

*Albani C, Thomä H, Kächele H (2002) Die Psychoanalyse von Amalie X. Ein deutscher Musterfall. In: Schlesinger-Kipp G, Warsitz R (Hrsg) Entgrenzung - Spaltung - Integration. Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung. Leipzig, S 403-420*

Cornelia Albani, Helmut Thomä & Horst Kächele

## **Die Psychoanalyse von Amalie X - ein deutscher Muster-Fall**

Der US-amerikanische Psychoanalytiker Merton Gill setzt sich in seinem Buch "Psychoanalyse im Übergang" mit den Anforderungen für die Zukunft der Psychoanalyse auseinander:

"Angesichts der vielen sozialen und ökonomischen Gründe für die Abnahme des Prestiges der Psychoanalyse und die geringere Nachfrage nach ihr bin ich überzeugt, daß hierfür ein wichtiger Faktor die fehlende systematische Forschung ist.

Ich möchte wiederholen: Vielleicht sind wir zufrieden damit, daß es in unserem Bereich Weiterentwicklungen gibt, aber die Psychoanalyse ist der einzige bedeutsame Zweig des Wissens vom Menschen und der Therapie, der sich weigert, auf die Forderung der westlichen Zivilisation nach einem systematischen Nachweis seiner Behauptungen einzugehen. Eine systematische Erforschung der Psychoanalyse müßte größere Hindernisse überwinden, aber nur ein bedauerlich kleiner Prozentsatz unserer Arbeit wird der Entwicklung von Methoden gewidmet, die eine wohldurchdachte Auswahl unter unseren konkurrierenden Positionen erlauben." (Gill, 1997), S.231).

Das Ulmer Lehrbuch zitiert eingangs Freuds berühmte Junktimhypothese zum Verhältnisses von Klinik und Forschung in der Psychoanalyse:

"In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben" (Freud, 1927, S.293f.).

Dann aber verweisen sie auf Freuds eigene Erkenntnis bezüglich der Grenzen dieses Junktims:

"Es ist zwar einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, daß Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen, aber die Technik die der einen dient, widersetzt sich von einem bestimmten Punkte an doch der anderen" (Freud, 1912, S. 380)

Mit der Aufgabe der Junktimthese und der Entkoppelung von Klinik und prüfender Forschung wurde der Psychoanalyse das Tor zu einer neuen Art und Weise, empirische Forschung zu betreiben, geöffnet.

In der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm wurden seit 1967 durch Helmut Thomä, dem ersten Lehrstuhlinhaber für Psychotherapie an der neuen Universität, und seinen Mitarbeitern Tonbandaufzeichnungen psychoanalytischer Behandlungen vorgenommen. Das seit vielen Jahren etablierte Ulmer Forschungsmodell integriert multimodale und multimethodale Untersuchungen.

Bezüglich der Modalitäten können 4 Ebenen unterschieden werden:

- a) Ebene der traditionellen klinischen Darstellung,
- b) Ebene der systematisierten Verlaufsdarstellung,
- c) Ebene der manual-geleiteten Einstufung klinischer Konzepte und
- d) Ebene der textanalytischen, auch computer-gestützten Auswertung.

Eine Darstellung dieses Projektes soll nun an einem deutschen Muster-Fall versucht werden; dieser kann bislang nur auf der home page der Ulmer Abteilung in Augenschein genommen werden. Es handelt sich faktisch um den sog. dritten Band des Ulmer Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie (Kächele & Thomä, 1999).

Der zugrundeliegende Fall, die insgesamt 517stündige psychoanalytische Behandlung der Patientin Amalie X mit durchschnittlich 3 Therapiestunden pro Woche wurde von einem erfahrenen Analytiker durchgeführt. Sowohl in der klinischen wie auch in der testpsychologischen Einschätzung wurde die Behandlung als erfolgreich bewertet (Thomä & Kächele, 1997), (Kächele, 2000; Kächele t al. 1999).

*a) Ebene der traditionellen klinischen Darstellung,*

Novellistische Falldarstellungen gibt es seit dem 19.Jahrhundert, als sich Psychiater um ausgearbeitete Schilderungen ihrer Patienten bemühten, um ihren eigenen humanistischen Idealen gerecht zu werden. Freud's Fallgeschichten z.B. der Fall Dora (Freud, 1905) der Rattenmann (Freud, 1909) oder der Wolfsmann (Freud, 1918) haben deshalb literarische Vorbilder (Kächele 1981).

Freud war sich der wissenschaftlichen Unvollkommenheit seiner Krankengeschichten von Anfang an bewußt. Er weist in den "Studien zur Hysterie" (Freud, 1895) darauf hin, daß seine Krankengeschichten "wie Novellen zu lesen sind" (S.227) und daß sie "des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren". Veröffentlichte Krankengeschichten sind keine repräsentativen Abbildungen des tatsächlichen Geschehens. Der wissenschaftliche Status der Psychoanalyse kann nicht durch die Aufarbeitung einer Krankengeschichte bestimmt werden. Denn das Abbildungsverhältnis von Vorgeschichte und Behandlung und der Falldarstellung ist nicht unter dem Horizont eines naiven Realismus zu fassen, sondern nur unter dem Konzept "was wollte der Autor sagen". Freud selbst war kritisch bezüglich der Generalisierbarkeit einer einzelnen Krankengeschichte. In der Fallgeschichte vom Wolfsmann schreibt er:

"Um aus den Feststellungen über diese beiden letzten Punkte neue Allgemeinheiten zu gewinnen, sind zahlreiche solche gut und tief analysierten Fälle erforderlich." (Freud, 1918), S.140).

Die Gewinnung neuer Erkenntnisse durch den einzelnen Fall ist nur durch eine integrative Betrachtung möglich. Somit läßt sich als Funktion der Krankengeschichte die Erklärung singulärer Ereignisabläufe bestimmen.

Fallgeschichten sind professionell organisierte Erzählungen (Farrell, 1961, 1981).

Um unsere Leser mit der Patientin Amalie X bekannt zu machen - und damit auf der Ebene der traditionellen klinischen Darstellung zu beginnen- , fangen wir mit einer Beschreibung der Symptomatik und biografischer Angaben an:

Die 35jährige, alleinlebende Lehrerin hatte sich wegen zunehmender depressiver Beschwerden in Behandlung begeben. Sie litt unter religiösen Skrupeln mit

gelegentlichen Zwangsgedanken und Zwangsimpulsen, z.B. dem Zwang, Beichten zu müssen, obwohl sie sich nach einer Phase strenger Religiosität und einer Probezeit in einem Kloster von der Kirche abgewandt hatte. Sie ist bis auf wenige Freundinnen sozial isoliert und pflegt engen Kontakt zu ihrer Familie, vor allem zur Mutter.

Amalie steht in der Geschwisterreihe zwischen 2 Brüdern, denen sie sich unterlegen fühlte und fühlt. Sie ist in einer kleinen Stadt aufgewachsen und sei ein empfindsames und verspieltes Kind gewesen. Ihr Vater war während ihrer gesamten Kindheit abwesend - zunächst wegen des Krieges, später aus beruflichen Gründen. Amalie nahm früh die Rolle des Vaters ein und versuchte, der Mutter den fehlenden Partner zu ersetzen. Es bestand eine sehr enge Beziehung der Mutter zu den Kindern, Amalie hatte wenig Kontakt zu Gleichaltrigen.

Wegen einer lebensbedrohlichen Tuberkulose-Erkrankung der Mutter wurde Amalie im Alter von 5 Jahren als erstes der Geschwister zur Tante gegeben, wo sie ungefähr 10 Jahre lang blieb. Sie wurde stark von der streng religiösen und puritanischen Erziehung durch Tante und Grossmutter beherrscht. Vom 17.-19. Lebensjahr bestand eine Freundschaft zu einem gleichaltrigen Jungen, die sich auf einer kameradschaftlichen Ebene bewegt hatte, die Amalie aber beendete, auch auf Druck der Eltern hin, als er sich mit ihr verloben wollte.

Der Vater sei eine problematische Person gewesen, mit Schwierigkeiten, sich emotional mitzuteilen und einer zwanghaften, rigiden Geisteshaltung, die keine Möglichkeit zur sachlichen Auseinandersetzung mit den Kindern bot. Die Mutter ist Hausfrau, wird als impulsive Person mit musischen Interessen beschrieben, die es wegen der Kühle des Vaters schwer in der Ehe hatte.

Seit der Pubertät leidet Amalie subjektiv stark an einem idiopathischen Hirsutismus (vermehrte männliche Geschlechtshormone, die zu einer verstärkten Körperbehaarung führen). Ihre ganze Lebensentwicklung und ihre soziale Stellung als Frau standen unter den Auswirkungen dieser virilen Stigmatisierung, die unkorrigierbar war und mit der sich die Patientin vergeblich abzufinden versucht hatte.

Die u.a. auch daraus resultierende Selbstwertstörung, mangelnde weibliche Identifizierung und soziale Unsicherheit erschwerten persönliche Beziehungen und führten dazu, daß Amalie keine engen geschlechtlichen Beziehungen aufnehmen konnte. Der Hirsutismus dürfte für Amalie eine 2fache Bedeutung gehabt haben: zum einen erschwerte er die ohnehin problematische weibliche Identifikation der Patientin. Weiblichkeit ist für Amalie lebensgeschichtlich nicht positiv besetzt, sondern mit Krankheit (bei der Mutter) und Benachteiligung (gegenüber den Brüdern) assoziiert. Zum anderen erhält der Hirsutismus auch sekundär etwas von der Qualität einer Präsentiersymptomatik: Er wird der Patientin zur Begründung dafür, daß sie sexuelle Beziehungen meidet.

Soweit die klinisch-biographische Darstellung, wie sie nach einem klärenden Erstinterview dargestellt werden könnte. Angaben zur szenischen Ausformung im Erstinterview dieser Biographien könnten nachgetragen werden; tragen aber unseres Erachtens nicht wesentlich zum Verständnis der Behandlungsverlaufes bei.

Nun soll ein Zugang beschrieben werden, der durch die vollständige Aufzeichnung des Behandlungsprozesses der Patientin Amalie X durch ein Tonbandgerät ermöglicht wurde.

Damit kommen wir zur

#### *b) Ebene der systematisierten Verlaufsdarstellung*

In einem festgelegten Zeitraster wurden im zeitlichen Abstand von 25 Stunden jeweils 5 dieser tonbandaufgezeichneten Stunden verschriftet; dies ergab 22 Berichtsperioden. Aufgrund dieser Verbatimprotokolle wurde von externen Beobachtern eine Verlaufsdarstellung erstellt.

Die Erstellung einer systematischen Beschreibung macht es erforderlich, leitende Gesichtspunkte festzulegen, nach denen das vorliegende Material zusammengefasst werden soll. Diese orientieren sich zunächst an allgemeinen behandlungstechnischen Gesichtspunkten, wie sie im Großen und Ganzen für die Beschreibung jeder Behandlung benötigt werden; darüber hinaus ist es notwendig fallspezifische Gesichtspunkte mitaufzunehmen.

In dem vorliegenden Fall wurden folgende Gesichtspunkte ausgewählt:

- gegenwärtige, äußere Lebenssituation
- Symptombereich (z.B. Schuldthematik, Körpergefühl, Sexualität, Selbstwertgefühl)
- gegenwärtige Beziehungen außerhalb der Familie
- Beziehungen zur Familie in Gegenwart und Vergangenheit
- Beziehung zum Analytiker

Anders als in einer epischen Darstellung, in der durch die Schilderung die Vorgänge plastisch gefasst werden und zeitliche Verdichtungen und Extensionen des Geschehens unvermeidlich sind, werden in einer solchen nüchternen Verlaufsbeschreibung vielmehr Feststellungen getroffen, die ein Außenstehender aus den Aufzeichnungen entnehmen kann. Nur was in den Verbatimprotokollen ersichtlich ist, was sich also auch im therapeutischen Dialog konkretisiert hat, kann in diese Schilderungen eingehen.

Als Beispiel soll die Beschreibung der 2. Behandlungsphase, also der Stunden 26-30 dienen.

#### **Äußere Situation**

Im Beruf hat sich für Amalie nichts wesentliches verändert. Wenige Wochen vor diesen Stunden verbrachte sie einen Urlaub mit ihren Eltern, ihrer Tante und ihrem Onkel und deren Tochter.

#### **Symptomatik**

Zwanghafte Schuldgefühle gegenüber kirchlichen Normen bestehen nach wie vor. Amalie entwickelt eine intensive Angst davor, daß ihre Bedürfnisse und Ängste von ihrer Umwelt beobachtet und erkannt werden.

#### **Schuldthematik**

Amalie vergleicht die Einstellung ihres Onkels und ihrer Kusine zur Kirche mit ihrer eigenen. Ihr Onkel ist religiös und beschäftigt sich viel mit Theologie. Trotzdem hat er der Kirche gegenüber einen progressiv-liberalen Standpunkt und schafft sich gegenüber von der Kirche vertretenen Prinzipien einen Freiraum für sein eigenes Leben. Auch ihre Kusine lebt trotz strenger Erziehung nicht unter dem Druck von Geboten und Zwängen. Amalie kann diese Einstellung für sich nicht realisieren. Sie entwickelt einen Haß gegen die Kirche, die sich einfach in ihr Privatleben

einmisch. Gleichzeitig ist sie den kirchlichen Geboten und Zwängen hilflos ausgeliefert und muß sich durch sie quälen lassen.

### **Beziehungen außerhalb der Familie**

Amalie erwähnt, daß eine Freundin von ihr, die sie über eine Zeitungsannonce kennengelernt hat, in Urlaub geht und sie deshalb abends und am Wochenende oft allein sein wird. Dabei kommt zum Ausdruck, daß sie nahezu unfähig ist, allein in eine fremde Gesellschaft zu gehen und dort Kontakte zu knüpfen. Andere Menschen könnten ihr ansehen, daß sie allein ist, daß sie sehnsüchtig und verzweifelt nach Kontakt sucht. Einerseits fühlt sie sich isoliert und auf die Seite geschoben, andererseits durchdringen die Blicke ihrer Umgebung selbst ihren intimsten Bereich und lassen sie schamrot werden. Sie erwähnt, daß sie sich dauernd ungeschützt ihrer Umgebung ausgesetzt fühlt und daß sie schon von klein auf, vor allem in der Beichte, ihren "innersten Raum öffnen" mußte. In dieser Zeit entstanden bei ihr massiv Angst- und Schuldgefühle. Ihr negatives Selbstwertgefühl steht vor allem im Zusammenhang mit ihren Kontaktschwierigkeiten und ihrem "Defizit" auf der Ebene der Gefühle.

### **Beziehungen zur Familie**

Die Beziehung zu ihrem Vater erwähnt sie in dieser Periode nur kurz. Sie bezieht sich auf den Urlaub, in dem sie sich mit ihrem Vater gut verstanden hat, weil sein "Objekt" die Mutter war. In einem Traum sieht Amalie, wie ihre Kusine auf einer Wiese mit einem Bekannten Purzelbäume schlägt. Sie beneidet die Kusine um ihre Unbeschwertheit, hält sie aber gleichzeitig im Gegensatz zu sich selbst für naiv und unempfindlich vor allem in sexuellen Beziehungen.

### **Beziehung zum Analytiker**

Die oben beschriebene Problematik wird in der Beziehung zum Analytiker aktualisiert. Sie erzählt dem Analytiker einen Traum, in dem sie eine Beziehung zu ihm aufbauen wollte und empfindet dies später als "zu persönlich". Sie fühlt sich gekränkt und verletzt.

Im Traum war sie Au-pair-Mädchen beim Analytiker. Auf einem Familienfest suchte sie verzweifelt nach der Frau des Analytikers. Neben einigen alten "verdorrten" 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 ihre Schönheit. Der Analytiker befiehlt ihr, die Toilette zu reinigen, in der sie nicht Kot, sondern Pflanzen entdeckt. Sie vergleicht die Pflanzen, die sie entfernen muß, obwohl sie gar nicht "ihr Dreck" sind, mit ihren durch den Hirsutismus verstärkten Haaren, für die sie nichts kann und mit denen sie trotzdem leben muß. Sie wehrt sich gegen diesen Befehl, weil der "Dreck" in der Toilette nicht von ihr herrührt. Sie empfindet das Verhalten des Analytikers so, daß er sie mit der Nase auf ihren eigenen "Dreck", also ihre Haare, stößt und ihr zudem noch den "Dreck" anderer anlastet. Die Beziehung zum Analytiker ist nur dann zu realisieren, wenn der "Dreck", d.h. ihre Behaarung verschwunden ist. Sie fühlt sich vom Analytiker zutiefst gekränkt, weil er sie zurückweist und ihr ihre Haare anlastet, für die sie selbst nichts kann und noch dazu behauptet, daß er selbst "glücklich" sei.

Nach wie vor empfindet sie die Analyse als Prüfungssituation.

Während bei einer Darstellung auf der Ebene der systematisierten Verlaufsbeschreibung lediglich Gesichtspunkte für die Strukturierung des Berichtes vorgegeben werden, die Inhalte und der Umfang der Darstellung aber vom Berichtenden bestimmt werden, wurden seit Mitte der 70er Jahre Methoden entwickelt, die eine differenzierte Instruktion bezüglich der Beurteilung des Materials vorgeben. Damit befinden wir uns auf der Ebene der manual-geleiteten Einstufung klinischer Konzepte.

### c) Ebene der manual-geleiteten Einstufung klinischer Konzepte

Einer der Pioniere der psychoanalytischen Therapieforchung ist Lester Luborsky als einer der ersten eine Methode zur systematischen Formulierung psychodynamischer Zusammenhänge entwickelte (s.d. Kächele 2001).

Er entwickelte ein Verfahren zur Messung einer unidirektionalen Tendenz, eines zentralen Musters, nach dem jeder einzelne Mensch seine zwischenmenschlichen Beziehungen gestaltet, das er *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)* nannte, dt. ZBKT.

Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war ihm aufgefallen, daß die Erzählungen von Patienten über Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen relativ regelmäßig wiederkehrende Aspekte enthielten. Die Auswertung vieler solcher Erzählungen führte zu drei Kategorien:

1. Was will der Patient von den anderen Personen?
2. Wie reagieren diese darauf?
3. Wie reagiert der Patient wiederum auf deren Reaktionen?

Die Methode des Zentralen Beziehungskonflikt-Themas ist ein inhaltsanalytisches Verfahren. Die Grundannahme des Verfahrens beruht auf der Vorstellung, daß die Schilderung von Beziehungserfahrungen für den Patienten prototypische und charakteristische Subjekt-Objekt-Handlungsrelationen enthält. Aus der linguistischen Forschung wissen wir, daß Erzählungen ein gutes Mittel sind, um Erfahrungen zu transportieren (Boothe, 1991); besonders festgefügte, repetitive Erfahrungen verdichten sich in Erzählepisoden (Bruner, 1987; Flader & Giesecke, 1980).

Als Datengrundlage dienen sog. Beziehungsepisoden (Luborsky, Albani, & Eckert, 1992), d.h. kurze Geschichten über bedeutsame Interaktionen mit Anderen, wie sie in Alltagsgesprächen und in Psychotherapiesitzungen häufig erzählt werden.

Es geht nicht darum, was sich tatsächlich ereignet hat, also um eine objektive Beobachtung einer Interaktion, sondern darum, wie der Patient eine Beziehung erlebt hat und dem Analytiker in Form einer Geschichte davon erzählt. Aus diesen Beziehungsgeschichten, die eine individuelle Bearbeitung der Beziehungserfahrung beinhalten, wird auf die intrapsychische Welt des Patienten geschlossen. Daß diese individuelle Bearbeitung durchaus unterschiedlich sein kann, wird deutlich, wenn man sich z.B. an bestimmte Episoden aus seiner Familiengeschichte erinnern, die man selbst völlig anders schildern, als z.B. ihre Eltern die Geschichte erzählen würden. Die ZBKT-Methode untersucht die Beziehungsschilderungen aus der Sicht des Patienten.

Die folgende Beziehungsepisode mit dem Vater berichtete die Patientin Amalie während der ersten Sitzung ihrer psychoanalytischen Therapie.

"...ich persönlich hätte natürlich gern eine gewisse Distanz, eine gewisse Wurschtigkeit. Mich regt das immer so maßlos auf, wenn ich also 3 Tage und dann ist es radikal aus, dann regt mich alles auf, dass er mich anspricht oder dass er nicht mit mir spricht. Und ich kann einfach überhaupt nicht gelassen ihm gegenüber sein, überhaupt nicht. Ich bin dann auch schnippisch, und so richtig, obwohl er mir manchmal wirklich leid tut, und ich denke, um Gottes Willen, was kann er jetzt noch ändern."

In den Beziehungsepisoden werden folgende Komponenten bestimmt: Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers (W-Komponente); Reaktionen des Objekts

(RO-Komponente); Reaktionen des Subjekts (RS-Komponente). Bei den Reaktionen wird unterschieden, ob es sich um eine positive oder negative Reaktion handelt.

Der Beurteiler notiert zunächst eine textnahe Formulierung. Für eine interindividuelle Vergleichbarkeit wurden für jede der 3 Komponenten Listen von Standardkategorien und Clustern entwickelt. Wir konnten gemeinsamen Projekt eine grundlegende Neukonstruktion der kategorialen Strukturen der Methode vornehmen, was dazu führt, daß eine differenziertere Abbildung solcher Beziehungsmuster möglich ist und die Beurteilerübereinstimmung deutlich höher wird (Albani et al., 2002).

Aus dem jeweils häufigsten Wunsch, der häufigsten Reaktion des Objekts und der häufigsten Reaktion Subjekts des wird das sog. Zentrale Beziehungskonflikt-Thema zusammengesetzt.

Seit mehr als 10 Jahren existiert eine Leipzig-Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe. Nachfolgend sollen einige Ergebnisse unserer Untersuchungen an dieser Behandlung vorgestellt.

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, eine psychoanalytische Behandlung zu charakterisieren. Freud verglich den analytischen Prozeß mit dem Schachspiel und stellte Analogien zwischen den Tätigkeiten des Archäologen, des Malers und des Bildhauers und denen des Analytikers her. Eine klare Prozeßkonzeption, die über die Benennung von Anfangs-, Mittel- und Endphase hinausgeht, findet sich bei Freud jedoch nicht (Glover, 1955). Die Zahl kohärenter Prozeßmodelle des psychoanalytischen Prozesses ist nach wie vor gering (Thomä & Kächele, 1996). Im Ulmer Prozeßmodell (Kächele, 1988; Thomä & Kächele, 1985, 1996) wird die psychoanalytische Therapie als eine fortgesetzte, zeitlich nicht limitierte Fokalthherapie mit wechselndem Fokus konzeptualisiert, wobei der Fokus interaktionell gestaltet wird. Das Konzept des Fokus zählt zu den Basiskonzepten in der Psychotherapie und hat im klinischen Gebrauch zwei Bedeutungen (Kächele, Heldmaier, & Scheytt, 1990): einerseits wird mit "fokussieren" eine heuristische, therapeutische Strategie beschrieben, die sich aus der Begrenztheit der Informationsgewinnung und -verarbeitung ergibt und eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft erfordert, d.h. der Therapeut fokussiert jeweils ein bestimmtes Thema. Zum anderen wird damit die Begrenzung auf einen Konflikttherd (lat. focus) bezeichnet (Lachauer, 1993), die kennzeichnend für verschiedene Formen psychodynamischer Kurztherapie (z.B. (Davanloo, 1980; Mann, 1973; Sifneos, 1979) ist.

Im Ulmer Prozeßmodell wird die Abfolge der Fokusse als Ergebnis der unbewußten Austauschprozesse zwischen den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten seines Analytikers betrachtet. Der Patient kann in einem bestimmten Zeitraum verschiedene Angebote machen, zu einer Fokusbildung kommt es aber erst durch die selektive Tätigkeit des Analytikers. Die gemeinsame Arbeit an einem Fokus von Patient und Analytiker führt zu weiteren inhaltlichen Schwerpunkten, die sich erst als Resultat der bisherigen Arbeit bilden konnten. Die Bearbeitung des ersten Fokus eröffnet den Zugang zu einem zweiten Fokus, dessen Bearbeitung möglicherweise wieder zum ersten Fokus zurückführt, der dann in qualitativ veränderter Form wieder bearbeitet werden kann.

Wir wollten prüfen, ob sich anhand von Beziehungsmustern Amalies Behandlung nach dem Ulmer Prozessmodell beschreiben läßt.

Wir untersuchten die Anfangs- und Endphase der Behandlung, d.h. die Stunden 1-30 und 501-517. Darüber hinaus wurden weiterhin beginnend mit der 50. Stunde im Abstand von 50 Stunden Blöcke von in der Regel 5 Stunden analysiert. Fanden sich innerhalb eines Blocks nicht mindestens 10 Beziehungsepisoden, wurden weitere Stunden ergänzt, bis eine Mindestzahl von 10 Beziehungsepisoden erreicht war. Unsere Stichprobe umfaßt 11 Blöcke mit insgesamt 92 Stunden.

In mehreren Therapiephasen zeigt sich wiederholt das folgende Beziehungsmuster, wenn jeweils die absoluten Häufigkeiten der Komponenten untersucht werden:

Ich möchte souverän sein  
Die anderen sollen sich zuwenden  
Die anderen sind zurückweisend  
Ich bin unzufrieden, ängstlich.

Dieses Thema bildet einen zentralen Fokus der Therapie, der in mehreren Therapiephasen bearbeitet wird. Die folgende Beziehungsepisode 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..."

Zum anderen kann man untersuchen welche Beziehungsmuster für eine bestimmte Therapiephase besonders typisch sind, d.h. in welchen Beziehungsmustern sich diese Therapiephase von anderen unterscheidet (Albani, Pokorny, Blaser, König, Thomä et al., 2002). Die Variable "Therapiephase" wird in einer zweidimensionalen Kontingenztafel jeweils einer der ZBKT-Variablen (Wunsch, Reaktion des Objekts und Reaktion des Subjekts) gegenübergestellt. Als Nullhypothese werden die beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen (z.B. Wunsch-Cluster und Therapiephasen) zur Kenntnis genommen, und es wird vorausgesetzt, daß die beiden Dimensionen statistisch unabhängig sind, d.h. die Häufigkeitsverteilungen der ZBKT-Komponenten in allen Therapiephasen gleich sind. Die Alternativhypothese lautet dann, daß einige Kategorien in bestimmten Therapiephasen häufiger vorkommen, als von den beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen her zu erwarten wäre. Diese Hypothese der Homogenität der Therapiephasen wird zuerst mit dem verallgemeinerten Fisher-Test global geprüft (Monte-Carlo-Methode). Im folgenden explorativen Schritt werden mittels einseitigem, klassischen Fisher-Test die ZBKT-Kategorien ermittelt, die in einer bestimmten Therapiephase übererwartet häufig vorkommen. Neben den in jeder Therapiephase absolut häufigsten Kategorien werden deshalb auch die übererwartet häufigen Kategorien dargestellt. (Für eine detaillierte Beschreibung dieses Vorgehens s. Albani, Pokorny, Dahlbender, & Kächele, 1994).

Für einzelne Therapiephasen liessen sich spezifische Beziehungsmuster ermitteln. Es sollen beispielhaft nur zwei Therapiephasen gezeigt und die Kategorien dargestellt werden, die für diese beiden Therapiephasen besonders typisch sind: Die **Therapiephase 9** (Std.445-449) ist durch Amalies ambivalente Erfahrungen in ihrer ersten Partnerschaft geprägt. Das typische Beziehungsmuster dieser Therapiephase lautet:



Ich möchte andere lieben, mich wohlfühlen  
Andere sollen mich lieben  
Die anderen ziehen sich zurück  
Ich ziehe mich zurück.

Auffallend ist der große Anteil negativer Reaktionen von Amalie in dieser Therapiephase.

Die folgende Episode mit dem Partner ist ein Beispiel für dieses Muster:

"P: ...und er sagte dann, 'Du hör mal, schließlich, also, unsre Beziehung rechtfertigt solches gar nicht, Du hast praktisch kein Recht, eh, hm, mich jetzt von andern Beziehungen abzuhalten. Das wär was anderes, wenn man Familie gründen will und Kinder haben, dann ist es schlimm, wenn man sich herumtreibt und andere Frauen hat', so etwa, und das hat mich ja furchtbar im Nachhinein geschockt. Und als er dann am Montag anrief, ich dacht, ich ruf' bis Donnerstag nicht mehr an, wenn er was will, soll er das tun, und als er dann Montag anrief, was ich mir schon gedacht hatte, Montag war absolut Tiefpunkt. Ich dachte, ich muß wirklich Schluß machen. Und da war ich am Telefon auch so völlig eisig und absolut knapp und er hat ja dann nochmal angerufen wegen den Tabletten. Da ging's dann. Und da hat er wohl den Eindruck bekommen, ich bin, von dem Schluß machen, hat er vielleicht was gespürt, ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht. Ich hab' eigentlich nie gesagt, 'Ich mach Schluß.' Oder ich hab nie gesagt, 'Faß mich nicht mehr an'."

Die **Abschlußphase** (Std. 501-517) ist vor allem durch die Bearbeitung von Amalies Erfahrungen in der vergangenen und einer sich neu anbahnenden partnerschaftlichen Beziehung und die Beendigung der Therapie geprägt.

Das typische Beziehungsmuster lautet:

Ich möchte die anderen ärgern, angreifen  
Die anderen sollen sich mir zuwenden  
Die anderen sind unzuverlässig  
Ich bin verärgert  
Ich bin souverän

Auffallend ist der große Anteil positiver Reaktionen von Amalie in der Schlußphase.

Als Beispiel die nachfolgende Episode mit dem Analytiker. Ich möchte Sie auch unter dem Aspekt der therapeutischen Veränderung noch einmal an die vorhin zitierte Episode aus der Anfangsphase erinnern, in der Amalie beschreibt, daß es ihr nicht gelingt, der Mutter zu sagen, daß sie keinen Besuch möchte.

"T: ...ich meine, gibt es eine Vorstellung, eine, die bei Ihnen liegt, wie meine Form sozusagen, meine Vorstellung vom Schlußmachen ist?

P: Ich hab's gut. Das ist ganz kühn. Ich hab gedacht, Sie würden sich mir anpassen.

t: Hmhm.

P: Und zwar erst in den letzten Stunden hatte ich das Gefühl. Es war wirklich ein Gefühl, er wird schon tun was ich will. Während vorher, da war es so ein zerren, fühlte ich mich an der Leine und ich hatte das Gefühl, er begreift nichts, er hat so 'ne ganz eigene Vorstellung von Schluß machen. Er sagt sie mir zwar nicht, ich weiß sie deswegen nicht. Und es war so 'n wirkliches Zerren. Und jetzt, so seit drei vier Stunden glaub ich, hab nicht mitgezählt, denk ich, wie ich vorher gesagt hab. Es läuft einfach so. Ich sitz in meinem Schildkrötenhaus, und es erntet sich so ab. So wie ich's Ihnen gesagt hab.

T: Hmhm

- P: Ich werd einfach aufstehen und gehen, und ich fand das so schön, daß ich dachte, da kann er gar nicht anders, als mitmachen. Daß seine Vorstellungen dann eben auch; und wenn er noch thematisch was findet, das ist sein Problem. Denn zu finden ist immer was..."

Für jede der untersuchten Therapiephasen ließen sich typische Beziehungsmuster ermitteln. Manche dieser Beziehungsmuster traten in verschiedenen Therapiephasen wieder auf. Dieses Ergebnis stützt das Ulmer Prozessmodell von der psychoanalytischen Behandlung als Fokalthherapie mit wechselndem Fokus. Die Anwendung der ZBKT-Methode, also eine manual-geleitete Einstufung klinischen Materials, erlaubt eine Verlaufskontrolle der Fokusformulierung im therapeutischen Prozeß.

Der Beitrag des Analytikers zum Therapieverlauf wird aber nur bezüglich der Narrative der Patientin über die Beziehung zum Therapeuten erfaßt. D.h. die therapeutische Beziehung wird aus der Sicht der Patientin untersucht. Damit läßt sich ein weiteres wesentliches klinisches psychoanalytisches Konzeptes, das Konzept der Übertragung, operationalisieren.

Freud ging bei seiner Konzeption der späteren Beziehungsgestaltung von in der Kindheit erworbenen Klischees aus:

"Machen wir uns klar, daß jeder Mensch durch das Zusammenwirken von mitgebrachter Anlage und von Einwirkungen auf ihn während seiner Kinderjahre eine bestimmte Eigenart erworben hat, wie er das Liebesleben ausübt, also welche Liebesbedingungen er stellt, welche Triebe er dabei befriedigt und welche Ziele er sich setzt. Das ergibt sozusagen ein Klischee (oder auch mehrere), welches im Laufe des Lebens regelmäßig wiederholt, neu abgedruckt wird, insoweit die äußeren Umstände und die Natur der zugänglichen Liebesobjekte es gestatten, welches gewiß auch gegen rezente Eindrücke nicht völlig unveränderlich ist." (Freud, 1912), S.364-365).

D.h. gegenwärtige Beziehungen und damit auch die therapeutische Beziehung werden von früheren Beziehungserfahrungen geprägt. Der Patient überträgt Gefühle, Einstellungen und Phantasien auf den Therapeuten, die Wiederholungen von Reaktionen sind, die ihren Ursprung in der Beziehung zu wichtigen Personen der Vergangenheit haben.

Um das Übertragungskonzept direkt zu prüfen, haben wir in der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie untersucht, welche der wichtigen Bezugspersonen sich in der Beziehung zum Analytiker wiederfinden (Albani, Pokorny, Blaser, König, Geyer et al., 2002). In der klinischen Beschreibung bezüglich der Übertragung wird davon ausgegangen, daß die Patientin dem Analytiker v.a. "Über-Ich-Funktionen" zuschreibt (Thomä & Kächele, 1997), S.107). In Amalies Entwicklung spielte die streng religiöse Erziehung unter dem Aspekt der Über-Ich-Entwicklung eine wesentliche Rolle. In den Kommentaren zu seinen Übertragungsdeutungen verweist der Analytiker auf die Parallelen zwischen sich und dem strengen Vorgesetzten der Patientin, der sie ungerecht kritisiert und gegen den sie nicht ankommt. Unter diesem Aspekt der Übertragung können im Vergleich der Beziehungsmuster Parallelen zwischen dem Analytiker und dem Chef und den Beichtvätern vermutet werden. Zunächst haben wir die absoluten Häufigkeiten der Beziehungsmuster mit diesen Objekten verglichen.

**Bitte hier Tabelle 1 einfügen**

Tabelle 1

Objektspezifische Beziehungsmuster (absolute Häufigkeiten und relative Häufigkeiten in %, bezogen auf die Beziehungsepisoden mit dem jeweiligen Objekt)

<b>Objekt</b>		<b>Absolut häufigste Kategorien</b>
Chef (n=23)*	<b>Wunsch B**</b>	"Chef soll mich unterstützen" (13/ 50.0)
	<b>Reaktion des Objekts I</b>	"Der Chef ist unzuverlässig" (17/ 42.5)
	<b>Reaktion des Subjekts F</b>	"Ich bin unzufr., ängstlich" (12/ 30.0)
Theologen (n=20)	<b>Wunsch A</b>	"Th. sollen sich zuwenden" (14/ 56.0)
	<b>Reaktion des Objekts K</b>	"Theolog. dominieren" (7/ 21.2)
	<b>Reaktion des Subjekts F</b>	"Ich bin unzufrieden, ängstlich" (15/ 38.5)
Analytiker (n=88)	<b>Wunsch A</b>	"A.soll sich zuwenden" (32/ 36.8)
	<b>Wunsch B</b>	"A.soll mich unterstützen" (33/ 37.9)
	<b>Reaktion des Objekts J</b>	"A.ist zurückweisend" (35/ 24.5)
	<b>Reaktion des Subjekts F</b>	"Ich bin unzufrieden, ängstlich" (53/ 36.8)

\* Anzahl der Beziehungsepisoden mit dem Chef

\*\* Bezeichnung der Standardkategorie

Es zeigt sich ein ähnliches Muster (s. Tabelle 1): Amalie wünscht sich Unterstützung und Zuwendung, sie erlebt von den anderen Unzuverlässigkeit, Dominanz und Zurückweisung und fühlt sich selbst unzufrieden und ängstlich. In der Beziehung zum Analytiker wird ein Beziehungsmuster wiederholt, das auch andere Beziehungen kennzeichnet.

Wir können aber auch hier wieder fragen, wie sich das Beziehungsmuster mit dem Analytiker von dem mit anderen Personen unterscheidet (s. Tabelle 2).

**Bitte hier Tabelle 2 einfügen**

Tabelle 2

Objektspezifische Beziehungsmuster (absolute Häufigkeiten und relative Häufigkeiten in %, bezogen auf die Beziehungsepisoden mit dem jeweiligen Objekt, Fisher-Test  $\alpha = .05$ , einseitig)

<b>Objekt</b>	<b>Übererwartet häufige Kategorien</b>	
Analytiker (n=88)	<b>Wunsch B</b>	"A.soll mich unterstützen" (33/ 37.9)
	<b>Wunsch A</b>	"Ich will mich dem Analytiker zuwenden" (8/ 25.0)
	<b>Reaktion des Objekts H</b>	"A.ist verärgert" (13/ 9.1)
	<b>Reaktion des Objekts M</b>	"A.zieht sich zurück" (24/ 16.8)
	<b>Reaktion des Subjekts F</b>	"Ich bin unzufrieden, ängstlich" (53/ 36.8)
	<b>Reaktion des Subjekts D</b>	"Ich bin souverän" (16/ 11.1)
	<b>Reaktion des Subjekts C</b>	"Ich liebe, fühle mich wohl" (14/ 9.7)

Die therapeutische Beziehung wird oftmals vor allem dann thematisiert, wenn es zu Beziehungsstörungen kommt. Sie wünscht sich Zuwendung vom Analytiker. Amalie beklagte vor allem das Schweigen des Analytikers, in dem sie den Analytiker als zurückgezogen erlebte und vermutet, daß er verärgert sei. Dennoch scheint es Amalie möglich gewesen zu sein, in der therapeutischen Beziehung positive Erfahrungen zu machen - besonders typisch für die Beziehung zum Analytiker ist, daß sich Amalie souverän und zufrieden fühlt. Diese neuen Beziehungserfahrungen dürften auch zum Erfolg der Therapie beigetragen haben - eine positive therapeutische Beziehung gilt inzwischen als ein empirisch gesicherter Wirkfaktor von Psychotherapie.

Neben dem hier dargestellten Beziehungsmuster mit dem Analytiker fanden sich in unserer Untersuchung weitere spezifische Beziehungsmuster mit z.B. der Mutter, Kolleginnen, den Schülerinnen von Amalie und Praktikantinnen. Wir gehen davon aus, daß die ZBKT-Methode strukturelle Aspekte des klinischen Übertragungskonzeptes in Form verinnerlichter Beziehungsmuster als Wunsch-Handlungsrelationen erfaßt. Dabei wird der Beitrag des Therapeuten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung vernachlässigt.

Die Arbeitsgruppe um Deserno (Deserno, Hau, Brech, Graf-Deserno, & Grünberg, 1998) hat mit den sog. Therapeut Typ-X Episoden für die ZBKT-Auswertung, in denen Patient und Therapeut gemeinsam eine aktuelle Szene bzw. Deutung verhandeln, einen vielversprechenden Ansatz vorgeschlagen, der die Analyse von Übertragung in ihrem prozeßhaften, interaktiven Charakter ermöglicht.

Neben dem Wiederholungsaspekt von Beziehungsgestaltung konnten wir empirische Hinweise für die Objektspezifität von Beziehungsmustern ermitteln. Damit ermöglicht die ZBKT-Methode patientenspezifische Diagnostik und Fallkonzeption bezüglich maladaptiver Beziehungsmuster von Patienten, die eine wesentliche Grundlage für die Therapieplanung und Verlaufskontrolle im therapeutischen Prozeß liefern und der Strukturierung klinischen Materials dienen können.

Es gibt inzwischen neben der ZBKT-Methode mehrere Meßinstrumente zur Erfassung von Beziehungsmustern, wie z.B. die Methode der Plan-Formulierung

von Weiss und Sampson (Weiss, Sampson, & Group, 1986) oder die QUAINT-Methode von Crits-Christoph (Crits-Christoph, Demorest, & Connolly, 1990). All diese Meßinstrumente arbeiten motivational hoch besetzte, d.h. als wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus und lassen sich sowohl auf kognitive als auch expressive Psychotherapieformen anwenden. Wie solche Beziehungsmuster in Zusammenhang mit theoretischen Modellen stehen wie z.B. den "inneren Repräsentanzen" der Objektbeziehungstheorie oder dem Modell der "innere Arbeitsmodelle" in Bowlbys Bindungstheorie (Bowlby, 1969) oder den "Representations of interactions that have been generalised", den sog. RIG's in Sterns Entwicklungspsychologie (Stern, 1996) oder auch dem Schemakonzept der Kognitionspsychologen, bedarf empirischer Prüfung.

Der Muster-Fall Amalie X ist ein Beispiel für eine forschungsbasierte Fallstudie, wie Grawe sie fordert:

„...Solche „research informed case studies,, (Strupp, 1990), d.h. Fallstudien, in denen umfangreiche Prozeß- und Veränderungsmessungen auf der Basis einer elaborierten klinischen Fallkonzeption in einem Gesamtzusammenhang interpretiert werden und in denen jede inhaltliche Aussage bis auf ihre Grundlage in den erhobenen Messungen zurückverfolgt werden kann, können als ein besonders erfolgversprechender Weg für die zukünftige Prozeßforschung angesehen werden. Wegen der Interpretation im Kontext eines klinischen Fallverständnisses leuchten die resultierenden Ergebnisaussagen klinisch ein, unterscheiden sich von klinischer Fiktion aber dadurch, daß sie einen engen nachvollziehbaren Bezug auf eine von der Interpretation unabhängige Basis objektiver Meßdaten haben.,, (Grawe, 1992), S.140)

In diesem Sinn sollte der tonband-gestützte Behandlungsbericht eine Brücke zur traditionellen Krankengeschichte schlagen können, damit Klinik und Forschung nicht unverbunden nebeneinander stehen bleiben.

## Literatur

- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., Grüninger, S., König, S., Marschke, F., Geißler, I., Körner, A., Geyer, M., & Kächele, H. (2002). Re-formulation of CCRT categories. *Psychotherapy Research*. im Druck
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., König, S., Geyer, M., Thomä, H., & Kächele, H. (2002). Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern - eine Einzelfallanalyse. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 52, 226-235.
- Albani, C., Pokorny, D., Blaser, G., König, S., Thomä, H., & Kächele, H. (2002). El analisis final de Amalie: Investigacion de un proceso terapeutico psicoanalitico, segun el modelo de proceso de Ulm, utilizando el metodo del Tema Central de Conflicto Relacional (CCRT). (dt. Die Untersuchung eines psychoanalytischen Prozesses mit der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas nach dem Ulmer Prozeßmodell). *Intersubjetivo (Madrid)*, 4(1), 45-63.
- Albani, C., Pokorny, D., Dahlbender, R. W., & Kächele, H. (1994). Vom Zentralen-Beziehungskonflikt-Thema (ZBKT) zu Zentralen Beziehungsmustern (ZBM). Eine methodenkritische Weiterentwicklung der Methode des "Zentralen Beziehungs-Konflikt-Themas". *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 44(3-4), 89-98.
- Boothe, B. (1991). Analyse sprachlicher Inszenierungen - Ein Problem der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 41, 22-30.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bruner, J. (1987). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA London: Harvard University Press.
- Crits-Christoph, P., Demorest, A., & Connolly, M. B. (1990). Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(4), 513-521.
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York: Jason Aronson.
- Deserno, H., Hau, S., Brech, E., Graf-Deserno, S., & Grünberg, K. (1998). "Wiederholen" der Übertragung? Das Zentrale Beziehungskonfliktthema (ZBKT) der 290.Stunde - Fragen, Probleme, Ergebnisse. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 48, 287-297.
- Farrell, B. A. (1961). Can psychoanalysis be refuted? , *Inquiry* 4, 16-36.
- Farrell, B. A. (1981). *The standing of psychoanalysis*. Oxford: Oxford Univ Press.
- Flader, D., & Giesecke, M. (1980). Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In K. Ehlich (Ed.), *Erzählen im Alltag* (pp. 209-262). Frankfurt: Suhrkamp.
- Freud, S. (1895). Studien über Hysterie (Vol. GW, Bd. I, S. 75-312). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1900). *Die Traumdeutung* (Vol. GW, Bd. 2/3). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Freud, S. (1905). Bruchstück einer Hysterie-Analyse (Vol. GW, Bd. V, S.163-286). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1909). Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose (Vol. GW, Bd. VII, S.381-463). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1912). *Zur Dynamik der Übertragung* (Vol. GW, Bd. VIII, S. 363-374). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Freud, S. (1918). Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (Vol. GW, Bd. XII, S. 27-157). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Gill, M. M. (1997). *Psychoanalyse im Übergang*. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. London: Baillière Tindall & Cox.
- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Kächele, H. (1988). Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 69, 65-73.
- Kächele, H (2000) Casos modelo en investigación psicoanalítica. In *Asociacion Psicoanalítica Internacional( Ed) Proceso psicoanalítico: herramientas, metodos y resultados, Buenos Aires , S.257-270*
- Kächele H (2001) Are there "pillars of wisdom" in psychoanalytic therapy. *Journal of European Psychoanalysis* 12-13: 151-162
- Kächele, H., Heldmaier, H., & Scheytt, N. (1990). Fokusformulierungen als katamnestic Leitlinien. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 35, 205-216.
- Kächele, H., Schinkel, A., Schmieder, B., Leutzinger-Bohleber, M., & Thomä, H. (1999). Amalie X - Verlauf einer psychoanalytischen Therapie. *Colloquium Psychoanalyse*, 4, 67-83.
- Lachauer, R. (1993). *Der Fokus in der Psychotherapie*. München: Pfeiffer.
- Luborsky, L., Albani, C., & Eckert, R. (1992). Manual zur ZBKT-Methode (deutsche Übersetzung mit Ergänzungen). *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie*, 5 (DiskJournal).
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sifneos, P. (1979). *Short-term dynamic psychotherapy: Evaluation and technique*. New York: Plenum Press.
- Stern, D. N. (1996). Ein Modell der Säuglingsrepräsentation. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 187-203.
- Sulloway, F. J. (1979). *Freud, biologist of the mind. Beyond the psychoanalytic legend*. New York: Basic Books.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen* (1 ed.). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1996). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen* (2 ed.). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.
- Thomä, H., & Kächele, H. (1997). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 2: Praxis* (2 ed.). Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo: Springer.

Weiss, J., Sampson, H., & Group, T. M. Z. P. R. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. New York: Guilford Press.



## **Autorenangaben**

Dr.med.Cornelia Albani,  
1966, Ärztin, Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin (DGPT),  
wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik für Psychotherapie und  
Psychosomatische Medizin des Universitätsklinikum Leipzig AöR

Universitätsklinikum Leipzig  
Klinik für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
K.-Tauchnitz-Str.25  
04107 Leipzig

Prof. Dr.med.Horst Kächele  
1944, Arzt, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, (Lehranalytiker, DPV),  
Ärztlicher Direktor der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
des Universitätsklinikum Ulm

Universitätsklinikum Ulm  
Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin  
Am Hochsträß 8  
89081 Ulm