

## Kapitel 3

### Methoden der psychoanalytischen Prozessforschung

#### *Vorbemerkung*

Dieses Kapitel kann keinen Überblick über die gesamte psychodynamisch orientierte Befundlage zu Therapieprozessen geben (s.d. Miller et al. 1993; Orlinsky et al. 2004). Im Anschluss an die Erörterungen im vorhergehenden Kapitel weise ich darauf hin, dass es bemerkenswert ist, dass kaum qualitative Forschung zum psychoanalytischen Therapieprozess als Ganzes vorgelegt wurde. Zwar haben Frommer u. Langenbach (2001) und Kvale (2001) die psychoanalytische Fallstudie als Quelle epistemischen Wissens thematisiert<sup>1</sup>, aber die herkulische Aufgabe wie ein ganzer Behandlungsprozess systematisch-qualitativ beschrieben werden kann, wurde m. E. bislang selten versucht.

Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt die von Fischer (1989) vorgelegte Studie zur „Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie“ dar. Neben umfänglichen prinzipiellen Erörterungen wird ein Phasenmodell des psychoanalytischen Veränderungsprozesses beschrieben (S. 57ff), das dann anhand von Prozessnotizen eines psychoanalytischen Behandlungsfalles exemplifiziert wird. Das systematische Auswertungsverfahren benützt das von Horowitz (1979) vorgeschlagene Verfahren der Konfigurationsanalyse (KA) mit dem inhaltlichen Konzept der ‚states of mind‘ (dt. Erlebniszustände):

„Wichtigster Vorzug dieser Methode zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse scheint mir ihre phänomenologische Orientierung zu sein, die es gestattet, ganz verschiedene Veränderungsprozesse, etwas auch außertherapeutische oder nicht analytisch-psychotherapeutische nach einheitlichen Kriterien zu beurteilen. Ausgangspunkt für die Charakterisierung eines Veränderungsvorgangs nach der KA ist eine möglichst umfassende *Liste der Beschwerden und Symptome* zu Behandlungsbeginn und im Anschluss an die Katamnese“ (S.138).

Fischer versteht sein Verfahren des hermeneutisch-dialektischen Exklusionismus als ein allgemeines Prinzip der Hypothesengewinnung und –Prüfung bei der Erforschung psychotherapeutischer Veränderungsprozesse (S.141), das er – wie auch die Ulmer Forschergruppe - im Rahmen von Einzelfallstudien lokalisiert.

Allerdings ist problematisch, dass die materiale Basis seines Berichtes unveröffentlichte Prozessnotizen sind; eine Überprüfung seiner Interpretationen des Mate-

---

<sup>1</sup> Eine ungewöhnliche Begründungsfigur für die Verwendung von ‚case studies‘, die auf Heidegger zurück greift, liefert Freeman (2007).

rials ist daher nicht möglich. Luborsky u. Spence (1971) haben die Forderung nach primären Daten aufgestellt; diese sollten zwei Forderungen erfüllen:

"Ideally, two conditions should be met: the case should be clearly defined as analytic, meeting whatever criteria of process and outcome a panel of judges might determine; and the data should be recorded, transcribed, and indexed so as to maximize accessibility and visibility" (1971, S. 426).

Diese Forderung wurde erstmals durch die Einrichtung der ULMER TEXTBANK erfüllt eingelöst (Mergenthaler 1986; Mergenthaler u. Kächele 1993, 1994)<sup>2</sup>. Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich daher ausschließlich mit Forschungsansätzen, die diese materiale Basis erfüllen.

### 3.1. Der Kampf um Tonbandaufnahmen

"Ich kann es nicht empfehlen, während der Sitzungen mit dem Analysierten Notizen in größerem Umfange zu machen, Protokolle anzulegen und dergleichen... Man trifft notgedrungen eine schädliche Auswahl aus dem Stoffe, während man nachschreibt oder stenographiert, und man bindet ein Stück seiner eigenen Geistestätigkeit..." (Freud 1912e, S. 378f).

Die Empfehlung Freuds, während der Sitzung nicht mit zu schreiben, wird längst vielfältig unterlaufen; allerdings liegen keine Studien dazu vor<sup>3</sup>. Dabei könnte die Benutzung eines Aufzeichnungssystems gerade dieser Freud'schen Empfehlung entgegenkommen. Doch es kam anders. Ein langer Kampf um dieses technische Hilfsmittel entbrannte.

Der erste Versuch, Tonbandaufnahmen in die psychoanalytische Situation einzuführen, lässt sich in das Jahr 1933 datieren. An der Psychiatrischen Klinik in Worcester / USA erprobte der Psychoanalytiker Earl Zinn die Verwendung eines Phonographen zur Aufnahme von therapeutischen Gesprächen (s.d. Shakow 1960). Damit wäre die Voraussetzung für die Klärung bestimmter psychoanalytischer Fragestellungen schon früh geschaffen worden, wenn dieses Verfahren damals eine Resonanz bei seinen psychoanalytischen Kollegen gefunden hätte. So gebührt dieses Verdienst Carl Rogers, der 1942 eine erste Mitteilung mit dem Ziel publizierte, die psychotherapeutische Technik zu verbessern. Tonbandaufzeichnungen ermöglichen, dass nicht nur die beiden am therapeutischen Prozess unmittelbar Beteiligten

---

<sup>2</sup> Inzwischen wurden weitere Archive solcher primären Daten geschaffen, so das Penn Psychoanalytic Treatment Collection (Luborsky et al. 2001) und das New York Psychoanalytic Research Consortium (Waldron 1989).

<sup>3</sup> Zu fragen wäre, ob sich die Fachgesellschaften in ihren Empfehlungen unterscheiden, wie Ausbildungskandidaten damit umgehen usw.

Auskunft geben, sondern auch Dritte<sup>4</sup> sich mit dem Material auseinandersetzen können.

Die Einführung des Tonbandes in die psychoanalytische Situation hat für Jahrzehnte viel Für und Wider hervorgerufen; als engagierte Fürsprecher traten z. B. Shakow (1960) und Gill et al. (1968) auf; Wallerstein u. Sampson (1971) äußerten sich nur zurückhaltend positiv; allerdings wurden nur wenig systematische Studien über die Konsequenzen dieses Schrittes durchgeführt<sup>5</sup>. In der BRD haben wohl A. E. Meyer und H. Thomä das Verdienst, mit dieser Technologie im Jahre 1967 eine neue Ära der psychoanalytischen Prozessforschung eröffnet zu haben. Die Ulmer Arbeitsgruppe hat zu den Auswirkungen dieses Schrittes auf den Behandlungsprozess eine der nach wie vor raren Studien durchgeführt (Kächele et al. 1988). Dabei spielt gewiss eine Rolle, für welchen Zweck solche Registrierungen durchgeführt werden; ob nur für den Eigenbedarf zur privaten Supervision oder ob bereits ausformulierte Forschungsvorhaben einen unvermeidlichen Über-Ich-Effekt als zusätzliche Belastung mit sich bringen. Deshalb ist es nach unserer Erfahrung vernünftig, erst nach Abschluss einer Behandlung Forschungsfragen an das aufgezeichnete Material heranzutragen.

Lange Zeit beruhte die empirische Prüfung psychoanalytischer Konzepte zur Behandlung nur auf nachträglichen Aufzeichnungen des behandelnden Psychoanalytikers; wegen seiner Doppelrolle war und ist dies mit erheblichen Unsicherheiten belastet. Als "teilnehmender Beobachter" (Sullivan) ist der Psychoanalytiker notwendigerweise bei der klinischen Forschung "Forscher und Forschungsgegenstand" zugleich (Rosenkötter 1969).

Es stellt sich indes die Frage, wie vielen Aufgaben ein "teilnehmender Beobachter" gleichzeitig nachkommen kann, ohne in der einen oder anderen seiner Funktionen beeinträchtigt zu werden. Ist es denkbar, dass der Psychoanalytiker die For-

---

<sup>4</sup> Damit sind nicht nur Psychoanalytiker gemeint, sondern insbesondere auch Sprachwissenschaftler, Sozialwissenschaftler und Ethnographen psychoanalytischer Kulturen.

<sup>5</sup> Diese Diskussion ist noch nicht zu Ende, wie Josephs et (2004) Bemerkungen aufweisen: „A serious limitation of most studies of audiotaped psychoanalytic treatment to date is that the treating analyst remains incommunicado. We are not afforded the benefit of the treating analyst's perspective on many important issues: How was the patient selected? How did the patient feel about being audiotaped? What was the treating analyst's dynamic formulation, treatment approach, and sense of the transference-countertransference relationship? Most important, how did the analyst feel about being taped, and how did taping influence the analyst's conduct of the treatment? An approach needs to be developed that brings together the thoughtfulness and clinical richness of the traditional case study (i.e., the analyst's self-report) and the methodological rigor of quantitative data analysis independent of the treating analyst's clinical impressions (i.e., "case study plus") (S. 1188)

derung nach gleichschwebender Aufmerksamkeit und Selbstreflexion erfüllen und zugleich bestimmten wissenschaftlichen Regeln folgen kann? Wie viele Daten sind im Gedächtnis des Psychoanalytikers so speicherbar, dass sie im rechten Augenblick und in ebenso "spontaner" wie "kritischer" Weise - also behandlungstechnisch günstig - abgerufen werden können? Und wie müsste ein Erinnerungsvermögen beschaffen sein, das nachträglich, unmittelbar nach der Sitzung oder in einer späteren zusammenfassenden Rekonstruktion einer langen Behandlung, mit hinreichender Sicherheit eine reproduzierende Selektion von wissenschaftlicher Relevanz ermöglicht?

Hat man erst einmal den starken Widerstand gegen Tonbandaufnahmen als Hilfsmittel überwunden, kann man, frei von der Anforderung, für wissenschaftliche Zwecke auch noch möglichst umfangreich protokollieren zu müssen, sich ganz seiner therapeutischen Aufgabe widmen.

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Meinung, dass Tonbandaufnahmen den psychoanalytischen Prozess stören<sup>6</sup>, lässt sich behaupten: Verfolgt man bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen, so benötigt man als Psychoanalytiker dieses Hilfsmittel zur Entlastung, um einem Interessenkonflikt zu entgehen. Die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers kann ungeteilt der Therapie gelten, wenn er weiß, dass er nachträglich das Tonband bzw. das transkribierte Verbatimprotokoll zur Hand nehmen kann<sup>7</sup>. Nicht nur unbeteiligte Dritte können dann mit dem "Material" arbeiten; der Psychoanalytiker selbst kann nachträglich den wortgetreuen Dialog zur Grundlage seiner Zusammenfassung oder wissenschaftlichen Auswertung machen. Die so festgelegten manifesten Daten sichern und erleichtern den Weg zurück zu den latenten Gedanken, die auf Seiten des Patienten nach der klinischen Theorie im Verlaufe des Prozesses bewusst werden müssen und, soweit sie die Gegenübertragung des Analytikers betreffen, zumindest partiell bewusstseinsfähig, d.h. formulierbar sein sollten. Vor allem können anhand der Verbatimprotokolle "Deutungsstrategien" (Kris 1951) und ihre Beziehung zu psychoanalytischen Theorien ausgemacht und festgehalten werden. Verbatimprotokolle geben allerdings erst dann etwas her, wenn diese Lektüre geübt wird, so wie Musiker mit dem Lesen von Noten vertraut

---

<sup>6</sup> Eine radikale französische Position vertritt hingegen Perron (2002): „Any attempt to submit the data of the sessions to the ‘hard-sciences’ criteria, and treat them by derived techniques, is likely to destroy the very object of the research.“ (S. 7-8).

<sup>7</sup> Die Transkription solcher Aufnahmen war lange Zeit nicht geregelt; erst seitdem Mergenthaler (1986a) im Rahmen der ULMER TEXTBANK solche Regeln kodifizierte, wurde das Fach auf die nicht unerheblichen Probleme aufmerksam. Diese Ulmer Regeln entsprechen zwar nicht dem Standard der linguistischen Transkriptionsregeln; doch diese „details of linguistic analysis are reliably describable, but probably have little psychological relevance, while paralinguistic phenomena have higher psychological relevance, but cannot be coded reliably“ (Dittmann u. Wynne 1961, S. 203).

sind. Beim Vorgang des Lesens ist ein Eintauchen in den (zu erschließenden) kontextuellen Hintergrund notwendig, damit diese Texte verstanden und interpretiert werden können. Sie sollen die traditionelle psychoanalytische Stundenprotokollierung nicht ersetzen, wohl aber - soweit die Vorgänge ihren Niederschlag direkt oder indirekt im Wort gefunden haben - auf eine ziemlich getreue, jederzeit wieder herstellbare Ausgangsbasis zurückführen. So erhalten vielfältige Auswertungen eine gesicherte Grundlage<sup>8</sup>.

Trotz der Kritik, die am traditionellen Prozess der Datengewinnung als Basis psychoanalytischer Forschung geübt werden kann, wäre es verfehlt, nur noch Tonbandaufzeichnungen als wissenschaftlich zulässige Ausgangsdaten zu bezeichnen. Auf diesen Zusammenhang haben besonders Wallerstein u. Sampson (1971) hingewiesen, die bei zwei Projekten diese Abhängigkeit der Dokumentation der Daten vom Forschungsinteresse beobachten konnten<sup>9</sup> (vgl. auch Sargent 1961). So haben regelmäßige Notizen über eine Behandlung gegenüber den verdichtenden Falldarstellungen den Vorteil, dass sie im Prinzip systematische, öffentlich zugängliche Beobachtungsserien eines Experten darstellen, deren methodologischer Status allerdings wenig geklärt ist. Besonders für das Studium des Verlaufs von Entwicklungslinien über längere Zeiträume stellen "tägliche Notizen" eine auch für den Leser verarbeitbare Informationsmenge dar. Der wissenschaftliche Wert solcher Aufzeichnungen könnte gesteigert werden, wenn die Kriterien für die subjektive Auswahl festgelegt würden (Tuckett 1994). Zum Beispiel würde hierher gehören, dass das vom Analytiker in seinen Interventionen nicht berücksichtigte Material gekennzeichnet wird (wie dies Malan 1973, S.10f in seiner Vorwort zu dem Balintschen FokaltheraPIebuch vorschlägt), denn es ist durchaus denkbar, dass in ihm zu diskutierende Alternativhypothesen stecken. Tonbandaufzeichnungen sind wissenschaftlich besonders deshalb wertvoll, weil sie sicherstellen, dass der Analytiker selbst - wie auch Dritte - sich mit dem gesamten Material auseinandersetzen kann.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei "Versuch und Irrtum" bestimmte theoriebezogene Deutungsstrategien während verschiedener Behandlungsphasen sich einspielen und somit auch an Verbatimprotokollen ablesbar werden.

---

<sup>8</sup> Die nahe liegende Frage, welche Selektionsvorgänge beim Verfassen von Stundenprotokollen dabei zum Tragen kommen, welche qualitativen und quantitativen Auslassungen und Hervorhebungen gewollt oder nicht gewollt produziert werden, ist bislang kaum untersucht. Ein erster Ansatz zu dieser Frage wurden in zwei Dissertationen unter meiner Anleitung erprobt (Hoffmann et al. In Vorb.).

<sup>9</sup> "Psychotherapy Research Project" und "Therapeutic Process Study on the Modification of Defense in Psychoanalysis".

Deshalb lässt sich nachträglich die Änderung der Deutungsstrategien in Beziehung zu ihrer Wirksamkeit stellen und ihre Gültigkeit an der Kovarianz relevanter Prozessvariablen messen. Da die Deutungsstrategien (idealiter) die konkrete Anwendung psychoanalytischer Theorien darstellen, ist es möglich zu klären, ob die deutungsimmanenten Theorieteile sich in diesem Fall bewährt haben oder nicht. In diesem Sinne stellt Klauber (1968) fest:

"Nur wenn die Deutungen unverzüglich protokolliert werden, kann man ihren Wert als Voraussagen testen, wie es auch Kris betont hat. Das Beweismaterial, das der Psychoanalytiker zu solchen Studien heranziehen kann, besteht zur Zeit noch aus inexakten Beobachtungsaufzeichnungen, die noch durch sekundäre Bearbeitung entstellt sind" (Klauber 1968, S. 531).

Aus den bisher angeführten Gesichtspunkten ergibt sich u. a. die Notwendigkeit einer Abgrenzung des Anwendungsbereichs der verschiedenen Methoden der Datenerhebung in der psychoanalytischen Prozessforschung. Deshalb berichtet dieses Kapitel besonders über Methoden, bei denen die Verwendung von Tonband- bzw. Verbatimprotokollen unerlässlich ist<sup>10</sup>.

#### 3.2. Informationsgewinn und -verlust bei der Verwendung von Verbatimprotokollen

Psychoanalytische Therapie lebt von der Versprachlichung seelischer Vorgänge, auch wenn zunehmend nonverbale und paraverbale Kommunikationsprozesse in Forschungskontexte eingebracht werden (Stern 1998, 2002; Fonagy u. Target 2007). Deshalb bringen Verbatimprotokolle für wissenschaftliche Fragestellungen einen erheblichen Informationsgewinn gegenüber zusammenfassenden Notizen. Sie enthalten den verbalen Anteil des Kommunikationsflusses zwischen Patient und Psychoanalytiker (und durch die Erfassung der Redeaktivität auch nonverbale Anteile). Deshalb muss man sich mit der Frage auseinandersetzen, ob damit wesentliche Informationen aus dem Bereich der prä- und averbalen Kommunikation, die das Sprechen begleitet oder sich im Schweigen vollzieht, verloren gehen.

Um das aufgeworfene Problem am Beispiel des Schweigens des Patienten zu diskutieren, könnte man anführen, dass Häufigkeit und Dauer von Schweigepausen gerade bei Tonbandaufzeichnungen besonders deutlich werden. Zur Art des

---

<sup>10</sup> Die wiederholte Anwendung von Fragebogen durch externe Untersucher als Prozessbeobachtung konstituiert einen anderen Forschungskontext. Die aktuelle psychoanalytische Therapieforschung steht diesem Vorgehen nicht mehr so kritisch gegenüber wie dies früher der Fall war.

Schweigens, zur vermuteten Erlebnisqualität des Patienten kann sich der Analytiker zusätzliche Aufzeichnungen machen. Dieses Verständnis des Schweigens z.B. als Widerstand vollzieht sich jedoch erst in der sprachlichen Verständigung darüber (Cremerius 1969). Das Beispiel kann deutlich machen, dass averbale Kommunikation im psychoanalytischen Prozess einerseits den Prozess auf vielfältige Weise begleitet durch Haltung, Gestik und Mimik und doch wesentlich durch den sprachlichen Austausch konstituiert wird. Hieran zeigt sich, dass die aus psychoanalytischer Sicht postulierte Transformation von "Es" zu "Ich" an Sprache und Sprechen gebunden ist (Klann 1977, 1979). Dieses Ziel lässt offen, inwieweit sich außersprachliche Kommunikation, auch solche, die für immer auf einer nonverbalen Ebene bleibt, therapeutisch auswirken kann, wie dies in den letzten Jahren von der Boston Psychoanalytic Process Study Group (1998) thematisiert wurde.

Auf die Frage, auf welcher Kommunikationsebene das für psychotherapeutische Prozesse relevante Material zu erwarten ist, lässt sich keine einfache Antwort geben. Zwar lassen sich aus den Ergebnissen der psycholinguistischen Forschung Einschränkungen bezüglich des Werts von Verbatimprotokollen ableiten, wie dies vor Jahren Junker u. Zenz (1970) getan haben: "Bei der Übertragung emotionaler Zustände sowie bei der Beschreibung affektiver Phänomene erwies sich der Inhalt der gesprochenen Worte als nicht hinreichend" (S. 693). Sie weisen auf experimentelle Befunde hin, nach denen semantisch leere Sprache Träger von deutlichen Affektqualitäten sein, z. B. von Schauspielern mit verschiedenen affektiven Färbungen vorgetragen werden kann. Damit wird die Trennung des Kommunikationsflusses in zwei Wege, in einen vokalen und einen verbalen Kanal, sinnvoll; weniger gesichert scheint hingegen die naive Zuordnung von rationaler Information zum verbalen und von affektiver Information zum vokalen Kanal.

Die Ausschließlichkeit, mit der diese Verteilung aufgrund experimenteller Untersuchungen behauptet wird, steht im Widerspruch sowohl zur praktischen Erfahrung als auch zu Untersuchungen, wie sie Gottschalk et al. (1969) durchgeführt haben. Die praktische Erfahrung zeigt, dass noch nicht einmal bei einem extremen Zwangsneurotiker eine solche Isolierung von Affekt und Vorstellung besteht, dass sich nicht im Sprechen auch affektive Kommunikation vollzieht. Die Behauptung, die Junker u. Zenz (1970) übernehmen, dass "empathische Vorgänge, die den Prozess des Verstehens womöglich determinieren, allein durch verbale Fixierungen, wie z.B. lesbare Protokolle, nicht reproduzierbar gemacht werden können" (S. 694), widerspricht der Erfahrung, die wir machen konnten.

Rosenkötter, der als Mitarbeiter von Thomä zu wissenschaftlichen Zwecken eine tonbandaufgezeichnete Psychoanalyse mitverfolgte, hielt zunächst das Abhören des Tonbandes für eine unerlässliche Voraussetzung für das Erfassen des Prozesses. Bald stellte er jedoch fest, dass für das Verständnis der Interaktionsvorgänge und das empathische Nachvollziehen der Verstehensoperationen des behandelnden Analytikers auch das Transkript genügend prozessrelevante Information lieferte. Man könnte die Hypothese aufstellen, dass ein solcher Beobachter in sich jenen vokal-affektiven Kanal wiederherstellt. Er befindet sich dabei allerdings in einer grundsätzlich anderen Situation, weil nämlich sein Verstehensprozess auf die Dyade gerichtet ist. Die originale Situation, wie sie zwischen Patient und Analytiker bestanden hat, kann also nicht naturgetreu wiedererstehen.

Zwar kann ein außenstehender Beobachter – mit etwas Schulung – den Äußerungen des Therapeuten die zugrunde liegende Deutungsstrategie im Großen und Ganzen entnehmen. Um dessen Interventionen im Einzelnen nachvollziehen zu können, benötigt man aber zusätzliche Informationen des Therapeuten darüber, was er gefühlt hat und welche theoretischen Vorstellungen ihn geleitet haben. Ein exemplarisches Beispiel für dieses Vorgehen wurde von Thomä u. Kächele (2006c, Kap. 5.1) gegeben.

Das Studium von Verbatimprotokollen erlaubt dem Leser, sich recht gut einzufühlen und den Prozess zugleich distanziert von außen zu betrachten. Sowohl Einfühlung als auch intellektuelles Nachvollziehen setzen eine sehr intensive, zeitraubende Beschäftigung mit dem Material voraus. So berichten Simon et al. (1970), dass die Arbeitsgruppe zu Forschungszwecken sich einige Behandlungsstunden zehnmal angehört habe, um die ganze Reichhaltigkeit der Interaktionen der einen Stunde auch nur annähernd auszuloten (S. 96). Ähnliche Erfahrungen berichtet auch die (deutsche) Arbeitsgruppe, die sich mit der von Enrico Jones entwickelten Q-Set-Methode befasst hat (Albani et al. 2008b).

### 3.3 Die Untersuchung von Patienten-Variablen

#### 3.3.1. *Zur Quantifizierung von Affekten anhand von Verbatimprotokollen*

Im Hinblick auf die oben erwähnte Diskussion um die Begrenztheit von Verbatimprotokollen für die Erfassung von Affekten ist es lohnend, an die Quantifizierung des psychoanalytischen Konzeptes von Affekten zu erinnern, die von einer Arbeitsgruppe um Louis Gottschalk erarbeitet wurde (Gottschalk et al. 1966). Diese war so erfolgreich, dass sich in der BRD in den siebziger Jahren eigenständige Gottschalk-Gleser Studiengruppen etablierten, die vielfältige Untersuchungen zu Psychotherapiepro-



zessen und psychosomatischen Themen durchführten. Koch u. Schöfer (1986) haben die Erträge dieser Forschung zusammengestellt. Es ist nach wie vor wertvoll, die Schritte zu beschreiben, die – pars pro toto - zur Quantifizierung des Angstaffektes anhand von verbalem Material geführt haben.

Der Angstaffekt wird im psychoanalytischen Diskurs als freie Angst im Gegensatz zur gebundenen Angst verstanden. Er tritt in sechs Formen auf, deren Unterscheidung sich aufgrund klinisch-psychoanalytischer Überlegungen anbietet: Todesangst, Verletzungs- oder Kastrationsangst, Angst vor Schuld, Angst vor Beschämung und unspezifische, sog. frei flottierende Angst. Eine eigene Kategorie Verlustangst wurde von Gottschalk nicht etabliert, weil die Qualität des Verlustes jeder Angstform zukommt.

Für den Schritt von der qualitativen zur quantitativen Beschreibung wurde ein intrapsychisches Bezugssystem gewählt. Der Aussage "Ich bin ängstlich" als direkte Äußerung wird eine indirekte Evidenz entgegengestellt, z.B. in der Aussage "Ich bin nicht ängstlich". Weiterhin wurde eine Reihe von Annahmen gemacht, die in mühsamer Arbeit erst validiert werden mussten.

- 1) Die relative Größe eines Affektes kann anhand von verbalen Äußerungen verlässlich beurteilt werden; der Verzicht auf paralinguistische Variablen ändert nichts Entscheidendes an der Beurteilung.
- 2) Die Intensität eines Affektes ist direkt proportional zu der Häufigkeit, mit der thematische Referenzen auftreten.
- 3) Der Grad der Direktheit und Subjektbezogenheit in der Äußerung eines Affektes entspricht dem Grad der psychologischen Aktivierung eines Affektes.
- 4) Dieser Grad der direkten Repräsentation - den H. Sargent (1961) die Zentralität nannte - kann mathematisch durch einen Gewichtungsfaktor ausgedrückt werden, der als Ordinalzahl zu verstehen ist.

Aufgrund dieser Annahmen konnten nun verbale Äußerungen klassifiziert und gewichtet werden. Das erhaltene Intensitätsmaß wurde durch weitere mathematische Operationen für verschiedene Variablen wie Länge des Textes, Sprechgeschwindigkeit u. ä. korrigiert. Die Ausbildung der Auswerter erfolgte durch das Besprechen von Beispielsätzen, die als Referenzsystem jeweils einen Typus und einen Ausprägungsgrad der Angst illustrieren.

Vom forschungsökonomischen Standpunkt her war es sehr beachtlich, dass die Gottschalkschen Skalen nicht nur von psychoanalytisch ausgebildeten Beurteilern verlässlich benutzt werden konnten. Denn die routinemäßige Verwendung vieler Skalen ist sonst wegen der begrenzten Möglichkeit, erfahrene Analytiker als Beobachtungs- und Beurteilungsinstrument einzusetzen, oft nicht möglich. Allerdings setzt der Einsatz von klinisch ungeschulten College-Undergraduates oder gar Hausfrauen (wie in der BRD geschehen) hin wiederum dem Aussagewert anspruchsvoller

Skalen Grenzen, auf die schon Meltzoff u. Kornreich (1970) in ihrem Handbuch der Therapieforschung hingewiesen hatten:

"Diese scheinbar selbstverständliche Voraussetzung (dass erfahrene Therapeuten verwendet werden, A.d.V.) wird deshalb betont, weil in der Literatur so viele Untersuchungen enthalten sind, bei denen die Therapeuten Ausbildungskandidaten waren, die erst die Anfänge ihres Faches zu lernen begonnen hatten. Man kann kaum ein anderes Fach nennen, in dem eine ähnliche Situation besteht" (S. 5).

In analoger Weise, wie hier für das Konzept "Angst" beschrieben, wurden für weitere Konzepte wie "Feindseligkeit" "social alienation-personal disorganization" und für die „Fähigkeit zu Objektbeziehungen“ Skalen entwickelt, deren Befunde von Marsden (1971) zusammengefasst wurden.

Das von Gottschalk und seinen Mitarbeitern ausgearbeitete inhaltsanalytische System demonstrierte erfolgreich, dass vielen klinisch relevanten Fragestellungen durch die Auswertung von Verbatimprotokollen nachgegangen werden kann. Da für die psychoanalytische Situation psychophysiologische Messungen eine große Belastung darstellen, wie dies besonders Knapp et al. (1966) schilderten, war dies ein großer Gewinn. Die Rekonstruktion des Affektes und seine Quantifizierung durch Gottschalk's Skalen anhand der verbalen Äußerungen ermöglichte es, die psychoanalytische Situation von Laboratoriumsbedingungen, die über das Aufstellen eines Mikrophons hinausgehen, freizuhalten, soweit es um das Studium der Affekte geht.

### *3.3.2 Produktives psychoanalytisches Arbeiten*

Zwei erste Ansätze zur Erfassung von Merkmalen des produktiven psychoanalytischen Arbeitens eines Patienten wurden erstmals von Luborsky u. Spence (1971) zusammenfassend dargestellt; diese sollen hier zunächst referiert werden.

#### *a) Sinnhaftigkeit*

Ziel der psychoanalytischen Behandlung ist die Aufhebung unbewusster Motivationszusammenhänge und ihre Überführung in eine bewusste Verfügbarkeit.

Hierzu bedarf es einer grundlegenden Fähigkeit des Patienten, sich am therapeutischen Prozess zu beteiligen; diese wurde schon von Isaacs u. Haggard (1966) als die "Fähigkeit zur Erarbeitung sinnvoller Zusammenhänge" operationalisiert. Zunächst wurde in einem experimentellen Design die Übereinstimmung über die Bedeutung der Variable "Meaningfulness" (Sinnhaftigkeit) zwischen Psychoanalytikern, Psychologen und Sozialarbeitern bei der Beurteilung von Patientenaussagen nachgewiesen. Dann wurden diese Aussagen von weiteren Beobachtern noch in Bezug

auf einige andere, für den Therapieverlauf als wesentlich angesehene Variablen eingestuft.

Eine Faktorenanalyse der interkorrelierten Beurteilungen ergab für die Variable "Meaningfulness" hauptsächlich drei bestimmende Faktoren:

- 1) das Ausmaß, in dem der Patient sich mit sich selbst und seinen Problemen beschäftigt.
- 2) die Fähigkeit des Patienten, sich anderen zuzuwenden, und
- 3) seinen gegenwärtigen Motivationszustand.

Im Anschluss hieran untersuchten die Autoren die Beziehung des "Grades der Sinnhaftigkeit" einer Aussage des Patienten zu der vorangegangenen Intervention des Therapeuten. Affektiv getönte Therapeutenbemerkungen waren signifikant öfter von "sinnvollen" Aussagen des Patienten gefolgt als nicht affektive Interventionen (39,7% im Vergleich zu 12,8%). Dieser Zusammenhang war von der therapeutischen Orientierung des Interviewers unabhängig; er konnte für alle drei Berufsgruppen (Psychoanalytiker, Psychologen und Sozialarbeiter) nachgewiesen werden.

Außerdem waren die sinnvollen Äußerungen des Patienten nach affektiven Interventionen länger und weniger häufig. Oft wird in ihnen spontan der Inhalt der Intervention aufgegriffen.

Diese Untersuchungen bestätigten die Funktion affektiv getönter therapeutischer Intervention als Stimulus and wohl auch als Modell für die nachfolgende affektive Verbalisierung des Patienten. Ein überzeugendes Beispiel für Mikro-Lernvorgänge im analytischen Gespräch haben Heigl u. Triebel (1977) gegeben.

#### *b) Produktivität*

Von der psychoanalytischen theoretischen Vorstellung ausgehend, dass die "Produktivität" des Patienten während analytischer Sitzungen ein wichtiger Verlaufssparameter ist, wurde von Simon et al. (1968a) Material aus einer Analyse bearbeitet. Kliniker wurden aufgefordert, aus einer Reihe von vorgelegten Stunden produktive und weniger produktive herauszusuchen. Als differenzierendes Kriterium benutzten die Analytiker ihre unausgesprochenen klinischen Standards. Aus dem so ausgesonderten Material wurde eine Patienten-Produktivitäts-Beurteilungsskala (PPRS) entwickelt, die fünf Ebenen analytischer Produktivität beschrieb. In der Präsentation der Skala geben Simon et al. folgende Zusammenfassung ihrer Überlegungen, die der Skalenkonstruktion vorausgingen:

"Idealerweise oszilliert der Analysand zwischen der frei assoziierenden Produktion von gefühlsmäßig wichtigem Material und der reflektiven Selbstbeobachtung, mit der dieses neue Material integriert wird. Das bedeutet, dass sich der Patient mit

Fragen größter Wichtigkeit unmittelbar und spontan auseinandersetzt und die angemessenen Gefühle dabei erlebt; Gedanken, Erinnerungen und Gefühle werden dabei zu einem erweiterten Selbstverständnis integriert" (Simon et al. 1968a, S. 5).

Zusätzlich wird der Benutzer der Skala auf die Beachtung der folgenden Punkte aufmerksam gemacht:

1. Die psychologische 'Tiefe' des besprochenen Materials;
2. Das Auffinden vergessener Erinnerungen, speziell aus der Kindheit;
3. Erleben und Durcharbeiten der durch die Übertragung stimulierten Gedanken und Gefühle;
4. Hinweise auf selbstbeobachtendes Verhalten in der analytischen Situation;
5. die Fähigkeit des Patienten, sich aktiv mit seinen Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Grundregel zu beschäftigen.

Die Skala definiert z.B. "minimale Produktivität" durch fehlende Reflektiertheit, eine gewisse Menge Schweigen, fehlendes psychologisches Interesse und wenig verbindende Glieder zwischen verschiedenen Segmenten. Bei "hoher Produktivität" versucht der Patient, Vergangenheit und Gegenwart zu verknüpfen und schmerzliches Material zu verstehen; er hält die duale Position aufrecht, Assoziationen zu berichten und sich selbst dabei zu beobachten. Simon und seine Gruppe haben vier Studien mit dieser Skala durchgeführt. Die Übereinstimmung der Beurteilungen erreichte Signifikanzen auf dem 1%- und 0,1%-Niveau, d.h. die Skala kann verlässlich auf kurze Therapieabschnitte angewandt werden. Damit ist sie eine brauchbare Hilfe bei der Beurteilung, ob der Patient im Sinne der analytischen Theorie gut mitarbeitet.

Die Entwicklung des Instruments war eingebettet in eine Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses, in der Simon et al. den Sinn ihrer Untersuchungen sehen: "Das Ziel unserer Forschung über das psychoanalytische Behandlungsverfahren besteht darin, Elemente des Behandlungsprozesses zu isolieren und zu objektivieren" (S. 1).

Beide Konzepte wurden, obwohl viel versprechend, zunächst nicht weiter verfolgt wie aus der 2. Fassung der Luborsky-Spenceschen Übersicht von 1978 hervorgeht; ein Schicksal, das sie mit vielen inhaltsanalytischen Methoden teilen, wie Kiesler (1973) schon bemerkte. Auch das inhaltlich nahe liegende Konzept der „assoziativen Freiheit“ fand trotz der experimentellen Untersuchungen bislang wenig Interesse an einer Weiterentwicklung. Ein Ausgangspunkt könnten z. B. die Untersuchungen von Spence et al. (1993) sein, die mit computergestützten Textanalysen den „Impact of interpretation on associative freedom“ untersucht haben.

Thomä u. Rosenkötter (1969) ließen sich jedoch von der Simonschen Produktivitätsskala anregen<sup>11</sup> und entwickelten, als Begleitforschung an der noch laufenden psychoanalytischen Behandlung des Patienten Christian Y, eine ähnliche Skala, von ihnen als „Veränderungen im psychoanalytischen Prozess“ genannt, die faktisch wohl aber „Analytische Produktivität“ erfassen sollte. Mit diesem Bogen beurteilte ein teilnehmender psychoanalytischer Beobachter (L. Rosenkötter) die auf Tonband aufgezeichneten Sitzungen hinsichtlich der analytischen Produktivität<sup>12</sup> (Abb. 4 ).

---

<sup>11</sup> Den Ulmern waren damals die eben erschienen Arbeiten von Orlinsky u. Howard (1967) und Auerbach u. Luborsky (1968) zur sog. ‚good hour‘ nicht bekannt.

<sup>12</sup> Ursprünglich hiess der Bogen „Veränderungen im analytischen Prozess“. Leider sind keine Protokolle der vermutlich spannenden Gespräche vom Psychoanalytiker Thomä und dem Beobachter Rosenkötter über die Beurteilung des den analytischen Prozesses aus dieser Frühzeit der Ulmer Prozessforschung erhalten.

### Kapitel 3

L. Rosenkötter und H. Thomä (1969)

#### Veränderungen im psychoanalytischen Prozess - Analytische Produktivität

Ambulanz-Nr.:

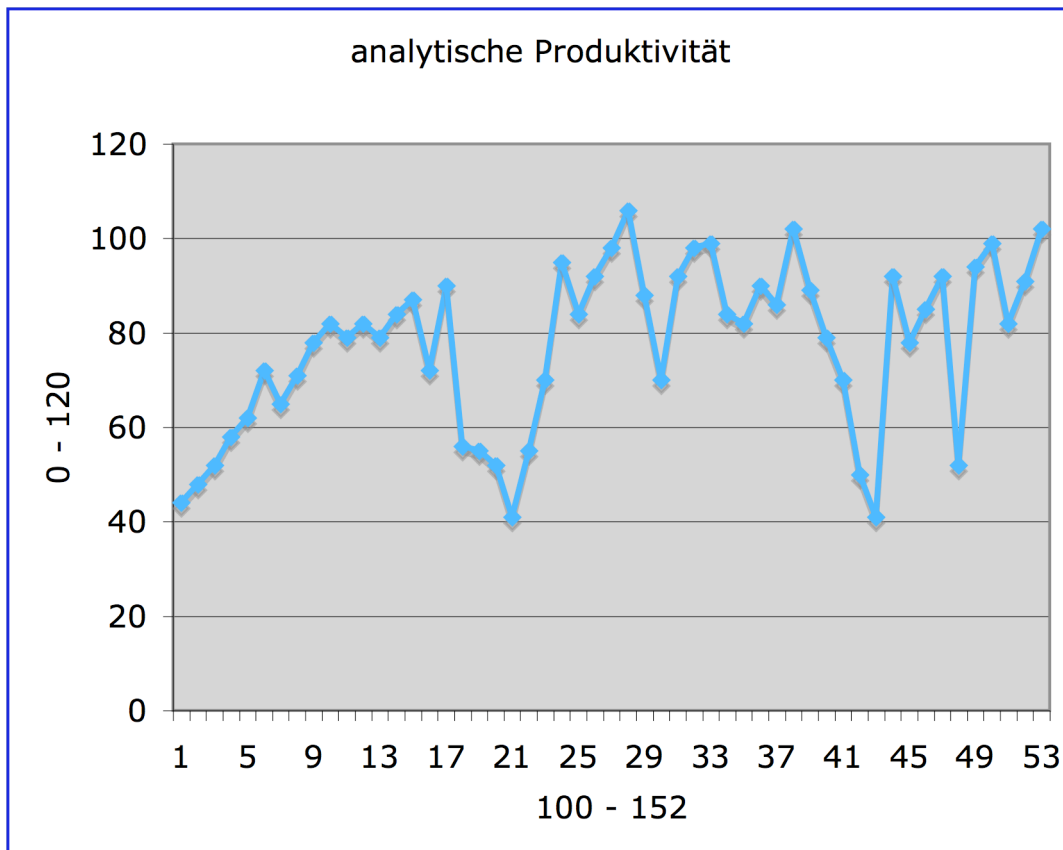
—

Stunde

Datum:

-3	-2	-1	k.A.		+1	+2	+3
				A. Patient spricht über die Realität des Analytikers gar nicht -3, stark +3			
				B. Patient äußert Phantasien über den Analytiker gar nicht -3, stark +3			
				C. Konflikte werden abgewehrt abgewehrt -3, bewusst +3			
				D. Affekte werden abgewehrt abgewehrt -3, erlebt +3			
				E. Patient agiert -3 hat gutes Arbeitsbündnis +3			
				F. Freies Assoziieren gar nicht -3, sehr viel +3			
				G. Mitteilung von Träumen gar nicht -3, sehr viel +3			
				H. Traumbearbeitung gar nicht -3, intensiv +3			
				I. Auftauchen neuen Materials gar nicht -3, reichlich +3			
				K. Gewinn an Einsicht Gar nicht -3, reichlich +3			
				L. Unreflektierte Affektäußerung -3 Affektive Distanzierung und Nuancierung +3			
				M. Patient spricht sehr wenig -3, sehr viel +3			
				N. Analytiker spricht sehr wenig -3, sehr viel +3			
				O. Übertragungsdeutungen des A. gar nicht -3, sehr viel +3			
				P. A. geht am Material vorbei -3 findet Dialog mit Pat. +3			
				Q. A. verknüpft Aktuelles mit Infantilem gar nicht -3, sehr viel +3			
				R. Beurteiler hätte Ganz anders gedeutet -3 ganz genauso gedeutet +3			
				S. Beurteiler versteht Interventionen des A. gar nicht -3, sehr gut +3			
				T. A. stört durch seine Interventionen -3 ist teilnehmender Beobachter +3			

Für den Zeitraum der Sitzungen 100 – 153 waren diese Stundenbögen noch verfügbar. Eine faktorenanalytische Überprüfung ergab, dass ein Großteil der Varianz durch einen Faktor aufgeklärt werden konnte (Kächele 1971), weshalb ein Gesamtwert (aufsummiert über alle Items) für die Auswertung verwendet werden konnte. Die folgende Abbildung zeigt den Verlauf dieses Summenscores über einen begrenzten Ausschnitt der Behandlung (Abb.5):



Es ist unschwer zu erkennen, dass der Summenscore der analytischen Produktivität einen Anstieg über einen Zeitraum von ca. achtzehn Sitzungen (Sitzung 100-117) erkennen lässt; dann folgt ein Einbruch für sechs Sitzungen, was dann wieder aufgeholt wird. Weitere Schwankungen folgen im letzten Drittel des hier untersuchten Zeitraumes. Da es in diesem Kapitel nur um die Illustration eines methodischen Zuganges geht, soll auf eine inhaltliche Diskussion verzichtet werden.

#### c) Mentalisierung: die Reflective Functioning Scale (RF)

Seit den umfassenden theoretischen Untersuchungen von Fonagy et al. (2002) ist es nahe liegend, bei Veränderungen im psychoanalytischen Prozess auch an das Kon-

zept der Mentalisierung zu denken. Dieses wurde im Kontext der Londoner Forschung zu Borderline-Störungen entwickelt (Fonagy et al. 1995). Das Konzept der *Reflective Functioning Scale (RF)* wird auf der Basis des Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI) manual-geleitet kodiert<sup>13,14</sup>.

Als Prozessparameter zu vermutende Zusammenhänge zwischen der Fähigkeit zur Mentalisierung und analytischen Produktivitätsskalen zu erheben, wäre ein Desiderat. Denn Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst (Fonagy et al. 2002) sollten in einem systematischen Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit in der analytischen Situation stehen, wie Auerbach u. Blatt (2001) und Gerber et al. (2004) skizzieren.

Immerhin konnten Karlsson u. Kermott (2006) in zwei Therapiestudien unter Verwendung des SF-Manuals solche postulierten Zusammenhänge in Kurzpsychotherapien bestätigen. In ihrer abschliessenden Diskussion geht Karlsson erfreulich offen auf eine persönliche Anfrage (August 2008) meinerseits ein:

The question of applying RF in psychotherapy/psychoanalysis sessions are indeed intriguing. From my research at Berkeley, I found that although it is possible to reach acceptable inter-rater correlation, the measure did not show a great variability between sessions (which could mean many things of course, although I should add that we did get acceptable normal distribution of the measure). We also tried to measure how the therapists actions would affect RF in the patient, but most therapists were not producing interventions that resembles the questions of interest in the AAI or anything else that we thought promoted RF. As a matter of fact, many therapists would make statements that we thought were actively inhibiting RF in the patient.

---

<sup>13</sup> „Bei dem Reflective-Functioning-Konstrukt handelt es sich um ein Konzept, das sowohl in der psychoanalytischen als auch in der kognitionspsychologischen Literatur beschrieben worden ist. Es bezieht sich auf die Fähigkeit, sowohl die eigene Person als auch die der anderen in Begriffen von Intentionalität bzw. mentalem (d.h. geistig-seelischem) Befinden wahrzunehmen und zu verstehen (betr. Gedanken, Meinungen, Absichten, Wünsche) und über das Verhalten entsprechend nachzudenken (Reflexivität). Metakognition, metakognitive Steuerung (Main, 1991), Mentalisierung und Reflexivität (Fonagy 1991) bzw. theory of mind (Baron-Cohen, 1995) und reflective self function (Funktion des reflexiven Selbst; Fonagy et al., 1993) oder auch Fähigkeit zur Symbolisierung (vgl. dazu den Begriff des semiotischen Niveaus von Plassmann, 1993) werden in der Literatur weitgehend synonym verwandt. Sie können betrachtet werden als aktiver Ausdruck von ‚Reflective-Functioning‘ und sind verantwortlich für die Entwicklung eines Selbst, das denkt und fühlt, und sind eng verbunden mit der Selbstrepräsentanz. Sie beinhalten (im Gegensatz zur Introspektion) auch die Fähigkeit, Sinn und Bedeutung herzustellen und auf diese Weise Verhalten zu regulieren (prozedurales Wissen über die Natur von Geist und Seele vs. deklarative Selbsterkenntnis) (Daudert 2002, S. 54)

<sup>14</sup> Nach Mertens (münd. Mitteilung) wäre es sinnvoll, dieses Konstrukt entwicklungspsychologisch zu differenzieren. Zu unterscheiden wären die ersten Anfänge beim Einjährigen, die wohl überwiegend im nichtdeklarativen Gedächtnis angesiedelt sind über spätere, auch sprachlich verfügbare Reflexionsvorgänge bis hin zum elaborierten und selbstreflexiven Vorgang.



I am not saying RF can't be applied to therapy sessions, but I do agree that the concept is difficult to apply across the contexts (the AAI vs. therapy sessions). I made a lengthy discussion of the methodological problems in the paper we published.

Im Diskussionsteil der Publikation gehen Karlsson u. Kermott auf die offene Frage der RF-Veränderungen in psychoanalytischen Langzeittherapien unter Hinweis auf Fonagy (1999) ein:

„In Fonagy's (1999) discussion of the process of change in therapy, he suggests that the initial phase of treatment may be characterized by symptom reduction, without concomitant changes in RF. This phenomenon is the classical psychoanalytic notion of the transference cure (Greenson, 1967) and is, according to Jones (2000), the characteristic outcome of brief treatments.

Fonagy (1999) argues that long-term treatments, thereafter, enter a phase where symptomatology might increase because of the disinhibition of mental processes that have taken part in the therapeutic interaction. In the final phase, a reorganization or restructuring of the representational system might be generated through enhanced ability for mentalizing.

Subsequently, Fonagy (1999) argued that more sessions and longer treatments result in better outcome, especially in long-term follow up, and when particular respect is paid to the development of mentalization.

However, this hypothesis warrants further validation by systematic investigation of the relation between long-term treatment and RF“ (Karlsson u. Kermott 2006, S. 78).

Ein erster Versuch mittels computer-gestützte Textanalyse<sup>15</sup> ‚Reflective Functioning‘ zu erheben, war nicht überzeugend (Fertuk et al. 2004a, b). Kürzlich wurde ein weiterer Versuch berichtet, die diese dispositionell gedachte Fähigkeit an Transkripten ermitteln (Josephs et al. 2006):

„Rather than rate an entire session, it was decided to evaluate blocks of words sufficiently small that there would be relatively little variability in the level of mentalization during a single block. The rater would then score the highest level of mentalization within a wordblock.

It was found that a block of 150 words could be rated for mentalization with a good level of interrater reliability (intraclass correlation coefficient= .75 on data from Ms. Q). Rating blocks of 150 words each allows for fluctuating levels of mentalization to be observed over the course of a single session or over the course of all thirty-six sessions. Breaking down a session into small units of study will allow future research to examine the immediate impact of various interventions or qualities of therapeutic interaction on fluctuating levels of mentalization within a session.

Blocks of 150 words have proved meaningful in studies of computer-generated referential activity (Bucci 1997).

---

<sup>15</sup> Ko-Autor Mergenthaler von der ULMER TEXTBANK war für die Generierung des Algorithmus verantwortlich

In our study, raters found it relatively easy to reliably apply the sophisticated operational definition of mentalization when restricted to a small unit of analysis. It would have been much more difficult to achieve interrater reliability in arriving at one score for an entire session, and much information about the fluctuating levels of mentalization within a session would have been lost“ (Josephs et al. 2006, S. 1204)<sup>16</sup>.

Es wäre äußerst erfreulich, wenn geklärt werden könnte, ob sich hier (innovatives) Messverfahren und ursprüngliches Konzept tatsächlich noch begegnen; immerhin erfordert das SF-Manual (Fonagy et al. 1998) eine aufwendige Schulung.

### 3.4 Übertragung und / oder interpersonelle und / oder intrapsychische Beziehungsmustern

Viele frühe Versuche, anhand von Außenkriterien Übertragung messend zu erfassen, legten häufig eine sehr vereinfachte Interpretation der Übertragungsbeziehung zugrunde, die dann noch durch die Operationalisierung weiter verdünnt wurde.

#### *Fragebogen und Kelly-Grid-Technik zur Erfassung von Übertragung<sup>17</sup>*

- Ähnlichkeit zwischen "signifikantem Elternteil" und "Therapeutin" (Chance 1952)
- Ähnlichkeit zwischen "Idealer? Person" und "Therapeut" (Fiedler u. Senior 1952)
- Die Erwartungsvorstellungen des Patienten vom Therapeuten (Apfelbaum 1958)
- Ähnlichkeit im Verhalten gegenüber Eltern und Therapeut vor und nach der Therapie (Subotnik 1966a, 1966b)
- Erfassung von Übertragung und Widerstand (Rawn 1958)
  
- *Kelly-Grid-Technik*
- Vergleich "idealer Vater" und "Therapeut" (Crisp 1964a, 1964b, 1966)
- Vergleich "Eltern" und "Therapeut" (Sechrest 1962)

#### *Fragebogen*

- Fragebogen zum erinnerten Verhalten der Eltern und Interaktion in der Gruppe (Berzon 1962)

---

<sup>16</sup> Eine aktuelle Diplom-Arbeit von Frau S. Isphording in München unter der Leitung von Prof. Mertens dürfte hierzu einen Beitrag leisten. Ihre Daten legen m. E. nahe, für diesen Messvorgang ein state-trait Modell des ‚reflective functioning‘ anzunehmen. Erste Annäherungen, Mentalisierung als eine dispositionelle Variable bei Borderline und depressiven Störungen einzubeziehen, werden von einer Wiener Arbeitsgruppe berichtet (Fischer-Kern et al. 2008).

<sup>17</sup> Die hier aufgeführten Autoren werden in der Bibliographie nicht aufgeführt; sie können beim Verfasser angefragt werden.

- Gießen-Test: Übertragung und Gegenübertragung (Beckmann 1974; Heising u. Beckmann 1971)

Eine Reihe von Autoren, aus der Persönlichkeitsforschung kommend, versuchte, die dort üblichen Instrumentarien zur Erfassung von Übertragungsaspekten zu benutzen. Am ehesten hilft das Stichwort "Ähnlichkeit" weiter: "Wie ähnlich ist der Therapeut Deinem Vater?" oder "Wie sehr ähnelt Dein Therapeut Deinem idealen Vaterbild?". Diese Arbeiten wurden zusammenfassend schon von Meltzoff & Kornreich (1970) dargestellt. Diese beschließen ihre Diskussion der frühen empirischen Versuche, "Übertragung" zu messen, wie folgt:

"As can be seen, there has been surprisingly little research on this central therapeutic phenomenon. Besides, there are contradictions among the research that exists. These may stem from diversity of definitions, measuring methods, and variations in transference relations in different types of therapy. The automatic assumption that the therapist stands symbolically for parent is lacking in demonstrated generality" (Meltzoff u. Kornreich 1970, S. 464).

Kritisch muss festgehalten werden: Übertragung im psychoanalytischen Sinn stellt die Wiederholung einer früheren Objektbeziehung, eines infantilen Interaktionsmusters dar, nicht die mehr oder minder große Ähnlichkeit mit einem Elternteil. Hier werden, wie oft bei experimentalpsychologischen Versuchen, psychoanalytische Konzepte zu überprüfen, Behauptungen getestet, die den essentiellen Gesichtspunkt des psychoanalytischen Konzeptes erst gar nicht erfasst haben, da vor allem die topische Unterscheidung in bw, vbw und ubw nicht berücksichtigt wird. Dies führt auch Kline (1972), ein experimenteller Psychologe und exzellenter Kenner der experimentellen Literatur zur Psychoanalyse, aus:

"This raises a peculiar difficulty in the objective study of psychoanalysis. If the theory is supported and there is no other viable explanation of the results, it seems fair to argue that this is evidence in favor of psychoanalysis. If, on the other hand, the theory is not supported, the results do not necessarily refute the theory. This is simply because in many cases the validity of the tests is not perfect. This means that if the results are positive they can be accepted, since error is random and likely to spoil rather than to improve the results in any systematic way. If they are negative it may be because the tests are faulty" (Kline 1972, S. 5).

Methodische Ansätze, das Konzept der Übertragung durch formalisierte klinische Beurteilungen zu erfassen, wurden verständlicherweise vor allem von Psychoanalytikern gesucht. Diese Studien verzichteten auf die zusätzliche Erfassung von Außenkriterien, die, wie wir gezeigt haben, bisher nur ein sehr vages Abbild der Übertragung liefern konnten. Stattdessen werden die Beurteilungen auf ad hoc entworfene

nen Skalen erfasst, die wesentliche Bestandteile des psychoanalytischen Übertragungskonzeptes repräsentieren.

#### *Systematische klinische Formulierungen*

- Menninger Projekt: "Description Form B" (Wallerstein et al. 1956)
- Menninger Projekt: Systematische Analyse früher Kindheitserinnerungen (Mayman u. Faris 1960)
- Chicago Konsensus Projekt (Seitz 1966)

Parallel zu den Versuchen, klinische Expertise zu nutzen, wurden quantitative Schätzmethoden zur Quantität von Übertragung entwickelt, entsprechend dem klinischen Gebrauch, nach dem Motto: "Sage mir, wie stark die erotische Übertragung deiner Patientin auf Dich ist".

#### *Schätzmethoden zur Quantität von Übertragung*

##### *Auswertungseinheit: vollständige Sitzung*

- Rating-Instrument zu Vorhersagen und zur Beschreibung des therapeutischen Prozesses (Bellak u. Smith, 1956)
- Rating-Instrument zur Erfassung der therapeutischen Interaktion (Cutler et al., 1958)
- Rating-Instrument zur Erfassung von Therapeutischer Technik, Gegenübertragung und Verhalten/Gefühle des Patienten (Strupp et al., 1966)
- Rating-Instrument zur Erfassung von Übertragung, Widerstand, Patienten- und Therapeutenverhalten (Graff u. Luborsky, 1977)

##### *Auswertungseinheit: Sitzungs-Ausschnitte*

- Rating-Instrument zur Erfassung verschiedener Dimensionen von Übertragung (Luborsky et al., 1973)
- Das Konzept des "Übertragungs-Raumes" (Luborsky et al., 1975)

Erstaunlich früh und noch ganz dem Zauber des Anfangs verfangen und der am Beginn der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts lauter werdenden Kritik an der Psychoanalyse (Glover 1952; Kubie 1952) Rechnung tragend, führten Bellak und Smith (1956) einen ersten Versuch durch, durch externe Beurteiler reliable Vorhersagen des therapeutischen Verlaufs von Sitzung zu Sitzung zu treffen<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Hierzu bildeten sie einen Itemkatalog von 23 Kategorien, in denen typische klinische Konzepte aufgelistet waren. Fünf Beurteiler schätzten ein, in welchem Ausmaß das jeweilige Konzept vorhanden war. Sie verwendeten vier zehnstufige Skalen, auf denen positive und negative Übertragung sowie deren Bewusstheit bzw. Unbewusstheit eingeschätzt werden sollten; für diese Übertragungsskalen sind der Arbeit keine speziellen Angaben über die Verlässlichkeit zu entnehmen, mit der die Beurteiler diese Konzepte einschätzten.

Bellak und Smith schließen aus ihren Ergebnissen, dass die Beurteiler hinsichtlich der "Struktur eines Falles" - womit die Gesamtheit aller Einschätzungen gemeint ist - zufrieden stellend übereinstimmen:

"The results of the study show a gratifying measure of agreement in a description by four or five analysts in psychoanalytic language of the psychodynamics of a patient. This alone is more than has ever been established experimentally and statistically before" (Bellak u. Smith 1956, S. 411).

Ein ähnliches Rating-Instrument zur Erfassung der therapeutischen Interaktion (Cutler et al. 1958) fand kein sonderliches Interesse, obwohl es ein solches durchaus verdient hätte.

In einem nachfolgenden Ansatz erkannten Strupp und Mitarbeiter (Strupp et al., 1966) immerhin die Notwendigkeit, klare operationale Definitionen vorzugeben und zielten auf klinisch beobachtbare Ergebnisse. Sie modifizierten das Bellak'sche Instrument erheblich. Speziell für die Erfassungsvorgänge glaubten sie auf die Beurteilung unbewusster Prozesse verzichten zu müssen:

"It was considered inadvisable to require raters to make evaluations of unconscious processes, for the reason that such ratings require a very high level of inference. They would be more highly dependent upon the theoretical predilections of the raters than more directly observable events; consequently it seemed unlikely that a satisfactory level of agreement could be obtained" (S. 369).

Auch ihr Fazit war jedoch, dass das Ausmaß der Beurteilerübereinstimmung umgekehrt proportional zum Abstraktionsgrad der Konzepte war. Spezifisch analytische Konzepte waren besonders schwer einzustufen<sup>19</sup>. Trotz methodisch gründlicher Vorbereitung brachte diese Studie, was die Einschätzung der Übertragung betrifft, keine reliablen Ergebnisse. Die vier Psychologiestudenten, die als Fremdbeurteiler fungierten, zeigten weder untereinander noch mit dem behandelnden Therapeuten ausreichende Übereinstimmung.

Angesichts der Probleme durch externe Beurteiler entschied sich die Penn Study Group unter der Leitung von Luborsky - statt den Umweg über externe Beobachter einzuschlagen - die behandelnden Analytiker selbst einen "Therapist Session Checksheet" direkt im Anschluss an die Sitzung auszufüllen zu lassen (Graff u. Luborsky 1977). Durch eine Zusammenfassung der Stundeneinschätzungen über jeweils längere Zeiträume wurden die ipsativen, hochgradig voneinander abhängigen Messungen stabilisiert. Allerdings ist damit das Problem der Kalibrierung

---

<sup>19</sup> Dieses Problem, nämlich die Ableitung seelischer Eigenschaften aus postulierten oralen, analen oder phallischen Triebregungen, wurde auch bei Versuchen, die psychoanalytische Charakterologie zu operationalisieren, deutlich (Meyer et al. 1969).

nur umgangen, nicht gelöst. Eine Standardisierung der Analytiker als Beurteiler des Prozesses an dem sie beteiligt waren, war nicht vorgesehen<sup>20</sup>.

Der Verzicht auf Objektivität (die ja auch immer nur das gemeinsame Vorverständnis der Beurteilergruppe ist) würde nach Graff u. Luborsky aufgewogen durch den Gewinn: unter der Annahme, dass die Analytiker ihre Beurteilungsmassstäbe im Verlauf der Behandlung nicht wesentlich ändern, ließe sich eine intraindividuelle, repetitive Messung der Stundenbeurteilungen durchführen. Die statistischen Auswertungsmöglichkeiten waren seit Luborskys Einführung der P-Faktorenanalyse in die Therapieforschung gegeben (Luborsky 1953). Die hierbei entstehenden Zeitserien des Verhaltens können mit dafür geeigneten Methoden ausgewertet werden (Schaumburg et al. 1974; Grünzig 1988).

Ein erneuter Versuch mit ipsativen Messungen wurde in den letzten Jahren von einer holländischen Arbeitsgruppe vorgelegt, die unter der Einwirkung staatlicher Maßnahmen zur Evidenzbasierung auch von psychoanalytischen Behandlungen, ein solches Messverfahren erprobt. Wegen seiner exemplarischen Bedeutung soll es hier in den Worten der Autoren eingefügt werden:

#### **The Psychoanalytic Process Rating Scale (PPRS)**

Beenen, F., & Stoker, J. (2001). Psychoanalytic Process Visualised, first version (available only in Dutch, no English publication yet): Dutch Psychoanalytic Institute (NPI).

##### *Aim*

By means of the PPRS the course of treatment in psychoanalysis and long-term psychoanalytic psychotherapy, especially the form and content of the curative psychoanalytic process, can be captured, visualised and evaluated.

##### *Description*

The PPRS is a systematic clinical judgement scale of about 250 items that represent relevant aspects of the psychoanalytic process. It has been constructed and tested in clinical practice by Beenen and Stoker at the Dutch Psychoanalytic Institute (NPI). The scale had as its starting point the about 500 items of the Session Rating Scale of the Anna Freud Centre in London (Bulletin Anna Freud Centre, 1993).

The PPRS items are subdivided in three chapters. Chapter I, General Aspects of the Treatment, representing significant form elements like general attitude of the patient, treatment commitment and quality of the sessions in the period rated. Also basic defence and resistance patterns of the patient are being checked, including his or her general mood states in the analysis.

---

<sup>20</sup> Trotzdem trugen diese klinischen Verlaufsbeobachtungen dazu bei, eine beliebte Figur der psychoanalytischen Behandlungstheorie, nämlich die Aufhebung der Übertragung als Ergebnis einer erfolgreichen Behandlung, in Frage zu stellen. Die Studie zeigte, dass bei den beiden erfolgreichen Analysen (von vier untersuchten Fällen) die Wahrnehmung von Übertragungsphänomenen durch den behandelnden Analytiker von Anfang an tendenziell stärker war und im Verlauf weiter anstieg (nicht die Übertragung selbst!).

The items in Chapter II, The Psychic Content, refer to the conscious and unconscious material that dominates the treatment period under consideration. Next to 'classical' areas like sexuality and aggression, the focus is also on issues like bodily sensations, types and vicissitudes of patient's object relationships and so on. The psychic content either is actual or was present in the past, and can be conscious or unconscious. Chapter III more or less takes up the issues of Chapter I again, but now the focus is on the (curative) interaction between the analyst and analysand. Transference themes, the analyst's style of work and the analysand's reactions to his attitude, interventions and interpretations as well as the analyst's (countertransference) feelings and general feeling of (dis)satisfaction about the treatment are examples of the content of this chapter.

The PPRS can be used to judge one or more sessions (a period of treatment). It uses a 4-point scale to determine presence/absence or agreement/disagreement and/or the item was, yes or no, subject of intervention or interpretation.

#### *Practical Issues*

Applying the PPRS, which in principle should be done once a month, at the moment takes 1 to 1.5 hours for the ratings and ten minutes for a secretary to process the scores into the computer. After six or more filled in PPRS's it makes sense to produce an overview of the process, which can be done at the NPI by a special computer program (also applicable to other languages). Interpretation of the output takes another 0.5 to 1 hour. At the moment a substantially shorter form of the PPRS (about 100 items) is under construction and will be ready in the course of 2001. This will make regular clinical application much more attractive. The PPRS and its manual can be obtained from the NPI (contact person Jan Stoker, email address: [kc@npsai.nl](mailto:kc@npsai.nl)).

#### *Psychometric Properties*

To test the inter-rater reliability of the list is problematic, as each time it concerns the clinical judgement of this analyst about one of his or her analyses/analysands. No third party is or can be involved directly. Moreover, themes like countertransference feelings and so on are by definition personal and subjective. An extensive manual was constructed in which every item is described as clearly and operationally as possible, in order to increase the chance for reliable judgements. In practice, that after some training and some experience with using the list, the majority of the clinicians interpret and score the items in a similar enough way.

The validity of the PPRS still has to be proved, i.e. how relevant are (differences in) PPRS - measured courses of process for success or failure of the treatment. And moreover, do analyses that during treatment have been 'corrected' or guided by the PPRS results on the whole produce better outcomes than those that have been not. So, in all cases systematic and reliable follow-up studies of the treatments are obligatory.

In the meantime at the NPI an extensive follow-up programme of psychoanalytic treatments has been implemented.

#### *Clinical Utility*

This is a core strength of the PPRS. At the NPI it has been used so far for 55 psychoanalyses to monitor the treatment and this resulted in a big step forward, away from clinical 'fairy tales' and judgement/decisions by hierarchy. The yearly 'objective' PPRS- picture of the analytic process furnishes the analyst with a self - constructed mirror of his view on and position in the treatment. It is also a systematised and standardized clinical recording of the process, which enables a systematic comparison of the same treatment over time as well as comparison of different treatments on the same base.

Kürzlich wurde von Szecsödy & Stocker (2008) ein erstes Beispiel einer systematischen Auswertung einer psychoanalytischen Behandlung mit diesem Instrument vorgelegt. Wegen seiner offenkundigen Nützlichkeit und Praktikabilität als minimales Instrument zur Verlaufsbeobachtung durch den behandelnden Kliniker haben wir beschlossen, dieses Instrument in der HANSE-Neuro-Psychoanalyse-Studie zu implementieren, bei der zwanzig psychoanalytische Behandlungen chronisch depressiver

Patienten mit neurowissenschaftlichen Methoden von uns begleitend untersucht werden (Buchheim et al. 2008).

#### *Direkte Erfassung von Übertragung*

Unermüdlich mit der Verfeinerung des Messvorganges beschäftigt, führte Luborsky Anfang der siebziger Jahre - in Anlehnung an die Erfolgsstory der Klienten-zentrierten Psychotherapieforschung - die "Fünf-Minuten-Beobachtungseinheit" ein (Luborsky et al. 1973; Luborsky et al. 1975). Mit neuen Rating-Instrumenten konnte die Erfassung verschiedener Dimensionen von Übertragung reliabel vorangetrieben werden. Dann jedoch wurden neue Wege beschritten.

Statt Beurteilungen von außen, setzte sich die direkte Erfassung von konfliktiven interpersonellen und/oder intrapsychischen Beziehungsmustern als operationales Äquivalent der Übertragung aus dem Material therapeutischer Dialoge in den letzten zwanzig Jahren als erfolgreiche Forschungsstrategie durch. Es wurden mehrere Messinstrumente hierfür entwickelt. All diese Messinstrumente extrahieren aus dem Verbatimtext von Sitzungen motivational hoch besetzte, d.h. als wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus. Diese lassen sich sowohl auf kognitive als auch expressive Psychotherapieformen anwenden. Ihr Hauptvertreter ist Luborsky, dessen ZBKT-Methode in vielen Sprachen (deutsch, italienisch, spanisch, russisch, japanisch) implementiert wurde. Eine Vielzahl von weiteren methodischen Entwicklungen folgte, von denen einige in der folgenden Übersicht aufgeführt werden (Albani et al. 2003a) (Tab. 1 ):



Tab. 1 Instrumente zur Erfassung von Beziehungsmustern

1977	Luborsky	CCRT	Core Conflictual Relationship Theme
1986	Weiss & Sampson	PD	Plan Diagnosis (später: Plan Formulation Method)
1979	Horowitz M	CA	Configurational Analysis (später: Role Relationship Models Configuration)
1988	Dahl	FRAMES	Frame Analysis: Fundamental Repetitive And Maladaptive Emotional Structures
1982	Gill u. Hoffman	PERT	Patient's Experience of Relationship with Therapist
1984	Schacht et al.	SASB - CMP	Dynamic Focus (später: Cyclic Maladaptive Pattern, später: SASB-CMP)
1989	Perry et al.	ICF	Idiographic Conflict Formulation Method
1990	Crits-Christoph et al.	QUAINT	Quantitative Analysis of Interpersonal Themes
1996	Arbeitskreis OPD	OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (Achse II - Beziehung)

Seit vielen Jahren besteht eine Ulm-Leipziger Arbeitsgruppe, die sich um die Adaptation der ZBKT-Methode bemüht und deren Weiterentwicklung vorangetrieben hat. Mehr als zwanzig Jahre Arbeit der Leipzig-Ulmer Gruppe an diesem Verfahren wurde unlängst zusammenfassend dargestellt (Albani et al. 2003b), weshalb hier nicht mehr speziell darauf eingegangen werden soll. Untersuchungen an psychoanalytischen Therapieprotokollen (im Gegensatz zu psychodynamischen Therapieprotokollen) sind jedoch rar geblieben. Die einzige Studie, die das ZBKT-Verfahren an einer psychoanalytischen Behandlung als Verlaufsparemeter demonstrierte, wurde von unserer Arbeitsgruppe veröffentlicht (Albani et al. 2002). Eine Zusammenfassung von Theorie, Klinik und Forschung zur ZBKT-Methode liegt inzwischen vor (Albani et al. 2008a).

### 3.5. Die Untersuchung von Therapeutenvariablen

Wie für den Patienten als Prozessvariablen solche Dimensionen konzeptualisiert werden, die seiner Aufgabe in der therapeutischen Situation angemessen erscheinen, so werden auch die Therapeutenvariablen von der Funktion des Behandlers her konzipiert. In dieser Unterteilung in Patienten- und Therapeutenvariablen spiegelt sich die Aufgabenverteilung der therapeutischen Beziehung, die diese deutlich von anderen interpersonalen Beziehungen unterscheidet.

Die Aufgaben des Therapeuten legen es nahe, für ihn als Prozessvariablen emotionale Einstellungen und technisches Verhalten aufzugreifen, wobei es wesentlich ist, dass diese Grundhaltungen unabhängig von der speziellen Ausrichtung des Therapeuten therapeutische Valenz haben.

#### *a) Empathie*

Als ein charakteristisches Merkmal der affektiv-kognitiven Einstellung von Psychotherapeuten wurde von Rogers (1965) die "accurate empathy" herausgearbeitet; von Tausch (1974) in der klienten-zentrierten Therapie als die "Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten" durch den Therapeuten übersetzt. Um der Frage nachzugehen, ob die umfangreichen Untersuchungen der Rogers-Schule über dieses Konzept an Verbatimprotokollen u. U. auch für die psychoanalytische Prozessforschung relevant sein könnten, war lange Zeit eine offene Frage.

Anhand dieser Skala, die ursprünglich von Truax (1961) entwickelt und für den deutschen Sprachraum von Tausch (1974) revidiert wurde, können einzelne schriftlich fixierte Äußerungen des Therapeuten im Hinblick auf die Ausprägung des Merkmals beurteilt werden, wobei natürlich auch die unmittelbar vorhergehenden Klientenäußerungen gegeben sein müssen<sup>21</sup>.

Die Relevanz der "Empathie" für "konstruktive Änderungen von Klienten" wurde an einer großen Zahl von Untersuchungen an klienten-zentrierten Psychotherapien nachgewiesen, die eine systematische Beziehung zwischen dieser Therapeutenvari-

---

<sup>21</sup> Das Merkmal wurde folgendermaßen beschrieben: "Der Psychotherapeut verbalisiert die persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens des Klienten, wie sie vom Klienten in der unmittelbar vorhergehenden Äußerung ausgedrückt wurden.... Mit anderen Worten: der Psychotherapeut sucht die innere Welt des Klienten mit ihren Bedeutungen und Gefühlen wie etwa Furcht, Verwirrung, Freude, so wie sie der Klient erlebt, wahrzunehmen und zu verstehen, so als ob er sie selbst erleben würde (jedoch ohne diese Verwirrung, Furcht oder Freude selber zu empfinden), und kommuniziert sie dem Klienten durch angemessene Verbalisierung" (Tausch 1974, S. 81).

ablen und Patientenvariablen wie "Selbstexploration" u. ä. aufzeigen konnten (Eckert et al. 2006). Die grundsätzliche Problematik solcher Erfolgskriterien wurde allerdings schon von Beckmann et al. (1969) aus psychoanalytischer Sicht diskutiert. Wichtig bleibt, dass die von Rogers eingeführte Isolierung einzelner Variablen eine objektivierende Überprüfung des Therapeutenverhaltens ermöglichte.

Die Relevanz der empirischen Überprüfung des empathischen Therapeutenverhaltens auch für die psychoanalytische Forschung wurde durch einen Bericht von L. Horowitz (1969) vor der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft deutlich<sup>22</sup>. Dies hätte ein Hinweis darauf sein können, dass die von der Rogers-Schule untersuchten Therapeutenvariablen auch für die psychoanalytische Arbeit notwendige, wenngleich nicht hinreichende Bedingungen darstellen. In der Zwischenzeit liegen vielfältige Arbeiten vor, die unübersehbare Hinweise darauf ergeben, dass einige Therapeuten zu der für "konstruktive Änderungen" notwendigen Intensität der wichtigen Therapeutenvariablen fähig sind, andere Therapeuten aber schädlich auf ihre Klienten wirken können (Caspar u. Kächele 2008; Hoffmann et al. 2008).

Aufgrund solcher Ergebnisse drängt sich die Frage auf, welche Merkmale die therapeutische Kompetenz ausmachen. Sind die für die psychoanalytische Technik relevanten Merkmale wie Klarifikation, Konfrontation, gegenwarts- und vergangenheitsbezogene Deutung und Durcharbeiten (Gill 1954) bedeutsam oder sind auch in der psychoanalytischen Therapie ‚Wärme‘, ‚Echtheit‘ und ‚Empathie‘ oder ist es die richtige Mischung zur richtigen Zeit (s.d. Schachter u. Kächele, 2007)? Seit Heimanns (1969) „Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers“ sollte der Analytiker ein lebendiges Gefühl für die Vorgänge im Patienten haben (S. 7), um eine hilfreiche Atmosphäre herstellen zu können. Insoweit ist der Begriff der Empathie als Einfühlung unter Analytikern sicher nicht umstritten. Allerdings wird die umfängliche, klinisch-theoretische Behandlung des Themas (z. B. Shapiro 1981; Wellendorf

---

<sup>22</sup> Als Mitarbeiter am Psychotherapie-Forschungsprojekt der Menninger-Klinik berichtete er über Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Therapeuten und dessen "level of competence". Das sich aus Psychoanalytikern zusammengesetzte Forschungsteam ordnete 26 sich für das Projekt zur Verfügung stellende Analytiker nach ihrem Können als Therapeut ("skill as therapist") ein. Obwohl es sich durchweg um erfahrene Analytiker (5 Jahre Erfahrung und mehr) handelte, ergab die Einstufung deutlich eine bimodale Verteilung, d. h., 6 der Therapeuten befanden sich in einer extremen "low category" und 7 in einer extremen "high category". Diese 13 Analytiker wurden genauer untersucht. Es zeigte sich, dass die "high-therapists" in der Lage waren, eine günstige, "warme" Atmosphäre herzustellen, freundlich und spontan zu sein und durch Ausgeglichenheit Sicherheit zu vermitteln. In seiner Beschreibung der "low-therapists" führte Horowitz aus, dass sie oft unfähig waren, den Ernst der Situation ihrer Patienten zu erkennen. Ein hoher Grad von Empathie schloss außerdem die Fähigkeit ein, ein gewisses Maß der Verschlechterung beim Patienten und die damit verbundene eigene Angst zu ertragen.

1999) allenfalls durch Streitgespräche bereichert (Fürstenau 2004). Ein Bezug zu empirischen Studien ist in dieser Diskussion nicht aufweisen. Geht man davon aus, dass die emotionale Teilnahme des Analytikers eine wichtige Seite seines Handelns darstellt, sind empirische Untersuchungen darüber deshalb so wesentlich, weil bei Verlaufsuntersuchungen mit dem Ziel der Theorieprüfung geklärt werden muss, ob die wesentlichen Merkmale einer psychoanalytischen Situation vorhanden sind. Allerdings stellt dafür die gegenwärtige herrschende Pluralität in der Psychoanalyse ein großes (Forschungs-) Problem dar (Jiménez 2008). Was dem Einen seine Eule ist, ist des Andern seine Nachtigall – die Probleme, ein Instrument zur Messung von verwirklichter Empathie im psychoanalytischen Kontext zu entwickeln, dürften beträchtlich sein.

Allerdings hat die in den letzten Jahren von Sandell und seinen Mitarbeiter in Stockholm entwickelte "Therapeutic Attitudes Scale" (TASC II) – ein Fragebogen zu Ausbildung, therapeutischer Erfahrung, Stil und Werte von Therapeuten - beachtliche Differenzierungsfähigkeit bewiesen (Sandell et al. 2004). Erstmals wurden auch für das Ergebnis psychoanalytischer Therapien differentielle Befunde als Folge der von dem TASC II gemessenen Einstellungen vorgelegt (Sandell et al. 2006, 2007)<sup>23</sup>.

#### *b) Technik*

Verbatimprotokolle von Behandlungsstunden stellen das ideale Mittel dar, das technische Verhalten des Psychoanalytikers in der Konkretheit zu studieren, in der es sich in der analytischen Behandlung vollzieht. Von dieser Möglichkeit wird jedoch bisher nur wenig Gebrauch gemacht. So sind in der analytischen Literatur die idealen Vorstellungen darüber, was adäquates technisches Verhalten impliziert, sehr genau definiert; wieweit diese tatsächlich in den einzelnen Analysen realisiert werden, ist aber für den Anspruch empirisch-analytischer Forschung zu wenig abgesichert. Eine der ersten Arbeiten, die sich dieses Problems überhaupt annahm, war die Umfrage, die Glover 1940 durchführte (die Ergebnisse sind im Anhang von Glovers Buch "The Technique of Psychoanalysis" (1955) enthalten). Wieweit die Antworten, die er auf seine Fragen über technisches Verhalten bekam, mit dem tatsächlichen

---

<sup>23</sup> Eine von mir angeregte Übersetzung des Instrumentes ins Deutsche (Klug et al. 2006) zeigte die Brauchbarkeit des Instrumentes zur Unterscheidung dreier Gruppen von Psychotherapeuten auf (Klug et al. 2008).

Verhalten der befragten Analytiker übereinstimmen, war damit aber noch nicht geklärt.

Die psychoanalytische Arbeit besteht für den Analytiker aus einer Reihe von ineinander greifenden Interventionen, die sorgfältig auf den jeweiligen Zustand des Patienten abgestimmt sein müssen („timing“). Eine differenzierte Beschreibung der verschiedenen Interventionsformen unter Rückgriff aus Isaacs (1936) Kriterienkatalog mit dem Ziel, ihre Beziehung zu den Reaktionsweisen des Patienten aufzuzeigen, wurde 1968 von einer ersten Ulmer Arbeitsgruppe zur Verlaufsforschung (Thomä, Künzler, Henseler) vorgelegt (Abb. 6).

INTERVENTION DES ANALYTIKERS	REAKTIONEN DES PATIENTEN
I 0 Begonnene, noch nicht klassifizierbare Intervention.	R 1 Realitätsgerechte Auskunft (z.B. auf sachliche Fragen, zur Korrektur, zur Organisation o.ä.).
I 1 Nichtanalytische, organisatorische Intervention.	R 2 Verbale Zustimmung oder Teilstimmung.
I 2 Frage (Sachfrage).	R 3 Bewusst kooperative Weiterarbeiten mit neuem Material.
I 3 Korrekturen des Analytikers (Aufklärung von Missverständnissen u.ä.).	R 4 Spezifische Assoziationen bezüglich der vorausgehenden Intervention.
I 4 Belehrung über ausseranalytische Gegebenheiten.	R 5 Bestätigung der Intervention durch Ablehnung, z.B. unter Schuld und Angst.
I 5 Ermutigung (die Ermutigung hat Aufforderungscharakter: Ermutigung, Anregung, Bestätigung), Belehrung innerhalb der analytischen Situation.	R 6 Trauererinnerung als Interventionsfolge.
I 6 Konfrontation (zielt hauptsächlich auf Abwehrvorgänge und Abwehrformationen, ist mehr ausrichtend, provozierend).	R 7 Auftauchen von Erinnerungen.
I 7 Klarifikation (wirkt mehr zusammenfassend, gedanklich klärend, gibt Hinweis auf Vorbewusstes).	R 8 Reale Lebensschwierigkeiten werden zugegeben (nicht mehr verleugnet).
I 8 Amplifikation (Erweiterung einer Konfrontation, Klarifikation oder Deutung auf bekannte Sachverhalte von gleichem Stellenwert).	R 9 Verbalisierte Angstverminderung.
I 9 Widerstandsdeutung.	R 10 Affektiv-positive Bemerkungen zur analytischen Situation und über den Analytiker.
I 10 Einfache Deutung	R 11 Affektiv-negative Bemerkungen zur analytischen Situation und über den Analytiker.
I 11 Übertragungswiderstandsdeutung.	R 12 Einschränkung.
I 12 Übertragungsdeutung.	R 13 Verbale Ablehnung.
I 13 Konstruktion.	R 14 Schweigen.
	R 15 Übergehen.
	R 16 Unterbrechung des Analytikers.

Abb. 6 Interventions-Reaktions-Katalog

Diese frühen Ulmer Bemühungen, anhand der sequentiellen Abfolge von Interventionen und Reaktionen eine Interaktionsanalyse durchzuführen, scheiterten jedoch daran, dass die Gruppendiskussionen nicht zu einer Übereinstimmung hinsichtlich der Beurteilung einzelner Interventionen führten: die ganze Vielfalt der Bedeutungen, die für einen Psychoanalytiker in einer Äußerung gleichzeitig zum Ausdruck kommen kann, schien nicht auf eine einzige Beurteilung reduzierbar zu sein. Es stellt sich die Frage, ob die empirische Erforschung des technischen Verhaltens von Analytikern notwendigerweise an dem Problem der Vieldeutigkeit des Materials scheitern muss oder ob sich Kompromisslösungen zwischen dem klinisch-psychoanalytischen Anspruchsniveau und den Forderungen nach einer genügenden Inter-Rater-Reliabilität finden lassen. Über den Stellenwert von Deutungen für das Ergebnis liegen - im Ge-

gensatz zur ausführlichen Literatur über die behandlungstechnischen Probleme des Deutens - nur wenige Untersuchungen aus einem psychoanalytischen Kontext vor. Eine bemerkenswerte Ausnahme sind die Befunde aus dem Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt (Meyer 1981), die von Orlinsky et al. (2004) positiv bewertet werden (dort Tab. 8.22).

### 3.6 Triadische Methoden: Patient-Therapeut-Prozess

Jüngeren Datums sind methodische Verfeinerungen, die spezifisch triadische Relationen erfassen:

#### 3.6.1 *Psychotherapy Q-Set von Jones*

Um klinische Variablen zu untersuchen, bedarf es Methoden, welche die qualitative Natur klinischer Phänomene auf quantifizierbare Dimensionen reduzieren; sie sollten idealiter die Einzigartigkeit eines individuellen Falles erfassen können und sowohl den Vergleich verschiedener Beurteiler eines Falles untereinander wie auch verschiedener Fälle erlauben. Ein methodischer Zugang, der diesen Anforderungen gerecht zu werden versucht, ist die Q-Methodologie, die ursprünglich von dem Physiker und Psychologen Stephenson (1953) konzipiert wurde (s. d. Müller u. Kais 2004); den entscheidenden Durchbruch als sozialwissenschaftliche Methode ist Block (1961) zu zuschreiben, der die Technik perfektionierte und ihre Nützlichkeit demonstrierte. Nach einem Boom in den sechziger Jahren wurde die Methode von Jones (Berkeley) für die psychoanalytische Therapieforschung in den neunziger Jahren quasi wiederentdeckt, als er das „Psychotherapy Process Q-Set“ (PQS) als Methode der Einzelfallbeschreibung am Beispiel der Psychoanalyse von Mrs. C<sup>24</sup> erfolgreich lancierte (Jones u. Windholz 1990).

Die im "Psychotherapie-Prozess Q-Set" enthaltenen Items sollen eine einheitliche Sprache (in klinisch relevanten Begriffen) zur Beschreibung des psychotherapeutischen Prozesses unabhängig von speziellen Therapietheorien bereitstellen und damit eine systematische und über verschiedene Therapieformen hinweg vergleichbare Einschätzung therapeutischer Interaktion ermöglichen.

---

<sup>24</sup> Mrs C wurde von Hartvig Dahl (New York) behandelt; sie gilt als erste vollständig tonband-registrierte Psychoanalyse im anglo-amerikanischen Sprachraum und wurde als „Musterfall“ (Specimen Case) vielfältig untersucht (s.d. Malcolm 1980).

Ausgehend von einer Sammlung mehrerer hundert potentieller Items wurden Expertenratings und mehrere Pilotstudien mit Material verschiedener Therapieformen durchgeführt. Die Items wurden im Wesentlichen nach methodischen Kriterien selektiert<sup>25</sup>.

Im Ergebnis eines langjährigen und gründlichen Entwicklungsprozesses liegen in der endgültigen Fassung des PQS 100 Items vor. Als "Unpublished Manual" existierte die Methode bereits schon länger (Jones 1985); das Manual wurde allerdings erst publiziert (Jones 2000).

Als Datengrundlage der Auswertung dient jeweils eine vollständig transkribierte oder videografierte Therapiesitzung. Jones betonte den Vorteil, der darin liegt, dass nicht nur ausgewählte Textabschnitte beurteilt werden, sondern das zugrunde liegende klinische Material umfangreicher ist und dem Beurteiler ermöglicht, seine Hypothesen auf der Grundlage des gesamten Materials zu bilden und alternative Konzeptionen anhand zahlreicher, weiterer Interaktionen in der Stunde zu prüfen.

Nach gründlichem Studium des Materials werden die 100 Items neun Kategorien zugeordnet (1 = extrem uncharakteristisch, 9 = extrem charakteristisch), wobei die Verteilung der Items auf die neun Kategorien vorgegeben ist und eine Normalverteilung bildet.

Das Q-Set beinhaltet zum einen Items, welche die Haltung, das Verhalten oder Erleben des Patienten beschreiben (z. B. Item 7: Der Patient ist ängstlich oder angespannt.), zum anderen Items, die Handlungen und Haltungen des Therapeuten widerspiegeln (z. B. Item 9: Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt.) und Items, welche die Art der Interaktion der Dyade bzw. die Atmosphäre der Beziehung beschreiben (z. B. Item 19: Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung).

Zu jedem Item liegt eine Beschreibung vor, welche die Zuordnung als "charakteristisch" oder "uncharakteristisch" erläutert; bei einigen Items wird auch die Zuordnung zur Kategorie "neutral" genauer beschrieben. Von den Beurteilern wird erwartet, dass sie die Position eines "allgemeinen Anderen" einnehmen, d. h. eines Beobachters, der die Interaktion zwischen Patient und Therapeut von außen betrachtet, ohne sich von seinem Urteil, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer

---

<sup>25</sup> 1. ausreichende Varianz über verschiedene Personen und Therapiestunden und  
2. möglichst niedrige Korrelationen zwischen den Items.

bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist, leiten zu lassen<sup>26</sup>.

Systematische Untersuchungen, ob die Verwendung von Video-, Tonband- oder Verbatimprotokollen zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, wurden jedoch weder von Jones selbst, noch von seinem Nachfolger Ablon bislang vorgelegt. Hier sind noch viele Fragen offen, die ausreichend Stoff für Prüfungsarbeiten bieten.

Der PQS liefert keine vollständige Information über den Inhalt des therapeutischen Diskurses, so dass es anhand der PQS-Bewertung nicht möglich ist, über konkurrierende Fallkonzeptionen einer Behandlung zu entscheiden.

Die Beschreibung eines Falles anhand der PQS-Items muss die Fülle klinischen Materials reduzieren und Abstraktionen schaffen, liefert aber einen Rahmen für Arbeitsmodelle über die therapeutische Interaktion. Hypothesen über den therapeutischen Prozess und dessen Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg lassen sich mit dem PQS prüfen.

Jones selbst bewertete den PQS folgendermaßen:

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

Seitdem dem Tod von Jones wurde diese Methode von dem vormaligen Doktoranden von Jones, J. Stuart Ablon (Harvard University), erfolgreich weiterentwickelt und in zahlreichen Projekten angewandt. Wir haben diese Methode ins Deutsche übertragen (Albani et al. 2000) und sie erstmals auf unseren Musterfall Amalie Y angewandt (Albani et al. 2001). Eine Zusammenstellung der derzeit vorliegenden Arbeiten mit dem Q-Set findet sich bei Albani et al. (2008b).

### 3.6.2 „*The Analytic Process Scales*“

Eine Arbeitsgruppe von erfahrenen Psychoanalytiker um Waldron (New York Psychoanalytic Institute) entwickelte die „Analytic Process Scales“, mit denen einzelne

---

<sup>26</sup> Jones ließ jede Therapiestunde von zwei Beurteilern auswerten, deren Bewertungen gemittelt in die Auswertung eingehen. Lag die erreichte Übereinstimmung unter  $r = 0.5$ , so wurde ein dritter Beurteiler (meist Jones selbst) hinzugezogen. Die in verschiedenen Untersuchungen berichteten Reliabilitäten lagen zwischen  $r = 0.68$  bis  $r = 0.92$ .



Sitzungen tonband-aufgezeichneter psychoanalytischer Behandlungen analysiert werden können (Waldron et al. 2004a, b). Die Skalen ermitteln den jeweiligen Beitrag von Patient und Analytiker, und die Interaktion zwischen beiden. Der Beitrag des Analytikers richtet sich darauf, inwieweit er eine Beziehung etablieren kann, innerhalb derer er (oder sie) Klarifikation und Interpretation von Übertragung und Widerstand zu leisten vermag. Der Beitrag des Patienten beinhaltet die Mitteilung von Erfahrungen und den Ausdruck des Gefühls, was es für sie (oder ihn) bedeutet, Informationen über Konflikte, Bedürfnisse und Wünsche in angemessener Selbstreflexion zu geben. Darüber hinaus werden die interaktionellen Charakteristika der Beziehung, wie sie von beidem am Prozess beteiligten hergestellt werden, erfasst. Als Unterscheidungsmerkmal zwischen einer psychodynamischen Therapie und einer psychoanalytischen Therapie unterstellen die Autoren, dass in der psychoanalytischen Arbeit unbewusste Elemente zum Vorschein kommen,

„as they are related to the patient's suffering, whether these elements are intrapsychic conflicts, losses, pathological defenses, or deficits in the development of the self, or of the functions of the ego“ (S. 445).

Die Autoren ließen sich durch bestehende Instrumente inspirieren, die für die Untersuchung psychodynamischer Therapien entwickelt wurden, wie z.B. die Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS) (Cooper u. Bond 1998), die Vanderbilt Psychotherapy Process Scales (VPPS) (O'Malley et al. 1983), das Therapist Verbal Intervention Inventory (TVII) (Koenigsberg et al. 1988) und auch durch das oben bereits erwähnte Psychotherapy Process Q-Set (Jones 2000).

Die Methode segmentiert den Text einer Sitzung in bedeutungstragende Einheiten; durch Schulung – bislang allerdings nur innerhalb der bestehenden Arbeitsgruppe – scheint eine relativ zufrieden stellende Reliabilität für diesen Schritt zu bestehen<sup>27</sup>. Die Frage, ob als Einheit ganze Sitzungen oder Teile derselben herangezogen werden, war schon früh Gegenstand methodologischer Erörterungen (Mintz u. Luborsky 1971) und bleibt ein kontroverser Gegenstand.

In einer ersten Studie wurden drei Analytiker-Patient Paarungen untersucht, die zu sehr unterschiedlichen therapeutischen Ergebnissen führten (Waldron et al. 2004a). Reliabilitätswerte wurden mitgeteilt; wie zu erwarten, schwanken diese je nach Inferenzgrad der Items, was auch schon Strupp et al. (1966) demonstriert hatten.

### 3.6.3 Columbia Analytic Process Scale

---

<sup>27</sup> Vaughan et al. (1997) bezweifeln, ob für einen größeren Teil der Variablen der APS eine Reliabilität durch externe Beurteiler gelingen kann (S. 961).

Nach konzeptuellen Vorarbeiten (Vaughan u. Roose 1995) entwickelte die Arbeitsgruppe am Columbia Psychoanalytic Center um Roose – in deutlicher Konkurrenz zu anderen Ansätzen wie dem von Waldron (2004a, b) oder dem von Ablon u. Jones (2005) eine eigene Skala (Vaughan et al. 1997). Als Konsequenz der divergierenden Ansichten der COPE-Arbeitsgruppe<sup>28</sup> schälten sich ihrer Ansicht nach drei Komponenten heraus, die für die Konstruktion einer Skala zu berücksichtigen seien: ein analytischer Prozess beinhalte a) freie Assoziation, b) Interpretation und c) Durcharbeiten. Für das Konzept der freien Assoziation griffen sie auf Bordin (1966) Skalen zurück; für die Komponente der Interpretation erschien ihnen Pipers et al. (1987) Klassifikation von Interventionen nützlich ergänzt durch Gill u. Hoffmans (1982) Unterscheidung von beziehungs-orientierten (R) und nicht-beziehungs-orientierten (X) Interventionen (s. a. Hoffman u. Gill 1988<sup>29</sup>). Für die Komponente des Durcharbeitens war keine akzeptierte Definition verfügbar. Sie beschlossen, dann von Durcharbeiten zu sprechen, wenn ein Patient Einsicht oder Verständnis von drei Elementen zeigt: a) eine Feststellung über den Zustand des Selbst trifft, b) eine Phantasie äußert, c) eine Übertragungsmanifestation zeigt oder d) einen genetischen Bezug herstellt.

Als Beispiel für eine passende Äußerung geben sie folgende Äußerung an: „I am angry because I feel like you are attacking me“.

Psychoanalytisches Verständnis zeigt ein Patient dann, wenn er diese Aussage noch erweitert um den genetischen Bezug:

„I realize that I came late here today because I am feeling frightened that you will attack me as my father did“

Durcharbeiten wird also als kognitiver Prozess angesetzt, der die Explikation von Bedeutung transsituational verallgemeinernd vornimmt, der Verbindungen und Parallelen schafft, und der so die Integration von Erfahrungen fördert.

Aus den genannten drei Komponenten – freie Assoziation, Interpretation und Durcharbeiten setzt sich die CAPS zusammen; für eine Sitzung wird ein Wert von ‚anwesend‘ bzw. ‚abwesend‘ durch Beurteiler eingeschätzt.

Die Interrater-Reliabilität zwischen zwei Autoren der Skala war mit kappa .5 in dem Bereich, der in der Therapieforchung bei solchen Untersuchungsobjekten als

---

<sup>28</sup> Committee on Psychoanalytic Education der APsA.

zufriedenstellend gelten mag. Für eine unangenehme Überraschung sorgte dann der Versuch, die Konstrukt-Validität durch eine Einstufung von fünf Sitzungen durch zehn erfahrene Lehranalytiker zu sichern (Tabelle 2):

Tab. 2 Definitionen eines Analytischen Prozesses (Vaughan et al. 1997)

Analytiker Nr.	Freie Assoziation	Interpretation	Durcharbeiten	Fantasie / Traum	Übertragung	Genetischer Bezug	Widerstand
1	X	-	-	X	X	X	X
2	X	-	-	-	-	-	-
3	X	-	-	-	X	-	X
4	-	X	X	X	X	-	-
5	-	X	-	-	X	-	X
6	X	X	-	-	X	-	X
7	X	X	X	-	X	-	X
8	X	X	-	-	X	-	X
9	-	X	X	-	X	X	-
10	X	X	-	X	X	X	X

Das Ergebnis dieses Experimentes ergab, dass der grösste Anteil der Varianz (two factor random effects linear model, ANOVA) durch den ‚error term‘ bedingt war. Im Klartext hieß das, dass das Problem weder durch idiosynkratisches Beurteilverhalten noch durch Ambiguität des Sitzungsmaterials erklärbar war, sondern dass das Ergebnis eine unbestimmbare Ambiguität im Konzept des analytischen Prozesses reflektiert.

Die unübersehbare Schlussfolgerung, der auch die Autoren sich nicht entziehen können, ist, dass „there is no meaningful consensual definition of the term AP among a group of training and supervising analysts from the Columbia Center for Psychoanalytic Training and Research“ (S. 964). Wenn schon da nicht, wo dann möchte man fragen. Sollte man versuchen, eine solche Untersuchung auf Mitglieder anderer Institute oder gar andere Länder auszudehnen, kann man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den gleichen Ausgang voraussagen.

<sup>29</sup> Diese Klassifikation wurde in der BRD erstmals auf der internationalen Konferenz zur Psychoanalytischen Prozessforschung 1985 in Ulm vorgestellt; eine deutsche Fassung hat Herold (1995) vorgestellt.

Mein Fazit dieser und anderer Untersuchungen ist, dass die im klinischen Bereich beliebten, sogar hoch geschätzten globalen, holistischen Konzepte empirisch nicht gangbar sind. Mit Sicherheit lassen sich umschriebene Konzepte, die gut manualisierbar sind, reliabel und valide einschätzen. Dies gilt für die Bordinsche Freie Assoziation, wie wir selbst in einer eigenen Untersuchung zeigen konnten (Hölzer et al. 1988); es gilt für das Zentrale Beziehungsthema (Luborsky u. Diguier 1990) oder andere Übertragungsmessinstrumente; es gilt für das Konzept der Emotionalen Einsicht (Hohage 1986) u. a. mehr. Das Konstrukt des analytischen Prozesses als Maßstab für eine Unterscheidung von Psychoanalyse und Nicht-Psychoanalyse heran zu ziehen, sollte m. E. nicht weiter verfolgt werden. Das gleiche Schicksal wird m. E. der Ansatz von Ablon u. Jones (2005) über eine Prototypen-Analyse psychoanalytischen Therapien von nicht-psychoanalytischen zu unterscheiden<sup>30</sup>. Wenn überhaupt, dann sollte – wie in der gegenwärtigen Diskussion um das neue DSM V erkennbar (Luyten et al. 2006) - statt einer kategorialen Unterscheidung ein dimensionaler Ansatz gewählt werden, wie er aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist (Abb. 7):

---

<sup>30</sup> „The „Psychotherapy Process Q-Sort“ by Enrico Jones has proved to be a reliable and proper instrument for describing a variety of psychotherapeutic processes. The recent proposition by Ablon & Jones (2005), however, to use a prototype construction based on psychoanalytic experts' opinion seems misleading as it does not catch the variability of analytic work among the various school of psychoanalysis. Construction of the prototype with a set of experts from classical ego psychological orientation, does generate a typical classical prototype. What about the prototype of Winnicottian or Kohutian psychoanalysts. Furthermore comparison of sessions from the beginning and termination phases of a German psychoanalytic therapy with the PQS demonstrating clinically relevant differences between the two phases of treatment make clear that variation in technique in order to solve patient's problem is the mark of good analytic work“ (Kächele et al. 2008).

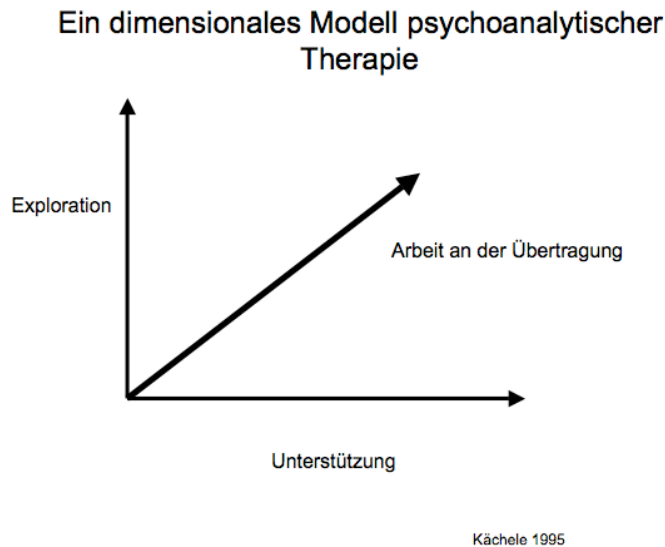


Abb. 7 Ein dimensionales Modell psychoanalytischer Therapie

Mit einem solchen Ansatz kann jede Sitzung, jede Woche, jeder Monat, ja sogar jedes Jahr hinsichtlich dreier Komponenten beschrieben werden (Kächele 1995); es ist dann eine Frage der konventionellen Übereinkunft, ab wann welches Ausmaß von Arbeit an der Übertragung oder mit der Übertragung als genuin psychoanalytisch gewertet werden kann.

Als ein prominentes Beispiel hierfür kann die von Kernberg konzipierte Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TfP) gelten, bei der das Ziel ist, möglichst früh und intensiv Anzeichen negativer Übertragung in der Hier-und-Jetzt Interaktion zu erkennen und zu deuten (Clarkin et al. 2000). Im Kontrast hier kann die von Rudolf (2004) vertretene „Strukturbezogene Psychotherapie“ angeführt werden, die explizit eine äußerst zurückhaltende Einstellung zur Verwendung von Übertragungsarbeit vertritt; gleiches gilt auch für die Mentalisierungs-basierte Psychotherapie von Bateman u. Fonagy (2004).

Das Problem der meisten hier kurz skizzierten Messinstrumente ist, dass sie den Prozess auf der Ebene von einzelnen Stunden zu lokalisieren suchen. Zielführender dürfte es sein, Orlinskys (Orlinsky et al. 2004) Unterscheidung von Mikro-, Meso- und Makroprozessen aufzugreifen (Kächele 2006), und Konzepte zu entwickeln, die der vielfältigen Natur des analytischen Geschehens gerecht werden. Nur selten wer-

den Untersuchungsansätze vorgestellt, die einen therapeutischen Prozess über eine längere Wegstrecke ins Auge fassen, um dann Auskunft geben zu können, wie viel Arbeit an welchen Übertragungskonstellationen geleistet wurde. Selbst der Musterfall der US-Psychoanalyse, Mrs C, ist nur in stundenbasierten Detailuntersuchungen aufgearbeitet<sup>31</sup>; ein Verständnis für den ganzen Verlauf ist dadurch nicht zu erlangen. Eingangs habe ich eine rühmliche Ausnahme erwähnt: die Studie von Fischer (1989) zur Dialektik der Veränderung, bei der Theorie und Durcharbeitung ineinander greifen. Die von mir im Folgenden dargestellten Untersuchungsansätze versuchen durch einen multimodalen Ansatz dieser Aufgabe gerecht zu werden.

Um dieses Vorgehen zu ermöglichen, wurde in der Ulmer Arbeitsgruppe das Modell der Einzelfallstudie mit vier Ebenen der Untersuchung entwickelt (Thomä et al. 1973; Kächele u. Thomä 1993, 1995); jede Ebene präpariert Material unterschiedlicher Art aus dem verfügbaren Grundstoff, der aus den Tonbandaufnahmen bzw. den Transkripten besteht. Diese vier Ebenen sind:

Die klinische Fallstudie (Ebene I); diese wird im vierten Kapitel illustriert. Die systematische klinische Beschreibung (Ebene II) wird im fünften Kapitel dargestellt. Im nachfolgenden sechsten Kapitel wird eine konzept-orientierte klinische Einschätzung (Ebene III) geliefert. Computer-gestützte Textanalysen (Ebene IV) realisieren methodisch einen bottom-up Ansatz; diese werden in dieser Arbeit nicht einbezogen (s. d. Kächele 1976). Damit folgten wir Sargents (1961) Empfehlung, die diese im Rahmen des Menninger-Projektes entwickelt hatte, um die unvermeidliche Kluft zwischen komplexem klinischen Verstehen und Objektivierung durch wechselseitigen Bezug überbrücken zu können. Eine erste Demonstration dieses Vorgehens wurde im dritten Band der Ulmer Trilogie am Beispiel der Patientin Amalie X gegeben (Thomä u. Kächele 2006c); hier folgt nun die detaillierte Untersuchung einer weiteren Behandlung, die des Patienten Christian Y<sup>32</sup>.

Abschliessend soll nun an eine methodische Position aus der jüngsten Zeit erinnert werden, die ich schon im Kap. 1 hervorgehoben habe. Die Arbeitsgruppe um N.

---

<sup>31</sup> z. B.; Bucci 1988, 1997; Dahl 1988; Jones & Windholz 1990; Sammons & Siegel 1999; Spence et al. 1993; Weiss u. Sampson 1986

<sup>32</sup> Die Namensgebung folgt dem Gebrauch in Thomä u. Kächele (2006b).

Freedman vom IPTAR Institute in New York konzipiert den analytischen Prozess als Variationen in der Organisation seelischer Strukturen:

„It is based on the view that controlled regression, the ability of the working ego to tolerate unmanageable tension states, is a precondition for assimilating experiences not previously held in consciousness“ (Freedman et al. 2003, S. 208).

Das Assimilationskonzept wurde schon lange erfolgreich von W. Stiles in der Therapieforschung eingesetzt (Stiles et al. 1990, Stiles 1999); es wird hier in seinen methodischen Vorgehensweise – der textbasierten „Skala zur Assimilation problematischer Erfahrungen“ nicht herangezogen. Stattdessen betonen Freedman et al, dass erstens psychoanalytische Forschung durch die Geschichte des psychoanalytisch klinischen Denkens gefiltert sein muss und zweitens die Evaluation des Prozesses durch den behandelnden Analytiker geschehen muss, der dann drittens die Bewertung durch die bewährten Methoden (sic!) des peer-review und der Supervision durch externe Psychoanalytiker folgen müsse. „Only then would these essentially clinical procedures receive external validity through the study of recorded text“ (S. 207).

Diese Forschung basiert also explizit auf der – sit venia verbo - „internalen psychoanalytischen Validität“; nur das Urteil des behandelnden Psychoanalytikers soll der Forschung den Weg weisen. Angesichts der von uns ausgiebig diskutierten mangelnden Konsensus-Fähigkeit von Klinikern (Thomä et al. 1976) ist dies eine merkwürdige, offen politisch motivierte Begründungsfigur. Schon Kubie (1958) hatte empfohlen: Love and cherish the therapist, but don't trust him“. In dieser Kontroverse ist also versammelt, wie unterschiedlich der Zugang zu psychoanalytischer Forschung konzipiert werden kann. Auch Fonagy (2003) unterstreicht noch mal das Scheitern von Freuds Junktim-Idee:

„The source of the problems of theoretical diversity lies in the how we collect our information. As is well known, the word *data* is not the plural of *anecdote*. Psychoanalytic practice has profound limitations as a form of research, particularly the problem of induction. Our own theory precludes the possibility that we can be adequate observers of our clinical work. The discovery of the pervasiveness of countertransference has totally discredited Freud's clinician-researcher model (S. 222)

Meine Position ist hier eindeutig; wenn Forschung die Aufgabe haben soll, neue Sichtweisen auf einen komplexen Gegenstand wie eine psychoanalytische Behandlung zu ermöglichen, muss ein Zugang gewählt werden, der den Gegenstand, den psychoanalytischen Diskurs, methodisch eigenständig aufbereitet.

Als Forschungsstrategie sollten deshalb konkrete Behandlungen so untersucht werden, dass Verläufe identifiziert werden können, die hypothesenprüfende Aussagen ermöglichen.

Natürlich sind auch gemischte Strategien denkbar! Freedman et al. setzen primär auf die Auswahl des Forschungsgegenstandes durch den beteiligten Analytiker; ich präferiere eine Herangehensweise, die als primäres Datum den aufgezeichneten Dialog setzt. Beide Perspektiven im Hinblick auf ihre Fruchtbarkeit zu vergleichen, dürfte eine zukünftige Herausforderung sein<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Natürlich ist das Thema immer wieder für Neu-Auflagen gut. Im September und Oktober 2007 wurde in einem netzbasierten Diskussionsforums der American Psychoanalytic Association (JAPA Psa-NETCAST ) die Arbeit von Luyten, Blatt & Corveleyn (2006) „Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research“ wie zu erwarten kontrovers diskutiert. Die Namen und die jeweiligen wissenschaftstheoretischen Positionen sind weithin bekannt. Also bleibt nur: wer bringt das Feld voran!