu erklären, daß sie an abnormen Stellen Haarwuchs hat, dabei erschrickt sie und erwacht.

In den nächsten Analyseabschnitten verschwindet die Thematik sukzessiv; in der 222. Stunde erinnert sie sich zwar noch diffus, daß sie »etwas von Haaren« geträumt habe, kann sich aber nicht detailliert daran erinnern. Statt dessen rückt die Auseinandersetzung mit ihrem Körper ganz allgemein mehr ins Zentrum der analytischen Arbeit. Schließlich kann in der XII. Periode (Std. 282–286) der Zusammenhang beleuchtet werden zwischen ihrem Haarwuchs und der Sexualität: wären die Haare weg, wäre sie, in ihren Phantasien, sexuellen Vergewaltigungen schutzlos ausgesetzt.

Ein Indikator für ihre bessere Selbstakzeptanz zeigt sich darin, daß sie in Periode XIII (Std. 300–304) im Zusammenhang mit ihrem Selbstvorwurf, in ihrer Zeitungs-Annonce ihren Haarwuchs verschwiegen zu haben, sagt: »Manchmal stören sie [die Haare] mich, manchmal auch nicht, dann finde ich mich ganz akzeptabel.«

In Periode XV schildert sie, daß sie zu Beginn der Therapie sich oft von sich selbst ausgezogen fühlte und wie eine zweite Person neben sich herlief, wobei sie sich wie durch durchsichtige Kleider hindurch beobachtete. Dabei erschreckte sie ihr eigener Anblick. Inzwischen kann sie sich in einem durchsichtigen Nachthemd träumen und sich dabei attraktiv finden. Es stört sie nicht, daß sie dabei im Traum mit einem Mann zusammen ist. Auf diese Weise erprobt sie träumend die Möglichkeit, einen attraktiven Körper zu haben. In der Realität leidet sie immer noch unter Berührungs- und Exhibitionsängsten.

Als sie schließlich eine direkt sexuelle Beziehung zu ihrem Freund aufnimmt (Std. 376–380), erwähnt sie zwar, daß sie sich beim Geschlechtsverkehr wegen ihrer Haare oft gehemmt fühlt, doch geht es immer mehr um die Auseinandersetzung mit ihrem Körpergefühl ganz allgemein; der Hirsutismus tritt eher in den Hinter-

grund. In einer Beziehung zu einem Künstler treten die Ängste, wegen ihrer Haare ästhetisch abgelehnt zu werden, wieder in den Vordergrund; doch tröstet sie sich mit dem Gedanken, daß ihre Haare so etwas wie ein Prüfstein darstellen, eine Mauer, die ihr Freund wie eine Internatsmauer überspringen müsse.

Immer zentraler wird die Auseinandersetzung mit ihrem Körper im Zusammenhang mit der Sexualität. Noch in der Periode XIX (Std. 444–449) wird thematisiert, daß sie sich durch ihre Behaarung immer wieder in ihrer Geschlechtsidentität erschüttern läßt, obschon ihr der Partner direkt signalisiert, daß ihn ihre Haare nicht stören.

Entscheidend ist in diesem Zusammenhang ein Traum aus der XXI. Periode (Std. 502–506), in der ihre Haare zu Wurzeln werden. Sie fühlt sich als Wurzelholz mit Fäden, die ihren Freund in eine Hecke einspinnen und ihn festhalten. Dadurch hat sie ein tragendes Geflecht, empfindet dies als beglückend. Die Haare werden jetzt akzeptiert, nicht mehr als störend empfunden.

In der letzten Periode XXII (Std. 510–517) erlebt die Analysandin im Traum eine Dame im Zirkus, die plötzlich mit offener Bluse, einen sehr schönen Busen zeigend, durchs Wasser radelt; dabei spritzt das Wasser nach allen Seiten weg. Anhand dieses Traumes kann nochmals ihr Neid auf eine »volle Weiblichkeit«, aber auch auf die makel- und geruchslose Haut der Oma (und des Analytikers) thematisiert werden.

Sexualität

Von Anfang an nimmt das Thema »Sexualität« eine zentrale Rolle im psychoanalytischen Dialog ein. In den ersten Stunden erzählt sie, daß sie mindestens vom 3. bis zum 6. Lebensjahr onaniert habe. Doch führte die streng religiöse Erziehung, vor allem repräsentiert durch ihre Tante, dazu, sexuelle Impulse als schuldhaft zu erleben.

Um so heftiger melden sich diese Impulse in ihren Träumen zu Wort: sie erzählt früh in der Behandlung einen Traum, in dem sie sich als schöne, sinnliche »Raffael Madonna« erlebt, die von einem Mann defloriert wird, und gleichzeitig als säugende Mutter. Tagesrest für den Traum war, daß sie versuchte, sich ein Tampon einzuführen und befürchtete, sich dabei zu deflorieren. Sie spricht in den Anfangsstunden von ihrem Wunsch, die Sexualität zu bejahen und schön zu finden, um sie voll ausleben zu können, doch steht ihr dabei ihr Hirsutismus im Wege, wie auch ihre Zweifel, ob sie überhaupt eine richtige Frau sei. Nebenbei erwähnt sie, Sexualität sei bei ihr immer mit »Exzeß« verbunden gewesen.

Dieser Zwiespalt taucht immer wieder auf; z. B. beschäftigt sie sich in der III. Periode (Std. 51–55) mit der Frage, was sie als unverheiratete Frau überhaupt mit der Sexualität soll. In ihren Träumen erlebt sie angenehme Empfindungen während einer Beichte über ihr bisheriges Sexualleben. Sie kann über ihre sexuellen Wünsche ihrem jüngeren Bruder gegenüber sprechen. Sie reagiert aber verwirrt, als der Analytiker ihr in Zusammenhang mit einem Traum (Periode IV, Std. 76–80), in dem dieser Bruder durch ein Ofenrohr kriecht, deutet, daß das Ofenrohr ihre Vagina darstellen könnte, und sie sich vielleicht einen Koitus mit diesem Bruder wünscht.

Im folgenden (Std. 101–105) geht es wieder vermehrt um ihre Schuldgefühle wegen ihrer Onanie. Sie erlebt eine starke Ambivalenz gegenüber ihrem Analyti-

ker, bei dem sie einerseits phantasiert, daß er ihre Sexualität akzeptiere, aber auch »beschwichtige«, andererseits vielleicht doch still und heimlich verurteile. In den Stunden 151–155 tauchen auch versteckt sexuelle Phantasien über den Analytiker auf. Sie beschäftigt sich (Std. 177–181) mit der Angst, der Analytiker könne sie für frigide halten; betont dann, was für ein liebes, schmiegsames, aber auch sinnliches Kind sie gewesen sei. Schließlich kommt sie auf die eigene Angst zu sprechen, sie könne nymphoman sein. Die Deutung, ihre Angst vor der Sexualität habe nicht nur mit den Haaren zu tun, lehnt sie zu diesem Zeitpunkt vehement ab.

In der X. Periode steht die Auseinandersetzung mit Kastrationsängsten und -wünschen im Zentrum: sie hat Angst, eine Taube könne ihr die Augen ausstechen, sie könne sich bei der Onanie verletzen, sie träumt von einem Autounfall, bei dem ein riesiger Laster in ihr Auto reinfährt, und spricht direkt über ihre frühere, fast zwanghafte Phantasie, die Priester »hätten unten was dran, obschon sie von vorn und hinten gleich aussähen«. Ihre Kastrationswünsche Männern gegenüber werden an einer Phantasie deutlich: in einem Indianergebiet pflegen die Mütter am Penis ihrer männlichen Säuglinge zu lutschen, um sie zu befriedigen. Die Analysandin macht in ihrer Phantasie daraus ein Abbeißen des Penis. Später (Std. 251–255) werden anhand eines Traums, in dem sie sieht, wie eine Frau von einem Mann erschossen wird, masochistische und voyeuristische Bedürfnisse thematisiert.

Immer mehr werden die massiven Schuldgefühle erkennbar, die mit sexuellen Impulsen verbunden sind. In der XIV. Periode (Std. 326–330) schildert sie die Kritik eines Kollegen, der ihr Streicheln eines Praktikanten als »unsittliche Berührung« bezeichnete. Sie selbst rationalisiert stark, indem sie eine scharfe Trennung zwischen Zärtlichkeit und Sexualität zieht. Die Durcharbeitung dieser Schuldproblematik ermöglicht ihr u. a., eine sexuelle Beziehung zu einem Mann aufzunehmen (Std. 376–380), wobei eindrücklich ist, wie sehr sie sich gegen eine passiv feminine Position sträubt und sich um eine aktive Rolle in der Sexualität bemüht. Wie oben erwähnt, stehen im folgenden ihre Konflikte mit der weiblichen Geschlechtsidentität immer wieder im Fokus der analytischen Arbeit. Unter anderem geht es oft um die konkrete Auseinandersetzung mit ihren Genitalien und damit verbundenen Sexualphantasien. Auslöser dafür ist, daß sie beim Koitus von ihrem Freund leicht verletzt wurde, worauf sie unfähig ist, sowohl beim Geschlechtsverkehr wie auch bei der Masturbation zum Orgasmus zu kommen. Sie setzt sich mit der »reichen weiblichen Sexualität« verglichen mit der »armseligen männlichen Sexakrobatik« auseinander. Doch wird auch deutlich, wie bedrohlich für sie die Nähe zu ihrem Freund ist: damit in Zusammenhang steht auch ihre derzeitige Anorgasmie (Std. 444–449). Da ihr Freund noch andere Frauenbeziehungen unterhält, ist sie konfrontiert mit Eifersucht, dem Gefühl, »von ihm zur Hure gemacht zu werden« usw. Die Auseinandersetzung mit diesen Facetten »real erlebter« Sexualität führt zu einer beobachtbaren Konsolidierung des Akzeptierens des eigenen Körpers und der eigenen Sexualität (Std. 502–506).

Selbstwertgefühl und Schuldproblematik

Parallel zu der eben geschilderten Veränderung im Bereich der Sexualität verändert sich auch das anfänglich äußerst labile Selbstwertgefühl der Analysandin, wobei hier archaische Schuldgefühle eine zentrale Rolle spielen. Sie zeigt anfänglich eine ausgeprägte Selbstunsicherheit, erlebt sich oft als abgelehnt von ihrer Umgebung (z. B. von ihren Schülern als »alte Jungfer« tituiert) und ist in der analytischen Situation abhängig von positiven Rückmeldungen des Analytikers. Die Erfahrung des Angenommenseins durch die Analytiker-Autorität führt schon in der III. Periode (Std. 51–55) zu einem sichtlich gehobenen Selbstwertgefühl. Sie kann sich öffnen für Selbstbestätigungen etwa durch ihre Schüler. Durch die Intensivierung der Übertragung erlebt sie aber wieder vermehrt Schwankungen ihres Selbstwertgefühls; dies vor allem, weil sie Zweifel plagten, der Analytiker könnte sie u. a. wegen ihrer fehlenden weiblichen Identität ablehnen (Std. 76–80, 101–105). In den Stunden 126–130 wird deutlich, daß ihre Schwankungen auch mit ihrer Vaterbeziehung zusammenhängen: er ließ sie zu wenig Bestätigung und Zuneigung erleben und zog ihre Brüder in der Regel vor. In der anschließenden Beobachtungsperiode können die damit verbundenen, u. a. auch ödipal bedingten Schuldgefühle anhand von Übertragungsphantasien (z. B. sexuelle Phantasien über den Analytiker) thematisiert werden. In einer späteren Phase der Behandlung (Std. 251–255) wird deutlich, daß die Intensität der Schuldgefühle auch mit der Impulsivität der Analysandin in Zusammenhang stehen: sie spricht nun oft über die Spannung zwischen ihren exzessiven Wünschen und Phantasien und dem offiziell Erlaubten, »Normalen«. Ihre Zeit im Internat wird häufig Gegenstand ihrer Reflexionen.

Ein wichtiger Schritt für die Entwicklung eines stabileren Selbstwertgefühls ist ihr Entschluß, selbständig einen Partner zu suchen (via Annoncen z. B.). Sie stellt sich vor, auch ohne Analytiker während der Ferien »frei schwimmen« zu können und ohne Eltern in Urlaub zu fahren (Std. 300–304). Das Einlassen auf einen heterosexuellen Partner ist allerdings im folgenden immer wieder mit schweren Selbstzweifeln und Unsicherheitsgefühlen verbunden. Durch die analytische Arbeit kann ein Rückzug aus Beziehungen aufgrund von Frustrationen und Verletzungen immer wieder verhindert werden, so daß reale (auch sexuelle) Erfahrungen überhaupt gemacht werden können und u. a. zu einer Basis werden, ein besseres Selbstwertgefühl zu entwickeln. Sie bilden eine Gegengewicht zu oft auftauchenden Schuldgefühlen, die sie vor allem der Mutter gegenüber empfindet, die sie als Richterin über sich als Hure erlebt. Die Schuldgefühle werden immer wieder Gegenstand der analytischen Arbeit.

Im letzten Abschnitt der Analyse ist der Zuwachs an stabilem Selbstwertgefühl eindrucklich; z. B. kann sie sich ohne Schuldgefühle eingestehen, daß sie »eine starke Frau« ist.

Objektbeziehungen

Familiäre Objektbeziehungen

Wie eingangs erwähnt, nehmen die realen familiären Beziehungen zu Beginn der Analyse einen großen Stellenwert ein; sie verbringt Wochenenden und Ferien mit Eltern und Verwandten. Sie schildert ihre Beziehung zu ihrem Vater deutlich am-

bivalent: einerseits will sie ihm gegenüber eine liebevolle, ihn umsorgende Tochter sein, die ihn nicht verletzt und ihm gegenüber nicht aggressiv ist (nicht wie die Mutter »eine stille, den Vater duldende Frau« sein), andererseits nimmt sie heftige Haßgefühle ihm gegenüber wahr. Auch mit ihren Brüdern verbindet sie eine intensive Beziehung: Dem älteren gegenüber fühlt und fühlte sie sich immer als »Trabant«, den jüngeren bewundert und beneidet sie u. a. um seine Autonomie den Eltern gegenüber.

Als erste Veränderung in diesem Bereich registriert sie eine zunehmende, ihr wohlthuende Distanz von der Mutter (Std. 51–55). Auch zum jüngeren Bruder wird die Distanz größer, u. a. wegen der von ihm ausgehenden sexuellen Anziehung. Später (Std. 76–80) wird thematisiert, wie sehr sie die Mutter ins Vertrauen zog, z. B. diese riet ihr immer, den Vater nicht offen zu kritisieren. Später (Std. 126–130) wird angesprochen, wie sehr dieser ihr gegenüber seine Gefühle verdeckt und sie damit kränkt. Sie machte früher den Vater für alles Häßliche (auch für den Haarwuchs) verantwortlich. Sie empfindet ihn als Störenfried in ihrer Beziehung zu der Mutter. In der Periode VIII (Std. 177–181) verschiebt sich die Stoßrichtung ihrer Vorwürfe: sie beklagt sich heftig, die Mutter habe sich zu wenig um sie gekümmert, sei schuld an allen Problemen, an ihrer »hysterischen Entwicklung«. Allerdings verbündet sie sich andererseits mit der Mutter in deren Kritik gegen den Analytiker. Später (Std. 251–255) wird deutlich, wie »asexuell« die Mutter auf sie wirkt. Auffällig ist auch, wie intensiv sie die Mutter via Gespräche in die Analyse einbezieht; erst um die 300. Stunde wird anhand von Befürchtungen über die Einmischung der Familie in ihre Partnersuche ihre stattfindende Ablösung deutlich. Daraufhin spielt die Familie zunehmend eine geringere Rolle, verschwindet über lange Phasen aus der Analyse. Allerdings tauchen die Konflikte in der XIV. Periode (Std. 376–380) wieder vermehrt auf, vor allem in Zusammenhang mit der Rebellion gegen die Bevormundung durch die Eltern. Schließlich kommen, verschoben auf den jüngeren Bruder, ödipale Liebeswünsche an den Vater zur Sprache (Std. 444–449). Im Zusammenhang mit der Einsicht, welche Konflikte und welcher Verzicht auf Lebensqualität ihr die Rigidität ihrer Eltern, vor allem ihrer Mutter, eingebrockt haben, nimmt sie nun heftige Haßgefühle ihnen gegenüber wahr (Std. 476–480). In den letzten Sitzungen zieht sie Parallelen zu der problematisch verlaufenen Trennung von den Eltern während der Adoleszenz und der ihr bevorstehenden vom Analytiker.

Außerfamiliäre Objektbeziehungen

Zu Beginn der Analyse hat die Analysandin Beziehungen außerhalb der Familie vor allem zu ihren Kolleginnen. Sie beklagt sich, daß sie immer diejenige sei, die investieren muß und von den andern als »Abfalleimer« benutzt wird. In der Periode II (Std. 26–30) wird deutlich, daß sie nahezu unfähig ist, alleine in eine Gesellschaft zu gehen und dort Kontakte zu knüpfen. Als einer der ersten Erfolge der Analyse registriert sie, daß sie sich wieder etwas unabhängiger vom Urteil der anderen fühlt, z. B. wieder alleine spazieren gehen kann (Std. 51–55). Im folgenden spielt immer wieder ihr Chef eine Rolle, sie befürchtet u. a., er nehme ihr die Analyse übel (Std. 101–105). Ihren Kollegen gegenüber fühlt sie sich nach wie vor gehemmt (Std. 126–130). Ihre außerfamiliären Kontakte beschränken sich aber weiterhin fast völlig auf sie (Std. 221–225). Sie fühlt sich »als alte Jungfer« belä-

chelt und ist voll Neid gegenüber verheirateten Kolleginnen. Während des Urlaubs des Analytikers (vor der 300. Std.) bekommt sie nach ihrer Annonce einige Zuschriften von Männern, u. a. von einem Arzt, der selbst eine psychotherapeutische Ausbildung macht, was sie in ihren Phantasien sehr beschäftigt. Sie nimmt schließlich trotz vieler Hemmungen und Schwierigkeiten sogar eine sexuelle Beziehung zu einem der Männer auf (Std. 376–380). In ihrer Arbeit kann sie wärmere und konfliktfreiere Beziehungen zu Kollegen und »Untergebenen« zulassen: sie ist gerührt, wie lieb sich diese um sie kümmern und sie besuchen, als sie wegen einer Bandscheibenverletzung zu Hause liegt. Nach einer weiteren Annonce (Std. 421–425) nimmt sie trotz vieler Ängste Kontakt auf zu einem Künstler mit dem Wunsch, sich einer nichtbürgerlichen Welt gewachsen zu fühlen. In der XIX. Periode (Std. 444–449) beschäftigt sie sich mit einer nun seit längerer Zeit bestehenden Beziehung zu einem Mann in Scheidung. Sie fühlt sich trotz aller Konflikte mit ihm verbunden, möchte aber gleichzeitig, mit Hilfe einer neuen Annonce, mehrere Männerbeziehungen ausprobieren, bevor sie sich festlegt (Std. 476–480). In den letzten Analysesunden berichtet sie von einer sie faszinierenden Beziehung zu einem »polygamen Mann«, den sie als sehr egoistisch empfindet. Ihre Phantasien, sich von ihm zu trennen, werden u. a. im Zusammenhang mit dem bevorstehenden Analysenende reflektiert.

Beziehung zum Analytiker

Die Anfangsbeziehung zum Analytiker ist u. a. geprägt durch ihre soziale Isolation. Es beschäftigt sie die Frage, wie nahe sie dem Analytiker kommen darf und soll. In einem der ersten Träume ist sie Au-pair-Mädchen beim Analytiker. Auf einem Familienfest sucht sie verzweifelt nach der Frau des Analytikers. Neben einigen alten »verdorrt« Frauen findet sie ein junges, sehr schönes, aber distanziertes Mädchen. Sie kann dieses Mädchen nicht als Frau des Analytikers akzeptieren und macht es deshalb zu seiner Tochter. Sie rivalisiert mit dieser Frau und beneidet sie um ihre Jugend und Schönheit. Der Analytiker befiehlt ihr, die Toilette zu reinigen, in der sie nicht Kot, sondern Pflanzen entdeckt. Sie wehrt sich gegen diese Aufforderung, weil der »Dreck in der Toilette« nicht von ihr herrühre. Ihre Assoziationen zeigen, daß sie bisher (Std. 26–30) die Analyse als Prüfung empfindet und befürchtet, wegen »ihrem Dreck« (z. B. ihrem Haarwuchs) abgelehnt zu werden. In der nächsten Beobachtungsperiode (Std. 51–55) ist sie sichtlich bemüht, eine engere Beziehung zum Analytiker zu knüpfen. Sie will auch zuhören, interpretieren, will Antworten vom »Fachmann« auf ihre Fragen und kein Schweigen, wünscht, daß sich der Analytiker an Situationen aus früheren Stunden genau erinnert usw. Erste Übertragungsmanifestationen zeigen sich in ihrem Vergleich des Analytikers mit der Mutter; bei beiden befürchtet sie, sie könnten böse auf sie werden. In den Stunden 76–80 geht es oft um die Einstellung der Analysandin zur Behandlung. Sie habe die Analyse »naiv« und »unbefleckt« begonnen, nun setzt sie sich anhand von Büchern intensiver mit Psychotherapie auseinander. Deutlich wird ihre Unsicherheit, sie empfindet das Liegen auf der Couch als unnatürlich; sie vergleicht die Analyse mit einem Spiel, bei dem sie immer verliert. Sie macht dem Analytiker auch konkrete Vorwürfe, er interpretiere immer nur und mache ihr nicht verständlich, wie er zu einer Deutung komme. Auch auf ihre Fragen gehe er nicht ein. Die Beziehung zum Analytiker mache ihr

zu schaffen, vor allem weil sie so einseitig sei. Sie fühlt sich gedemütigt und als Opfer. Sie will sich »wild zur Wehr setzen«. In einem Traum stellt sie die befürchtete Strafe für diesen Widerstand dar: sie sitzt mit ihm, seiner ca. achtjährigen Tochter und ihrer eigenen Mutter in einem Garten. Der Analytiker ist ärgerlich auf sie, weil sie zu seiner Tochter »Du bist ein Schatz« sagte. Sie mißtraut seiner neutralen analytischen Haltung und will direkt wissen, wie er ihre Kritik wirklich aufgefaßt hat. In den Stunden 101–105 wird eine starke Ambivalenz dem Analytiker gegenüber deutlich: einerseits sei er für sie »der wichtigste Mensch«, andererseits möchte sie unabhängig werden und leidet unter den Abhängigkeitsgefühlen ihm gegenüber. Anhand von Publikationen des Analytikers und seiner Frau sucht sie herauszufinden, was für ein Mensch mit welchen Normvorstellungen er wohl sei.

Schließlich (Std. 126–130) wird die sich entwickelnde Vaterübertragung erkennbar, etwa indem sie ihre Situation, auf der Couch zu liegen und dem Analytiker ausgeliefert zu sein, vergleicht mit ihrer Ohnmacht dem Vater gegenüber. Auch in der folgenden Beobachtungsperiode (Std. 151–155) steht die Beziehung zum Analytiker im Zentrum. Sie äußert offene Kritik an seinen Interpretationen, vor allem, wenn diese auf ihre sexuelle Problematik abzielen. Sie hat das Gefühl, der Analytiker weiß schon vorher genau, »wo's lang geht«, und fühlt sich bei ihren Umwegen und Ablenkungen ertappt und gedemütigt. Sie empfindet den Analytiker auch oft als hart, gefühllos und distanziert, und hat den starken Wunsch, wichtig für ihn zu sein. Die Ambivalenz ist noch deutlicher in den Stunden 177–181, in der sie mehrere Träume berichtet, in denen sie dem Analytiker nachläuft und -fährt, zu seiner Komplizin bei einem Mord wird und sein Klo putzt. Sie äußert den Gedanken, seine Kinder zu kidnappen und über die Familie auszufragen. Entsprechend ist der Widerstand gegen die analytische Arbeit groß: sie wirft dem Analytiker vor, er verstehe sie nicht richtig, er mache immer nur Anspielungen über Dinge, die er eigentlich genau wisse, und sei damit unfair. Sie will mit Gewalt die Diagnose aus seinem Kopf holen, findet aber keinen Einstieg. Später (Std. 221–225) vergleicht sie das Wort »Behandlung« mit »in der Hand haben«, ein Grund, weshalb sie sich mit Händen und Füßen gegen die zunehmende Nähe zum Analytiker sperrt. Nach der Durcharbeitung damit verbundener Ängste kann sie sich mehr in der analytischen Beziehung niederlassen. Sie stellt sich u. a. vor, in der Analyse ruhig schlafen zu können, und wünscht sich den Analytiker als Wächter ihrer Träume (Std. 251–255). Vor diesem Hintergrund ist für sie die bevorstehende zweimonatige Trennung schwer zu ertragen (Std. 282–286). Sie fühlt sich vom »Papa« verlassen und ist eifersüchtig auf alle, die mit ihm zu tun haben. Sie überlegt, ob sie nicht einfach abhauen soll. In der folgenden Beobachtungsperiode (Std. 300–304) ist sie sehr aggressiv und ärgerlich auf den Analytiker wegen der bevorstehenden Trennung, was aber auch große Ängste auslöst. Sie kommt sich vor »wie auf dem Schafott«, abgelehnt und zur Ohnmacht verurteilt. Sie befürchtet auch eine Ablehnung von ihm, wegen ihres Versuchs, über Annoncen Männer zu finden. Eindringlich äußert sich diese Problematik in einem Traum, in dem ihr der Analytiker Irre auf den Hals schickt, die sie erhängen wollen und die sie erschießen soll. Er selbst steht daneben und wäscht seine Hände in Unschuld, wenn sie sich mit ihren »schwarzen Leidenschaften« herumschlägt, die er auf sie losläßt. Dabei verweist er für zwei Monate und läßt sie alleine kämpfen. Auch deutlich ödipale Phantasien werden angesprochen: sie ist

eifersüchtig auf seine Frau, die er auf die Reise mitnimmt; ihr hingegen wird er untreu.

In einer Stunde der nächsten Periode (Std. 421–425) bringt sie dem Analytiker einen Blumenstrauß, u. a. um sich für ihre entwertenden Gedanken über ihn zu entschuldigen und ihm zu danken für alles, was er ihr durch die Analyse ermöglichte, vor allem ihre Männerbeziehungen. Sie probt damit auch ein Stück Abschied von ihm.

Die Stunden 476–480 sind geprägt von intensiven Übertragungsgefühlen: einmal ihrem Gefühl, beim Analytiker wie bei ihrem Vater nie wirklich das Gefühl von Geborgenheit und Stärke zu bekommen. Zum weiteren beschäftigen sie heftige sexuelle Wünsche dem Analytiker gegenüber: Zu Hause, vor einer Sitzung, hat sie sich ausgemalt, den Analytiker in der nächsten Stunde zu verführen, einfach die Vorhänge zuzuziehen und sich auszuziehen. Sie fürchtet, daß der Analytiker darauf mit Entsetzen reagieren würde. In ihrer Vorstellung muß er ein »vollendeter Liebhaber« sein. Sie droht ihm innerlich, wenn er diese Prüfung nicht besteht. Unter anderem legitimiert sie ihren sexuellen Wunsch damit, daß es vielleicht auch für den Analytiker gut wäre, noch einmal eine neue Beziehung zu einer Frau zu beginnen.

In den abschließenden Stunden dominiert das Trennungsthema. Im Traum muß sie zunächst den Analytiker »austricksen«, damit sie von ihm loskommt, ehe er merkt, daß sie sich bereits die Wurzeln, die Fähigkeit, alleine weiterzuleben, geholt hat. Dabei muß sie ihren eigenen Weg durch einen hohlen Baum – die Akzeptierung ihrer Vagina – suchen und kann dann auf ihren Wurzeln wegrennen. Dann kann sie äußern: »Wahrscheinlich langweilt Sie das, was ich erzähle, aber es ist ja meine Zeit.« Schließlich läßt sie den Analytiker ausgehungert, dürr auf seinem Berg zurück; nun ist sie zur Stärkeren geworden. Ihr ist wichtig, daß der Analytiker versteht, daß sie befürchtet, er könne wie ihre Eltern enttäuscht sein von ihrer Art des Abschiednehmens. Interessant ist auch, daß sie nun nicht mehr auf ihre analytischen Geschwister eifersüchtig ist: die »angewärmte Couch« stört sie nicht mehr; sie kann im »warmen Wasser« gemächlich weiter schwimmen, fühlt sich nicht mehr durch die anderen Patienten verdrängt.

Ein weiterer Schritt in der Aufbereitung des klinischen Materials – eine Ultrakurzvariante – wurde mit dem sog. Topic-Index erprobt, der von M. Gills Forschungsgruppe angeregt wurde (Simon et al. 1968). Die wissenschaftliche Nützlichkeit dieser radikal simplifizierenden Methode hatte Dahl (1972) demonstriert, als er eine klare negative Entwicklung in einem analytischen Prozeß identifizierte.⁴ Statt zusammenfassend erzählender Verdichtung wird dabei eine Stichwort-Liste angelegt, deren Kodierung auf einem dichotomen Niveau erfolgt. So konnte die Verteilung von thematischen Konfigurationen über die gesamte Behandlung graphisch aufbereitet werden (Thomä et al. 1982).

Mit einer solchen Road-Map läßt sich andererseits auch die Entwick-

⁴ Heute ist bekannt, daß diese Behandlung nach Gills Erkrankung von einer noch jungen Analytikerin übernommen wurde.

lung zentraler Konzepte nachverfolgen. Man kann einen Längsschnitt über alle Thematisierungen z. B. der Träume, der Kindheitserinnerungen, der Übertragungssituation herausarbeiten und dadurch einen guten Überblick über diese Entwicklung gewinnen, wie es im folgenden für Amalie X.s Übertragungsthemen aufgeführt wird:

Amalie X's Übertragungsthemen

- 01: Die Analyse als Beichte
- 02: Die Analyse als Prüfung
- 03: Die böse Mutter
- 04: Das Angebot der Unterwerfung und heimlicher Trotz
- 05: Die Suche nach der eigenen Norm
- 06: Der enttäuschende Vater und die Ohnmacht der Tochter
- 07: Der distanzierte, kalte Vater und die beginnende Sehnsucht nach der Identifizierungsmöglichkeit
- 08: Ambivalenz in der Vaterbeziehung: Komplizenschaft vs. Ablehnung
- 09: Der Vater als Verführer oder Sittenrichter
- 10: Er liebt mich – er liebt mich nicht?
- 11: Auch der Vater kann aus einem Mädchen keinen Sohn machen
- 12: Das Rockzipfelgefühl
- 13: Das arme Mädchen und der reiche König
- 14: Wie Du mir, so ich Dir – Die Angst vor der Zurückweisung ihrer Blumen
- 15: Die ohnmächtige Liebe zum mächtigen Vater und die Eifersucht auf dessen Frau
- 16: Erste Trennungsideen zur Abwehr des Verlassenwerdens
- 17: Entdeckung ihrer eigenen Kritikfähigkeit, Anerkennung der Mängel des Analytikers, erneute Probe des Abschieds
- 18: Die Tochter an der linken Hand – Rivalität mit den Erstgeborenen bei der Mutter
- 19: Haß auf den spendenden Analytiker und Beginn der Abkehr von dieser Erwartung
- 20: Die Kunst des Liebens ist es, Liebe und Haß auszuhalten, die post-ambivalente Einstellung
- 21: Sei allem Abschied voran: die oral-aggressive Phantasie, den Analytiker ausgezehrt zu haben
- 22: Abschieds-Sinfonie: die Wiederkehr vieler Ängste und die Entdeckung vieler Veränderungen

Wissenschaftlich und didaktisch sind solche Aufbereitungen des reichhaltigen Materials ein großer Gewinn. Die Verfügbarkeit eines solchen klinisch-qualitativen Materials bei gleichzeitiger Systematisierung der Verlaufsperspektive ist offen für weitere Auswertungen. Erinnern wollen wir daran, daß dieses Material frei zugänglich ist und auch unter Nutzung der ebenfalls durch die Ulmer Textbank erhältlichen Verbatimtranskripte für Lehr- und Forschungszwecke genutzt werden kann.

Ebene III: Manualgeleitete Beurteilungsstudien

Diese methodologische Ebene stützt sich auf qualitative, klinisch orientierte Beurteilungsprozeduren, die von zwei oder mehreren Beurteilern in einer systematischen Weise durchgeführt werden. Dieser Ansatz handhabt zunächst die Daten auf einem qualitativen Niveau, aber transformiert diese dann auf eine Weise, daß parametrische bzw. nicht-parametrische statistische Verfahren angewendet werden können. Diese Transformation erfolgt durch einfache Skalen (Likert-Skalen), die die Ausprägung eines Konzepts dimensional wiedergeben. Eine solche Skalierung stellt eine Erweiterung der einfachen binären Entscheidung da und markiert den Beginn jeder Meßoperation.⁵ Solche Verfahren sollten nur durch geschulte klinisch erfahrene Beurteiler durchgeführt werden, um die klinische Verankerung der so untersuchten Konzepte sicherzustellen. Mit diesem methodischen Zugang haben wir eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt:

- a) Veränderung der emotionalen Einsicht
- b) Veränderung des Selbstwertgefühls
- c) Veränderungen in verschiedenen Typen subjektiven Leidens
- d) Veränderung in Traumberichten
- e) Das Modell der Fokalen Psychoanalyse
- f) Trennung und Unterbrechungen
- g) Der unbewußte Plan
- h) Psychoanalytische Technik im Lichte der Jonesschen »Psychotherapy Process Q-Sort«-Methode

In den nachfolgenden Zusammenfassungen, die die Lektüre der Originalarbeiten nicht ersetzen können, fokussieren wir auf den jeweiligen Erkenntnisgewinn.

a) Veränderungen der Emotionalen Einsicht

Das Konzept der Einsicht ist ein Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Behandlung; um so erstaunlicher ist es, daß substantielle Meßverfahren bislang selten geblieben sind. Hohage u. Kübler (1988) konstruierten eine Beurteilungsskala, die zwischen dem kognitiven Zugang (C-score) und dem emotionalen Zugang (E-score) der Patientin zu dem von ihr produzierten Material differenziert. Zusätzlich wurde das spezifische Konstrukt »Emotionale Einsicht« gebildet, dessen Entwicklung in einem Manual beschrieben wurde (Hohage 1986).

⁵ Einzelheiten des Vorgehens gibt jede Einführung in die Methode der Inhaltsanalyse (z. B. Merten 1983)

Natürlich wird eine therapeutisch wünschbare Veränderung nicht nur durch Einsicht hervorgebracht. Es kann jedoch ein wichtiger Schritt sein, wenn ein Patient sich mit sich und nicht nur mit anderen Personen, unter denen er leidet, reflektierend beschäftigt. In einem solchen Fall wäre das Ausmaß der wachsenden Selbsterfahrung ein relevantes Ergebnis. Die Patientin Amalie X war von Beginn ihrer Analyse an sehr offen für seelische Prozesse (psychologically-minded) und beschäftigte sich durchgehend mit ihren eigenen Gedanken und Gefühlen (C-score unverändert). Aber von den Anfangs- zu den Endstunden der Behandlung wurde sie in ihrem emotionalen Zugang wesentlich freier (E-score verbessert). Besonders bei konflikthaften Gefühlslagen wuchs ihr emotionales Erleben. Dies zeigte sich in der Abschlußphase der Behandlung, wo sie emotional gut involviert blieb. Diese Veränderung des E-score korrelierte mit dem unabhängig erfaßten Wert der Emotionalen Einsicht.

Man muß natürlich beachten, daß dieser Zugang lediglich gewisse Aspekte der Einsicht zu berücksichtigen vermag. Indem man nur auf den emotionalen Zugang der Patientin schaut, wird man dem Konzept der Einsicht als eines Gewinns in Selbst-Verständigung oder als einer wachsenden Bewußtheit von unbewußten Prozessen nicht gerecht. Wir können also nicht ausschließen, daß die Patientin zwar voller Einsichten war, diese sich aber auf unbedeutende Zusammenhänge oder auf Nebenschauplätze bezogen. Nur durch klinische Beurteilung kann dieses formale Maß der Einsicht validiert werden; dieses aber kann zutreffen oder auch nicht. Weiterhin kann eine Abnahme emotionaler Einsicht im Prozeß nicht einfach als ein Rückschritt interpretiert werden. Denn ein psychoanalytischer Prozeß hat mehr als eine Dimension, und einsichtsvoll zu sein ist nur eine davon. Im Dienst des therapeutischen Voranschreitens ist es gewöhnlich nötig, daß ein Patient Konflikte aktiviert und Widerstände entwickelt. Nur wenn es nicht gelingt, solche Widerstände durchzuarbeiten, kann am Erfolg gezweifelt werden. Die Skala »Emotionale Einsicht« kann hilfreich sein, solche Vorgänge im Verfahren systematisch und reliabel zu untersuchen.

b) Veränderung des Selbstwertgefühls

Nachdem Kohut die positiven Aspekte des Narzißmus für die Psychoanalyse wiederentdeckt hatte, bot sich das Konzept des Selbstwertgefühls als theorieübergreifendes Konzept für Forschungsaktivitäten innerhalb und außerhalb der Psychoanalyse an. In der psychologischen

Persönlichkeitsforschung der letzten Jahrzehnte spielten Selbstwert und eine Reihe ähnlicher Konzepte eine zunehmend wichtige Rolle, wie Cheshire u. Thomä (1987) gezeigt haben. Andererseits fand es als klinisch psychotherapeutisches Konzept in der empirischen Therapieforschung wenig Beachtung. In unserer Sicht ist es jedoch ein geeignetes Konzept, um bedeutungsvolle Verknüpfungen zwischen Verlaufs- und Ergebnisforschung herzustellen, da es gleichermaßen relevant für beide Bereiche ist. Wenn man den therapeutischen Prozeß als einen allmählichen Erwerb innerer und äußerer Haltungen und Fähigkeiten versteht, und wenn »Ergebnis« als Anwendung dieser erworbenen Haltungen und Fähigkeiten betrachtet wird, dann sollte die Forschung Informationen darüber zusammentragen, wie diese Merkmale erworben werden und stabil bleiben.

Mit diesen Überlegungen als leitendem Hintergrund entwickelten Neudert et al. (1987) ein Beurteilungs-Manual, um diverse Aspekte des Konzepts Selbstwert-Gefühl im Behandlungsverlauf zu ermitteln. Unsere beiden zentralen Hypothesen zu Veränderungen des Selbstwert-Gefühls konnten bestätigt werden. Das positive Selbstwert-Gefühl stieg im Verlauf der Behandlung bedeutsam an; interessanterweise setzte dieser Trend nicht gleich nach Beginn der Behandlung ein: im Laufe der ersten 100 Sitzungen zeigten sich zunächst erhebliche Variationen. Dagegen nahmen die Werte für das negative Selbstwert-Gefühl von Anfang an signifikant und kontinuierlich ab. Nicht bestätigt wurden unsere initialen Hypothesen bezüglich der erlebten Akzeptanz durch andere signifikante Objekte: hier war kein systematischer Trend nachweisbar. Auch weitere einzelfallspezifische Hypothesen konnten nicht bestätigt werden, die sich auf die relative Häufigkeit verschiedener psychodynamisch als relevant erachteter Kategorien vor und nach dem fokalen Durcharbeiten bestimmter Themen bezogen. Auf der anderen Seite ergaben sich klare Bestätigungen für unsere Annahmen bezüglich der Verknüpfung von bestimmten Kategorien: so trat z. B. positives Selbstwert-Gefühl im Lauf der Behandlung signifikant häufiger in Verbindung mit imaginierter Heterosexualität auf, während negatives Selbstwert-Gefühl in Verbindung mit Autoerotizismus bedeutsam zurückging.

Die Ergebnisse zeigen, daß relativ allgemeine Annahmen über die Wirkungsweise von psychoanalytischen Behandlungen kombiniert mit einzelfallspezifischen, psychodynamischen Hypothesen untersucht werden können.

c) Veränderungen in verschiedenen Typen subjektiven Leidens

Ein wenig untersuchtes Schlüsselkonzept der psychoanalytischen Therapie ist das subjektiv empfundene Leiden des Patienten. Dieses subjektive Erleben wird in der Regel nicht durch standardisierte psychiatrische oder psychosomatische Beurteilungsskalen erfaßt. Neudert u. Hohage (1988) entwickelten eine manual-gestützte Prozedur, die verschiedene Aspekte des Leidens der Patientin Amalie X zuverlässig aus dem Material der transkribierten Stichprobe zu differenzieren vermochte. Folgende Fragen sollten anhand einer randomisierten Zeitstichprobe aufgeklärt werden:

1. Wie groß war das Ausmaß des subjektiven Leidens über den Therapieverlauf?
2. Litt die Patientin mehr unter sich selbst oder mehr unter anderen? Gab es hierbei Veränderungen?
3. Welcher Anteil des Leidens bezog sich auf das »Leiden« am Analytiker, wie häufig und intensiv waren andere Ursachen?
4. Wie veränderte sich das Leiden der Patientin im Verlauf der Therapie? Gab es Krisen im Verlauf, und wodurch wurden sie verursacht?
5. Welche Rolle spielte beim Leiden am Analytiker dessen Abstinenz?
6. Was tat der Analytiker, wenn er zum Gegenstand des Leidens der Patientin wurde?

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten, daß das Leiden, wie es im Manual operationalisiert worden war, verschiedene Auslöser aufwies: das Leiden an sich selbst umfaßte 35 %, das Leiden an der Umgebung 40 %. Dieses ließ sich nach nicht-menschlichen Quellen (2,9 %), anderen wichtigen Personen (30,5 %) und dem Analytiker (7,2 %) aufgliedern. Das Ausmaß des Leidens über den Verlauf der Behandlung konnte als monotoner, statistisch signifikanter, negativer Trend beschrieben werden; außerdem nahm das Gefühl der Hilflosigkeit im Umgang mit Leidenserfahrungen signifikant im Verlauf ab. Dabei war der Anteil des Leidens am Analytiker im Vergleich zum Gesamtbetrag relativ gering (7,2 %). Das Involviertsein der Patientin mit dem Analytiker stieg langsam über die ersten 300 Sitzungen an (in der Stichprobe die Perioden 1 bis 4, die Stunden 1–8, 25–32, 109–116, 248–255) und wies dann einen deutlichen Gipfel in der Periode 5 auf (den Sitzungen 348–355). Hier litt sie erstmals mehr an ihrer Umgebung, d. h. an wichtigen Beziehungspersonen, als an sich selbst. Bis zu diesem Zeitpunkt war die Patientin überwiegend mit ihren eigenen Unzulänglichkeiten, ihren Unsicherheiten und Hemmungen beschäftigt. Nachdem sie diese Probleme gemeistert hatte, begann sie, sich mit der Umgebung auseinanderzusetzen, auch wenn dies neue

schmerzhaft Konflikte aktivierte. Zu diesem »Meß«-Zeitpunkt wurde die Beziehung zum bis dahin primären sicheren Objekt, dem Analytiker, zur Ursache für ihre schmerzhaften Konflikte.

Neudert u. Hohage (1988) versuchten dieser intensiven Übertragungsinvolvierung, bei der es um Aspekte v. a. negativer Übertragung geht, durch weitere Detailuntersuchungen näherzukommen. So konnten sie ausschließen, daß es sich beim Leiden am Analytiker um eine Folge seiner (verbalen) Abstinenz handelt.

»Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß der Analytiker während dieser Behandlungsperiode auf jede Weise zu vermeiden suchte, sich zu verteidigen. Zwar war er nicht abstinente in einem formalen Sinne des Wortes, aber er handhabte das Prinzip der Abstinenz in einem funktionalen Sinne [...]: d. h., daß er, bezogen auf diese Patientin, in dieser Phase der Behandlung darauf verzichtete, sich gegen die aggressiven Äußerungen der Patientin zu verteidigen – und sei es nur indirekt durch eine Deutung« (S. 240).

Natürlich ist die Art und Weise, wie die Patientin den Analytiker in dieser Phase der Auseinandersetzung erlebte, von entscheidender Bedeutung für eine günstige Entwicklung des therapeutischen Prozesses. In diesem Sinne möchte man wissen: Wie hat die Patientin auf diese spezielle Form der Zurückhaltung des Analytikers reagiert? Glücklicherweise finden wir eine Antwort in der fünften und letzten Sitzung dieses Untersuchungszeitraums, als die Patientin ihre Wahrnehmungen und Eindrücke vom Analytiker in diesen Sitzungen berichtet.

»Sie hatte sich des öfteren über das grelle Tageslicht im neu bezogenen Behandlungsraum beklagt. Aber plötzlich waren seit der vorigen Stunde Vorhänge aufgehängt worden. Sie realisiert, daß der Analytiker gewußt haben muß, daß Vorhänge geplant waren, aber er hatte es nicht erwähnt, als sie die fehlenden Vorhänge monierte. Ihr wird bewußt, daß seine Zurückhaltung es ihr ermöglicht hatte, deutlich zu erleben, wie es sich anfühlt, von jemandem abhängig zu sein, der sich um sie kümmert. Und sie sieht ein, wie fruchtbar die Zurückhaltung des Analytikers war. Sie fühlt sich wohl und erleichtert durch seine gelassene Reaktion auf ihre Attacken« (S. 240).

An anderer Stelle wird deutlich, daß die Patientin die Ruhe des Analytikers nicht nur im Hinblick auf ihre aggressiven Regungen schätzen konnte, sondern auch bezüglich ihrer im weiteren Verlauf der Behandlung deutlich werdenden Wünsche, ihm nahe zu sein. Abschließend läßt sich zu diesen Ergebnissen sagen, daß die Abstinenz des Analytikers auf seinem korrekten Verständnis ihrer Konflikte basierte. Damit bestand der Analytiker die Tests der Patientin im Sinne von Weiss u. Sampsons »control-mastery«-Theorie (1986).

d) Veränderung in Traumberichten

Obwohl die meisten klinischen Diskussionen um einen einzelnen Traum kreisen, ist deutlich, daß Traumberichte zu den regelhaften Ereignissen einer psychoanalytischen Therapie gehören. Manche Patienten berichten viele Träume, und andere tun dies eher selten. Auch differieren Analytiker in dem Ausmaß, in dem sie berichtete Träume in die Arbeit einbeziehen. Vermutlich etabliert sich in den meisten Analysen ein stillschweigendes Übereinkommen, in welchem Maße der Patient berichtet und wie sehr der jeweilige Analytiker sich diesem Material zuwendet.

Die Ulmer Traum-Studiengruppe untersuchte anhand von Traumberichten aus fünf psychoanalytischen Behandlungen, darunter auch die der Patientin Amalie X, emotional-kognitive Veränderungen (Leuzinger-Bohleber u. Kächele 1988; Leuzinger-Bohleber 1989). Träume aus der Anfangsphase (Sitzungen 1–100) und der Endphase (die letzten 100 Sitzungen) wurden mittels einer theoriegeleiteten inhaltsanalytischen Methodik ausgewertet. Diese Methodik erbrachte gerade im Vergleich mit den vier anderen Psychoanalysen überzeugende Hinweise, wie vielfältig sich Traumberichte vom Anfang und Ende unterscheiden und daß sich geglückte und weniger geglückte Analysenverläufe deutlich qualitativ und quantitativ unterscheiden lassen.

Eine Untersuchung der Traumberichte über den gesamten Behandlungsverlauf von Amalie wurde dann ergänzend später vorgenommen (Kächele et al. 1999). Aus der Fülle der Befunde berichten wir drei Ergebnisse. Wie waren die Beziehungen der Träumerin zu anderen Menschen? Es war offenkundig, daß Amalies Traumrepertoire sozialer Beziehungen sich nicht substantiell veränderte. Dies ist im Hinblick auf die anfängliche erythrophobische Symptomatik der Patientin bemerkenswert. Unsere zweite Frage bezog sich auf die globale emotionale Atmosphäre in den Traumberichten. Wir benutzten eine Adjektivliste und konnten mittels einer faktoranalytischen Auswertung einen stabilen Trend identifizieren, der von vorwiegend negativen Emotionen am Beginn zu vorwiegend positiven Emotionen am Ende führte. Unsere dritte Frage zielte auf die Problemlösefähigkeit im Traum. Dabei fanden wir einen stabilen Trend zu konstruktiverer Problemlösefähigkeit über den Behandlungsverlauf. Bemerkenswert scheint uns, daß wir für die meisten Parameter einen linearen Trend identifizieren konnten und keine nicht-linearen Modellierungen notwendig waren. Es gab auch stationäre Prozesse, bei denen Variationen in Intensität (wie bei aggressiven und ängstlichen Gefühlen) identifiziert werden konnten.

Amaliens Traumerzählungen

Ein qualitatives Verfahren zum Verständnis der Traumberichte wurde von Mathys (2001) an Traumerzählungen von Amalie X erprobt. Dabei wird die Traumerzählung als gestaltete, mitsamt ihren sekundären Bearbeitungen »willkommene« Gesamtkomposition betrachtet. Die Traumerzählung wird also aus narrativer Perspektive untersucht.⁶

e) Das Ulmer Fokalmodell ermittelt mit der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktthemas

Noch immer ist die Zahl expliziter kohärenter Modelle des psychoanalytischen Prozesses klein. Das Ulmer Prozeß-Modell (Thomä u. Kächele 1985, Kap.9; Kächele 1988) konzipiert die psychoanalytische Therapie als eine kontinuierliche, zeitlich unbefristete Fokaltherapie mit einem wechselnden, interaktiv gestalteten Fokus. Wir nehmen an, daß sich die Abfolge der Foki als Ergebnis unbewußter Aushandlungsprozesse zwischen den Bedürfnissen/Wünschen des Patienten und den Ressourcen des Analytikers ergibt.

Von Anfang an schien uns plausibel, daß in allen Analysen gewisse fokale Themen erscheinen und im Laufe der analytischen Arbeit verändert werden. Außerdem sind wir überzeugt, daß Gegenargumente entweder mit der Annahme einer *Universalpsychopathogenese* (Thomä 2004) oder mit der Annahme der Idee einer tendenzlosen und ziellosen analytischen Arbeit operieren müssen. Betrachtet man die Sache genauer, dann kreieren auch schulspezifische Auffassungen fokale Konstellationen.

Die Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas (ZBKT, Luborsky u. Crits-Christoph 1998) ermöglicht es, solche fokalen und Kern-Konflikte operational zu erfassen.

Die grundlegende Annahme der ZBKT-Methode besteht darin, daß die Narrative des Patienten über interpersonelle Erfahrungen typische internalisierte Subjekt-Objekt Beziehungsmuster enthalten. Narrative Anteile im Dialog reflektieren Erfahrungen, und deshalb analysiert die ZBKT-Methode Erzählungen des Patienten über Beziehungserfahrungen. Die Methodik ist im deutschen Sprachraum vielfältig publiziert worden (Kächele et al. 1988; Albani et al. 2003).

Mit dieser Methode konnte das Ulmer Prozeß-Modell empirisch getestet werden (Albani et al. 2002b). Zunächst wurde eine zeitlich geschich-

⁶ Das Verfahren, das hier zur Anwendung kam, ist die an der Abteilung für Klinische Psychologie der Universität Zürich entwickelte Erzählanalyse (EA) JAKOB (Boothe 2000).

tete Stichprobe im Abstand von jeweils 50 Sitzungen herangezogen, und es wurden zu jedem Zeitpunkt fünf Sitzungen ausgewertet. So ergaben sich 11 Untersuchungseinheiten mit insgesamt 92 Sitzungen.

Über das Gesamt aller Sitzungen konnte ein sehr stabiles ZBK-Thema identifiziert werden, dabei erfolgte unsere Auswertung mit der von uns revidierten Fassung der ZBKT-Methodik (Albani et al. 2002a):

WO: Die Anderen sollen sich mir zuwenden

WS: Ich möchte souverän sein

RO: Die anderen sind unzuverlässig

RS: Ich bin unzufrieden, habe Angst

Dieses Muster bildet einen zentralen Fokus. Die folgende Beziehungs-episode mit der Mutter aus der Anfangsphase der Therapie illustriert dieses Beziehungsmuster.

»P: [...] ich brauch den Sonntag manchmal wirklich um einfach, na ja, und dann muß ich auch wieder was tun, also und dann ist eben, meine Eltern, die kommen dann sehr häufig, nicht, meine Mutter ruft an, und dann sagt sie, dann, sagt sie einfach: ›Ich komm‹ und da hab ich, hab ich noch nie fertiggebracht zu sagen, ›Bitte nein. Ich will nicht‹ oder ›Es geht nicht‹ oder [...]«

Dieser Fokus wurde in den verschiedenen Abschnitten der Therapie in unterschiedlicher Weise bearbeitet und durchgearbeitet. Wünsche nach Souveränität und Autonomie wie auch Beachtung durch signifikante Andere führen den Wunschkatalog an. Sie wollte ihre selbst wahrgenommene Anhänglichkeit, ihre Unfähigkeit, anderen Grenzen zu setzen, überwinden und den Zustand ihres Unglücklichseins beenden. Diese Konfliktthemen waren über alle untersuchten Behandlungsabschnitte durchgehend stabil und dürfen deshalb unseres Erachtens als Kernkonflikt im Sinne von French (1952) bezeichnet werden. Darüber hinaus zeigte jedoch jeder einzelne Abschnitt weitere Merkmale in Form relevanter Kategorien, mit denen die nach French genannten »Fokalen Konflikte« beschrieben werden können. Wir sind der Ansicht, daß mit diesem Verfahren eine erste Operationalisierung des Ulmer Prozeß-Modells geglückt ist.

Stärke und Begrenzung der ZBKT-Methodik haben mit der Wahl des Materials zu tun, das sich ja, wie erwähnt, auf verbalisierte Beziehungserfahrungen bezieht. Ist damit der erfaßte Ausschnitt auf bewußtes Material beschränkt? Diese Kritik wird oft geäußert (Dreher 1999). Wir sollten jedoch einbeziehen, daß auch die Methode des Kliniklers keinen direkten Weg zum Unbewußten des Patienten hat, sondern auch Anzeichen erschließen muß (Meyer 1988). Keine empirische Methode erfaßt

unbewußtes Material direkt, sondern konstruiert aus Anzeichen das jeweilige Konstrukt. Indem repetitive Beziehungsschemata kodiert werden, wird auf unbewußte Organisationsprozesse rückgeschlossen. Mit der Unterstellung, daß diese unbewußten Organisationsprozesse zu den repetitiven Beziehungsmustern führen, arbeitet nicht nur dieses Verfahren zur Erfassung manifester Phänomene, die unbewußt motiviert sind.

f) Reaktion auf Unterbrechungen im analytischen Prozeß

Der analytische Prozeß, wie dicht auch immer er gestaltet sein mag, kennt notwendigerweise Unterbrechungen. Unsere Überlegung zielte darauf, die Reaktion der Patientin Amalie auf länger dauernde Unterbrechungen als einen Indikator für strukturelle Veränderungen zu nutzen (Jimenez et al. 2006). Wie immer basierte die Untersuchung auf der Stichprobe transkribierter Stunden; zum Zeitpunkt dieser Untersuchung standen 212 Sitzungen zur Verfügung, die relativ gleichmäßig über den Behandlungsverlauf verteilt waren. Zunächst erarbeiten wir eine formelle Definition einer nicht-trivialen Unterbrechung auf der Basis der Stundenkarte der klinischen Dokumentation; d. h. wir schlossen die Wochenendunterbrechungen aus. Mittels des Ulmer Angstthemen-Diktionärs (Speidel 1979), einer computergestützten inhaltsanalytischen Methode, wurden identifizierte Sitzungen vor und nach nicht-trivialen Unterbrechungen analysiert. Dieses Instrument erlaubte uns, ein Konstrukt »Trennungsangst« zu operationalisieren, das regelhaft, wenn auch nicht immer unmittelbar vor längeren Unterbrechungen auftrat. Eine Teilstichprobe dieser Trennungsangst-Stunden wurde dann mit der ZBKT-Methode weiter untersucht. Wie erwartet, zeigten die Trennungsangst-Sitzungen vor einer längeren Unterbrechung deutliche inhaltliche Merkmale, die mit dem ZBKT bestimmt werden konnten und die es erlaubten, eine Veränderung in Richtung auf weniger Trennungsängstlichkeit im Verlauf der Behandlung bei der Patientin zu konstatieren.

g) Amalies unbewußter Plan und die Control-Mastery Theory

Die »Control Mastery Theory« (CMT, Weiss u. Sampson 1986) ist eine kognitiv-affektive, psychoanalytische Theorie des psychotherapeutischen Prozesses. Viele Konzepte der CMT wurden von der San Francisco Psychotherapy Research Group empirisch untersucht und bestätigt.

Unsere Erarbeitung des unbewußten Plans für *Amalie* (Albani et al. 2000b) führte auf folgende relevante Ergänzungen zur klinischen Darstellung in Thomä u. Kächele (1988, Kap. 2.4.2):

Die *pathogenen Überzeugungen* beschreiben ein ausgesprochen negatives Selbstbild. Amalie sieht sich als häßlich, schlecht und belastend für ihre Umgebung. Dazu kommt eine als sehr problematisch erlebte Autonomie: Sie erlaubt sich kaum, sich von anderen abzugrenzen, und fühlt sich speziell für das Schicksal der Mutter verantwortlich. Amalie erlebt ihre eigenen Wünsche als gefährlich und verwerflich, insbesondere ihre sexuellen Bedürfnisse.

Wichtige *Ziele* für die Therapie sind das Wahrnehmen und Realisieren eigener Wünsche, speziell das Bedürfnis nach einer sexuellen Beziehung zu einem Mann, aber auch nach anderen sozialen Kontakten. Amalie möchte sich unabhängig von äußeren Normen selbst bestimmen und sich von anderen abgrenzen können. Insbesondere möchte sie sich nicht mehr so stark für andere verantwortlich fühlen. Amalie möchte sich und ihren Körper besser akzeptieren und mehr Selbstsicherheit gewinnen.

Als *hilfreiche Einsichten* gelten Deutungen, die Amalie die problematische Situation verdeutlichen, in die sie gekommen ist, als sie bei der Mutter die Rolle des fehlenden Vaters eingenommen hatte. Neben dieser männlichen Identifizierung ist auch ihre Sehnsucht nach dem Vater ein wichtiges Thema. Zentral sind die Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen, in denen Amalie ihr Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat und die sie immer noch daran hindern, enge Beziehungen zu knüpfen. Mit der durch die väterliche Identifizierung problematischen weiblichen Identität ist auch Amalies negatives Körper- und Selbstbild verbunden. Mit diesem versuchte sich Amalie zu erklären, warum sie von den Eltern allein gelassen wurde und für mögliche Partner abstoßend wirken würde. Wichtig sind auch Einsichten, die Amalie aufzeigen, daß sie sich zurückgezogen und anderen untergeordnet hat, weil sie immer befürchtete, daß ihre Selbständigkeit für andere unerträglich oder gefährlich werden könnte.

In den *Tests* zeigt Amalie in der Therapie einerseits defensive Verhaltensweisen, in denen sie die pathogenen Überzeugungen affirmativ präsentiert, sich dem Therapeuten gegenüber sehr zurückhaltend verhält und sich als häßlich und schwach darstellt. Andererseits wagt sie offensive Verhaltensweisen, in denen sie ihre pathogenen Überzeugungen direkt in Frage stellt, indem sie z. B. immer direkter über Sexualität spricht, neugierig ist, den Therapeuten herausfordert und eigene Anliegen einbringt.

Aufgrund dieser Untersuchung lässt sich der Schluss ziehen, daß strukturierte Untersuchungstechniken einerseits Bestätigungen des klinischen Urteils ergeben und andererseits ergänzende Überlegungen anregen können, welche Aspekte von dem behandelnden Analytiker nicht berücksichtigt sind und die hätten einbezogen werden können.

b) Psychoanalytische Technik und Jones' Psychotherapy Process Q-Sort

Systematische Untersuchungen der psychoanalytischen Technik sind seit Glovers Umfrage zur Technik in der Britischen psychoanalytischen Gesellschaft zwar gefragt (Glover u. Brierley 1940), aber lange von wenig Erfolg gekrönt gewesen. 1990 wurde eine Methode, der »Psychotherapy Process Q-Sort«, erstmals in die analytische Literatur eingeführt, die Jones u. Windholz (1990) an dem Musterfall der US-Psychoanalyse, Mrs. C, demonstriert hatten. Die Brauchbarkeit dieser Methodik für vergleichende Untersuchungen ist inzwischen gut belegt (Jones 2000). Wir haben eine deutsche Version der Methode entwickelt und deren Anwendung erprobt (Albani et al. 2000a). Die Methode konnte reliabel angewendet werden und erwies sich als geeignetes Instrument zur Beschreibung des Vergleichs früher und später Therapiestunden in der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie X. Anhand der Q-Items lassen sich klinisch relevante Unterschiede dieser beiden Therapiephasen gut herausarbeiten. Ein Vergleich dieser beiden Profile mit dem von Ablon u. Jones (2005, S. 552) entwickelten idealen Profil eines psychoanalytischen Prozesses ist derzeit in Arbeit.

Ebene IV: Linguistische und computergestützte Textanalysen

Seitdem Flader et al. (1982) »Psychoanalyse als Gespräch« thematisiert haben, werden diskurs- und konversationsanalytische Untersuchungstechniken auch am Ulmer Textkorpus durchgeführt. Unter anderem wurde die zuweilen schmerzliche Einübung in den analytischen Dialog, den Übergang vom Alltagsdiskurs in der analytischen Diskurs untersucht (Koerfer u. Neumann 1982). Diese Studien unterstützen unsere behandlungstechnische Maxime: soviel Alltagsdialog wie notwendig, um den Sicherheitsbedürfnissen des Patienten zu entsprechen, und soviel analytischer Dialog wie möglich, um die Explorierung unbewußter Bedeutungen in intra- und interpersonellen Dimensionen zu fördern (Thomä u. Kächele 1988, Kap. 7.1).

Schafers (1976) Ideen zur Handlungssprache haben Beerman (1983) angeregt, die syntaktischen Variationen zu untersuchen, die Patienten bei der Verwendung von syntaktischen Aktiv- und Passivkonstruktionen einsetzen. Bei der Patientin Amalie fand sie eine deutliche, fallspezifische Zunahme der Aktivkonstruktionen im Verlauf der Behandlung.

Die in Ulm schon früh entwickelten Möglichkeiten der computergestützten Textanalyse erlaubten vielfältige systematische Verlaufs-Studien (Kächele 1976). Eine erste Annäherung an den psychoanalytischen Dialog erfolgt mit der Erfassung quantitativer Verhältnisse. Denn die Beteiligung beider Dialogpartner im analytischen Gespräch hat auch eine quantitative Dimension; wenn der eine spricht, muß in der Regel der andere zuhören und vice versa. Kächele (1983) zeigte am Gespräch zwischen Amalie und ihrem Analytiker, daß die Redeaktivität im Rahmen der analytischen Sitzungen in einer Stichprobe von 112 Transkripten keine bedeutsame statistische Korrelation aufwies. Wir interpretieren dies so, daß jeder der beiden Gesprächspartner sich frei fühlte zu sprechen, wann er oder sie dies für stimmig hielt. Wir waren auf diese Fragestellung gekommen, als wir bei einem anderen Patienten, Christian Y, darauf aufmerksam geworden waren, daß über lange Zeit die verbale Aktivität beider Partner statistisch positiv korreliert war. Beide kovariierten jeweils in der Sitzung bei gleichzeitigem recht hohen Anteil an Schweigen. Bei Amalie fanden wir außerdem, daß der Analytiker, beginnend von der Mitte der Behandlung an, seine verbale Beteiligung quantitativ immer deutlicher zurücknahm. Wir interpretieren dieses Faktum so, daß der Analytiker der Patientin immer deutlicher signalisierte, daß dieser Zeitraum ihr Rede-Raum war.

Eine klinisch oft gehörte Auffassung ist, der Patient habe die Sprache seines Analytikers zu lernen. Mittels computergestützter Wortschatzanalyse sind wir dieser Frage nachgegangen (Kächele et al. 1999). Mit der in der Therapiefor schung schon früh eingeführten Unterscheidung von ›types‹ und ›token‹ (wobei ›types‹ die Zahl der verschiedenen Wörter meint und ›token‹ die Gesamtzahl der Wörter) läßt sich die kognitivsprachliche Differenzierung erfassen (Herdan 1966). Aussagen über die ›types‹ von Analytiker und Patient lassen erkennen, »wer von wem« sprachlich auf der Ebene des Vokabulars beeinflusst wurde. Wir gingen davon aus, daß am Beginn einer Analyse das Vokabular des Analytikers sowohl die sprachliche Welt des Patienten reflektiert als auch seine instrumentale Orientierung, seine wohlmeinende Absicht, den Patienten zu beeinflussen.

Um dieses zu klären, untersuchten wir das »charakteristische Vokabular« des Analytikers in der Eröffnungsphase von Amalie X.s Analyse, um herauszufinden, welche Wörter er deutlich häufiger im Dialog intensivierte. Fußend auf der Häufigkeit seiner »types« konnten wir in den ersten 18 Sitzungen vier Klassen von Wörtern in seinen Interventionen identifizieren: technische Ausdrücke, die Teil seiner Aufgabe waren, die Patientin mehr in die analytischen Arbeit zu involvieren. Emotionale Ausdrücke, die Teil seiner Technik waren, das Erleben von Emotionen zu bestärken; sexuell körpernahe Ausdrücke, die sich auf die gehemmte sexuelle Ausdrucksfähigkeit der Patientin bezogen; dazu einige Ausdrücke, die sich wohl aus den Lebensumständen der Patientin ergaben.

Um nun unser Verständnis dieses Lernvorganges zu vertiefen, unterzogen wir z. B. den Gebrauch des Substantivs »Traum« einer weiteren Klärung und konnten aufweisen, daß der vermehrte Hinweis auf Traumaspunkte die Intention des Analytikers ausdrückte, die Neugierde der Patientin für den Bereich des Träumens im allgemeinen zu stärken.

Inzwischen haben wir eine nur statistisch im Verlauf faßbare interpretative Strategie des Analytikers auch in den vier Ulmer Psychoanalyse-Fällen identifiziert, darunter auch der Fall der Amalie X, die wir zunächst in einem psychoanalytischen Kurztherapiefall gefunden hatten (Hölzer et al. 2005). Diese Untersuchung verwendet Dahls (1991) Emotionstheorie und zeigt auf, daß beide Analytiker in den vier Fällen über den Verlauf den Gebrauch »negative me« Emotionen zurücknehmen und durch »positive it« Emotionen in ihren Interventionen ersetzen. Wir deuten dieses Ergebnis im Lichte einer klinischen Erfahrung, daß selbstbezogene Klagen in objektale Anklagen übersetzt werden müssen. Die zu erwartenden Änderungen von Amalies körperbezogenen Verbalisierungen wurden von Schors u. Mergenthaler (1994) mit dem Ulmer Körperwörterbuch analysiert.

Erst kürzlich modellierten Mergenthaler (2002) mit dem von ihm entwickelten Zyklus-Model (1996) im Zusammenwirken mit Pfäfflin (2002) die 152. Sitzung, die auf dem IPV-Kongreß in New Orleans Gegenstand vielfältiger und auch kontroverser Diskussionen war (Thomä u. Kächele 2006b). Diese Methode arbeitet im mikroskopischen Bereich der Moment-zu-Moment Interaktion, um therapeutisch fruchtbare Momente zu identifizieren. Aufgrund dieser Untersuchungsmethodik ist Stunde 152 wesentlich geprägt von dem bereits am Anfang der Sitzung erzählten Traum. Zu diesem Zeitpunkt befand sich die Patientin aus emotionaler Sicht in einem neutralen Zustand: weder die negativen noch die positiven Anteile überwogen. Es bedurfte also zuerst einer Verstärkung negativer Gefühle und der Hinführung zu einem Problem, das es zu bearbeiten galt. Dies gelingt in mehreren Anläufen, in deren Folge sich zwei Zyklen

einstellen. Es kann also davon ausgegangen werden, daß in dieser Stunde ein Mini-Outcome erreicht wurde und dies zu einer nachhaltigen therapeutischen Veränderung beitrug.

Zusammenfassende Bemerkungen

Im Hinblick auf den Mangel an gründlichen klinisch-empirischen Studien psychoanalytischer Einzelfälle (Kächele 1981) glauben wir, daß die Ulmer Prozeßforschungsgruppe auf eine erfolgreiche Durchdringung eines Einzelfalls zurückblicken kann. Wir haben auf vielfältige Weise gezeigt, daß eine solche Forschung möglich ist und wie es realisiert werden kann, vorausgesetzt, genügend Hingabe, Leidenschaft und finanzielle Ressourcen sind gegeben. Psychoanalytische Therapie kann Gegenstand objektivierender und methodologisch anspruchsvoller Forschung sein. Sie führt von außen zu Sichtweisen, zu Befunden und Ergebnissen auf den analytischen Prozeß, die ein behandelnder Analytiker nicht generieren kann. Die klinische Perspektive des behandelnden Analytikers kann und muß an einem solchen Forschungsprozeß beteiligt sein, sei es, um kritische Kommentare beizutragen, sei es, um ergänzende Verständnishorizonte bereitzustellen. Auf diese Weise kann die formalisierte empirische Forschung Beiträge zu einem Verständnis von Mechanismen der Veränderung liefern, die anders nicht zu gewinnen sind.

Diese vorgelegten, hier nur zusammenfassend berichteten Untersuchungen unterstützen nicht nur die Feststellung, daß diese Behandlung zu vielfältigen Veränderungen im Erleben und Leben der Patientin Amalie X führte, sondern belegen auch den Nutzen von Forschungstechniken, deren Produkte Beiträge zur Konzeptualisierung von Veränderungsprozessen liefern. Die Zahl deskriptiver Dimensionen, die anhand eines transkribierten Korpus analysiert werden können, ist nicht gerade klein. Jedoch können wir den Schluß ziehen, daß systematische Veränderungsprozesse existieren und daß diese zuverlässig und valide identifiziert werden können. Sowohl der interaktive, dialogische Austausch als auch basale Veränderungen in der Persönlichkeit der Patientin finden im Verlauf der Behandlung statt. Wir finden auf der Ebene klinischer Konzepte oft, aber nicht immer, daß Veränderungen einen linearen Trend aufweisen.

Forschungsergebnisse müssen repliziert werden, um ihren Wert zu sichern. In diesem Sinne hoffen wir auf nachfolgende Untersuchungen psychoanalytischer Einzelfälle. Schon jetzt kann jedoch die Auswirkung unserer Bemühungen auf unser psychoanalytischen Denken nicht groß

genug veranschlagt werden. Nichts hat unser psychoanalytisches Denken und Handeln mehr bereichert als die durch die umfassende Darstellung ermöglichte Diskussion mit freundlichen Kritikern und kritischen Freunden.

Zum Schluß erinnern wir an das Gleichnis vom Elefanten und den sieben Blinden und kommen zu folgender Auffassung: Für einzelnen Kliniker dürften die von uns vorgelegten Studien und deren Ergebnisse von unterschiedlicher Relevanz sein. Aber wir glauben, andere Psychoanalytiker ermutigen zu dürfen, ihre private Tätigkeit einer wissenschaftlichen Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Wir empfehlen nachdrücklich, junge Wissenschaftler auszubilden, die auch ausreichende klinische Erfahrungen sammeln können; wir empfehlen aber ebenfalls die Schulung von erfahrenen Klinikern in qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden, wie es das Research Committee der IPV seit mehr als zehn Jahren durchführt. Wir brauchen Psychoanalytiker als Kliniker und Forscher, die den langen Atem aufbringen, langsamen, aber kumulierenden Fortschritt zu machen. Wir brauchen Institutionen, die solche Forschungsteams ermöglichen. Die breite Implementierung solcher Forschungsaktivitäten wird die Psychoanalyse besonders in ihrer jetzigen pluralistisch kritischen Situation entscheidend bereichern.

Anschrift für die Verf.: Prof. Dr. Horst Kächele, Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm.
E-Mail: horst.kaechele@uni-ulm.de

BIBLIOGRAPHIE

- Ablon, S.J., E.E. Jones (2005): On analytic process. *J Am Psychoanal Ass* 53, 541–568.
- Albani, C., G. Blaser, U. Jacobs, E. E. Jones, M. Geyer, H. Kächele (2000): Die Methode des »Psychotherapie-Prozess Q-Sort«. *Z Klin Psychol Psychother Psychiat* 48, 151–171.
- , R. Volkart, J. Humbel, G. Blaser, M. Geyer, H. Kächele (2000): Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur »Control Mastery Theory« von Joseph Weiss. *Psychother Psych Med* 50, 470–471.
- , D. Pokorny, G. Blaser, S. Grüniger, S. König, F. Marschke, I. Geißler, A. Körner, M. Geyer, H. Kächele (2002a): Reformulation of the core conflict relationship theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. *Psychother Res* 12, 319–338.
- , D. Pokorny, G. Blaser, S. König, M. Geyer, H. Thomä, H. Kächele (2002b): Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern. Eine Einzelfallanalyse. *Psychother Psych Med* 52, 226–235.
- , H. Kächele, D. Pokorny (2003): Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut* 48, 388–402.
- Beadle, J. H. (1878): *Western Wilds, and the Men who Redeem them ...* Cincinnati (Jones Brothers & Co.).
- Beermann, S. (1983): Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer Sprechmuster. Diplomarbeit. Hamburg.

- Boothe B. (2000): Manual der Erzählanalyse JAKOB. Version 2000. Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie. Nr. 48. Psychologisches Institut der Universität Zürich.
- Buchheim, A., H. Kächele (2006): Amalie X: Bindungs-Repräsentationen 20 Jahre nach ihrer Psychoanalyse. In: H. Thomä, H. Kächele (2006a): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Band 3: Forschung. Berlin et al. (Springer).
- Cheshire, N.M., H. Thomä (Hg.) (1987): Self, Symptoms and Psychotherapy. New York Chichester (Wiley).
- Dahl, H. (1972): A quantitative study of psychoanalysis. In: R. R. Holt, E. Peterfreund (Hg.): Psychoanalysis and Contemporary Science. New York (Macmillan), 237–257.
- (1991): The key to understanding change: emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment. In: J. Safran, L. Greenberg (Hg.): Emotion, Psychopathology and Change. New York (Guilford).
- , H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988): Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (Springer).
- Dewald, P.A. (1978): The psychoanalytic process in adult patients. *Psychoanal Stud Chil* 33, 323–331.
- Dreher, A.U. (1999): Was sollte man bedenken, wenn man Übertragung messen will? *Z Psychoanal Theor Prax* 14, 260–283.
- Erikson, E.H. (1954): The dream specimen of psychoanalysis. *J Am Psychoanal Ass* 2, 5–56.
- Flader, D., W.D. Grodzicki, K. Schröter (Hg.) (1982): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- French, T.M. (1952): The Integration of Behaviour. Vol. 1: Basic Postulates. Chicago (Univ. Chicago Press).
- Freud, S. (1911e): Die Handhabung der Traumdeutung in der Psychoanalyse. *GW VIII*, 349–357.
- (1927a): Nachwort zur Frage der Laienanalyse. *GW XIV*, 287–296.
- Gabbard, G. (1994): Book review: H. Thomä u. H. Kächele (1992): Psychoanalytic Practice, Vol. 2. *J Am Psychoanal Ass* 42, 925–929.
- , D. Westen (2003): Rethinking therapeutic action. *Int J Psychoanal* 84, 823–842.
- Glover, E., M. Brierley (1940): An investigation of the technique of psycho-analysis. London (Baillière, Tindall, Cox).
- Grande, T., G. Rudolf, C. Oberbracht (1997): Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. In: M. Leuzinger-Bohleber, U. Stühr (Hg.): Psychoanalytische Katamneseuntersuchungen. Gießen (Psychosozial-Verl.).
- Grawe, K. (1988): Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z klin Psych* 17, 4–5.
- Herdan, G. (1966): The Advanced Theory of Language as Choice and Chance. Wien (Springer).
- Hohage, R. (1986): Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht. Abteilung Psychotherapie, Habilitationsschrift. Universität Ulm (<http://sip.medizin.uni-ulm.de>).
- , J.C. Kübler (1988): The emotional insight rating scale. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.): Psychoanalytic Process Research Strategies. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (Springer), 243–255.
- Hölzer, M., N. Scheytt, D. Pokorny, H. Kächele (1992): Das »Affektive Diktionär Ulm« als eine Methode der quantitativen Vokabularbestimmung. In: C. Züll, P. Mohler (Hg.) Textanalyse Anwendungen der computerunterstützten Inhaltsanalyse. Opladen (Westdeutscher Verl.), 131–154.
- , N. Scheytt, E. Mergenthaler, H. Kächele (1994): Der Einfluß des Settings auf die therapeutische Verbalisierung von Affekten. *Psychother Psych Med* 44, 382–389.

- , H. Dahl, H. Kächele (2005): A basic interpretative strategy in psychoanalytic treatments. *Psychotherapy Research*, submitted.
- Jimenez, J. P., D. Pokorny, H. Kächele (2006): The psychoanalytic loss-separation model (LSM): Evolution of the reaction to breaks in the psychoanalytical process as an indicator of change. *Int J Psychotherapy*, im Druck.
- Jones, E. E. (2000): *Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy*. Northvale, New Jersey (Jason Aronson).
- , M. Windholz (1990): The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *J Am Psychoanal Ass* 38, 985–1016.
- Kächele, H. (1976/1988): *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozeßforschung*. Ulm (PSZ-Verlag).
- (1981): Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jb Psychoanalyse* 12, 118–178.
- (1983): Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: W. R. Minsell, W. Herff (Hg.): *Methodology in Psychotherapy Research. Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research*. Frankfurt/M. (Lang), 125–129.
- (1986): Validating psychoanalysis: what methods for which task? *Behav Brain Sci* 9, 42–44.
- (1988): Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 69, 65–73.
- (2000): Casos modelo en investigación psicoanalítica. In: I. Berro, A. Hagelin, C. Pellegrino (Hg.): *Proceso psicoanalítico: herramientas, metodos y resultados*. Buenos Aires (Asociacion Psicoanalitica Internacional), 257–270.
- , H. Thomä (1993): Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Ass* 41, Suppl., 109–129.
- , H. Thomä, W. Ruberg, H.J. Grünzig (1988): Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988), 179–194.
- , L. Luborsky, H. Thomä (1988): Übertragung als Struktur und Verlaufsmuster – zwei Methoden zur Erfassung dieser Aspekte. In: L. Luborsky, H. Kächele (Hg.): *Der zentrale Beziehungskonflikt – ein Arbeitsbuch*. Ulm (PSZ-Verlag), 8–21.
- , J. Eberhardt, M. Leuzinger-Bohleber (1999a): Expressed relationships, dream atmosphere and problem solving in Amalie's dreams – Dream series as process tool to investigate cognitive changes. A single case study. In: H. Kächele, E. Mergenthaler, R. Krause (Hg.): *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. Ulm (<http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher.html>).
- , M. Hölzer, E. Mergenthaler (1999b): The analyst's vocabulary. In: P. Fonagy, A.M. Cooper, R. S. Wallerstein (Hg.): *Psychoanalytic on the Move: The Work of Joseph Sandler*. London, New York (Routledge), 217–229.
- , A. Schinkel, B. Schmieder, M. Leuzinger-Bohleber, H. Thomä (1999): Amalie X – Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse* 4, 67–83.
- Koerfer, A., C. Neumann (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen »ungewöhnlichen« Diskurstyp. In: D. Flader, W. D. Grodzicki, K. Schröter (Hg.): *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt/M. (Suhrkamp), 96–137.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1989): *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen*. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo (PSZ-Drucke, Springer).
- (1995): Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche – Z Psychoanal* 49, 434–480
- , H. Kächele (1988): From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to inves-

- tigate cognitive changes during psychoanalysis. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988), 291–306.
- Luborsky, L., P. Crits-Christoph (1998): *Understanding Transference*. 2nd edition. New York (Basic Books).
- , D. Spence (1971): Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: A. E. Bergin, S. Garfield (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York (Wiley), 408–438.
- Mathys, H.P. (2001): Ich hab heute Nacht so einen herrlichen Mist geträumt. Amaliens Traumerzählungen untersucht mit der Erzählanalyse JAKOB. Unveröffentlichte Lizenzierungsarbeit. Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abt. Klinische Psychologie.
- Mergenthaler, E. (1986a): Die Transkription von Gesprächen. Ulm (Ulmer Textbank).
- (1996): Emotion-abstraction patterns in verbatim protocols: A new way of describing psychotherapeutic processes. *J Con Clin Psychol* 64, 1306–1315.
- (2002): Psychoanalytische Prozeßforschung: Emotions-/Abstraktions-Muster und das Therapeutische Zyklusmodell zur Untersuchung von Veränderungsprozessen. In: P. Giamperi-Deutsch (Hg.): *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer), 301–315.
- , H. Kächele (1988): The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988), 195–212.
- Merten, K. (1983): *Inhaltsanalyse: Einführung in die Theorie*. Opladen (Westdeutscher Verl.).
- Meyer, A.E. (1963a): Körperstörungen und Sexualität, dargestellt am Beispiel Genuinen Hirsutismus. *Prax Psychother* 8, 262–267.
- (1963b): Zur Endokrinologie und Psychologie intersexueller Frauen. Beiträge zur Sexualforschung. Stuttgart (Enke).
- (1988): What makes psychoanalysts tick? In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988), 273–290.
- (1994): Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40, 77–98.
- Michels, R. (2000): The case history. *J Am Psychoanal Ass* 48, 355–375.
- Neudert, L., R. Hohage (1988): Different types of suffering during a psychoanalysis. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.) (1988), 227–241.
- , H.J. Grünzig, H. Thomä (1987): Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: N. M. Cheshire, H. Thomä (Hg.): *Self, Symptoms and Psychotherapy*. New York, Chichester (Wiley and Sons), 243–265.
- Pfäfflin, F. (2002): Demonstration des Therapeutischen Zyklusmodells an klinischen Beispielen. In: P. Giamperi-Deutsch (Hg.): *Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften*. Stuttgart, Berlin, Köln (Kohlhammer), 316–327.
- Sargent, H. (1961): Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24, 93–108.
- Schors, R., E. Mergenthaler (1994): Sprachinhaltsanalytische Untersuchungen zum Körperbild mit dem Ulmer Körperwörterbuch. In: J. Dyck, W. Jens, G. Ueding (Hg.): *Jahrbuch Rhetorik*, Bd 13: Körper und Sprache. Tübingen (Niemeyer), 119–129.
- Simon, J., G. Fink, N. Endicott, M. Gill (1968): *Psychoanalytic research and the concept of analytic work*. Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn.
- Speidel, H. (1979): Entwicklung und Validierung eines Wörterbuches zur maschinell-inhaltsanalytischen Erfassung psychoanalytischer Angstthemen. Psychol. Diplomarbeit, Konstanz und Ulm.
- Thomä, H. (1968): Einige Thesen zum Podiumsgespräch über psychoanalytische Verlaufsforschung. DPV-Tagung, Ulm 11.10.1968.
- (2004): Ist es utopisch, sich zukünftige Psychoanalytiker ohne berufliche Identität vorzustellen? *Forum Psychoanal* 20, 133–157.

- , H. Kächele (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1: Grundlagen. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo (Springer), 3. Aufl. 2006.
- , – (1988): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2: Praxis. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London (Springer), 3. Auflage 2006.
- , – (2006a): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 3: Forschung. Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London (Springer).
- , – (2006b): Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment report. *Psychoanal Inq*, im Druck.
- , E. Mergenthaler, H. Kächele (1982): The Topic-Index. Eine Methode zur systematischen Fallbeschreibung. Unveröff. Ms., Ulm.
- Tuckett, D. (1994): The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 75, 865–870.
- Wallerstein, R.S., H. Sampson (1971): Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozeßforschung. In: S. Schill, S. Lebovici, H. Kächele (Hg.): *Psychoanalyse und Psychotherapie. Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft*. Stuttgart (Thieme) 1997, 132–154
- Weiss, J., H. Sampson (1986): *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observation, and Empirical Research*. New York (Guilford Press).

Summary

A German specimen case Amalie X: empirical studies. – The paper provides a perspective on how psychoanalytic process research can be implemented. This paper sets out to detail the Ulm process research model and summarizes the manifold empirical studies that were performed on a completely tape-recorded psychoanalytic therapy. The studies demonstrate the many modalities empirical process research has available to objectively study process and outcome phenomena.

Keywords: process research, single case, evaluation

Résumé

Recherches psychanalytiques sur des cas particuliers: le cas d'école allemand Amalie X. – Les auteurs esquissent le modèle Ulmien des recherches processuelles et résument diverses études multi-méthodologiques sur une thérapie psychanalytique enregistrée sur cassette magnétophone, faites dans le cadre d'un projet de plusieurs années. Le processus peut être conçu selon nombreuses perspectives et peut servir d'évaluation.

Mots clés: recherches processuelles, cas particulier, évaluation