

5.0 Manual-geleitete Prozess Forschung (Ebene III):

In diesem Teil werden die systematischen, von klinischen Konzepten manual-geleitet, Studien zum Musterfall Amalie X der Ulmer Arbeitsgruppe zusammengetragen, die die Ebene III unseres Forschungsmodells charakterisieren. Bei der Vielzahl möglicher Konzepte, die untersuchungswürdig sind, kann gefragt werden, warum gerade diese und nicht andere Konzepte. Die hier berichteten Studien haben sich im Laufe der Jahre ergeben; sie wurden von jeweils aktuellen Fragestellungen einzelner Kollegen motiviert. Weitere solche Studien sind wünschenswert und wir hoffen auf nachfolgende Arbeiten am Korpus der Analyse der Patientin. Nicht aufgenommen haben wir Untersuchungen, die von anderen Gruppen erfreulicherweise an dem durch die Ulmer Textbank zugänglichen Material durchgeführt wurden¹

5.1 Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung

Helmut Thomä, Juan Pablo Jimenez u. Horst Kächele

5.2 Emotionale Erfahrung und Übertragung

Roderich Hohage u. Horst Kächele

5.3 Veränderungen des Selbstwertgefühls

Lisbeth Neudert, Hans Joachim Grünzig u. Helmut Thomä

5.4 Leiden am sich und anderen

Lisbeth Neudert, Roderich Hohage u. Helmut Thomä

5.5 Veränderung kognitiver Prozesse

Marianne Leuzinger-Bohleber u. Horst Kächele

5.6 Der zentrale Beziehungskonflikt und das Ulmer Prozess-Modell

Cornelia Albani C, Dan Pokorny, Gerd Blaser u. Horst Kächele

5.7 Der unbewusste Plan

Cornelia Albani, Reto Volkart, Gerd Blaser u. Horst Kächele

5.8 Reaktionen auf Unterbrechungen als Indikatoren

von struktureller Veränderung

Juan Pablo Jiménez, Dan Pokorny u. Horst Kächele

5.9 Technik der Behandlung im Spiegel des Q Set

Cornelia Albani, Gerd Blaser u. Horst Kächele

¹ Zu nennen sind besonders die Studien aus der Züricher Arbeitsgruppe um B. Boothe (Mathys 2001; Kuensberg 2001; Wyl u. Boothe 2003)

5.1 Vergleichende Psychoanalyse - textnahe klinische Forschung

Helmut Thomä, Juan Pablo Jiménez u. Horst Kächele

5.1.1 Einführung

Obwohl wir ständig im beruflichen wie im privaten Bereich vergleichen, d.h. Ähnlichkeiten und Unterschiede ausfindig machen, ist der Ausdruck "komparative Psychoanalyse" neu in unserem Vokabular. Soweit uns bekannt ist, wurde er jüngst von Scarfone (2000) verwendet². Schon länger hat sich bei uns der Ausdruck "vergleichende Kasuistik" (Jüttemann 1990) eingebürgert. Er verweist auf einen qualitativen Vergleich verschiedener Formen von Fallberichten aus Forschungsfeldern, in denen Ereignisse erzählend veröffentlicht werden, was gewiss für die Psychoanalyse zutrifft. Seitdem Pulver (1978a) seine bekannte, vergleichende Untersuchung durchgeführt hatte, die von Streeck (1994) und Fosshage (1990) abgewandelt repliziert wurden, sorgt die vergleichende Bewertung von klinischem Material für eine stets ähnliche Erfahrung, die schon Seitz (1966) so kommentiert hatte: „We agree that we disagree“. Im Hinblick auf die offizielle Anerkennung des Pluralismus in der Psychoanalyse, die durch Wallersteins (1988, 1990) Mut zum Leitthema internationaler Kongresse wurde, sind wir nun mehr denn je gehalten, die verschiedenen psychoanalytischen Techniken und ihre theoretischen Annahmen auch im Hinblick auf die Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Denn die Prozessforschung ist kein Selbstzweck, sondern steht im Dienst der Optimierung der Therapie.

Um klinisches Material – Stundenberichte, Mitschriften etc. vergleichen zu können, sind verlässliche und wesentliche Vergleichskriterien von Nöten. In den Bewerbungen zur Mitgliedschaft in psychoanalytischen Fachgesellschaften und in veröffentlichten Fallberichten sind solche Kriterien in der Regel nur impliziert oder fehlen ganz. Eagle's (1984) Klage ist nach wie vor berechtigt: „Es ist geradezu paradox, dass psychoanalytische Autoren klinische Daten für fast jeden Zweck benutzen, nur nicht für das wofür sie am geeignetsten sind, für die Bewertung und das Verständnis therapeutischer Prozesse“.

Ein erster Schritt der „vergleichenden Psychoanalyse“ kündigt sich im wachsenden Interesse an, wie klinischen Fakten dokumentiert werden sollen. Dazu wurden in den letzten Jahren eine Reihe eindrucksvoller Originalarbeiten veröffentlicht. In seinem Vorwort zu der

² Scarfone's (2002) Kommentar zu Barros' (2002) Beitrag in der Reihe "The analyst at work" des *International Journal of Psychoanalysis* hatte den Untertitel: "An essay in comparative psychoanalytic practice".

Jubiläumsnummer des „International Journal of Psychoanalysis“ zum 75. Jahrgang, die dem Thema „Konzeptualisierung und Kommunikation klinischer Fakten“ gewidmet war, schrieb Tuckett: „Nach 75 Jahren wird es Zeit nicht nur unsere Methodologie zur Ermittlung der Wahrheit, sondern auch Ansätze zu entwickeln, die es uns erlauben für neue Ideen offen zu sein und deren Nützlichkeit durch vernünftige Argumente zu evaluieren. Die Alternative würde sonst nur der Turm von Babel sein“ (S.865). Um vergleichende Ansätze praktisch fruchtbar zu machen, ist es notwendig zu dokumentieren, wie Analytiker professionelles Wissen in ihren therapeutischen Interventionen umsetzen. .

Aus heutiger Sicht sind Freuds Fallgeschichten nicht geeignet weder als Modell für die Rekonstruktion der Ätiologie noch als Beispiel wie Behandlungen dargestellt werden müssen. Die Aufgabe, die für Veränderung günstigen Bedingungen her zu stellen, ist keine leichte und stellt viele Herausforderungen. Nach Grünbaums Kritik formulierte Edelson (1985) ein ideales Modell wie heutzutage ein Behandlungsbericht würde geschrieben werden müssen, um daran Hypothesen testen zu können. Eingelöst hat er diese Anforderung selbst jedoch nicht.

Es erscheint uns essentiell, dass ein Behandlungsbericht wenigstens einige Elemente des von Spence (1986) geforderten Genres enthält:

“Was wir brauchen ist eine neue Art und eine neue Weise des klinischen Berichtens und wir sollten uns an Eissler Vorhersage erinnern,” sollte ein Fallbericht von der Qualität der fünf Säulen, auf denen die Psychoanalyse bis heute ruht (Freuds fünf Fallberichte) veröffentlicht worden sein, dann wir die Psychoanalyse in eine neue Phase eingetreten sein (Eissler, 1963, S. 678). Wir brauchen eine klare Trennung von dem, was ich die Sherlock Holmes Tradition nenne, und müssen Methoden entwickeln, die es jedem Leser erlauben, die vorgeschlagenen Verknüpfungen von vorgebrachter Evidenz und Schlussfolgerung nach zu vollziehen. Und die eine Möglichkeit der Zurückweisung, der Widerlegung und Falsifizierung erlauben, was derzeit nicht möglich ist. Das neue Genre würde uns auch einem Archiv mit Muster Interpretationen, Muster-Träumen und Muster-Fällen bringen, die für jeden Leser zugänglich sein werden, vielleicht sogar Fälle aus anderen psychoanalytischen Schulen, und die in einer kumulativen Weise die Kombination von Daten vieler Patienten und vieler Analytiker erlauben” (Spence, 1986, p. 14)

Dieses “neue Genre” verkörpert ein wissenschaftliches Ziel, das von dem der Freud’schen Fallgeschichten sich entfernt, denn solche Untersuchungen werden auf therapeutische Interventionen und Veränderungen fokussiert sein. Als D. Spence dieses Forschungsprogramm skizzierte, war die Ulmer Arbeitsgruppe schon seit längerem dabei, die materialen Voraussetzungen für ein solches Unternehmen zu schaffen. Thomä hatte 1968 mit Tonbandregistrierungen analytischer Behandlungen begonnen; Kächele folgte diesem Vorbild, in dem er seine beiden ersten psychoanalytischen Behandlungen aufzeichnete. In den nachfolgenden Jahren vergrößerte sich der Fundus in Ulm. Eine methodische Konsequenz war dann die Entwicklung der Ulmer Textbank (Kap. 6.2), die die Handhabung des Korpus mittels Computer gestützter Archivierung unterstützte. Zum Internationalen Psychoanalytischen Kongress in New Orleans 2004 wurden wir von Ricardo Bernardi (Montevideo)

aufgefordert, ein Beispiel für den vergleichenden Austausch von psychoanalytischen Sichtweisen zur Verfügung zu stellen. Wir griffen auf eine psychoanalytische Sitzung der Patientin Amalie X, die Stunde 152, zurück, die Thomä (1981) als umschriebene, fallbezogene Demonstration seiner Behandlungstechnik veröffentlicht hatte³ und präsentierten gleichzeitig zusammenfassend die hier dargestellten Ergebnisse unserer Untersuchungen an diesem Fall (Kächele et al. 2006a,b).

Im Folgenden stellen wir die das Denken des Analytikers leitenden theoretischen Überlegungen (Kap. 5.1.2), den klinischen Dialog (5.1.3) und kommentierte Auszüge aus der Diskussion in New Orleans als Beitrag zur Frage : “Ist eine vergleichende Psychoanalyse möglich” .

5.1.2 Die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker

Behandlungstechnische Probleme sind generell unter dem Gesichtspunkt des Aufbaus einer tragfähigen Beziehung zu betrachten. Traditionell sind Psychoanalytiker, weil sich diese Seite der Therapie lange von selbst und deshalb oft nicht verstand, hier wenig geschult. In einseitiger Rezeption Stracheys (1934/1935) wurde mit wenigen Ausnahmen, aus denen der Beitrag von J. Klauber (1972) hervorragt, dem Verhältnis der Deutung zu den nicht interpretierten Aspekten der Beziehung und zu anderen Bestandteilen der Behandlung zu wenig Beachtung geschenkt. Strachey hatte diesen anderen Komponenten wie Suggestion, Angstberuhigung, Abreagieren usw. einen wichtigen Platz als Elementen einer „hilfreichen Beziehung“ (Luborsky ..), wie wir heute sagen würden, eingeräumt.

Die mutative Deutung scheint dann eine spezielle Wirkung zu haben, wenn sie so angelegt ist, dass sie die *Identifizierung* des Patienten mit dem Psychoanalytiker als *Hilfs-Ich* stärkt. Diese wesentliche Seite des therapeutischen Prozesses, die zu einer Unterbrechung des neurotischen Circulus vitiosus führt, sollte behandlungstechnisch nicht nur stillschweigend vermittelt werden. Die folgenden kritischen Hinweise stellen einen Versuch der Korrektur dar. Zunächst kam es nämlich infolge des großen Einflusses des originellen Beitrages von Strachey zu einer neuen Form eines "Deutungsfanatismus", den Rank und Ferenczi (1925) kritisiert hatten. Die beiden Autoren bezogen sich im wesentlichen auf rekonstruktive Nicht-Übertragungsdeutungen, die zu einer Vernachlässigung der emotionalen Seite im Hier und Jetzt führten und die gegeben wurden, ohne eine therapeutische Wirkung zu erzielen. Strachey hat sich gründlich mit diesem erfolglosen "Deutungsfanatismus" befasst und auf die emotionelle Unmittelbarkeit hingewiesen, die seiner mutativen Deutung als Übertragungsdeutung am entscheidenden Punkt der Dringlichkeit innewohne. Gleichzeitig hat

³ Aktualisiert aus (1981) Über die Identifizierung des Patienten mit dem Psychoanalytiker und seinen Funktionen. In: Thomä (Hrsg) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S.118-149

er darauf aufmerksam gemacht, dass sich die große Mehrheit unserer Deutungen außerhalb der Übertragung abspiele (S. 514). Dass sich danach ein neuer "Deutungsfanatismus" jetzt bezüglich der "Übertragung" - in der Schule von M. Klein und mit deren systemimmanenten Inhalten - entwickelt hat, kann kaum bestritten werden. Ein "Übertragungsdeutungsfanatismus" schränkt die therapeutische Wirksamkeit der Psychoanalyse ebenso wie ihre Erkenntnismöglichkeiten ein. Diese Einschränkungen sind darin begründet, dass reine Übertragungsdeutungen ihrer Natur nach an der Vergangenheit orientiert sind und die Gegenwart sowie die Zukunft nur indirekt enthalten. Dadurch wird der Aufbau einer gegenwarts- und zukunftsbezogenen Begegnung erschwert. Zu ihr tragen ganz wesentlich jene Grundlagen bei, von denen her der Psychoanalytiker interpretiert: sein Wissen und seine Einstellungen, die er Schritt für Schritt vermittelt und dem Patienten zu kritischen Prüfung und zum eventuellen Nachvollzug zur Verfügung stellt.

Der Psychoanalytiker erfüllt hier eine humane Aufgabe, die nicht auf Vater oder Mutter in einer geschlechtsspezifischen Weise reduziert werden kann. P. Heimann hat diese Funktion als Ergänzungs-Ich bezeichnet, sie lebensgeschichtlich auf die Mutter zurückgeführt und als "mütterliche Funktion" bezeichnet. Wegen der Gefahr der reduktionistischen Erklärung möchten wir das therapeutische Ergänzungs- oder Hilfs-Ich nicht als mütterliches deklarieren und nur die Kennzeichnung der *Funktion* übernehmen, die das Wesentliche trifft:

"Das Ergänzungs-Ich bietet dem Kind (dem Patienten, Ref. H. Th.) Begriffe an, die es selbst nicht hat. Die Mutter (der Analytiker, Ref.) lehrt das Kind (den Patienten) neue Begriffe, neues Denken und bringt es (ihn) so auf den Weg des Fortschritts" (Heimann 1978, S. 228).

Unter Beachtung dieses Gesichtspunktes besteht die Funktion des Psychoanalytikers vor allem darin, eine neue Sicht zu vermitteln. Um Dinge und Zusammenhänge anders benennen zu können, erhalten auch Übertragungsdeutungen jene Verankerung im Kontext einer Beziehung. In diesem Kontext scheint auch ein Problem lösbar zu sein, auf das besonders J. Klauber hingewiesen hat, nämlich die so genannte Libidinisierung oder Besetzung der Interpretation. Wegen der besonderen Wertschätzung dessen, was der Psychoanalytiker sagt, können sich ihm zuliebe Besserungen einstellen, die scheinbar auf den speziellen oder gar spezifischen Inhalt dessen zurückgeführt werden, was gesagt wurde, obwohl die Veränderungen selbst vom Deutungsinhalt unabhängig sein können.

Klauber bezeichnet die Interpretation als eine Ersatzbefriedigung: "Anstatt direkte sexuelle Befriedigung zu erhalten, hat sich der Patient mit einer intellektuellen Formulierung zufrieden zu geben" (S. 390). Die primäre Qualität des analytischen Prozesses im allgemeinen und der Deutung im Besonderen liege darin, dass sie die sexuelle Sehnsucht erregen. Im Unbewussten werde die Möglichkeit einer erfolgreichen Kur mit sexueller Befreiung und mit dem Versprechen gleichgesetzt, dass die sexuelle Sehnsucht schließlich erfüllt werde. Deshalb werde die Interpretation zum sexuellen Objekt und der Patient reagiere darauf ganz

angemessen, wenn er diese libidinisiere, was er regelmäßig tue. Diese Libidinisierung oder Besetzung der Deutung führt folgerichtig zur Annahme, dass es bei erfolgreichen Analysen zu einem Besetzungsentzug oder aber zu einer Umbesetzung mit neutralisierter Libido kommen müsse. Über diese Besetzung der Interpretation vollzieht sich auch eine Verschiebung des Interesses weg vom Analytiker: die stimulierende sexuelle Rolle, die die Interpretation spiele, ebne dem Patienten den Weg, die Funktion des Analytikers und nicht seine Person zu introjizieren, und der Analytiker könne sich so eher für die Beziehung zu seiner Arbeit als zum einzelnen Patienten begeistern. Diesen Prozess der Besetzung und des Besetzungsentzugs bzw. von Libidinisierung und Neutralisierung erklärt Klauber als den Modus operandi einer erfolgreichen Analyse. Es sei für den Patienten besonders schwierig, die Besetzung der Person des Analytikers zurückzunehmen.

Hierzu sind zwei Fragen aufzuwerfen: Ist es unvermeidlich, dass diese Komplikationen eintreten, und ist die Erklärung, die J. Klauber gibt, stichhaltig? Beide Fragen hängen unseres Erachtens insoweit zusammen, als die gegebene Erklärung die beobachteten Phänomene zum Teil auch determiniert. Klauber beschreibt Probleme, die jedem Psychoanalytiker bekannt sind. Sie wären in der Tat unvermeidlich, wenn die Sexualität vom gesprochenen Wort Besitz ergriffe. Diese libidinöse Annahme ist aber angesichts der Ich-psychologischen Autonomieerklärungen des Denkens in Frage zu stellen. Es bleibt die Alternative zu bedenken, inwieweit das *Sprechen* über Sexualität und Sinnlichkeit und die damit zusammenhängenden zwischenmenschlichen Themen, die das tägliche Brot des Psychoanalytikers ausmachen, der Ersatzbefriedigung in einem speziellen situativen Sinn dienen (als "Übertragungsliebe"). Hierbei wird Sprechen als Ersatzhandlung deklariert.

Wir plädieren dafür, die Alternativen im Kontext des Aufbaus der Beziehung von Patient und Analytiker zu suchen. Es mag dann im konkreten Fall ganz natürlich sein, dass das Sprechen über sexuelle Themen und entsprechende Übertragungsdeutungen für den Patienten zur "Ersatzbefriedigung" wird, weil das Sprechen eo ipso einen Bezug zum Handeln hat. So kann es auch die reale szenische Darstellung vorwegnehmen oder ersetzen. Es wäre nun ganz unproblematisch, im Fachjargon abgekürzt von einer Libidinisierung zu sprechen, wenn sich damit kein triebökonomisch definierter Realitätsbegriff verbinden würde. Er beinhaltet eine scheinbar plausible energetisch-biologistische Erklärung für die "Ersatzbefriedigung". Gibt man sich mit dieser Erklärung zufrieden, versäumt man, dem Sprechen und seiner Funktion im Kontext der analytischen Situation die ihr zukommende Aufmerksamkeit zu widmen. Der Gedankenaustausch und seine Begründung werden deshalb in der nachfolgenden Darstellung des psychoanalytischen Dialogs in den Mittelpunkt gestellt.

5.1.3 Beispielhafte Ausschnitte aus der psychoanalytischen Therapie von Amalie X⁴

Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die kognitiv-affektiven Inhalte des sprachlichen Austausches innerhalb der Polarität von Übertragung und Beziehung regulieren. Das Verhältnis von Übertragungs- zu Nichtübertragungsdeutung, von Angstberuhigung und Suggestion hat einen Einfluss darauf, welche Bedeutung das sprachliche Kommunikationsmittel erhält.

Diese allgemeinen Gesichtspunkte möchte ich nun kasuistisch auf spezielle Zielsetzungen einengen: Aus einem Behandlungsabschnitt von fünf Sitzungen aus dem ersten Drittel der Analyse der Patientin Amalie X wurde die Sitzung 152 ausgewählt. Um das Verständnis dieser Episode zu ermöglichen, gebe ich ein psychodynamisches Schema der Symptomatologie, aus dem sich Anmerkungen zur Gestaltung der therapeutischen Situation ergeben. In dem Gespräch geht es darum, der Patientin durch die Analyse der Übertragung neue Identifizierungen zu ermöglichen. Im diesem Beispiel wird der "Kopf" des Analytikers zum Stellvertreter alter, unbewusster "Objekte", sein Inhalt zum Vertreter neuer Möglichkeiten. Durch die Darstellung am "Objekt", die zugleich Selbstdarstellung ist, wird Distanzierung deshalb möglich, weil der Analytiker seinen Kopf zur Verfügung stellt, ihn aber auch behält. So wird er zum Vorbild für Nähe und Distanz.

Bei der Gestaltung der psychoanalytischen Situation ist meines Erachtens jedem Fall darauf zu achten, dass sich das Gefühl des Andersseins durch die Asymmetrie der Beziehung nicht übermäßig verstärkt. Denn das Thema des Nicht-so-sein-könnens-Wie, des Andersseins, also die Frage von Ähnlichkeit und Verschiedenheit, von Identität und Nicht-Identität bilden den allgemeinen Rahmen, innerhalb dessen sich die unbewussten Probleme darstellen. Es gelang relativ rasch - trotz erheblicher Objekt- und Selbstgefühlsstörungen -, eine gute Arbeitsbeziehung aufzubauen. Damit sind die Voraussetzungen geschaffen, die Verinnerlichung alter Objektrepräsentanzen bei der Entwicklung der Übertragungsneurose zu erkennen und ihren Austausch anzustreben. Die erreichte Korrektur ist an den Veränderungen des Selbstgefühls, an der Zunahme der Selbstsicherheit und am Wegfall von Symptomen abzulesen.

Zusammenfassung des fünfständigen Behandlungsabschnittes Std 150- 155

Die Patientin leidet unter erheblichen Schuldgefühlen, die sich in der Beziehung zum Analytiker aktualisiert haben. Das biblische Talion-Gesetz "Auge um Auge, Zahn um Zahn" verstärkt sich in ihrem Erleben wegen ihrer übertragungsneurotischen sexuellen Wünsche. Das lebensgeschichtliche Vorbild und Muster für die Inhalte der Übertragungsneurose ist eine phantasierte inzestuöse Beziehung zu einem Bruder. Die Zunahme der inneren Spannungen

⁴ Aus nahe liegenden Gründen spricht nun der behandelnde Analytiker in Ich-Form

bewirkt, dass die Patientin sich mit dem Gedanken trägt, erneut ihr Leben der Kirche in der Mission zu widmen oder sich das Leben zu nehmen (als junges Mädchen hatte sie konfessionelle Krankenschwester werden wollen, nach einer Probezeit aber aufgegeben, weil ihr die pietistische Enge unerträglich wurde. Bei ihrem Austritt schaffte sie sich auch eine gewisse Distanz gegenüber den strengen biblischen Geboten). Nun führt sie ihre "alte" Bibel ins Feld gegen den Psychoanalytiker, mit dem sie sich im Kampf bis aufs Messer befindet. Dieser Kampf spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab, für die die Patientin eine Reihe von Gleichnissen prägt. Sie hat das Gefühl, dass das "Dogma" des Analytikers, die "Freud-Bibel", mit ihrer christlichen Bibel nicht zu vereinen ist. Beide Bibeln verbieten eine sexuelle Beziehung zum Analytiker. Sie kämpft für ihre Eigenständigkeit und ihre Bedürfnisse und verteidigt diese gegen beide Bibeln. Die Patientin entwickelt eine heftige Abwehr gegen die Interpretationen des Analytikers, und sie hat das Gefühl, der Analytiker wisse schon vorher genau, wo's lang geht, und sie fühlt sich bei ihren Umwegen und Ablenkungen ertappt und gedemütigt. Die Patientin hat den intensiven Wunsch, dem Analytiker etwas zu bedeuten und in ihm zu leben. Sie überlegt sich, ihm eine alte Uhr zu schenken, die bei ihm schön und wunderbar wäre und jede Stunde für ihn schlagen würde.

In diesem Behandlungsabschnitt erhielt ein Thema eine besondere Bedeutung und Intensität: das eben in der Zusammenfassung erwähnte Interesse für meinen Kopf. Was war für die Patientin beim Vermessen meines Kopfes herausgekommen? Es ist nicht zu erwarten, dass es sich dabei um meine Hutgröße dreht. Aber worum geht es? Lange Zeit habe sie gedacht, so sagte Frau E. in einem ähnlichen Zusammenhang, dass ich nach einer Bestätigung dessen suche, was schon da sei - in Büchern, in meinem Denken, in meinem Kopf. Sie wünschte sich, dass etwas ganz Neues herauskomme. Sie suchte selbst nach Deutungen und bemühte sich um ein Verständnis meiner Gedanken. Es liegt nahe, eher im Kopf als sonst wo das Denken zu lokalisieren. Doch wer weiß, was die Patientin dort sucht? Kopfplattige Antworten möchten wir auf diese Frage nicht hören, und so wende ich mich zunächst der unmittelbaren Erfahrung zu und entwickle am Ablauf des Gedankenaustausches zwischen der Patientin und mir den Bedeutungsgehalt des "Kopfes". Das kasuistische Beispiel habe ich deshalb ausgewählt, weil es meines Erachtens geeignet ist, meine Argumentation in verschiedener Hinsicht abzustützen. Zwar nimmt mein Kopf durch den unbewussten Verschiebungsvorgang auch eine sexuelle Bedeutung an; diese Verschiebung ändert aber nichts am Primat der gedanklichen Kommunikation zwischen der Patientin und mir darüber, was als Verborgenes im Inneren des Kopfes gesucht wird. Die Suche nach Erkenntnis richtet sich auf die Geschlechtlichkeit. Dieser geheimnisvolle und wohlbehütete (verdrängte) Schatz wird wegen der unbewussten Verschiebung im Kopf (als "Übertragungsobjekt") vermutet. Die Wiederentdeckung der "Verschiebung" fördert deshalb etwas zutage, dass für die Patientin "neu" ist.

5.1.4 Ein psychoanalytischer Dialog mit Kommentar - Vorbemerkung zur Darstellungsform

Es ist zu fordern, dass die Äußerungen von Patient und Analytiker genau protokolliert werden, so dass sie dem ursprünglichen Wortlaut nahe kommen. Bei dieser Aufgabe ist das Vorhandensein eines transkribierten Verbatimprotokolles von großer Hilfe.

2) Die Überlegungen des Psychoanalytikers, die den Hintergrund seiner Deutungen bilden, werden ausführlich mitgeteilt und als "Begleitkommentar" neben dem gekürzten Wortlaut aufgeführt. Dieser "Kommentar" ist nachträglich den von mir festgehaltenen Deutungen und den Reaktionen der Patientin hinzugefügt worden. Es ist klar, dass mich nicht nur die wiedergegebenen Überlegungen (und keine anderen) bei der Entstehung meiner Deutungen geleitet haben. Durch den "Begleitkommentar" beabsichtige ich gar nicht, den *Entstehung* der Deutungen in mir selbst nachzugehen und ihren Weg über situatives Sich-Einfühlen in den Patienten, Introspektion etc. zu verfolgen. Denn, wie immer Deutungen entstanden sein mögen: soweit sie dem Patienten tatsächlich mitgeteilt werden, haben sie sich an "kognitiven" Kriterien auszurichten. Ich kommentiere die "kognitiv" und "rational" begründbaren "Endprodukte" - meine Deutungen - und vernachlässige den Entstehungsprozess und seine irrationalen, im Unbewussten liegenden Komponenten. Es bleibt damit offen, wo mein analytisches Denken jeweils seinen Anfang genommen hat. Geht man davon aus, dass der Wahrnehmungsapparat des Analytikers von seinem theoretischen Wissen, das vorbewusst geworden sein mag, gesteuert wird, ist es sehr schwierig, den Entstehungsprozess von Deutungen auf seinen "Anfang" hin zurückzuverfolgen. So erleichtert zum Beispiel das theoretische Wissen über die "Verschiebung" auch die vorbewusste Wahrnehmung, es durchdringt seine Intuition und vermischt sich mit der Gegenübertragung (im weiteren Sinne). Da der "Begleitkommentar" sich am fixierten "Endprodukt", nämlich an den tatsächlich gegebenen Interpretationen und den nachfolgenden Äußerungen des Patienten orientiert, entsteht eine Sukzession voneinander abhängiger oder aufeinander bezogener "Ereignisse". Da sich der "Begleitkommentar" auf festgelegte und bekannte "Größen" bezieht, nämlich auf den verbalen Austausch, ist sein "Spielraum" eingeschränkt.

3) es erübrigt sich, daran zu erinnern, dass "der Buchstabe tötet, der Geist aber lebendig macht": Das niedergeschriebene Wort kann nur einen Abglanz des Erlebens wiedergeben, das die Beziehung zwischen Patient und Analytiker kennzeichnet.

Wegen der notwendigen Abkürzung habe ich den Dialog an einigen Stellen zusammengefasst; sonst erfolgt eine fast wörtliche Wiedergabe, die gelegentlich erreicht und dann in Anführungszeichen gesetzt wird.

Psychoanalytischer Dialog

Begleitkommentar

Die Patientin hat sich über ihren strengen Vorgesetzten geäußert, der sie ungerecht kritisiert hat und gegen den sie nicht aufkommt.

A: Sie vermuten, dass ich hinter Ihnen sitze und "falsch, falsch" sage.

P: Manchmal hab' ich das Gefühl, ich möchte auf Sie zustürzen, Sie am Hals packen und ganz festhalten. Dann denk' ich, der schafft das gar nicht, fällt plötzlich tot um.

A: Ich's nicht aushalte.

Dieses Thema wird variiert, wobei die Patientin insgesamt ihre Sorge zum Ausdruck bringt, mich zu überfordern, so dass ich den Kampf körperlich nicht aushalt.

A: Es ist schon so ein Kampf bis aufs Messer.

P: Wahrscheinlich

Sie stellt daraufhin Überlegungen an, dass sie in all den Jahren immer vorzeitig, bevor es überhaupt richtig zum Kampf kommt, aufgegeben und sich zurückgezogen habe.

P: Ich habe auch nicht mehr daran gezweifelt, dass es richtig war, mich zurückzuziehen. Nach so langer Zeit drängt es mich danach, jetzt wieder aufzugeben.

A: Statt des Kampfes bis aufs Messer Rückzug und Selbstaufopferung im Dienst der Mission.

P: Exakt, nervenaufreibend.

A: Dann wäre auch gesichert, dass ich

Übertragungsdeutung

Annahme: P. schreibt mir "Über-Ich-Funktion" zu. Diese Deutung entlastet sie und gibt ihr Mut, sich aufzulehnen (die Patientin hat längst erkannt, dass ich anders bin und sie nicht kritisieren, aber sie ist sich dessen 1. nicht sicher und 2. darf sie es auch nicht glauben, weil sie noch erhebliche unbewusste Aggressionen gegen alte Objekte hat.

Ich vermute sehr viel intensivere Übertragungsgefühle und gehe davon aus, dass sowohl die Patientin als auch ich selbst eine Zunahme der Spannung ertragen können. Ich wiederhole ihre Sorgen, dass ich es nicht ertragen könnte, und formuliere schließlich, "also ist es schon so ein Kampf bis aufs Messer" (diese Deutung lässt ja offen, wer das Messer hat). Mit der Anspielung auf die phallische Symbolik habe ich eine Stimulierung der unbewussten Wünsche im Sinn.

Zu stark dosiert!

Die Patientin reagiert darauf mit einem Rückzug.

Annahme:

Selbstbestrafung

Angst vor Objektverlust ist noch zu groß.

erhalten bleibe. Dann hätten Sie meine Prüfung vorzeitig abgebrochen.

Es geht weiter darum, was ich aushalte, ob ich mich mitreißen lasse in ihren "Wahn". Die Patientin hatte in einem früheren Zusammenhang Vergleiche mit einem Baum angestellt und ob und was sie wohl von diesem mitnehmen könne. Ich gehe auf dieses Bild erneut ein und werfe die Frage auf, was sie mitnehmen wolle, indem sie Äste abbreche.

P: Es ist ihr Hals, es ist Ihr Kopf. Mit diesem Kopf hab' ich's oft.

A: Bleibt er drauf? Mit meinem Kopf haben Sie's oft?

P: Ja, ja, wahnsinnig oft. Von Anfang an vermaß' ich den in allen Richtungen.

A: Hm, es ist -

P: Es ist ganz eigenartig, von hinten nach vorn und von unten. Ich glaub', ich treib' 'nen richtigen Kult mit Ihrem Kopf. Es ist zu komisch. Bei anderen Leuten seh' ich eher, was sie anhaben, ganz unwillkürlich, ohne dass ich sie taxieren müsste.

(Das Thema erstreckt sich über einen längeren Zeitraum mit manchen Pausen und "hms" des Analytikers.)

P: Ich bin einfach überfordert. Da frag' ich mich manchmal hinterher, dass ich das, einen so einfachen Zusammenhang nicht gesehen habe.

Ihr Kopf interessiert mich unheimlich. Natürlich auch, was drin ist.

P: (bringt dann einen neuen Gedanken) Nicht nur mitnehmend, nein, eindringen möchte ich in den Kopf, vor allem eindringen.

Die Patientin spricht sehr leise, so dass ich zunächst das Eindringen gar nicht verstanden habe und einbringen hörte. Die Patientin macht es klar und bringt noch ein eigenartiges Bild. Ja, das sagt sich so schlecht vor hundert Augen.

Baum der Erkenntnis - Aggression

Gemeinsamkeit herstellen als primäre Identifizierung

Durch den partiellen Entzug des Objektes steigert sich unbewusste phallische Aggressivität.

P: Eindringen, ums Eindringen geht es und ums Rausholen.

A: Dass Sie das Messer haben wollen, um konkret eindringen zu können, um noch mehr herauszuholen.

Nach einigem Hin und Her mache ich eine erklärende Zusammenfassung und sage, dass es bei der Beschäftigung beim Thema Eindringen und Kopf und beim Kampf ums Messer um etwas sehr Konkretes gehe.

A: Nicht umsonst hat Ihre Freundin von Schrumpfköpfen gesprochen.

P: Gerade deswegen habe ich ja auch den Gedanken abgebrochen. (Etwa 10 Minuten lang war die Patientin abgewichen auf ein entlegenes Thema.)

Patientin weicht wieder aus, nachdem sie eine Einsicht in ihren Widerstand gegen eine Intensivierung der Übertragung geäußert hatte.

In mehreren Bemerkungen unterbricht sie durch kritische Bemerkungen die Intensivierung,

"weil das momentan so blöd sein kann, so ferne liegend. Ja, es geht um meine Wünsche und Begierden, aber es ist verflixt, ich werde da richtig böse, und wenn jetzt noch ein Kopf und ein Schrumpfkopf kommt -"

Sie lacht - äußert zugleich ihr Bedauern - und schweigt. Ich versuche die Patientin zu ermutigen: "Sie wissen, was in Ihrem Kopf ist."

P: In meinem bin ich überhaupt gar nicht zu Hause im Augenblick. Weiß ich denn, was dann morgen kommt. Ich muss mir überlegen; ich war grad beim Dogma und bei Ihrem Kopf und wenn Sie nach unten wollen (zum Schrumpfkopf). Ich find's wirklich grotesk.

Die Patientin kommt dann auch äußere Dinge zu sprechen. Sie beschreibt, wie

Das Eindringen und Rausholen sehe ich nun im Zusammenhang mit dem Kampftema.

Die Sexualsymbolik aufgrund einer Verschiebung von unten nach oben lässt sich unter Einbeziehung einer Geschichte therapeutisch nutzbar machen, von der die Patientin in einer früheren Stunde erzählt hatte: Eine Frau ließ ihren Freund nicht zum Verkehr kommen und masturbierte ihn, was sie in Kopffäger-Analogie brachte und als "Schrumpfköpfe machen" bezeichnete. Die von Penisneid diktierte unbewusste Kastrationsabsicht bedingte eine tiefe Sexualangst und hatte ihre Parallel in einer allgemeinen und speziellen Deflorationsangst. Im Sinne eines sich selbst verstärkenden und sich perpetuierenden neurotischen Kreisgeschehens führten die Ängste wiederum zu einer Frustration, die sich die Patientin unwillkürlich selbst auferlegte. Die nunmehr innerseelisch ablaufende Zurückweisung ihrer sexuellen und

erotischen Wünsche verstärkten die aggressive Komponente intensiven Haben- und Besitzenwollens (Peniswunsch und Penisneid).

Ich fing deshalb mit den Schrumpfköpfen an, weil ich davon ausging, dass die Patientin kooperationsfähiger sein würde, wenn der neidvolle Objektbezug einer lustvollen Beziehung weichen würde.

sie den Analytiker und wie sie sich selbst sieht, unabhängig vom Kopf, der dann zunächst wieder in einem allgemeinen Sinne in den Mittelpunkt rückt.

A: Durch Ihre Gedanken über den Kopf versuchen Sie herauszufinden, was Sie sind und was ich bin.

P: Ich vermeß Ihren Kopf manchmal, wie wenn ich Ihr Gehirn biegen wollte.

Die Patientin beschreibt dann ihre Assoziationen, als sie irgendwann einmal ein Bild von mir abgedruckt sah.

P: Ich hab' dabei noch ganz anderes entdeckt. Es war wahnsinnig viel Neid dabei auf Ihren Kopf. Irrsinnig viel. Jetzt komm' ich natürlich auf jeden Fall auf was. Immer, wenn ich wieder an den Dolch denke und manch schönen Traum.

A: Eine Erniedrigung, offenbar in Ihrem Gedanken, als ob ich schon weiß, wo ich das einzuordnen habe, wenn Sie Ihren Neid äußern, also schon weiß, worauf Sie neidisch sind.

P: Das kam halt jetzt gerade, weil Sie vorher auf die Schrumpfköpfe kamen, die ich gar nicht gemacht habe. Aber was mich fasziniert hat, ist dieser Kampf bis aufs Messer, um das Harte zu packen.

P: Ja, das hab' ich befürchtet, dass Sie es nicht aushalten könnten.

Das ist eine ganz alte Befürchtung, dass Sie es nicht aushalten. Mein Vater hat ja nie was ausgehalten.

Sie glauben gar nicht, wie fad ich meinen Vater finde. Nichts hat er ausgehalten.

A: Um so mehr wird es wichtig, ob mein Kopf hart ist. Das steigert die Härte des Zupackens.

P: Ja, man kann härter zupacken ... und kann, besser, ich sag' einfach kämpfen.

Die Patientin macht dann mehrere Bemerkungen dahingehend, wie wichtig

Patientin hat sich offenbar ertappt gefühlt und fühlt sich durch ihren eigenen Einfall erniedrigt, so als hätte sie meine Annahme, worauf sich der Neid beziehen könnte, erraten, wobei ich dann allerdings ihr mit diesem Wissen sozusagen vorausgeeilt wäre.

Überraschende Wendung - die Unsicherheit der Patientin, ihr Angst beim Zupacken hat sich "unspezifisch" am Vater gebildet.

es sei, dass ich mich nicht umschmeißen lasse, und sie kehrt zu ihrem Neid zurück:

"Ich war und bin wahnsinnig neidisch. Es war manchmal schon ganz schlimm." Sie kommt dann zurück auf ihr Studium und wie sie damals die Köpfe der anderen "vermessen" hat. Sie bringt dann einen neuen Gedanken ein:

P: Ich will ein kleines Loch in den Kopf schlagen und in Fortsetzung dieses Themas (Analytiker bleibt schweigsam) etwas von meinen Gedanken reintun.

Das kam mir neulich. Ob ich nicht so ein bisschen Ihr Dogma gegen meines austauschen kann.

Der Gedanke an dieses Austauschen hat es mir leichter gemacht, das alles über den Kopf zu sagen.

A: Dass Sie weiter hier bleiben, damit Sie mit Ihren Gedanken meinen Kopf weiter füllen können.

P: Ach so - und wirklich fruchtbare Gedanken geben.

Pat. kommt auf ihre Gedanken und Phantasien vor der Stunde zurück und wie sehr sie hin- und hergerissen war. Ob sie wohl überhaupt eine Zukunft habe und ob sie sich nicht in der einen oder anderen Weise zurückziehen und Schluss machen sollte mit allem.

A: Sie möchten natürlich kein kleines Loch, Sie möchten auch nicht wenig, sondern viel reinstecken. Sie haben einen schüchternen Versuch gemacht, die Stabilität des Kopfes zu probieren mit dem Gedanken an das große oder kleine Loch.

Ein konkretistisches Bild "geistigen" Austausches?

Der Gedanke der Patientin über die Gegenseitigkeit des Austausches veranlasst mich, dem Kampf noch eine weitere Seite abzugewinnen. Durch ihn würde ja auch zum Ausdruck gebracht, wie wichtig es mir ist, dass sie der Welt (und mir) erhalten bleibt und weder in die masochistische Selbstopferung im missionarischen Dienst noch in den Suizid ausweicht.

Befruchtung im mehrfachen Sinn - Ausgleich und Anerkennung der Gegenseitigkeit.

Die schweren Schuldgefühle für ihre Destruktivität versuchte ich schon am Anfang zu entlasten. Ich greife aber deshalb nochmals darauf zurück, dass ihre Überlegungen zu meiner Stabilität dem Maß ihrer Aggressivität sozusagen proportional sind. Nur in einer starken unumstößlichen Stabilität kann die Patientin Sicherheit gewinnen und ihre Destruktivität sich weiter entfalten lassen. In diesen Zusammenhang gehört wahrscheinlich auch das Thema des Dogmatismus, den sie zwar kritisiert, sowohl, was ihre eigene Bibel angeht, als auch was den mir zugeschriebenen Glauben an die Freud-Bibel betrifft, der aber andererseits Sicherheit verleiht, weshalb der Dogmatismus gar nicht

*streng genug eingehalten und
ausgeprägt sein kann.*

A: Sie möchten natürlich kein kleines Loch, Sie möchten auch nicht wenig, sondern viel reinstecken. Sie haben einen schüchternen Versuch gemacht, die Stabilität des Kopfes zu probieren mit dem Gedanken an das große oder kleine Loch.

Die Patientin greift meine Überlegungen mit nachdenklichen kurzen Zwischenbemerkungen auf.

Eine etwas größere Deutung meinerseits, dass die Patientin durch ein größeres Loch auch mehr sehen und dann auch austasten könnte, greift sie auch, indem sie sagt:

P: "Ich möchte sogar in Ihrem Kopf spazieren gehen können." Diesen Gedanken führt sie weiter aus und betont, dass sie auch schon früher, also vor der heutigen Stunde, immer wieder einmal gedacht habe, wie schön es ist, sich bei mir auszuruhen; geradezu eine Bank in meinem Kopf zu haben, und ganz friedlich erwähnt sie, dass ich beim Sterben und im Rückblick auf mein Leben sagen könnte, einen schönen, ruhigen, friedlichen Arbeitsplatz gehabt zu haben.

Die Patientin sieht ihren damaligen Eintritt in ein Mutterhaus nun so, als wäre die Tür weit offen gewesen und als hätte sie sich damals vom Leben abgewandt. Sie zieht nun eine Parallele zum Beginn der Stunde, als die Tür offen war.

P: Da musst' ich wirklich nicht reinbohren. Ja, da könnte ich den Kampf draußen lassen, da könnt' ich auch Sie draußen lassen, und Sie dürften dann Ihre Dogmen behalten.

A: Hm.

P: Und dann würde ich nicht mit Ihnen

*Die Ruhe und Friedlichkeit haben
deutlich eine regressive Seite, nämlich
die des Vermeidens des Lebenskampfes
überhaupt.*

kämpfen.

A: Ja, aber Sie würden dann auch nicht mit Ihren Dogmen meine befruchten. In der Ruhe würde dann alles unverändert bleiben, aber durch Ihre Eingriffe in meine

Gedanken, in meinen Kopf, wollen Sie ja auch etwas verändern, wollen und können Sie ja auch etwas verändern.

In der nächsten Sitzung kommt die Patientin nach etwa fünf Minuten auf den Kopf und sein Vermessen zurück und darauf, dass sie es gestört habe, dass ich von den Schrumpfköpfen angefangen hatte.

P: Ich hab's Ihnen ja gesagt. Warum wollen Sie denn jetzt einfach vom Kopf runterrutschen.

Dann beschreibt sie, sie sei kaum zu Hause gewesen, da seien ihr ihre Gedanken eingefallen, die sie bei der Begrüßung gehabt habe, die sie dann aber in der Stunde total vergessen habe, nämlich:

P: Er kommt mir ja vor wie in den besten Jahren, und da dachte ich an das Geschlechtsteil und an die Schrumpfköpfe.

Diesen Gedanken habe sie aber ganz schnell zur Seite geschoben und er war wieder ganz weg. "Als Sie mit den Schrumpfköpfen anfangen, da dachte ich, wo holt er das wieder her."

Es geht dann um die Frage meiner Sicherheit und meines Dogmatismus, und es wird deutlich, dass die Patientin eine Bemerkung, die ich einmal ganz undogmatisch gemacht hatte, als es um Freud und Jung ging (ich habe den Inhalt vergessen), dogmatisch erlebt hatte.

Die Patientin denkt dann an ein Leben in vollen Zügen und an den Zeitpunkt, als bei ihr alles aufhörte und sie "asketisch"

wurde, und ob dies alles noch einmal aufleben könne. Dann kommt sie wieder auf den Kampf und auf den Kopf zurück.

P: Ich hatte wirklich Angst, ihn abreißen zu können, und heut denk' ich, der ist so steif und grad, und ich denke, ich komm' ja in meinen Kopf irgendwie gar nicht richtig rein. Ich bin nicht zu Hause; wie soll ich da in Ihren reinkommen.

Die Patientin kommt dann auf eine Tante zu sprechen, die manchmal auch sehr hart war, so dass man glaubte, mit einer Mauer zu tun zu haben.

Es geht dann weiter, wie hart und wie weich sie den Kopf haben möchte.

Ihre Phantasien drehen sich einerseits um Ruhe und Geborgenheit, andererseits aber ist sie beunruhigt, was im Kopf verborgen sein könnte, so dass eine Gefahr bestünde, verschlungen zu werden.

P: Die Frage, wie sie zu Ihren Gedanken kommen und wie ich zu meinen komme (und sie fügt hinzu: Gedanken stehen hier für vieles.)

A: Wie sie sich treffen, wie sie sich aneinander reihen, wie weit sie eindringen, wie freundlich oder unfreundlich sie sind.

P: Ja, genau.

A: Mhm, na ja.

P: Das haben Sie aber ein bisschen zu glatt gesagt.

Die Patientin überlegt sich, was sie alles abschreckt, und sie kommt nochmals auf die Schrumpfköpfe zurück. "Ich fühlte mich da so auf die Sexualität festgelegt. Das war ein zu großer Sprung."

Da Thema setzt sich fort in der Frage nach ihrer Geschwindigkeit und nach meiner Rücksichtnahme auf sie und ihr Tempo. "Aber es stimmt schon, es war natürlich nicht bloß ihr Kopf, sondern das Glied."

Offensichtlich geht es hier um eine regressive Bewegung. Die Patientin kann keine Ruhe und Entspannung finden, weil sich ihre sexuellen Wünsche mit prägenitalen Phantasien verknüpfen, die in der Gefahr, verschlungen zu werden, projiziert wiederkehren. Diese Komponente findet ihre deutliche Darstellung und in gewisser Weise auch ihren Abschluss anlässlich eines späteren Einfalles über eine Indianergeschichte, bei der Mütter ihren kleinen Söhnen durch Lutschen am Glied Lust verschaffen und es dabei abbeißen.

Bei den Vergleichen der Köpfe und ihrer Inhalte dreht es sich immer wieder um die Frage des Zusammenpassens und des Nicht-Zusammenpassens.

Frau Amalie X. war nun in der Lage, mit einer sich steigernden und dann verschwindenden Angst die Lust der gedanklichen Verbindung von der sexuellen Lust zu differenzieren: die Couch wurde zum gedanklichen Ort einer sexuellen Vereinigung, das Ausruhen in meinem Kopf zum Symbol prägenitaler Harmonie und schließlich auch zur Lokalisierung gedanklicher Gemeinsamkeit und Einsicht.

5.1.5 Kritische Diskussionen, kommentiert von Juan Pablo Jiménez⁵

Dieses genaue Protokoll einer Sitzung wurde von einer großen Zahl von Psychoanalytikern unterschiedlicher Orientierung kritisch diskutiert. Wie zu erwarten, waren die Reaktionen mehr als unterschiedlich. Doch schrieb nicht Bernardi (2002) über die Notwendigkeit von wahren Kontroversen?

Aus der Stellungnahme von Akhtar (2005) wollen wir deshalb ausführlich zitieren, da er sich besonders mit Thomäs Beitrag zur Polarität psychoanalytischer Techniken befasst:

„Die Technik von Dr. Thomä zielt darauf ab, dass die Patientin durch Deutung und Auflösung der Übertragung zu innerer Freiheit gelangen kann, zugleich aber wird eine große Bandbreite von Interventionen integriert. Offen und zugleich skeptisch hört er der Patientin zu, indem er Introspektion und Beobachtung anwendet: „Im einen Fall fühlt sich der Analytiker in die Position der Patientin ein und bezieht sein klinisches Verständnis aus deren Perspektive. Im zweiten Fall bezieht der Analytiker die Position eines Zuschauers, ohne sich auf die Gefühle und Gedanken der Patientin zu beziehen,, (Spencer & Balter 1990, S.402). Diese beiden Verfahren liefern differentes Material. Sie ergänzen sich

⁵ Vortrag beim IPA Kongress, New Orleans 2004 zum Panel im Themenblock „Multiple Approaches to a Clinical Case“: Conclusions. Psychic Change: what and how?

und vertiefen zusammen das Verständnis der seelischen Funktionsweisen des Patienten. Dieser Ansatz dürfte synthetisieren, was Cooper (1998) als die Strachey-Loewald Divergenz der Technik bezeichnete:

„Stracheys Modell der therapeutischen Aktion basierte „auf der klassischen Triebtheorie und der Widerstandsanalyse und war durch ein Stück Kleinianische Objektbeziehungstheorie angereichert. Der Analytiker wurde als neutraler, benigner Deuter der Realität konzipiert, der als neues Objekt internalisiert wurde, dessen Aufgabe es war, das Unbewusste bewusst zu machen und das Überich zu mildern. Die klassische analytische Neutralität wurde beibehalten“ (Cooper 1998, S.19).

Im Kontrast hierzu bietet sich im Modell Loewalds (1960) der Analytiker als neues Objekt an. Er arbeitet, indem er

„ein emotional bedeutungsvolles Objekt wird, das dazu beiträgt, reife Ich-Funktionen aufrecht zu erhalten. Analytiker haben das Wachstumspotential des Patienten im Auge. Wie gute Eltern richten sie ihren Blick auf die Zukunft und bieten dem Patienten Möglichkeiten zur Integrationen von Reifungsprozessen an. Ihre Aufgabe besteht in empathischer Kommunikation beim Entdecken und Finden neuer Lösungsansätze“ (Cooper 1998, S.26).

Cooper vermutet, dass diese beiden Auffassungen darüber, wie psychoanalytische Arbeit zu leisten sei, meist unverbunden nebeneinander bestehen und dass „es eine wichtige Aufgabe der gegenwärtigen Psychoanalyse sei, diese beiden Sichtweisen zu vereinen“ (S.26). Meinem Gefühl nach zeigt Thomäs klinische Arbeit, dass er diese Synthese tatsächlich geleistet hat. Indem er den Fokus auf die Interpretation richtet, lässt seine Arbeit doch Raum für eine entwicklungsbezogene Therapie (Pine 1988) und auch nicht-interpretative Interventionen. Die allgemeinen und speziellen therapeutisch wirksamen Faktoren stehen in fruchtbarer Spannung zueinander. Weiterhin fördert Thomäs Arbeitsweise eine disziplinierte Spontaneität wie sie kürzlich Parsons (2000) expliziert hat. Es ist wirklich eindrucksvoll, dass eine therapeutisch orientierte, flexible und doch bestimmte, supportive und doch interpretative, nachdenkliche und doch spontane Arbeitsweise in einem theoretischen Rahmen existieren kann, der sich klassisch anfühlt. Thomä sieht offensichtlich keine Notwendigkeit die Konzepte von Relationalität und

Intersubjektivität heranzuziehen, die gegenwärtig in den USA populär sind“ (Akhtar 2005, S. 1-2).

Wilson (2004) und Ireland (2004) haben als offizielle Berichterstatter eine Zusammenfassung des multilingualen Geschehens verfasst. Im abschließenden Panel hat Jiménez (2004) die komplexe Reaktion der Teilnehmer und seine Verarbeitung in folgende Worte gefasst:

„Dies ist kein üblicher Vortrag in einem psychoanalytischen Kongress. Wir sind es gewohnt, unsere Beiträge im Vorfeld vorzubereiten, um in unseren Ideen Klarheit zu schaffen und sie dann besser diskutieren zu können. Aber diesmal sieht es anders aus. Man hat uns nicht darum gebeten, unsere eigenen Ideen darüber, was und wie in dem von Helmut Thomä und Horst Kächele vorgestellten Fall Amalie sich verändert hat, darzustellen. Vielmehr sind wir angehalten, die Inhalte der Panels, in denen das klinische Material diskutiert wurde, zusammenzufassen und daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. Dies bedeutet, dass wir keine fertigen Hausaufgaben mitbringen konnten, sondern während des Kongresses mühsam daran arbeiten mussten. Trotzdem sind wir uns dessen bewusst, dass es keine unparteiischen Zusammenfassungen oder Kommentare geben kann. Daher habe ich in den Wochen vor dem Kongress und nachdem ich die Präsentation von Thomä gelesen hatte, einige Ideen aufs Papier gebracht, die dazu dienen sollen, den Standpunkt explizit auszudrücken, den ich bei der Durchführung meines Auftrages angenommen habe.

Ich möchte eine gewisse Skepsis zum Ausdruck bringen, die mich bei den psychoanalytischen Treffen, an denen klinisches Material diskutiert wird, regelmäßig überkommt.

Vor mehreren Monaten hat Thomä den Teilnehmern dieses Panels seinen Aufsatz geschickt. Auf der Basis dieses Textes und meiner Bekanntschaft mit Thomä glaube ich, dass sein Beitrag implizit eine Befürchtung und eine Vorhersage darüber enthält, was in den folgenden Panels über den Fall Amalie geschehen würde. Im ersten Teil seines Vortrages weist Thomä darauf hin, dass seiner Erfahrung nach „isolated microanalytic descriptions of reports about sessions, especially if they are just audio-taped and not annotated upon, do not lead to very fruitful discussions... The lack of consensus between analysts is often a result of the failure to take the colleague's point of view seriously before thinking about alternatives“. Die Unmöglichkeit, in der Psychoanalyse einen Konsens zu erzielen, und die damit verbundene Fragmentierung oder der Pseudo-Pluralismus seien auf den Mangel eines von allen Kommentatoren akzeptierten Bezugsrahmens zurückzuführen. Genau dieser Mangel eines Bezugsrahmens ist es, dem man durch die Entwicklung von Methoden für die klinische,

theoretische und empirische Forschung in der Psychoanalyse entgegenzutreten versucht. In seinem Beitrag hat sich Thomä die Mühe gegeben, einige Pfeiler seiner epistemologischen und methodologischen Einstellung und insbesondere über die Probleme der Einzelfallstudien (single case) und der Behandlungsberichte (treatment reports) zu erklären. Außerdem hat er uns durch die in das Transkript eingefügten „considerations“ Auskunft darüber gegeben, was er sich bei seinen Deutungen gedacht hat. Das Fehlen an Information über seine Gefühle in der Sitzung, d.h. über die Gegenübertragung – etwas, was wahrscheinlich viele, zu denen auch ich zähle, vermisst haben dürften – hat er durch seine Ablehnung dessen, was er „contemporary countertransference subjectivism“ nennt, begründet. Aber diesen Punkt werde ich hier nicht kommentieren.

Die Befürchtung von Thomä in Bezug auf die Diskussion des klinischen Materials von Amalie – das ist meine Vermutung – bezieht sich darauf, dass sein Standpunkt nicht ernst genommen werden könnte und dass die unterschiedlichen Kommentatoren, ausgehend von ihren eigenen Veränderungstheorien, voreilig seine Deutungen bemängeln könnten, mit der Folge, dass bei der Diskussion seines Beitrags die interne Kohärenz außer Acht bliebe. Nach seinem epistemologischen Ansatz stellt die Information über den Bezugsrahmen den für das Verstehen des Textes unentbehrlichen Kontext dar (s.a. Boesky 2005). Die vorhin erwähnte Vorhersage erscheint ganz natürlich: Wenn unter den Kommentatoren keine gemeinsame Methode oder Disziplin für die Diskussion vorhanden ist, was hier mit großer Wahrscheinlichkeit der Fall ist, dann werden die Ergebnisse dieser Bemühungen um den von meinem Freund Ricardo Bernardi für diesen Kongress ersonnenen Austausch zwischen Analytikern keinen anderen Effekt haben, als noch einmal auf die dringende Notwendigkeit hinzuweisen, sich über Methoden zu einigen, die authentische Debatten ermöglichen. Damit meine ich Diskussionen, in denen die Unterschiede nicht durch den Rückgriff auf einfache Lösungen unterdrückt werden, so z.B. die Disqualifizierung der Technik des Anderen als nicht psychoanalytisch oder alternativ die beschwichtigende Behauptung, dass alle dasselbe meinen – der wohlbekannte „common ground“ – auch wenn wir unterschiedliche Metaphern anwenden.

Zunächst möchte ich einige wenige Eckdaten über den Verlauf des „clinical track“ nennen. Außer diesem gab es vier weitere Panels. In dem ersten stellte, nach einer knappen Einführung von Kächele, Thomä eine gegenüber der Fassung, die uns zugeschickt worden war, kürzere Version des Falls vor. In diesem Panel wurden hauptsächlich methodische Fragen diskutiert. Die Idee für das zweite war es, das Material unten dem gegenwärtigen

pluralistischen Gesichtspunkt in der Psychoanalyse zu diskutieren. Das dritte Panel wurde einer sozusagen französischen Perspektive über das klinische Material gewidmet. Das vierte versuchte eine jungianische Perspektive; zu diesem konnte ich nicht kommen, weil ich, wie es vielen anderen möglicherweise auch ergangen ist, gleichzeitig einer anderen Verpflichtung nachkam. Marcio Giovanetti hat mir freundlicherweise eine Zusammenfassung der in diesem Panel präsentierten Vorträge ausgehändigt, aber ich befürchte, dass ich dieses Material in meine Schlussfolgerungen leider nicht einbeziehen kann. Dabei handelt es sich um eine Schwierigkeit, mit der wir im Verlauf der Panels konfrontiert wurden und die mit der Struktur des Kongresses zusammenhängt. Während der Diskussion haben einige Leute darauf hingewiesen, dass viele von den Anwesenden das von Thomä vorgestellte Material gar nicht kannten, weil sie aus verschiedenen Gründen bei seiner Präsentation nicht anwesend waren. Dieser Umstand hat es den Zuhörern wahrscheinlich erschwert, die Debatten unter dem einzigartigen Eindruck zu hören, den die Präsentation des klinischen Materials in jedem einzelnen hinterlässt. Diese Situation hatte aber auch eine weitere Auswirkung, nämlich die, dass die Debatte in eine ganz andere Richtung gelenkt wurde. Von Anfang an war es klar, dass es sich um eine Diskussion zwischen Thomä und den Referenten handeln würde und dass die anderen eher Zuschauer als aktive Teilnehmer sein würden. Thomä saß in der ersten Reihe, und es war offensichtlich, dass ihn die Referenten während ihres Vortrages anschauten. Thomä hielt sich nicht aus der Diskussion heraus, beantwortete Fragen und gab Erläuterungen von sich. Damit wurde eine spannende und immer wieder bewegende Atmosphäre geschaffen. So wurde die Frage, ob es, trotz aller Unterschiede und Schwierigkeiten in der Kommunikation, eine psychoanalytische Gemeinde gäbe, bejaht, als Thomä im Namen vieler sagte, dass er sich in der Debatte beim Zuhören der Ausführungen seiner französischen Kollegen zu Hause, „at home“, fühle, auch wenn sie sich etwas fremd anhörten. Ich kann es nicht umhin, auf die positive Einstellung der Referenten gegenüber dem Material und seinem Autor hinzuweisen. Die Diskussion war respekt-, ja sogar liebevoll, was der Unterschiedlichkeit von Standpunkten jedoch keinen Abbruch tat. Das ist insofern wichtig, als die Gefahr bestand, in eine Art öffentliche Supervision zu geraten, in der der Supervisor in der Regel eine höhere Position einnimmt und die Technik des Vorträgers kritisiert. Nur einmal kam es vor, dass ein Referent seine Verwirrung gegenüber der von Thomä verwendeten Technik zum Ausdruck brachte, indem er die so genannte „Unfähigkeit, die Übertragung auszuhalten“, wenn auch in höflichem Ton, als falsch abstempelte.

Aber es ist in diesem Rahmen nicht möglich, die vielfältigen und wertvollen Vorträge jedes Referenten zu diskutieren. Darum werde ich im Folgenden die über die unterschiedlichen

Panels hinweg übergreifende Debatte zusammenfassen. Dabei werde ich auf einige übergeordnete Dimensionen achten, die die ganze Diskussion geprägt haben.

Die erste wichtige Frage, die immer wieder auftauchte, beschäftigte sich damit, was ein klinisches Material überhaupt sei. Es liegt auf der Hand, dass, wenn es um die Präsentation eines klinischen Materials von Hunderten von Sitzungen geht, die Frage aufgeworfen wird, wie Komplexität reduziert werden soll, ohne dadurch die Verständlichkeit einzuschränken oder den Inhalt zu verdrehen. In diesem Zusammenhang könnten wir uns fragen, ob es einen Unterschied gemacht hätte, wenn die Sitzung anders editiert worden wäre, wenn wir z.B. die Tonbandaufnahme gehört hätten, oder wenn eine andere Sitzung vorgestellt worden wäre, z.B. die erste oder die letzte Therapiestunde. Was ist eigentlich „das Material“? Sind die Daten das, was der Patient sagt oder das, was der Analytiker vom Patienten denkt, dass er meint? Freilich hat Thomä kontextuelle Daten mitgeliefert, damit man zumindest nachvollziehen kann, worum es in der Sitzung seiner Meinung nach ging. Aber diese Frage, die in der Debatte offen geblieben ist, spielt eine wichtige Rolle bei der Klärung des wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse. Wissenschaftliche Daten müssen der Öffentlichkeit zugänglich sein. Ein Beispiel wird diesen Punkt verdeutlichen. In der Diskussionsgruppe über Depression hat Sidney Blatt eine Nachanalyse der Daten aus der Kooperationsstudie über die Behandlung der Depression von Elkin am NIMH in den Vereinigten Staaten vorgestellt. Er erzählte, dass er gegen einen Betrag in Höhe von 300 Dollar Zugang zu den Originaldaten hatte und sie dann etwas abweichend von den Schlussfolgerungen der Originalstudie neu interpretiert hat. Können wir uns eine ähnliche Situation in der Psychoanalyse vorstellen? Auf der anderen Seite ist zu fragen: Wenn ein Analytiker klinisches Material präsentiert und daraus Schlussfolgerungen zieht, ist er dann dabei, seine Hypothesen zu belegen oder veranschaulicht er nur seine Theorien, welche in diesem Fall bloß als Metaphern zu verstehen sind? In seinem Vortrag hat Daniel Widlocher behauptet, dass „a written case is not a clinical fact. It is used as kind of fiction which may be listened to otherwise. By exposing his or her own ‘listening’, the discussant proposes a new fiction“. Ich frage mich, ob man mit dieser Behauptung die Psychoanalyse aus dem wissenschaftlichen Gebiet herausnimmt und sie der Sciencefiction gleichstellt. Jedenfalls, ohne dass irgend jemand behauptet hätte, diese Fragen endgültig beantwortet zu haben, konnte man sich einigermaßen darauf einigen, dass es Wege gibt, zu argumentieren und Hypothesen zu untermauern, die diese plausibler werden lassen.

Die zweite wesentliche Frage ging dahin, wie klinisches Material diskutiert werden soll. Vielleicht ist das die interessanteste Frage im ganzen „track“, weil sich jeder einzelne Referent diese Frage im Vorfeld stellen und dafür eine eigene Antwort finden musste. In der Regel hat man in den Vorträgen versucht, ein optimales Gleichgewicht zu wahren zwischen der Betrachtung des Materials aus der eigenen Theorie und dem Versuch, sich ihm aus seiner inneren Logik heraus zu nähern; anders gesagt, zwischen der Betrachtung des Materials aus der internen Kohärenz nach der von Thomä in seiner Einführung vorgestellten Theorie und dem Verlauf der Sitzung aus der Sicht der Referenten heraus. Mit anderen Worten haben die meisten versucht – ich glaube mit Erfolg – sich der Verlockung einer öffentlichen Supervision zu entziehen. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Diskussion des Materials mit Rücksicht auf seine eigene Logik eine empathische Annäherung, eine vorläufige Aussetzung des kritischen Urteilsvermögens voraussetzt, um zunächst das, was der Autor gemeint hat, zu verstehen. Das ist es, was der alte scholastische Spruch „credo ut intelligam“ meint, d.h. um den anderen zu verstehen, muss ich erst an ihn glauben; die erste Phase des Verstehens bezieht einen liebevollen Akt mit ein. Freilich besagt der zweite Spruch „intelligo ut credam“, d.h. um jemandem zu glauben muss ich ihn verstehen können, und dafür muss ich auf meine eigenen Theorien zurückgreifen und sie mit jenen des Autors vergleichen. So bildet sich ein System kognitiv-emotionaler Rückkopplung, der Identifikation und ihrer Auflösung. Dieser Kreis ist über die Debatte hinweg in Bewegung geblieben und hat dadurch eine Abwertung von Thomä, z.B. dass er keine Psychoanalyse, sondern bloße Psychotherapie betreibe, verhindert. (Helmut, mach dir keine Sorgen. Die Befürchtung, nicht ernst genommen zu werden, wenn sie es überhaupt gegeben hat und nicht nur eine falsche Interpretation meinerseits war, hat sich nicht bestätigt. Du wurdest doch ernst genommen.) Diese Erfahrung ist für mich extrem wichtig, da sie zeigt, dass sich die Dinge in der IPA merklich verändert haben. Wenige Kongresse zuvor wurde ernsthaft die Nützlichkeit der Vorstellung klinischen Materials in Frage gestellt, dessen Diskussion nur dazu führte, die Kluft zwischen den unterschiedlichen Ausrichtungen zu vertiefen und eine durch Aggression und Unversöhnlichkeit geprägte, bedrückende und unangenehme Atmosphäre entstehen zu lassen. Ich glaube, Sie wissen schon, was ich damit meine.

Aber diesmal gab es auch andere Dimensionen bei der Diskussion des Materials. Im Panel über französische Psychoanalyse wurde versucht, das Material dazu zu verwenden, einen gleichzeitigen Dialog zwischen der lacanschen und der freudschen Ausrichtung in der französischen Psychoanalyse und zwischen der französischen und der nordamerikanischen Psychoanalyse auf den Weg zu bringen. In diesem Zusammenhang entstand gleichzeitig eine

vergleichende Debatte zwischen Theorien der Pathogenese unterschiedlicher Herkunft, z.B. in Bezug auf das Konzept des Penisneids. Diese parallele Debatte entfernte sich von der eigentlichen Diskussion des Materials, so dass sich bei denen, die die Debatte verfolgten, weitere Verständnisschwierigkeiten einstellten.

Die dritte Dimension, die ich hervorheben möchte, ist die Beziehung zwischen Theorie und Praxis in der Psychoanalyse, d.h. das Problem der Technik in der Behandlung. Angeblich ist das die zentrale Frage in diesem abschließenden Panel, dessen Titel lautet „was und wie sich im Fall Amalie verändert hat?“ Freilich ist es an dieser Stelle, wo ich am meisten Schwierigkeiten habe, Ihnen einen ausreichend durchdachten Kommentar, der dieser fruchtbaren Debatte gerecht wird, zu bieten. Ich habe den Eindruck, dass ich dem nicht gewachsen sein werde. Meiner Meinung nach steht diese Frage im Mittelpunkt der aktuellen Diskussion über den wissenschaftlichen Status der Psychoanalyse und der Konsenskrise innerhalb der psychoanalytischen Bewegung. Jahrelang schien die öffentliche psychoanalytische Diskussion davon auszugehen, dass sich die Technik aus der Theorie ableiten ließ. Aber die Vermehrung der Theorien und der Eindruck, dass sich die Patienten unabhängig von der Theorie ihrer Analytiker verbesserten, hat dazu geführt, dass der eindeutige Charakter der Beziehung zwischen Theorie und Praxis in Zweifel gezogen wird. Alain Vanier hat sich am Ende seiner Diskussion des Falls aus dem lacanschen Standpunkt heraus gefragt, ob bei der Betrachtung des tatsächlichen Verlaufs der Behandlung Amalies der ausgedachten Theorie überhaupt irgendeine Bedeutung zukommt. Mit anderen Worten lautet die konkrete Frage: Warum wirkt die Analyse? Und wir glauben doch, dass sie wirkt, trotz der starken theoretischen und technischen Unterschiede, die die derzeitige Psychoanalyse wie eine Vielzahl von Verschiedenheiten erscheinen lassen. Andere Kollegen behaupteten, dass – wie Lacan zu sagen pflegte – die Analyse trotz des Analytikers wirkt. Was bedeutet das? Wie soll man das verstehen? Was ist denn der Status unserer Theorien? Wozu so viel Mühe und Überfluss? Als erstes jedenfalls eine Anmerkung: die Trennung zwischen Theorie und Praxis anzuerkennen, auch wenn wir dadurch mit enormen epistemologischen und methodischen Problemen konfrontiert werden, hat uns von dem in den vergangenen Dekaden üblichen Dogmatismus befreit. Der Dogmatismus war nur aufgrund der autoritären Struktur der psychoanalytischen Institutionen möglich.

Was können wir im Grunde darüber sagen, was sich im Fall Amalie verändert hat? Man ist sich hier einig, dass die präsentierte Sitzung etwas zeigt, was man üblicherweise einen funktionierenden psychoanalytischen Prozess nennen würde. Auf unterschiedliche Art und

Weise wurde hervorgehoben, dass die Sitzung zwei miteinander dialektisch verbundene Bewegungen zeigt. Die erste ist die Bewegung in Richtung des gegenseitigen Verständnisses. Amalie bemüht sich, die Deutungen ihres Analytikers zu kapieren und zu verarbeiten; gleichzeitig nimmt der Analytiker die Mitteilungen Amalies auf und versucht, sie zu verstehen. Aber da tritt ein Bruch auf, nämlich dann, wenn Thomä die Mitteilungen der Patientin aufnimmt und in einen anderen Kontext einfügt. Da fühlt sich die Patientin nicht verstanden. Dieser von allen beobachtete Umstand führt zu einem Problem in Bezug auf das technische Konzept der Übertragung, auf die Idee, „die Übertragung auszuhalten“. Es geht um die alte Diskussion über Deutung und emotionale Erfahrung. S.Akhtar hat in seiner Diskussion ausgeführt, dass in der Technik von Thomä Strachey und Loewald integriert werden, d.h. es handelt sich um eine Deutungsarbeit, die irgendwie in die Entwicklung einer neuen intersubjektiven emotionalen Erfahrung übergeht und somit Veränderung ermöglicht. Dieser qualitative Wechsel stellt die zweite Bewegung des Nicht-Verstehens dar. Aber – wie auch gesagt wurde – Thomä scheinen diese Tatsache und der spekulative Charakter seiner Deutungen vollkommen bewusst zu sein, und er ist sogar bereit, mögliche Fehler einzuräumen, was er in der Sitzung auch tut. Dass genau darin seiner Meinung nach der kurative Effekt bestehe, hat er übrigens in der Diskussion gesagt. Dies verleiht der Technik von Thomä einen zwischenmenschlichen Charakter. Meine persönliche Bekanntschaft mit ihm ermöglicht mir, da eine theoretische Verwandtschaft mit Ferenczi zu erkennen; nicht umsonst war Thomä bei Balint in der Analyse – auch wenn man Unterschiede zwischen beiden feststellen kann. Die von Thomä vorgestellte analytische Arbeit nähert sich der so genannten aktiven Technik. Seltsamerweise entsteht hier ein Paradox. Jemand hat mir in diesen Tagen gesagt, dass die Technik von Thomä im Fall Amalie nicht demokratisch sei, weil er zu oft durch seine Interventionen neue Bedeutungen einführte, die in den Mitteilungen der Patientin nicht vorhanden waren. Dennoch ist das Gegenteil mein Eindruck; darin besteht der Widerspruch. Die Tatsache, dass Thomä die Assoziationen Amalies in einen ganz anderen, gutartigeren Kontext einfügt; dass trotz der Meinungsverschiedenheiten die Patientin sie aufnehmen und sich zu Eigen machen kann; dass Thomä seine Fehler gleichzeitig einräumt und bereit ist, sie zu korrigieren; all dies verhilft Amalie schließlich dazu, ohne dabei an Unterstützung zu verlieren, eigenständig zu denken und anzuerkennen, dass ihr Analytiker nicht allmächtig ist. Eine Technik, die sich beschränkt, „die Übertragung auszuhalten“, läuft für Thomä Gefahr, Bedingungen für die Retraumatisierung der Patienten zu schaffen, d.h. das originäre Verlassenwerden zu wiederholen. In diesem Punkt ist eine Debatte in der lacanschen Ecke über den „sujet supposé savoir“ entstanden und darüber, ob

man auf der Ebene des Imaginären oder des Symbolischen arbeiten soll. In diesem Zusammenhang bin ich wie Daniel Widlocher auch der Meinung, dass die Analytiker – das sind meine Worte, nicht seine – sich das Imaginäre so weit wie möglich entwickeln lassen und gleichzeitig das Erreichen des Symbolischen den Patienten überlassen sollten. In diesem Zusammenhang, wenn ich es richtig verstehe, hat sich Amalie dadurch verändert, dass sie auf der Ebene des Imaginären den idealisierten Kopf ihres Analytikers durchdringen konnte, nicht zuletzt weil ihr Analytiker die Bedingungen dafür geschaffen hatte, ohne dass er bei diesem Versuch vernichtet worden wäre, um am Ende zu entdecken, dass das, was sie sich so sehnlich wünschte, nicht in ihm zu finden war. So kamen die Enttäuschung und damit die psychische Weiterentwicklung.

Zum Schluss eine letzte Anmerkung. Ich fand die große Diskrepanz in den Debatten zwischen der Vielfalt der von den verschiedenen Referenten vorgetragenen Theorien, und der geringen Aufmerksamkeit, die einer detaillierten Analyse der Sitzung und der verwendeten Technik geschenkt wurde, bemerkenswert. Manchmal erreichten die Interventionen die höchsten Höhen der Metapsychologie und entfernten sie sich dabei immer weiter von der konkreten Realität der Interaktion zwischen Amalie und ihrem Analytiker“.

5.2 Emotionale Erfahrung und Übertragung - Zur Bedeutung von veränderungsrelevanten Mikroereignissen⁶

Roderich Hohage u. Horst Kächele

5.2. 0 Einleitung

5.2.1 Klinische Darstellung

5.2.2 Die "Patient's Experience of the Relationship with the Therapist" Methode (PERT)

5.2.3 Beschreibung von Aspekten der emotionalen Einsicht (AEE)

5.2.4 Integration beider Verfahren5.2.5 Stunde 2 im Detail

⁶Beitrag zur internationalen Fachkonferenz "Psychotherapeutische Prozessforschung", Universität Heidelberg, September 1986

5.2. 0 Einleitung

Wir wollen im Folgenden eine klinische Sequenz darstellen, die sich auf ein einschneidendes Ereignis hin in Form von Agieren entwickelt hat. Die Bearbeitung des Agierens erlaubte eine Entlastung der therapeutischen Situation, die eine Rückkehr zu produktiverer Arbeit ermöglichte.

Diese klinische Konzeption eines Behandlungsprozesses über einen Zeitraum von fünf Wochen hin wollen wir anhand zweier Methoden empirisch stützen, die auf einer detaillierten Untersuchung des verbal erfassten Dialogs beruhen. Die eine Methode erfasst "Aspekte der emotionalen Einsicht" (AEE, Hohage, 1986) der Patientin; die andere Methode ermittelt die "Erfahrung der Patientin mit der Beziehung zum Therapeuten" ("Patients' experience of the relationship to the therapist" PERT von Gill u. Hoffman, 1982). Die Verwendung beider Methoden, die von einander unabhängig angewendet wurden, erlaubt eine rationale Rekonstruktion der klinischen Prozessbeschreibung .

5.2.1 Klinische Darstellung

In der Anfangsphase fand die Behandlung der Patientin Amalie X mit einer Stundenfrequenz von zwei - drei Wochenstunden statt, bis eine geregelte dreistündige Frequenz erreicht werden konnte. Den ersten tonband-aufgezeichneten und verschrifteten Stunden gingen mehrere vorbereitende Gespräche voraus. Nach der 4. von uns erfassten Stunde musste die Behandlung für 14 Tage unterbrochen werden, weil die Patientin berufsbedingt abwesend war. Die von uns untersuchte Anfangsphase von 8 Stunden erstreckte sich somit über einen Zeitraum von 5 Wochen.

Thematisch stehen in diesen 8 Stunden die Beziehungsprobleme der Patientin sowie ihre Minderwertigkeitsgefühle im Vordergrund. Es geht insbesondere um die sexuellen Probleme und um die Strenge der Patientin in der Beurteilung von sich selbst und von anderen. Die Unterbrechung der Therapie spielt dagegen thematisch kaum eine Rolle.

Eine kritische Wendung nimmt die Behandlung in der 7. und 8. Stunde. In der 7. Stunde berichtet die Pat. erstmals über einen Traum mit unverhüllt sexuellem Inhalt. Sie ist darüber beunruhigt und möchte wissen, ob sie mit so einem Traum "sehr aus der Reihe tanzt". Der Analytiker antwortet auf die direkte Frage nicht konkret; dies verstärkt die Beunruhigung. Am Ende dieser Stunde weigert sie sich, einen weiteren Traum mit sexuellem Inhalt zu erzählen, obwohl sie ihn gut erinnert.

Zwischen der 7. und der 8. Stunde wird die Patientin von einem heftigen aggressiven Ausbruch ihren Schülern gegenüber überrascht. Enttäuscht von deren mangelndem Einsatz und schlechten Leistungen sagt sie voller Wut, sie würde sich freuen, wenn ein paar Schüler durchfallen würden. Sofort reagiert sie mit heftigen Schuldgefühlen.

Aus klinisch - psychoanalytischer Sicht fällt es leicht, eine Verbindung von diesem Ereignis zur Übertragung herzustellen. Mit G. Klein (1976) lässt sich vermuten, dass in diesem Ausbruch aus Abwehrgründen eine Verkehrung von aktiv zu passiv stattgefunden hat: in ihrer Wut wird die Patientin jemand, der selbst "hinauswirft" und vermeidet damit das Schicksal, ihrerseits infolge der schlechten Leistungen ihrer Schüler bei den Kollegen "durchzufallen". Die Fragen an den Analytiker während der 7. Stunde geben darüber hinaus Grund zu der Vermutung, dass die Träume u.a. die Sorge weckten, "anormal" und deshalb für die Analyse ungeeignet zu sein.

Nach psychoanalytischer Vorstellung entstehen solche Situationen nicht ohne Grund: die Angst, hinausgeworfen zu werden, bzw. durchzufallen, muss sich im Rahmen der vorausgegangenen analytischen Arbeit entwickelt haben. Es liegt deshalb nahe, die Stunden vor dieser kritischen Episode daraufhin zu untersuchen, ob sie manifeste oder latente Interaktionelle Konflikte enthielten, die zu einem Ansteigen von Angst und schließlich zu dem beschriebenen Agieren führten. Dies soll mit den eingangs erwähnten zwei Methoden geschehen. Diese werden im Folgenden in Umrissen erläutert.

5.2.2 Die "Patient's Experience of the Relationship with the Therapist" Methode (PERT)

Die von Gill und Hoffman (1982), hier mit dem englischen Akronym PERT (Patient's Experience of the Relationship with the Therapist) durchgängig bezeichnet, vorgeschlagene Methode ist eine strukturierte klinische Beurteilungsmethode. Sie stützt sich auf Verbatimtranskripte von Psychotherapien und Psychoanalysen und gibt Leitlinien, mit denen die Häufigkeiten solcher Mitteilungen ermittelt werden können, die sich auf die Patientenexplizite Erfahrung mit der Beziehung richten; außerdem werden auch solche Mitteilungen erfasst, die unter bestimmten Umständen implizite Hinweise auf die therapeutische Beziehung enthalten⁷.

Das Kodierschema enthält im Wesentlichen zwei Überkategorien, die zwischen Beziehungserfahrungen innerhalb und außerhalb der therapeutischen Situation unterscheiden und analog aufgegliedert sind:

	drinnen	verknüpfend	draußen
Patient	r	rx	x

⁷Eine deutsche Bearbeitung dieser Methode und zugleich Weiterentwicklung wurde von Herold (1995) vorgelegt. Die Methode fokussiert auf klar im Hier-und-Jetzt sprachlich erschließbare Interaktionen. Andere kommunikative Kanäle, wie Krause & Lütolf (1989) und Krause et al. (1992) an der Mimik aufgezeigt haben, werden dabei nicht berücksichtigt.

Therapeut R	RX	X
-------------	----	---

1. Patientenäußerungen :

1.1 Beziehungserfahrungen, die sich manifest und direkt auf die Beziehung zum Therapeuten richten, werden als "r" kodiert.

1.2 Beziehungserfahrungen, die sich nicht ausdrücklich auf die Beziehung mit dem Therapeuten richten, werden als "x" kodiert; es ist empfehlenswert, die originale Formulierung "not manifestly" mit „nicht explizit“ zu übersetzen (mündl. Mitteilung M. Gill).

1.3 Beziehungserfahrungen, die eine Verknüpfung von drinnen und draußen signalisieren werden entweder rx oder xr kodiert. Dies sind Mitteilungen, die ohne größere Inferenz eine Parallele zwischen den Beziehungserfahrungen außerhalb und Beziehungserfahrungen innerhalb der therapeutischen Situation enthalten. Eine weitere Kategorie des Kodierschemas fußt auf den gleichen Verknüpfungen; entscheidend ist aber, dass diese nur mit Hilfe einer Schlussfolgerung des Beurteilers (J = Judge) und damit des Außenstehenden Dritten hergestellt werden können. Sie werden mit "Jxr" kodiert. An den Stellen im Manuskript, wo "Jxr" kodiert werden, sind die Einsatzstellen zu sehen, bei denen eine Konsequenz für die klinische Arbeit hätte anders gezogen werden können.

Die Interventionen des Therapeuten werden in paralleler Weise unter Benutzung von Großbuchstaben kodiert als "R", "X", "RX", „XR“ und "JXR". Die Kodierung der einzelnen Äußerungen wird durch ein Kodierformular erleichtert, auf dem die Zeilennummern des Transkriptes notiert werden, in der eine Kodierung vergeben wird. Dadurch ist auch ein exakter Vergleich der Signierung zweier Beurteiler möglich unter Berücksichtigung der Lokalisierung einer Kodierung.

Darüber hinaus muss der Beurteiler eine kondensierte klinische Zusammenfassung schreiben, in der er auf die Hauptübertragungsaspekte fokussiert und dabei differenzieren soll, welche Aspekte vom Patienten, Therapeuten oder vom Beurteiler gesehen wurden. Abschließend muss der Beurteiler eine Einstufung des Grades vornehmen, mit dem der Therapeut die Hauptübertragungslinien aufgegriffen bzw. bearbeitet hat (Global Score). Die Pole dieser fünfstufigen, in Halbschritten vorgegebenen Skala sind (1) Übertragung nicht aufgegriffen bzw. bearbeitet und (5) Übertragung intensiv aufgegriffen und bearbeitet.

Die Reliabilität dieses Vorgehens ist bislang nicht zufrieden stellend geklärt. Gill und Hoffman (1982) haben nur die Übereinstimmung zweier Beurteiler für den Gesamtscore der Kodiereinheiten einer Sitzung geprüft und haben gezeigt, dass hier zufrieden stellende Übereinstimmung zu erreichen ist. Die Übereinstimmung der speziellen Lokalisierung der Einstufungen ist noch nicht bestimmt worden. Ungelöst ist bislang auch, wie die Übereinstimmung der klinischen Formulierungen bestimmt werden soll. Es ist denkbar,

Ähnlichkeitseinschätzungen vorzunehmen und diese mit Kontrolltexten - z.B. Formulierungen über andere Stunden bzw. andere Patienten - zu vergleichen.

Eine detailliertere Untersuchung des Verfahrens macht deutlich, dass Gill und Hoffman nicht eigentlich an einem einzelnen Ereignis kumulierenden quantitativen Analyse interessiert sind, sondern ihr Ziel im Aufspüren einzelner abgewehrter Beziehungsaspekte auf einer mikrostrukturellen Ebene des Prozesses besteht. Wichtig ist ihnen jedoch die qualitative Zusammenfassung des Stundenverlaufs, in dem die Erfahrungen der Mikroanalyse auf eine Übersichtsebene gehoben werden:

"Die sprachlich ausformulierte Feststellung ist eine kurze (eine halbe bis ganze Seite) Beschreibung, in der die Eindrücke des Beurteilers von der Arbeit des Therapeuten zusammengefasst werden. Sie gibt dem Beurteiler die Möglichkeit ein übersichtliches Bild zu vermitteln welches möglicherweise nicht klar in der molekularen Analyse herausgearbeitet werden konnte." (1982, S.159).

Hervorzuheben ist besonders, dass das Untersuchungsinstrument keine elaborierte Kodierung von Inhalten vorsieht; diese werden zwar in den verbalen Zusammenfassungen erwähnt, aber dienen nur als Träger des Beziehungsaspektes, der Gill und Hoffmann besonders interessiert. Sie stellen auch selber fest, dass ihr Vorgehen keine Analyse der Arbeit an der Übertragung erlaubt, sondern vorwiegend der Feststellung von Widerstand gegen die Übertragung dient.

Eine quantitative Auswertung der Analysen von Gill u. Hoffman, die 1984 an den ins Englische übersetzten Verbatimprotokollen der Stunden 1 - 5 durchgeführt wurden, kann sich auf die Verteilung der Kategorien r, xr Jxr, und x, sowie auf die Kategorien R, XR – und X stützen; darüber hinaus haben Gill u. Hoffman ihren Eindruck von der Arbeit des Analytikers an der mehr oder minder expliziten Beziehungserfahrung des Patienten in einem sog. Global Score zusammengefasst, der der klinischen Ausrichtung dieses Instrumentes verpflichtet ist; hierzu wird eine ausformulierte Begründung verlangt.

Da von Gill u. Hoffman nur die Stunden 1 - 5 (und 513 - 517) beurteilt worden waren, mussten die Stunden 6 - 8 von uns kodiert werden. Um eine möglichst gute Anpassung an das Gill u. Hoffmann'sche Vorgehen zu erreichen, haben wir die Einzelkodierungen der Stunden 1 - 5 (u. 513 - 517) im aufgelistet und zu Summen-Scores $\sum r$ und $\sum R$ zusammengefasst: das Verhältnis dieser beiden Scores ,d. h. das Ausmaß der Thematisierung der aktuellen Beziehung in ihrer direkten und indirekten Form steht in inverser Beziehung zu dem von Gill u. Hoffman vergebenen, zusammenfassend- bewertenden Score für das Ausmaß der Arbeit am Erleben des Patienten der therapeutischen Beziehung (GS).

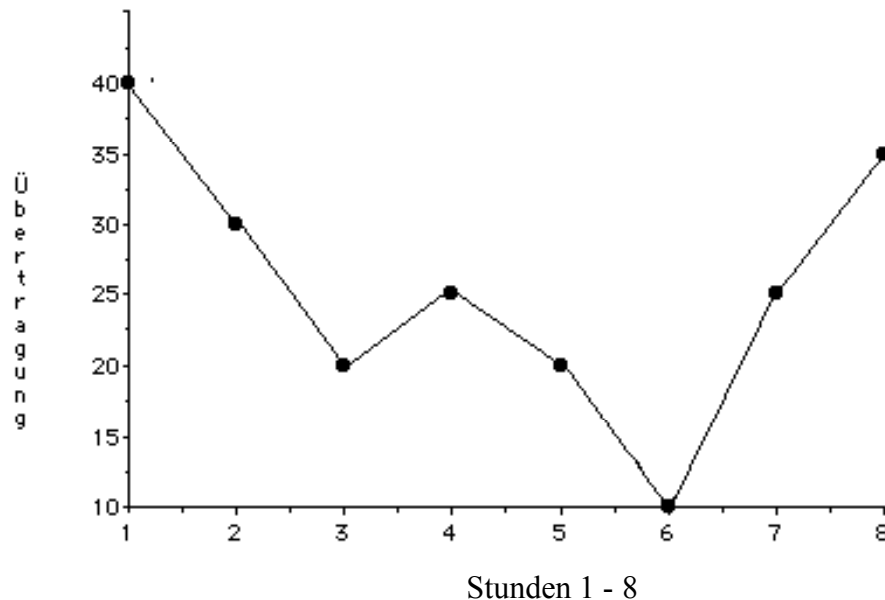
Wir gingen von der Annahme aus, dass ein optimale Arbeit an der Beziehung durch ein ausgeglichenes Verhältnis von $\sum r$ und $\sum R$ ausgedrückt wird und dass entsprechend der Global Score dieses Verhältnis reflektiert. Wir haben diese Annahme überprüft und konnten folgendes zeigen:

Die Beziehung zwischen dem von uns errechneten Maß für die Arbeit an der Beziehung und dem Global Score von Gill u. Hoffmann beträgt mit der Spearman'schen Rang-Korrelation berechnet $r_s = -.86$ (bei Glättung der Verteilung der Werte $\sum r : \sum R$ durch Wurzeltransformation beträgt die Korrelation $r_s -.75$).

Verkehrt man die Relation so ergibt die Beziehung des Quotienten von $\sum R$ zu $\sum r$ zu dem Global Score eine kurvilinearen Funktion, die deutlich macht, dass im niedrigen Bereich die Globalbeurteilung sich weniger direkt auf den Quotient zurückführen lässt als im Bereich höherer Werte des GlobalScore.

Global Scores nach Gill u. Hoffman

Im folgenden Diagramm zeigen wir den Verlauf der ersten acht (Tonband-registrierten Sitzungen) der analytischen Therapie anhand der Global Scores nach Gill u. Hoffman.



Das Diagramm zeigt einen deutlichen Abfall der Global Scores von Stunde 1 zu Stunde 6 mit einem nachfolgenden Wiederanstieg der Beurteilung des "Ausmaßes der Arbeit an der Übertragung". Der Zeitpunkt des Agierens fällt in die Wiederanstiegsphase in der Stunde 7.

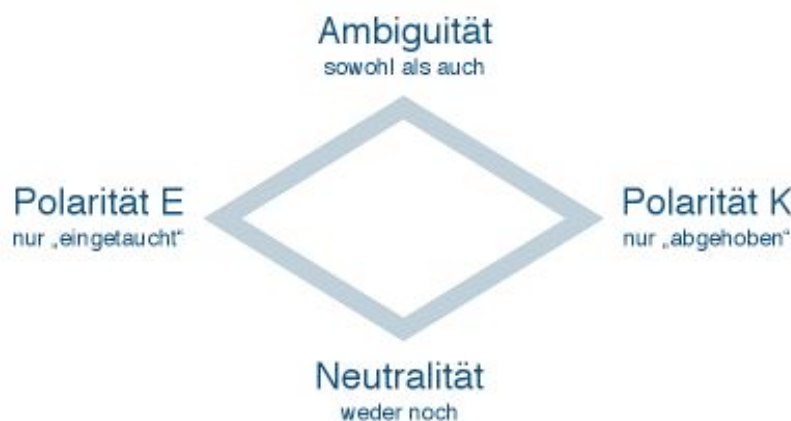
5.2.3 Beschreibung von Aspekten der emotionalen Einsicht (AEE)

Auch die Bestimmung von Aspekten der emotionalen Einsicht (AEE) ist ein Einstufungsverfahren, das auf Verbatimtranskripte von Therapiestunden Anwendung findet. Dem Verfahren liegt die konzeptuelle Fassung von emotionaler Einsicht als Ambiguität in der Selbstwahrnehmung zugrunde: Erleben muss zugleich von einem Innenstandpunkt und von einem Außenstandpunkt wahrgenommen und die beiden Sichtweisen aufeinander bezogen werden, wenn emotionale Einsicht erreicht werden soll. Dem Innenstandpunkt entspricht ein emotionaler Zugang zum Erleben, dem Außenstandpunkt ein kognitiver Zugang (Hohage u. Kübler 1987, 1988).

Eingestuft werden "signifikante Äußerungen" des Patienten von mindestens zehn Textzeilen Länge. Kürzere Äußerungen werden entsprechend zu größeren Einheiten zusammengefasst. Sie werden begrenzt durch inhaltlich relevante Therapeutenäußerungen, sowie durch Pausen von mehr als zehn Sekunden Dauer.

Das Einstufungsverfahren besteht aus zwei Subskalen, die einander dialektisch zugeordnet sind: aus einer Kombinationsskala, sowie aus einer Gewichtungsskala für das Ausmaß von Erleben. Subskala E misst den emotionalen Zugang des Patienten zum Erleben: bestimmt wird, wie weit der Pat. in sein Erleben eingetaucht ist.

Subskala K misst den kognitiven Zugang: bestimmt wird, wie weit der Patient von seinem Erleben abgehoben ist. Die Einstufung auf beiden Skalen erfolgt unabhängig voneinander, obwohl sie in einem Gegensatzverhältnis zueinander stehen. Die Kombination beider Subskalen erlaubt Aussagen über Ambiguität, Polarität und Neutralität der einzustufenden Aussagen. Die Extrempositionen bei der Kombination dieser dialektisch zugeordneten unipolaren Skalen erläutert nachfolgende Abbildung:



Wenn nur das E - Prinzip bzw. nur das K - Prinzip ausgeprägt ist, das Gegenstück dazu aber fehlt, ist die Polarität bzgl. emotionalen Zugangs bzw. kognitiven Zugang hoch. Sind beide Prinzipien ausgeprägt und aufeinander bezogen, liegt Ambiguität vor: der Patient ist zugleich eingetaucht ins Erleben und von ihm abgehoben. Dem Psychoanalytiker ist dieser Ansatz seit Sterbas (1934) Arbeit über die therapeutische Ich-Spaltung wohl bekannt. Ist der Patient weder eingetaucht noch abgehoben, ist die eingestufte Aussage neutral, d.h. die Beteiligung bzw. das Involvement des Patienten erreicht den Wert Null. Neutralität, Polarität und Ambiguität können rechnerisch bestimmt werden:

= Neutralität oder besser das Ausmaß von Involvement ist so definiert, dass sie der Addition der beiden Subskalen entspricht.

= Polarität wird sichtbar, wenn die Einstufungswerte der Subskalen voneinander subtrahiert werden

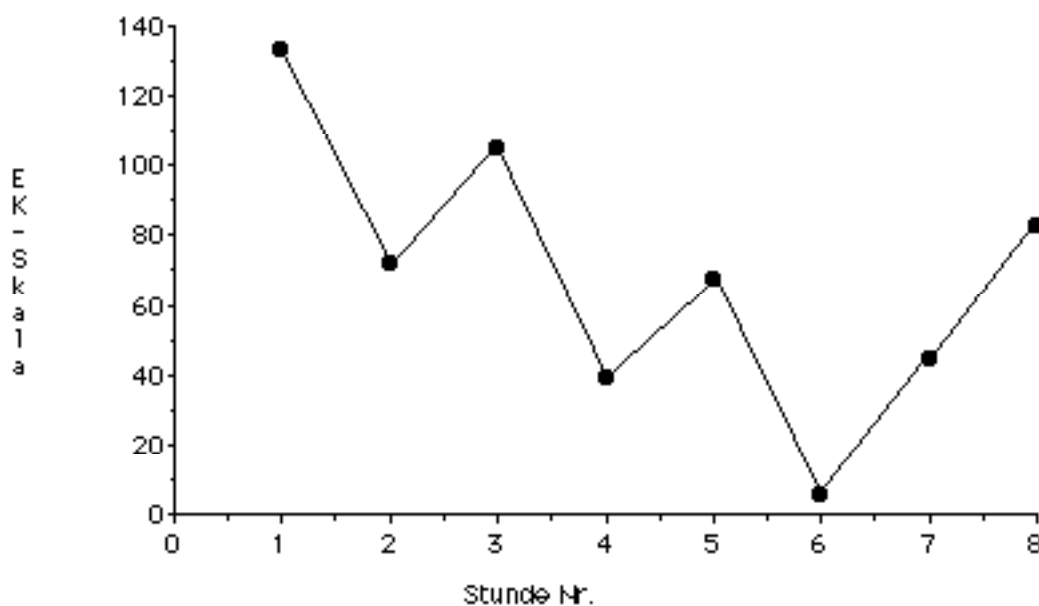
= Ambiguität entspricht rechnerisch einer Multiplikation von Werten der E- Skala und der K - Skala: wenn eine Skala den Wert 0 erhält, besteht definitionsgemäß keine Ambiguität. Bei rechnerischer Ermittlung können aber Pseudo-Ambiguitäten auftreten, weil emotionaler und kognitiver Zugang zufällig nebeneinander stehen, ohne aufeinander bezogen zu sein. Deshalb wird die Ambiguität vom Beurteiler in einer eigenen Skala (EK - Skala) ermittelt.

Die Einstufungen beziehen sich auf das Erleben des Patienten, d.h. auf seelische Vorgänge, die im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen. Damit unterscheidet sich dieses Verfahren von der Mehrzahl anderer Verfahren, bei denen die Emotionalität einer Aussage bestimmt wird, unabhängig davon ob sie vom Patienten auch erlebt wird. Das Ausmaß von Erleben wird auf einer eigenen Gewichtungsskala (gwE - Skala) eingestuft.

Aus den Einstufungen einzelner Aussagen können Summenscores für ganze Stunden ermittelt werden. Aus sachlichen und ökonomischen Gründen werden für die Summenscores einer Therapiestunde nur Einstufungen der sechs erlebnisintensivsten Äußerungen herangezogen.

Ergebnisse

Die folgende Abbildung zeigt die Summenscores der Stunden 1 - 8 auf der EK - Skala.



Verlauf der EK - Skala

Aus der Abbildung wird deutlich, dass die Stundenmittelwerte für die EK - Skala, also für emotionale Einsicht, auf einem hohen Niveau beginnen und dann bis zur sechsten Stunde deutlich abfallen. In der siebten Stunde steigt die emotionale Einsicht wieder an; dies setzt sich in der achten Stunde deutlich fort.

Von Bedeutung gerade bei dieser Patientin ist auch die Polarität von emotionalem und kognitivem Zugang. Wie die Einstufungswerte zeigen betont die eher zwanghafte Patientin

erwartungsgemäß den kognitiven Zugang mehr als den emotionalen Zugang zum Erleben. Nur in der ersten und in der achten Stunde sind E- Werte und K - Werte gleich hoch. Die Stunde sechs ist die einzige, bei der der emotionale Zugang stärker als der kognitive Zugang ist. In dieser Stunde erregt sich die Patientin vorwiegend über andere Personen, ohne diese Erregung zu reflektieren. Stunde sieben zeigt das deutlichste Übergewicht des kognitiven Zugangs. Nach dieser Stunde ereignete sich der aggressive Ausbruch der Patientin.

5.2.4 Integration beider Verfahren

Im nächsten Schritt integrieren wir den interpersonalen und den intrapsychischen Aspekt. Beide Verlaufskurven zeigen einen ähnlichen Verlauf mit einem Abfall über die Stunden 1 - 6 und dem Wiederanstieg in den Stunden 7 und 8. Der Gill-Hofmann Global Score und die emotionale Einsicht sind mit $+ .72$ korreliert.

Bedenkt man, wie verschieden Theorie und Methode beider Verfahren sind, ist die Synchronizität erstaunlich, zumal die Einstufungen unabhängig voneinander durchgeführt wurden. Es scheint uns offensichtlich, dass die Qualität der therapeutischen Arbeit vor dem Zeitpunkt des Agierens zu wünschen übrig gelassen hat. Es erhebt sich die Frage, warum das Agieren erst nach Stunde sieben und nicht nach Stunde 6 eintrat. Wir rekonstruieren aufgrund der Einzelergebnisse, dass die Stunde 6 eine besonders spannungsarme, aber zugleich unergiebig und die therapeutische Beziehung ganz aussparende Sitzung war, während die Stunde 7 von Seiten der Patientin eine hohe Zahl von einzelnen Beziehungsangeboten aufweist, die vom Therapeuten kaum aufgegriffen wurden. Stattdessen zeigt die Patientin ein besonders starkes Übergewicht des kognitiven Zuganges, das in einem Widerspruch zu der Emotionalität des Traumes steht.

Nach der klinischen Einschätzung dürfte die ungenügende Bearbeitung mit der Entwicklung latenter interaktioneller Konflikte zusammenhängen. In den Stunde 3 - 6 können in der Tat nach dem PERT-System kaum interaktionelle Konflikte identifiziert werden; anders dagegen in den ersten beiden Stunden. Wir möchten deshalb am Beispiel der Stunde 2 das Auftauchen eines interaktionellen Konfliktes aufzeigen.

5.2.5 Stunde 2 im Detail

Am Ende der 1.hier untersuchten Stunde hatte die Patientin Amalie X verstohlen auf die Uhr geschaut und war vom Analytiker darauf aufmerksam gemacht worden. Im abschließenden

Gespräch ergab sich, dass sie vermeiden wollte, vom Analytiker hinauskomplimentiert zu werden und deshalb die Stunde innerlich vorzeitig abschloss.

Die nun darzustellende 2. Stunde eröffnet die Patientin mit einem Bericht über den Besuch von Bekannten, den sie nicht von sich aus zu begrenzen wagte. Ihr seien solche Situationen peinlich, weil sie nicht unhöflich sein wolle. Das "Hinauswerfen" oder "Lästig-Fallen" war ein Thema der Vorstunde im Zusammenhang mit der Beendigung der Sitzung. Wie die Einstufungswerte zeigen, ist sie in den ersten Äußerungen emotional beteiligt und erscheint auch einigermaßen einsichtsvoll. In seinen Interventionen geht der Analytiker einführend mit und klarifiziert das Erleben der Patientin, besonders das Gefühl der Hemmungen. In den Einheiten 4 und 5 betont er verstärkend den latenten Ärger der Patientin auf diese Bekannte und den Impuls, die Bekannten hinauszuerwerfen.

In der folgenden Einheit 6 verlagert die Patientin den Fokus: sie beschreibt, wie sie sich über sich selbst ärgert und sich "wie der letzte Dreck" vorkommt, während andere Leute, z. B. ein Vorgesetzter, sie für durchsetzungsfähig und karrieresüchtig halten. *(Die Einheit 7 war für die Rater nicht einzustufen, weil die Patientin nach einer Rückfrage des Analytikers eine Episode mit dem Vorgesetzten schildert und dabei auf ihr Erleben nicht dezidiert eingeht).* In Einheit 8 beschreibt sie sich eher als Trabant ihrer Brüder, also als nicht durchsetzungsfähig, verfällt in Schweigen und fragt schließlich den Analytiker nach seiner Meinung: "Ich möchte wissen, wie ich das wohl sehen soll?". Der Analytiker antwortet ausweichend unter Wiederholung ihrer früheren Aussagen.

Jetzt vertieft die Patientin ihre Beschreibung der Unterlegenheit gegenüber den Brüdern, betont zunächst das Erleben als Versager, dann selbstkritisch und einsichtsvoll die Tendenz, sich auch zum Versager stempeln zu lassen (Einheit 10). Der Analytiker interessiert sich für Einzelheiten, die in Einheit 11 bis 13 geschildert werden. Der emotionale Zugang wird aber laufend schwächer. Während der Einheit 13 schaut die Patientin wie schon in der Vorstunde auf die Uhr. Der Analytiker greift diesen Blick auf und deutet ihn im Zusammenhang mit der Tendenz, eher besorgt als ärgerlich zu sein, was sich ja auch am Umgang mit den Freunden zeige. Die Patientin antwortet mit einer langen grüblerischen Schilderung ihrer Skrupel und Hemmungen. Der kognitive Zugang erreicht in diesen Einheiten (14 und 15) einen Höhepunkt. Dann folgt wieder ein längeres Schweigen.

Auf Nachfrage des Analytikers kommen Gedanken und Fragen zum Setting: *"Ich überleg schon so in Klammern, warum ich hier liege und nicht sitze. Ich soll wohl Ihre Reaktion nicht sehen, ich weiß es nicht. Weil, das ist irgendwo so, irgendwo so verunsichernd."*

Es folgen auf Nachfrage des Analytikers Vermutungen über den Sinn der Anordnung im Liegen und über die Gründe, warum der Analytiker nicht direkt antwortet. Emotionaler Zugang und Ausmaß von Erleben bleiben aber gering.

Anhand dieses Behandlungsausschnittes lassen sich einige Weichenstellungen für die Entwicklung der therapeutischen Beziehung in den ersten Stunden beschreiben: Zunächst bleibt diese Beziehung im Hintergrund der Aufmerksamkeit, und in der Beschäftigung mit dem eigenen Erleben erscheint die Patientin als produktiv. Die Konfrontation mit dem Blick auf die Uhr rücken wichtige Beziehungsanteile in den Mittelpunkt. Wie auch in der Vorstunde folgt die Patientin dem Analytiker bereitwillig, d.h. es wird über ihre Vorstellungen von der Beziehung und zum Setting gesprochen. Unsere Einstufungswerte für die AEE zeigen aber, dass der emotionale Zugang zum Erleben und die Einsicht eher zurückgehen, die Selbstkritik dagegen verstärkt wird.

Eine zweite Komplikation im Stundenverlauf ergibt sich durch die Fragen der Patientin, die durchaus zu ihrer Darstellung ihrer Abhängigkeitsproblematik passen. Der Analytiker

erscheint etwas überrascht und antwortet defensiv. Die Patientin kann immerhin später an dieser seiner Zurückhaltung vorsichtige Kritik üben, aber sie nimmt die Kritik rasch zurück, und am Stundenschluss ist vor allem von ihrer eigenen Unsicherheit die Rede. Wiederum stehen die Einstufungswerte in einem Gegensatz zur Bereitwilligkeit der Patientin, mit der sie dem Analytiker folgt. Die Schlussfolgerung liegt nahe, dass das Mitgehen der Patientin in diesem Falle eher Unterwerfung und Wendung der Aggression gegen sich selbst signalisiert.

Betrachtet man die Verteilung dieser Kodierungen des PERT-Systems der Stunde 2 im Detail, so ist zu erkennen, dass in der ersten Hälfte der Stunde direkte und indirekte Hinweise auf die therapeutische Beziehung spärlich sind; nach der Konfrontation mit dem Blick auf die Uhr intensiviert sich das Beziehungsangebot der Patientin und dieses wird vom Analytiker auch mehrfach aufgegriffen. Diese Intensivierung erfolgt gerade in jenen Einheiten, die sich durch geringe Einsicht und Emotionalität auszeichnen, als ob dies der Preis für die Aktivierung des interpersonalen Konfliktes wäre. Eine der möglichen Antworten findet sich in einem Detail der Gill'schen Kodierung: die Patientin könnte durch den abrupten Hinweis auf die Uhr geschaut zu haben verletzt worden sein. Denn sie sagt kurze Zeit später in einem manifest auf den Besuch gerichteten Kontext: "ich fühl mich manchmal verletzt, wenn jemand so knallhart seine Meinung sagt". Diese Äußerung wurde von Gill u. Hoffman als Jxr eingestuft, dessen Basis in der oben erwähnten Konfrontation liegt. Die Verletzung wird verständlich, wenn man bedenkt, dass die Patientin sich mit dem Blick auf die Uhr vor dem Gefühl schützen wollte, heraus geworfen zu werden. Der thematische Bezug zum Hinauswerfen der Schüler im Agieren erscheint uns offensichtlich. Umso schwerer wiegt die Tatsache, dass diese Episode in den Stunden 3 - 7 mit keinem Wort mehr erwähnt wurde. Analytiker und Patientin einigten sich stattdessen auf die Bearbeitung externer Probleme.

Ob die Folgen in Form der Verschlechterung der analytischen Arbeit und dann in Form des Agierens vermeidbar gewesen wären, wenn der Analytiker an dieser Stelle den Hinweis auf die Verletzung als Hinweis auf einen akuten Konflikt in der Beziehung aufgefasst und bearbeitet hätte, ist zu diskutieren.

Wir haben eingangs darauf hingewiesen, dass veränderungs-relevante Ereignisse sich primär in kleinen Interaktionssegmenten finden und in den übergeordneten Einheiten nachwirken. Wir sehen den Nutzen einer solchen detaillierten Verlaufsstudie vor allem in der Sensibilisierung für die Bedeutung, die interaktive Mikroprozesse auf den Verlauf einer analytischen Therapie haben.

5.3 Veränderungen des Selbstgefühls durch eine Psychoanalyse⁸

Lisbeth Neudert-Dreyer, Hans Joachim Grünzig u. Helmut Thomä

5.3.1 Selbstwertgefühl als ein Konzept der Therapieforschung

5.3.2 Hypothesen und Methode

5.3.3 Ergebnisse

5.3.4 Diskussion

⁸Die deutsche Bearbeitung von H. Kächele basiert auf Neudert L, Grünzig HJ, Thomae H (1987a) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire NM, Thomä H (Eds) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley & Sons, New York Chichester, S 243-265

5.3.1 Selbstwertgefühl als ein Konzept der Therapieforschung

Wir haben das Selbstwertgefühl als Konzept für diese Untersuchung gewählt wobei wir uns durch folgende Überlegungen leiten ließen:

In der Persönlichkeitsforschung der letzten Dezennien spielte das Selbstwertgefühl und eine Reihe ähnlicher Konzepte eine große Rolle, wie Cheshire u. Thomä (1987) aufgezeigt haben. Diese Entwicklung ist vorangeschritten; heute werden auch klinische Aspekte ausgiebig diskutiert (Bracken 1996). Mit der Theorie der Mentalisierung – der Theory of Mind Diskussion in der Entwicklungspsychologie – wurden eine psychoanalytisch hoch relevante Perspektive eröffnet (Fonagy et al. 2002), die längst von der Narzissmus-Selbstpsychologie Schule hätte erwartet werden können.

In der psychoanalytischen Therapieforschung wurde allerdings dieses Konzept relativ vernachlässigt. Trotzdem ist es gerade dieses Konzept das u. E. in der Vermittlung und Prozess- und Ergebnisforschung eine besondere Rolle spielen könnte. Wenn nämlich der therapeutische Prozess als ein gradueller Vorgang des Erwerbs bestimmter Haltungen und Fähigkeiten verstanden werden kann, und wenn das Ergebnis in der Form von Fähigkeiten zum Einsatz gerade dieser Fähigkeiten verstanden wird, dann folgt daraus, dass ein Forscher Informationen zusammentragen sollte, die diesen Erwerb widerspiegeln. Natürlich sind das nicht die einzigen Variablen, die untersucht werden müssen.

In der psychoanalytischen Theoriebildung und in der klinischen Praxis war das Selbstwert-Gefühl lange als ein Epiphänomen ohne größere psychodynamische Bedeutung betrachtet worden. Freud betrachtet das Konzept nicht so sehr als technischen Begriff, sondern mehr als einen umgangssprachlichen Terminus, der allerdings in enger Verbindung zur Idee des Narzissmus steht. Er erwähnt 1914 drei Faktoren, die zum Selbstwertgefühl führen: 1) 'Alles was eine Person besitzt oder erwirbt, alles was auch nur von ferne an das frühe Gefühl der Omnipotenz erinnert, das von der Erfahrung bestätigt wird', 2) die Erfüllung des Ich-Ideals, welches den verloren gegangenen Narzissmus der Kindheit repräsentiert, und 3) die Genugtuung geliebt zu werden im Kontext einer narzisstischen Objekt-Wahl (Freud 1914). Das Selbstwert-Gefühl erwarb dann theoretische und klinische Bedeutung im Kontext der Weiterverbreitung des Narzissmus-Konzeptes und seiner Revisionen durch Kohut (1973a, 1979b).

Unabhängig jedoch vor seiner Anbindung an das Narzissmus-Theorie (und damit auch von der Triebtheorie) wurde dem Selbst und dem Selbstwert in der Psychoanalyse vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt, zumal da die Selbstpsychologie als konsequente Weiterentwicklung der Ich-Psychologie betrachtet werden konnte (Dare u. Holder, 1981; Thomä, 1980).

In der klienten-zentrierten Psychotherapie waren die Konzepte von Selbstwert-Gefühl und Selbstakzeptanz von je her von fundamentaler Bedeutung für die zugrunde liegende Theorie der Persönlichkeit und der Therapie (Rogers 1959/ dt. 1983). Das therapeutische

Prozessmodell von Rogers nimmt an, dass der Klient - gefördert durch die unbedingte positive Akzeptanz durch den Therapeuten zunehmend in der Lage ist, sein Selbstwert-Gefühl zu entwickeln. 'Angenommen werden durch andere' führt jedoch nicht direkt zu Selbstakzeptanz, sondern schafft eine sichere Atmosphäre, die von frei von Furcht ist⁹. Der Klient erfährt, überprüft und vermindert damit die Inkongruenzen zwischen Erfahrung und Selbst-Konzept in einem Klima, indem er sich nicht bedroht fühlt. Der Zuwachs an Selbstwert-Gefühl ermöglicht, dass der Klient Erfahrungen integriert, die nicht oder nicht korrekt symbolisiert waren. Cheshire u. Thomä (1987) haben untersucht, wie Rogers' Konzept einer therapeutischen Haltung spezifisch mit den psychoanalytischen Hypothesen über die Funktion der Übertragung und der "hilfreichen Beziehung" vermittelt werden können.

Wir haben diesen klinischen Rahmen durch ein Modell ergänzt, das aus allgemeinspsychologischen Befunden der Selbst-Konzept-Forschung stammt. Nach diesem Modell ist es sinnvoll eine Unterscheidung zwischen globalem Selbstwert-Gefühl und situations- bzw. bereichsspezifischen Selbstgefühlen zu treffen

In unserer Untersuchung verfügten wir zwar über verbale Angaben zur externen Situation, aber diese Angaben waren durch die subjektive Sicht der Patientin bestimmt. Deshalb verzichteten wir auf die Unterscheidung und gingen von der Annahme aus, dass das globale Selbstwert-Gefühl durch einzelne Komponenten des Selbstwert-Gefühls bestimmt wird, die sich auf verschiedene Lebensbereiche beziehen.

Mit diesen Überlegungen berichten wir über eine empirische Untersuchung des Behandlungsverlaufes der Patientin Amalie X im Lichte des referierten Konzepts.

5.3.2 Hypothesen und Methode

Ziel der Untersuchung war die Überprüfung von Verlaufshypothesen zur Veränderung des Selbstwertgefühls in der Behandlung der Patientin Amalie X.

Ergänzend zu der klinischen Darstellung der Patientin in Kap. 4 möchten wir erneut auf die verdienstvolle Untersuchung von Frauen mit idiopathischen Hirsutismus hinweisen, die Meyer und von Zerssen (1960) durchgeführt haben. Diese beiden engagierten Vertreter einer empirischen Psychosomatik haben darauf hingewiesen, dass die Kombination von

⁹In diesem Sinne haben Biermann-Ratjen u. Eckert (2002) die historisch frühe Verknüpfung von Bindungsforschung und Gesprächstherapie reklamiert

genetischen Faktoren und durch stress-bedingten Reaktionen zu einem Anstieg des Androgen-Niveaus führen kann, wenn einer kritischen Maß erreicht ist.

Es liegt nahe, dass Frauen mit einem Hirsutismus in Abwesenheit klarer genetischer Disposition, wie es bei Pat. Amalie X der Fall ist, Stress-Situationen ungünstig handhaben.

Diese Annahme wird durch den Umstand begünstigt, dass neurotische Störungen, die unabhängig von der hirsuten Symptomatik sind, bemerkenswert oft bei diesen Frauen vorkommen. Auf der Basis ihrer empirischen Befunde vermuten Meyer u. von Zerssen, dass es sich um ein Neben-Produkt psychogener Mechanismen eines Wunsches, ein Mann zu sein, handelt. Nach dieser Auffassung reaktiviert ein Hirsutismus einen solchen weit verbreiteten Wunsch, und je mehr Frauen schon psychologisch prädisponiert sind, desto eher haben sie diesen unbewussten Wunsch. Als eine Folge des Hirsutismus leiden viele Frauen an einer Akzeptanzproblematik und Meyer (1963) unterschied klar zwischen einer Abnahme der subjektiven Akzeptanz (kann ich mich lieben wie ich bin) und einer vermuteten Zurückweisung durch Andere (kann mich eine andere Person lieben wie ich bin ?).

Deshalb folgen wir bei der Formulierung der Hypothesen den Überlegungen von Meyer und von Zerssen: 1) Hirsutismus reaktiviert den Wunsch ein Mann zu sein und führt deshalb zu Schwierigkeiten in der weiblichen Identität; 2) Frauen mit Hirsutismus leiden an einer Akzeptanzproblematik.

5.3.2.1 Hypothesen

Bei der Untersuchung von Veränderungen des Selbstwert-Gefühls (SWG) interessieren wir uns besonders für drei Aspekte:

- 1) für Veränderungen des allgemeinen SWG, und für Veränderungen in speziellen Bereichen des SWG als Funktion des therapeutischen Prozesses.
- 2) für die Auswirkungen der Akzeptanz von wichtigen, signifikanten Beziehungspersonen, worunter natürlich auch der Analytiker zu zählen ist,
- 3) für die Fähigkeit des Patientin, solche innerseelische Bedingungen zu identifizieren, die sich als Hindernisse für einen Wachstum des SWG erweisen. Einschränkend müssen wir hinzufügen, dass Bedingung für die Möglichkeit, Belege für diese Phänomene zu finden, in der Beschränkung des aufgezeichneten verbalen Dialoges liegen.

Generelle Hypothese

Das SWG einer Person dürfte entscheidend durch sein Gefühl bestimmt werden, von signifikanten Anderen akzeptiert zu werden. Dieser Zusammenhang zwischen SWG und Akzeptanz bestimmt die Ausprägung des Selbstwertgefühls und trägt zur Aktualgenese von Störungen bei. Deshalb folgt die Fähigkeit des Patienten ein solides Selbstwertgefühl zu entwickeln der Fähigkeit die Akzeptanz durch andere zu erleben. In einem psychoanalytischen Prozess wird diese Erfahrung natürlich - was gar nicht so natürlich ist -

durch den Psychoanalytiker vermittelt, da er die paradigmatische Person in dieser Situation ist.

Der Erfolg einer Behandlung wird deshalb durch einen Anstieg in der Akzeptanz durch Andere gekennzeichnet sein, was dann durch einen Anstieg des Selbstwertgefühls gefolgt sein kann.

Die Akzeptanz durch Andere wird zu allererst in der Übertragungsbeziehung erfahren werden. Die wiederholte Erfahrung, in der therapeutischen Situation akzeptiert worden zu sein, dürfte es der Patientin ermöglichen, ihre bislang ungünstige und negative Selbsteinschätzung zu hinterfragen. Diese Erfahrung kann als Voraussetzung für neue Erfahrungen der Patientin betrachtet werden, die sie dann außerhalb der therapeutischen Situation machen kann. Wir glauben davon ausgehen zu können, dass dies Auswirkungen auf die Fähigkeit der Patientin sich selbst zu akzeptieren und wertzuschätzen hat. Die therapeutische Strategie zielt vor allem darauf, die Diskrepanz zwischen Ideal- und Realselbst verringern, was sich in einem Anstieg von Selbstwert ausdrücken würde.

Zusätzlich wird die analytische Arbeit die Patientin helfen, sich von dem Druck ihres bedrohlichen Über-Ichs zu entlasten. Dies geschieht durch das Durcharbeiten der befürchteten Konsequenzen von unbewussten sexuellen und aggressiven Wünschen, die die Patientin heute noch ebenso fürchtet wie damals in der Kindheit. Was damals adaptiv gewesen sein musste, ist heute maladaptiv.

Bereichs-spezifische Hypothesen:

wir beschränken uns auf drei, allerdings essentielle Problembereiche:

- 1) der Bereich des Körpers, der Sexualität und der weiblichen Identität
- 2) der Bereich der Errungenschaften und des Erfolges
- 3) der Bereich von Aggressivität und Durchsetzungsfähigkeit.

Folgende Überlegungen bezogen auf die Psychodynamik der Patientin lassen sich in Prozesshypothesen umsetzen:

ad 1) der Bereich des Körpers, der Sexualität und der weiblichen Identität

Psychodynamische Überlegungen

Der virile Behaarungstypus führt zu Unsicherheiten der Patientin bezüglich ihrer weiblichen Identität. Reale oder nur angenommene Zurückweisungen verringern das Selbstgefühl weiter, was negativ auf ihre Haltung bezüglich ihrer Körpers und ihrer Sexualität rückwirkt. Eine spezielle Bedeutung gewinnt hierbei ihre angenommen Zurückweisung durch Männer. Deshalb ist sie zum Scheitern verurteilt, sowohl was ihr Ich-Ideal betrifft, was von ihr fordert

eine wertvolle Frau mit einer integrierten Sexualität zu sein, als auch was ihr Über-Ich betrifft welches die Erfüllung ihrer sexuellen Wünsche verhindert.

Ein weiterer Einfluss wird durch die Beziehung der Patientin zu ihrer Mutter wirksam. Abgesehen von der Anerkennung durch Männer, und vermutlich als Grundlage dieser Fähigkeit, diese zu erlangen, benötigt die Patientin eine Mutterfigur, mit deren Weiblichkeit sie sich positiv identifizieren kann. Für die Patientin ist anzunehmen, dass ihre Unsicherheit bezüglich ihrer weiblichen Identität durch die negative Haltung zu ihrer Mutter bedingt sein dürfte.

Prozesshypothese:

Da die sexuellen Wünsche der Patientin eng mit Schuldgefühlen und Kastrationsängsten verbunden sind, kann eine Ausarbeitung und schlussendliche Realisierung ihrer sexuellen Wünsche nur dann erfolgen, wenn die Themen von Schuld und Bestrafung durchgearbeitet werden. Ein unerlässlicher Schritt auf diesem Weg wird die Anerkennung autoerotischer Bedürfnisse sein. Diese Psychodynamik wird eine wichtige Rolle in der Übertragungsneurose spielen. In dem Maße wie sie positive Elemente in Mutter-Imago aufnehmen kann, wird sie ihre diesbezügliche Unsicherheit ihrer weiblichen Identität überwinden.

ad 2) der Bereich der Errungenschaften und des Erfolges

Psychodynamische Überlegungen

Das geringe Selbstwert-Gefühl der Patientin drückt sich u.a. in ihrem geringen Vertrauen in ihre Fähigkeit aus, etwas erfolgreich zu erreichen. Dies zeigt sich besonders in den beruflichen und sozialen Bereich. Die unbewusste Furcht vor Neid und deren erwarteten Aggression durch andere kann biographisch auf die Beziehung zu den Brüdern zurückgeführt werden, mit denen sie faktisch solche negative Erfahrungen machen musste. Mit dem geringen SWG ist sie sehr auf die Anerkennung durch andere angewiesen; deshalb gerät sie leicht in Situationen, in den sie befürchtet zurückgewiesen oder angegriffen zu werden. Die Patientin befindet sich damit in folgenden Dilemma: erreicht sie zuwenig, verringert sich ihr Selbstwert-Gefühl, aber erreicht sie zuviel, mehr als andere, hat sie Neid und Aggression zu befürchten.

Prozess Hypothesen:

Die Patientin muss ihre Schuldgefühle bezüglich Erfolges durcharbeiten; sie sollte weniger abhängig von der Bewertung und Wertschätzung durch andere (z.B. der Brüder oder entsprechende Surrogate) werden, um Erfolg ohne Neidängste zu erleben. Dazu gehört dann auch die Fähigkeit auch mal Neid und Aggressivität von anderen zu ertragen.

ad 3) der Bereich von Aggressivität und Durchsetzungsfähigkeit.

Psychodynamische Überlegungen:

Dieser Problembereich überlappt mit bereits genannten. Ist sie nicht fähig assertiv auch in gewissem Umfang in aggressiver Manier zu sein, verringert sich ihr SWG. Sollte sie einmal versuchen aggressiv zu sein, treten Schuldgefühle basierend auf einer unbewussten Phantasie auf, sie könne andere verletzen (oder sogar vernichten). Wieder ist sie mit einem Dilemma konfrontiert: auf der einen Seite möchte sie ihre Ziele aggressiv verfolgen, auf der anderen Seite fühlt sie, dass solche aggressiven Tendenzen verboten sind.

Prozess Hypothesen:

Diese Probleme können in der Übertragungsbeziehung gut bearbeitet werden. Die Erfahrung dass der Analytiker sie auch mit ihren aggressiven Phantasien akzeptieren wird, kann als Vorbedingungen für die Akzeptanz eigener Aggressivität gelten.

5.3.2.2 Methodik

Stichprobe

Die ULMER TEXTBANK verfügte zum Zeitpunkt dieser Untersuchung über insgesamt 115 transkribierte Sitzungen der 517 Sitzungen dauernden psychoanalytischen Behandlung. Das verfügbare Sample besteht aus 22 Perioden von je fünf Sitzungen; von der ersten und der letzten Periode werden je zehn Sitzungen herangezogen.

Das Kategoriensystem für die Inhaltsanalyse

Um die Hypothesen zu testen, konstruierten wir eine inhaltsanalytisches Manual (s.d. Neudert u. Grünzig, 1983), welches ganz nah am verfügbaren Text bleiben sollte, um reliable Kodierungen durch unabhängige Beurteiler zu erreichen.

Tabelle 1 listet die Inhaltskategorien auf¹⁰

01 positives SELBSTWERT-GEFÜHL	02 negatives SELBSTWERT-GEFÜHL
03 positive Akzeptanz durch Andere	04 negative Akzeptanz durch Andere
05 positive Sicht von mütterlichen signifikant Anderen	06 negative Sicht von mütterlichen signifikant Anderen
07 mütterliche signifikant Anderen (neutrale Sicht)	08 väterliche signifikant Andere
09 Analytiker	10 weibliche Peers

¹⁰Einzelheiten zu den Definitionen der Kategorien sind in der Originalarbeit nachzulesen

11 männliche Peers	12 Brüder
13 Körper	14 Behaarung
15 Sexualität	16 praktizierte Heterosexualität
17 vorgestellte Heterosexualität	18 Autoerotik
19 Sicherheit bzgl. weiblicher Identität	20 Unsicherheit bzgl. weiblicher Identität
21 Errungenschaften, Erfolg	22 Aggressivität, Assertiveness
23 Schuldgefühle, Angst vor Bestrafung	

Die zufrieden stellenden Reliabilitätswerte der kombinierten Ratings wurde nach der Formel von Spearman-Brown (Lienert, 1969, pp. 119, 221) berechnet und können in der Originalarbeit nachgelesen werden.

5.3.2.3 Bewertung

Um das Konzept des Durcharbeitens bewerten zu können, benutzen wir die einzelne Sitzung als Bewertungseinheit ('scoring unit' nach Marsden 1971) und berechnen Korrelationen für die Kombination von Kategorien, die relevant für die jeweilige Hypothese sein sollten. Die klinischen Hypothesen implizierten verschiedene Vorhersagen bezüglich des Musters von Kategorien im Prozess: monotone Trends, differentielle Häufigkeiten der verschiedenen Kategorien. und Unterschiede in relevanten Korrelationen vor und nach dem Durcharbeiten. Um die Trends zu überprüfen benutzen wir den "Record-Braker" von Forster u. Stuart (1954) und einen Test auf Linearität (Cochran 1954); Korrelationen werden als Produkt-Moment Werte berechnet und auf Signifikanz geprüft.

Bezüglich der möglichen zeitlichen Abhängigkeit der Werte stellt die ARIMA - Methoden (Revenstorf 1979) das statistisch aussagekräftigste Modell dar; aus zwei Gründen lässt es sich hier nicht anwenden: einerseits haben unsere Daten die Form von Häufigkeitswerten mit vielen Null Werten, was mit dem parametrischen Algorithmus von ARIMA nicht verträglich ist und außerdem besteht unsere Stichprobe aus nicht kontinuierlich zusammenhängen Perioden, so das damit auch eine Verletzung der Voraussetzung für die ARIMA Anwendung gegeben ist.

5.3.3 Ergebnisse

Das Ergebnis der Verlaufs-Studie

Zwei bedeutsame, zentrale Hypothesen zur Veränderung des allgemeinen Selbstwert-Gefühls konnten bestätigt werden. Das positive Selbstwert-Gefühl nahm im Verlauf der Behandlung zu ($p < 0,01$), aber dieser Trend setzt nicht sofort nach Behandlungsbeginn ein; in den ersten hundert Stunden zeigen sich zunächst erhebliche Fluktuationen; im Gegensatz dazu weist das negative Selbstwert-Gefühl eine kontinuierliche Abnahme vom Beginn der Behandlung an ($p < 0,01$). Im Gegensatz hier konnte die Annahme über die Veränderungen in der Akzeptanz

durch Andere nicht bestätigt werden, da sich kein systematischer Trend zeigt. Ebenso wenig konnten wir die Annahme bestätigen, dass die relative Inzidenz vor und nach dem Durcharbeiten eines Themas sich verändert. Allerdings lassen sich die Annahmen über Unterschiede zwischen Korrelationen von Kategorien bestätigen; hier liegen zwei bestätigende Ergebnisse vor: das Selbstwert-Gefühl im Zusammenhang mit vorgestellter Heterosexualität verbessert sich entsprechend unseren Annahmen ($p < 0,05$) und das negative Selbstwert-Gefühl in Verbindung mit autoerotischen Aktivitäten nimmt ebenfalls entsprechend ab ($p < 0,05$).

Der Vergleich vom Anfang zum Ende der Behandlung

Dieser Vergleich basiert auf jeweils zehn Sitzungen von Anfang und Ende, die mit dem gleichen inhaltsanalytischen System ausgewertet werden. Aus statistischen Gründen haben wir eine Unabhängigkeit der beiden Stichproben angenommen; einerseits trifft diese Annahme nicht ganz zu, da diese von der gleichen Person stammen, andererseits liegen die beiden zehn Stunden-Samples ca. fünf Jahre auseinander.

Für jede Inhaltskategorie wird die Differenz zwischen den Mittelwerten der beiden Stichproben berechnet; diejenigen Variablen, deren p Wert $< 0,10$ ist, gehen in eine Diskriminanzanalyse (MANOVA) ein. Wie zu erwarten lassen sich beide Samples hochsignifikant unterscheiden ($F=20,8$; $df = 41,15$; $p < 0,01$). Allerdings wird diese scharfe Trennung im Wesentlichen nur durch vier Variable geleistet, da erhebliche Interkorrelationen der einzelnen Variable bestehen (Tabelle 2). Diese vier Leit-Variablen für die Unterscheidung von Anfang und Ende sind:

'positives SWG', 'negative SWG', 'väterlich signifikante Andere' und der 'Analytiker'.

Tabelle 2

8 statistische signifikanten Kategorien für die ersten zehn und letzten zehn Sitzungen

Kategorie	Std. 1-10	Std. 507-517	t (zweiseitig)	p Wert
1 positive SWG	2,4	5,8	-2,67	0,02
2 negative SWG	20,4	7,7	7,07	0,00
6 negative Sicht der mütterlich signifikanten Anderen	2,0	0,6	2,41	0,03
8 väterlich signifikant Andere	8,5	2,6	2,08	0,06
9 Analytiker	5,6	14,5	-2,80	0,01
11 männliche Peers	7,4	15,2	-2,80	0,01
12 Brüder	9,2	2,3	3,22	0,00
14 Behaarung	1,1	0,0	1,72	0,10

Das Ergebnis bestätigt, dass der wesentliche Befund in der Veränderung des Selbstwert-Gefühls liegt, das am Ende der Behandlung erheblich höher liegt als bei Beginn. Allerdings ist daran zu erinnern, dass es sich hier um eine sog. ipsative Messung handelt, also um den Vergleich des Falles mit sich selbst (Martini 1953). Wir können so nur indirekt auf die Position der Patientin in einer verallgemeinerbaren Grundgesamtheit schließen (s.d. Kordy u. Hannover 1998).

Sie spricht weitaus weniger über Vaterfiguren, hingegen mehr über den Analytiker, was nicht verwundert, und mehr über gleichaltrige Männer (male peers). Die Brüder, die eingangs ihr narratives Material bestimmten, haben diese Bedeutung verloren, wie auch die Prominenz negativer Mutterfiguren verschwunden ist. Das Problem der Behaarung ist ebenfalls aus dem analytischen Gespräch verschwunden und die Patientin ist sicherer sowohl in auto- wie heteroerotischen Themen - gewiss ein Indikator für den Zuwachs an weiblicher Identität!

Im Vergleich zu Beginn der Behandlung präsentiert sich die Patientin als eine Frau, die ihre psychische Loslösung von den Eltern und den Geschwister vollziehen konnte, und die in der Lage ist, enge Beziehungen mit Menschen, die ihr etwas bedeuten, aufzunehmen¹¹

5.3.4 Diskussion

Neben den erfreulichen Bestätigungen der inhaltsanalytischen Auswertung, mit dem doch eindrucksvollen Gehalt, dass das allgemeine Selbstwert-Gefühl der Patientin sich eindrucksvoll verändert, wollen wir in der Diskussion auch nachdenkliche Aspekte zu Worte kommen lassen. Wie kommt es, dass u.E. wichtige prozessuale Veränderungen sich nicht durch diese Methode erfassen ließen, von deren Vorhandensein wir aus klinischen Gründen überzeugt sind. Wieso kann diese Methode des inhaltsanalytischen Durchforstens von Therapietranskripten die bereichsspezifischen Aspekte der Veränderungen relativ wenig erfassen?

Aus methodischen Gründen beschränkten wir uns nur solches Material zu identifizieren, welches Laien, jedenfalls Nicht-Psychoanalytiker als Beleg für bestimmte Kategorien gelten lassen würden. Dies ist aus Gründen der Validität bedeutsam.

Damit beraubten wir uns natürlich auch ein Gutteil des signifikanten Materials. Diese Frage ist für jede Untersuchung bedeutsam, die sich der dornigen Frage des Zusammenhangs von Sprache und latenter Bedeutung stellt, und besonders dann wenn Sprache als Vehikel des psychotherapeutischen Veränderung benutzt werden soll (Rosen 1969; Forrester 1980).

¹¹Weitere statisch differenzierte Auswertungen zum Vergleich der initialen Situation mit der der Beendigungsphase finden sich in der Originalarbeit.

Neben methodischen Problemen, die wir en detail in der Originalarbeit diskutiert haben, geht es zum Abschluss erneut um theoretische Überlegungen. Unsere Konzeption eines globalen Selbstwertgefühls, welches sich durch unbestimmte Anzahl einzelner bereichs-spezifischer Elemente zusammensetzt, hat zwar den Vorteil dass es sich relativ gut überprüfen lässt, aber es verführt zu simplizistischen Annahmen. Eine andere Deutung unseres Befundes wäre die, dass bereichs-spezifische und globale Selbstwertgefühl weniger eng miteinander zusammenhängen als wir dies konzipiert haben. Die Ergebnisse im Hinblick auf das globale Selbstwertgefühl entsprechen etwa dem, was mit der Konzeption der "Selbst-Wirksamkeit gemeint ist (Bandura 1977), die in einem fundamentalen Gefühl besteht, die Veränderungen zu einem guten Ende bringen zu können, die einem wichtigen sind; ein solches Gefühl kann aber durchaus mit Problemen in dem einen oder anderen Lebensbereich koexistieren. Diese faktische Unabhängigkeit kann dazu geführt haben, dass die Beurteilungen der bereichs-spezifischen Selbstwertgefühlzustände erheblich mehr über die Sitzungen fluktuieren (vielleicht weil sie mehr situationsspezifisch sind und kognitiv gesteuert werden), während das global Selbstwertgefühl als eine mehr fundamentale Eigenschaft mehr situationsunabhängig ist und deswegen weniger große Ausschläge von Situation zu Situation zeigt.

Unsere Studie sollte auch zeigen, wie günstige Veränderungen im Selbstwertgefühl in der Behandlung herbeigeführt werden; zu diesem Ziele beachteten wir sowohl die vermuteten infantilen Vorläufer wie auch die hier-und-jetzt Erfahrungen durch wichtige Andere akzeptiert zu werden. In diesem Sinne nahmen wir an, der Analytiker würde als Katalysator für beide Arten von Gefühlen fungieren, indem er als Projektionsfläche dienen könnte und zugleich zur Korrektur der negativen Erwartungen beitragen. Jedoch konnten wir zu dieser Frage keinerlei Schlussfolgerung von der Kategoriendaten ziehen, da sich insgesamt zuwenig Hinweise auf 'Akzeptanz durch Andere' fanden (nur in 15 von 115 Sitzungen), so dass die Ermittlung einer korrelativen Beziehung zu der Arbeit an und mit der Person des Analytikers nicht möglich war.

Zwei Gründe mögen dazu beigetragen haben: es könnte sein, dass die Akzeptanz des Analytiker vorwiegend nonverbal vermittelt wurde, die die Patientin zwar anerkennen konnte, aber darauf nicht mit einer expliziten verbalen Äußerung reagiert hat¹², sondern vielleicht mit einem entspannteren Zustand in der analytischen Situation, und dann mehr relevantes Material einzubringen als dies ohne diese akzeptierende Intervention der Fall gewesen wäre.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Patientin zurückweisende Objekte aus der Vergangenheit so wirksam internalisiert hat, dass sie nicht in der Lage war, irgendeine Form der Akzeptanz mit aktuellen Situationserfahrungen zu verbinden. Manche Textstellen

¹²Unlängst hat ein New Yorker Kollege auf diese materiale Begrenztheit tonbandaufgezeichneter Psychoanalysen mit der Frage reagiert, warum denn dann nicht der verbale Kommunikations exklusiv gestaltet werden würde, z.B. durch e-mail, und eine Ein-Kanal Kommunikation erzwungen würde, was wissenschaftlich für die Herstellung von Daten durchaus erwünscht wäre (mündliche Mitteilung HK, Sept. 2002 Downstate Medical Center, New York)

scheinen dies zu belegen; z.B. teilt sie früh in der Behandlung einmal mit, dass es für sie selbstverständlich sei, dass jeder Mann die Erfahrung ihrer Haarigkeit (als subjektiver Ausdruck ihrer objektiven hirsuten Behaarung) als zurückstoßend erleben würde, obwohl sie bis zu keiner Zeitpunkt nicht einmal das Risiko auf sich genommen hatte, diese Überzeugung (eine wahre 'grim belief' im Sinne von Joseph Weiss (1971) zu prüfen.

Von diesem Gesichtspunkt aus kann erwartet werden, dass solche obstruktiven Internalisierungen graduell identifiziert und in ihren 'wahren' Gehalt reduziert werden; dann hat noch die Realitätsprüfung im Vergleich zu den bisherigen Urteilen der Auffassungen signifikanter Anderer zu erfolgen. Mit unserer Methode wären wir nur dann erfolgreich gewesen, wenn dieses 'testing-out' explizit verbalisiert worden wäre und nicht vermutlich in der einen oder anderen Form als Anspielung und in symbolisiert-latenter Form vermittelt worden wäre. Doch dies sind alles Vermutungen: fest steht, dass unser inhaltsanalytischer Kategoriensystem und seine Operationalisierung manches uns wichtig erscheinende Material nicht fassen konnte. Zum Vergleich verweisen wir auf eine andere methodische Vorgehensweise, bei der Komplexratings zum Einsatz kamen (Kap. 5.5).

Einem zweiten Ziel dieser Studie war es - neben dem nicht so erfolgreichen Prozessmonitoring des Selbstwert-Gefühls - die kategorialen Daten zu benutzen um ein Prozessmodell des therapeutischen Prozesses zu testen. Dieses sog. Ulmer Prozessmodell der psychoanalytischen Therapie begreift einen analytischen Prozess als eine Folge von fokalisierten Durcharbeiten spezieller psychodynamischer Themen.

Zu diesem Zwecke hatten wir eine Reihe von Hypothesen formuliert über Veränderungen in bestimmten Problembereichen, die nach einem Durcharbeiten sichtbar sein müssten. Aber die Hypothesen, operational formuliert als Differenzen von Mittelwerten des Gebrauches der entsprechenden Kategorien und damit verbundenen Veränderungen korrelativer Zusammenhänge wurden nur in zwei Fällen durch die Befunde gestützt.

Mit dem hier vorliegenden Datensatz lässt sich also das Modell nicht abstützen; allerdings muss berücksichtigt werden, dass wir ja nur ein gutes Fünftel der gesamten Stunden zur Untersuchung heranziehen konnte, weshalb der weitaus überwiegende Teil des therapeutischen Prozess nicht erfasst werden konnte.

Hinterher ist man klüger als vorher; das ist nicht zuletzt, ein Ziel empirischer Untersuchungen. Weitere Studien zu therapeutischen Veränderungsprozessen könnten von diesen Erfahrungen profitieren.

5.4 Leiden an sich selbst und am Anderen¹³

Lisbeth Neudert-Dreyer, Roderich Hohage u. Helmut Thomä

5.4.1 Klinisch - theoretische Überlegungen

5.4.2 Fragestellungen und Hypothesen

5.4.3 Methodik

5.4.4 Ergebnisse

¹³Zeitschrift für Klinische Psychologie 1987, Band XVI, Heft 2, S. 135-147

5.4.1 Klinisch - theoretische Überlegungen

Das vom Patienten subjektiv erlebte Leiden hat einen hohen Stellenwert für Indikation, Prognose und Verlauf von Psychotherapien. Es liefert bereits bei diagnostischen Vorüberlegungen wichtige Hinweise. So ist es für Hoffmann (1979) ein differentialdiagnostisches Kriterium, das zwischen behandlungsbedürftigen Charakterneurosen und anderen Charakterdeformationen trennt. Die Wertigkeit psychopathologischer Symptome lässt sich also nur zum Teil an objektiven Funktionseinschränkungen ermessen; die Beeinträchtigung des Wohlbefindens muss ebenso Berücksichtigung finden. Bei Überlegungen zu Indikation und Prognose (vgl. Heigl, 1972) steht der motivationale Aspekt des Leidens, der im Begriff ‚Leidensdruck‘ zum Ausdruck kommt, im Mittelpunkt: Ein Therapieerfolg ist nur zu erwarten, wenn der Wunsch nach Veränderung größer ist als die meist unbewussten Motive (z.B. Straf- oder Sicherheitsbedürfnisse), an der psychischen Störung festzuhalten. Es wäre freilich kurzschlüssig, die Therapiemotivation des Patienten mit dem Ausmaß seiner Klagen gleichzusetzen. Die Äußerung von Leiden hat in der Regel auch interaktive Funktionen wie Appell, Anklage oder Rechtfertigung. Auch unrealistische Phantasien über psychische Gesundheit können zu Klagen über den Ist-Zustand führen; diese Art der Therapiemotivation ist kein Bündnisgenosse bei der therapeutischen Arbeit, sondern - worauf Nunberg (1948) hinweist - ein Symptom der Störung. Andererseits kann der Leidensdruck gering erscheinen, wenn der Patient sich schämt, seine Hilflosigkeit zu zeigen. In diesen Fällen muss sich die Indikation an dem während der Behandlung potentiell erreichbaren Leidensdruck orientieren. Leiden und Therapieprozess stehen in einer Wechselwirkung: Zum einen strukturiert das Leiden den Prozess. Freud bezeichnete es als ‚Motor der Therapie‘ (1913c, S. 477). Triebökonomische Überlegungen ließen ihn sogar fordern, der Analytiker müsse durch Abstinenz Frustrationen setzen, um ein vorzeitiges Nachlassen des Leidens in der Therapie zu verhindern. Diese theoretische Begründung wird heute selbst aus psychodynamischer Sicht zunehmend angezweifelt (Strupp, 1978; Weiss u. Sampson, 1982; Cremerius, 1984). Wir erwarten vielmehr, dass die im Therapieprozess zunehmende Einsicht in die eigenen Probleme ausreichend Leidensdruck schafft, damit der Patient die Behandlung fortsetzt. Auf diese Weise wird auch die Themenwahl in der Therapie durch das Leiden des Patienten entscheidend mitbestimmt.

Zum anderen strukturiert der therapeutische Prozess den Verlauf des Leidens. Die Therapie selbst wird gelegentlich zur Quelle leidvoller Erfahrungen: Das Aufdecken von Konflikten kann zumindest vorübergehend Leiden schaffen oder verstärken, zumal bei der Konfliktbearbeitung auch ‚lieb gewonnene‘ neurotische Ziele aufgegeben werden müssen (Strupp, 1978). Bei ausgeprägter Abwehr zeigt das Auftreten von Leiden oft einen Therapiefortschritt an. Die Regression in der Behandlung führt dazu, dass frühe, schlecht gelöste Konflikte aufbrechen und in der Übertragung aktualisiert werden. Gleichzeitig fördern die unspezifischen Faktoren einer guten Beziehung rasch Entlastung und Zuversicht, so dass der Patient eingefahrene

Denk- und Verhaltensmuster verlassen und neue Lösungsmöglichkeiten ausprobieren kann (Strupp, 1973; Frank, 1973). Auch geht, sobald sich die Übertragung stabilisiert hat, erfahrungsgemäß die quälende Symptomatik zurück oder verliert an Bedeutung. Für die verbleibenden Probleme wird der Patient im Verlauf einer erfolgreichen, konfliktaufdeckenden Therapie neue Bewältigungsstrategien entwickeln, eine Zielvorstellung, die mit dem Begriff des ‚coping‘ bereits zum Schlagwort geworden ist.

5.4.2 Fragestellungen und Hypothesen

Zwar liegen differenzierte klinische Erwägungen zur Veränderung von Leiden im Verlauf von Psychotherapie vor, spezifische Voraussagen sind jedoch offenbar noch nicht möglich. Wir haben uns deshalb zunächst ebenfalls auf die Formulierung sehr globaler Hypothesen beschränkt. Darüber hinaus soll uns der methodische Zugang der Einzelfallstudie ermöglichen, differenziertere Hypothesen zu generieren. Für den Verlauf einer erfolgreichen psychoanalytischen Behandlung nehmen wir an,

- dass die Häufigkeit der Leidensäußerungen abnimmt;
- dass die Intensität des Leidens abnimmt;
- dass die Hilflosigkeit im Umgang mit dem Leiden abnimmt.

Was die folgenden Variablen betrifft, soll unsere Untersuchung vor allem der Hypothesengenerierung dienen:

Wird sich das Ausmaß der Beschäftigung mit leidvollen Themen im Lauf der Therapie verändern? Zur Bewertung von Veränderungen dieser Variable könnte das Ausmaß an Hilflosigkeit herangezogen werden, das mit dem Besprechen der Leidenthematik einhergeht.

Wie häufig wird die Patientin in einer psychoanalytischen Behandlung über leidvolle Erfahrungen sprechen, die in der Vergangenheit liegen? Dabei muss unterschieden werden zwischen solchen Erfahrungen, die ihm heute noch schmerzlich sind und anderen, die ohne spürbaren Affekt lediglich erinnert werden.

Verändert sich die Häufigkeit dieser Variable bzw. ihr Anteil am Gesamtleiden?

Kommt die Patientin im Laufe der Stunde wiederholt auf dasselbe Leidenthema zu sprechen oder berichtet sie eher von verschiedenartigen schmerzlichen Erfahrungen? Häufige Wiederholungen können sowohl für Klagsamkeit als auch für intensives Durcharbeiten sprechen; auch zur Interpretation dieser Befunde muss Zusatzinformation herangezogen werden. Verändert sich die Häufigkeit von Wiederholungen bzw. ihr Anteil am Gesamtleiden während der Therapie?

5.4.3 Methodik

Empirische Verlaufsuntersuchungen zum Leiden im therapeutischen Prozess liegen kaum vor, was um so erstaunlicher ist, als diese Variable eine Reihe von Kriterien erfüllt, die einen brauchbaren Prozessparameter kennzeichnen: sie spielt eine wichtige Rolle bei der thematischen Strukturierung des therapeutischen Prozesses, sie hat einen hohen interaktiven Stellenwert, sie variiert abhängig von der inneren und äußeren Situation eines Patienten.

Prinzipiell sind verschiedene methodische Zugänge denkbar, mit denen der Verlauf des Leidens im psychotherapeutischen Prozess erfasst werden könnte: Standardisierte Befragungen des Patienten durch Vorgabe von Befindlichkeitsskalen (im deutschsprachigen Raum etwa das EMI von Ullrich u. Ullrich, 1975, den GBB von Brähler u. Scheer, 1983, oder die FBL von Fahrenberg, 1975), halbstandardisierte Interviews oder Einschätzungen durch den behandelnden Therapeuten. Wir haben uns – nicht zuletzt, weil die Befragung der Patientin nach ihrem Leiden eine stark situative und interaktive Bedeutung hat – für das nonreaktive Verfahren der Inhaltsanalyse von Verbatimtranskripten psychotherapeutischer Sitzungen entschieden. Die Vorteile von Methoden, die direkt auf die Verschriftung therapeutischer Sitzungen zugreifen, wurden besonders für die Prozessforschung bereits mehrfach eingehend diskutiert (vgl. Gill et al., 1968; Kächele et al., 1973; Luborsky u. Spence, 1978).

Eine inhaltsanalytische Methode, die unseren Fragestellungen adäquat gewesen wäre, liegt unseres Wissens nicht vor. Bei non-lexikalischen Verfahren, wie sie etwa Mahl (1961) zur Erfassung von Angst anwendet, bleibt die Art des Umgangs mit leidvollen Themen weitgehend unberücksichtigt. Wir verwenden nonlexikalische Indikatoren lediglich als Zusatzinformation.

Das lexikalische Verfahren der Affektmessung von Gottschalk und Gleser (1969) beschränkt sich auf die Erfassung von Angst und Aggression und ist damit für uns unbrauchbar.

Auch das Kategoriensystem von Dollard und Auld (1959) deckt nicht alle leidensrelevanten Affekte ab. Einen diesbezüglich umfassenderen Anspruch erhebt der Discomfort-Relief-Quotient von Dollard und Mowrer (1947), der die Gesamtheit stressindizierender Wörter (unabhängig von der Quelle oder Art des Stresses) zur Gesamtmenge Entspannungsindizierender Wörter ins Verhältnis setzt. Die Einschränkung dieses Quotienten besteht darin, dass der Bedeutungsgehalt von Äußerungen nur auf der Einzelwortebene erfasst werden kann; die sprachliche und empathische Kompetenz von Beurteilern, die den Zugang zu den klinisch bedeutungsvollsten Daten ermöglicht, wird dabei nicht ausgeschöpft. Auch die Intensität der geäußerten Spannung bleibt unberücksichtigt. Knapp et al. (1975) verfolgten im Rahmen einer Traumstudie am Einzelfall Auftreten und Veränderung von schmerzlichen Emotionen („painful emotions“) und setzten dies zu Abwehroperationen und bestimmten

Phantasiekonstellationen (2-Personen-Phantasien) in Beziehung. Die Intensität der schmerzlichen Emotionen wurde dabei in einem klinischen Overall-Rating pro Stunde eingeschätzt. Da die Skalenpunkte jedoch patientenspezifisch beschrieben sind, lässt sich dieses Instrument nicht zur Untersuchung von Patienten mit anderen Leidensthemen verwenden.

Wir haben daher ein eigenes inhaltsanalytisches Manual konstruiert, mit dessen Hilfe Textstellen in den Verbatimtranskripten psychotherapeutischer Behandlungen erfasst werden können, in denen dein Patient schmerz- oder unlustvolle Gefühle verbal zum Ausdruck bringt (Variable LS = Leidenstelle). Schmerzvolle Gefühle in der Vergangenheit eines Patienten (= V) werden getrennt von gegenwärtigen (= G) erfasst. Eine weitere Kategorie bilden schmerzvolle Gefühle in der Vergangenheit, die aber in der Gegenwart noch emotional wirksam sind (= V + G). Leidensthemen, die in einer Stunde öfter als einmal auftauchen, werden als Wiederholungen (= W) gekennzeichnet.

Der Umgang mit dem Leiden wird über die inhaltsanalytische Operationalisierung folgender 3 Variablen erfasst:

- # Grad der Hilflosigkeit gegenüber dem Leiden (= H),
- # Ausmaß der Beschäftigung mit dem Leidensthema (= B),
- # Intensität des sprachlichen Ausdrucks (= S).

Diese 3 Variablen finden in unterschiedlicher Gewichtung Eingang in die globale Beurteilung der Leidensstärke (= GL), die für jede leidensrelevante Sinneinheit einer Stunde, den sog. Leidenskonzext (= LK), vorgenommen wird.

Eine detaillierte Beschreibung des Manuals, unseres Vorgehens bei der Konstruktion sowie der Berechnung der Gütekriterien findet sich an anderer Stelle (Neudert et al. 1985), so dass wir uns hier bezüglich der Methode kurz fassen: In Texten lässt sich subjektiv bedeutungsvolles Leiden, das nicht völlig explizit gemacht wird, nur erfassen, wenn man bewusst die *empathische Kompetenz* des Beurteilers nutzt. Unser Manual fördert diese Kompetenz, indem es den Beurteiler auffordert, sich in die Lage des Patienten zu versetzen. Diese Bemühungen um validere Daten führt bei der Verwendung mehrerer Beurteiler zwangsläufig zu einer gewissen Bandbreite individueller Reaktionen auf den Text. Um einerseits die Validität der Daten zu erhöhen und andererseits rein idiosynkratische Einstufungen zu eliminieren, wählten wir ein strikt formalisiertes Vorgehen:

1. Schritt

Jeweils zwei von drei insgesamt beteiligten Beurteilern identifizieren unabhängig voneinander alle Leidenstellen (= LS) einer Stunde. Textstellen, die übereinstimmend identifiziert wurden, gehen direkt in die weitere Untersuchung ein. Textstellen, die nur einer der beiden Beurteiler kodiert hat, werden dem jeweils dritten Beurteiler zur Entscheidung vorgelegt. Die Rolle dieses Entscheidungsraters wechselt damit zwischen

den drei Beurteilern. In unsere Untersuchung gehen also nur die Beurteilungen solcher Textstellen ein, die von zwei Beurteilern als Ausdruck von Leiden verstanden werden.

2. Schritt

Zwei Beurteiler bestimmte unabhängig den sog. Leidenskonsont (= LK), d.h. das textuelle Umfeld jeder Leidensstelle, das Informationen über die Geföhlsqualität sowie über die Art, wie der Patient mit seinem Leiden umgeht, enthält.

3. Schritt

Zwei Beurteiler stufen unabhängig voneinander für jeden Leidenskonsont die vier Intensivitätsvariablen, ‚Hilflosigkeit (= H)‘, ‚Beschäftigung mit dem Leidenssthemu (= B)‘, ‚sprachlicher Ausdruck (= S)‘ und ‚global beurteilte Leidensstärke (= GL)‘ ein.

Für die kategorial eingestuften Variablen LS, G, V, V + G und W berechneten wir als Maß für die Übereinstimmung zwischen den je 2 Beurteilern den κ -Koeffizienten nach Cohen (1960). Die Werte liegen zwischen .68 und .77, was als sehr zufrieden stellend bezeichnet werden kann, da κ -Koeffizienten in der Regel niedrig ausfallen, wenn die Anzahl der Kategorien gering ist (vgl. Asendorpf u. Wallbott, 1979). Als Reliabilitätsmaß für die vier Intensivitätsvariablen H, B, S und GL berechneten wir die Produktmomentkorrelationen zwischen den Beurteilerpaaren, die (nach der Spearman-Brown-Korrektur) zwischen .80 und .85 liegen und damit ebenfalls als sehr zufrieden stellend angesehen werden können.

Stichprobe

Die inhaltsanalytische Untersuchung einer Psychoanalyse ist mit vertretbarem Transkriptions- und Beurteileraufwand nur möglich, wenn man sich auf eine Stichprobe aus der Gesamtzahl der Behandlungsstunden beschränkt. Bei der Auswahl der Stichprobe sind wir, da es für Zeitreihen keine Stichprobentheorie gibt, nach folgenden forschungspraktischen Überlegungen vorgegangen:

- 1) Die Stichprobe soll aus Blöcken mehrerer auseinanderfolgender Sitzungen bestehen, damit kurzfristige Veränderungen klinisch und inhaltsanalytisch betrachtet werden können (z.B. die Entfaltung eines Themas oder die Wirkung von Interventionen).
- 2) Die Stichprobe soll Stunden aus dem gesamten Behandlungsverlauf, auf jeden Fall aber vom Anfang und vom Ende der Therapie enthalten.
- 3) Die Intervall-Länge zwischen den Blöcken auseinanderfolgender Stunden soll variabel sein, damit eine womöglich vorhandene Periodik in der Zeitreihe nicht die Daten verfälscht.

Aufgrund dieser Überlegungen kam eine Stichprobe zustande, die 7 Blöcke mit je 8 auseinanderfolgenden Stunden, also insgesamt 56 Sitzungen umfasst. (Eine differenziertere Diskussion von Stichprobenproblemen bei Zeitreihen findet sich bei Grünzig 1985, 1988)

Die Sitzungen wurden von den Beurteilern in zufälliger Abfolge eingestuft. Damit sollte verhindert werden, dass mögliche Änderungen im Beurteilerverhalten während des relativ langen Beurteilungszeitraums mit untersuchungsrelevanten Veränderungen im Textmaterial interferieren. Diese Maßnahme erwies sich nachträglich als gerechtfertigt, da zwei der drei Beurteiler trotz Zwischenschulungen in jeweils einer der untersuchten Variablen Änderungen in ihrem Beurteilerverhalten aufwiesen.

5.4.4 Ergebnisse

Wir prüften unsere Hypothesen, die als gerichtete monotone Trends formuliert sind, mit dem Haldane-Test (Haldane u. Smith, 1947 – 1949), einem parameterfreien Trendtest für dichotome Daten, und erhielten dabei die in Tabelle 1 dargestellten Ergebnisse¹⁴. Wie die Tabelle zeigt, wurden unsere Trendhypothesen im Wesentlichen bestätigt:

Die Anzahl der Leidensstelle pro Stunde (Variable LS) nimmt im Lauf der Analyse ab.

Tabelle 1: Hypothesen und Ergebnisse auf monotonem Trend (nach Haldane)

Variable	Hypothese	Z - Wert	Irrtumswahrscheinlichkeit P < 0.05 e: einseitig Z: zweiseitig
LS	nimmt ab	- 2,04	.05 e
H	nimmt ab	- 2,76	.01 e
H!	nimmt ab	- 3,67	.001 e
GL	nimmt ab	- 2,14	.05 e
GL!	nimmt ab	- 3,12	.001 e
S	nimmt zu	- 0.70	
S!	Nimmt zu	+ 2.14	.05 e
B		+	
B!		+ 0,43	
V		+ 1,34	
V + G		- 2,50	.05 z
W		- 1,34	

Die von der Patientin geäußerte Hilflosigkeit (H) im Umgang mit ihrem Leiden nimmt ab. Dieses Ergebnis fanden wir sowohl für den Summenscore (=über alle Leidenskontexte einer Stunde aufsummierten H-Werte) als auch für H! (=durchschnittlicher Wert pro Leidenskontext einer Stunde). Da der Summenscore abhängig von der Anzahl der Leidensstellen in der Stunde ist, könnte ein negativer monotoner Trend dieser Variable auch allein durch die Abnahme der Leidensstellen bedingt sein. Der für H! gefundene negative monotone Trend zeigt jedoch, dass dies nicht der Fall ist: die geäußerte Hilflosigkeit geht auch unabhängig von der Anzahl der Leidensstellen zurück.

Auch die global beurteilte Leidenstärke (GL) nimmt im Verlauf der Behandlung ab und zwar wiederum sowohl der Summenscore als auch GL!, dies ist der durchschnittliche GL-Wert einer Stunde.

Für die Veränderung des sprachlichen Ausdrucks haben wir entsprechend der Psychopathologie der Patientin differentielle Hypothesen formuliert. Diese war zu

¹⁴ Zuvor war sichergestellt worden, dass für keine der untersuchten Variablen auffällige serielle Abhängigkeiten im Sinne des ARIMA-Modells vorlagen.

Therapiebeginn gehemmt und überkontrolliert; deshalb war bei erfolgreicher Therapie eher mit einer Intensivierung des sprachlichen Ausdrucks von Leiden zu rechnen. Diese Hypothese ließ sich nur für S! bestätigen, da in diesen Summenscore S die Anzahl der Leidensstellen mit eingeht, die durch ihr Abnehmen dem prognostizierten positiven Trend entgegenläuft.

Betrachtet man jene drei Variablen, die den Umgang der Patientin mit ihrem Leiden charakterisieren: Hilflosigkeit, Beschäftigung mit dem Leidensthema und sprachlicher Ausdruck, dann liefern die Daten der Untersuchung Hinweise zur Beantwortung einer Reihe offener Fragen, für die wir bislang noch keine spezifischen Hypothesen formulieren konnten:

Das durchschnittliche Niveau der Beschäftigung mit leidvollen Themen B! verändert sich im Therapieverlauf nicht. Auch die Abnahme des Summenscores B wird nicht signifikant.

Weitere offene Fragen bezogen sich auf die Häufigkeit, mit der vergangenes Leiden zur Sprache kommt. Es zeigt sich nun, dass die Variable V (Leiden an Vergangenen) im Behandlungsverlauf keinen Trend aufweist, dass vergangenes Leiden, das für die Patientin emotional noch wirksam ist (V + G), jedoch seltener zur Sprache kommt. Die beiden Vergangenheitsvariablen treten jedoch insgesamt selten auf: nur 14% aller Leidensäußerungen wurden als V-Leiden, 12,5% als V + G-Leiden kategorisiert.

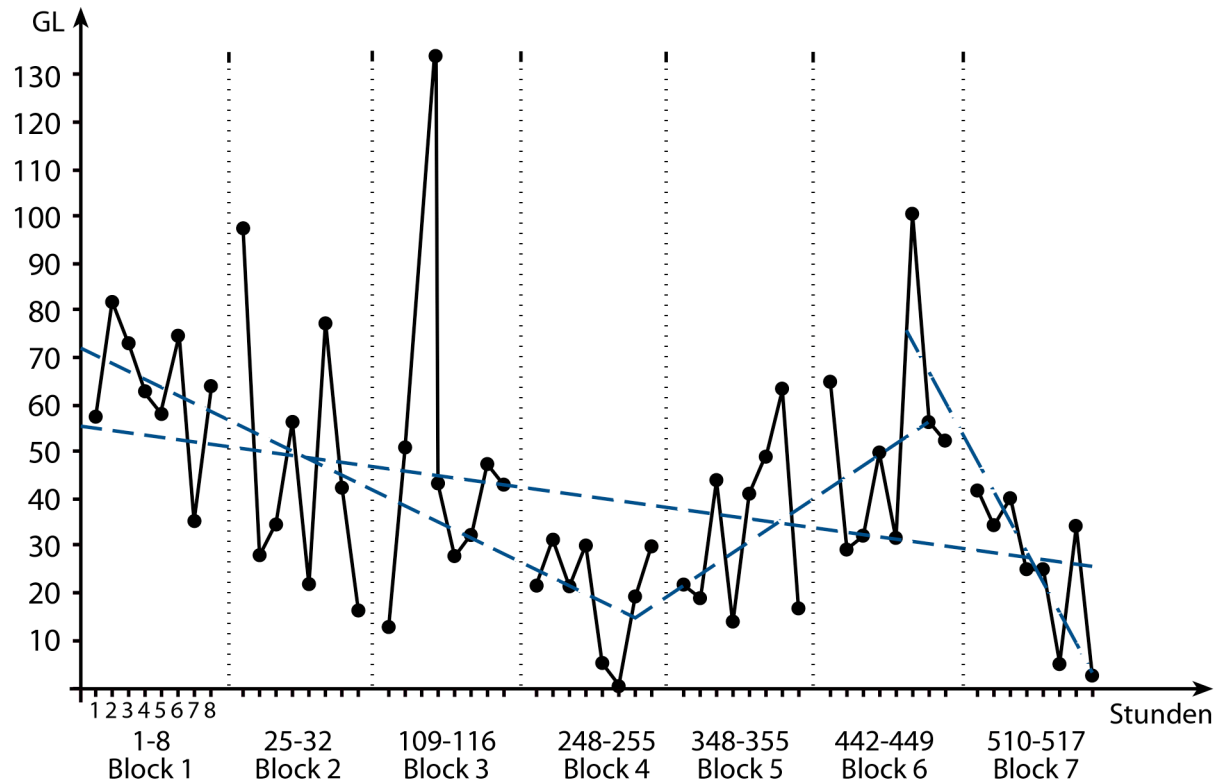
Die Anzahl der Wiederholungen eines in der Stunde bereits erwähnten Leidensthemas bleibt im Verlauf der Behandlung unverändert, umfasst jedoch insgesamt nur 17% aller Leidensstellen.

Diskussion

Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich wesentliche Veränderungen des Leidens im psychotherapeutischen Prozess mit dem einfachen Prozessmodell eines monotonen Trends statistisch bedeutsam beschreiben lassen. Die Betrachtung einer graphischen Verlaufsdarstellung (s.d. Originalarbeit) zeigt jedoch, dass dieses Prozessmodell offensichtliche Verlaufsmerkmale unberücksichtigt lässt. Durch visuelle Inspektion (vgl. Huber, 1985) des Verlaufs der verschiedenen Variablen gelangten wir zu einem etwas differenzierteren Prozessmodell, das den erhobenen Daten besser entspricht: Die Daten der ersten Stichprobenhälfte legen einen negativen Trend nahe, der etwa ab der Mitte der Behandlung in einen positiven Trend übergeht und im letzten Abschnitt der Behandlung wieder negativ wird¹⁵.

¹⁵ Die statistische Untersuchung dieses dreiteiligen Prozessmodells mittels Regressionsanalysen führt insgesamt zu einer Varianzaufklärung von 40% und beschreibt damit im Vergleich zum Modell eines einheitlichen Gesamttrends (erklärter Varianzanteil der gesamten linearen Regression = 11%) einen erheblich höheren Anteil an der Variation des Leidensverlaufs. Um zu einer noch höheren Varianzaufklärung zu gelangen, müssten komplexere, nicht-lineare Verlaufsmodelle angelegt werden, die dann jedoch klinisch nicht mehr sinnvoll interpretiert werden könnten. Deshalb verfolgen wir an dieser Stelle den statistischen Untersuchungsansatz nicht weiter und wenden uns stattdessen klinischen Beschreibungen und Interpretationsversuchen zu.

Das induktiv gewonnene Prozessmodell wird anhand der Variablen GL (= Summenscore der global eingestuften Leidensstärke) graphisch dargestellt (s. Abb.). Wir möchten uns in den weiteren Überlegungen auf den Verlauf des Summenscores GL beschränken, weil er den Gegenstand unserer Untersuchungen am umfassendsten repräsentiert und mit anderen Variablen (wie LS oder H) hoch interkorreliert.



Abbildung

Verlauf der Variable GL (Summenscore). Eingezeichnet sind a) das Prozessmodell des Gesamttrends (= durchgezogene Linie) und b) das dreiteilige Prozessmodell (= gestrichelte Linie)

Diskussion unter klinischen Gesichtspunkten

Wir wollen nun dieses formale Prozessmodell inhaltlich interpretieren. Zu diesem Zweck haben wir die Aussagen zum Thema ‚Objektbeziehungen‘ aus einer bereits vorliegenden klinischen Prozessbeschreibung herangezogen. Dabei ging es uns nicht um mikrostrukturelle Veränderungen in der Beziehungsfähigkeit, sondern um markantere Einschnitte im Sinne von Lebensereignissen. In folgender Abbildung sind diese Beziehungsereignisse zusammen mit der Variable GL dargestellt.

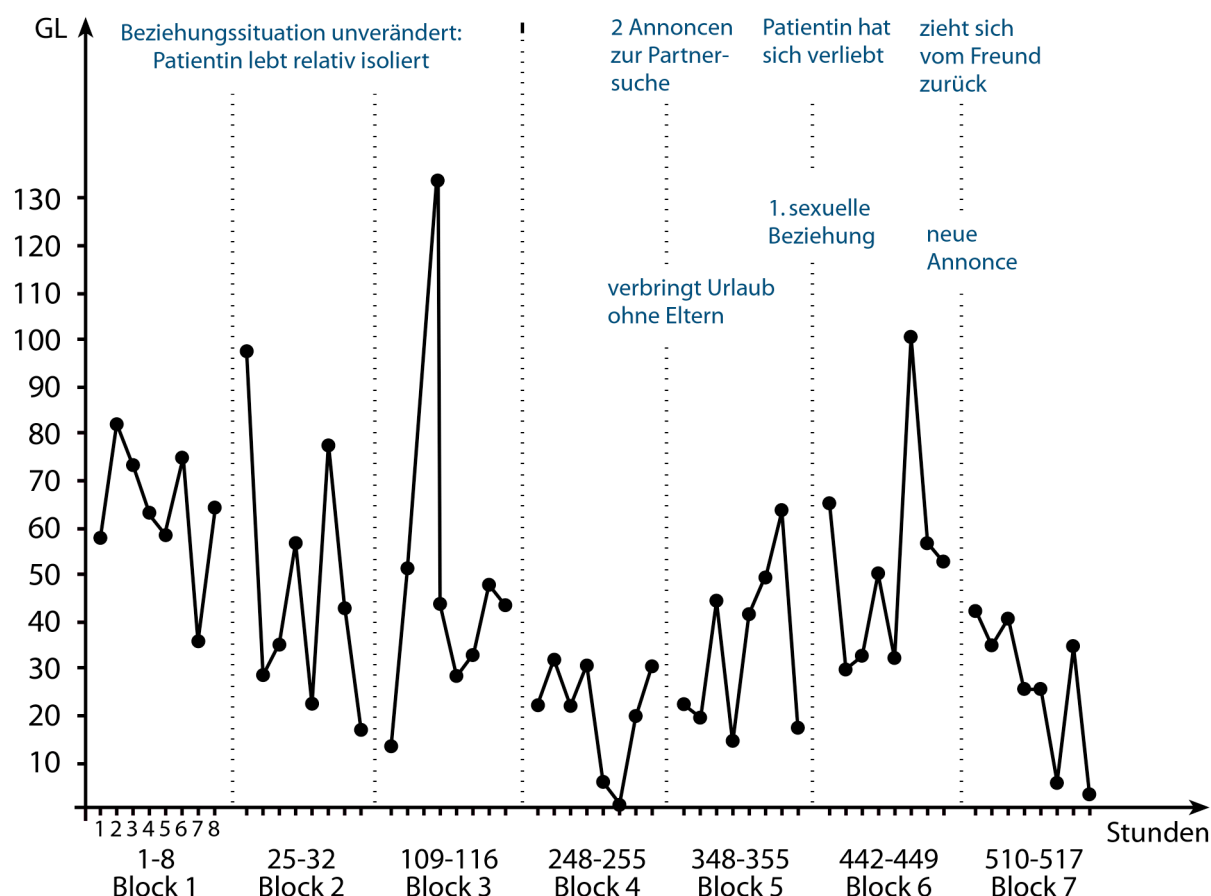


Abbildung :

Verlauf der Variable GL (Summenscore) sowie einschneidende Veränderungen in der Beziehungssituation der Patientin

Unter diesem groben Raster erscheint die Beziehungssituation der Patientin in der ersten Behandlungshälfte relativ konstant. Die Annahme liegt nahe, dass sie sich in dieser Zeit vorwiegend mit sich selbst und ihren inneren Objekten beschäftigt, was auch durch die Art der Symptomatik gestützt wird: Erythrophobie, Abhängigkeit von den Eltern sowie Hemmungen im sexuellen Bereich hindern die Patientin zunächst daran, sich handelnd mit ihrer Umwelt auseinander zu setzen. Gegen Stunde 250 scheint diese Phase der Behandlung abgeschlossen zu sein: das Leiden der Patientin hat stark nachgelassen, offenbar kommt sie besser mit sich zurecht. Da danach die Leidenskurve wieder ansteigt, markiert Block 4 (Std. 248-255) offenbar einen Wendepunkt der Behandlung. Unter dieser Hypothese wollen wir diesen Block nun näher betrachten:

Block 4:

Die Patientin wirkt in diesen Stunden desillusioniert. Nüchtern setzt sie sich damit auseinander, dass ihre Möglichkeiten sich in der Therapie zu verändern, begrenzt sind. Sie denkt über die Einschränkungen Körperbehinderter nach und bezieht sich damit indirekt auf ihre Körperbehaarung. Auch der Analytiker ist nur begrenzt verfügbar; die Übertragung ist leicht negativ gefärbt.

Diese subdepressive, leicht resignative Stimmung der Patientin, die hinter ihren betont vernünftigen Äußerungen steht, vermittelt sich offenbar nur dem Kliniker. Die Textbeurteiler haben in diesen Stunden nur selten Leiden kategorisiert.

An der ersten Stunde von Block 4 lassen sich die Themen dieser Phase illustrieren: Die Patientin hat im vorangegangenen Urlaub an einer Gruppenreise teilgenommen und sich dabei recht selbstständig erlebt. Sie beschäftigt sich nun intensiv mit einer Mitreisenden, deren Autonomie sie bewundert. Der Analytiker gibt zu bedenken, dass bei ihr doch auch ein starker Wunsch nach Gemeinsamkeit existiere. Daraufhin berichtet sie einen Traum über ihre Analyse: „Und dann sagten Sie ‚ja, wir lassen jetzt die Analyse auslaufen‘ und mich hat das nicht so sehr berührt. Ich saß einfach da und dachte ‚wird schon stimmen‘. Am Schluss sagten Sie, es sei noch ein Thema übrig und das sei das Herz. Da bin ich dann lebendig geworden und dachte, ‚ja, der hat recht‘.“ Die Autonomie der Patientin reicht nun offenbar aus, um ihre Beziehungswünsche weniger gefährlich erscheinen zu lassen. In den folgenden Stunden thematisiert sie häufig den Wunsch nach intensiveren Beziehungen vor allem zu Männern¹⁶.

In der zweiten Hälfte der Behandlung, die geprägt ist von der intensiven Auseinandersetzung mit Beziehungen (vgl. Abb. 4), nimmt das Leiden wieder zu. Berücksichtigt man aber den Verlauf der Variablen, die den Umgang mit dem Leiden spezifizieren (vgl. Abb. 2), so lässt sich diese neuerliche Zunahme differenzierter betrachten: Die Patientin bringt nun ihre unlustvollen Gefühle intensiver zum Ausdruck als zu Beginn der Behandlung. Damals haben vermutlich Hemmungen bei der Selbstdarstellung, die auch in der Erythrophobie deutlich wurden, einen direkten Gefühlsausdruck verhindert. Die Hilflosigkeit im Leiden nimmt dagegen eher ab und bleibt sogar im Block 6 unter dem Durchschnittswert der Gesamtbehandlung ($H!$ von Block 6 = 2,28; $H!$ der Gesamtbehandlung = 2,36). Selbst die bevorstehende Beendigung der Therapie, die bei vielen Patienten noch einmal zu einer kurzfristigen Verschlechterung der Befindlichkeit führt, kann diese Patientin offenbar aktiv und gelassen bewältigen.

Im nächsten Schritt muss empirisch geprüft werden, ob unsere klinische Interpretation des formalen Prozessmodells zulässig ist. Mit einem weiteren inhaltsanalytischen Manual, das zurzeit auf diesen Einzelfall angewandt wird, soll der Selbst- oder Umweltbezug des Leidens erfasst werden. Über die externe Validität der Ergebnisse können wir derzeit nur Vermutungen anstellen: einen ähnlichen Leidensverlauf könnten Behandlungen von Patienten zeigen, die zu Therapiebeginn depressiv-gehemmt sind, sich mit ihrem Leiden aber nicht

¹⁶Aus der systematischen Beschreibung des Falles zitieren wir einen Traum aus Std. 251: In diesem Traum wird deutlich, daß sich die Pat. von der Analyse die Befreiung von körperlicher Befangenheit erhofft. Sie sieht, wie eine Frau nach der Analyse befreit und glücklich ist und diesem Gefühl durch einen Tanz Ausdruck verleiht. Im Tanzen drückt sich auch für die Pat. das Bedürfnis aus, von anderen angeschaut und bewundert zu werden.

anklagend an andere wenden, sondern eher Selbstvorwürfe und Schuldgefühle äußern. Die Diagnose allein erlaubt sicherlich keine Prognose des Leidensverlaufs. Auch die noch am ehesten vergleichbare Arbeit von Knapp et al. (1975) hilft bei der Frage nach zulässigen Generalisierungen nicht weiter: es handelt sich ebenfalls um eine Einzelfallstudie, deren Stichprobe zudem unter einem anderen Erkenntnisleitenden Interesse zusammengestellt wurde.

5.5 Veränderung kognitiver Prozesse¹⁷

Marianne Leuzinger-Bohleber u. Horst Kächele

5.5.1. Problemstellung

5.5.2. Methode: Theoriegeleitete, computerunterstützte Inhaltsanalyse

5.5.3. Ergebnisse der Untersuchung

5.5.4 Die Veränderungen im Verlauf

¹⁷Dieser von Kächele bearbeitete Text basiert auf Leuzinger-Bohleber & Kächele (1990) Von Calvin zu Freud: 5 aggregierte Einzelfallstudien zur Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Z Klin Psychol 19: 111-122

5.5.1. Problemstellung

Ziel unserer empirischen Untersuchung war, die Veränderungen kognitiver, Problemlösender Prozesse während der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie X zu erfassen. Hierzu untersuchten wir Veränderungen im Umgang der Patientin mit ihren Träumen, weil dieser Umgang auch heute noch als eine "via regia" zum Unbewussten gilt, und die Entschlüsselung unbewusster Konflikte eine Voraussetzung ist zur Erreichung spezifisch psychoanalytischer Behandlungsziele sein kann (Leuzinger u. Kächele 1985).

Die Entwicklung dieser spezifischen Fähigkeit, der Entwicklung von Problemlösungsstrategien im Umgang mit Unbewusstem, ist ein zentrales *innerpsychoanalytisches Erfolgskriterium*, das wir in unserer Fragestellung fokussierten. Grawe (1988a) hat u. a. auf die Relevanz der Berücksichtigung solcher therapie-immanenten Zielsetzungen bei der Erfolgsbeurteilung unterschiedlicher Psychotherapien in der Psychotherapieforschung hingewiesen und auch die Notwendigkeit detaillierter Einzelfallstudien hervorgehoben (Grawe 1988b). Nach einer ersten Forschungsphase, einer differenzierten Einzelfallstudie, in der wir das Tagebuch eines Patienten, das er seiner Analytikerin nach Abschluss der fünfjährigen Behandlung überlassen hatte (Leuzinger-Bohleber 1987), untersuchten, wurden die in der ersten Einzelfallstudie generierten und einzelfallstatistisch abgestützten Hypothesen anhand von Verbatimprotokollen von vier Psychoanalysen der Ulmer Textbank weiter im Sinne von aggregierten Einzelfallstudien empirisch abgestützt. Wiederum verglichen wir Traumdeutungssequenzen der Anfangs- und Endphase der Behandlungen.

In dieser Arbeit illustrieren wir zuerst unser methodisches Vorgehen exemplarisch und geben anschließend einen Überblick über die Ergebnisse bezüglich der Patientin Amalie X¹⁸.

5.5.2. Methode: Theoriegeleitete, computerunterstützte Inhaltsanalyse

Als Methode benutzen wir eine Modifikation einer *theoriegeleiteten Inhaltsanalyse* (vgl. dazu Krippendorff 1980, Ritsert 1972, Merten 1983) und *Methoden der computer-unterstützten Textanalyse* (vgl. Kächele u. Mergenthaler 1984). Als theoretischen Rahmen verwenden wir ein kognitionspsychologisches Modell, das in der Künstlichen Intelligenzforschung (KI) entwickelt und mittels Computersimulation getestet wurde. Aus diesem Modell wurden alle unsere Hypothesen abgeleitet, d.h. konkretisiert und operationalisiert und durch ein inhaltsanalytisches Komplexrating und computerunterstützte Textanalysen empirisch abgestützt. Die Verwendung von geschulten Ratern gründet in unserer Überzeugung, dass nur

¹⁸Die gesamte Untersuchung wurde ausführlich publiziert (Leuzinger-Bohleber 1989).

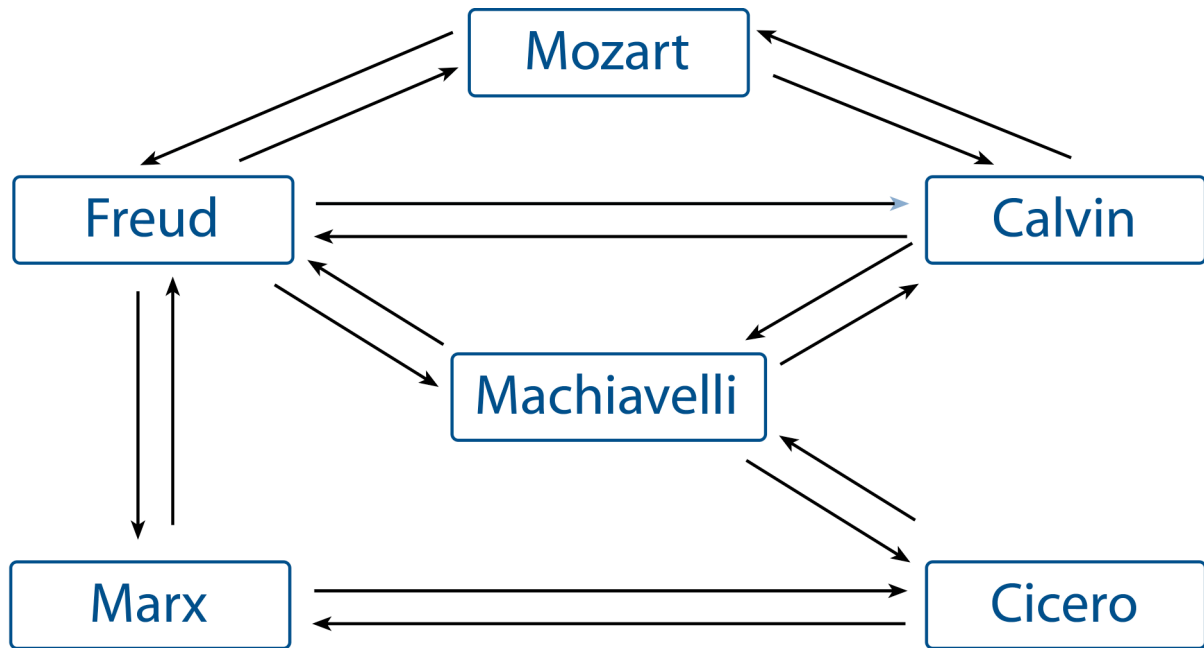
sie fähig sind, Indikatoren für komplexe kognitive Informationsstrukturen im manifesten Textmaterial zu erkennen. Ihre Einschätzungen wurden den Ergebnissen der Textanalysen gegenübergestellt, durch die Sprachveränderungen auf einem systematischeren und minutiöserem Niveau als durch Beobachter festgestellt werden können. Auf diese Weise ergänzten sich beide Analyseverfahren.

Kurzzusammenfassung unseres Modells kognitiver Prozesse

Das Computersimulationsmodell von H. Clippinger (1977) konzeptualisiert kognitive Prozesse als ein inneres Geschehen, das durch die Interaktion zwischen verschiedenen kognitiven Mikrowelten, in seiner Terminologie, von kognitiven Kontexten, bestimmt wird. Kontexte können verstanden werden als kognitive Operationszentren, die die so genannten interrupt-Programme enthalten, die auf bestimmte Schlüsselreize in Aktion treten und die Gesichtspunkte des betreffenden Kontextes "vertreten" (z.B. ethische versus strategische Überlegungen). Dadurch ist es möglich, kognitive Prozesse darzustellen als das Produkt konflikthafter Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Kontexten mit verschiedenen Zielsetzungen - eine Modellvorstellung, die u. E. dem psychoanalytischen Strukturmodell sehr nahe kommt.

Ausgehend von diesem Clippingerschen Ansatz und einem Simulationsmodell von Pauker, Gorry, Kassirer und Schwartz (1976) entwickelten wir ein eigenes (*ausschließlich verbal-sprachliches*) Modell kognitiver Prozesse, das wir der inhaltsanalytischen Untersuchung kognitiver Veränderungsprozesse von Patienten zugrunde legten. Wir konzeptualisierten darin u.a. sechs kognitive Kontexte, also 6 voneinander abgetrennte und teilweise voneinander unabhängige "Mikrowelten", die in vielfältiger Weise miteinander interagieren: den MOZART, CALVIN, MACHIAVELLI, CICERO, MARX und FREUD Kontext.

Abbildung 1 Kommunikationsstruktur kognitiver Kontexte



Legende zur Kommunikationsstruktur kognitiver Prozesse¹⁹

Das Modell unterscheidet sechs kognitive Prozesse:

MOZART Kontext (Informationssелеktor)

Er enthält jene Programme, die die Wahrnehmung des Patienten aufgrund früherer Erfahrungen steuern. Sie ermöglichen ihm, relevante von irrelevanten Informationen zu unterscheiden und auffällige Strukturen in einer Menge von Informationen zu erkennen, also gezielt Informationen zu selektieren. Dies führt zu einer "Gestalthaften", strukturierenden Wahrnehmung und ersten Hypothesenbildung.

CALVIN Kontext (Wertraum)

Er enthält jene Programme, die die kognitiven Prozesse fortlaufend beurteilen, er repräsentiert den Zensor des Patienten, sein Wertraum.

MACHIAVELLI Kontext (Strategien des kognitiven Urteilsprozesses)

Er enthält jene Programme, die Strategien der Informationsgewinnung und der Interpretation von Träumen enthalten, Wissen zum "know how" der analytischen Traumdeutungstechnik.

CICERO Kontext (Umsetzer von Gedanken in Worte)

Er enthält jene Programme, die sich mit der sprachlichen Formulierung eines Gedanken beschäftigen. Sie schätzen ab, wie diese Formulierungen gestaltet werden müssen, damit sie für den Empfänger (bei uns den phantasierten oder realen Leser des Tagebuchs bzw. des Analytikers im Verbatimprotokolls) annehmbar sind.

MARX Kontext (Umweltsimulator)

Er enthält jene Programme, die sich mit Realitätsfaktoren beschäftigen, z.B. die Reflexion der "Traumrealität", verglichen mit der "äußeren Realität" etc, ermöglichen.

FREUD Kontext (Selbstreflektor)

¹⁹Wir können hier nicht detailliert auf die Definition der einzelnen Kontexte eingehen, die übrigens, wie oft üblich in der KI, etwas provokative Namen tragen, die aber hoffentlich den Leser eher belustigen als abstossen.

Er enthält jene Programme, die die Selbstreflexion des Patienten darstellen. Sie fragen nach Motiven und Hintergründen von Gedanken, Gefühlen und Handlungen und sind dafür verantwortlich, ob der kognitive Prozess bewusst (FREUD Programme in voller Aktion) oder unbewusst (FREUD Programme gehemmt) abläuft.

Veränderungen während einer psychoanalytischen Behandlung spielen sich, laut unseren Hypothesen, in allen der 6 Kontexte sowie in der Interaktion der Kontexte miteinander ab. (vgl. unten).

5.5.2.2 Das Datenmaterial

In die Untersuchung aufgenommen wurden die Verbatimprotokolle, in denen ein Traum berichtet wurde, und die aus den ersten hundert bzw. den letzten hundert Stunden der Behandlung stammen.

5.5.2.3 Die Hypothesen : Von CALVIN zu FREUD - ein Beispiel

Wie erwähnt ist eine der zentralen Grundannahmen des Clippingerschen Modells die Vorstellung interagierender kognitiver Kontexte. Aufgrund unseres psychoanalytischen Vorwissens postulierten wir, dass, in der Sprache des Modells, zu Beginn und am Ende einer erfolgreichen Psychoanalyse charakteristische Interaktionsmuster kognitiver Kontexte bei der Patientin vorliegen:

Wir nahmen an, dass zu Beginn einer Psychoanalyse vor allem die Programme des CALVIN Kontextes das kognitive Geschehen dominieren und hemmen bzw. unterbrechen. Vor allem jene des FREUD Kontextes, i.a.W. die selbstreflexiven Denkprozesse des Patienten werden zu Beginn einer Behandlung durch eine rigide wertende innere Instanz eingeschränkt bzw. mehr oder weniger verhindert. Im Gegensatz dazu erwarteten wir am Ende einer erfolgreichen Psychoanalyse ein ungehindertes Ablaufen selbstreflexiver Prozesse, d.h. eine Erweiterung der Fähigkeit zur Selbstreflexion. In der Terminologie des Modells: nun dominieren die Programme des FREUD Kontextes die Problemlösungen.

Diese Hypothese wurde nun wie folgt untersucht:

Die speziell geschulten Rater wurden nach ihrer Lektüre einer (nach dem Zufallsprinzip ausgewählten und nicht als Anfangs- oder Endstunde erkennbaren) Traumdeutungsstunde eines Verbatimprotokolles gebeten, zu beurteilen, ob sie den Eindruck hätten, dass die kognitiven Prozesse, lokalisiert in den einzelnen Kontexten, ablaufen konnten, ohne durch Prozesse anderer Kontexte gehindert zu werden (2 auf der Skala), oder ob sie durch solche Prozesse dominiert wurden (1 auf der Skala) oder ihrerseits Prozesse in anderen Kontexten dominierten (3 auf der Skala).

Welche Resultate erzielten wir nun bei dieser Einstufung bei der Psychoanalyse der Patientin Amalie X?

5.5.3. Ergebnisse der Untersuchung

Spezifische Veränderungen der Interaktionsstruktur kognitiver Prozesse im Umgang mit Träumen

Aufgrund der systematischen Untersuchung des Umgang mit Traummaterial wurde die Psychoanalyse von Amalie X als "erfolgreich" eingestuft (Leuzinger-Bohleber 1989; Leuzinger-Bohleber u. Kächele 1988; 1990): in der Terminologie des Modells dominieren, wie von uns postuliert, in den Anfangsstunden die normativen kognitiven Prozesse des CALVIN Kontextes die Denkprozesse, in den Endstunden die selbstreflexiven des FREUD Kontextes. Diese Analysandin verfügte am Ende der Behandlung über die ausgeprägteste Fähigkeit zur Selbstreflexion der fünf untersuchten Analysanden (s. Leuzinger-Bohleber 1989). Nicht in unseren Hypothesen enthalten war die signifikante Zunahme der Prozesse im MOZART Kontext: diese Analysandin verfügt in den Endstunden über ein ausgeprägtes Wissen zur Informationsaufnahme und -verarbeitung bezüglich ihrer Träume, was ihr u.a. die Möglichkeit schafft, ihre Träume nun weitgehend selbst zu verstehen und zu deuten. Analog dazu hat sich auch das Wissen zu Strategien im Umgang mit dem eigenen Unbewussten (MACHIABELLI Kontext) erweitert .

Die folgenden beiden Beispiele vom Anfang und Ende der Behandlung dienen als Illustration dieser stattgefundenen Veränderungen.

Beispiel a: Stunde 8²⁰:

P: (= Patientin)... Ich hab mir überlegt, ja warum, warum s eben sehr schwer fällt (A: hm) eh gewisse Dinge zu sagen, tja, ich mein, natürlich, weiß ich, dass ich nicht geschimpft werde und und- aber trotzdem, des isch natürlich, eh so Seelen- eh- wäsche zu machen ist nicht immer angenehm. (Pat lacht leise und verlegen)

A: (= Analytiker) Hm, ich hab grade nicht ganz verstanden, Sie wissen, dass sie geschimpft werden, also dass Sie nicht

P: Nein, dass ich nicht werde, ja, aber trotzdem (A ja) ist es eben (A. hmhm) schwierig- (A ja)- ich mein, vor mir selber kann ich die Dinge wohl beim Namen nennen, aber das sind dann eben die vier Wände und eh, ich mein, das, das ist eben doch wieder so ne Situation wie beim Beichten, dass man sich, dass man sich zwar, das eh fällt in nen, in nen Bereich, in dem s eh zunächst einfach mal aufgenommen wird (stöhnt)

A. wobei dies ja zugleich eh, es eben, eben entpersönlicht, wenn eh es nur aufgenommen wird und Sie möchten es ja nicht eh entpersönlicht haben. Eh das ist zwar, hat eine, eh einerseits günstige Seite, wenn es entpersönlicht (P. hm) wird, aber Sie möchten es grade persönlich haben und dadurch kommt wiederum eine Schwierigkeit (P hm) hinzu. Hier ist es nicht entpersönlicht

P: hm, eben, des des ist wirklich, aber, ich halt es irgendwie für ganz normal (A. ja) ich schaffs nicht., es zu (lacht), es ist einfach, was man auch so Schamgefühl

A: ja,, das ist das weitere, hm

P: nennt und es ist wirklich, ich schlag mich nämlich momentan wirklich sehr mit der Stelle rum und (A. hm) ich glaub, ich hass meine Hospitanten also nen Teil also, ich bin so entsetzt, dass ich etwas sage, was ich nicht will zu den Mädchen, wo s so schwierig war, und dass, wenn ich s dann gesagt habe, ich werd s wahrscheinlich nachher sagen, was ich gesagt hab, dann, dann stell ich fest, dass ich die Mädchen, glaub ich, hasse oder mich

²⁰Die Verbatimprotokolle werden i.d.R. genau zitiert, doch aus Diskretionsgründen teilweise aktiv verschlüsselt.

irgendwie so (stöhnt) , es war nämlich sehr einfach am Anfang, als ich neu an die Stelle kam, eh irgendwie sozusagen neu anzufangen und, und, jetzt stelle ich fest, wenn man dann schon mal länger die Mädchen kennt und überhaupt das ganze Milieu dort, dann fährt sich manches ein und man lässt sich gehen und, oder ich lass mich gehen, so muss ich mal sagen. Und ich war so wütend und enttäuscht über diese Arbeit, zuerst hab ich gross gesagt: "Ihr könnt jetzt tun, was Ihr wollt, mir ist das egal!" ein so blöder Satz vor m Examen: "Wenn Ihr nicht arbeitet, ist es Eure Sache" und des wissen die genau, und, ich meine, die haben ja mit sich jetzt zu tun und, und ich hab zu denen neulich gesagt, obwohl ich zu Hause, als ich so wütend war, dacht, ich alles darfst sagen, aber das nicht, und ich geh in die ...und sag in voller Wut: "Mich freut s direkt, wenn ein paar durchfallen." Das war natürlich entsetzlich. Ich bin jetzt derart fertig (A. hm). Ich weiß wirklich nicht, was ich tun soll. Ich mein, die sind, die sind natürlich auch entsetzt und und das Klima ist jetzt wirklich kaputt. Und dass ich wirklich etwas sage, was ich mir vornehm, dass ich s nicht sage, das ist so entsetzlich, so so unbeherrscht und so och entsetzlich wirklich, ich hass, die glaub ich, wirklich (A. hm) ich mein, so was, so was kann man nicht sagen. Freilich sind die patzig zu mir und und waren schon immer patzig, aber das ist für mich keine Entschuldigung (flüstert)... ich bin überhaupt so nörgelig und so so gereizt.... "(p.3/4 des Verbatimprotokolls).

Solche Sequenzen sind in den Anfangsstunden sehr häufig: oft erzählt die Patientin von ihrem Berufsalltag, vor allem von Situationen, in denen sie nach ihrer Meinung Fehler gemacht hat und sich nun ("entsetzliche") Vorwürfe macht. Der Analytiker hat offensichtlich oft die Funktion, sie von solchen Selbstvorwürfen zu entlasten, verbal und nonverbal. Wie auch in diesem Beispiel wird auch oft thematisiert, dass sie die analytische Situation als Prüfung erlebt und Angst hat, den "analytischen Anforderungen" nicht zu genügen.

Beispiel b: Stunde 514

P: Ich würde ja am liebsten sagen, Träume sind Schäume, ich weiß nicht, wie ich jetzt drauf komme, ich wollt einen erzählen (A. hm). Das glaub ich bestimmt nicht, Träume sind Schäume. Vielleicht hab ich beim Kaffeegeruch an, an Schäumchen gedacht, ich weiß nicht. Hm, ja, ich hab viel geträumt und weiß bloß noch Fetzen und, einen Teil von heute Nacht. Da stand ich., das war so ne Gartenwirtschaft., an nem Wasch- becken und wusch mir die Hände und da kam die K.B. und das war diese, die jetzt da den Schrieb geschickt hat auch für dieses Klassentreffen und die ja bis zum Abitur meine intimste Feindin war, nachdem sie als Kind meine Freundin gewesen war. Und, die K.B. trat an das Waschbecken, das war wie so ein Vorraum von der Gastwirtschaft und hat sich auch die Hände gewaschen und ich hab da wohl so Seifenwasser verspritzt, spritzt auf ihren Rock und sie reagierte also sehr sehr heftig und ich sagte: "jetzt tu nicht so". Es ging ziemlich intensiv um diesen Fleck, den ich gemacht hatte. Mit so ein bisschen Seife und eh ich fand das also empörend, wie sie sich empört hat und (stöhnt) tja ich hab, ich weiß, ich hab sehr viel deutlich gesprochen und, und Zusammenhängendes, und dann sagt ich: "und dass Du das nur weißt, ich komm nicht zu dem Klassentreffen und das hab ich an dich extra geschickt, ich sag es dir gleich, eh, du glaubst du, ich werde euch meine letzten zwanzig Jahre erzählen." Und dann muss ich ne Treppe hochgegangen sein oder kam sie die Treppe runter, das weiß ich eben nicht mehr, da waren dann wieder so Blätter und, wie so in einem Gartenlokal

A: Meinen Sie, die K. sollte also nicht kommen

P: nein, ich ich ich ich

A: eh ja, eh ja, hm hm

P: Ich sagte das zu ihr. "Ich komm nicht". (A. hm) eh und war dann ein heftiger Disput und ich sagte: "Weißt du", ja, ich könnt jetzt was zusammenphantasieren, was ich gesagt hab, ich meine, das war so, dass ich also mich, so äußerte,: "Ich werd euch ja nicht grad erzählen, dass ich im Internat war und solche für mich wichtige Dinge getan hab und, überhaupt find ich, geht euch das gar nichts an. Das habt ihr nie gewusst und das braucht ihr nicht wissen " Und war so ein bisschen verkannt und beleidigt und tränenvoll innerlich, aber nach außen nicht, das war also mehr ein Streitgespräch oder ein Streitton, und, ich glaub, ich bin dann so ne Treppe raufgegangen , aber jetzt scheint es mir, sie sei runtergekommen, so ne kleine Treppe. Und da fällt mir ein, sie heißt ja, K.B. und jetzt M. Und ich also gestern, je, das mach ich dann so ne, ja , hab ich den Brief abgeschickt, weil ich also Absage gemacht hab, und, da fällt mir noch ein, dass H. mal als ganz kleines Kind noch sagte zu meiner Mutter, auch weißt du Mutter, was du vorher mit Frau B. sprachst (A: B?) B. (A:B.?) B., (A: :jawohl) eh, das war ganz falsch, du standest so, ich glaubte, er sagte damals, demütig da und sie so von oben herab... (S.1-3 des Verbatimprotokolls)

Im Folgenden setzt sie sich intensiv mit der Beziehung zu dieser Kinderfreundin auseinander und den vielen Herabsetzungen und Kränkungen, die sie von dieser erdulden musste. Schließlich sagt sie:

*P.: Ich konnt es mit ihnen (d.h. anderen Kindern, M. L.-B.) besser als mit K.B..Was ihre Neugierde und Herrschsucht angeht, konnt ich ihnen manchmal entkommen und einiges für mich durch machen oder nicht machen. Ich muss die jetzt noch so ein bisschen hassen. Ich konnt die umbringen, so richtig einzeln, egal, was um sie rum ist. Mein Gott hab ich die gehasst- **und durfte das nie**. Ich hab immer neun Jahre lang mit der Kuh in die Schule gehen müssen und stillhalten und das irgendwie aushalten müssen und und man durfte es doch nicht zeigen diesen Hass..."(S.16)*

Darauf reflektiert die Analysandin u.a. intensive negative Gefühle ihrem Freund und dem Analytiker gegenüber, über die sie nun offen sprechen kann, ohne sich dafür innerlich verurteilen zu müssen. Dies ist ein Beispiel, dass nun auch Emotionen wie Hass etc. (im Gegensatz zu dem ersten Beispiel a) vom inneren Wertraum der Analysandin akzeptiert werden können , was sich auch (wie die erste hervorgehobenen Textstelle zeigt) im manifesten Trauminhalt niederschlägt.

Durch diese Prozesse wird auch die Einsicht der Analysandin in die ihr Handeln determinierenden Affekte erweitert.

Generelles Ziel einer Psychoanalyse: Optimale Reflexionsmöglichkeiten aktueller innerer Prozesse als Voraussetzung zur Selbstanalyse
(Veränderungen der Interaktionsstruktur kognitiver Prozesse)

Die Fähigkeit zur Selbstanalyse, als Hauptziel einer Psychoanalyse, steht in Zusammenhang mit strukturellen Veränderungen der Patientin: in der Begriffssprache des psychoanalytischen Strukturmodells, mit einer Stärkung des Ichs, die eine bessere und konfliktfreundlichere Wahrnehmung und Handhabung von Anforderungen der Realität, von Es und Überich ermöglicht.

Wie in unserer Prozesshypothese postuliert, stellen die Rater bei der Patientin fest, dass die anfängliche Einschränkung und Hemmung der selbstreflexiven Prozesse im FREUD Kontext bedingt durch dominierende CALVIN Interventionen in den Endstunden weitgehend aufgehoben wurde. Auch die kognitiven Prozesse, lokalisiert in den übrigen Kontexten, können am Ende der Behandlung ungehindert funktionieren können

Die Ergebnisse der computerunterstützten Textanalysen können hier nicht umfassend dargestellt werden²¹, doch unterstützten sie die Ratingergebnisse weitgehend.

Teilziele einer Psychoanalyse

²¹s.d. Leuzinger-Bohleber 1989, S.100ff

a) Erweiterung der Kompetenz in der Wahrnehmung von Manifestationen des Unbewussten (etwa von Träumen) (MOZART Kontext)

Die Rater stellten bei der Patientin die von uns postulierten Veränderungen in der Gestaltwahrnehmung und -verarbeitung unbewusster Konflikte weitgehend fest: es werden in der Endphase der Behandlung mehr Informationen aus dem Traumtext aufgenommen als zu Beginn der Behandlung, der Kontext des Traumes wird in der Deutungsarbeit berücksichtigt, Informationsgestalten werden auf Antrieb erkannt und kognitiv verarbeitet, es wird mehr Bezug genommen auf frühere psychoanalytische Arbeit, und Interventionen des Analytikers werden vermehrt in der Traumdeutung berücksichtigt. Die Hypothesenbildung erfolgt nun rascher und kann eher direkt reflektiert werden.

Die Untersuchung der Veränderung des manifesten Traum Inhaltes ergab, dass, bezogen auf die analysierten Kriterien (das Spektrum an Beziehungen, Traumstimmungen und Problemlösungen) im manifesten Traum Inhalt sich in erfolgreichen Psychoanalysen erweitert, sowie die Gestaltung der Traum Inhalte deutlicher und strukturierter wird (Merkle 1988). Konkret fanden wir (basierend auf den Ratingergebnissen) in der Endphase der Behandlung der Patientin:

- bezüglich der *Veränderung von Beziehungsmustern*:
 - eine Verbesserung der Beziehungsmöglichkeiten (zum Traumpartner oder Traumstimmung)
 - eine Vergrößerung des Handlungsspielraums
 - eine Erweiterung des emotionalen Spektrums der vorkommenden Beziehungsarten
- bezüglich der *Veränderung der Traumstimmungen*
 - eine Zunahme der Affektvielfalt und Intensität
 - eine Abnahme der manifesten Angst
 - eine zunehmende Fähigkeit, verschiedenartige, auch widersprüchliche Gefühle wahrzunehmen und auch auszudrücken (z.B. kommen vermehrt aggressive Gefühle vor)
- bezüglich der *Veränderung des Problemlösungsverhaltens*:
 - zunehmend erkennbare Problemlösungsstrategien
 - mehr gelungene als nicht gelungene Problemlösungen
 - eine Erweiterung des Spektrums der Problemlösungsstrategien

Es ist der Patientin am Ende der Psychoanalyse möglich, sich selbst, ihre Objektbeziehungen, ihre Traumstimmung (emotionale Beteiligung) und ihr Problemlösungsverhalten ganzheitlicher, gestalthafter und differenzierter wahrzunehmen und zu erzählen.

Durch die Textanalyse stellten wir im manifesten Traum Inhalt der Endstunden fest:

- dass weniger direkte Bezüge zur Symptomatik vorkommen
- dass mehr verschiedene Verben benutzt werden, was wir als Indikator für eine Zunahme ihres kognitiven Spektrums interpretierten.

b) Teilziel: Modifikation von Überich-Strukturen und -inhalten (CALVIN Kontext)

Die Erweiterung des kognitiven Spektrums, auch die Fähigkeit eigene unbewusste Konflikte adäquater wahrzunehmen, steht in Zusammenhang mit der Milderung des inneren Wertraumes (d.h. des CALVIN Kontextes). Der innere Wertraum ist in den Endstunden der Patientin "adäquater", "ermutigender", "flexibler", "milder", "reifer" und "toleranter". Auch wirkten die Selbstbewertungen wie auch die Bewertungen naher Beziehungspersonen "adäquater", "flexibler" und "reifer" als in den Anfangsstunden.

Eine weitere Veränderungshypothese lautete, dass sich die Beziehungen der Patientin zu wichtigen Personen (und zwar die "inneren" wie die "äußeren") in einer erfolgreichen Psychoanalyse positiv verändern. In den computer-unterstützten Textanalysen diente uns als *ein* Indikator der Gebrauch unpersönlicher Pronomina zur Schilderung von Beziehungspersonen im analytischen Dialog. Wir konnten diese Veränderung exemplarisch anhand einiger solcher Pronomina nachweisen. Z. B verwendet die Patientin "man" in den Endstunden signifikant seltener als in den Anfangsstunden - im Gegensatz zu dem wenig erfolgreichen Patienten (Abutalebi 1987).

c) Teilziel: Erweiterung der Traumdeutungskompetenz
(MACHIAVELLI Kontext)

Bei diesem Teilziel geht es um spezifische Lernprozesse der Patientin, etwa um das Erwerben des "know how" psychoanalytischer Traumdeutung. In unserem Modell sind diese Lernprozesse im MACHIAVELLI Kontext konzeptualisiert.

Auch bezogen auf diese kognitiven Veränderungen entspricht unser Ergebnis dem klinischen Erfolg der Behandlung. Die Patientin verfügt in den Endstunden "ausgeprägter" über Traumdeutungsstrategien; die Anwendung einzelner Traumdeutungsstrategien wie "freies Assoziieren", "Mitberücksichtigen sog. unwichtiger Gedanken", "Verbinden verschiedener Themata", "Verfolgen sich widersprechender Informationen" und die "Arbeit mit Traumsymbolik" in den Endstunden hat zugenommen. Entgegen unserer Hypothese wurde auch die Strategie "Systematisches Verfolgen von Informationen" nun häufiger eingesetzt, die wir nicht als psychoanalytische Traumdeutungsstrategie, sondern als Ausdruck des gesunden Menschenverstandes verstanden hatten und daher, fälschlicherweise, angenommen hatten, dass dieser Umgang mit Träumen während einer Psychoanalyse typisch psychoanalytischen Traumdeutungsstrategien weicht. Hingegen nimmt die "Abwehrstrategie: Geschichten erzählen", wie postuliert, bei der Patientin ab.

Interessant ist, dass die "interaktiven Traumdeutungsstrategien" (wie Hinhören, Aufnehmen und Reflektieren von Interventionen des Analytikers) zwar, wie erwartet, in der Behandlung

zunehmen, aber - entgegen unserer Hypothese- auch schon in den Anfangsstunden der Patientin relativ häufig sind.

Als weitere Kriterien zur Erfolgsbeurteilung dieser Lernprozesse lassen sich definieren: *Quantität, Variabilität, Differenziertheit, Reflexion* und *Adaptation* (Bürkle 1988).

Inhaltlich konnten die Patientin am Ende ihrer Psychoanalyse folgenderweise charakterisiert werden:

- sie setzt mehr Traumdeutungsstrategien ein (*Quantitätshypothese*)
- ihre eingesetzten Traumdeutungsstrategien werden variabler gehandhabt (*Variabilitätshypothese*)
- bei ihr ist der Anteil differenzierter Traumdeutungsstrategien höher (*Differenziertheitshypothese*)
- sie reflektiert mehr über eingesetzte Traumdeutungsstrategien (*Reflexionshypothese*)
- sie übernimmt Traumdeutungsstrategien vom Analytiker und passt sich in deren Einsatz an ihn an (*Adaptationshypothese*)

d) Teilziel: Erweiterung der verbalen und sozialpsychologischen Kompetenz (CICERO Kontext)

Diese Veränderungsdimension bezieht sich auf das Aufheben von Kommunikations- und Reflexionsstörungen, bedingt durch die neurotisch deformierte Sprache (Goeppert 1973) der Patientin. In unserem Modell sind diese kognitiven Prozesse im CICERO Kontext lokalisiert und betreffen sowohl die verbale wie die sozialpsychologische Kompetenz.

Bei diesen sprachlichen Veränderungen spielt der "Ausgangspunkt", die Sprachbegabung und das Sprachverhalten der Patientin eine besonders gravierende Rolle.

Am Ende der Psychoanalyse kann die sprachliche Ausdrucksweise der Patientin als "unauffällig", "schlicht", "leicht lesbar", "auf Kommunikation mit anderen bezogen" charakterisiert werden kann. Zudem wurde die Sprache nun von den Beurteilern global als "angenehm" empfunden, was wir als Indikator interpretieren, dass ihre sozial-kommunikative Kompetenz gestiegen ist, sodass sie mit anonymen Mitgliedern der Sprachgemeinschaft (wie exemplarisch mit unseren Ratern) sprachlich "angenehm" kommunizieren können. I. a .W. wurden ihre neurotischen Sprachmerkmale aufgehoben, sodass sie in der Kommunikation mit anderen nicht mehr hemmend in Erscheinung treten.

Weiter wurde das Spektrum der sprachlich ausgedrückten Traumdeutungsarbeit erweitert: es kommen weniger tabuisierte Themen vor und Sprach- und Kommunikationsbarrieren wurden weitgehend abgebaut.

Wir haben diese Veränderungen in 3 Dimensionen beschrieben und haben dazu, vor allem in den Textanalysen, eine Vielzahl idiosynkratischer Indikatoren bei der Patientin gefunden, die sich hier aber nicht zusammenfassend darstellen lassen (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, 1989).

- I. egozentrische ---- sozial-kommunikative Sprache*
- II. affektisolierte ---- affektintegrierte Sprache*
- III. weniger differenzierte ---- differenzierte Sprache*

e). Teilziel: Erweiterung der Realitätskompetenz (MARX Kontext)

Die Verbesserung der Realitätswahrnehmung ist ein wichtiges Teilziel einer Psychoanalyse; sie ist gewiss eine unabdingbare Voraussetzung für jede Verhaltensänderung.

In unserem Modell werden damit verbundene kognitive Problemlösungsprozesse durch den MARX Kontext konzeptualisiert.

Statistisch signifikante Unterschiede bei der Patientin betrafen lediglich die Einschätzung, dass sie in den Endstunden ihre "soziale Realität" vermehrt thematisierte. Ebenfalls stellten die Rater eine statistisch signifikante Zunahme der "adäquaten", "einfühlenden" und "weniger Konflikthaften" Selbstwahrnehmungen in den Endstunden fest. Dies ist das inhaltlich relevanteste Teilergebnis zu diesem Kontext.

f) Teilziel: Erweiterung der selbstreflexiven Kompetenz (FREUD Kontext)

Die Erweiterung der selbstreflexiven Kompetenz ist zentrale Voraussetzung für die Fähigkeit zur Selbstanalyse nach Abschluss einer erfolgreichen Psychoanalyse (Ticho 1971).

In dieser Behandlung stiegen die selbstreflexiven Prozesse sehr ausgeprägt. Zudem charakterisierten die Rater diese Selbstreflexionen in den Endstunden als "neue Einsichten vermittelnd", "tiefgehend", "umfassend" und "weder unbeholfen noch routiniert". Mit diesen Merkmalen wollten wir eine analytisch produktive Einsicht von einer Abwehrform, der Intellektualisierung, abgrenzen. Weiter waren bei der Patientin in den Endstunden mehr "gute Analysestunden" enthalten, und die analytische Arbeit wurde produktiver, sowohl im Hinblick auf das Gewinnen neuer Einsichten wie auch das Durcharbeiten.

5.5.4 Die Veränderungen im Verlauf

Da diese Untersuchung nur Anfangs- und Endphase der Behandlung ausgewertet hatte, war die Frage offen, wie sich die gefundenen Veränderungen im Verlauf darstellen. Diese Auswertung der Traumberichte über den gesamten Behandlungsverlauf von Amalie wurde dann ergänzend später vorgenommen (Kächele et al. 1999). Aus der Fülle der Befunde berichten wir drei Ergebnisse. Wie waren die Beziehungen der Träumerin zu anderen Menschen? Es war offenkundig, dass Amalies Traumrepertoire sozialer Beziehungen sich nicht substantiell veränderte. Dies ist im Hinblick auf die anfängliche erythrophobische

Symptomatik der Patientin bemerkenswert. Unsere zweite Frage bezog sich auf das globale emotionale Atmosphäre in den Traumberichten. Wir benutzten eine Adjektivliste und konnten mittels einer faktoranalytischen Auswertung einen stabilen Trend identifizieren, der von vorwiegend negativen Emotionen am Beginn zu vorwiegend positiven Emotionen am Ende führte. Unsere dritte Frage zielte auf die Problemlösefähigkeit im Traum. Dabei fanden wir einen stabilen Trend zu konstruktiverer Problemlösefähigkeit über den Behandlungsverlauf. Bemerkenswert scheint uns, dass wir für die meisten Parameter einen linearen Trend identifizieren konnten, und keine nicht-linearen Modellierungen notwendig waren. Es gab auch stationäre Prozesse bei denen Variationen in Intensität (wie bei aggressiven und ängstlichen Gefühlen) identifiziert werden konnten.

Noch nicht abgeschlossen ist eine Untersuchung zu diesem Material unter Heranziehung des von Moser u. von Zeppelin (1999) entwickelten Manuals zur Kodierung von Traumprozessen:

Die bisherigen Befunde aus acht Anfangs- und 16 Endträumen zeigen einen Unterschied hinsichtlich einer signifikanten Abnahme der an der Traumlänge relativierten Response-Interaktion und der Distanzrelationen. Andere Veränderungen zeigen, wenn auch nicht mit statistischer Signifikanz, ein größeres Spektrum der verwendeten Traumelemente. Die signifikanten Korrelationen zwischen den 29 Kodes verdoppeln sich von 12 auf 25. Die Träume gewinnen eine klarere Struktur. Diese Ergebnisse lassen sich als Stabilisierung und Flexibilisierung der Abwehr interpretieren (Döll 2005, mündliche Mitteilung).

Abschließend kann auf das doch recht vernachlässigte Gebiet der Untersuchung solcher Traumserien hingewiesen werden, obwohl dieses Material in den Aufzeichnungen von vielen Klinikern reichhaltig verfügbar sein dürfte und sich hervorragend für eine Reihe klinisch hoch relevanter Fragestellung eignet. Im deutschen Sprachraum könnte auf Mitscherlichs Studie zur Sucht (1947) hingewiesen werden, die auf einer Traumserie basiert; bei uns nur von der Arbeitsgruppe um U. Moser wirklich rezipiert muss die Untersuchung einer Traumserie aus einer psychoanalytischen Behandlung von French (1954) genannt werden. Eine Studie von Bond et al. (1992) demonstriert die Nutzen solcher Traumserien als geeignetes Material zur Identifizierung von Indikatoren zur Beendigung einer analytischen Behandlung. Eine „via regia“ gewiss, doch muss sie auch begangen werden.

5.6 Der zentrale Beziehungskonflikt und das Ulmer Prozess-Modell ²²

Cornelia Albani , Dan Pokorny , Gerd Blaser u. Horst Kächele

- 5.6.1 Das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema
- 5.6.2 Methodik
- 5.6.3 Prozesskonzeptionen
- 5.6.4 Das Ulmer Prozessmodell im Lichte des ZBKT
- 5.6.5 Die Beziehung zum Analytiker
- 5.6.6 Diskussion

²²Basiert auf Albani C, Pokorny D, Blaser G, König S, Geyer M, Thomä H, Kächele H (2002) Zur empirischen Erfassung von Übertragung und Beziehungsmustern. Eine Einzelfallanalyse. Psychother Psychol Med 52: 226-235

5.6.1 Das Zentrale Beziehungskonflikt-Thema

Auf der ersten internationalen Konferenz zur Psychoanalytischen Prozessforschung in Ulm 1985 wurde explizit ausformuliert, dass die systematische Erfassung des Übertragungsgeschehens eine zentrale Aufgabe einer psychoanalytischen Prozessforschung sein muss (Dahl et al. 1988). Einer der ersten war Lester Luborsky, aus unserer Sicht ein nobel-prize worthy Vertreter der Zunft, der eine Methode zur systematischen Formulierung psychodynamischer Übertragungskonstellationen entwickelte (1977)²³.

Er nannte das Verfahren zur Messung des zentralen Musters, nach dem jeder einzelne Mensch seine Beziehungen gestaltet, *Core Conflictual Relationship Theme (CCRT)*, dt. Zentrales Beziehungskonflikt Thema (ZBKT); für das Verfahren existiert eine Fülle von Belegen (Luborsky u. Crits-Christoph 1998). Seit ca. 15 Jahren existiert eine Leipzig-Ulmer ZBKT-Arbeitsgruppe (Albani et al. 2003), die sich mit der Implementierung und Weiterentwicklung dieses Verfahren im deutschen Sprachraum beschäftigt hat.

Bei der Durchsicht von Therapiesitzungsprotokollen war Luborsky aufgefallen, dass er sich in erster Linie für die Erzählungen des Patienten über die Interaktionen mit dem Therapeuten und anderen Personen und für deren wiederkehrende Aspekte interessierte. Er untersuchte vor allem drei Kategorien:

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

5.6.2 Methodik

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

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

²³ Frühere Ansätze über klinische Ratings Übertragung erfassen, scheiterten an mangelnder Reliabilität (Bellak u. Smith 1956; Strupp et al. 1966); s. dazu unseren Übersichtsartikel Albani et al. eingereicht

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

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

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

In den Beziehungsepisoden werden folgende Komponenten bestimmt: Wünsche, Bedürfnisse, Absichten des Erzählers (W-Komponente); Reaktionen des Objekts (RO-Komponente); Reaktionen des Subjekts (RS-Komponente). Bei den Reaktionen wird unterschieden, ob es sich um eine positive oder negative Reaktion handelt.

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

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

5.6.3 Prozesskonzeptionen

Es gibt vielfältige Möglichkeiten, eine psychoanalytische Behandlung zu charakterisieren. Freud verglich den analytischen Prozess mit dem Schachspiel und stellte Analogien zwischen den Tätigkeiten des Archäologen, des Malers und des Bildhauers und denen des Analytikers her. Eine klare Prozesskonzeption, die über die Benennung von Anfangs-, Mittel- und Endphase hinausgeht, findet sich bei Freud jedoch nicht (Glover 1955). Die Zahl kohärenter Prozessmodelle des psychoanalytischen Prozesses ist nach wie vor gering.

Im Ulmer Prozessmodell (Kächele 1988; Thomä u. Kächele 1985, 1996) wird die psychoanalytische Therapie als eine fortgesetzte, zeitlich nicht limitierte Fokaltherapie mit wechselndem Fokus konzeptualisiert, wobei der Fokus interaktionell gestaltet wird. Das Konzept des Fokus zählt zu den Basiskonzepten in der Psychotherapie und hat im klinischen

Gebrauch zwei Bedeutungen (Kächele et al. 1990): einerseits wird mit "fokussieren" eine heuristische, therapeutische Strategie beschrieben, die sich aus der Begrenztheit der Informationsgewinnung und -verarbeitung ergibt und eine Gerichtetheit der Aufnahmebereitschaft erfordert, d.h. der Therapeut fokussiert jeweils ein bestimmtes Thema. Zum anderen wird damit die Begrenzung auf einen Konfliktherd (lat. focus) bezeichnet (Lachauer 1993), die kennzeichnend für verschiedene Formen psychodynamischer Kurztherapie (z.B. (Davanloo 1980; Mann 1973; Sifneos 1979) ist.

Im Ulmer Prozessmodell wird die Abfolge der Fokusse als Ergebnis der unbewussten Austauschprozesse zwischen den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten seines Analytikers betrachtet. Der Patient kann in einem bestimmten Zeitraum verschiedene Angebote machen, zu einer Fokusbildung kommt es aber erst durch die selektive Tätigkeit des Analytikers. Die gemeinsame Arbeit an einem Fokus von Patient und Analytiker führt zu weiteren inhaltlichen Schwerpunkten, die sich erst als Resultat der bisherigen Arbeit bilden konnten. Die Bearbeitung des ersten Fokus eröffnet den Zugang zu einem zweiten Fokus, dessen Bearbeitung möglicherweise wieder zum ersten Fokus zurückführt, der dann in qualitativ veränderter Form wieder bearbeitet werden kann. Die folgende Tabelle 1 erinnert an die im dritten Kapitel beschriebenen klinisch ermittelten Übertragungskonstellationen:

Tabelle 1
Klinische Übertragungskonfigurationen

Klinische Übertragungskonfigurationen	Therapiephase	Sitzungsnummern
Die Analyse als Beichte	I	1-5
Die Analyse als Prüfung	II	26-30
Die böse Mutter	III	50-54
Das Angebot der Unterwerfung und heimlicher Trotz	VI	76-80
Die Suche nach eigenen Normen	V	100-104
Der enttäuschende Vater und die Ohnmacht der Tochter	VI	116-120
Der distanzierte, kalte Vater und die beginnende Sehnsucht nach der Identifizierungsmöglichkeit	VII	151-155
Ambivalenz der Vaterbeziehung	VIII	176-180
Der Vater als Verführer oder Sittenrichter	IX	202-206
Er liebt mich - er liebt mich nicht?	X	226-230
Auch der Vater kann aus einem Mädchen keinen Sohn machen	XI	251-255
Das Rockzipfelgefühl	XII	276-280
Das arme Mädchen und der reiche König	XIII	300-304
Die Angst vor der Zurückweisung	XIV	326-330
Die ohnmächtige Liebe zum mächtigen Vater und die Eifersucht mit dessen Frau	XV	351-355
Aktive Trennung und Abwehr des Verlassenwerdens	XVI	376-380
Entdeckung ihrer eigenen Kritikfähigkeit, Anerkennung der Mängel des Analytikers, erneute Probe des Abschiedes	XVII	401-404, 406
Die Tochter an der linken Hand - Rivalität mit dem Erstgeborenen	XVIII	426-430

bei der Mutter		
Hass auf den spendenden Analytiker und Beginn der Abkehr von dieser Erwartung	XIX	445-449
Die Kunst des Lebens ist es, Liebe und Hass auszuhalten	XX	476-480
Sei allem Abschied voran: die oral-aggressive Phantasie des Analytiker ausgezehrt zu haben	XXI	501-505
Abschieds-Sinfonie: die Wiederkehr vieler Ängste und die Entdeckung vieler Veränderungen	XXII	513-17

5.6.4 Das Ulmer Prozessmodell im Lichte des ZBKT

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

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

In mehreren Therapiephasen zeigt sich wiederholt das folgende Beziehungsmuster, wenn jeweils die absoluten Häufigkeiten der Komponenten herangezogen werden, wie von Luborsky definitorisch für das ZBKT gesetzt wurde:

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

Dieses Thema bildet den zentralen Fokus der Therapie, der auch in mehreren Therapiephasen direkt bearbeitet wird. Die folgende Beziehungsepisode mit der Mutter aus der Anfangsphase der Therapie illustriert dieses prototypische Beziehungsmuster.

"P: ... ich brauch den Sonntag manchmal wirklich um einfach, na ja, und dann muss ich auch wieder was tun, also und dann ist eben, meine Eltern, die kommen dann sehr häufig, nicht, meine Mutter ruft an und dann sagt sie, dann, sagt sie einfach: 'Ich Komm' und da hab ich, hab ich noch nie fertig gebracht zu sagen, 'Bitte nein. Ich will nicht.' oder 'Es geht nicht' oder..."

Tabelle 2 gibt die Angaben wieder, die zur der Formulierung des Gesamt-ZBKT führen:

Tabelle 2

Häufigkeitsverteilung der ZBKT-Variablen objektbezogene Wünsche (WO), subjektbezogene Wünsche (WS), Reaktionen des Objekts (RO) und Reaktionen des Subjekts (RS)
(relative Häufigkeiten in %, n= 579 Beziehungsepisoden)

Cluster		WO n=518	WS n=288	RO n=986	RS n=1103
A	Sich zuwenden	46.3	12.5	4.2	3.3
B	Unterstützen	26.6	4.9	5.1	2.4
C	Lieben / Sich Wohlfühlen	14.3	19.8	4.4	6.0
D	Souverän sein	10.0	27.1	6.9	7.2
E	Depressiv sein	0	0	.3	6.4
F	Unzufrieden sein/Angst haben	0	0	1.7	24.2
G	Fremdbestimmt sein	0	.3	5.3	15.3
H	Verärgert/Unsympathisch sein	0	0	4.7	15.5
I	Unzuverlässig sein	0	.3	19.3	.1
J	Zurückweisen	0	8.7	19.2	6.1
K	Dominieren	.2	6.2	13.6	1.4
L	Ärgern / Angreifen	0	2.8	7.3	1.4
M	Sich zurückziehen	2.5	17.4	8.2	10.7

Zum anderen haben wir untersucht, welche Beziehungsmuster für eine bestimmte Therapiephase besonders typisch sind, d.h. in welchen Beziehungsmustern sich diese Therapiephase von anderen unterscheidet (Albani et al., 2002). Die Variable "Therapiephase" wird in einer zweidimensionalen Kontingenztafel jeweils einer der ZBKT-Variablen (Wunsch, Reaktion des Objekts und Reaktion des Subjekts) gegenübergestellt. Als Nullhypothese werden die beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen (z.B. Wunsch-Cluster und Therapiephasen) zur Kenntnis genommen, und es wird vorausgesetzt, dass die beiden Dimensionen statistisch unabhängig sind, d.h. die Häufigkeitsverteilungen der ZBKT-Komponenten in allen Therapiephasen gleich sind. Die Alternativhypothese lautet dann, dass einige Kategorien in bestimmten Therapiephasen häufiger vorkommen, als von den beobachteten Häufigkeiten der Einzeldimensionen her zu erwarten wäre. Diese Hypothese der Homogenität der Therapiephasen wird zuerst mit dem verallgemeinerten Fisher-Test global geprüft (Monte-Carlo-Methode). Im folgenden explorativen Schritt werden mittels einseitigem, klassischen Fisher-Test die ZBKT-Kategorien ermittelt, die in einer bestimmten Therapiephase übererwartet häufig vorkommen. Neben den in jeder Therapiephase absolut häufigsten Kategorien werden deshalb auch die übererwartet häufigen Kategorien dargestellt. (Für eine detaillierte Beschreibung dieses Vorgehens s. Albani et al. 1994). Wir konnten folgende spezifische Beziehungsmuster für einzelne Therapiephasen ermitteln (Tabelle 3).

Tabelle 3

Zentrale Beziehungskonflikt Themen (ZBKT) im Therapieverlauf (absolute/ relative Häufigkeiten in % bezogen auf die jeweilige Therapiephase)

Absolut häufigste Kategorien	Überrwartet häufige Kategorien*
Therapiephase I, Stunden 1-30, n = 30	
WO CI A "Die anderen sollen sich zuwenden" (112/ 55)	WO CI A "Die anderen sollen sich zuwenden" (112/ 55)
WS CI D "Ich möchte souverän sein" (42/ 37)	WS CI D "Ich möchte souverän sein" (42/ 37)
RO CI J "Die anderen weisen mich zurück" (82/ 24)	RO CI J "Die anderen weisen mich zurück" (82/ 24)
	RO CI G "Die anderen sind schwach" (24/ 7)
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (116/ 27)	RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (116/ 27)
	RS CI G "Ich bin abhängig, schwach" (77/ 18)
	Negative RS 335/ 82
Therapiephase III, Stunden 50-55, n=5	
WO CI A "Die anderen sollen sich mir zuwenden" (9/ 41)	
WS CI M "Ich möchte mich zurückziehen" (4/ 21)	
RO CI J "Die anderen weisen mich zurück" (10/ 20)	RO CI F "Die anderen sind unzufrieden, ängstlich" (4/ 8)
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (11/ 26)	RS CI C "Ich fühle mich wohl" (7/ 16)
Therapiephase V, Stunden 100-104, n=5	
WO CI B "Die anderen sollen mich unterstützen" (12/ 44)	WO CI B "Die anderen sollen mich unterstützen" (12/ 44)
WS CI C "Ich möchte lieben, mich Wohlfühlen" (5/ 36)	
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (12/ 23)	RO CI M "Die anderen ziehen sich zurück" (9/ 18)
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (25/ 42)	RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (25/ 42)
Therapiephase VII, Stunden, 151-157, n=7	
WO CI A "Die anderen sollen mir zuwenden" (7/ 78)	
WS CI J "Ich möchte andere zurückweisen" (3/ 43)	WS CI J "Ich möchte andere zurückweisen" (3/ 43)
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (6/ 27)	
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (6/ 37)	Negative RO 22/ 100
Therapiephase IX, Stunden, 202-206, n=5	
WO CI A "Die anderen sollen sich mir zuwenden" (8/ 33)	WO CI D "Die anderen sollen souverän sein" (6/ 25)
WS CI M "Ich möchte mich zurückziehen" (4/ 31)	
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (11/ 26)	RO CI D "Die anderen sind souverän" (7/ 16)
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (11/ 22)	
Therapiephase XI, Stunden, 251-255, n=5	
WO CI A "Die anderen sollen sich mir zuwenden" (7/ 33)	
WS CI A "Ich will mich den anderen zuwenden" (4/ 67)	WS CI A "Ich will mich den anderen zuwenden" (4/ 67)
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (7/ 27)	
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (10/ 32)	
Therapiephase XIII, Stunden, 300-304, n=5	
WO CI A "Die anderen sollen sich mir zuwenden" (6/ 40)	
WS CI M "Ich möchte mich zurückziehen" (3/ 43)	
RO CI J "Die anderen weisen mich zurück" (6/ 23)	
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (9/ 36)	
Therapiephase XV, Stunden, 351-355, n=5	
WO CI A "Die anderen sollen sich zuwenden" (19/ 54)	
WS CI M "Ich möchte mich zurückziehen" (5/ 36)	WS CI K "Ich möchte die anderen dominieren" (3/ 21)
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (14/ 25)	
RS CI H "Ich bin verärgert, unsympathisch" (17/ 28)	RS CI H "Ich bin verärgert, unsympathisch" (17/ 28)
Therapiephase XVII, Stunde ,401-404, 406, n=5	
WO CI C "Die anderen sollen mich lieben, sich Wohlfühlen"	WO CI C "Die anderen sollen mich lieben, sich Wohlfühlen" (7/ 30)
WS CI J "Ich möchte die anderen zurückweisen" (2/ 50)	
RO CI J "Die anderen weisen mich zurück" (12/ 27)	
RS CI G "Ich bin abhängig, schwach" (9/ 25)	
Therapiephase XIX, Stunde, 445-449, n=5	
WO CI B "Die anderen sollen mich unterstützen" (17/ 33)	WO CI C "Die anderen sollen mich lieben" (13/ 25)
WS CI C "Ich will andere lieben, mich Wohlfühlen" (11/ 37)	WS CI C "Ich will andere lieben, mich Wohlfühlen" (11/ 37)
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (25/ 23)	RO CI M "Die anderen ziehen sich zurück" (18/ 17)
RS CI F "Ich bin unzufrieden, ängstlich" (28/ 23)	RS CI M "Ich ziehe mich zurück" (25/ 20)
	Negative RS 42/ 91

Therapiephase XXI u. XXII, Stunden 501-517, n=17	
WO CI A "Die anderen sollen sich zuwenden" (40/ 45)	WS CI L "Ich möchte die anderen ärgern, angreifen" (5/ 8)
WS CI D "Ich möchte souverän sein" (20/ 33)	RS CI H "Ich bin verärgert, unsympathisch" (45/ 19)
RO CI I "Die anderen sind unzuverlässig" (46/ 21)	RS CI D "Ich bin souverän" (37/ 16)
RS CI H "Ich bin verärgert, unsympathisch" (45/ 19)	RS CI J "Ich weise die anderen zurück " (23/ 10)
	Positive RS 87/ 37

* Fisher-Test, zweiseitig, p£ .05, W: n=806, RO: n= 986, RS: n=1103

Die Therapieanfangsphase I (Std. 1-30) ist vor allem durch Amalies Wunsch nach Zuwendung durch andere gekennzeichnet (WO Cl A). Sie berichtet von ihren Kolleginnen, von denen sie sich als "Abfalleimer" ausgenutzt fühlt (RO Cl J), mit denen sie aber über ihre Probleme nicht sprechen kann. Amalie beneidet die Kolleginnen um deren Partnerschaften. Ihren Schülerinnen gegenüber fühlt sich Amalie unsicher (RS Cl G), sie meint, für eine alte Jungfer gehalten zu werden (RO Cl J), und es gibt Konflikte, bei denen sie sich von ihrem Chef nicht ausreichend unterstützt fühlt (RO Cl G). Sie beschreibt den Vater als empfindlichen, ängstlichen und verschlossenen Menschen (RO Cl J, RO Cl G) und ist enttäuscht über die distanzierte und gereizte Beziehung zu ihm (WO Cl A). Nachfolgend eine Beziehungsepisode mit dem Vater:

P: ...zum Beispiel, wenn ich nach Hause komme, jetzt mit dem Auto, er kommt nicht raus. Ich weiß das von Kolleginnen, die haben viel ältere Väter, und die holen sie ab und holen die Koffer rein und so, und er kommt nicht mal. Wenn ich also nach Hause komme, und dann macht meine Mutter die Tür auf zum Beispiel, dann geh ich ins Bad oder so, oder leg ab und bin im Flur, und da kommt er nicht, der bewegt sich nicht. Oder ich geh ins Wohnzimmer, und er sitzt draußen im anderen Zimmer, also er kann irgendwie auf niemanden zugehen...²⁴

Den Brüdern gegenüber fühlt sie sich unterlegen und von ihnen, wie von der gesamten Familie nicht ernst genommen. Sie thematisiert ihre Abhängigkeit von den Normen der Kirche, der Meinung anderer und von der Mutter, die zwar Amalies Gesprächspartnerin ist. Aber Amalie hat andererseits auch das Gefühl, für die Mutter verfügbar sein zu müssen und empfindet Schuldgefühle, wenn sie sich distanziert.

P: ... ich brauch den Sonntag manchmal wirklich um einfach, na ja, und dann muss ich auch wieder was tun, also und dann ist eben, meine Eltern, die kommen dann sehr häufig, nicht, meine Mutter ruft an und dann sagt sie, dann, sagt sie einfach: 'Komm' und da hab ich dann ei- noch nie fertig gebracht zu sagen, 'Bitte nein. Ich will nicht.' oder 'Es geht nicht' oder...

In ihrem Wunsch nach Autonomie (WS Cl D), der aus ihrem Selbsterleben als abhängig und schwach, ihrer Unfähigkeit, Grenzen zu setzen und ihrer Unzufriedenheit resultiert, kommt ihr Veränderungswunsch zum Ausdruck. Für diese Therapiephase ist der hohe Anteil negativer Reaktionen der Patientin selbst besonders kennzeichnend.

In der 9.Stunde berichtet Amalie die erste Beziehungsepisode (von den insgesamt in der Anfangsphase nur 4 Episoden) mit dem Analytiker:

P: (Pause). Wissen Sie, ich war heute sowieso furchtbar, ich bin so fürchterlich müde, ich sagte das schon und ich war nun heute wirklich so dicht auf dem gestern drauf. Ich hab mich den ganzen Abend - ja, ich hatte da noch eine Schülerin zu Besuch, die was wollte und da konnte ich mich nicht so beschäftigen, aber es war doch so, dass mir natürlich einiges klar geworden ist gestern und in dem... Klar war es auch im gewissen Sinn abgeschlossen, und was als Frage bleibt ist immer dasselbe. Schön, ich sehe es jetzt, aber was soll ich tun und wie soll das weitergehen und, und und was, das wollt ich eigentlich nicht sagen, eben.

T: Mit den Schülern und mit dem Zeugnisproblem, oder soll es weitergehen?

P: Nein, ich meine es hier, wie das weitergehn soll, wenn ich hier liege und ich erzähle was und ich versuche das zu verstehen und Sie fassen das zusammen, dann geht natürlich manches auf, und dann sag ich mir trotzdem wieder, was soll ich damit tun, das war es, was mir durch den Kopf ging, und das wollte ich nicht sagen, weil das irgendwie, weil, ich frag mich wirklich immer, wenn man das erkennt, wie weit kann man sich danach richten.

T: wie geht es weiter

²⁴ Transkript der Ulmer Textbank.

P: und wie geht es weiter, ja, das war wirklich die Frage. Ich empfand die irgendwie als Beleidigung momentan Ihnen gegenüber und konnte es deswegen nicht sagen."

Diese Episode illustriert die Beschreibung der klinischen Übertragungskonfiguration dieser Therapiephasen: der Analytiker als Beichtvater und Prüfer, dem gegenüber Amalie vorsichtig, zurückhaltend und unsicher ist, jedoch auch beginnt, sich mit der "Autorität" auseinanderzusetzen.

Auffallend ist, dass Amalie in den Anfangsstunden sehr viele Beziehungsepisoden berichtet (im Mittel 11 Episoden pro Stunde), was aus klinischer Sicht nachvollziehbar ist: in der Anfangsphase etabliert sich die therapeutische Beziehung, und biografisches Material nimmt einen breiteren Raum ein.

In der Therapiephase III (Std. 50-55) schildert Amalie Episoden, die vor allem von ihrem Wunsch, sich zurückzuziehen geprägt sind (WS Cl M), was ihr in der Beziehung zur Mutter und zum jüngeren Bruder auch gelingt. Die nachfolgende Episode mit der Mutter veranschaulicht die klinische Beschreibung dieser Therapiephase "Die böse Mutter", zeigt aber auch, dass Amalie alternative Handlungsmöglichkeiten probt:

P: Nein ich hab eigentlich sonst am Wochenende äh; eben natürlich meine Mutter hat mich wieder angerufen und will, und will mich nächstes Wochenende äh, gerne haben, beziehungsweise sie will gern kommen, aber ich hab ihr gesagt, ich wisse noch nicht und sie möchte bitte warten, was ich vorhabe, ich mein, ich hätt wirklich vor zwei drei Wochen einfach, gesagt, oder vor vier Wochen von mir aus, äh bitte komm und ich hab oft gesagt, ja bitte komm, auch wenn mir's gar nicht gepasst hätte, und ich seh einfach, dass es, dass es, äh sehr gut geht allein, dass ich, hm, mich gar nicht immer so, so reinsteigere, jetzt, jetzt sitz ich alleine und so, und natürlich wär das schön, nicht immer so allein zu sitzen oder immer ist es nicht aber doch weitgehend aber, hm, ich kann viel mehr draus machen, nicht, dass ich vorher nicht gelesen hätte oder oder nicht auch, dies und jenes getan hätte aber, ich fühl mich einfach wohler dabei, hm, kann ich unbeschrien sagen.

Amalie fühlt sich wohler und erlebt Selbstbestätigungen (sie fährt wieder allein mit dem Auto zum Spazieren gehen, malt wieder; RS Cl C), obwohl es Auseinandersetzungen mit den Eltern der Schüler gibt.

Auch die Beziehung zum Analytiker wird häufiger thematisiert (in 17% aller Episoden). Sie fordert Antworten vom Fachmann, statt Schweigen (RO Cl J) und möchte auch selbst interpretieren.

Die Therapiephase V (Std.100-104) ist besonders durch Amalies Wunsch nach Unterstützung (WO Cl B) gekennzeichnet. Sie meint, dass ihr Chef sie wegen ihrer Therapie verurteilt und benachteiligt (RO Cl J). Und sie wünscht sich auch vom Analytiker, dass er klare Antworten geben und offen und aufrichtig sein soll. Sie erlebt den Analytiker als den "wichtigsten Menschen" (38% der Episoden handeln vom Analytiker), fühlt sich aber von ihm zurückgewiesen, ist unsicher, wer er ist, was er von ihr hält und beklagt sein "Abbiegen" und seine Geheimhaltung der Regeln (RO Cl M).

P: Ich mein, grad die Sache jetzt mit dem Chef, das hat eben doch gezeigt, dass es zumindest sehr schwierig ist, eh, sowohl in der Selbsteinschätzung, die man von sich hat, als auch in der Fremdeinschätzung, die man dann immer wieder glaubt durchschimmern zu sehen, da, sagen wir, Gleichgewicht zu halten, wenn das aufeinander prallt. Und da sind Sie eben doch jemand, wo ich annehmen kann, mh, - ja, so hab ich - es ist einfach so was wie Vertrauen, und und trotzdem, deswegen rannte ich ja in die, und ich rannte deswegen nicht in die Bücherei, aber ich, ich wollt es lesen, weil ich ja immer wieder wissen will, wer Sie sind, und, eh, man,

man fragt eigentlich doch dauernd, 'Wer ist das denn, dem Du da vertraust, und, und was macht der denn sich für ein Bild von Dir' - und, ich mein, all diese Dinge, die wir schon besprochen haben,

T: mhm.

P: kam da noch mal ganz stark - weil - ich natürlich auch wissen will : was ist das für ein Mann, der so einen Beruf hat, und 'ne Frau, die auch 'nen ähnlichen Beruf hat, eh, das, das ist alles irgendwie wichtig. Und wenn Sie dann, wenn ich so was sage, das meinem Gefühl nach abbiegen, dann frage ich mich natürlich: 'Warum, warum biegt er das ab - ist ihm das peinlich - ja, warum ist ihm das peinlich?' - oder will er, dass ich unabhängig bin, okay, ja. das, das hat natürlich damit zu tun. Aber, ich find einfach, das läuft auf so verschiedenen Gleisen. Ich mein', wenn ich jemand vertraue, bin ich natürlich von dem irgendwo abhängig - Gott sei Dank, würd ich sagen und, und eben auch gleichzeitig wieder muss,

T: mhm.

P: ich muss doch - wenigstens hier - abtasten dürfen, wer sind Sie und wer bin ich - bzw. es nicht ganz richtig gefragt - wer sind Sie - ja, das, das tangiert sehr, das, eh, warum hört er mir zu, nicht, das ist eigentlich auch noch mal so 'ne Frage. Warum tut er das? Was ist Interesse?

T: mhm.

P: Was steckt da dahinter?"

Die in der klinischen Beschreibung thematisierte "Suche nach eigenen Normen" scheint sich nach der Auswertung mit der ZBKT-Methode einerseits in der Konfrontation mit ihren enttäuschten Wünschen nach Unterstützung, zum anderen aber auch in der Auseinandersetzung und Identifikation mit dem Analytiker zu vollziehen.

Amalies Wunsch, selbst andere zurückzuweisen (WS Cl J), gewinnt in der Therapiephase VII (Std.151-157) erstmals Bedeutung. Amalie ist unzufrieden (RS Cl F) und überlegt, wieder ins Kloster zu gehen. Neben der Beziehung zum Vater (in 4 von 14 Episoden dieser Phase ist der Vater das Objekt) steht die therapeutische Beziehung (in 6 der 14 Episoden dieser Phase ist der Therapeut Interaktionspartner) im Mittelpunkt der Stunden. Sie hat einerseits Angst, dass sie dem Analytiker zu viel zumutet, andererseits kritisiert sie seine Deutungen, findet zum Beispiel, dass er zu wenig lacht. Bei einem Besuch der Eltern ist sie enttäuscht darüber, dass ihr jüngerer Bruder von den Eltern bevorzugt wird (WO Cl A), was Erinnerungen an ihren lebenslangen Neid auf den Bruder weckt. In keiner anderen Phase schildert Amalie die Reaktionen der anderen so negativ wie in dieser Phase.

Der für die Therapiephase IX (Std. 202-206) charakteristische Wunsch danach, dass andere souverän sein sollen (WO Cl D), bezieht sich vor allem auf ihren Chef, der sich von einer Kollegin, mit der Amalie rivalisiert und der sie sich unterlegen fühlt (RO Cl D), ausnutzen lässt (RO Cl I). Vom Analytiker wünscht sich Amalie eine klare Antwort auf ihre Sorge, sich bei der Masturbation selbst verletzt zu haben, die sie (mit einiger Verzögerung) erhält, wobei der Therapeut (in der Vater-Übertragung), wie in der klinischen Beschreibung betont, zum Verführer und Sittenrichter wird.

In der Therapiephase XI (Std.251-255) gelingt es Amalie, erstmals eine Verabredung mit einem Kollegen zu initiieren (WS Cl A). Sie wünscht sich, mit der Mutter offen über Sexualität sprechen zu können (WO Cl A), erinnert sich an vorsichtige Versuche, die Mutter zu fragen und macht sich über das Sexualleben der Mutter Gedanken. Amalie will verstehen, was in der Analyse passiert - sie besucht Vorträge von Psychotherapeuten und liest

Publikationen des Analytikers, findet aber keine Antworten, versteht vieles nicht und fühlt sich dem Analytiker unterlegen (RS Cl F). Die klinische Beschreibung der Therapiephase XI "Auch der Vater kann aus einem Mädchen keinen Sohn machen" scheint stark von der Therapiekonzeption des behandelnden Analytikers geprägt zu sein, die den Penis-Neid der Patientin ins Zentrum rückte. In der Auswertung mit der ZBKT-Methode wird in dieser Therapiephase dagegen vor allem Amalies (neue) Offenheit ("Ich will mich anderen zuwenden") deutlich - sowohl in ihrer Beziehungsgestaltung wie auch in der Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Sexualität und Weiblichkeit in der Annäherung an die Mutter.

Während der 3wöchigen Unterbrechung während der Therapiephase XIII (Std.300-304) entscheidet sich Amalie, eine Kontaktanzeige in einer Zeitung aufzugeben und erhält mehrere Zuschriften, die sie auch beantwortet. Sie hat Angst, wie der Analytiker darauf reagiert (WO Cl A), fürchtet seine Vorwürfe (RO Cl J):

P: ... Ich hatte in den Wochen, wo Sie weg waren oder nicht erreichbar waren, eh, plötzlich das Gefühl, ich könnte mich ganz freischwimmen. Und dann kam der Vorsatz, ich werde sicher diesen Sommer nicht mit meinen Eltern wegfahren, ich würde etwas auf eigene Faust unternehmen. Dann hat' ich diese Annonce beantwortet und hatte dann den Entschluss gefasst, ich werde selber inserieren. Und das war es eigentlich, was ich Ihnen nicht sagen wollte, weil ich dann Angst hatte, Sie fragen mich kreuz und quer aus und Sie werden dann böse und Sie finden, und ich hatte dann auch furchtbar Angst vor dem, was da kommt und die hab ich natürlich dann auch übertragen, aber ganz elementar unten sitzt sie, dass Sie ein furchtbar böses Gesicht machen und mir das praktisch nicht verbieten wollten, aber sagen, 'Hat also alles keinen Wert gehabt, hätt' nichts begriffen und, und Sie stört hier die Behandlung damit', das war es glaub ich.

Die Tatsache, dass ihr jüngerer Bruder ihre Annonce erkannt hat, verstärkt ihren Wunsch, sich vor der Einmischung und dem Urteil der Brüder und Eltern schützen zu wollen (WS Cl M) und intensiviert ihre Unzufriedenheit und Minderwertigkeitsgefühle, wie dies im Bild vom "armen Mädchen" in der klinischen Beschreibung deutlich wird.

Amalie fühlt sich durch äußere Veränderungen (Umzug der Abteilung des Analytikers, neues Behandlungszimmer, Baulärm) in der Therapiephase XV (Std.351-355) gestört (RS Cl H) und vom Analytiker nicht geschützt (WO Cl A) und neidisch auf dessen eigene Kinder (RS Cl H):

P: ...dass Sie nur hier raufgezogen sind, damit Sie Ihre Kinder besser mit in die Schule nehmen können.

T: Warum besser?

P: Weil ich mir immer einbilde, die Kinder würden da im, jetzt am Hochsträß in die Schule gehen und eh, und am Anfang hat mich das also, richtig wütend gemacht."

Sie fühlt sich vom Analytiker wie vom Vater unter Druck gesetzt und meint, Erwartungen erfüllen zu müssen. In der Schule hat Amalie Auseinandersetzungen mit dem Hausmeister und ihrem Chef (WS Cl K), in denen sie eine aktivere Haltung einnehmen und sich wehren kann (RS Cl H). Die (unerfüllte) Sehnsucht nach der Zuwendung des Analytikers und die Enttäuschungswut finden sich auch in der klinischen Beschreibung "Die ohnmächtige Liebe zum mächtigen Vater und die Eifersucht mit dessen Frau".

In der Therapiephase XVII (Std.401-404) bekommt der Analytiker einen Blumenstrauß, der eine vielfältige Symbolik beinhaltet. Eigentlich war der Strauß für einen Briefpartner, der auf Amalies nächste Annonce geantwortet hat, bestimmt. Zum anderen ist er eine Abbitte für die negative Beurteilung des Analytikers durch Amalies Neffen, der den Analytiker aus Vorlesungen kennt und mit dessen Kritik am Analytiker sich Amalie teilweise identifiziert (wie dies auch in der klinischen Beschreibung deutlich wird). Und Amalie fühlt sich wie ihre Blumen und hat Angst, dass der Analytiker diese nicht richtig versorgt (WO Cl C).

P: Ich find's eigentlich immer sehr schön, wenn man mit Blumen umgehen kann. Die meisten nehmen's und rammen's wie 'n Pfahl in die Erde und damit stehen sie in der Vase bis sie dann die Köpfe hängen. Nein, wissen Sie, besonders die fingen nämlich an zu hängen letztes Mal, dacht ich oh,

T: Ich hab nicht verstanden, sagten Sie?

P: Die fingen an zu hängen letztes Mal.

T: Die,

P: Die, die Blumen fingen an zu hängen.

T: die Blumen ja.

P: Ja und da dacht ich, oh irgendwas macht er falsch, das dürfte nicht sein. Und drum war ich heute natürlich sehr erfreut, dass Sie, dass Sie's doch noch verstanden haben, den Zustrom, Wasser und Nahrung da rein zu lassen."

Durch die Briefkontakte mit verschiedenen Männern beschäftigt sich Amalie mit ihrer Beziehung zu Männern und erinnert sich an die Überlegenheit der Brüder und die Entwertung durch den Vater (RO Cl J):

"P: ...'S war nie ein Klima der Bestätigung, es war immer, wie mir das alles so einfällt, ach Gott. 'S war immer so, wollt ich ein Mädchen sein, wurd' ich aufgehalten, wollt ich, ich weiß mal, ich hab' mal Skihosen angezogen und dann hat mein Vater gesagt 'Ich hab aber keine drei Söhne, ich möchte bitten nicht bei Tisch, zieh dich um.' Also wollt' ich ein Junge sein oder so tun, als ob das nicht so wichtig wäre. 'S war immer irgendwie exklusiv, die Jungen, ich hab immer das Gefühl gehabt, meine Brüder, bei aller Beziehung die ich zu meinem jüngeren Bruder habe, haben sich irgendwie besser, sich gegenseitig bestätigt und, und zusammengehalten. Irgendwie hinter meinem Rücken haben die zusammengehalten. Sie waren ja die Männer und okay, und in der Mehrzahl. Vorherbestimmt von Ewigkeit zu Ewigkeit. Ich weiß es nicht, es war einfach so. Störenfried und Lügenpilz, das war also ich, ja und, ach ja. Ich hab's Gefühl, die haben mich belauert, was dabei rauskommt. Die wollten ganz genau wissen, was da anders ist und was dabei rauskommt. Und gleichzeitig wussten die das immer schon vorher, was dabei rauskommen ist. Die haben immer einfach alles besser gewusst."

Die Therapiephase XIX (Std. 445-449) ist durch Amalies ambivalente Erfahrungen in ihrer ersten Partnerschaft geprägt. Sie wünscht sich eine nahe, intensive und auch sexuell befriedigende Beziehung (WO Cl C, WS Cl C), ist sich aber der Zuneigung ihres Partners nicht sicher (der noch an seiner Ex-Frau hängt und weitere Beziehungen hat) und von seiner Distanziertheit enttäuscht (RO Cl M, RO Cl I, RS Cl M).

P: ...und er sagte dann, 'Du hör mal, schließlich, also, unsre Beziehung rechtfertigt solches gar nicht, Du hast praktisch kein Recht, eh, hm, mich jetzt von andern Beziehungen abzuhalten. Das wär was anderes, wenn man Familie gründen will und Kinder haben, dann ist es schlimm, wenn man sich herumtreibt und andere Frauen hat', so etwa, und das hat mich ja furchtbar im Nachhinein geschockt. Und als er dann am Montag anrief, ich dacht, ich ruf' bis Donnerstag nicht mehr an, wenn er was will, soll er das tun, und als er dann Montag anrief, was ich mir schon gedacht hatte,

T: erst wollt er Schluss machen am Montag,

P: Montag war absolut Tiefpunkt.

T: hm

P: Ich dachte, ich muss wirklich Schluss machen. Und da war ich am Telefon auch so völlig eisig und absolut knapp und er hat ja dann noch mal angerufen wegen den Tabletten. Da ging's dann. Und da hat er wohl

den Eindruck bekommen, ich bin, von dem Schluss machen, hat er vielleicht was gespürt, ich weiß es nicht. Ich weiß es nicht. Ich hab' eigentlich nie gesagt, 'Ich mach Schluss.' Oder ich hab nie gesagt, 'Fass mich nicht mehr an' oder. Ja, ja, was haben wir denn, och wir haben solche, viel telefoniert."

Unsicherheit und Zweifel über die Attraktivität ihres Körpers und Schuldgefühle, weil sie den mütterlichen Moralvorstellungen nicht entspricht, kennzeichnen Amalies Empfinden, was in dem großen Anteil negativer Reaktionen in dieser Phase deutlich wird. Auch hier kontrastieren klinische Beschreibung und ZBKT-Auswertung: während die klinische Beschreibung ("Hass auf den spendenden Analytiker und Beginn der Abkehr von dieser Erwartung") vor allem die ambivalente Beziehung zum Analytiker betont, werden in der ZBKT-Auswertung Amalies neue Beziehungserfahrungen außerhalb der therapeutischen Beziehung fokussiert.

Die Abschlussphase XXI und XXII (Std. 501-517) von Amalies Therapie ist vor allem durch die Bearbeitung ihrer Erfahrungen in der vergangenen und einer sich neu anbahnenden partnerschaftlichen Beziehung geprägt, wobei Amalie sich emotional ihrem ehemaligen Partner noch sehr verbunden fühlt (WO Cl A).

Ausgelöst durch eine Einladung ihrer Erzfeindin zu einem Klassentreffen werden intensive Hassgefühle in Amalie wach, mit denen sie sich auseinandersetzen kann (WS Cl L). In ihrem beruflichen Umfeld kann sie sich trotz besonderer Herausforderungen durch zwei Praktikantinnen, die sie als sehr anspruchlich erlebt, durchsetzen (WS Cl D) und ist stolz darauf (RS Cl D, RS Cl J, RS Cl H).

Die Beendigung der Analyse und der Abschied vom Analytiker sind wesentliche Themen in dieser Phase.

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

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

t: Hmhm.

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

T: Hmhm

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

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

Die in der klinischen Beschreibung dargestellte "Abschieds-Sinfonie: die Wiederkehr vieler Ängste und die Entdeckung vieler Veränderungen" zeigt sich eindrucksvoll in der ZBKT-

Auswertung der Abschlussphase, die Amalies neu erworbenen Handlungsspielraum illustriert.

Fazit: Für jede der untersuchten Therapiephasen ließen sich also typische Beziehungsmuster ermitteln. Manche dieser Beziehungsmuster traten in verschiedenen Therapiephasen wieder auf. Dieses Ergebnis stützt das Ulmer Prozessmodell von der psychoanalytischen Behandlung als Fokalthherapie mit wechselndem Fokus.

Die Anwendung der ZBKT-Methode, also eine manual-geleitete Einstufung klinischen Materials, erlaubt eine Verlaufsmodellierung der Fokusformulierung im therapeutischen Prozess.

5.6.5 Die Beziehung zum Analytiker

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

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

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

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

Um das Übertragungskonzept direkt zu prüfen, haben wir in der psychoanalytischen Behandlung der Patientin Amalie untersucht, welche der wichtigen Bezugspersonen sich in der Beziehung zum Analytiker wieder finden (Albani et al. 2002). In der klinischen Beschreibung bezüglich der Übertragung wird davon ausgegangen, dass die Patientin dem Analytiker v. a. "Über-Ich-Funktionen" zuschreibt (Thomä u. Kächele 1988, S.92). In Amalies Entwicklung spielte die streng religiöse Erziehung unter dem Aspekt der Über-Ich-Entwicklung eine wesentliche Rolle. In den Kommentaren zu seinen Übertragungsdeutungen verweist der Analytiker auf die Parallelen zwischen sich und dem strengen Vorgesetzten der Patientin, der sie ungerecht kritisiert und gegen den sie nicht ankommt. Unter diesem Aspekt der Übertragung können im Vergleich der Beziehungsmuster Parallelen zwischen dem

Analytiker und dem Chef und den Beichtvätern vermutet werden. Zunächst haben wir die absoluten Häufigkeiten der Beziehungsmuster mit diesen Objekten verglichen.

Tabelle 4

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

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

* Anzahl der Beziehungsepisoden mit dem Chef

** Bezeichnung der Standardkategorie

Es zeigt sich ein ähnliches Muster für die drei untersuchten Objekte (s. Tabelle 2): Amalie wünscht sich Unterstützung und Zuwendung, sie erlebt von den anderen Unzuverlässigkeit, Dominanz und Zurückweisung und fühlt sich selbst unzufrieden und ängstlich. In der Beziehung zum Analytiker wird ein Beziehungsmuster wiederholt, das auch andere Beziehungen kennzeichnet.

Wir können aber auch hier wieder fragen, wie sich das Beziehungsmuster mit dem Analytiker von dem mit anderen Personen unterscheidet (s. Tabelle 5).

Tabelle 5

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

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

Die therapeutische Beziehung wird oftmals vor allem dann thematisiert, wenn es zu Beziehungsstörungen kommt. Sie wünscht sich Zuwendung vom Analytiker. Amalie beklagte vor allem das Schweigen des Analytikers, in dem sie den Analytiker als zurückgezogen erlebte und vermutet, dass er verärgert sei. Dennoch scheint es Amalie möglich gewesen zu

sein, in der therapeutischen Beziehung positive Erfahrungen zu machen. Besonders typisch für die Beziehung zum Analytiker ist, dass sich Amalie souverän und zufrieden fühlt. Diese neuen Beziehungserfahrungen dürften auch zum Erfolg der Therapie beigetragen haben. Neben dem hier dargestellten Beziehungsmuster mit dem Analytiker fanden sich in unserer Untersuchung weitere spezifische Beziehungsmuster mit z.B. der Mutter, Kolleginnen, den Schülerinnen von Amalie und Praktikantinnen.

5.6.6 Diskussion

Wir glauben schlussfolgern zu dürfen, dass die ZBKT-Methode strukturelle Aspekte des klinischen Übertragungskonzeptes in Form verinnerlichter Beziehungsmuster als Wunsch-Handlungsrelationen erfasst. Allerdings wird der Beitrag des Therapeuten zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung vernachlässigt.

Die Arbeitsgruppe um Deserno (Deserno et al. 1998) hat mit den sog. Therapeut Typ-X Episoden für die ZBKT-Auswertung, in denen Patient und Therapeut gemeinsam eine aktuelle Szene bzw. Deutung verhandeln, einen viel versprechenden Ansatz vorgeschlagen, der die Analyse von Übertragung in ihrem Prozesshaften, interaktiven Charakter ermöglicht. Neben dem Wiederholungsaspekt von Beziehungsgestaltung konnten wir empirische Hinweise für die Objektspezifität von Beziehungsmustern ermitteln. Damit ermöglicht die ZBKT-Methode patientenspezifische Diagnostik und Fallkonzeption bezüglich maladaptiver Beziehungsmuster von Patienten, die eine wesentliche Grundlage für die Therapieplanung und Verlaufskontrolle im therapeutischen Prozess liefern und der Strukturierung klinischen Materials dienen können.

Es gibt inzwischen neben der ZBKT-Methode mehrere Messinstrumente zur Erfassung von Beziehungsmustern, wie z.B. die Methode der Plan-Formulierung von Weiss und Sampson (Weiss, Sampson u. Group 1986) oder die QUAIN-T-Methode von Crits-Christoph (Crits-Christoph et al. 1990). All diese Messinstrumente arbeiten motivational hoch besetzte, d.h. als wichtig eingeschätzte Beziehungsmuster heraus und lassen sich sowohl auf kognitive als auch expressive Psychotherapieformen anwenden. Wie solche Beziehungsmuster in Zusammenhang mit theoretischen Modellen stehen wie z.B. den "inneren Repräsentanzen" der Objektbeziehungstheorie oder dem Modell der "innere Arbeitsmodelle" in Bowlbys Bindungstheorie (Bowlby 1969) oder den "Representations of interactions that have been generalised", den sog. RIG's in Sterns Entwicklungspsychologie (Stern 1996) oder auch dem Schemakonzept der Kognitionspsychologen, bedarf empirischer Prüfung.

5.7 Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur „Control Mastery Theory„ von Joseph Weiss

Cornelia Albani, Reto Volkart, Gerd Blaser und Horst Kächele²⁵

5.7.1 Einleitung

5.7.2 Die Methode der Plan-Formulierung

5.7.3 Ergebnisse empirischer Forschung mit der Methode der Plan-Formulierung

5.7.4 Deutschsprachige Anwendung der Plan-Formulierung

5.7.5 Plan-Formulierung für Amalie X

5.7. 6 Diskussion

²⁵Die Untersuchung wurde von der Deutschen Forschungsgemeinschaft und dem Zürcher Zentrum für Psychotherapie (ZEPT) gefördert.

5.7.1 Einleitung

Die Untersuchungen von Joseph Weiss, Harald Sampson und der San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG) entsprechen der Forderung Gills (1994) nach einem systematischen Nachweis theoretischer Behauptungen. Die von Weiss (Weiss, 1993; Weiss et al. 1986) entwickelte, empirisch fundierte Theorie des psychotherapeutischen Prozesses wurde als "Control Mastery Theory" bekannt. Die kognitiv-affektiv orientierte, psychoanalytische Theorie leistet einen wichtigen Beitrag zu den neueren Entwicklungen in der psychoanalytischen Behandlungstheorie und der von ihr angeregten Forschung

Die "Control Mastery Theory" (Weiss et al. 1986, Weiss 1993) basiert auf der späten Ich-Psychologie Freud's (1923, 1926, 1938), bezieht aber auch Konzepte aus der Objektbeziehungspsychologie (Winnicott 1965, Fairbairn 1952), der interpersonellen Theorie (Sullivan 1940) ein.

Weiss geht davon aus, dass in der Regulierung des unbewussten mentalen Lebens das Streben nach Sicherheit und die Vermeidung von Gefahr grundlegende Prinzipien sind. Um ein Gefühl von Sicherheit aufrechtzuerhalten, dauern nach Weiss Abwehrvorgänge so lange an, wie es unbewusst die Annahme gibt, dass die Wahrnehmung und Erfahrung der abgewehrten Inhalte eine Bedrohung darstellen. Hier zeigt sich die zentrale Bedeutung, die Weiss unbewussten, planvollen und adaptiven Prozessen, von Freud in seiner Strukturtheorie als unbewusste Ich-Leistungen konzipiert, für die Regulation von Abwehrstrategien beimisst. Ziel der Therapie ist es, ein höheres Maß an Kontrolle über diese unbewussten Abwehrstrategien zu erwerben und immer stärker in den Dienst der Ziele des Patienten zu stellen ("control mastery"). Weiss schreibt dem Patienten²⁶ einen starken unbewussten Wunsch zu, gemeinsam mit dem Therapeuten an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten und geht davon aus, dass die Reinszenierungen lebensgeschichtlich erworbener, konflikthafter Beziehungskonstellationen in der Übertragungsbeziehung dazu dienen, deren Gültigkeit zu prüfen und alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden, d.h. sie zu meistern. Diese Bewältigungsmotivation ist nach Weiss zentral für das Verständnis neurotischer Wiederholungszwänge und des therapeutischen Prozesses.

Im Zentrum der Theorie stehen unbewusste, pathogene Überzeugungen, die typischerweise in der Kindheit vermittelt werden oder als Resultat unbewusster Bewältigungsversuche traumatischer Erfahrungen entstehen. Pathogene Überzeugungen ermöglichen die Aufrechterhaltung der Beziehung zu wichtigen Bezugspersonen und dienen der Bewältigung traumatischer Erfahrungen, indem sie Gefühle von Hilflosigkeit mindern (vgl. Volkart 1993).

Schuldgefühle haben bei Weiss eine besonders wichtige Bedeutung. Es werden verschiedene Formen von Schuldgefühlen unterschieden. Schuldgefühle über den eigenen

²⁶Um den Text übersichtlicher und leichter lesbar zu gestalten, wird sowohl für „Patient“, wie auch „Therapeut“, jeweils nur die maskuline Form verwendet.

Erfolg oder eigenes Glück, das vermeintlich auf Kosten anderer Familienmitglieder erreicht wurde, wird "survivor guilt" (Überlebens-Schuld) genannt, wie sich der Begriff auch bei Modell (1965) und Niederland (1961, 1981) findet. Das Schuldgefühl, andere durch eigenes Autonomiestreben verletzt zu haben, bezeichnet Weiss als "separation guilt" (Trennungs-Schuld).

Um pathogene Überzeugungen zu widerlegen, testet (d.h. prüft) sie der Patient in der Beziehung zum Therapeuten. In dieser Sichtweise ist Übertragung kein pathologisches Phänomen, das als Widerstand gegen die Behandlung imponiert, sondern eine aktive, unbewusste Strategie des Patienten, sich in der geschützten therapeutischen Beziehung mit seinen bisherigen Erfahrungen auseinanderzusetzen und neue Beziehungserfahrungen zu machen. Wenn eine Bewährungsprobe (Test) bestanden ist, reagiert der Patient erleichtert, bringt neues Material, arbeitet intensiver oder initiiert eine nächste, für ihn gefährlichere Probe. Übereinstimmend mit dem Konzept der korrektiven emotionalen Erfahrung von Alexander und French (1946) betont Weiss die aktive Rolle des Therapeuten, die dem Patienten eine positive Beziehungserfahrung in der aktuellen therapeutischen Beziehung ermöglicht, so dass therapeutische Veränderung auch ohne das Bewusstwerden abgewehrter Inhalte erfolgen kann.

Interpretationen sollen nach Weiss dazu führen, dass der Patient sich sicher fühlt, sich seiner pathogenen Überzeugungen bewusst wird und seine Entwicklung und Psychopathologie versteht. In diesem Sinn können Interpretationen auch empirisch danach eingeschätzt werden, ob sie dem unbewussten Plan des Patienten dienen oder nicht²⁷.

5.7.2 Die Methode der Plan-Formulierung

Zur Formulierung ihrer Fallkonzeptionen und zur empirischen Prüfung ihrer Konzepte entwickelten Weiss, Sampson und die Mitglieder der San Francisco Psychotherapy Research Group die "Plan Formulation Method" (Caston 1977, Curtis u. Silberschatz 1986, Curtis et al. 1988, 1994). Eine erste Version, die als "Plan Diagnosis" bezeichnet wurde, beinhaltete nur 4 Bereiche (Ziele, Behinderungen, Tests und Einsichten). Später wurde die Methode um einen 5. Bereich (Traumata) ergänzt.

1. Ziele: sind die Therapieziele des Patienten, d.h. Verhaltens- und Erlebensweisen, Affekte, Fähigkeiten, die der Patient erreichen möchte. Sie können sehr spezifisch und konkret sein (z.B. heiraten) oder allgemein und abstrakt (z.B. die Fähigkeit erwerben, Schuldgefühle auszuhalten). Ziele können in unterschiedlichem Ausmaß bewusst oder unbewusst sein.

2. Pathogene Überzeugungen (Behinderungen): Darunter werden irrationale, pathogene Überzeugungen und damit verbundene Befürchtungen, Ängste und Schuldgefühle

²⁷Für eine ausführliche Darstellung der Theorie siehe Albani et al., 1999 und Volkart, 1995

verstanden, die am Anfang der Therapie meist unbewusst sind und verhindern, dass der Patient seine eigentlichen Ziele erreicht.

3. Tests: Hier werden Tests aufgelistet, mit denen der Patient in der Therapie versuchen kann, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen, indem er den Therapeuten testet und dessen Reaktionen beobachtet.

4. Einsichten: Dieser Bereich bezieht sich auf Wissen und Erfahrungen, die dem Patienten helfen können, seine Ziele zu erreichen. Dazu gehören insbesondere auch Einsichten über die Genese der pathogenen Überzeugungen im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen.

5. Traumata: Hier werden alle traumatischen Erfahrungen notiert. Es kann sich dabei um traumatisierende Einzelereignisse oder um fortdauernde negative Beziehungserfahrungen in der Kindheit handeln.

Die Beurteiler ermitteln unabhängig voneinander anhand der Transkripte des Erstinterviews und der ersten Therapiestunden Items für die 5 Bereiche. Üblicherweise werden dazu die Transkripte von drei Sitzungen verwendet. Die Anzahl der Items ist nicht begrenzt. Es werden sowohl besonders typische, als auch mögliche, aber weniger zutreffend erscheinende Items formuliert. Alle Items der einzelnen Beurteiler werden dann in einer sog. "master list" in zufälliger Reihenfolge zusammengestellt. Anhand der "master list" schätzen die Beurteiler in einem zweiten Schritt auf einer 5-stufigen Skala ein, wie relevant ihnen jedes der Items für diesen Fall erscheint. Aus diesen Bewertungen wird die Reliabilität für jeden Bereich bestimmt.

Für die endgültige "Plan Formulation" werden die Mittelwerte jeweils pro Item und für einen Bereich über alle Beurteiler bestimmt. Alle Items eines Bereichs, deren Relevanzrating unter dem Mittelwert des Bereichs liegt, werden gestrichen. Die verbleibenden Items werden von anderen Beurteilern auf Redundanz geprüft und inhaltlich überarbeitet. Die Plan-Formulierung besteht aus einer Beschreibung des Patienten, seiner aktuellen Lebenssituation und seinen Beschwerden, sowie den ermittelten Zielen, Behinderungen, Tests, Einsichten und Traumata. Die bislang vorliegende Ergebnisse zur Reliabilität der Methode zeigen sehr zufrieden stellende Ergebnisse:

In den Untersuchungen der SFPRG waren 3 bis 5 Beurteiler beteiligt. Die berichteten Intraclass-Koeffizienten (ICC) für die 5 Bereiche liegen zwischen .14 und .97 für die einzelnen Beurteilerpaare, im Mittel jedoch zwischen .78 und .9 (.78 für Tests, .9 für Ziele, .86 für Behinderungen und .9 für Einsichten, Rosenberg et al., 1986). über alle Rater liegen die ICC zwischen .91 und .93 (Curtis et al., 1988; Person et al., 1991). (Für eine ausführliche Darstellung der Reliabilität siehe Rosenberg et al., 1986).

Es gibt bisher lediglich eine Reliabilitätsstudie mit der "Plan Formulation Method" einer anderen Arbeitsgruppe (Collins u. Messer, 1991), bei der die ICC für die einzelnen Bereiche ebenfalls zwischen .86 und .93 liegen. Die Methode ist außerhalb des englischen Sprachraums bisher noch nicht auf Reliabilität überprüft worden.

5.7.3 Ergebnisse empirischer Forschung mit der Methode der Plan-Formulierung

Weiss, Sampson und die Mitglieder der San Francisco Psychotherapy Research Group haben in den letzten Jahren umfangreiche empirische Untersuchungen ihrer theoretischen Konzepte durchgeführt. Die nachfolgende Auswahl soll lediglich einen Überblick geben. Für detaillierte Informationen wird auf die Originalliteratur verwiesen.

Anhand der Psychoanalyse von Mrs. C. bestätigten Weiss und seine Mitarbeiter (Curtis et al. 1986) die Hypothese, dass sich die Patientin auch ohne Deutung bisher verdrängter Inhalte bewusst werden konnte, als sie sich sicher genug fühlte und auf diese Inhalte nicht mit erhöhter Angst reagierte. Dies widerspricht der klassischen psychoanalytischen Auffassung, wonach Patienten in jedem Fall einen Widerstand gegen das Bewusstwerden verdrängter Inhalte haben, der nur durch Deutung überwunden werden kann und dass die Aufhebung der Verdrängung mit Angst verbunden ist.

In der Untersuchung von Silberschatz et al. (1986) wurde anhand dreier Kurztherapien geprüft, ob bestimmte, fallspezifische Interpretationen zu unmittelbarem Fortschritt führen. Mit Hilfe der Plan-Formulierung lässt sich auf einer Skala ("Plan Compatibility Scale" von Bush, 1986) hinreichend reliabel einstufen, ob eine Deutung dem Patienten dienlich ist ("pro-plan") oder hinderlich ("anti-plan"). Die Äußerungen der Patienten unmittelbar vor und nach der Deutung wurden mit der "Experiencing Scale" (Klein et al. 1970) bewertet, die u.a. Skalen zur Beurteilung des Ausmaßes an Einsicht, Widerstand und assoziativer Freiheit beinhaltet. Je höher eine Deutung als "pro-plan" bewertet wurde, umso größer und positiver waren die Veränderung auf der "Experiencing Scale".

In einer weiteren Untersuchung mit sieben 16-stündigen Kurztherapien (Norville et al. 1996) ließen sich positive Korrelationen zwischen dem Mittelwert der Plankompatibilität aller Deutungen und dem Gesamtergebnis der Therapie am Therapieende und in einer Katamnese nach 6 Monaten nachweisen.

Anhand von drei 16-stündigen Kurztherapien untersuchten Silberschatz et al. (1986) ob und wie Plankompatibilität und Art der Deutung die unmittelbaren Veränderungen im Verhalten der Patienten nach der Interpretation vorhersagen. Alle Interpretationen wurden nach der Typologie von Malan (1963) klassifiziert, in der zwischen Übertragungsdeutungen und Nicht-Übertragungsdeutung differenziert wird. Zur Bestimmung der unmittelbaren Veränderung wurden jeweils Segmente von 3 Minuten vor und nach der Deutung mit der "Experiencing Scale" (Klein et al., 1970) eingeschätzt. Es ließen sich weder unmittelbare Effekte von Übertragungsdeutungen nachweisen, noch Zusammenhänge zwischen dem Anteil der Übertragungsdeutungen pro Sitzung und dem mittleren „Experiencing-Score“ für die Stunde. Plankompatible Deutungen führten jedoch zu höheren "Experiencing-Scores". Werden nur solche Übertragungsdeutungen berücksichtigt, die als "pro-plan" beurteilt wurden, finden sich keine höheren

Experiencing-Scores als nach solchen Deutungen, die lediglich als "pro-plan", nicht aber als Übertragungsdeutung eingeschätzt wurden.

Silberschatz und Curtis (1993) prüften an zwei Kurztherapien und an einer Psychoanalyse (Mrs. C. - Silberschatz, 1986), wie das Verhalten des Therapeuten in der Stunde den therapeutischen Fortschritt des Patienten beeinflusst. Sie identifizierten Tests im Therapieverlauf und bewerteten die Angemessenheit der Reaktion des Therapeuten und die unmittelbaren Reaktionen des Patienten darauf anhand verschiedener Skalen ("Relaxation Scale" - Curtis et al., 1986, S.200, "Boldness Scale" - Caston et al. 1986, S.289 und "Experiencing Scale" (Klein, 1970). In den Kurztherapien wurden 69 bzw. 45 Tests ermittelt, in den ersten 100 Stunden der Psychoanalyse 46 Tests. Es ergaben sich positive Veränderungen auf allen drei Skalen, wenn der Therapeut den Test bestand.

Im deutschsprachigen Raum existieren bisher nur wenige Publikationen, in denen die Plan-Formulierung verwendet wurde (Volkart, 1995; Volkart u. Heri, 1998; Volkart u. Walser, 1997; Volkart u. Walser, im Druck). Volkart (1995) benutzt das Konzept von Weiss und die Methode der Plan-Formulierung zur detaillierten Interpretation eines Transkriptes. Volkart und Walser (im Druck; 1997) demonstrierten anhand einer Einzelfalluntersuchung und dem „Facial Action Coding System,, (FACS - Ekman u. Friesen, 1978) zur Kodierung von mimischen Reaktionen, dass eine Patientin mit unterschiedlichen nonverbalen Signalen auf einen bestandenen und nicht bestandenen Test reagierte. Diese mimischen Signale wurden sehr rasch, d.h. innerhalb von Sekunden gegeben. In der Einzelfallstudie von Volkart u. Heri (1998) wurden mit Hilfe der FACS-Methode emotionale Prozesse bezüglich der Affekte Scham, Schuld, Wut, Ekel und Freude untersucht und im Zusammenhang mit fallspezifischen pathogenen Überzeugungen interpretiert.

Weiss räumt in seiner Theorie interpersoneller Schuld eine besondere Bedeutung ein. O'Connor et al. (in press@) entwickelten einen auf der "Control Mastery" Theorie basierenden Fragebogen zur Erfassung interpersoneller Schuld: "The Interpersonal Guilt Questionnaire - IGQ", dessen 67 Items 4 Skalen bilden: "survivor guilt", "seperation guilt", "omnipotence responsibility guilt" und "self-hate". Der Zusammenhang zwischen interpersoneller Schuld und Psychopathologie wurde in zahlreichen Studien geprüft (z.B. Menaker, 1995; O'Connor et al., 1994). Wir arbeiten zurzeit an der Entwicklung einer deutschen Version dieses Instrumentes.

5.8.4 Deutschsprachige Anwendung der Plan-Formulierung

Trotz großer räumlicher Entfernung entstand unsere Gruppe aus dem gemeinsamen Interesse an der Control-Mastery Theorie, mit der die einzelnen Mitglieder bereits seit einigen Jahren vertraut sind. Wir (RV und CA) hatten während Hospitationen in San Francisco die Gelegenheit, uns in die Methode einzuarbeiten und Fälle gemeinsam mit

Mitgliedern der SFPRG zu diskutieren. Wir begannen mit einer Trainingsphase an einem transkribierten Fall, die dadurch erschwert wurde, dass sich die drei Beurteilerinnen (CA, RV und JH) nur einmal zu einer ausführlichen und gemeinsamen klinischen Diskussion treffen konnten. Dieses Treffen fand nach dem Rating des Probefalles statt und diente dazu, Unterschiede in den Ratings zu besprechen und zu einer möglichst einheitlichen Fallkonzeption zu gelangen.

Für die endgültige Reliabilitätsstudie der vorliegenden Untersuchung wählten wir den gut dokumentierten Fall der Patientin Amalie X. Da aus technischen Gründen die Erstinterviews nicht zur Verfügung standen, dienten als Datengrundlage 5 Therapiestunden aus der Anfangsphase der Therapie sowie einige "Geschichten über Beziehungen" (sog. Beziehungsepisoden der Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas) aus späteren Stunden. Ebenfalls zur Verfügung stand eine Zusammenstellung anamnestischer Angaben.

Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung

Die drei Beurteiler ermittelten zunächst unabhängig voneinander Items für die 5 Bereiche, die dann zu einer "master-list" zusammengefügt und von jedem Beurteiler auf einer 5-stufigen Skala (0=gar nicht relevant bis 4=extrem relevant) bewertet wurden. Es wurden von den drei BeurteilerInnen insgesamt 252 Items beurteilt.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Reliabilitätsprüfung, die besonders angesichts des minimalen gemeinsamen Trainings als gut gelten können und den Ergebnissen der SFPRG entsprechen.

Tabelle 1 Interrater-Reliabilität für die fünf Bereiche der Plan Formulierung Amalie

Bereich	ICC	n	M	n,>M
Ziele	0.93	65	2.61	39
Path. Überzeugungen	0.82	57	2.36	31
Traumata	0.90	56	2.32	37
Einsichten	0.89	46	1.94	31
Tests	0.94	28	2.67	20

ICC Intraclass correlation, two way random effects model, average measure reliability (Shrout u. Fleiss, 1979)

n Anzahl der Items insgesamt

M Mittelwert über alle Items und BeurteilerInnen

n,>M Anzahl der Items über dem Mittelwert

Inhaltliche Strukturierung der Items

Im Konsens wurde mit Hilfe des Textinterpretationsprogrammes "ATLAS/ti" (Thomas Muhr, erhältlich bei Scolari, Sage Publications, London) inhaltlich ähnliche Items bestimmten Kategorien auf ähnlichem Abstraktionsniveau zugeordnet. Dazu wurden nur

die Items verwendet, deren Relevanzrating (Mittelwert der drei BeurteilerInnen) über dem Mittelwert aller Items pro Bereich lagen. Dieses Vorgehen entspricht der von Mayring (1993) beschriebenen inhaltsanalytischen Technik der „inhaltlichen Strukturierung“. In den Tabellen 2 bis 5 sind diese Kategorien mit jeweils einem hoch ladenden Beispielitem dargestellt. Die Kategorien sind nach der Höhe des Mittelwerts der Relevanzratings ihrer zugehörigen Items geordnet.

5.7.5 Plan-Formulierung für AMALIE

Da wir die Biographie von der Patientin in Kap. 4.2 bereits skizziert haben, können wir nun mit der systematischen Aufarbeitung des verfügbaren "Rohstoffes" in das Konzept der Plananalyse arbeiten.

Tabelle 2 fasst die aus der Biographie bekannten und als relevant erachteten traumatischen Erfahrungen zusammen:

Tabelle 2: Bereich Traumatische Erfahrungen, Inhaltskategorien und Beispielitems

Inhaltskategorie*	M	n	Beispielitem	M
Funktion als Ersatzpartner, Stellvertreterin	3.67	4	<i>Die Kinder waren (bedingt durch die unbefriedigende Ehe und die Abwesenheit ihres Mannes) "Ersatzpartner" der Mutter.</i>	4.00
Mutter lang und schwer erkrankt	3.67	1	<i>Ihre Mutter war während Amalies Kindheit lang andauernd und lebensbedrohlich erkrankt.</i>	3.67
Kein Kontakt zu Gleichaltrigen	3.67	1	<i>Die enge Beziehung zur Mutter und ihre Rolle als Ersatzhemann verhinderte den Kontakt zu Gleichaltrigen.</i>	3.67
Enge Beziehung zur Mutter	3.56	3	<i>Sie musste stets für ihre kranke Mutter da sein und sie stellvertretend für ihren passiven Vater umsorgen.</i>	3.67
Mit 5 Jahren als Erste weg von Mutter zu Tante	3.56	3	<i>Sie wurde wegen der Tbc-Krankheit der Mutter im 5. Lebensjahr als erstes der Geschwister während 10 Jahren zu Großmutter und Tante in Pflege gegeben.</i>	3.67
Kriegsabwesenheit des Vaters	3.46	5	<i>Der Vater war während der ersten 5 Lebensjahre wegen des Krieges abwesend.</i>	3.33
Puritanische, religiös-dogmatische Erziehung	3.33	7	<i>Sie wuchs in einer strengen, konservativen und religiös-fanatischen Umgebung auf, die jegliche Sinnlichkeit verbot.</i>	3.67
Vater kühl, distanziert, zwanghaft und rigide	3.13	5	<i>Ihr Vater ist kühl, distanziert, drückt sich wenig emotional aus und hat eine zwanghafte, rigide Haltung, die keine</i>	3.67

			<i>Auseinandersetzung mit ihm ermöglichte.</i>	
Hirsutismus	2.83	2	<i>Sie hat seit ihrer Kindheit eine verstärkte Behaarung.</i>	3.33
In der Familie allein gelassen	2.80	5	<i>Sie erlebte sich innerhalb der Familie als völlige Außenseiterin, alleine und unverstanden.</i>	3.00
Forderung nach Vernunft und Zurückhaltung	2.75	4	<i>Die Tante fordert "Vernunft" von Amalie, weil sie als Mädchen "Einblick" hat.</i>	3.00
Erkrankung an TBC mit 3 Jahren	2.67	2	<i>Sie erkrankte im 3. Lebensjahr an Tbc und musste 6 Monate im Bett liegen.</i>	2.67
Kritik und Entwertung in der Familie	2.67	2	<i>Sie wurde oft kritisiert oder entwertet.</i>	3.00
Dominanz der Brüder	2.67	1	<i>Sie litt stark unter der Dominanz ihrer Brüder, gegenüber denen sie sich nicht behaupten oder durchsetzen konnte.</i>	2.67

* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich

Es ist unschwer zu erkennen, dass in dieser Darstellung Amalie nicht gerade wenig traumatische Kindheitserfahrungen aufzuweisen hat, die besonders unter bindungstheoretischen Gesichtspunkt als recht gewichtig anzusehen sind..

Tabelle 3 umfasst den Bereich pathogener Überzeugungen, dem in der Control-Mastery Theorie ein zentrales Moment zukommt. Es handelt es um jene inneren Selbstverständlichkeiten, unter denen Amalie glaubt ihr Leben gestalten zu müssen, wie z.B. kein Recht auf eigenen Spielraum zu haben, Amalie Xs pathogenen Überzeugungen beschreiben ein ausgesprochen negatives Selbstbild. Sie sieht sich als hässlich, schlecht und belastend für ihre Umgebung. Dazu kommt eine als sehr problematisch erlebte Autonomie: Sie erlaubt sich kaum, sich von anderen abzugrenzen und fühlt sich speziell für das Schicksal der Mutter verantwortlich. Amalie erlebt ihre eigenen Wünsche als gefährlich und verwerflich, insbesondere ihr sexuellen Bedürfnisse.

Tabelle 3: Bereich Pathogene Überzeugungen, Inhaltskategorien und Beispielitems

Inhaltskategorie*	M	n	Beispielitem	M
Kein Recht auf Spielraum	3.67	2	<i>Sie glaubt, mit ihren Anliegen keinen Raum einnehmen zu dürfen und nimmt sich deshalb zurück.</i>	4.00
Last für Andere	3.48	7	<i>Sie glaubt, dass sie anderen eine Last ist und muss deshalb alle Entscheidungen selber treffen und fehlerlos und perfekt sein.</i>	4.00
Verantwortung für Mutter	3.45	6	<i>Sie glaubt, dass sie für das Wohlergehen anderer und speziell der Mutter verantwortlich ist und hat deshalb Mühe, sich abzugrenzen.</i>	4.00
Verdient Alleinsein	3.39	6	<i>Sie glaubt, dass sie es verdient allein gelassen zu werden, und meint deshalb</i>	3.67

			<i>alles selber machen zu müssen.</i>	
Wunsch nach Nähe ist schlecht	3.34	3	<i>Sie glaubt, sich für ihre Sehnsucht nach Nähe und Verstandenwerden schämen zu müssen und schränkt sich in ihren Wünschen und Bedürfnissen ein.</i>	3.67
Sexualität ist schlecht	3.34	2	<i>Sie glaubt, sich durch sexuelle Lust und Sehnsucht nach einem Mann schuldig zu machen und wehrt deshalb alle sexuellen Impulse ab.</i>	3.67
Autonomie verletzt andere	3.11	3	<i>Sie glaubt, dass es für andere sehr schmerzlich und verletzend ist, wenn sie sich abgrenzt, und geht deshalb in übertriebener fürsorglicher Weise auf das Gegenüber ein.</i>	3.33
Eigene Wünsche gefährden andere	3.00	4	<i>Sie glaubt andere mit ihren Wünschen, Bedürfnissen und Anliegen zu gefährden und lebt deshalb sozial isoliert.</i>	3.33
Konkurrenz gefährdet andere	3.00	4	<i>Sie glaubt, die Rolle der "Versagerin" spielen zu müssen (z.B. keinen akademischen Titel erwerben, unbemannt bleiben), um anderen keine Konkurrenz zu machen, und sabotiert sich in privater und beruflicher Hinsicht selbst.</i>	3.33
Sieht sich als hässlich und schlecht	2.89	3	<i>Sie glaubt, dass ihr Anblick für andere hässlich und unerträglich ist und muss sich deshalb verhüllen.</i>	3.33

* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich

Tabelle 4 deckt den Bereich Ziele ab, ein Bereich der als Wünsche im zentralen Beziehungskonflikt Thema kodiert werden würde, wie wir es in Kap. 5.6 dargestellt haben. Wichtige Ziele für die Therapie sind das Wahrnehmen und Realisieren eigener Wünsche, speziell das Bedürfnis nach einer sexuellen Beziehung zu einem Mann, aber auch nach anderen sozialen Kontakten. Amalie möchte sich unabhängig von äußeren Normen selbst bestimmen und sich von anderen abgrenzen können. Insbesondere möchte sie sich nicht mehr so stark für andere verantwortlich fühlen. Amalie möchte sich und ihren Körper besser akzeptieren und mehr Selbstsicherheit gewinnen.

Tabelle 4: Bereich Ziele, Inhaltskategorien und Beispielitems

Inhaltskategorie*	M	n	Beispielitem	M
Befriedigende Sexualität leben	4.00	6	<i>Sie möchte eine sexuelle Beziehung zu einem Mann eingehen können, ohne Schuldgefühle zu haben.</i>	4.00
Eigenen Körper akzeptieren	4.00	2	<i>Sie möchte ihre Einstellung zu ihrem Körper und der virilen Behaarung in eine positive Richtung verändern.</i>	4.00
Eigene Wünsche und Bedürfnisse wahrnehmen und realisieren	3.89	6	<i>Sie möchte ihre Wünsche artikulieren und für ihre Bedürfnisse eintreten können.</i>	4.00
Selbstbestimmung, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit von Normen und Personen	3.78	9	<i>Sie möchte ihren eigenen Spielraum definieren und sich darin frei und unabhängig von den Maßstäben der Kirche, der Lehrmeinung anderer Autoritäten oder den allgemeingültigen Normen bewegen können.</i>	4.00
Wut, Ärger und andere Gefühle offen ausdrücken können	3.67	2	<i>Sie möchte ihren Ärger kundtun können, ohne hinterher unter Schuldgefühlen leiden zu müssen.</i>	3.67
Sich weniger für andere verantwortlich fühlen	3.67	2	<i>Sie möchte sich nicht mehr verantwortlich für andere fühlen.</i>	3.67
Selbstvertrauen, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz	3.50	2	<i>Sie möchte mehr Selbstsicherheit und Selbstvertrauen entwickeln.</i>	3.33
Mit Frauen rivalisieren können	3.33	2	<i>Sie möchte mit Frauen offener in Konkurrenz treten können.</i>	3.33
Gleichberechtigte Beziehungen und befriedigende soziale Kontakte haben	3.29	7	<i>Sie möchte gleichberechtigte Freundschaften führen, in denen gegenseitiges Interesse und gegenseitige Unterstützung selbstverständlich ist.</i>	3.67
Beruflichen Erfolg genießen	2.67	1	<i>Sie möchte beruflich erfolgreich sein und diesen Erfolg auch genießen können.</i>	2.67

* eindeutige Zuordnung von Items zu Kategorien

Als hilfreiche Einsichten (Tabelle 5) gelten Sichtweisen, die Amalie ihre problematische Situation verdeutlichen; z.B. jene in die sie gekommen ist, als sie bei der Mutter die Rolle des fehlenden Vaters eingenommen hatte. Neben dieser männlichen Identifizierung ist auch ihre Sehnsucht nach dem Vater ein wichtiges Thema. Zentral sind die Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen, in denen Amalie ihr Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat und die sie immer noch daran hindern, enge Beziehungen zu knüpfen. Mit der durch die väterliche Identifizierung problematischen weiblichen Identität ist auch Amalies negatives Körper- und Selbstbild verbunden. Mit diesem versuchte sich Amalie zu erklären, warum sie von den Eltern allein gelassen wurde und für mögliche Partner abstoßend sein würde. Wichtig sind auch Einsichten, die Amalie aufzeigen, dass sie sich zurückgezogen und anderen untergeordnet hat, weil sie immer befürchtete, dass ihre Selbständigkeit für andere unerträglich oder gefährlich werden könnte.

Tabelle 5: Bereich Hilfreiche Einsichten, Inhaltskategorien und Beispielitems

Inhaltskategorie*	M	n	Beispielitem: Bewusst zu werden, dass	M
Rolle des Vaters übernommen	3.50	2	<i>... sie sich für das Wohlergehen der Mutter verantwortlich fühlt, die Rolle ihres Vaters übernimmt und sich männlich identifiziert.</i>	3.67
Wunsch nach Vater	3.33	5	<i>... sie der Mutter gegenüber ein schlechtes Gewissen hatte, weil sie meinte, sie hätte mit ihrem intensiven Wunsch nach dem Vater die Mutter krank gemacht und vertrieben.</i>	3.67
Kirche als Vaterersatz	3.33	2	<i>... sie große Sehnsucht nach einem starken Vater hatte, und diese Sehnsucht auf die Autorität der Kirche übertrug.</i>	3.33
Negatives Körper- und Selbstbild	3.27	5	<i>... sie sich als unerträglich, hässlich und nicht liebenswert erlebt und deshalb sozialen Kontakt vermeidet und ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht äußert.</i>	3.67
Schuld für Abwesenheit der Eltern übernommen, Alleinsein als Strafe	3.17	4	<i>... sie die Abwesenheit von Mutter und Vater in der Kindheit als sehr schlimm erlebt und sich selbst die Schuld dafür gegeben und das Alleinsein als verdiente Strafe erlebt hat.</i>	4.00
Beziehungsvermeidung aus Schuld und Scham	3.17	4	<i>... sie sich als unerträglich, hässlich und nicht liebenswert erlebt und deshalb sozialen Kontakt vermeidet und ihre Wünsche und Bedürfnisse nicht äußert.</i>	3.67
Schuldgefühle, Verantwortung, Identifizierung mit der Mutter	3.09	7	<i>... sie sich aus Schuldgefühlen der Mutter gegenüber stark verantwortlich fühlt und glaubt, sich nicht von ihr abgrenzen zu dürfen.</i>	4.00
Problematische Identität als Frau	3.07	5	<i>... sie sich einen männlichen Vater wünschte, der sich mit ihr auseinandersetzte und keine Angst vor ihren Gefühlen und vor ihrer Weiblichkeit hatte.</i>	3.67
Konkurrenzvermeidung	3.00	1	<i>... sie neben der problematischen</i>	3.00

ng			<i>Persönlichkeit des Vaters auch selber aktiv dazu beitrug, dass zum Vater keine Beziehung entstehen konnte, weil sie fürchtet, damit die Mutter zu bedrohen.</i>	
Andere ertragen ihre Autonomie nicht	2.53	5	<i>... sie eine so enge Beziehung zur Mutter aufrecht erhält und keine Freundschaften oder eine Partnerschaft eingeht, weil sie fürchtet, die Mutter würde ein höheres Maß an Unabhängigkeit von Amalie nicht aushalten und sich dann verlassen fühlen.</i>	3.00
Unterordnung	2.33	5	<i>... sie sich immer wieder in die Außenseiter- und Aschenputtelrolle bringt, um die Bedürfnisse anderer nach Überlegenheit zu erfüllen.</i>	2.33
Zwangshandlungen aus Schuldgefühlen	2.00	1	<i>... ihre Zwangsgedanken und -handlungen der Versuch waren, ihre quälenden Schuldgefühle zu beruhigen.</i>	2.00

* Mehrfachzuordnungen von Items zu Kategorien möglich

In den sog. Tests (Tabelle 6) zeigt Amalie in der Therapie einerseits defensive Verhaltensweisen, in denen sie die pathogenen Überzeugungen affirmativ präsentiert, sich dem Therapeuten gegenüber sehr zurückhaltend verhält und sich als hässlich und schwach darstellt. Andererseits wagt sie offensive Verhaltensweisen, in denen sie ihre pathogenen Überzeugungen direkt in Frage stellt, indem sie z.B. immer direkter über Sexualität spricht, neugierig ist, den Therapeuten herausfordert und eigene Anliegen einbringt.

Tabelle 6: Bereich Tests, Inhaltskategorien und Beispielitems

Inhaltskategorie*	M	n	Beispielitem	M
Sexualität thematisieren	3.67	2	<i>Sie wird dem Therapeuten von ihrer sexuellen Lust erzählen, um zu prüfen, ob er sie dafür verurteilt, bestraft oder moralisch an den Pranger stellt, wie es die Kirche tat.</i>	3.67
Offener, freier und direkter sprechen	3.67	2	<i>Sie wird sich im Verlauf der Therapie mehr Spielraum nehmen und offener und freier reden, um zu prüfen, ob der Therapeut sie einschränkt und in die Schranken weist.</i>	3.67
Ärger zeigen	3.67	1	<i>Sie wird ihren Ärger (über eine Sache, über eine Person) explizit kundtun, um zu prüfen, ob der Therapeut dies duldet oder sie in die Schranken weist.</i>	3.67
Neugier, Interesse und Begierde zeigen	3.67	1	<i>Sie wird den Analytiker nach dem Grund des Settings fragen (kein Blickkontakt), um zu prüfen, ob sie neugierig und begierig sein darf.</i>	3.67
Zurückhaltung und Vorsicht	3.62	7	<i>Sie wird sich dem Therapeuten sehr vorsichtig öffnen um zu prüfen, ob der Therapeut wohlwollend bleibt und sie nicht verurteilt.</i>	4.00
Behaarung als hässlich thematisieren	3.50	2	<i>Sie wird die virile Behaarung stellvertretend für ihre Hässlichkeit immer wieder thematisieren, um zu prüfen, ob der Therapeut sie trotzdem noch erträgt.</i>	4.00
Anliegen und Probleme äußern	3.33	1	<i>Sie wird den Therapeuten mit ihren Sorgen und Anliegen konfrontieren, um zu prüfen, ob er genauso wenig Interesse zeigt wie ihr Vater.</i>	3.33
Auf die Uhr schauen	3.17	2	<i>Sie wird auf die Uhr schauen um zu prüfen, ob es dem Analytiker mit ihr zu viel wird und ob sie selber die Verantwortung übernehmen und alles selber machen muss.</i>	3.33
Eigene Makel und Schwächen betonen	3.00	1	<i>Sie wird ihre Makel und Schwächen immer wieder herauskehren, um zu prüfen, ob der Therapeut sie in ihrer Schlechtigkeit bestätigt.</i>	3.00
Herausforderung und Provokation des	3.00	1	<i>Sie wird ihn herausfordern und provozieren, um zu prüfen, ob er genauso passiv ist wie ihr Vater, oder ob</i>	3.00

Therapeuten			<i>er aktiv Stellung beziehen kann.</i>	
-------------	--	--	---	--

* eindeutige Zuordnung von Items zu Kategorien

5.7. 6 Diskussion

Erinnern wir zunächst zum Vergleich an die Fall-Konzeption von Amalie X wie wir sie in Kap. 4.2 dargestellt haben:

"Unsere klinischen Erfahrungen rechtfertigen folgende Annahmen: Eine virile Stigmatisierung verstärkt den Peniswunsch bzw. Penisneid, sie reaktiviert ödipale Konflikte. Ginge der Wunsch, ein Mann zu sein, in Erfüllung, wäre das zwitterhafte Körperschema der Patientin widerspruchsfrei geworden. Die Frage: Bin ich Mann oder Frau? wäre dann beantwortet, die Identitätsunsicherheit, die durch die Stigmatisierung ständig verstärkt wird, wäre beseitigt. Selbstbild und Körperidentität stünden dann im Einklang miteinander. Doch kann die unbewusste Phantasie angesichts der körperlichen Wirklichkeit nicht aufrechterhalten werden: Eine virile Stigmatisierung macht aus einer Frau noch keinen Mann. Regressive Lösungen, trotz der männlichen Stigmatisierung zur inneren Sicherheit durch Identifizierung mit der Mutter zu kommen, beleben alte Mutter-Tochter-Konflikte und führen zu vielfältigen Abwehrprozessen."

Der Vergleich der beiden Fallkonzeptionen zeigt, dass Thomä und Kächele sich den Konflikt auf ödipaler Ebene und vorwiegend die psychosexuelle Verwirrung der Patientin als dynamischen Faktor für ihre Störung ausmachen. Die auf der "Control Mastery" basierende Plan-Formulierung bezieht ödipale Themen mit ein, diagnostiziert aber eher eine Störung der "frühen Triangulierung" (Abelin 1971), in der die bestehende Abhängigkeit der Patientin von ihrer Mutter nicht als eine Regression verstanden wird, sondern als eine gehemmte Entwicklung der Autonomie, die auf bestimmten pathogenen Überzeugungen beruht. Klinisch hätten beide Fallkonzeptionen unterschiedliche Konsequenzen für die Deutungsarbeit und möglicherweise auch für therapeutische Interventionen. Aus Weiss'scher Sicht hätten vor allem Amalies Gefühl von Verantwortung für ihre Beziehungspartner und daraus resultierende Schuldgefühle, die letztlich der Aufrechterhaltung der Bindung an die Mutter und der abgewehrten Wunsch Sehnsucht nach dem Vater dienen, thematisiert werden müssen.

Da nun die Patientin nicht zwei Mal analysiert werden kann, fällt ein bewertender Vergleich schwer. Die offene Frage ist, welche der beiden Konzeptionen welche Aspekte des therapeutischen Prozesses klären kann. Da diese Patientin mit diesem Analytiker zur Zufriedenheit beider behandelt wurde, lassen sich nur mögliche Antworten formulieren. Wie der spätere Verlauf des Lebens von Amalie X erkennen lässt, hat sie das Problem, sich in einer stabilen Partnerschaft aggressiv behaupten zu können, wenig gut als andere gelöst. Beide Nach-Behandlungen hatten mit diesem Problem zu tun.

Auch wenn unsere Untersuchung sich auf einen Einzelfall bezieht, konnten wir doch zeigen, dass die Methode der Plan-Formulierung auch außerhalb der Gruppe um Weiss und Sampson und dem englischen Sprachraum reliabel anwendbar ist, was einen Beitrag zur Etablierung der Methode darstellt.

Im Unterschied zur San Francisco Psychotherapy Research Group wählten wir für die inhaltliche Reduktion der Items, die über dem Mittelwert der Beurteiler liegen, für die endgültige Plan-Formulierung ein strukturiertes inhaltsanalytisches Vorgehen, das eine Kategorisierung auf bestimmten Abstraktionsebenen ermöglicht. Bei zukünftigen Arbeiten wäre im Rahmen einer methodischen Weiterentwicklung eine empirische Überprüfung der Zuordnung der Items zu den Kategorien denkbar. Ein Nachteil dieses Vorgehens besteht darin, dass die sehr spezifisch formulierten Items zu eher allgemein wirkenden Kategorien zusammengefasst werden.

Die hohen Reliabilitäten sind zum einen damit zu erklären, dass komplexe Formulierungen auf einfache, klar strukturierte Komponenten reduziert werden, und die Beurteiler jeweils nur einzelne Items und nicht vollständige Formulierungen bewerten, und zum anderen darauf zurückzuführen, dass die Beurteiler die gleiche theoretische Position vertreten (Curtis et al. 1988).

Verglichen mit anderen Methoden zur Erfassung interpersoneller Muster, die mit standardisierten Kategorien arbeiten, erlaubt die Methode der Plan-Formulierung keine interpersonelle Vergleichbarkeit. Sie bietet jedoch den Vorteil einer individuellen, fallspezifischen Formulierung, die zum einen sehr nah am Text bleibt, zum andern aber auch Inferenzen und klinische Schlüsse erlaubt.

Eine besondere Stärke der Methode liegt darin, dass die verschiedenen Bereiche hohe klinische Relevanz haben (Silberschatz u. Curtis, 1986; Curtis u. Silberschatz, 1986). Die in den Bereichen Traumata, pathogene Überzeugungen und Einsichten ermittelten Items stellen die wesentliche Grundlage der Deutungsarbeit dar. Die vorhergesagten Tests können dem Therapeuten dazu dienen, sich mögliche Übertragungs-Gegenübertragungs-Inszenierungen bewusst zu machen und hilfreiche, patientenspezifische therapeutische Interventionen zu entwickeln.

Die in der Plan-Formulierung erfassten Ziele ermöglichen eine Verlaufskontrolle i.S. der Zielerreichung im Verlauf der psychotherapeutischen Behandlung und können dem Therapeuten als Wegweiser für die praktische therapeutische Arbeit dienen.

Die Methode bietet außerdem die Möglichkeit, Therapieerfolg nicht nur anhand der Symptomatik und mit allgemeinen Verfahren (z.B. Fragebogen) zu erfassen, sondern mit fallspezifischen Instrumenten die zugrunde liegenden psychologischen Prozesse, die zu dauerhaften Veränderungen führen, zu untersuchen. Die von Silberschatz et al. (1989) entwickelte "Plan Attainment-Scale" erlaubt die Beurteilung, in wie weit der Patient seine spezifischen Ziele erreicht und seine pathogenen Überzeugungen überwunden hat, und ob er grundlegende Einsichten erwerben konnte.

Die mit der Methode ermittelte Plan-Formulierung kann im Sinne eines wechselnden Fokus verstanden werden und dient der Strukturierung eines Falles und der Hypothesengenerierung, die im Verlauf der Behandlung ständig überprüft und ergänzt

werden müssen (vgl. Thomä u. Kächele 1985, Kap. 9). Ähnlich wie Caspar in seiner "Plananalyse" eine Hierarchie der Pläne festlegt (Caspar 1996), ändert sich die Relevanz der mit der Plan-Formulierung erarbeiteten Items entsprechend der Therapiephasen oder Lebensabschnitte.

Neben den in der Plan-Formulierung erfassten fünf Bereiche Traumata, Ziele, Tests, pathogene Überzeugungen und Einsichten wären weitere Komponenten denkbar, die mit der Methode bis jetzt nicht systematisch erfasst werden (z.B. Ressourcen des Patienten).

Weiss sieht in den Patienten aktive Mitgestalter des therapeutischen Prozesses, die an einer Problemlösung interessiert sind, Einsichten erlangen wollen und durch Tests in der therapeutischen Beziehung nach korrigierenden emotionalen Erfahrungen suchen und unbewusst, aber "planvoll" an der Widerlegung ihrer pathogenen Überzeugungen arbeiten. Seine allgemeine Theorie der Psychotherapie basiert auf klinischen Beobachtungen und wird von umfangreichen empirischen Befunden gestützt. Für die von Weiss beanspruchte allgemeine Gültigkeit seiner Theorie des therapeutischen Prozesses steht die empirische Validierung an klinischem Material anderer Therapieformen allerdings noch aus. Die Arbeiten der SFPRG stellen jedoch eindrucksvoll dar, wie Theoriebildung durch empirische Forschung fundiert und bereichert werden kann.

5.8 Reaktionen auf Unterbrechungen als Indikatoren von struktureller Veränderung²⁸

Juan Pablo Jiménez, Dan Pokorny u. Horst Kächele

5.8.1 Das Verlust-Trennungs-Modell

5.8.2 Material u. Methode

5.8.3 Ergebnisse

5.8.4 Diskussion

²⁸ Diese Untersuchung erscheint im Int J Psychotherapy (2006).

5.8.1 Das Verlust-Trennungs-Modell

Durch ihre vielfältigen schulen orientierten Ausprägungen bestehen in der Psychoanalyse eine größere Zahl von Hypothesen, die sich auf verschiedene Felder der Theorie beziehen. Der heuristische Wert der verschiedenen weissen Psychoanalyse zu praktizieren kontrastiert mit der Schwäche der externen Validierung. In den vergangenen zwanzig Jahren lässt sich jedoch ein wachsendes Interesse am Einsatz von sozialwissenschaftlichen Methoden feststellen, um die psychoanalytische klinische Methode sui generis zu validieren. Dies trifft auch auf die hier vorgestellte Untersuchung zu, bei der einige Hypothesen zum Verlust-Trennungs-Modell der klinischen Theorie der psychoanalytischen Therapie untersucht werden.

Diese leitende Idee dieser Untersuchung arbeitet mit der Vorstellung, dass der Analytiker in der Arbeit mit dem Patienten "Arbeitsmodelle" entwickelt, die sich auf sehr disparate Aspekte der psychoanalytischen Theorie und Technik beziehen (Greenson 1961; Bowlby 1969; Peterfreund 1975). Die Patientin verfügt natürlich auch über eigene Arbeitsmodelle; die wichtigsten haben sich bereits im Lauf des Lebens entwickelt, wie Bowlby (1969) gezeigt hat, und aufgrund derer sie die Beziehung mit dem Analytiker und ihre Erwartungen an ihn gestaltet. Unter diesen diversen inneren Modellen nimmt das Trennungs-Verlust Modell eine sehr zentrale Rolle ein.

Das Thema von Trennung und Verlust findet sich auf allen Ebenen der psychoanalytischen Theorie und Technik und übersteigt die schulgebundenen Auffassungen. Man ist fast geneigt zu sagen, dass es ein Allgemeinplatz geworden ist. Es findet sich in 1) den erklärenden Theorien zu Genese von seelischen und psychosomatischen Erkrankungen, dort in der Form, dass frühe Trennungstraumen ein pathogene Potential besitzen; 2) in der Theorie der psychosexuellen Entwicklung, da besonders in den Theorien von M. Klein und M. Mahler; 3) in der Theorie der Übertragung, da in der Idee der Wiederholung in der analytischen Situation der frühen Trennung von und dem Verlust von primären Liebesobjekten; 4) in der Theorie der Persönlichkeit, bei der die Reifung und Differenzierung von dem Grad an "Trennung" von Selbst und Objekt-Repräsentanzen abhängig ist; und 5) in der Theorie der Therapie, wo ein innerer Zusammenhang zwischen Durcharbeiten und dem Vorgang des Trauers postuliert wird.

Das Trennungs-Verlust Modell (TVM) ist ein paradigmatisches psychoanalytisches Modell. Diese Auffassung wurde explizit schon von J. Rickman 1949 wie folgt formuliert: "Die Wochenend-Unterbrechung, die ein die Analyse wiederholt begleitendes Element ist, und durch die noch längeren Ferien-Unterbrechung von punktuell verstärkt wird, kann von Analytiker benutzt werden, um die Entwicklung der Patienten zu evaluieren" (1950, S.201). Er fügt hinzu: "das Wochenende und die Ferienunterbrechung der (analytischen) Arbeit erzwingen Übertragungsphantasien; in dem Masse wie die (analytische) Arbeit voranschreitet,

ändern diese ihren Charakter in Übereinstimmung mit den inneren Kräften und den Objektbeziehungen des Patienten "(S.201).

Ungeachtet der zentralen Position in der Theorie der Technik als einem psychoanalytischen Prozess-Modell wurde die Entwicklung der Reaktion auf Unterbrechungen bislang nicht zum Gegenstand empirischer Untersuchung gemacht. Wie Thomä u. Kächele (1985, Kap. 9) ausführen hat jedes Prozess-Modell zwei Aufgaben: eine deskriptive Aufgabe - es hilft die Beschreibung des Verlaufes und Entwicklung zu organisieren - und eine präskriptive Aufgabe - es kann den Analytiker bei seinen Interventionen leiten und ihm helfen, interpretative Strategien zu entwickeln.

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf die Deskription, indem durch empirisch-sozialwissenschaftliche Vorgehen die Evolution der Reaktion auf Unterbrechungen in der psychoanalytischen Therapie von Amalie X untersucht wird.

Die zentrale Hypothese der Arbeit lautet: Die Evolution der Reaktion auf Unterbrechung im Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung ist ein Indikator der strukturellen Veränderung, die die Patientin durch den psychoanalytischen Prozess erreicht.

Diese allgemeine Annahme kann in zwei spezielle aufgeteilt werden: 1) Das jeweilige Arbeitsmodell TVM der Patientin kann in chronologischer Abfolge im Zusammenhang mit Unterbrechungen in der Behandlung identifiziert werden auf der Basis des verbalen, transkribierten Dialoges; 2) im Verlauf der analytischen Behandlung muss soll das TV-Arbeitsmodell entsprechen den Vorstellungen der psychoanalytischen Theorie entwickeln.

5.9.2 Material u. Methode

Für unsere Fragestellung - die erste empirische Studie dieser Art - die eine Einzelfalluntersuchung die Methode der Wahl. Die tonband-aufgezeichnete und extensiv transkribierte Psychoanalytiker Behandlung der Patientin Amalie wurde des halb Gegenstand dieser Untersuchung

Amalias psychoanalytische Behandlung umfasste insgesamt 531 Sitzungen über einen Zeitraum von fast fünf Jahren. Von den insgesamt 531 faktisch stattgefundenen Sitzungen waren nur 517 aufgezeichnet - die Einleitungsphase der Behandlung war nicht Gegenstand der Aufzeichnung, und von diesen 517 waren zum Zeitpunkt der Untersuchung bereits 212 verschriftet²⁹. Die Untersuchung kann sich deshalb auf 212 Sitzungen beziehen, die ziemlich gleichmäßig über den ganzen Zeitraum der Behandlung verteilt waren.

Methode

²⁹ Im weiteren geht die Stundenzählung in Übereinstimmung mit den anderen Studien von 517 tonband-registrierten Sitzungen aus

Die Methode einer empirischen Untersuchung muss mit dem konsistent sein, was gesucht wird - ein bekanntes Bonmot berichtet von dem Mann mit der Taschenlampe, der seinen Schlüssel nachts unter einer Laterne sucht. Warum suchst Du da, fragt ein Passant? weil es da hell ist. Das kann nicht die hilfreiche Antwort sein. Passend muss die Methode für das Material der Untersuchung und die Fragestellung.

Die erste Hypothese bezieht sich auf die Stunden der Behandlung, bei denen eine Unterbrechung bevorsteht: Wir nehmen an, dass in diese Prä-Break-Sitzungen das TV-Thema präsent sein muss. Deshalb galt es zuerst festzulegen, was wir unter einer klinisch signifikanten Unterbrechung verstehen. Zweitens muss festgelegt werden, wie wir feststellen können, dass das TV-Thema in diesen Sitzungen, die vor einer Unterbrechung stattfanden, ausgeprägte als in irgendeiner zufällig ausgewählten Sitzung aus der gleichen Zeit auftritt.

In einem zweiten Schritt kommen wir zur zweiten Hypothese, nämlich ob und wie in der Übertragung in dieser Trennungssitzung Übertragungsphantasien auftreten, die sich dem TV-Thema zuordnen lassen.

Hieraus lassen sich drei Schritte der Untersuchung ableiten, die jeweils verschiedene methodische Zugänge erfordern.

Das Ziel des ersten Schrittes ist es, formal eine klinisch signifikante Unterbrechung zu definieren. der zweite Schritt soll dann einen Zusammenhang zwischen einer Trennungssitzung und dem Erscheinen von klinischem Material aus dem Themen Trennungs-Verlust zu identifizieren. Der dritte Schritt soll dann eine Entwicklung in den Übertragungsphantasien zu dokumentieren, die sich im Material finden lassen.

Als initiales Kriterium einer Unterbrechung wählen wir ein operationales Vorgehen. Auf der Basis der Anwesenheitskarte (sog. grüne Karte des Ulmer Patienten-Dokumentations-System; PADOS, Kächele et al. 1983) lässt sich ein Histogramm der Häufigkeit von Unterbrechungen während der Behandlungszeit anfertigen³⁰.

Im zweiten Schritt zielen wir die Unterscheidung von Unterbrechungs-Sitzungen und Trennungs-Sitzungen an, denn nicht alle Sitzungen vor einer Unterbrechung, z.B. vor kürzeren , zeigen notwendiger weise auch die Kennzeichen einer Trennungssitzung.

Für eine inhaltliche Beschreibung der Unterbrechungs-Sitzungen benutzen wir das Ulmer Angstthemen-Wörterbuch (ATD, Speidel 1979), welches zur computer-gestützten Identifikation von Angstgehalten in Therapieprotokollen entwickelt wurde. Das ATW erfasst reliabel und valide vier thematische Kategorien: Schuld, Scham, Kastration und Trennung, die durch Wortlisten operationalisiert werden (s.d. Grünzig u. Kächele 1978). Ein Computerprogramm, erstellt von Mergenthaler (1985), analysiert die Wörter einer Sitzung, getrennt für Patient und Analytiker, und erstellt Werte für die relative Häufigkeit der Wörter, die in eine der vier Kategorien gehören. Diese Prozedur generiert Werte, die einen Vergleich der Sitzungen hinsichtlich der vier Angstthemen erlauben. Das ATW wird in dieser Studie

³⁰ Diese Stundenkarte verzeichnet alle Sitzungen einschließlich derer, die vor Beginn der Tonbandregistrierung stattfanden.

explizit als Screening-Instrument verwendet und beansprucht nicht eine genauere Erfassung der ängstlichen Affekte zu leisten.

Zur Konkretisierung weisen wir darauf hin, dass ca. 90% der Werte der untersuchten Sitzungen im Bereich von 0,1%-1,2% des gesamten Wortschatzes einer Sitzung rangieren. Wenn also eine Sitzung einen Wert von 0,75% für die Kategorie Trennungsangst-Patient aufweist, heißt das, dass ca. 22 von 2933 Wörtern einer Sitzung in das semantische Wortfeld "Trennung" gehören. Von daher sollte deutlich sein, was gemeint ist, wenn wir von einer Screening-Funktion sprechen.

Auf diesem Schritt basieren wir aber die Identifikation der Sitzungen, die nicht nur Unterbrechungs-Sitzungen sind, sondern potentiell auch einen Trennungscharakter haben.

Mit einer Auswahl solchermaßen identifizierten Unterbrechungs- u. Trennungs-Sitzungen wenden wir dann eine dritte Methode an. Es handelt sich um die (weiter oben schon beschriebene) Methode des Zentralen Beziehungs-Konflikt Themas (Luborsky u. Kächele 1988; Luborsky u. Crits-Christoph 1998), von der wir annehmen - was nicht alle tun (s.d. Dreher 1999), dass sie wichtige Aspekte des Freudschen Übertragungskonzeptes erfassen kann. Immerhin die Methode erfasst valide und reliabel Inhalte der aktuellen Übertragungsbeziehung und sie ist deshalb für unser Ziel geeignet, die Entwicklung von Übertragungsphantasien im Verlauf zu analysieren.

Der erste Schritt dieser Methode besteht in der Identifikation durch geschulte Beurteiler von sog. Beziehungsepisoden (BEs) in den Transkripten. Diese BEs sind einfach Narrative, in denen verbal die Beziehung zu einer anderen Person dargestellt wird. Im zweiten Schritt bewerten die Beurteiler jede BE im Hinblick auf das Vorhandensein von drei Komponenten:

- 1) Der Wunsch, das Bedürfnis oder Intention der Patientin in der Beziehung zu der anderen Person (sog. W)
- 2) Die aktuelle oder antizipierte Reaktion dieser anderen Person auf den Wunsch des Erzählers, d. h. der Patientin (sog. RO)
- 3) Die Reaktion des Erzählers, des Subjekts der Episode, also der Patientin, auf diese Reaktion des Anderen (sog. RS)

Auf der Basis von mindest fünf, besser zehn Beziehungsepisoden lässt sich dann das gemeinsame Muster rein additiv herausarbeiten, welches dann als das ZBKT, das Zentrale Beziehungs-Konflikt Thema präsentiert werden kann.

5.8.3 Ergebnisse

Schritt 1: Formale Definition einer Unterbrechung

Wie erwähnt verwenden wir eine operationale Definition, basierend auf den registrierten Sitzungsdaten. Das Histogramm (Abb.1) zeigt, dass zwischen den 531 aktuellen Sitzungen befinden sich Trivialerweise genau 530 Unterbrechungen, deren Dauer sich in Tagen angeben lässt. So ist beispielsweise ein Intervall von einem Tag zwischen einer Montagssitzung und der nächsten Sitzung am Dienstag. Das Histogramm gliedert die sitzungsfreien Zeiten in fünf verschiedene Größenordnungen. Block 1 fasst die kürzesten Intervalle zusammen, die in dieser Behandlung bei einer Sitzungsfrequenz von drei Sitzungen pro Woche die kürzeren unvermeidlichen Unterbrechungen umfassen. Diese kurzen Unterbrechungen nennen wir 'non-breaks' (N= 322). Block 2 beinhaltet die Wochenendunterbrechungen (N=180).

Block 3 erfasst Unterbrechungen durch Krankheit z.B. der Patientin oder Abwesenheiten des Analytikers wegen Kongressteilnahme oder aus anderen Gründen (N=12). Block 4 repräsentiert mittellange Unterbrechungen wegen Ferien usw. Letztlich umfasst Block 5 drei längere gemeinsame Sommer Unterbrechungen, zwei Unterbrechungen wegen nicht gleichzeitiger ferienbedingter Abwesenheit und zwei längere Abwesenheiten des Analytikers bedingt durch Auslandsaufenthalte (N=7).

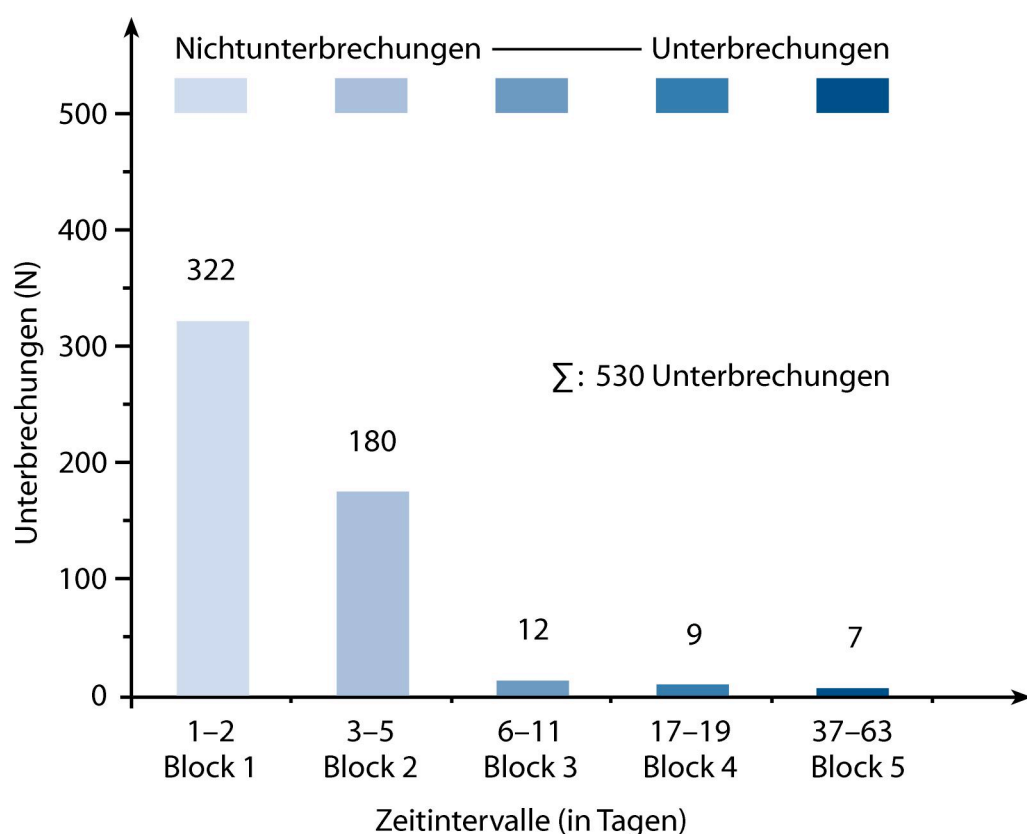


Abb. 5.7

Auf der Basis dieser Auszählung ist es möglich zu definieren, welche Sitzungen mit welchem Typ (Block 1-5) korrelieren und ob sie vor oder nach demselben stattfinden.

Schritt 2: Identifikation der Trennungs-Sitzungen

Entsprechend unserer Hypothese sollten Reaktion des TV-Themas zeitlich kovariant mit den Unterbrechungen auftreten. Natürlich ist diese Kovarianz nicht absolut zwingend; theoretisch ist es möglich, dass Trennungsthemen auch in Sitzungen auftreten, die nicht mit einer faktischen Trennung kovariieren. Jedoch erscheint es uns naheliegend, dass wenn Trennungsthemen im verbalen Gehalt von Sitzungen auftreten, dies mit höherer Wahrscheinlichkeit im zeitlichen Zusammenhang mit Unterbrechungen geschieht. Um diesen Zusammenhang zu untersuchen, vergleichen wir mit dem ATD Instrument eine Kontrollstichprobe von 86 Sitzungen, die keinen Zusammenhang mit einer Unterbrechung aufweisen, mit den Untergruppen aus Block 1-5. Signifikante Unterschiede (t-test: $p < 0.05$) zeigen sich nur mit den Sitzungen unmittelbar vor den längeren Unterbrechungen. In dieser Gruppe von Sitzungen aus Block 4 und 5 finden wir signifikant höhere Werte für Trennungsangst bei der Patientin und signifikant geringere Werte für Schamangst beim Analytiker.

Dies Ergebnis erlaubt uns nun operational eine Trennungssitzung dadurch zu definieren, dass sie höhere Werte bei Trennungsangst auf Seiten der Patientin und niedrige Werte auf Seiten des Analytikers aufweisen muss. Dieses Ergebnis wurde durch zusätzliche statistische Operationen bestätigt.

Die nahe liegende Frage nun ist, ob dieses Konstrukt nicht auch in einzelnen Sitzungen aufzufinden ist, die nicht mit den längeren Unterbrechungen kovariieren? Mithilfe einer sog. kanonischen Variable bestehend aus den beiden identifizierten Parametern "hohe Trennungsangst der Patientin" und niedrige Schamangst des Analytikers" wurden alle 212 Sitzungen nach dem Grad der Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit mit dem Konstrukt geordnet. Nun lassen sich die Extremgruppen dieser Reihung hinsichtlich des Zeitpunktes vergleichen an dem die Sitzung stattfand. Von den 20 Sitzungen, die auf der kanonischen Variable die höchste Ladung aufweisen, sind 19 direkt mit einer längeren Unterbrechung bzw. dem Ende der Behandlung verknüpft. Die Prüfung der Sitzungen an anderen Ende waren vorwiegend non-break oder Wochenend-Unterbrechungen. Das Fazit dieses Schrittes ist: das Konstrukt ist instabil aber konsistent. Das heißt, es tritt nicht immer bei einer realen Trennung auf, aber wenn es auftritt, steht es sehr wahrscheinlich im Zusammenhang mit einer längeren Unterbrechung.

Das gefundene Konstrukt legt nahe, dass in dieser analytischen Behandlung - in dieser Dyade - ist die Reaktion auf eine Unterbrechung von dem Thema von Trennung und Scham verbunden. Um genauer zu sein, der Analytiker erwähnt das Schamthema weniger häufig als

in der Behandlung sonst. Und wenn wir nur die 20 Sitzungen, die aus dem letzten Drittel der Behandlung stammen betrachten - spezifisch ab der 342. Stunde - spricht der Analytiker überhaupt nicht mehr über Scham; es lässt sich annehmen, dass sich die Interventionsstrategie verändert hat.

Das bisherige Ergebnis legt nun nahe, die identifizierten 20 Sitzungen, die sich über einen langen Zeitraum in der Behandlung (von Sitzung 1 - 517) verteilen, nun mit der Methode des Zentralen Beziehungskonfliktes zu untersuchen.

Schritt 3: Entwicklung der Trennungsangst-Sitzungen

Von den 20 Sitzungen, die wir im zweiten Schritt der Untersuchung identifizieren konnten, wählten wir eine Unterstichprobe nach folgenden Kriterien aus, um daran mit der ZBKT-Methode die Entwicklung des Übertragungsinhaltes zu untersuchen:

- 1) Wir schlossen Sitzungen, die Träume enthielten aus, da nach Luborsky (1988b) die Beurteilung solcher Stunden problematisch sei³¹.
- 2) Wir wählten einen Satz von Stunden aus, die rel. eben über den ganzen Behandlungsverlauf verteilt sind.

Mit diesen Kriterien wählten wir vom Beginn der Behandlung zwei Sitzungen aus, die unmittelbar vor Beginn einer ersten längeren Unterbrechung stehen (Sitzung 21 und 22) und dann vom Ende der Behandlung die letzten drei Sitzungen (Std. 515 - 517). Darüber hinaus wählten wir zwei Sitzungen in dem zweiten Drittel (Sitzung 221 und 227) und zwei Sitzungen im dritten Drittel der Behandlung (Sitzung 342 und 417) aus.

Die ZBKT-Methode erlaubt eine quantitative Analyse der relativen Häufigkeit der einzelnen Komponenten. Jedoch war die Stichprobe zu klein, um hieraus statistisch abgesicherte Schlüsse ziehen zu können. Allerdings ließen sich relativ deutliche Trends aufzeigen.

Beim Lesen der Transkripte ist klar, dass die Pat. Amalie X einen Unterbrechung als Fakt akzeptierte; eine bewusste Wahrnehmung möglicher übertragungsbedingten Reaktionen war jedoch anfangs nicht vorhanden. Im Hinblick auf diese äußerlichen Anlässe - Wochenende, Ferien, oder Reisen des Analytikers - reagiert die Patientin indem sie Wünsche äußert, erwartet Reaktion des Analytikers, dass er diese erfüllen möge. oder sie abweisen würde. Im Hinblick auf diese Wünsche oder gar Forderungen, und im Blick die Reaktion des Analytikers reagiert sie mit verschiedenen Gefühlen und Phantasien, die vom positiven Spektrum bis zum negativen reichen.

Die Komponenten des ZBKT entwickelten sich folgendermaßen:

- 1) Beziehungsepisoden (REs) in denen der Interaktionspartner eine der Behandlung äußerliche Person war, nahmen im Laufe der Behandlung ab, während hingegen solche in

³¹Wir haben übrigens in eigenen, späteren Untersuchung uns diesem Urteil nicht anschließen können (Albani et al. 2001)

denen ihr Analytiker der Beziehungspartner war, und in denen die Patientin selbst Subjekt und Objekt der Interaktion (sog. selbst-reflektive Episoden) nahmen zu. Das lässt so lesen, dass die Patientin zunehmend den Charakter der Übertragung in ihren Reaktion anzuerkennen in der Lage war; dies ging Hand in Hand mit einer Intensivierung des Prozesses der Internalisierung und Selbstanalyse.

2) Im Hinblick auf aktuelle oder erwartete Reaktionen des Objekts (ROs) auf die Wünsche der Patientin nahmen positive Reaktion etwas zu, während die negativen zurückgingen. Wir interpretieren dies so, dass zwar generell das Objekt auf den Wunsch oder Anspruch gerichtet war, als besitzergreifend erlebt wurde, aber es zeigte zunehmend wohlwollende und immer weniger frustrierende Züge. Die Reaktionen der Patientin auf die erwarteten Antworten des Interaktionspartner (in den Narrativen) zeigten deutlich mehr Veränderungen: die subjektive negative Reaktion nahm mit dem Lauf der Analyse ab, während die positiven Reaktionen zunahm. Wir interpretieren diesen Befund so, dass Amalie X auf Unterbrechungen immer weniger mit Krisen ihres Selbstwertgefühls (s.d. Kap. 5.3) reagierte und sich mit positiven Erwartungen damit auseinandersetzen konnte.

3) Der dominante Wunsch im Kontext von längeren Unterbrechungen, sehr verallgemeinert, lässt sich auf den Nenner von einem Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit bringen. Doch auch dieser veränderte sich im Laufe der Analyse.

In Bezug auf die erste längere Unterbrechung vor den ersten Sommerferien (Sitzung 21-22?) dominierte der Wunsch nach Harmonie, der Wunsch akzeptiert zu werden und der Wunsch von Anderen respektiert zu werden. Der Wunsch geheilt zu werden und zugleich unabhängig zu sein, war weniger prägnant. Die (antizipierte) Reaktion des Objekts war vorwiegend negativ, die Patientin erlebte Gefühle der Zurückweisung, einen Mangel an Respekt, Abwertung und Vermeidung. Amalie X reagierte auf diese antizipierten, inneren Erwartungen mit Trennungsangst, Hilflosigkeit, Enttäuschung, Resignation, Scham, Vermeidung, Rückzug und Unsicherheit. Aber alle diese Gefühle bezogen sich manifest auf die Beziehung zu den Eltern und der Familie im Allgemeinen; es gab kaum eine diesbezügliche Anspielung auf den Analytiker.

Bei der zweiten von detailliert untersuchten Unterbrechung von einem Wochenende (Std. 208) ließ sich eine Veränderung in der Balance des Kräftespiels zwischen Autonomie und Abhängigkeit feststellen. Obwohl der dominierende Wunsch noch immer auf Verbundenheit, Harmonie und Anerkennung gerichtet war, taucht der Wunsch nach größerer Autonomie häufiger auf und wird besonders in einem Streben, die interpersonelle Situation zu dominieren, erkennbar; dies allerdings löst auch spezifische Ängste aus. Ihre Erwartung an das Objekt ist entsprechend; sie befürchtet einen Rückzug des Objektes, einen Mangel an Rücksichtnahme. Entsprechend reagiert die Patientin mit Gefühlen der Hilflosigkeit, Panik, und Rückzug; mit anderen Worten sie reagiert mit Trennungsangst und Beschämung. Diese

Sitzung markiert den Beginn von Anspielungen auf die Übertragung sowie positive Reaktionen der Patientin auf antizipierte negative Erwartungen; zum Beispiel kann sie anerkennen innerlich geteilt zu sein und voller Eifersucht, und kann sie um Hilfe bitten. Seit dieser Sitzung sieht sie die Übertragungsdimension ihrer Wünsche und Reaktionen - m. a. W. sie sieht einen Zusammenhang ihrer Unterbrechungserfahrungen mit der Beziehung zu dem Analytiker.

Im Kontext der dritten untersuchten Sitzung (Std. 264), unmittelbar vor einem langen Wochenende, wird der Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit noch deutlicher. Die Pole des Konfliktes rücken näher zusammen und beginnen zu verschmelzen, was für einen deutlichen Wunsch nach Reziprozität führt; dieser kann als Wunsch nach Nähe in einer Beziehung wechselseitiger Zusammengehörigkeit und Gleichberechtigung formuliert werden. Dies war mit einem expliziten Wunsch verbunden mit dem Analytiker über traumatische Trennungserfahrung zu sprechen: die Patientin spricht direkt über Tod und die Befürchtung einer vorzeitigen Beendigung der Analyse. Die (antizipierten) Reaktionen des Objekts waren vorwiegend positiv; die Patientin erlebt Anteilnahme von Anderen und auch vom Analytiker und fühlt sich verstanden und engagiert in dem Austausch. Gleichzeitig fühlt sie, dass der Analytiker sich zurückhaltend bezüglich einer "mutuellen" Gemeinschaft verhält. Amalie X reagiert auf diesen Zwiespalt mit Angst aufgrund von Einsamkeitsgefühlen; sie fühlt sich isoliert und verlassen, aber beginnt Zeichen von Wut, Trauer und aber auch Hoffnung auf eine Dauer jenseits des Verlustes.

Die vierte Unterbrechung, die wir untersuchten, liegt vor einem 40-tägigen Auslandsaufenthalt des Analytikers (Std. 342). Erinnern wir daran, dass in dieser Phase der Behandlung der Analytiker nach den Befunden der ATW-Untersuchung nicht mehr das Schamangst-Thema verfolgt. Die ZBKT-Methode zeigt, dass in dieser Sitzung andere Personen als Interaktionspartner abwesend sind; die Mehrzahl der Beziehungsepisoden handeln vom Analytiker als Partner und einige von der Patientin selbst. Von daher handelt es sich um eine exquisit übertragungs-bezogene Sitzung. Die Patientin beschäftigt sich vorwiegend mit dem Wunsch den Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit zu überwinden; sie wollte aktiv ihre Wünsche und Bedürfnisse in den Rahmen der eigenen Beziehung stellen. Das Objekt dieses Wunsches, der Analytiker reagiert auf diese ohne Ambivalenz, nur positiv, mit Zustimmung und gibt der Patientin - in deren Erwartungsvorstellung - die Erlaubnis diese Wünsche zu befriedigen. Allerdings reagiert die Patientin - in ihren Erwartungen - darauf mit Schuldgefühlen und hilfloser Wut. daneben bestehen jedoch auch positive Reaktionen in Form von Hoffnung trotz der befürchteten Verlustes, und es besteht die Vorstellung bei ihr, dass sie sich für ihre Wünsche kämpferisch einsetzen kann. Diese Konstellation legt nahe, dass die Patientin in dieser Sitzung eine depressive Reaktion durchmacht. das idealisierte Objekt wird nicht durch ihre Projektionen affiziert und die Patientin erkennt, dass sie allein für ihre Schwierigkeiten und Unzufriedenheiten zuständig

ist. die Scham ist verschwunden; diese war wohl eine Reaktionsbildung mit einer defensiven Funktion um sie gegen Ängste und Schmerzen der befürchteten Trennung zu schützen. Mit dieser Sitzung beginnt eine Phase der Konfliktlösung; andere wichtige Personen tauchen dann wieder auf, die nun Gegenstand ihrer Wünsche und Ansprüche sein können.

Die fünfte Untersuchung betrifft die Sitzung 419, die unmittelbar vor den letzten Sommerferien, vor dem Ende der Behandlung liegt. In dieser Sitzung nimmt der Wunsch nach Gleichheit eine neue Qualität an. Amalie X sieht nun die Beziehung als eine Beziehung zwischen Mann und Frau an; was sie wünscht ist ein sexueller Partner, mit dem sie eine wechselseitig befriedigende Beziehung etablieren kann. Die objektgerichteten Reaktion auf diesen Wunsch war zunächst eindeutig negativ und sie fühlt sich in diesen (antizipierten) Erwartungen zurückgewiesen. In der Perspektive der Übertragung repräsentiert diese Zurückweisung eine implizite Anerkennung der Unmöglichkeit eine sexuelle Beziehung zum Analytiker einzugehen. Jedoch reagiert sie positiv auf diese Zurückweisung und kann die Gefühle der Desillusionierung aufgeben; sie denkt an akzeptable Alternativen für die Befriedigung ihrer Wünsche.

Am Ende der Behandlung (Sitzungen 515-517) dominiert unzweifelhaft ihr Wunsch eine vitale Identität als Frau in einer realen wechselseitigen Beziehung mit einem Mann. Weiterhin erscheint ein Wunsch, der direkt mit der Beendigung verbunden ist: Amalie X möchte in der Lage sein, den inneren Dialog (Selbst-Analyse) auch nach der Beendigung fortzuführen, den sie in der analytischen Arbeit erworben hat. Ihre antizipierte Reaktion auf diesen Wunsch war ambivalent: einerseits erweist sich das Objekt als zurückweisend, unfähig, ihres Vertrauens unwürdig, zur gleichen Zeit jedoch erscheint das Objekt als Modell welches Unterstützung, Vitalität und Großzügigkeit anbietet. Amalie X Reaktion darauf war vorwiegend positiv: sie fühlt sich realistischer, selbstsicherer und unabhängiger. Sie fühlt, dass sie sich positiv verändert hat und fürchtet sich nicht vor der Trennung. Sie hat nun eine Bereicherung erfahren und fühlt sich bereit neue Erfahrungen zu machen. Allerdings bleiben einige negativen Erwartungen, die mit Schmerz über den Verlust der Beziehung zum Analytiker zusammenhängen. Auch erkennt sie noch eine masochistische Tendenz und eine antagonistische Passivität (was ist das ?).

5.8.4 Diskussion

Diese Studie dokumentiert die Entwicklung von der Pat. Amalie X auf recht eindrucksvolle Weise. Diese Entwicklung bezieht sich jedoch nur auf jene Übertragungsaspekte, die von der Patientin verbalisiert wurden. Die inhaltsanalytische Methode, die wir benutzt haben, erlaubt keinen Hinweis auf non-verbale Aspekte des Geschehens. Allerdings war Amalie X eine neurotische Patientin mit einer guten Fähigkeit zur Symbolisierung, und daher erscheint die

Annahme gerechtfertigt, dass ihr verbales Verhalten eine angemessene Repräsentanz ihrer inneren Welt ist.

Unsere Messinstrument, die ZBKT Methode, besteht aus den drei Komponenten, die wir alle als Reaktion der Patientin auffassen müssen. D.h. alle drei, der Wunsch, die Reaktion des Objektes und die Reaktion des Selbsts konstituieren Amalie's Reaktion auf Unterbrechungen. Unsere Verwendungsform des ZBKT unterscheidet nicht zwischen aktuellen und erwarteten Reaktion des Objektes, sodass die Frage offen bleiben muss, ob die Reaktionen des Objektes (sei es der Analytiker oder andere wichtiger Personen) sich auf Wahrnehmungen stützten oder nur Projektionen, d.h. internalisierte Erwartungsmuster darstellen.

In jedem Fall, der relative Anstieg von Beziehungsepisoden, in denen die Patientin selbst als Interaktionspartner in Erscheinung tritt, belegen u.E. einen Anstieg der Fähigkeit zur Introjektion, der mit einem Wachstum des Wirklichkeitssinnes einher gehen dürfte. Diese Entwicklung korrespondiert mit verschiedenen psychoanalytischen Theorieansätzen. Nach der Kleinschen Konzeption erreichte Amalie X "die Schwelle zur depressiven Position" (Meltzer 1967) ungefähr um die 356. Sitzung, um in der nachfolgenden Zeit diese Position durcharbeiten. In Bowlby's Terminologie (1969, 1973) lässt sich Amalie's Reaktion auf Trennung folgendermaßen beschreiben: Zunächst reagiert sie mit Protest, der von einer deutlichen Trennungsangst motiviert ist; dann mit Verzweiflung, in deren Kontext sie dann den Verlust zu akzeptieren begann und die Trauerarbeit beginnen konnte. Schließlich bewegte sich Amalie in den Bereich des Rückzugs und beschloss ihre Übertragungswünsche zugunsten äußerer Objekte aufzugeben. In Begriffen der Ich-Psychologie erklärt sich das Faktum, dass Amalie gegen Ende der Behandlung weniger objektlose Ängste mitteilte, damit, dass die geistigen Repräsentanzen der Objekte eine größere Unabhängigkeit von den triebhaften Bedürfnissen erlangt haben (Blanck u. Blanck 1988).

In einer wohl dokumentierten Studie untersuchten Blatt u. Behrends (1987) die Natur der therapeutischen Prozesse im Hinblick auf die von Mahler postulierten Vorgänge von Trennung und Individuation, speziell im Hinblick auf die Vorgänge bei der Internalisierung. Sie weisen darauf hin, dass "der Fortschritt in der Analyse durch die gleichen Mechanismen bestimmt wird wie wir sie in der normalen Entwicklung finden. Therapeutische Veränderung in der Analyse ereignet sich als Entwicklungsvorgang, der als kontinuierlicher Prozess von Trennung und Individuation gekennzeichnet werden kann, der befriedigende Beteiligung, erfahrende Unverträglichkeiten und Internalisierung einschließt. Patienten erleben allmählich den Analytiker und sich selbst als getrennte Objekte und werden frei von Verzerrungen aus narzisstischer Bedürftigkeit und /oder von Projektion aus der Vergangenheit" (S.293). Die Erfahrungen von Unverträglichkeit beziehen sich nicht nur auf die realen Trennungen (bzw. Unterbrechungen), sondern beziehen sich auf all Interaktionen in der Analyse, bei denen ein Wunsch nicht befriedigt wird. Indem sich Blatt u. Behrends auf dieses Konzept stützen, schlagen sie vor, dass "wichtige Veränderungen im analytischen Prozess oft vor oder nach einer Unterbrechung stattfinden. Am Beginn von Behandlungen können Veränderungen in

der psychologischen Organisation und in den repräsentationalen Strukturen nach einer Trennung oder einer bedeutsamen Interpretation auftreten. Im Verlauf von Behandlungen können solche bereits in Antizipation einer Trennung beobachtet werden " (S.291). Im Fall von Amalie X traf dies immer in Antizipation einer Trennung auf. Im Lichte dieser Blatt'schen Hypothese kann der Schluss gezogen werden, dass Amalie X's psychologische Struktur durch und durch neurotisch genannt werden kann, bei der die "Trennung" von Objektrepräsentanz und Subjektrepräsentanz klar markiert ist. Aus diesem Grunde haben die Affekte, die durch die Trennung evoziert werden, die Charakteristika von Affektsignalen.

Die Ergebnisse unserer Untersuchungen haben jedoch keinen präskriptiven Wert; damit meinen wir, dass aus dieser Untersuchung nicht abgeleitet werden kann, dass Amalie sich veränderte, weil der Analytiker die trennungs-bezogenen Gefühle interpretierte. Autoren wie Meltzer (1967) postulierten, dass die Analyse der trennungs-bezogenen Ängste und Abwehrformen der "Motor der Analyse" sei. Auf der anderen Seite argumentiert Etchegoyen, die Aufgabe der Analyse bestünde vorwiegend im Aufspüren, analysieren und auflösen der Trennungsängste..... und Interpretation die solche Konflikte auflösen, seien *kennzeichnend* für den Fortschritt der Behandlung" (Etchegoyen 1986, S.258; Hervorhebung von den Autoren). Jedoch zeigt unsere Studie etwas anderes: obwohl der Analytiker im Material das wir untersucht haben, die Reaktionen auf Unterbrechungen interpretierte, tat er dies ziemlich vorsichtig, nicht gerade häufig und unsystematisch; offenkundig optierte er als Hintergrund für seine Interventionen nicht für das Trennungs-Verlust Modell. Faktisch war die Variable "Trennungsthema (Analytiker) des ATD irrelevant für die Identifizierung von Trennungs-Stunden.

Untersuchen wir die Trennung-Analytiker Variable über die 20 Trennungs-Sitzungen hinweg, lässt sich zeigen, dass der Analytiker im ersten und im letzten Drittel der Behandlung öfters das Thema Trennung aufgriff als die Patientin; im mittleren Drittel ignoriert er jedoch das Thema. Da jedoch der Wert der Variable ein Durchschnittswert darstellt, war dieser Wert zu keiner Zeit höher als in Nicht-Trennungs-Sitzungen. Das könnte den Gedanken nahe legen, hier handle es sich um eine Gegenübertragungsreaktion aufgrund unbewusster Schuldgefühle des Analytikers, da er zu dieser Zeit wegen zweier längerer Reisen die Behandlung unterbrach. Trotzdem entwickelte sich die Reaktion der Patientin entsprechend der psychoanalytischen Theorie der Behandlung.

Dies könnte mit der Auffassung von Blatt u. Behrends (1987) korrespondieren; sie gehen davon aus, dass zusammen mit Interpretationen und den unvermeidlichen Erfahrungen von Inkompatibilität, von denen Unterbrechungen nur ein Fall sind, diese eine unabhängige therapeutische Kraft haben, die zu Internalisierungsvorgängen führen:

"Erfahrene Inkompatibilitäten - neben Interpretationen - können vielerlei Formen in der Analyse annehmen; Unterbrechungen in der Regelmäßigkeit der Stunden als Folge der Abwesenheit des Analytikers oder des Patienten, Mängel in der Kommunikation oder der Empathie oder auch der Patienten eigenes Unzufriedenheit mit seinem aktuellen Funktionsniveau. Man muss also betonen, dass erfahrene Inkompatibilität nicht nur durch external auferlegte interpretative Aktivität des Analytikers entsteht, sondern auch im Patient selbst entstehen kann, wenn er zunehmend unzufrieden mit dem speziellen Ausmaß befriedigender Erfahrung ist " (S.290).

Aus der Idee, dass Psychoanalyse fundamental in der Interpretation von trennungs-bezogenen Ängsten und Abwehrformationen besteht, lässt sich schlussfolgern, dass

"die Frequenz [...] von Sitzungen eine absolute Konstante zu sein hat [...]. Fünf Sitzungen per Woche scheinen die geeignetste Anzahl zu sein, da sie einen substantiellen Zeitraum mit einer klaren Wochenendunterbrechung etablieren. Für mich ist es daher sehr schwierig ein wirklicher psychoanalytischer Prozess mit einer Frequenz von drei Wochenstunden herzustellen, obwohl ich viele Analytiker kennen, die dazu fähig sind. Solch ein unregelmäßiger Rhythmus wie eine jeden-zweiten-Tag Analyse erlaubt wohl kaum, dass *Konflikte um Kontakt und Trennung deutlich genug sich etablieren können*" (Etchegoyen, 1986, S.474; Hervorhebung von den Verff).

Abgesehen von der Widersprüchlichkeit, die in der obigen Aussage Etchegoyens enthalten ist, zeigt unsere Untersuchung, dass in Amalie 's Analyse mit drei Stundenfrequenz von drei Sitzungen pro Woche sich der Kontakt-Trennungs-Konflikt nicht nur entwickeln konnte, - wie an den längeren Unterbrechungen und sogar bei manchen Wochenendunterbrechungen deutlich wurde - sondern sich auch in der theoretisch vorhergesagten Weise entwickelte. Dieses Faktum beraubt die Frequenz ihrer absolut gesetzten Qualität und bestätigt Thomä and Kächele (1985, S.299-301) in dem Sinn, dass Frequenz so gestaltet werden soll, dass sie eine Entwicklung eines analytischen Prozesses ermöglichen kann; diese hinwiederum variiert wohl spezifisch für jede Patient-Analytiker Dyade.

Unsere zusammenfassende Schlussfolgerung ist, dass die Entwicklung der Verlust-Trennungs-Phänomene als einer Reaktion auf Unterbrechungen nicht als ein direktes Ergebnis spezifischer Interpretation, nicht als primäre oder unabhängige Ursache der Veränderung in Patienten betrachtet werden kann. Unsere Ergebnisse legen nahe, dass die Reaktion auf Unterbrechungen als ein Indikator von Veränderung betrachtet werden muss, m. a. W als ein Ergebnis hochkomplexer analytischer Arbeit gesehen werden kann.

Abschließend erlauben wir uns einige Ausführungen zu behandlingstechnischen Konsequenzen dieser Untersuchung. Die Existenz von Schulen in der Psychoanalyse impliziert jeweils eine einseitige Betonung gewisser Aspekte der analytischen Theorie. So betont die Kleinianische Schule die Bedeutung des Durcharbeitens der primären Trauer, die fast immer durch die unvermeidlichen Unterbrechungen im Laufe der Behandlung aktiviert wird. Als Konsequenz wird in technischer Hinsicht die unmittelbare Deutung von trennungs-bezogenen Phantasien, Ängsten und Abwehrformationen überbetont. Die Gefahr solche Interpretationen stereotyp einzusetzen wird maximiert. So beschreibt Rosenfeld (1987, Kap. 3) im Detail wie die Interpretation von Trennungsangst vom Analytiker als Abwehr eingesetzt werden kann, um destruktive Phantasien zu ignorieren, die im Patienten während einer Sitzung entstehen können. Etchegoyen (1986, S.528) zeigt auf, dass "öfters Patienten uns mitteilen, solche Interpretationen klingen doch recht routiniert und konventionell; und oft haben sie damit Recht...". Im Lichte unserer Untersuchung können wir behaupten, dass einer der Ursachen dafür in der Verwechslung von *Indikator* und *Ursache* von Veränderung liegt.

5.9 Das "Psychotherapie-Prozess Q-Sort" von E. Jones

Cornelia Albani, Gerd Blaser, L Humbel, Uwe Jacobs u. Horst Kächele

5.9.1 Einleitung

5.9.1 Was ist das Psychotherapie-Prozess Q-Sort

5.9.2 Bisherige Studien

5.9.3 Die Ulmer Studie

5.9. 4 Diskussion

5.9.1 Einleitung

Schon früh wurden in der systematischen Therapieforschung Methoden gesucht, die eine Beschreibung verschiedener therapeutischer Prozesse erlauben würden, ohne einerseits zu schulspezifisch zu und doch nicht zu allgemein, um den Charakter therapeutischen Arbeitens nicht mehr erkennbar machen würde. Typisches Beispiel für die zweite Gefährdung waren die vielfältigen Arbeiten die mit sozialpsychologisch orientierten, aus der Kleingruppenforschung übernommenen Interaktionskodierungssystemen durchgeführt wurden, während die erste Gefährdung durch Interventionskataloge illustriert werden, die nur für psychoanalytische Therapieprozesse entwickelt wurden (Thomä u. Houben 1967). Eine der ersten Ansätze, ein transtheoretisches und doch für psychotherapeutische Prozesse spezifisches Verfahren zu entwickeln, wurden von Strupp (1957) geliefert. Mit diesem Verfahren haben wir auch eigene Untersuchungen durchgeführt (Kitzmann et al. 1974). Später setzte sich dann das von Benjamin sorgfältig konzipierte Verfahren der "strukturellen Analyse sozialen Verhaltens" (SASB, Benjamin 1974) durch, das von Tress et al. (1990) im deutschen Sprachraum etabliert wurde.

Ein ebenfalls mikro-analytisches Inventar zur Erfassung therapeutischer Prozesse wurde von Czogalik in einer Vielzahl von Arbeiten vorgestellt, das konzeptionell deutlich auf dyaden-spezifische Kontingenzen abzielt (Czogalik u. Hettinger 1988, Czogalik u. Russell 1995) wobei sie auf die von Luborsky schon 1953 in die Psychotherapieforschung eingeführte P-Faktorenanalyse rekurrierten³².

Einen neuen Anlauf, expliziter komplexere klinisch relevante Phänomene methodisch adäquat zu erfassen, stellt das Psychotherapie-Prozess Q-Sort von Enrico Jones dar. Es wurde 1990 ebenfalls im Kontext einer psychoanalytischen Einzelfall-Studie vorgestellt und inzwischen auch an Kurz- und niederfrequenten Langzeittherapien exemplifiziert (Jones 2000).

5.9.1 Was ist das Psychotherapie-Prozess Q-Sort³³

Der Zweck des aus 100 Items bestehenden Psychotherapie-Prozess Q-Sort ist es, eine grundlegende Sprache für die Beschreibung und Klassifikation von Therapieprozessen zu leisten. Das Verfahren beansprucht relativ neutral bezüglich der jeweiligen Therapie-Theorie zu sein und soll einen weiten Bereich typischer interaktiver Prozesse abbilden. Im Gegensatz zu dem mikro-analytischen Verfahren des SABS werden mit dem PPQ-Sort therapeutische Sitzungen durch geschulte Beurteiler kodifiziert - ein Zugang, der dem des Klinikers sehr nahe kommt.

³² Luborsky arbeitete mit Cattell seit Mitte der vierziger Jahre an der Entwicklung (Cattell u. Luborsky 1950).

³³ basiert auf Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Geyer M, Kächele H (2000) Die Methode des "Psychotherapie-Prozess Q-Sort". Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie 48: 151-171

"Der allgemeine Zweck des Instrumentes ist es, einen klinisch bedeutsamen Index des therapeutischen Prozesses zu liefern, der zu vergleichenden Analysen oder als prä-post Evaluation einer Behandlung benutzt werden kann" (Jones 2000, S.317).

Das Instrument besteht aus 100 Aussagen, die auf Karten dem Beurteiler vorgelegt werden, und die nach den allgemeinen Regeln der Q-Sort-Methode systematisch hinsichtlich des Grades ihrer Charakterisierung des klinischen Materials beurteilt werden müssen; hierbei wird eine Häufigkeitsverteilung vorgeschrieben.

Drei Gruppen von Items werden angeboten:

- a) Items die Haltung, Verhalten oder Erfahrung des Patienten beschreiben
- b) Items, die Handlungen oder Haltungen des Therapeuten beschreiben
- c) Items, die der Art der Interaktion von Patient und Therapeut beschreiben, oder das Klima bzw. die Atmosphäre zu erfassen suchen

Items und ihre Bedeutung sind in einem Kodier-Manual zusammengefasst (Jones 2000, S. 317-361); unsere Anwendung ist die erste deutsche Fassung und erprobt das Verfahren am Fall Amalie X.

5.9.2 Bisherige Studien

Mit der vielfach zitierten Arbeit über die psychoanalytische Einzelfall-Forschung (Jones u. Windholz 1990) wurde Enrico Jones, der sich bis dahin vorwiegend mit Fragen der Ethnizität in der Psychotherapie beschäftigt hatte, und seine Methode bekannt. Anwendungen durch andere Wissenschaftler, wie dies oft in der Therapieforschung bemängelt wird, erfolgten (noch) nicht. Seine Berkeley Psychotherapy Research Group wurde in Beutlers Übersicht zu international renommierten programmatischen Forschungsgruppen³⁴ aufgenommen (Jones et al. 1991). Die Gruppe veröffentlichte in der Folge eine Reihe von hoch interessanten Untersuchungen, nicht nur als Anwendung auf Einzelfälle (z.B. Jones et al. 1993), sondern auch eine vergleichende Untersuchung am öffentlich zugänglichen Datenmaterial der NIMH-Depressions-Studie. Dort konnten Jones und Mitarbeiter aufzeigen, dass das therapeutisch günstige Profil in psychodynamischen wie in den kognitiven behavioralen Therapien bemerkenswerte Übereinstimmungen aufwies (Jones u. Pulos 1993).

5.9.3 Die Ulmer Studie³⁵

³⁴Es dürfte erwähnenswert sein, dass aus der BRD in dieser Übersicht nur wenige Gruppen berücksichtigt wurden, u.a. die Berliner Gruppe um Rudolf, die Stuttgarter Gruppe um Czogalik und das Ulmer Textbank Projekt.

³⁵ Albani C, Blaser G, Jones E, Thomä H, Kächele H (2001) Amalia X im Lichte des "Psychotherapie-Prozess Q-Sort. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg) Langzeit-Psychotherapie Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler. Kohlhammer, Stuttgart, S 215-223

Als Datengrundlage dienten in der vorliegenden Untersuchung jeweils die ersten und letzten 5 Stunden der 517 stündigen psychoanalytischen Behandlung von Amalie X. Die Auswertung der Stunden erfolgte in zufälliger Reihenfolge durch 2 Beurteiler. Die Übereinstimmung betrug im Mittel $r = .64$ (.54 - .78).

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

Ergebnisse

Charakteristische und uncharakteristische Items für alle 10 Stunden

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

Die Haltung des Therapeuten wird als empathisch (Q 6), neutral (Q 93), Wertschätzung vermittelnd (Q 18), taktvoll (Q 77), nicht herablassend (Q 51) und Anteil nehmend (Q 9) beschrieben. Die Gegenübertragung des Therapeuten stört die Beziehung nicht (Q 24), und der Therapeut betont die Gefühle der Patientin wenig (Q 81). Die Patientin hat keine Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen (Q 25), sie ist aktiv (Q 15) und bringt relevante Themen zur Sprache (Q 88), spricht von ihren Wünschen nach Unabhängigkeit (Q 29), nimmt die Bemerkungen des Therapeuten an (Q 42) und fühlt sich von ihm verstanden (Q 14). Die Interaktion ist dadurch gekennzeichnet, dass spezifische Themen Gegenstand des Gespräches sind (Q 23), u.a. das Selbstbild der Patientin (Q 35), ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q 63) und Gedanken und Überzeugungen (Q 30).

Charakteristische und uncharakteristische Items getrennt für die Anfangs- und Endphase

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

Tabelle 1

Rangreihe der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items in der Anfangsphase
(Mittelwerte über 5 Therapiestunden und 2 Beurteiler)

PQS-Items	M
Die 10 charakteristischsten Items	
Q 23 Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.	7.9
Q 35 Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.	7.9
Q 29 Die Patientin spricht davon, dass sie Trennung von oder Distanz will.	7.8
Q 88 Die Patientin bringt relevante Themen und Material zur Sprache.	7.8
Q 30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	7.6
Q 63 Die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patientin sind ein Hauptthema.	7.6
Q 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was die Patientin sagte.	7.6
Q 54 Die Patientin ist in ihrer Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7.4
Q 3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, der Patientin das Erzählen zu erleichtern.	7.2
Q 18 Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.	7.2
Die 10 uncharakteristischsten Items	
Q 15 Die Patientin initiiert keine Themen, ist passiv.	1.4
Q 77 Der Therapeut ist taktlos.	1.7
Q 51 Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt die Patientin von oben herab.	2.2
Q 9 Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt.	2.5
Q 14 Die Patientin fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.	2.8
Q 25 Die Patientin hat Schwierigkeiten die Stunde zu beginnen.	2.9
Q 24 Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.	3.1
Q 38 Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die die Patientin außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.	3.1
Q 42 Die Patientin weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück.	3.1
Q 85 Der Therapeut ermuntert die Patientin, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.	3.4

Beschreibung der Anfangsphase mit dem PQS

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

35), ihre zwischenmenschlichen Beziehungen (Q63) und Gedanken und Überzeugungen (Q 30) zentrale Themen darstellen.

Tabelle 2

Rangreihe der charakteristischsten und uncharakteristischsten PQS-Items in der Endphase (Mittelwerte über 5 Therapiestunden und 2 Beurteiler)

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

Beschreibung der Endphase mit dem PQS

Ebenso wie in der Anfangsphase bringt die Patientin am Ende der Therapie relevante Themen zur Sprache (Q 88), ist aktiv (Q 15) und fühlt sich vom Therapeuten verstanden (Q 14). Der Therapeut vermittelt Wertschätzung (Q 18), verhält sich taktvoll (Q 77) und respektiert die Patientin (Q 51). Das Selbstbild der Patientin stellt nach wie vor einen wesentlichen Fokus dar (Q 35). Im Unterschied zur Anfangsphase ist die Patientin in der Endphase der Therapie lebhaft (Q 13) und kontrolliert die Interaktion (Q 87), und der Therapeut überlässt ihr die Kontrolle (Q 17), verhält sich aber neutral (Q 93) und empathisch (Q 6). Sie gewinnt keine neuen Einsichten (Q 32), verlässt sich aber auch nicht darauf, dass der Therapeut ihre

Probleme löst (Q 52). Inhaltlich werden die letzten Stunden vor allem von der Bearbeitung des Therapieendes (Q 75), der Liebesbeziehung der Patientin (Q 64) und ihren Träumen bestimmt (Q 90). Klarifikationen werden im Unterschied zur Anfangsphase vom Therapeuten nicht mehr verwendet (Q 65), ebenso spielen Abwehrdeutungen (Q 36) und Interpretationen des aktuellen Verhaltens keine Rolle (Q 82).

Items, in denen sich beide Therapiephasen unterscheiden

Von Interesse ist nun, in welchen Items sich beide Therapiephasen unterscheiden:

Tabelle 3

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

	Stunden 1-5 M	Stunden 513-517 M
typische Items für die Anfangsphase		
Q 65 Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was die Patientin sagte.	7.6	2.9***
Q 82 Der Therapeut benennt das Verhalten der Patientin in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden lässt.	5.9	2.4**
Q 62 Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.	7.1	3.8**
Q 32 Die Patientin gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	4.5	1.8***
Q 71 Die Patientin klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.	6.7	4.3**
Q 97 Die Patientin ist introspektiv, sie ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.	6.6	4.4**
Q 17 Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv.	4.5	2.5**
Q 61 Die Patientin fühlt sich schüchtern und verlegen	6.0	4.1**
Q 52 Die Patientin verlässt sich darauf, dass der Therapeut ihre Probleme löst.	4.2	2.5**
Q 31 Der Therapeut fragt nach mehr Information oder ausführlicherer Schilderung.	7.1	5.5**
Q 30 Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.	7.6	6.1*
Q 59 Die Patientin fühlt sich unzulänglich und unterlegen.	6.3	5.0*
Q 3 Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, der Patientin das Erzählen zu erleichtern.	7.2	6.3*
Q 54 Die Patientin ist in ihrer Ausdrucksweise klar und strukturiert.	7.4	6.7**
Q 22 Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle der Patientin.	4.2	3.6*
typische Items für die Endphase		
Q 87 Die Patientin kontrolliert.	4.3	8.8**
Q 90 Träume und Phantasien der Patientin werden besprochen.	3.5	7.2***
Q 19 Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.	4.2	5.2**
Q 64 Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.	4.3	7.2**
Q 75 Das Therapierende wird thematisiert.	5.0	7.8*

Q 84	Die Patientin drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	4.4	6.4*
Q 39	Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.	3.6	5.0**
Q 58	Die Patientin weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit ihren Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	3.4	5.9**
Q 20	Die Patientin provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	3.8	5.6**
Q 74	Es geht humorvoll zu.	5.8	6.7*

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

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

In der Anfangsphase ist das Gespräch stärker um Gedanken und Überzeugungen zentriert (Q 30), während in der Endphase vor allem das Therapieende thematisiert wird (Q 75), die Liebesbeziehung der Patientin besprochen wird (Q 64) und ihre Träume bearbeitet werden (Q 90). Am Ende der Therapie geht es humorvoller zu (Q 74). Im Unterschied zur Endphase war es für die Anfangsphase der Therapie besonders typisch, dass die Beziehung keine erotische Qualität (Q 19) und keinen rivalisierenden Charakter (Q 39) hatte.

5.9. 4 Diskussion

Die Items, die als charakteristisch bzw. uncharakteristisch für beide Therapiephasen ermittelt wurden, sind keine Items, die dem Stereotyp "typisch analytisch" zu zuordnen sind; vermutlich ist dies auch darauf zurückzuführen, dass es sich bei den ausgewählten Stunden um die Anfangs- und Endphase der Therapie handelt, in denen sich die analytische Arbeit erst entfaltet bzw. zu Ende geht. Die Patientin erscheint als konstruktiv an der Arbeit beteiligt, das Verhalten des Analytikers ist darauf ausgerichtet, ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis aufzubauen bzw. zu erhalten. Relevante Themen werden bearbeitet, wobei vor

allem das Selbstbild und die zwischenmenschlichen Beziehungen der Patientin, sowie ihr Wunsch nach Unabhängigkeit zentrale Themen sind. Die hohe Bewertung des PQS-Items Q 23 "Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus" steht im Einklang mit der Annahme, dass die Behandlung nach dem "Ulmer Prozessmodell" geführt wurde. Die Beschreibung mit den PQS-Items vermittelt den Eindruck einer intensiven psychoanalytisch orientierten Arbeit, was mit den Ergebnissen der klinischen und testpsychologischen Einschätzung einer erfolgreichen Behandlung korrespondiert.

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

In der Endphase der Therapie ist die Patientin in der Lage, aggressive Gefühle auszudrücken; ihre Schuldgefühle spielen eine deutlich geringere Rolle als am Anfang. Das Thema der Trennung wird in der Durcharbeitung einer Liebes-Beziehung und der Thematisierung des Therapieendes ein wesentlicher Fokus in den letzten Stunden. Die Patientin berichtet in den letzten Stunden einschlägige Träume und spricht von ihrer Fähigkeit als Ergebnis der Analyse ihre Träume selbst deuten zu können, worin ihre Identifikation mit den Funktionen des Analytikers gesehen werden kann.

Während für die Anfangsphase jeweils 7 Items, die das Verhalten des Therapeuten und der Patientin beschreiben als typisch für diese Phase ermittelt wurden, ist die Abschlussphase ausschließlich von Items geprägt, die das Verhalten der Patientin und die Interaktion beschreiben. Der Therapeut überlässt in der Abschlussphase den Dialog weitgehend der Gestaltung durch die Patientin und hält sich entsprechend zurück.

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

Eigene Erfahrungen bei der Anwendung der Methode

Die Übersetzung und Anwendung des PQS erwies sich für uns als eine interessante und lehrreiche Arbeit, die auch für eine klinische Aus- und Weiterbildung anregend sein dürfte.

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

Unserer Erfahrung nach bedarf es eines deutlichen Zeitaufwandes (ca. 40-50 Stunden), sich anhand von Übungstranskripten in die Methode einzuarbeiten, die Items weitgehend im Kopf zu haben und eine Übereinstimmung im Verständnis der Items zu gewinnen. Die Zeit für die Auswertung eines Transkriptes selbst liegt zwischen 2-3 Stunden.

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

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

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

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

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

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

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

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

Es ist aber auch vor einer Überschätzung zu warnen: 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 die Art und Weise wie Patienten im therapeutischen Geschehen sich einbringen und wie die therapeutische Interaktion verläuft. In diesem Sinne lassen sich Hypothesen über den therapeutischen Prozess und dessen Zusammenhänge mit dem Therapieerfolg mit dem PQS prüfen.

Neuere Bemühungen mittels des PQS zur Identifizierung eines typisch psychoanalytischen Prozesses zu gelangen, berichten Ablon u. Jones (2005), die Fonagy (2005) enthusiastisch kommentiert. Aus unserer Sicht dürfte dies einmal mehr ein vergeblicher Versuch sein, einen Idealtypus zu schaffen, der an der komplexen therapeutischen Wirklichkeit scheitern dürfte.