

International Psychoanalytic University

Masterarbeit
zur Erreichung des akademischen Grades
„Master of Arts – MA (Psychologie)“

Einsicht als Wirkfaktor

Vergleichende Therapieprozessforschung mit depressiven Patientinnen in psychoanalytischer Behandlung

Betreuerin: Jun. Prof. Dr. phil. Svenja Taubner

Betreuer: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

vorgelegt von

Lydia Dobler

Kontakt: lydia.dobler@ipu-berlin.de

Matrikel-Nr.: 1376

Berlin, am 01. Oktober 2012

Abstract

Einsicht ist eines der zentralen Konzepte einer psychoanalytischen Veränderungstheorie. Besonders in Abgrenzung von anderen Formen der Psychotherapie wurde ihre Bedeutung hervorgehoben. Neben der Erforschung von Einsicht als Wirkfaktor wurde die Einsichtsbildung im therapeutischen Prozesses noch relativ wenig untersucht. In der vorliegenden Arbeit soll zunächst die Stellung der Einsicht in der Psychoanalyse beleuchtet werden und ihre triadische Struktur herausgestellt werden. Anhand von drei Fallbeispielen von depressiven jungen Frauen wird untersucht, inwiefern sich Einsicht in der psychoanalytischen Behandlung herstellt und wie diese gestaltet ist. Dafür wurden je drei Interviews der Patientinnen tiefenhermeneutisch ausgewertet. Neben unterschiedlichen Einsichten und verschiedenen Prozessen der Einsichtsbildung gibt es Gemeinsamkeiten, die allen Interviews inhärent sind. Dazu zählen Scham und Schuldgefühle. Ihre Bedeutung für den psychoanalytischen Prozess wird herausgearbeitet und ein Ausblick gegeben, wie diese Gefühle in der Behandlung gemeinsam von Analytiker und Patient reflektiert werden können.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	I
Inhaltsverzeichnis	II
Abbildungsverzeichnis	IV
Tabellenverzeichnis	IV
 Teil A: Theoretische Darstellung	
1 Einleitung	5
2 Theoretische Grundlagen: Zum Stand der Forschung.....	8
2.1 Analytische Psychotherapieforschung: Anliegen, Entwicklungen und Spezifik von Wirkfaktoren.....	8
2.2 Psychotherapie(prozess)forschung	8
2.2.1 Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion	13
2.2.2 Einsicht	15
2.3 Depression	21
3 Das Forschungsdesign.....	26
3.1 Lebensgeschichtliche Konflikte als Thema der Forschung.....	26
3.2 Methodologische Bestandteile.....	28
3.2.1 Ethnographischer Zugang.....	28
3.2.2 Szenisches Verstehen in der Forschungslogik der Grounded Theory	29
3.2.2.1 Das hermeneutische Feld I – Erhebung und Arbeitshypothesen.....	31
3.2.2.1.1 Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)	33
3.2.2.1.2 Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS)	35
3.2.2.1.3 General Severity Index (GSI).....	36
3.2.2.1.4 Beck-Depressions-Inventar (BDI).....	37
3.2.2.2 Das hermeneutische Feld II - Auswertung	39
3.2.2.2.1 Vom manifesten zum latenten Sinn.....	40
3.2.2.2.2 Die Haltung der Interpretationsgruppe	41
3.2.2.2.3 Gütekriterien.....	42

Teil B: Empirisches Design und Fallrekonstruktionen

4 Fallrekonstruktionen	43
4.1 Fallbeschreibung – Frau A	43
4.1.1 Beschreibung des inhaltlichen Verlaufs	43
4.1.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts	45
4.1.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts	47
4.2 Fallbeschreibung – Frau P	49
4.2.1 Beschreibung des inhaltlichen Verlaufs	49
4.2.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts	52
4.2.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts	55
4.3 Fallbeschreibung – Frau F	58
4.3.1 Inhaltliche Beschreibung des Verlaufs	58
4.3.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts	60
4.3.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts	62
5 Unterschiedliche Konflikte, unterschiedliche Prozesse der Einsichtsbildung – Was sind Gemeinsamkeiten der Fälle?	66
5.1 Exkurs: Psychogenese und Psychodynamik von Scham und Schuldgefühl	67
5.2 Aspekte von Scham und Schuldgefühl in den Interviews	69
6 Selbst-/Reflexivität	74
Teil C: Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	
7 Ist Einsicht der erste Weg zur Besserung?	77
7.1 Reflexive Kompetenz als Messinstrument für Einsicht in Psychotherapien	77
7.2 Zur Prozesshaftigkeit von Einsichtsbildung	81
7.3 Ausblick	83
Literaturverzeichnis	85
Eidesstattliche Versicherung	94

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prä-Post-Vergleich der Ergebnisse der RKS vor und nach 15 Monaten psychoanalytischer Therapie zu den Testzeitpunkten T1 und T4 (Quelle: eigene Abbildung)	34
Abbildung 2: Verlauf der Ergebnisse der HSCS zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten T1-T3 (Quelle: eigene Abbildung).....	36
Abbildung 3: Verlauf des GSI zu den fünf Untersuchungszeitpunkten T1-T5 mit Verbindungslinien (Quelle: eigene Abbildung)	37
Abbildung 4: Verlauf des BDI zu den fünf Untersuchungszeitpunkten T1-T5 mit Verbindungslinien (Quelle: eigene Abbildung)	38

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über die Zeitpunkte (T1 bis T5 in Monaten) der Testdurchführungen und ihre planmäßigen Durchführungen (Quelle: eigene Tabelle).....	32
--	----

Teil A: Theoretische Darstellung

1 Einleitung

Im Jahr 2010 wurde der Durchbruch ins dreidimensionale Entertainment-Zeitalter geschafft. Kritiker prophezeiten zwar ein baldiges Ende des 3D-Hype, doch die offiziellen Zahlen ließen eher eine Steigerung vermuten. 2011 wurden in Deutschland 46 unterschiedliche 3D-Filme gezeigt. Fast jede vierte Kinokarte wurde für einen stereoskopischen Film gelöst (Marks 2012).

Bei der Produktion von 3D-Filmen werden mit Hilfe von zwei unterschiedlichen Kameras zwei stereoskopische Halbbilder aufgenommen. Später im Kino werden diese mittels Polarisierungstechnik leicht versetzt voneinander auf die Leinwand projiziert. Kinobesucher, die spezielle 3D-Brillen tragen, erhalten so den Eindruck von räumlichen Effekten, die physikalisch gar nicht vorhanden sind (Mendiburu 2009).

Das Prinzip der Stereoskopie beruht auf der Funktionsweise der menschlichen Augen, dem sogenannten binokularen Sehen oder Stereopsis (Goldstein 2011): Durch den Abstand der Augen unterscheiden sich die zweidimensionalen Abbilder auf der Netzhaut geringfügig voneinander. Dieser Unterschied wird Querdisparität¹ genannt (ebd.). Die Seheindrücke beider Augen werden gleichzeitig wahrgenommen. Dies wird jedoch nicht bewusst bemerkt, da die Bilder aus verschiedenen Winkeln, „neuronal und kognitiv miteinander integriert werden“, also zu einem einzigen Bild verschmelzen. (Breuer 2010; 121). Dieses Bild hat eine neue Wahrnehmungsqualität, es bekommt Tiefenschärfe. Das Resultat ist dreidimensionales Sehen, das uns den Eindruck vermittelt, hinein zu sehen, mit anderen Worten etwas einsehen zu können. Damit haben wir im Wortsinn Ein-Sicht, die sich in ihrem Aufbau durch eine triadische Struktur auszeichnet: Zwei verschiedene Perspektiven, die durch ihre Bezogenheit aufeinander, ein neues Bild schaffen, das Tiefenwirkung hat.

So wenig, wie sich die meisten Menschen Tiefenschärfe bzw. Ein-Sicht als Resultat des binokularen Sehens bewusst machen, so wenig werden sie sich vor Augen führen, dass sie es mit einer Metapher – abgeleitet von griechischen Wort ‚metaphora‘, was Übertragung bedeutet – zu tun haben, wenn sie in der Alltagssprache davon sprechen, ‚Einsicht zu haben‘. Metaphern helfen explizit oder implizit, unser Denken zu strukturieren, und bestimmen unser Wahrnehmen und Handeln (Lakoff & Johnson 2011). Sie werden umgangssprachlich benutzt,

¹ Auch monokulare Reize wie beispielsweise Verdeckung, perspektivische Konvergenz und relative Größe oder Höhe, und bewegungsinduzierte Reize liefern Informationen über räumliche Tiefe. Aber nur Querdisparität durch binokulares Sehen führt zur Wahrnehmung räumlicher Tiefe.

um sich über Dinge, Situationen, Prozesse usw. zu verständigen, deren Ordnung beiden Kommunikationspartnern nicht notwendigerweise bewusst sein muss, und sind integraler Bestandteil unseres Lebens (ebd.). Der triadische Charakter der Einsicht wird jedoch kaum reflektiert, weil Einsicht bereits in einer eigenständigen Bedeutung in unseren Wortschatz eingegangen ist. Ursprünglich wurde Einsicht aber als Metapher dem Sehen entlehnt, und weist „auf das von ihr gemeinte Dritte nicht mit der Ausdrücklichkeit eines Begriffs, sondern nur bildhaft und andeutungsweise“ hin (Daser 1998; 229). Dadurch entfaltet sie eine Metaphern inhärente schöpferische Wirkung, denn das Angedeutete verlangt nach Reflexion. Weil Einsicht als Metapher auch das anklingen lässt, was unbewusst mitschwingt, wird sie besonders markant. „Das Unbewußte kann angesprochen werden auf eine nicht festlegende, sondern die Reflexion und Symbolisierungsfähigkeit fördernde Weise“ (ebd.; 231).

Das Aha-Erlebnis oder der Groschen, der fällt, beschreiben alltagssprachlich Einsichten, die einen ‚wie der Blitz treffen‘. Hier ist die triadische Struktur verloren gegangen und nur noch das Ergebnis, der Einfall, fokussiert. So plötzlich, wie diese Einsichten uns überfallen, wird uns kaum interessieren, wie der unbewusste Prozess aussah, der zur Einsicht führte – er gerät in Vergessenheit und beraubt die Einsicht ihrer schöpferischen Wirkung. Es gibt aber auch Einsichten, die über Jahre reifen. ‚Einsicht ist der erste Weg zur Besserung‘, hört man oft. Schon hier wird im Weg die Prozesshaftigkeit angedeutet. Mit diesen Einsichten haben wir es in Psychotherapien zu tun, sie sollen im psychoanalytischen Prozess ihre Wirksamkeit entfalten und darüber Veränderungen nach sich ziehen. Doch wie?

„In dem Maße, wie jemand im Sinne der psychoanalytischen Abwehr überträgt, sucht er weniger das gemeinsame (und zugleich differenzierende Dritte). Viel eher stülpt er dem Anderen eine eigene Bedeutung über, die er nicht verändern will. Damit vermeidet er die Erkenntnis des Eigenen ebenso wie des Anderen und damit die Bildung einer wirklichkeitsgerechten Beziehung. Denn die Eigenart wird durch die ihm übergestülpte Schablone verhüllt, und der projizierte eigene Anteil wird als etwas Fremdes verleugnet. In Anlehnung an Heidegger könnte man von einer Verfallenheitsform des Übertragens reden: Weil der Übertragende seinen Schablonen verfallen, d. h. der Gefangene seiner unbewußten Voraussetzungen ist, kann er seine Erfahrungen nicht zum schöpferischen Entwurf, zum kreativen Austausch nutzen.“ (Daser 1998; 230).

Wie kann dieser Prozess rückgängig gemacht werden? In erster Linie, indem gemeinsam über etwas gesprochen wird, und zwar solange, bis sich über die Klärung der Sichtweisen das die Perspektiven Differenzierende als verbindendes Element herauskristallisiert. Dieses Dritte wird über einen Vergleich der Erfahrungen aus den Lebenswelten beider Gesprächspartner gewonnen und macht das Gemeinsame ihrer Erfahrungen sichtbar, indem beide Welten partiell zu einer neuen Welt integriert werden. Das verbindende Element, das verglichen wird, muss in diesem neuen, gemeinsamen Raum liegen, der beide Positionen umfasst und durch die Aufeinanderbezogenheit der Gesprächspartner zu einem verbunden ist. Dadurch

wird also nicht nur die Differenz, sondern auch die Gemeinsamkeit sichtbar und schafft etwas Neues, das die Struktur des Alten verändert (ebd.; 230f.).

Die vorliegende Arbeit möchte diesen „seelischen Transformationsprozessen“ (Plassmann 2010; 105) anhand klinischen Materials auf den Grund gehen. In einem ersten theoretischen Teil wird auf den aktuellen Forschungsstand der Psychotherapieforschung, Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapie (insbesondere Einsicht) und das Störungsbild Depression eingegangen. Dies soll helfen, die qualitativen Ergebnisse des zweiten Teils in ihrer Aktualität und auf dem Hintergrund der Entwicklungen einordnen zu können. In der qualitativen Untersuchung wurden in Anlehnung an die Methode der Reflexiven Grounded Theory (Breuer 2010) und mit Hilfe des Szenischen Verstehens nach Lorenzer (1973) Therapieprozessdaten in Form von je drei circa fünfzehn minütigen Interviews von drei Patientinnen mit depressiven Erkrankungen tiefenhermeneutisch analysiert. Da das Datenmaterial aus der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie (Buchheim 2008) stammt, wird diese kurz erläutert und die für diese Arbeit relevanten quantitativen Daten der drei Patientinnen ausgewertet. Die Ergebnisse des qualitativen Teils verweisen darauf, dass die Prozesse der Einsichtsbildung bei allen drei Patientinnen sehr unterschiedlich ablaufen und unterschiedlich bewusstseinsfähig sind. Weiter wird gezeigt, dass gleichzeitig verschiedene Einsichten in mehrere Konflikte nebeneinander existieren, sich verzahnen, überschneiden und mitunter in Wechselwirkung zueinander stehen. Die tiefenhermeneutische Analyse der Gemeinsamkeiten der Interviews zeigt auf, dass Gefühle von Scham und Schuld in allen drei Interviews latent vorhanden sind – aber nicht angesprochen werden (dürfen), obwohl sie mitunter die Beziehung zwischen Interviewern und Patientinnen stark beeinflussen. Die Bedeutung dieser Gefühle erschließt sich über das Verstehen der dahinterliegenden unbewussten Muster und Konflikte. Diese werden kurz ebenfalls kurz dargestellt. Schließlich werden die Ergebnisse des quantitativen Teils mit denen des qualitativen Teils verquickt. Dabei zeigt sich, dass die qualitativen Resultate die quantitativen entscheidend erweitern, differenzieren und weiterführende Hypothesen für zukünftige Forschungsarbeiten evozieren. Abschließend wird in einem letzten Teil die Relevanz der Ergebnisse dieser Arbeit für die therapeutische Praxis reflektiert.

2 Theoretische Grundlagen: Zum Stand der Forschung

Im Folgenden soll ein Überblick über die für diese Arbeit relevanten Forschungsfelder und ihren jeweils aktuellen Stand gegeben werden. Dazu gehören die Entwicklungen in der Psychotherapie(prozess)forschung und die Stellung bestimmter Wirkfaktoren innerhalb psychoanalytischer Therapien. Zusätzlich soll eine kurze Einführung in die historische Entwicklungen des Einsichtsbegriffs gegeben, verschiedene Konzepte der Einsicht in der Psychoanalyse vorgestellt und eine Übersicht über die Einsichtsprozessforschung erstellt werden. Da sich die Fallbeispiele des zweiten Teils auf Patientinnen mit Depressionen beziehen, folgt ein kurzer Überblick über Depression als Krankheitsbild und ihrer Dynamik unter Berücksichtigung von Faktoren, die die Chronifizierung begünstigen.

2.1 Analytische Psychotherapieforschung: Anliegen, Entwicklungen und Spezifik von Wirkfaktoren

2.2 Psychotherapie(prozess)forschung

„In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben.“

Sigmund Freud (1927; 293f.)

Für Freud waren Behandeln und Forschen zwei untrennbar miteinander verbundene Bereiche. Er ging sogar so weit zu sagen, die „Aussicht auf wissenschaftlichen Gewinn war der vornehmste, erfreulichste Zug der analytischen Arbeit“ (1927; 294). Der passionierte Forscher beschäftigte sich selbst mit der Erforschung des psychoanalytischen Verlaufs und entwickelte sein Behandlungskonzept, dessen zentrale Techniken auch über hundert Jahre später – wenn auch gerne mit Abwandlungen – noch heute Grundlage psychodynamischer Therapien sind. Seine Theorien prüfte er empirisch, indem er den Austausch in und nach den Behandlungsstunden protokollierte. Damit war er nicht nur der Begründer der Psychoanalyse, sondern legte gemeinsam mit Breuer (1895) durch Veröffentlichung der „Studien über Hysterie“ einen Grundstein für die heutige Psychotherapieforschung (Huber et al. 2006; 12).² Meyer (1990; 277) nannte diese Veröffentlichung den Beginn der *Klassischen Phase* der Psychotherapieforschung. Auch in den kommenden Jahrzehnten standen *einzelne* Patienten und Patientinnen im

² Anhand der Krankengeschichten berühmter Patientinnen vom Erstkontakt bis zur Epikrise kann in den „Studien über Hysterie“ (Freud & Breuer 1895) die Arbeit der Forscher nachvollzogen und verglichen werden, inwieweit, wann und warum eine Besserung eintrat.

Prä-Post-Vergleich im Mittelpunkt des Interesses und machten den Großteil der Publikationen zur Psychotherapie aus.

Fast 60 Jahre später führte Eysenck 1952 mit seiner generellen In-Frage-Stellung der Wirksamkeit von Psychotherapie zur „seinerzeit größten Provokation in der Psychotherapie“, die heftige Diskussionen, neue ambitionierte Studien und in späteren Jahren auch Kritik auslöste (Tschuschke 1997; 12). Sein Angriff leitete damit eine neue Phase der Psychotherapieforschung ein: die *Rechtfertigungsphase*, in der die Forschungsmethodik z.B. durch den Einsatz von Kontrollgruppen und größere Stichproben deutlich verbessert wurde.³ In den auf Eysencks Behauptung folgenden Studien wurde überprüft, ob es überhaupt eine Wirksamkeit von Therapien gäbe und wenn ja, welche Form der Therapie einer anderen überlegen wäre (Meyer 1990).⁴

Für diese Zeit in Deutschland bedeutsam ist die „Krankenhausaufenthaltsstudie“ von Dührssen und Jorswieck (1965), in der analytische Therapien mittlerer Behandlungsdauer untersucht wurden. Mit Hilfe dieser groß angelegten Katamnesestudie leisteten die Forscher Pionierarbeit, denn auf Grundlage dieser Studie wurde zwei Jahre später die analytische Psychotherapie unter bestimmten Bedingungen als Richtlinienverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen aufgenommen (Reimer & Rüger 2006; 361). Die international bedeutsamste Studie dieser Art, die wegen ihrer hohen Qualität und ihres rigorosen und ehrlichen Drangs nach Erkenntnisgewinn als „Zierde der Psychoanalyse“ (Grawe et al. 1994; 187) bezeichnet wurde, ist die 1954 in den USA begonnene „Menninger-Studie“ (Wallerstein 1986).

Luborsky et al. (1975) veröffentlichten schließlich die Ergebnisse einer der ersten Vergleichsstudien, die besagten, dass es nur wenige signifikante Unterschiede in den Outcomes der unterschiedlichen Psychotherapieverfahren gäbe. Basierend auf einem Artikel von Rosenzweig aus dem Jahr 1936, in dem er dieses schon vorausgesagt hatte, wurden die Ergebnisse

³ Eysenck behauptete, dass die Erfolgsrate von Psychotherapie traditioneller Art – damals hauptsächlich psychoanalytischer – nicht höher sei als die spontane Remissionsrate in der jeweiligen Kontrollgruppe oder als unspezifische Behandlungen wie z.B. Zureden und Trösten oder Psychopharmaka. McNeilly und Howards Schlussfolgerungen anhand von Eysencks Originaldaten waren jedoch vollkommen anderer Natur: „According to his percent improvement estimates, psychotherapy accomplishes in about 15 sessions (a rough estimate of the median length of treatment of his comparison studies) what spontaneous remission (i.e., all other efforts to deal with the patient's psychopathological condition) takes two years to accomplish.“ (1991; 77).

⁴ Die Phase der Rechtfertigung (Meyer 1990) kann also in zwei Teile geteilt werden, erstens, ob es eine Wirkung gibt, und zweitens wie Psychotherapie wirkt. – Generell ist die Aufteilung der Phasen nicht statisch und soll nur als Mittel der Orientierung dienen. Andere Psychotherapieforscher setzen andere Schwerpunkte (Grawe 1992; Pfäfflin & Kächele 2001).

unter dem Alice-im-Wunderland-Zitat „Everybody has won and all must have prizes!” und das Urteil der Psychotherapieforscher als Dodo-Bird-Verdict bekannt (vgl. Huber 2006).⁵

Die Jahrzehnte der von Outcome-Forschung geprägten Rechtfertigungsphase endeten also mit einem Patt; es gab weder klare Gewinner, noch klare Verlierer. Meyer (1990) bezeichnete die entstandene Situation wissenschaftlich seriös als Äquivalenz-Paradox. Psychotherapie ist zwar effektiv, aber die spezifischen Merkmale einzelner therapeutischer Ansätze spielen eine untergeordnete Rolle. Die Person des Therapeuten, die Beziehung zum Patienten und dessen Hoffnung auf Besserung rückte wieder mehr in den Mittelpunkt. Wallerstein (1989) fasst die Entwicklungen zusammen und leitet gleichzeitig die Rückorientierung auf die ursprüngliche Frage ein, wie Psychotherapie für den einzelnen Patienten wirkt: „unsere Ergebnisse zeigen klar, daß man, um maximale Wirksamkeit zu erzielen, jeden therapeutischen Ansatz genau für diejenigen Patienten anwenden muß, für die er am besten geeignet ist.“ (zit. nach Kordy & Kächele 2011; 513).

Die Grundlagenforschung der vorhergehenden Jahrzehnte bildete die notwendige Basis, um das, was in Psychotherapie geschieht, mit Variablen des Erfolgs koppeln zu können. Hier wurde nun ein neues methodisches Argument eingebracht, nämlich die Frage nach dem Ergebnis, und es sollten konkretere und praxisrelevantere Fragen beantwortet werden. Die *Phase der differentiellen Psychotherapie-Effizienz-Forschung* (Meyer 1990) kann mit der Frage überschrieben werden: Welche Therapieform kann zu welchem Zeitpunkt in welchem Zeitraum für welchen Patienten mit welcher Störung durch welchen Therapeuten zu welchem Ergebnis führen.

Die Anforderungen an eine differentielle Psychotherapieforschung sind sehr anspruchsvoll, da die Forschungsdesigns komplexer sind. Es ist daher schwer, ein verlässliches Abbild der Realität aktuell praktizierter Psychotherapie durch die Kombination aus experimentellen Standards und Praxisnähe zu schaffen (vgl. Huber 2006; 13f.). Als hätte Freud die Diskussion, die nach seinem Tod über Jahre geführt werden sollte, und die Schwierigkeiten seiner Kollegen, die Fallnovelle als Darstellungsform zu verteidigen, schon vorausgesehen, erteilte er ihnen quasi vorab die Absolution: „Statistiken sind überhaupt nicht lehrreich, das verarbeitete Material ist so heterogen, daß nur sehr große Zahlen etwas besagen würden. Man tut besser, seine Einzelerfahrungen zu befragen.“ (Freud 1933a; 163f.)

⁵ Neben anderen Studien replizierten Smith et al. (1980), dass Psychotherapie unabhängig vom Verfahren sehr effektiv sei. Anhand einer Meta-Analyse, die sich auf 475 Studien stützte, konnten sie zeigen, dass es 80% der nichtbehandelten Patienten, die auf Wartelisten standen, schlechter, ginge als dem durchschnittlichen behandelten Patienten nach Psychotherapie (vgl. Myers 2008; 817).

Schon ab der Rechtfertigungsphase wurden in der empirischen Psychotherapieprozessforschung neben den kontrollierten Studien gleichzeitig Metaanalysen durchgeführt. In diesen Metaanalysen wird also mit den von Freud angesprochenen „sehr großen Zahlen“ operiert. Die Berner Studie (Grawe et al. 1994) ist eine dieser Metaanalysen. Die Behauptungen des Forscherteams (ebd.), dass verhaltenstherapeutisch-kognitive Therapieformen den psychoanalytisch-psychodynamischen Therapieformen bei weitem überlegen seien, wurden später von verschiedenen Seiten sehr kontrovers diskutiert und zum Teil in Frage gestellt. Besonders von psychoanalytischer Seite wurde zurückgeschossen. Exemplarisch sei hier verwiesen auf Mertens (1994), Fäh und Fischer (1988) und Tschuschke et al. (1998). Laut Tschuschke et al. (1994) fiel ohnehin ein Paradigmenwechsel in die Zeit der Berner Metaanalyse, die insgesamt circa 13 Jahre dauerte. Das Paradigma der vergleichenden Forschung verschwand zunehmend, während die detaillierte Einzelfallforschung, bei der therapeutische Prozesse akribisch untersucht werden, immer mehr in den Blickpunkt geriet.⁶

Empirische Forschung in und an analytischen Therapiesettings ist heute wie damals notwendig. Diese muss sich den klinischen Stichproben anpassen, empirisch sowohl quantifizierend-statistisch wie auch qualitativ-hermeneutisch vorgehen und immer im strengen wissenschaftlichen Sinn offen für die Überprüfung durch andere sein. Der Befürchtung, empirische Psychotherapieforschung bliebe auf statistische Auswertung beschränkt und die intrapsychischen Prozess würden nicht erfasst werden, kann vorgegriffen werden, indem mehr quantitativ-qualitative Verfahren Anwendung finden (ebd.; 22f.). In diesen Verfahren werden Ergebnis und Prozess als nicht voneinander trennbare Einheiten gewürdigt.

Ein Nebenzweig der Psychotherapieforschung, ist die Psychotherapieprozessforschung. Prozessanalysen ohne Bezug zum Ergebnis sind genauso unbefriedigend wie Erfolgsstudien, die die Frage, was zum Behandlungserfolg führt, nicht beantworten können oder den Erfolg auf die Einhaltung des Therapiemanuals zurückführen. Eine strikte Trennung von Prozess- und Ergebnisforschung ist daher nicht hilfreich und tritt zunehmend in den Hintergrund (Caspar & Jacobi 2010; 408f.). Mit Hilfe der Ergebnisse der Psychotherapieprozessforschung können Hinweise gegeben werden, wie in einer ganz konkreten Therapiesituation vorzugehen sei. Wichtig ist also nicht nur, ob Psychotherapie wirkt, sondern auch wie (ebd.).

Viele Studien insbesondere der letzten Jahrzehnte beschäftigten sich intensiv mit den einzelnen Faktoren, die eine Psychotherapie erfolgreich machen. Auch deren Prozesshaftigkeit wird immer öfter in den Fokus gestellt und untersucht. Um die Psychoanalyse als For-

⁶ Tschuschke vermutet, dass Grawe mit der Öffentlichkeitsarbeit in Bezug auf die Überlegenheit der Verhaltenstherapie versuchte, sein „gestrandetes Schiff noch in einen sicheren Hafen zu bringen“ (1997; 14).

schungsfeld zu legitimieren, werden allgemein Übertragung, Übertragungsregression, Deutung, Anerkennung des Symbolischen und sachkundiger Gebrauch von Gegenübertragung zu definitorischen Merkmalen eines psychoanalytischen Prozesses gezählt, auch wenn über ihre Validierung wiederum gestritten werden kann. (Freedman et al. 2003) Wie sehen der analytische Prozess bzw. seine Wirkmechanismen jedoch genau aus?

„Gewiß vermag der analytische Arzt viel, aber er kann nicht genau genau bestimmen, was er zustande bringen wird. Er leitet einen Prozeß ein, den der Auflösung der bestehenden Verdrängungen, er kann ihn überwachen, fördern, Hindernisse aus dem Weg räumen, gewiß auch viel an ihm verderben. Im ganzen aber geht der einmal eingeleitete Prozeß seinen eigenen Weg und läßt sich weder seine Richtung noch die Reihenfolge der Punkt, die er angreift, vorschreiben. Mit der Macht des Analytikers über die Krankheitserscheinungen steht es also ungefähr so wie mit der männlichen Potenz. Der kräftigste Mann kann zwar ein ganzes Kind zeugen, aber nicht im weiblichen Organismus einen Kopf allein, einen Arm oder ein Bein entstehen lassen; er kann nicht einmal über das Geschlecht des Kindes bestimmen. Er leitet eben auch nur einen höchst verwickelten und durch alte Geschehnisse determinierten Prozeß ein, der mit der Lösung des Kindes von der Mutter endet.“ (Freud 1913c; 463)

Auch knapp hundert Jahre nach Freuds Aussage weiß noch keiner genau so genau, was ein psychoanalytischer Prozess ist, sodass man wohl eher von mehreren Prozessen ausgehen kann, die auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig ablaufen. Es gibt Veränderung die bewusst sind, genauso wie unbewusste Veränderung. Diese können auf Seiten des Analytikers ablaufen oder eben auf Seiten des Patienten (Kächele 2009).⁷ Die Prozesswirkungsforchung sucht nach gemeinsamen und differenten Faktoren, um allgemein gültige Wirkprinzipien herauszuarbeiten. Dies geschieht oft über den Vergleich von Fällen oder die Bildung von Gruppen, sogenannten Typen (Kelle & Kluge 1999). Es geht weniger darum, verschiedene Schulen miteinander zu vergleichen. Prozesswirkungsforchung stellt eine Weiterentwicklung auf einem bestimmten Gebiet der Psychotherapieforschung dar.

Eine andere dieser Weiterentwicklung wird sein, dass die Reflexion des Forschers mehr mit einbezogen wird. Besonders bei Nachwuchswissenschaftlern tritt solch ein Vorgehen auf Interesse:

“In sozialwissenschaftlichen Diskursen können neue Perspektiven erwachsen, wenn eine solche methodologische Ausrichtung durch Beispiele produktiver ‘persönlicher Projekte’ sichtbar wird und Anhänger gewinnt. Das Regelwerk disziplinärer Fachkulturen beruht auf Konventionen. Diese sind veränderbar und wandeln sich – so oder so.“ (Breuer 2010; 170)

Die Darstellung der Geschichte der Psychotherapieforschung zeigt deutlich die Wandlung ihres Regelwerks im Lauf der Jahre. Von einer allgemeinen Sammlung von Material über Kasuistiken wurde übergegangen zu einer Phase der Feststellung von Ähnlichkeiten und Unterschieden der Verfahren, die ihre Wirkweise legitimierten. Schließlich wurden die Ergebnisse der Verfahren in Beziehung gesetzt und die Verfahren in Bezug auf ihre Indikation

⁷ Bei allen Bezeichnungen, die auf Personen bezogen sind, betrifft die gewählte Formulierung Personen beiderlei Geschlechts, um den Text kürzer und leichter lesbar zu gestalten. Ausnahmen werden als solche ausgewiesen.

für bestimmte Patientengruppen und Störungsbilder optimiert. Gleichzeitig wurden die Studien auf einer Metaebene miteinander verglichen. Die Psychotherapie hat also sowohl inhaltliche Elemente als auch prozedurale, die mit Hilfe empirischer Forschung gegenübergestellt und verglichen werden können. Zu diesen Elementen gehören Wirkfaktoren, deren Rolle im Folgenden kurz umschrieben werden sollen.

2.2.1 Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interaktion

Im gewöhnlichen Leben handeln wir nicht nach Motivation, sondern nach Notwendigkeit, in einer Verkettung von Ursache und Wirkung; allerdings kommt immer in dieser Verkettung etwas von uns selbst vor, weshalb wir uns dabei für frei halten.

Robert Musil (2000; 1421)

In Bezug auf Psychotherapie gibt es zwei Gruppen von Wirkfaktoren: die spezifischen und die unspezifischen. Zu den spezifischen gehören die Methoden und Techniken, die von den jeweiligen Therapierichtungen explizit zur Behandlung psychischer Störungen entwickelt wurden. Die unspezifischen umfassen die allen Verfahren gemeinsamen Faktoren, wie Merkmale des Therapeuten bzw. des Patienten, sowie ihrer gegenseitigen Beziehung (Jansen et al. 2004; 30f.). In den verschiedenen therapeutischen Richtungen gibt es aber so viele gemeinsame Grundelemente oder „common factors“, die für unterschiedliche Patienten gleichermaßen wichtig sind, dass man behaupten könne, die Menge dieser Wirkfaktoren oder Wirkprozesse bestimmten, was Psychotherapie sei (Tscheulin 1992).

Seit über sechs Jahrzehnten, von Rogers (1993) bis Grawe et al. (1994), gibt es das Bemühen, eine Psychotherapie zu etablieren, die die Einzigartigkeit des Individuums betont, den Menschen im Mittelpunkt sieht und deren Fokus die aktuelle Problematik des Patienten bzw. Klienten ist. (vgl. Tscheulin 1992). In der psychoanalytischen Community besteht Konsens darüber, dass eine Vereinheitlichung aller therapeutischen Verfahren eine Schwächung von Psychotherapie als Ganzes zur Folge hätte. Gerade in Bezug auf Langzeitwirkungen wird die Psychoanalyse wirksamer als andere Verfahren eingeschätzt (Leichsenring et al. 2008). Ihre Wirksamkeit insbesondere im Hinblick auf strukturelle Veränderungen unterstreichen aktuell auch die Ergebnisse der „Münchener Psychotherapie-Studie“ (Huber et al. 2012).

Doch nicht nur aus diesem Grund sollte die Differenzierung der Psychoanalyse von anderen Verfahren erhalten bleiben. Die Psychoanalyse benutzt viele Techniken, die in anderen Therapieformen keine Beachtung finden. Neben den unspezifischen Faktoren, wie jede hilfreiche zwischenmenschliche Beziehung sie leistet, müssen spezielle technische Interventionen

wie Klarifikation, Konfrontation und Interpretation in ihrer Wirkung erfasst werden (Kächele 2004; 68).

Die Basis für die Herausarbeitung spezifischer Wirkfaktoren in der Psychoanalyse ist sicherlich, das Konzept eines dynamischen Unbewussten, das in humanistischen oder Verhaltenstherapien keine Rolle spielt. Therapeutische Veränderung muss sichtbar gemacht werden. Aber im Gegensatz zu der Vorgehensweise von Verhaltenstherapeuten, ist dies Psychoanalytikern nicht möglich, indem sie einen Ergebnisbogen ausfüllen und eintragen, welche Übungen vom Patienten erfolgreich absolviert wurden und welche als nächste angegangen werden. In der Psychoanalyse gibt es eine andere Zielsetzung. Hier geht es um resymbolisierende Arbeit, um Bewusstwerdung und Integration verdrängter oder abgespaltener Anteile, die im besten Fall zu einer Veränderung der psychischen Struktur des Patienten führt (Rudolf et al. 2012).

Wenn wir aber voraussetzen, dass Psychotherapie Wirkung zeigt, schließen sich folgende Fragen an: Wer strebt die Wirkung an? Und warum genau diese Wirkung? Welche Wirkfaktoren werden also von wem als positiv und für den therapeutischen Prozess als hilfreich bewertet und entsprechend evoziert? Und was ist die Intention dahinter?

Bion vertrat die Ansicht, dass der Analytiker in jede Sitzung ohne Gedächtnis, ohne Wunsch, ohne Verstehen – also ohne Intention – gehen sollte:

“The psychoanalyst should aim at achieving a state of mind so that at every session he feels he has not seen the patient before. If he feels he has, he is treating the wrong patient. This procedure is extremely penetrating. Therefore the psychoanalyst must aim at a steady exclusion of memory and desire and not be too disturbed if the results appear alarming at first.” (Bion 1967; 281)

Bions technische Anleitung bleibt ein frommer Wunsch und ein Gedankenexperiment, das als Gegenmittel für jene Einflüsse, die den analytischen Prozess stören oder gefährden könnten, wirken sollte. Aus der Praxis weiß jeder Psychoanalytiker zu berichten, dass es nicht möglich ist, ohne Vorannahmen oder Erwartungen in eine Sitzung mit einem Patienten zu gehen. Auch ist eine Therapie, in der der Patient zum Ende davon spricht, dass sich seine Beschwerden gebessert hätten, er aber nicht genau wüsste, wie genau, und dass ihm das auch nicht so wichtig sei, für den Behandler nicht voll befriedigend. Ihrem Menschenbild und Selbstverständnis entsprechend möchten Psychoanalytiker mehr. Die Wirkung der psychoanalytischen Therapie, gleichzusetzen mit ihrem Ziel, ist also die strukturelle Verbesserung oder Heilung. Umstrukturierung gilt als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Therapien (Rudolf et al. 2012). Doch wie weit soll die Umstrukturierung gehen?

Freud maß Erfolg daran, inwieweit es ihm gemeinsam mit dem Patienten gelänge, „hysterisches Elend in gemeines Unglück“ zu verwandeln.

„Ich habe wiederholt von meinen Kranken, wenn ich ihnen Hilfe oder Erleichterung durch eine kathartische Kur versprach, den Einwand hören müssen: Sie sagen ja selbst, daß mein Leiden wahrscheinlich mit meinen Verhältnissen und Schicksalen zusammenhängt: daran können Sie ja nichts ändern; auf welche Weise wollen Sie mir dann helfen? Darauf habe ich antworten können: – Ich zweifle ja nicht, daß es dem Schicksale leichter fallen müßte als mir, Ihr Leiden zu beheben: aber Sie werden sich überzeugen, daß viel damit gewonnen ist, wenn es uns gelingt, Ihr hysterisches Elend in gemeines Unglück zu verwandeln. Gegen das letztere werden Sie sich mit einem wiedergenesenen Seelenleben besser zur Wehre setzen können.“ (Freud & Breuer 1895; 311f.)

Freud war von Anfang an weit davon entfernt zu behaupten oder zu erwarten, dass eine Psychoanalyse irgendjemanden konfliktfrei mache. Im Alter pragmatischer denn je, fügt er zwei Jahre vor seinem Tod hinzu:

„Man wird sich nicht zum Ziel setzen, alle menschlichen Eigenarten zugunsten einer schematischen Normalität abzuschleifen oder gar zu fordern, dass der ‚gründlich Analytierte‘ keine Leidenschaften verspüren und keine inneren Konflikte entwickeln dürfe. Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt.“ (1937c; 96)

2.2.2 Einsicht

„Aber obwohl der Sinn gemeinsam ist, leben die Vielen, als hätten sie eine eigene Einsicht.“

Heraklit (zit. nach Vorländer 196; 199)

Für Freud war das Unbewusste eine eigenständige psychische Struktur. Die Beziehung zum Bewusstsein ist spezifisch und der Widerstand spielt eine besondere Rolle darin, Erkenntnisse unbewusst zu halten. Der Widerstand muss also gelockert werden, wenn sich neue Erkenntnisse oder Einsichten einstellen sollen (vgl. Reinke 1999; 45). Doch auch Fragen der Heilung, also der „wohlthätigen Wirkung“ der Psychoanalyse, beschäftigten ihn (Freud 1916/17; 294).

Doch wie konnte diese „wohlthätige Wirkung“ als Therapieerfolg des analytischen Vorgehens erreicht werden? Freud versuchte es zuerst mit Hypnose. Sein Vorgehen war relativ autoritär. Einige Patienten nahmen einen günstigen Verlauf, allerdings blieben Freud die Gründe dafür unklar. Andere Patienten widersetzten sich seinen Suggestionen. Freud schrieb:

„Die Erfolge aber waren launenhaft und nicht andauernd; darum ließ ich endlich die Hypnose fallen. Und dann verstand ich, daß eine Einsicht in die Dynamik dieser Affektionen nicht möglich gewesen war, solange man sich der Hypnose bedient hatte. Dieser Zustand wusste gerade die Existenz des Widerstandes der Wahrnehmung des Arztes zu entziehen.“ (ebd.; 302)

Eines der Argumente, weswegen Freud sich von der Hypnose abkehrte, war, Hypnose verhindere Einsicht (Schütz 2009; 23). Die heute tiefenpsychologisch fundiert arbeitenden Hypnosetherapeuten würden in diesem Punkt widersprechen (Martin et al. 2004; 105). Damals jedoch war Freud der Meinung, Hypnose fördere die Abhängigkeit des Patienten vom Analytiker, was die Behandlung erschwere (Kossak 2004; 27). Wie oben schon angedeutet, erkannte Freud die Bedeutung des Widerstands für die analytische Behandlung.

„Die analytische Kur legt dem Arzt wie dem Kranken schwere Arbeitsleistung auf, die zur Aufhebung innerer Widerstände verbraucht wird. Durch die Überwindung dieser Widerstände wird das Seelenleben des Kranken dauernd verändert, auf eine höhere Stufe der Entwicklung gehoben und bleibt gegen neue Er-

krankungsmöglichkeiten geschützt. Diese Überwindungsarbeit ist die wesentliche Leistung der analytischen Kur, der Kranke hat sie zu vollziehen, und der Arzt ermöglicht sie ihm durch die Beihilfe der im Sinne einer Erziehung wirkenden Suggestion.“ (Freud 1916/17; 485)

Hinzukam die Rolle der Übertragung, wodurch die Beziehung zwischen Analytiker und Patient in den Fokus rückte. Zusätzlich entwickelte er die Technik der freien Assoziation, bei der der Patient bei vollem Bewusstsein mitarbeiten muss. Freud glaubte also an die Heilwirkung des Gesprächs und eine seiner Patientinnen bezeichnet die Psychoanalyse deswegen auch als ‚talking cure‘. Einsicht stellte sich innerhalb und auf Grundlage dieser Gespräche her, entstand also in der Interaktion mindestens zweier Personen und sich im Dialog ergeben, also mit Interpretationen angereichert sein.

Seit der Einführung von French (1939) ist der Begriff der Einsicht immer wieder diskutiert (vgl. Sammet et al. 2006) und, historisch gesprochen, als der stärkste Motor von Veränderungsprozessen in psychoanalytischen Therapien identifiziert worden (Rosenblatt 2004). Der hohe Anspruch der Psychoanalyse, „Heilung durch Einsicht“, wurde so erst nach Freud aufgestellt. Freud selber verwendete den Begriff eher, um zu beschreiben, welches Wissen der Analytiker über seinen Patient haben muss, um ihm helfen zu können. Die Eigenaktivität des Patienten war dabei eher zweitrangig. Die Überwindungsarbeit, die der Patient zu leisten hat, bestand für Freud (1914g) aus „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten“ (vgl. Schöpf 2008). Einer Definition von Einsicht bei Freud entspräche also am ehesten die bewusste Rückkehr bzw. Wiederentdeckung von verdrängten Erinnerungen über einen Prozess der Bewusstmachung und Manifestation, die zur Integration führt. Damit ist der Bezug zu Vergangenheit offensichtlich (Rosenblatt 2004).

Strachey (1934) ging davon aus, dass das Über-Ich eines Patienten modifiziert werden müsse, um Heilung zu erreichen. Dies geschehe über Übertragungsdeutungen, denn nur diese würden den Patienten befähigen, zwischen den äußeren Objekten und seinen Objektrepräsentanzen zu unterscheiden, ergo nur so könne sich die psychische Struktur eines Patienten verändern und sein Realitätssinn geschärft werden (vgl. Mertens 2000; 76f.). Mit Betonung der Übertragungsdeutungen stellte Strachey aber auch die Beziehung zwischen Psychoanalytiker und Analysand mehr in den Vordergrund. Veränderungen vollziehen sich im Patienten, ihr Verhältnis zu Deutungen ist reziprok. Vom Patienten verlangt Strachey also mehr Eigenaktivität, als Freud dies tat (ebd.). Hier kristallisiert sich langsam eine triadische Struktur von Einsicht heraus.

Mit der Zeit entfernte sich die analytische Deutungstechnik also immer mehr von einem bloßen Benennen unbewusster Inhalte und fokussierte Einsicht innerhalb der therapeutischen Beziehung als zur Deutung korrespondierend. Die Einsicht enthalte „all jene seelischen Ver-

änderungen, die sich als Folge von Übertragungsdeutungen beim Patienten einstellen. Übertragungsdeutung und Einsicht wurden auf diese Weise zu prägenden Konzepten der psychoanalytischen Veränderungstheorie“, so Hohage (1989; 737). Doch was war daran so anders?

„The psycho-analytical insight, which initiates therapeutic changes, is different from insight in any other situation. [...] It involves a conscious knowledge of archaic processes, normally inaccessible to the most intuitive person, through reliving in the transference the very processes that structured one's internal world and conditioned one's perceptions. The insight itself is a constant new factor in the process. Therefore it is always dynamically altering. For instance, the moment the patient realizes how he has split himself, he is already integrating. When sufficiently worked through and integrated, the structural changes remain stable.

After the completion of an analysis, the patient does not usually retain insight in the way in which it is experienced in the analysis. It can undergo normal repression. In that sense one could speak of unconscious insight, though it sounds self-contradictory. Such unconscious insight remains under repression, but is accessible to the ego like other experiences under normal repression.” (Segal 1962; 217).

Segal fokussiert hier ganz klar die Bedeutung des Durcharbeitens, ein Prozess, der vom der Analytiker über die Deutungen eingeleitet wird. Erst wenn es über die Einsicht des Patienten zu einer Integration kommt, sei die strukturelle Veränderung als Ergebnis stabil. In diesem Zusammenhang wird auch oft zwischen echter, emotionaler und intellektueller, Pseudo-Einsicht unterschieden. Eine Veränderung erfolgt nur im Falle emotionaler Einsicht, wenn also eine Gefühlsreaktion ausgelöst wird. Damit diese Art der Einsicht aber nicht wiederum von der Abwehr unterdrückt werde, müssen emotionale und kognitive Einsichten sinnvoll miteinander verknüpft werden. Dies geschieht über den Effekt des Erlebens (Valenstein 1962). Als Phänomen der inneren Erfahrung und inneren Antwort, macht diese erlebte Einsicht, wenn sie in der therapeutischen Situation erfahren wird, die Wiederholung früherer Erinnerung oder Beziehungen wahrhaftig und führt damit zu Veränderungen. Valenstein fasst zusammen:

„With proper timing and appropriate blending of the intellectual and emotional, the material which is brought to consciousness is dynamically accessible to interpretations, and the insights which follow feel authentic and immediately applicable to inner and outer life.“ (ebd.; 322)

In der Ich-Psychologie machte der Einsichtsbegriff eine ähnliche Wandlung – oder vielmehr eine Wanderung – durch. Bei Greenson (1973) beispielsweise geht der psychoanalytische Prozess der Einsichtsgewinnung vom Ich des Analytikers aus, in dem sich die Einsicht herstellt, und in Form einer Deutung an den Analysanden weitergeleitet (vgl. Schöpf 2008). Der Analysand hat entsprechend eine Einsicht in einen bis dato unbewussten Affekt. So erklären Ich-Psychologen den bekannten Satz Freuds: „Wo Es war, soll Ich werden.“ Anschließend kann sich der Analysand mit einem bewusst gewordenen Affekt auseinandersetzen und ihn zu sich gehörend annehmen. Voraussetzungen für diese Integration sind die Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, die Deutung als Einsicht zu übernehmen und die korrigierende emotionale Erfahrung mit dem Analytiker zu machen, ohne dass die aufkeimende Einsicht durch

Wiederbelebung eines anderen Konfliktes erstickt wird. Der Analysand muss also über ein relativ autonomes Ich verfügen, das sich durch das Durcharbeiten erweitert (ebd.).

Eine verwandte Argumentationslinie verfolgen auch Heigl und Triebel und betonen, dass Einsicht eine notwendige Bedingung sei, um therapeutische Veränderung hervorzurufen:

„Die Psychoanalyse dagegen kann sowohl als eine Psychologie des Unbewußten wie auch als eine Einsichts-Psychotherapie und als eine Ich-Psychologie angesehen werden. Sie hat Mittel und Weg gefunden, um Zugang zu unbewußten Inhalten zu bekommen, und sie hält eine Strukturänderung des Patienten nur dann für möglich, wenn ihm bisher unbewußte Regungen bewußt und dadurch für ihn steuerbar werden. [...] Nur durch Einsicht in die Struktur der jeweiligen Situation und ihre Beziehungen ist es dem Lernenden möglich, ähnliche oder vergleichbare Beziehungen in neuen und anderen Situationen zu erkennen und sich entsprechend zu verhalten. Je mehr Einsicht vorhanden ist, desto leichter ist der Transfer und die Problemlösung.“ (1977; 38f).

Sowohl Greensons als auch Heigls und Triebels Argumentationslinien ist die Voraussetzung inhärent, dass es ohne Einsicht keine Änderung im psychoanalytischen Prozess und im Patienten gibt. Allerdings wird immer wieder beschrieben, dass Einsicht alleine nicht automatisch zu Veränderungen im Verhalten führt. Einsicht mag dem Patienten zwar aufzeigen, welche adaptivere Handlungsweisen ihm offenliegen. Nichtsdestoweniger befreit allein die Einsicht den Patienten nicht davon, ein neues Verhalten aktiv auszuprobieren, einzuüben und neue Muster zu übernehmen, wenn sie ein altes Verhalten auf Dauer ersetzen sollen. Daher gibt es auch das Argument, dass der Schlüssel zur Effektivität von Einsicht in der Fähigkeit des Patienten läge, Einsicht in Handlung zu übersetzen – also zu integrieren, wie Segal schrieb. Jedoch wird selten ausgeführt, wie diese Fähigkeit beschaffen ist und wie sie im therapeutischen Prozess evoziert werden kann (Rosenblatt 2004).

Heigl und Triebel (1977) räumen deshalb mit Verweis auf Alexander (1961) ein, dass Einsicht auch die Folge von korrigierenden emotionalen Erfahrungen sein könne. Es geht bei der Einsicht also nicht nur um das Wissen um unbewusste eigene Inhalte, sondern um ein Erleben- und Erfahren-Können der Gefühle und Affekte in der psychoanalytischen Situation. Dafür ist die Beziehung zwischen Therapeut und Patient von herausragender Bedeutung.

Obwohl mit der Zeit also auch andere Erklärungen für den günstigen Verlauf des therapeutischen Prozesses herangezogen werden, wird Einsicht noch immer als wichtiger Wirkfaktor genannt (Rosenblatt 2004). Eine einheitliche Definition von Einsicht gibt es noch immer nicht, allerdings wird anerkannt, dass sich Einsicht innerhalb verschiedener Wechselbeziehungen vermittelt. Einsicht kann auch nicht ohne andere psychoanalytische Wirkfaktoren und Konzepte genannt werden, da sie sich verzahnen, einander bedingen und gemeinsam psychische Veränderung und Heilung herstellen.

„Die Vermittlung von Einsicht (,insight') zeigt sich danach nach Menninger und Holzmann (1973) in einem Dreieck, das in seinen Eckpunkten durch die Übertragung auf den Therapeuten, ferner durch die gegenwärtigen und schließlich die früheren Beziehungen des Patienten gekennzeichnet ist.“ (Reimer & Rüger 2006; 9).

Menninger und Holzmann (1973) gehen wie Freud davon aus, dass Einsichten vom Widerstand oft erfolgreich abgewehrt werden. Sie beschreiben den Prozess des Durcharbeitens in einem Dreieck der Einsicht. Im Rahmen der Therapie fallen dem Therapeuten bestimmte Muster in den Beziehungen des Patienten außerhalb der Psychoanalyse auf. Diese bringt er in Verbindung mit den Übertragungsmustern des Patienten, und dessen frühesten Beziehungserfahrungen. Schließlich macht sich der Patient diese unbewussten Muster bewusst. Ein Ansatzpunkt wäre beispielsweise, die Klagen bzw. Beschwerden des Patienten über das Verhalten anderer Menschen in seinem Umfeld zu nutzen und so Anteil des Patienten an der Problematik herauszuarbeiten. Wenn der Patient wieder und wieder erfährt, dass die Muster seiner Kindheit auch seine heutigen Beziehungsmuster durchziehen bzw. das heutige Konstellationen durch frühe Erfahrungen vorgeprägt sind und sich auch in der Beziehung zum Therapeuten wieder finden, werden sie ihm mit der Zeit weniger fremd vorkommen und er kann sie als zu sich gehörig anerkennen. Gabbard (2005; 107) bezeichnet das als „the patient gains greater ego mastery over it“.

Auch Kris (1956) nennt bestimmte Voraussetzungen für die Einsichtsbildung. Die Ich-Funktionen, die seiner Auffassung nach Bedingungen für die Einsichtsbildung sind, seien hier nur genannt: „I refer to the control of temporary and partial regression, to the ability of the ego to view the self and to observe its own functions with some measure of objectivity, and to the ego's control over the discharge of affects“ (ebd.; 450). Mitunter ist es also wichtiger und Voraussetzung, dem Patienten u.a. zu helfen, ein konstantes Bild von und Vertrauen in die therapeutischen Beziehung zu entwickeln. Darauf aufbauend kann dann versucht werden zu deuten. Patienten, die nach Bion (1990) jedoch nicht aus Erfahrung lernen können, erkennen sie auch über die Zeit keine Muster, wenn der Therapeut versucht, sie darauf aufmerksam zu machen. Auf diese Weise müssen sie jede Sitzung von vorne beginnen. Ihre mangelnde Objektkonstanz verunmöglicht damit den Prozess der Einsichtsgewinnung oder verzögert ihn zumindest dramatisch. All dies muss im analytischen Prozess reflektiert werden, um dem Patienten bestmöglich helfen zu können.

Zur Gewinnung von Einsicht im analytischen Prozess gibt es bislang recht wenige Studien (vgl. Sammet et al. 2006). Miller (2002) und sowie Loew-Beer und Thomä (1988) stellten Kasuistiken mit dem Schwerpunkt Einsichtsgewinnung dar, O'Connor et al. (1994) untersuchten den Verlauf von Einsicht anhand von fünf Kurzzeittherapien und stellten fest, dass sich Einsicht erst zum Ende des therapeutischen Prozesses entwickelt – und das nicht kontinuierlich. Im Verlauf der Therapien wurden kaum einsichtsvolle Äußerungen gemacht. Michal et al. (2001) zeigten anhand einer textanalytischen Einzelfalluntersuchung das gleiche (vgl.

Sammet et al. (2006). Sammet et al (2006) gingen methodisch bezogen auf O'Connor und Kollegen vor, um die Ergebnisse vergleichen zu können, und stellten die Entwicklung von Einsicht und die Anzahl der pathogenen Überzeugungen den therapeutischen Interventionen am Fall einer 25-jährigen Patientin mit Depressionen gegenüber. Sie konnten keine Steigerung von Einsichtsäußerungen im Verlauf der Therapie feststellen, wohl aber eine signifikant höhere Menge an pathogenen Überzeugungen. Dies erklärten sie wie ihre Vorgänger mit der Control-Master-Theory (Weiss 1986, 1993), die davon ausgeht, dass pathogene Überzeugungen im sicheren Kontext der therapeutischen Beziehung vermehrt vorgebracht werden, da die Patienten unbewusst die Hoffnung haben, in der Therapie korrigierende kognitive Erfahrungen zu machen (vgl. Sammet et al. 2006). Deswegen würden die Patienten gleichzeitig weniger Einsicht äußern, solange der Therapeut entsprechend ihrer Hoffnung interveniert und sie zum Ziel ihres unbewussten Plans führt.

Interessant ist, dass es immer um die Einsicht als solche geht. Fraglich ist aber, ob es überhaupt *die* Einsicht im psychoanalytischen Prozess gibt. Vielmehr sollte von einem Konglomerat von verschiedenen bewussten und unbewussten Einsichten gesprochen, die sich unterschiedlich herstellen, verzahnen, an Bewusstheit verlieren und wieder gewinnen.

„In the same manner, insight may be seen as a form of unconscious pattern recognition and matching that may become conscious. We speak of ‚unconscious affect‘ to designate a psychic process that, if it became conscious, would be experienced as affect. Similarly, we may think of unconscious insight as a psychic process that, if it became conscious, would be experienced as insight.“ (Rosenblatt 2004; 194)

An dieser Stelle sei verwiesen auf Anna Freud, die auf Bedeutungsunterschied des englischen Wortes „insight“ bei der Übersetzung in das deutsche Wort „Einsicht“ hinweist (vgl. Taubner 2008a; 84). Das Englische geht dabei über die Bedeutung des Deutschen hinaus und erweitert das vernünftige Einsichtig-Sein um die Konnotation des Wissend-Seins und wird zur „Kennzeichnung eines Wissens über das eigene Selbst im Sinne der Verbindung zwischen bewusst und unbewusst, über die Gründe für Gefühle und Motive sowie den Zusammenhang zwischen Vergangenheit und Gegenwart eingeführt“ (ebd.). Mit Hilfe dieses Wissend-Seins kann das Nachdenken über die eigenen Befindlichkeiten ermöglicht

Dieser Definition nähern sich auch Fonagy und seine Arbeitsgruppe an und rücken die Fähigkeit zur (Selbst-)Reflexion bzw. die reflexive Kompetenz in den Mittelpunkt ihrer Mentalisierungstheorie. Die Anerkennung der Urheberschaft der psychischen Zustände als eigene oder fremde ist für sie die Voraussetzung für interpersonales Verhalten. Mentalisierung ist also eine Form von imaginativer Aktivität, in der eigenes oder fremdes Verhalten in Begriffen bewusster psychischer Zustände – sogenannter „mental states“ – wahrgenommen und interpretiert werden kann z.B. in Bedürfnissen, Wünschen, Gefühlen, Ansichten, Zielsetzungen, Absichten und Überzeugungen (Schultz-Venrath 2008). Des Weiteren ist die Mentalisierungs-

fähigkeit nichts Statisches, sondern ein Prozess und in verschiedenen Lebenssituationen mitunter unterschiedlich stark ausgeprägt. Es handelt sich dabei also um eine Entwicklungsleistung in Abhängigkeit des affektiven und spiegelnden Austauschs mit primären Bindungspersonen (Bateman & Fonagy 2008). Zusätzlich ermöglichen reflexive Fähigkeiten, in Bindungsbeziehungen wechselseitig zu verstehen und zu lernen. Dies geschieht durch eine Übernahme der Perspektive des anderen.

Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ist, wie noch gezeigt wird, einer der wichtigsten Voraussetzungen, wenn es darum, in der psychoanalytischen Therapie bei Personen mit geringen bzw. mäßigen reflexiven Kompetenzen Einsicht zu fördern, denn die psychoanalytische Behandlung ist keine einfache Beobachtungssituation. Der Analytiker muss sich und die Sichtweise des Patienten reflektieren, integrieren und mit sich selbst ein Arbeitsbündnis schließen und seine Arbeit in Beziehung zum Patienten immer wieder überprüfen und diese reflektieren. (Deserno 1990; 127). Seine in der Therapie zu erreichende Aufgabe besteht nicht nur darin, dem Patienten seine Einsichten zu vermitteln und verstehen zu helfen, sondern gemäß einer *figura etymologica* mit ihm zusammen in die gemeinsam gewonnene Einsicht einzusehen und in Handlung umsetzen.

2.3 Depression

*Trauer ist das gleichzeitige Erleben von Liebe und Leid –
Verbundenheit in der Trennung.*

Andreas Tenzer (zitate-aphorismen.de)

Nach Schätzungen der WHO werden Depressionen bis 2020 die zweithäufigste Volkskrankheit sein (Leuzinger-Bohleber 2005). Epidemiologische Untersuchungen, die u.a. in Deutschland durchgeführt wurden, sprechen davon, dass bis zu einem Viertel aller Erwachsenen irgendwann in ihrem Leben eine klinisch manifeste depressive Episode nach dem ICD-10 zu meist mittleren Grades durchmachen (Will et al. 2008). Für die schwere Form der Depression, die Major Depressive Disorder nach dem DSM-IV, werden Prävalenzraten von bis zu 10% der Bevölkerung der westlichen Industrieländer angegeben (Leuzinger-Bohleber 2005). Frauen haben durchgehend eine höhere Prävalenz für alle Depressionsformen und erkranken mindestens doppelt so häufig als Männer. Sie berichten aber auch offener über depressive Symptome und suchen häufiger medizinische bzw. psychotherapeutische Hilfe (Teuber 2011).

Die von Patienten beschriebene Symptomatik einer Depression unterscheidet sich mitunter sehr von der Beschreibung anderer Betroffener. Äußerlich wirken Depressive oft bedrückt, niedergeschlagen, traurig, resigniert. Sie sprechen oft mit leiser, monotoner Stimme,

ihre Mimik und Gestik ist reduziert und generell ist wenig oder keine Lebensfreude zu spüren. Auch körperliche Symptome wie diffuse oder uncharakteristische somatische Beschwerden, Kopfschmerzen, Globus- oder Würgegefühl oder Enge im Brustkorb, Schmerzen in der Herzgegend und verstärkte Geräuschempfindlichkeit werden oft aufgezählt. Hinzu kommen möglicherweise Libidoverlust, Veränderungen des Appetits, Verdauungsprobleme, Muskelverspannungen, trockene oder eingefallene Haut bis hin zu sprödem Haar und Haarausfall. Zu den psychischen Symptomen zählen als Leitsymptom eine traurige Verstimmtheit verbunden mit Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit, untröstlicher Verzweiflung oder Weinen. Schwer Depressive berichten weniger von trauriger Stimmung als vielmehr von einem Nicht-Fühlen und dem Gefühl der inneren Erstarrung. Viele können nicht mehr weinen. Sie leiden unter den „Losigkeits“-Symptomen wie Freudlosigkeit, Lustlosigkeit, Interesselosigkeit, Energielosigkeit, sowie Passivität und Apathie. Zusätzlich können Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, innere Erregungszustände, psychomotorische Unruhe, Erschwerung, Verlangsamung oder Hemmung des Denkens, Grübelzwänge oder Gedankenkreisen vorhanden sein. Minderwertigkeits- oder Schuldgefühle treten ebenfalls häufig auf (Will et al. 2008). Von der normalen Trauerreaktion unterscheiden sich Depressionen insofern, als sie häufig von einer Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls begleitet werden, was bei der Trauer nicht der Fall ist (Mentzos 2009).

Insbesondere der chronischen Depression wird sich in jüngster Zeit vermehrt in psychoanalytischen Studien zugewandt. Klein et al. (2006) weisen darauf hin, dass sich Patienten und Patientinnen mit Dysthymia, Double Depression und Major Depression (MDD) nur wenig hinsichtlich ihres klinischen Erscheinungsbildes, ihrer Familie und der Prognose der Behandlung unterscheiden. Es wird daher empfohlen, nur eine Unterscheidung zwischen chronischem und nicht-chronischem Verlauf zu treffen, da beide Gruppen unterschiedliche Langzeitverläufe, Remissionen sowie Rückfallraten zeigen (Staun et al. 2010).

Risikofaktoren für Chronifizierungen von Depressionen gibt es viele z.B. die Länge der Erkrankung, inadäquate meist zu späte Behandlung, psychiatrische Auffälligkeiten innerhalb der Familie, organische Begleiterkrankungen und multiple Verlusterfahrungen sowie bestimmte Persönlichkeitsmerkmale wie Ängstlichkeit, erhöhte Reizbarkeit und Empfindlichkeit, um nur einige zu nennen (Joart 1995). Die Zuordnung allerdings, ob es sich um prä- oder postmorbide Persönlichkeitsaspekte handelt, fehlt.

Im Zusammenhang mit Risikofaktoren wird oft von ‚Vulnerabilität‘ gesprochen und Schutzfaktoren werden unter ‚Resilienz‘ auf einen Nenner gebracht (Adam & Breithaupt-Peters 2010). Resch (1999; 25) schreibt:

„Als Vulnerabilität wird die individuelle Bereitschaft definiert unter Risikobedingungen einen negativen Entwicklungsverlauf zu nehmen. Im Gegensatz dazu gilt als Resilienz (Spannkraft oder Prallkraft) bzw. Resistenz, wenn eine erfolgreiche Lebensbewältigung auch unter Entwicklungsbedingungen, die durch Risikofaktoren überschattet sind, möglich ist“.

Trifft eine Vulnerabilität als vererbte Umweltempfindlichkeit also auf ungünstige Entwicklungsfaktoren auf biologischer und biosozialer Ebene, so führt dies mitunter zu einer zunehmenden Labilisierung der Umwelanpassung des betreffenden Individuums (ebd.). Dies wiederum kann eine psychische Störung wie Depressionen zur Folge haben.

Es muss aber unterschieden werden, ob eine Vulnerabilität für den Beginn einer Depression oder eine Vulnerabilität, die zur Aufrechterhaltung bzw. Chronifizierung einer Depression, gegeben ist. Betrachtet man den Verlauf chronischer Depressionen, ist auffällig, dass die Symptome nicht vollständig remittieren und mit der Häufigkeit der MDD-Phasen die Wahrscheinlichkeit einer Double Depression mit Dysthymie (zwischen den MDD-Intervallen) zunimmt (Zimmer 1991). Das Risiko, nach einer ersten depressiven Erkrankung erneut zu erkranken, wird auf 90% geschätzt. Der durchschnittliche MDD-Patient durchlebt auf Lebenszeit gerechnet vier Episoden, die jeweils ungefähr 20 Wochen dauern. Bei 20-30% der Betroffenen chronifiziert sich die Depression. Es wird deshalb davon ausgegangen, dass diese schwer zu behandelnden Patienten und Patientinnen zusätzlich eine Komorbidität mit Achse-II-Störungen aufweisen; auch komorbide Achse-I-Störungen, meist aus dem Angst-Cluster, sind häufig (Leutinger-Bohleber 2006).

Als positive Prädiktoren für eine Verbesserung einer Depression werden hohe Autonomie, niedrige Soziotropie (interpersonale Orientierung), Selbstsicherheit, Unabhängigkeit und Konkurrenzfähigkeit genannt – alles Persönlichkeitseigenschaften, die man einem Depressiven nicht als erstes zuordnen würde. Anzunehmen ist also, dass es sich bei chronisch Depressiven um Menschen handelt, die in ihrer Gesamtpersönlichkeit eine Nähe zu depressiver Problematik erkennen lassen, wie z.B. Rigidität und Neurotizismus. Neben der Diagnostik der depressiven Symptomatik stellt sich auch die Frage, „ob auffällige Persönlichkeitszüge oder Persönlichkeitsstörungen das klinische Bild zusätzlich komplizieren“ (vgl. Ebel et al. 1997; 16). Mulder (2002) geht davon aus, dass mindestens jeder zweite depressive Patient bzw. jede zweite depressive Patientin zumindest eine Persönlichkeitsstörung aufweist. Er sagt aber auch, dass dies nicht unbedingt ein Hindernis in der Behandlung bzw. Erforschung dieser Patientenpopulation ist:

„Whether or not personality pathology significantly worsens outcome in patients with major depression appears to depend on study design since the rate of personality pathology varies markedly depending on how it is measured. In addition, depressed patients with personality pathology appear less likely to receive adequate treatment in uncontrolled studies. Finally, studies rarely control for depression characteristics (e.g., chronicity, severity) that may influence outcome and be related to personality pathology. Overall, the best designed studies reported the least effect of personality pathology on depression treatment

outcome. Clinically, this suggests that comorbid personality pathology should not be seen as an impediment to good treatment response" (ebd., 359).

Die Komplexität und die Variabilität depressiver Erkrankungen machen also eine multidimensionale Diagnostik und Behandlung notwendig. Nicht nur Faktoren, die vom Patienten ausgehen, erschweren die Behandlung chronisch depressiver Störungen mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen. Auch eine Vernachlässigung der Komplexität depressiver Erkrankungen von Behandlerseite beeinträchtigen diese (Leutzing-Bohleber 2006). Psychotherapieforschung leistet ihren Teil, diesem Mangel abzuhelpfen. Mitunter müssen bekannte Konzepte aufgegeben und sich auf die Suche nach neuen Erklärungsmodellen begeben werden.

Das klassische Erklärungsmodell der Psychoanalyse, Depression sei gegen das Selbst gerichtete Aggression und Identifizierung mit dem verlorenen Objekt, wurde schon vor längerem wesentlich modifiziert. Heute wird im psychoanalytischen Verständnis davon ausgegangen, dass mehrere innere und äußere Determinanten miteinander interagieren. Um die Depression eines Patienten oder einer Patientin zu verstehen, wird eher ein multidimensionaler Zugang gesucht. Depression ist nicht mehr ein einheitliches Phänomen mit Unterscheidung nach Schweregrad, sondern vor allem in Hinblick auf die Ursachen und die Symptomatik ein heterogenes Krankheitsbild (Bohleber 2010).

Mentzos spricht in Bezug auf Depressionen von einem Modus der Abwehr, der „einen drohenden Stillstand des sonst sich ständig in Bewegung befindlichen psychischen Prozesses“ signalisiere (2009; 126). Er beschreibt drei *circuli vitiosi* (ebd.; 127), welche dem Betroffenen zwar als kurzfristige Lösung erscheinen mögen, aber die Depression tendenziell eher verstärken: Falls erstens ein Rückzug von der Außenwelt statt finde, um neue Verluste oder Frustrationen zu vermeiden, führe dies implizit auch zu einer „Vermeidung von Kontakten, Kommunikation und Bindungen“ und reduziere die üblicherweise im täglichen Leben erhältliche narzisstische Zufuhr (ebd.). Gerade hier wäre eine „Stützung des labilisierten narzisstischen Gleichgewichts“ aber unerlässlich (ebd.). Zweitens ginge dem Rückzug häufig der Versuch voraus, „den realen oder symbolischen Objektverlust durch Introjektion“ dieses Objekts oder durch Anklammerung oder Vereinnahmung einer real zur Verfügung stehenden Person zu kompensieren (ebd.). Abgesehen davon beträfe die (undifferenzierte) Introjektion meist eh ein ambivalentes Objekt und verschlechtere den Zustand des Betroffenen eher, als ihn zu verbessern. Problematisch sei dabei auch, dass sich das (Ersatz-)Objekt häufig gegen Vereinnahmung wehre, was beim Betroffenen erneut zu Frustrationen führe. Drittens löse es wiederum Aggressionen aus, die Frustrationsaggressionen zu unterdrücken, um das frustrierende, aber lebenswichtige Objekt nicht zu verlieren. Dadurch schließt sich auch der letzte Teufelskreis. Mentzos erklärt auch die häufige Tendenz zur Chronifizierung von Depressionen mit diesen

Teufelskreisen (ebd.). Welche psychodynamischen Konstellationen führten aber überhaupt erst zu einer Mobilisierung des depressiven Affekts?

Mentzos formulierte ein anschauliches und für die Praxis handhabbares Drei-Säulen-Modell, das insbesondere eine differenzierte Beschreibung der komplizierten Dynamik der Depression erlaubt (ebd.; 68ff., 131). Eine adäquate Selbstwertgefühlsregulation stütze sich auf drei Säulen. Störungen der Entwicklung des Ideal-Selbst vom Größen-Selbst über Größenphantasien bis zu realistisch korrigierten positiven Vorstellungen von sich selbst führten demnach zu depressiven narzisstischen Krisen durch Misserfolge, Kränkungen oder Nachlass der körperlichen Vitalität. Dies repräsentiere die erste Säule. Objektverlust, Trennungen, Enttäuschungen durch das idealisierte Objekt würden auf Störungen der durch die zweite Säule repräsentierten Entwicklung des reifen (assimilierten, nicht an die introjizierten Elternimages oder an andere Leitbilder angelehnten) Ideal-Objekts, nach dem man sich orientiert, hinweisen und später zur Ausbildung einer Abhängigkeits- oder aggressivierten Depression führen. Die dritte Säule repräsentiere schließlich die Entwicklung des Über-Ichs „vom archaischen über das ödipale Über-Ich bis zum reifen Gewissen“ und ihre Störungen führe zu Schulddepressionen mit „übertriebener Leistungsanstrengung oder masochistischer Opferbereitschaft“ (ebd.; 131).

Je schwerer die Depressionen seien, umso stärker zeigten sich die „normalerweise längst überwundenen defensiven Muster aus früheren Entwicklungsstufen“, so Mentzos (ebd.). Herausgestellt wird in Mentzos' Drei-Säulen-Modell vor allem die „Funktion des internalisierten Objekts, also des Niederschlags der frühen Beziehungserfahrungen, und der Bedeutung seiner Qualitäten (benignes versus malignes internalisiertes Objekt) für die Entstehung der Depression allgemein“ (ebd.).

Anhand des klinischen Materials soll später durch Rückgriff auf Mentzos' Drei-Säulen-Modell Konfliktodynamik der drei untersuchten depressiven Patientinnen erläutert werden. Ihre depressive Symptomatik ist dann als Folge der aufgetretenen „Erschütterungen und Zusammenbrüche“ der Selbstwertgefühlregulation zu verstehen (ebd.; 132). Anhand dieser Vorgänge kann Einsicht im therapeutischen Prozess filtrierte werden.

Teil B: Empirisches Design und Fallrekonstruktionen

3 Das Forschungsdesign

In dem vorangehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, auf welchem theoretischen Hintergrund und in welchem empirischen Forschungsfeld sich die vorliegende Arbeit verankern lässt. In diesem Kapitel soll nun verdeutlicht werden, wie sich der Forschungsprozess der nachfolgenden qualitativen Studie gestaltet hat.

Die Studie lässt sich sowohl in die Ergebnis- als auch die Prozessforschung einordnen. Durch den Prä-Peri-Post-Vergleich können Ergebnisse der Psychotherapie quantifiziert werden. Der Fokus liegt aber auf der qualitativen Auswertung, die eben inhaltlichen vor allem prozedurale und interaktionelle Aspekte hervorhebt. In einem ersten Schritt skizziere ich die methodische Herangehensweise zur Datenerhebung, um dann aufzuzeigen, wie ich bei methodisch flexibler Handhabung der Reflexiven Grounded Theory (Breuer 2010) und Erweiterung durch einen tiefenhermeneutischen Zugang mit Hilfe des Szenischen Verstehens (Lorenzer 1973) das gewählte Datenmaterial ausgewertet habe.

Im Vorfeld sollen jedoch einige Gedanken zu lebensgeschichtlichen Konflikten als Thema der Forschung vorangestellt und in Bezug zum Datenmaterial gebracht werden.

3.1 Lebensgeschichtliche Konflikte als Thema der Forschung

„Die Natur erklären wir, das Seelische verstehen wir“, lautet ein bekanntes Zitat des Philosophen und Psychologen Dilthey. Für ihn war die Psychologie die Grundlage der Hermeneutik. Hermeneutik hat die Erhellung und Aufdeckung eines Sinnzusammenhangs zum Ziel. Hier geht es also um ein Verstehen. Sinnzusammenhänge erschließen sich Psychologen aus den Biographien und Krankengeschichten der Patienten, was sie zu einer beschreibenden Wissenschaft macht.

Auf dieser Grundlage untersuchte ich drei Krankengeschichten von depressiven Patientinnen, fokussierte auf einen Konflikt mit depressionsrelevanten Inhalten und analysierte diese auf ihren unbewussten Gehalt. Daraufhin wurden die bewussten und unbewussten Inhalte nach Konvergenzen und Divergenzen untersucht, um auf dieser Grundlage einen Prozess der Einsichtsbildung zu markieren. Eine direkte Übertragbarkeit im Sinne einer Generalisierbarkeit der Befunde ist nicht möglich, doch „in jeder Krankengeschichte gibt es unübersehbare Hinweise auf andere Patienten mit ähnlichen Konflikten“ (Kächele 2009; 27). Fallgeschichten

helfen also, die Erkenntnisse einzelner Fälle zu integrieren und für den klinischen Alltag brauchbar zu machen. Eagle (1984; 163) sah den Beitrag von Fallgeschichten nicht nur darin, Theorien der Persönlichkeitsentwicklung oder der Ätiologie von Psychopathologie aufzustellen, sondern insbesondere darin durch die Analyse derselben eine Theorie von Therapie zu entwickeln. Obwohl sein Ansinnen selbstverständlich klingen mag, ist es das offensichtlich nicht. Er fügt hinzu: „It seems to me ironic that psychoanalytic writers attempt to employ clinical data for just about every purpose but the one for which they are most appropriate – an evaluation and understanding of therapeutic change.“ (ebd.). Daher nimmt sich die vorliegende Arbeit insbesondere der Frage an, was zu Veränderungen im therapeutischen Prozess führt bzw. wie diese vonstattengehen.

Zur Einsichtsbildung im analytischen Prozess gibt es, wie im ersten Teil dargelegt, noch wenige Forschungsarbeiten bzw. Studien (vgl. Sammet et al. 2006). Die meisten Arbeiten, die sich mit Einsicht beschäftigen, unterscheiden definitorisch zwar kognitive, emotionale oder erlebte Einsicht, fokussieren trotz allem aber mehr auf das Ergebnis als auf den Prozess und die für diesen Prozess förderlichen bzw. hemmenden Faktoren.

Mithilfe der Falldarstellungen sowie der reflektierten Einbeziehung des Forschungsverlaufs soll mit dieser Arbeit ein Beitrag zur Einsichtsprozessforschung geliefert werden, der eine bisher weitgehend unbeachtete Sichtweise vertritt. Hier interessiert neben dem Ergebnis, also der Herausarbeitung und Darstellung der manifesten Einsicht, auch der Prozess, der zur Einsichtsbildung führte. Ziel ist daher, das Unsichtbare sichtbar zu machen, also die Ausweitung auf unbewusste Prozesse der Einsichtsbildung. Einsicht mag Bewusstseinsfähigkeit voraussetzen, aber der Prozess der Einsichtsbildung nicht (Rosenblatt 2004).

Zu beachten ist dabei, dass durch die Methode nicht die direkte Einsicht *im* psychoanalytischen Prozess festgestellt werden kann, sondern retrospektiv mittelbar über die Interviews, in denen Einsichten mitunter manifeste, meist jedoch latente Inhalte bilden. Hierbei handelt es sich um ein Sprechen über Einsicht. Es ist also eine Wiederholung dessen, was in der Therapie passierte und welche Veränderungen sich daraufhin einstellten. Das hier zugrunde liegende Konzept geht also davon aus, dass sich Einsicht auch außerhalb des therapeutischen Prozesses herstellt. Damit ist Einsicht ein Konglomerat aus intra- und extratherapeutischen Prozessen. Der psychoanalytische Prozess erfährt hierbei eine definitorische Erweiterung und wird auf die Gesamtheit der Erlebens- und Erfahrungsweise des Patienten mindestens während der Zeit, in der die Analyse stattfand, bezogen.

3.2 Methodologische Bestandteile

Die vorliegende Arbeit ist in drei methodologische Bestandteile (Breuer 2010; 9) geteilt: den Ethnographischer Zugang, der Methodik nach dem Szenischen Verstehen in Anlehnung an die Forschungslogik der Grounded Theory und der Selbst-/Reflexivität der Person der Forscherin und ihres Forschungshandelns.⁸

3.2.1 Ethnographischer Zugang

Der ethnographischen Zugang gelang mir durch einen ersten Einstieg ins Feld während eines Praktikums im Sommer 2011 innerhalb der Tavistock Adult Depression Study (TADS) in London. Die TADS hat es sich zum Ziel gesetzt, circa 130 Probanden zu untersuchen – je zur Hälfte aufgeteilt in TAU- und Behandlungsgruppe, deren Depressionen sich bei früheren Behandlungsversuchen nicht ausreichend genug gebessert hatten. Zusätzlich sollten das Krankheitsbild Depression und der psychotherapeutische Prozess, der schließlich zu Veränderung auf symptomatischer und struktureller Ebene beim Patienten führt, erforscht werden (Taylor et al. 2012).

Zu Beginn des Praktikums verschaffte ich mir einen Eindruck über den Aufbau und die Durchführung der Studie und begann, anhand der Patientendaten heuristisch zu erfassen, wie die Lebenswelt von chronisch depressiven Patienten aussieht. Gleichzeitig konnte ich an einigen Research-Interviews zu verschiedenen Zeitpunkten während der Behandlung und in der Follow-Up-Phase bei unterschiedlichen Probanden dabei sein. Über diese teilnehmende Beobachtung und beobachtende Teilnahme fiel mir auf, dass die Probanden der Treatment-Gruppe oft mitten in der Therapie Phasen schwerer Depressionen hatten, häufig noch schwerer als zu Beginn der Studie. Weiter auffällig war, dass die Patienten selbst kaum eine Besserung ihrer Symptomatik feststellten. Die Einstellung zu ihrem Leben, ihrer Umwelt und sich selbst verschlechterte sich eher. Dann erst stellte sich eine langsame Besserung ein. Die Beobachtungen während des Praktikums warfen aber auch erste Fragen über die Natur des therapeutischen Prozesses auf. Auch fragte ich mich, ob diese negativen Veränderungen des Befindens der Patienten, die mir als ‚Knick‘ während der Behandlung auffielen, als positive oder negative Wirkfaktoren von psychoanalytischer Langzeittherapien zu werten seien.

⁸ Da sich die Selbst/Reflexion auch auf die Ergebnisse bezieht, wird sie hier ausgegliedert und als eigenes Kapitel der Darstellung der Ergebnisse angeschlossen.

Während ich die Tonbänder von verschiedenen Therapiestunden unterschiedlicher Patienten hörte, fiel mir des Öfteren auf, dass Deutungen der Therapeuten auf Resonanz stießen und sich darauf Veränderungen einstellten. Manchmal jedoch merkte ich auch, wie die ‚besten‘ Deutungen keine Veränderung brachten und noch mehrere Stunden vergingen, bis der Patient eine ähnliche Deutung annehmen konnte. All diese Erfahrungen trugen zu meinem Wunsch bei, Einsichtsbildung anhand des therapeutischen Prozesses zu untersuchen.

3.2.2 Szenisches Verstehen in der Forschungslogik der Grounded Theory

Das inzwischen zum Klassiker avancierte Hauptwerk der Grounded Theory (Glaser & Strauss 2008) als Verfahren sozialwissenschaftlicher Hermeneutik wurde von Glaser und Strauss im Jahr 1967 herausgegeben, um die Entdeckung von Theorie aus systematisch gewonnene und analysierten Daten voranzutreiben. Wesentliche Strategie zur Generierung von Theorie ist die komparative Analyse der im Zuge der Untersuchung entdeckten Kategorien. Vergleichende Analysen sind dafür da, um die Allgemeinheit eines Tatbestandes zu belegen. Abgrenzungen helfen, die Untersuchungseinheit als solche zu spezifizieren. Dadurch werden bestehende Theorien nicht primär verifiziert, sondern die zu untersuchenden Phänomene erklärt. Eine Validierung erfolgt also, solange sie der Generierung der Theorie dient. Die meisten Hypothesen und Konzepte stammen aber nicht nur aus den Daten, sondern werden im Verlauf der Forschung systematisch mit Bezug auf die Daten ausgearbeitet. Die Generierung von Theorie nach der Grounded Theory Methodik versteht sich also als Prozess. Erhebungs- und Auswertungsstufen gehen daher ebenfalls ineinander über. Auf Grundlage des erhobenen Materials wird bestimmt, welches Material als nächstes erhoben wird.⁹ Bei einem prozeduralen Verständnis von Theorie ist davon auszugehen, dass sich die generierte Theorie nach dem Verfassen des Ergebnisberichts noch weiter ausdifferenziert. Eine „Grounded Theory ist kein perfektes Produkt, sondern in permanenter Entwicklung begriffen“ (ebd.; 41).

Die Grounded Theory wird grundsätzlich eher als Forschungsstil, denn als feststehende Methode angesehen. So erfuhr sie über die Jahre verschiedene Erweiterungen. Eine davon ist die Reflexive Grounded Theory (Breuer 2010). Nach Meinung von Breuer ist die „Main-

⁹ Da der Umfang und das Zeitfenster zur Bearbeitung dieser Arbeit vorgegeben war, wurde das zu analysierende Material von Anfang an begrenzt. Bei der Auswahl wurde jedoch, wie bereits beschrieben, darauf geachtet, dass die Patientinnen sich vom Alter und Berufsstand relativ ähnlich waren und gleichzeitig aber die gesamte Spannbreite der Veränderung an reflexiver Kompetenz im Prä-Post-Vergleich abdeckten. Das theoretische Sampling dieser Arbeit war also vorher schon festgelegt, die theoretische Sättigung bei drei Fällen erreicht. Auch die Tiefe des Samplings war mit je drei Interviews pro Patientin vorgegeben (Glaser & Strauss 2008).

stream-Psychologie“ im Begriff, den Blick für alltagsweltliche Lebenserfahrung sowie den Anschluss an benachbarte Sozialwissenschaften zu verlieren. Auch drohe die Gefahr, dass geisteswissenschaftliche Forschungskonzepte mit der Zeit naturwissenschaftlichen weichen müssten. Deswegen wurde mit der Reflexiven Grounded Theory ein Forschungskonzept geschaffen, das auch „der Person, Sozialität und Subjektivität des/der Forschenden sowie seiner lebensweltlichen Konstituiertheit und Erfahrung einen epistemologischen und methodologischen Platz einräumt“ (ebd.; 9).

Eine der primären Thesen der vorliegenden Arbeit ist, dass sich Einsicht im Zweierkontext des psychoanalytischen Prozesses generiert und deswegen eine auf ein gemeinsames Ziel bezogene Reflexivität sowohl vom Patienten als auch vom Therapeuten verlangt. Daher ist die Forschungslogik der Reflexiven Grounded Theory an dieser Stelle besonders geeignet, da nach dieser Logik der Reflexion des Forschungsprozesses besonders Raum zugebilligt wird.

Da das Datenmaterial sich auf je drei Interviews im Verlauf der psychoanalytischen Therapien von drei depressiven Patientinnen beschränkte, musste von dem Gedanken Abstand gewonnen werden, ähnliche Fälle zu Gruppen zusammen zu fassen (Kelle & Kluge 1999). Es wurde vielmehr bei der Betrachtung der Einzelfälle verblieben, die in einem letzten Schritt auf Gemeinsamkeiten untersucht wurden. Dementsprechend wurde auch die Art des Kodierens angepasst. Laut Breuer (1996; 24) liegt der Schwerpunkt darauf, „dass die Vielfalt von Gedanken, die dem Forscher bei der Analyse der Daten kommen, organisiert werden“. Straus und Corbin, die die ursprüngliche Methode weiterentwickelten schrieben: „Kodieren stellt die Vorgehensweisen dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es ist der zentrale Prozeß, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden“ (1996; 39). Im Rahmen dieser Arbeit wurde von einer klassischen Befolgung des Kodierens im Grounded-Theory-Modus – offenes, axiales und selektives Kodieren – abgesehen und stattdessen die Methode des Szenischen Verstehens (Lorenzer 1973) verwandt, um die Daten aufzubrechen, zu konzeptualisieren und auf neue Art zusammenzusetzen.¹⁰

Lorenzer schuf mit der psychoanalytischen Interaktionstheorie, mit deren Hilfe er die „gesellschaftliche Vermitteltheit psychischer Prozesse aufklären wollte“, eine Möglichkeit, kulturelle Texte einer psychoanalytischen Interpretation zugänglich zu machen (Leithäuser 2009, 358). Darüber hinaus wollte er Erklärungsmuster für die soziale Genese des Unbewussten finden. Seiner Auffassung nach schlagen sich frühe Interaktionen zwischen Mutter und Kind als Beziehung in Interaktionsformen (Lorenzer 1973) –inneren Szenen – nieder und bil-

¹⁰ Ich hatte an anderen Stellen damit schon gute Erfahrungen gemacht (Zimmermann 2012; Dobler 2011).

den damit die Erfahrungsstruktur des Menschen. Die Grundannahme des szenischen Verstehens ist es, dass einer Interaktion bestimmte Muster zugrunde liegen, die herausfiltrierbar sind. Lorenzer fasste wie folgt zusammen: „Jede abgelaufene Interaktion prägt die Form der zukünftigen Interaktion.“ (zit. nach Würker 2007; 31). Dies geschieht in Bezug auf die äußere Situation, in der die Persönlichkeit geprägt wird, und die innere Struktur der Persönlichkeit, die durch die lebensgeschichtlichen Interaktionserfahrungen hergestellt wird.

Insbesondere im psychopathologischen Bereich ist „das Symptom allerdings so weit vom Ursprungstext entfernt, daß sein Symbolcharakter durch die Deutungsarbeit selbst erst nachgewiesen werden muß“ (Habermas 2008; 261). Zum Objektbereich der Tiefenhermeneutik gehören alle Stellen, an denen die „alltäglichen Sprachspiele aufgrund interner Störungen durch unverständliche Symbole durchbrochen“ sind (ebd.; 270).¹¹ Mit der Tiefenhermeneutik sollen diese unverständlichen Symbole in ihrer Bedeutung wieder bewusst gemacht werden. Da dem Subjekt jedoch die Möglichkeit der Reflexion über diese Symbole fehlt und es generell mit dem Symptom anzeigt, dass es in gewisser Weise sich selbst entfremdet ist, muss das Verstehen von außen, also von einer anderen Person erfolgen. In der psychoanalytischen Behandlung übernimmt der Therapeut diese Rolle, in der qualitativen Forschung der Forscher bzw. die Forschergruppe. Im vorliegenden Fall wurde sich an dem von Leithäuser und Volmberg (1977) entwickelten Gruppendiskussionsverfahrens und dem Verfahren der tiefenhermeneutischen Textinterpretation orientiert, unterschieden in die hermeneutischen Feldern I (Erhebung) und II (Auswertung).

3.2.2.1 Das hermeneutische Feld I – Erhebung und Arbeitshypothesen

Die vorliegende Arbeit analysiert Daten, die im Rahmen der Hanse-Neuro-Psychoanalyse-Studie (Buchheim et al. 2008) erhoben wurden. Da die Analyse der quantitativen Daten der Studie zur Fallauswahl und Hypothesengenerierung dieser Arbeit führten, sei die Vorstellung der HNPS und die Darstellung der quantitativen Ergebnisse der drei ausgewählten Patientinnen der Darstellung des qualitativen Forschungsdesigns vorangestellt.

Die HNPS wurde als Projekt vom Hanse-Wissenschaftskolleg Delmenhorst zum Thema „Neurobiologische und psychometrische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten“ gefördert. Die HNPS untersuchte ca. 20 Patienten

¹¹ Sprachspiele sind „sprachliche Handlungen gemäß konventioneller Regeln“, wonach das Kind sprechen lernt, weil es an den Sprachspielen seiner Umwelt teilnimmt und erfasst, welche Rolle das Wort in dieser Situation hat, welche Bedeutung ihm also zukommt (Gutwinski-Jeggle 2009.; 672).

mit chronischen Depressionen zu Beginn und während ihrer psychoanalytischen Behandlung über einen Zeitraum von insgesamt drei Jahren (gegliedert in zwei Jahre Studienteilnahme und ein Jahr Follow-Up) und verglich sie mit einer nach Alter, Geschlecht und Bildung gematchten Kontrollgruppe. Neben Fragebögen wurden auch interviewbasierte Messinstrumente eingesetzt. Zusätzlich kamen funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) und Elektroenzephalografie (EEG) als Verfahren bzw. Methode zum Einsatz.

Test-instrument	T1 (Baseline)	T2 (7-8m)	T3 (15-17m)	T4 (24m)	T5 (36m)
RKS	X			X	
HSCS	X	X	X	X	
GSI	X	X	X	X	X
BDI	X	X	X	X	X

Tabelle 1: Übersicht über die Zeitpunkte (T1 bis T5 in Monaten) der Testdurchführungen und ihre planmäßigen Durchführungen (Quelle: eigene Tabelle)

Die psychoanalytische Behandlung wurde mindestens mit einer Frequenz von zwei Stunden pro Woche durchgeführt und war unabhängig von den Untersuchungen der Studie. Mit Hilfe der OPD-Diagnostik wurden zu Beginn der Studie für jeden Patienten als relativ wichtig und bewusstseinsfähig bzw. nah eingeschätzte Beziehungsmuster herausgearbeitet und den Patienten in Form von Fokussätzen im fMRT als Stimuli gezeigt. Neben der symptomatischen und strukturellen Veränderung über den Therapieverlauf interessierte auch, inwieweit Veränderungen der Hirnaktivität zu verschiedenen Messzeitpunkten abgebildet werden können. Außerdem interessierte, ob sich die Stimuli, die individuell auf die jeweilige Kernproblematik des Patienten bzw. Probanden abgestimmt waren, als Material für ein derartiges Vorgehen eignete. Für Ergebnisse der Studie sei exemplarisch auf Staun et al. (2010), Kessler et al. (2011) und Buchheim et al. (2012) verwiesen.

Nach Studienbeginn wurden die Veränderungsprozesse jeweils im Abstand von 6-8 Monaten auf psychometrischer bzw. neurofunktionaler Ebene gemessen. Die Einsichtsfähigkeit wurde mit der Reflexiven-Kompetenz-Skala (RKS) zu Beginn der Studienteilnahme und nach 15 Monaten psychoanalytischer Therapie auf Grundlage des Adult-Attachment-Interviews (AAI) untersucht. Zu den ersten vier Messzeitpunkten wurden ungefähr viertelstündige Interviews aufgenommen und mit Hilfe der Heidelberger Umstrukturierungs-Skala (HSCS) ausgewertet. Grob wurden in den Interviews folgende Fragenbereiche abgesteckt: Inwieweit passen die Sätze, die zu Beginn der Studie auf Sie zugeschnitten wurden, zu Ihrem

aktuellen Erleben in Bezug auf Ihre Partnerschaft, Ihre Arbeitssituation, Ihre Familiensituation? Wenn sie nicht mehr oder weniger passen, was hat sich seit dem letzten Interview geändert? Wie sieht Ihre momentane Problematik aus? Was ist Ihrer Meinung nach Ihr eigener Anteil an Ihrer aktuellen Problematik?

Diese Interviews von drei Patientinnen der HNPS dienen in der vorliegenden Arbeit als qualitatives Material. Die Auswahl der Fälle erfolgte den folgenden Arbeitshypothesen entsprechend nach ihrer Veränderung in der reflexiven Kompetenz. Ebenfalls wurde nach Geschlecht, Alter und Bildung ausgesucht. Auf Grundlage dieser Kriterien wurde ein Sample von drei Patientinnen zwischen 27 und 31 Jahren mit mittleren bis hohen Bildungsabschlüssen ausgesucht, die sich im Verlauf ihrer reflexiven Kompetenz größtmöglich unterschieden. Ziel war es, eine möglichst homogene Gruppe herzustellen, um diese auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Einsichtsbildung zu untersuchen.

Im Folgenden soll mit Hilfe einiger ausgesuchter interview- bzw. fragebogenbasierter Untersuchungsinstrumente der Test-Batterie der HNPS ein Überblick über die psychometrischen Veränderungen während des Zeitraums der Studienteilnahme der drei Patientinnen gegeben werden. Eine kurze Einführung zu den jeweiligen Messinstrumenten wird vorangestellt.

3.2.2.1.1 Reflexive-Kompetenz-Skala (RKS)

Fonagy und Kollegen entwickelten in jahrelanger Forschung das Konzept der Mentalisierung, welches die Fähigkeit bezeichnet, bei sich bzw. anderen Verhalten, Überzeugungen, Gefühle, Einstellungen und Wünsche durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren. Reflexive Kompetenz dient jedoch nicht nur der Unterscheidung zwischen Innen und Außen, sondern auch der Herstellung von bedeutungsvollen Bezügen zwischen Innen und Außen. Dies wiederum ist Grundlage dafür, sinnvoll Bedeutungen zwischen innen und außen kommunizieren zu können, ist also auch Grundlage emotionaler, zwischenmenschlicher Kommunikation. Die reflexive Kompetenz kann also in Zusammenhang mit Einsichtsfähigkeit gebracht werden.

Um Mentalisierungsfähigkeit oder, wie Fonagy selbst sag, das „Denken über das Denken“ (Fonagy & Target 2003; 19) messen zu können, wurde die Reflexive-Kompetenz-Skala entwickelt (Fonagy et al. 2008) und in verschiedenen Studien validiert. Über die RKS als inhaltsanalytisches Verfahren können die Ausprägungen von reflexiver Kompetenz gemessen werden. Das Interview stützt sich auf das AAI und überprüft wie dieses die Narrative der Pa-

tienten auf Kohärenz (Taubner 2008b). Über die Entwicklung von Kriterien, die ein „Maß für die Fähigkeit zur selbstreflexiven Betrachtung eigener und fremder Prozesse und Befindlichkeiten“ darstellen, wurde Einsicht operationalisierbar (Reinke 2003; 16). Der Prozess gibt also wertvolle Hinweise auf die Stelle des Weges, an der der Patient sich gerade befindet.

Fonagy et al. (1998) unterscheiden sechs Ebenen der reflexiven Kompetenz. Diese Ebenen decken das gesamte Spektrum der möglichen Reflexivität von negativer über fehlende, geringe und normale bis hin zu ausgeprägter oder außergewöhnlich guter Reflexivität ab. Koordiniert werden diese – nach einigen Änderungen und Aktualisierungen der RKS – mit ungeraden Zahlen von -1 bis 9. Es sind auch Zwischenstufen denkbar, vor allem, wenn eine Aussage einer Testperson oder das gesamte Interview nicht eindeutig einer Ebene zuzuordnen sind.

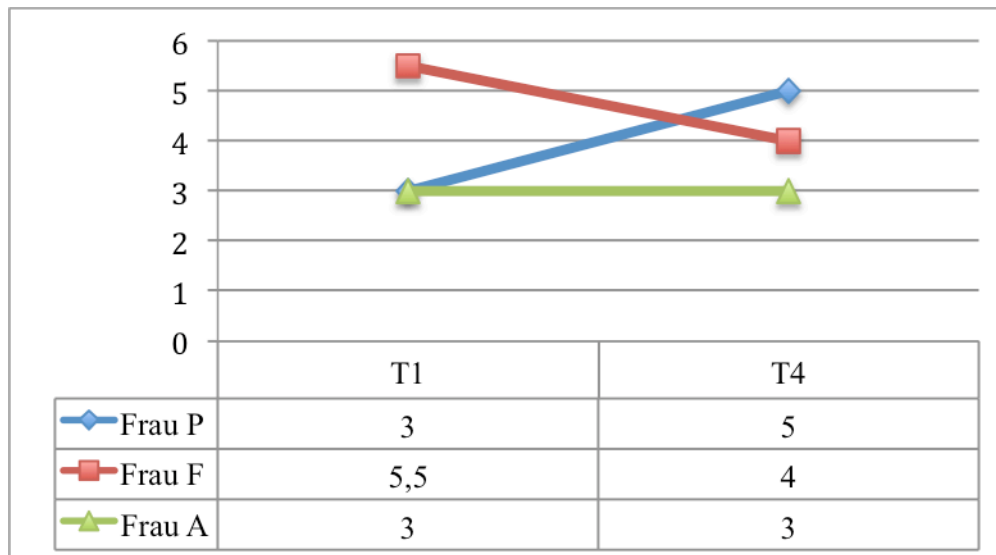


Abbildung 1: Prä-Post-Vergleich der Ergebnisse der RKS vor und nach 15 Monaten psychoanalytischer Therapie zu den Testzeitpunkten T1 und T4 (Quelle: eigene Abbildung)

Das Sample dieser Arbeit wurde so gewählt, dass größtmögliche Unterschiede in der über den Verlauf der Studienteilnahme gemessenen reflexiven Kompetenz deutlich wurden. Frau P verzeichnete dabei eine Steigerung von geringer zu normal ausgeprägter reflexiver Kompetenz. Frau A blieb während im Verlauf ihrer Therapie gleichbleibend bei geringer reflexiver Kompetenz, während Frau F sich von anfänglich eindeutiger bzw. mittlerer reflexiver Kompetenz innerhalb des Beobachtungszeitraums verschlechterte. Im Vergleich lag sie zum Schluss aber immer noch zwischen Frau A, deren Reflexivität nicht zugenommen hatte, und Frau P, die sich sehr verbesserte.

3.2.2.1.2 Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS)

Mit Hilfe der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) können Veränderungen in der Verarbeitung intrapsychischer Konflikte gemessen werden. Außerdem findet das psychoanalytisch bedeutsame Konzept der strukturellen Veränderung in der Skala eine Operationalisierung, denn das Instrument dient dazu, „im Verlauf von analytischen Psychotherapien die Stufen der Umstrukturierung der Patientenpersönlichkeit zu erfassen“ (Rudolf et al. 2000).

Die Erfassung des Problemfokus auf Grundlage der OPD-Diagnostik – wie in der HNPS geschehen – ist Voraussetzung für die Anwendung der HNPS. Auf einer siebenstufigen Skala kann unterschieden werden, inwieweit sich im Patienten eine strukturelle Änderung vollzogen hat. Idealerweise führt eine Entwicklung von der Nichtwahrnehmung des Fokusproblems in Verbindung mit völliger Abwehr bzw. Vermeidung im Sinne von „es gibt kein Problem“ über die ungewollten Beschäftigung mit den Symptomen oder den interpersonellen Schwierigkeiten des Patienten weiter zu einer vagen Wahrnehmung des Problems und des eigenen Anteils bis hin zu der Anerkennung und Erkundung des Fokus, also zu einem Punkt, wo ein interessiertes Problemverstehen auf Grundlage der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einer Bewältigung führen kann. Die Bewältigung des Konflikts ermöglicht schließlich die strukturelle Veränderung über die Auflösung alter Strukturen. Dieser Punkt ist kritisch, da hier die Abwehr brüchig wird und der Patient einer Trauer und Ohnmacht ausgeliefert wird, die er vorher so nicht wahrgenommen hat. Schließlich folgt eine Neustrukturierung, in der sich für den Patienten spontan neue Verhaltens- und Erlebensebenen einstellen. Letztendlich kommt es zur Auflösung des fokussierten Problems und zu einer Integration des als authentisch Erlebten und zu einer Neugestaltung im Leben. Natürlich erleben nicht alle Patienten alle Stufen der HSCS in einer Psychotherapie.

Innerhalb der ersten drei Messzeitpunkte konnte im vorliegenden Sample für alle drei Patientinnen eine Verbesserung festgestellt werden. Die Auswertungen für T4 lagen nicht vor. Wie nicht anders anzunehmen, verbessert sich Frau P nicht nur in ihrer reflexiven Kompetenz, sondern auch in der HSCS um eine Stufe. Im Interviewprozess wird immer mehr interessiertes Problemverstehen deutlich. Frau A, die in der RKS keine Veränderung zeigte, zeigt hier die anteilig größte Veränderung im Prä-Post-Vergleich. Von der reinen Beschäftigung mit interpersonellen Problemen nähert sie sich im Verlauf der Studie einer Vorstellung ihres Eigenanteils an ihren Problemen an. Wird sie auf ihren Konflikt angesprochen, beschäftigt sie sich damit, allerdings noch sehr passiv. Frau F dagegen, deren reflexive Kompetenz merklich abgenommen hatte, steigert sich von einem starken Symptomdruck über eine gute therapeuti-

sche Arbeitsbeziehung Richtung Auflösung alter Strukturen mit beginnender brüchiger Abwehr.

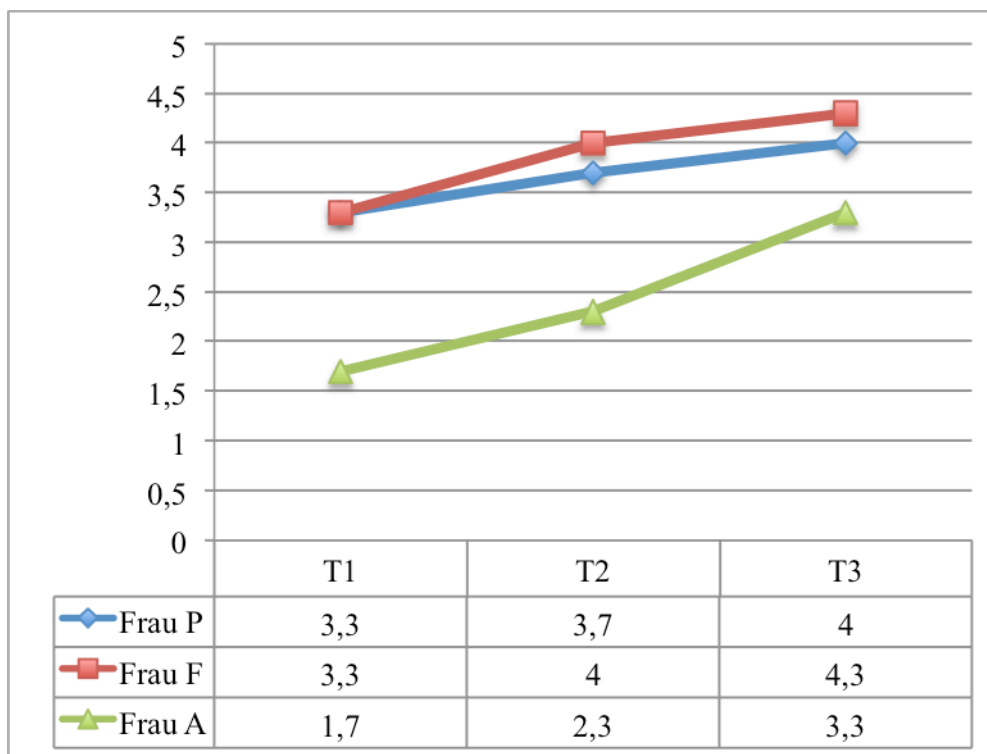


Abbildung 2: Verlauf der Ergebnisse der HSCS zu den ersten drei Untersuchungszeitpunkten T1-T3 (Quelle: eigene Abbildung)

3.2.2.1.3 General Severity Index (GSI)

Die Symptom-Checkliste SCL-90-R (Franke 2002) ist ein weltweit sehr häufig eingesetztes und reliables Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der globalen psychischen Symptombelastung. Die SCL-90-R besteht aus 90 Items, die verteilt auf neun Skalen, wie z.B. Ängstlichkeit, Depressivität und Somatisierung, verschiedene psychische sowie körperliche Beschwerden erfassen. Der Patient soll dabei auf einer fünfstufigen Likert-Skala, die von „überhaupt nicht“ (Wert 0) bis „sehr stark“ (Wert 4) reicht, angeben, wie stark er in den letzten sieben Tagen unter diesen Symptomen gelitten haben.

Zusätzlich können drei globale Kennwerte berechnet werden. Einer davon ist der GSI (General Severity Index). Der GSI gilt als bester Indikator für das aktuelle Ausmaß der vorhandenen psychischen Belastung insgesamt. Er wird oft benutzt, um als Einzelwert die Wirksamkeit einer Behandlung im Sinne einer Reduzierung von Symptomen anzugeben. Hessel et al (2001) geben den GSI-Mittelwert der repräsentativen Eichstichprobe mit 0,38 ($SD \pm 0,39$)

an. Für Frauen liegt der Wert etwas höher bei 0,45 (SD \pm 0,42) (vgl. Franke 2002; 45). Die anderen Kennwerte sind der PSDI (Positive Symptom Distress Index), der die Intensität der Antworten misst, und der PST (Positive Symptom Total), der die Anzahl der Symptome angibt, die den Patienten belasten.

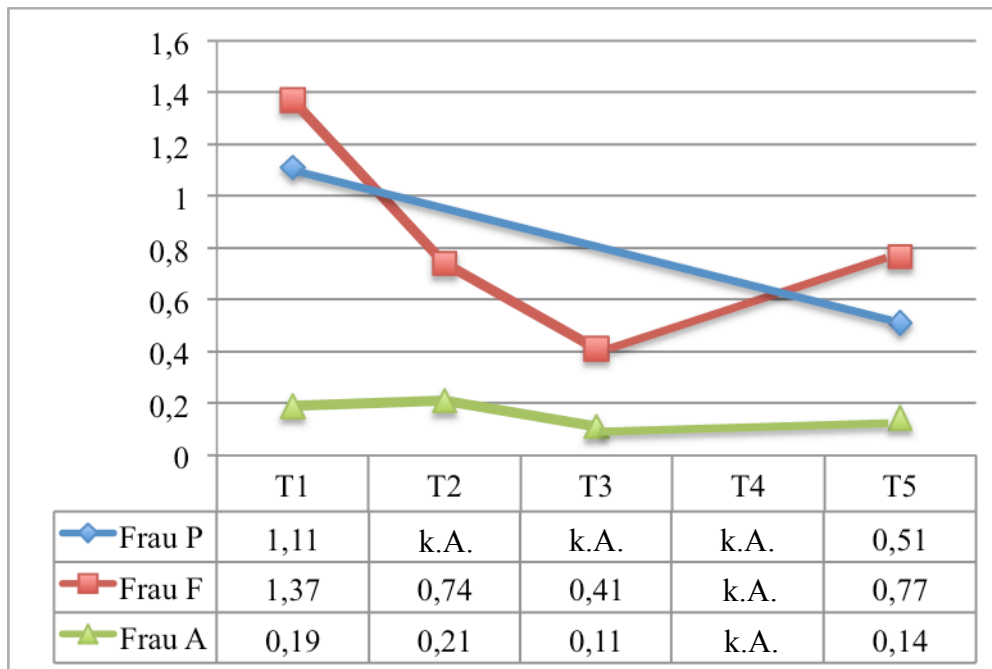


Abbildung 3: Verlauf des GSI zu den fünf Untersuchungszeitpunkten T1-T5 mit Verbindungslinien (Quelle: eigene Abbildung)

Im vorliegenden Sample waren sowohl Frau P als auch Frau F zu Beginn symptomatisch stark belastet. Im Verlaufe der psychoanalytischen Therapie sank der GSI bei Frau F, lag aber nach anfänglicher Abnahme wieder über dem oben genannten Mittelwert für Frauen. Auch Frau P erfuhr über den Zeitraum von drei Jahren eine Verbesserung ihrer Symptomatik, sank jedoch auch nicht unter den Mittelwert für Frauen. Auffällig ist auch, dass die Belastung bei Frau F keineswegs linear abnimmt, sondern sich zum letzten Untersuchungszeitpunkt hin, wieder verschlechtert. Für Frau P liegen leider nur zwei Angaben vor, die mit einer Trendlinie verbunden wurden. Frau A war über den gesamten Verlauf gleichmäßig gering belastet, sogar weniger als Frauen im Durchschnitt. Darauf wird später noch eingegangen.

3.2.2.1.4 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Der BDI (Beck-Depressions-Inventar) ist ein „Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung der Schwere depressiver Symptomatik“ (Hautzinger et al. 1994; 7). Die Skala umfasst 21 Items wie z.B. Traurigkeit, Entschlussunfähigkeit, Schuldgefühle und Ermüdbarkeit, die die depres-

sive Symptomatik in vier Schweregrade unterscheiden. Die Beantwortung erfolgt durch Ankreuzen der Aussage, die den momentanen Zustand des Patienten am besten treffen.

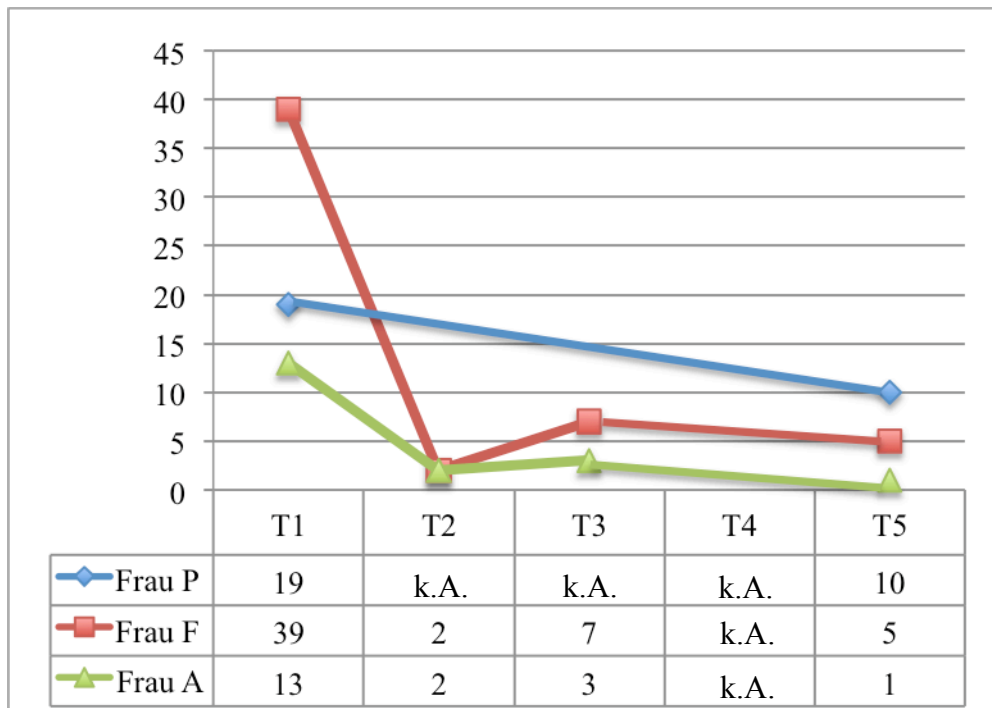


Abbildung 4: Verlauf des BDI zu den fünf Untersuchungszeitpunkten T1-T5 mit Verbindungslinien (Quelle: eigene Abbildung)

Alle Patientinnen des Samples verzeichneten über den Verlauf eine starke Verbesserung der depressiven Symptomatik. Die deutlichste Verbesserung – auch schon zu Beginn der Psychotherapie – ist bei Frau F zu verzeichnen, die zu Beginn auch am stärksten belastet war. Frau P hat im Vergleich mit den anderen mit einer Summenwert-Differenz von 9, die geringste Besserung. Frau A besserte sich ebenfalls und erreichte schließlich fast die Nulllinie.

Auf Grundlage der quantitativen Ergebnisse der Patientinnen wurden folgende Arbeitshypothesen formuliert, die im Verlauf der qualitativen Untersuchung geprüft werden sollten:

- I. Da die RKS die Ausprägung von reflexiven Kompetenz operationalisiert misst, kann davon ausgegangen werden, dass
 - a. eine Steigerung der geringen reflexiven Kompetenz im Prä-Post-Vergleich mit einer Steigerung der Einsichtsfähigkeit im psychoanalytischen Prozess assoziiert ist.
 - b. eine Verringerung der normalen reflexiven Kompetenz im Prä-Post-Vergleich mit einem Verlust der Einsichtsfähigkeit im psychoanalytischen Prozess assoziiert ist.

- c. ein Gleichbleiben der geringen reflexiven Kompetenz im Prä-Post-Vergleich mit einem Fehlen von Einsicht im psychoanalytischen Prozess assoziiert ist.
- II. Die quantitativen Ergebnisse können mit Hilfe der qualitativen Analysen repliziert werden.
- III. Die Veränderung der reflexiven Kompetenz im Prä-Post-Vergleich ist ein Moderator für die therapeutische Beziehung, in der sich Einsicht bilden soll, und lässt dementsprechend Prognosen in Bezug auf den therapeutischen Erfolg und die strukturellen Veränderungen der Patientinnen während der Therapie zu.

3.2.2.2 Das hermeneutische Feld II - Auswertung

Innerhalb der Interpretationsgruppe, bestehend aus insgesamt drei Studentinnen des Masters Psychologie, Mitte bis Ende Zwanzig, übernahm ich die koordinierende Rolle. Ich versandte das zu analysierende Material frühzeitig an die anderen zwei Gruppenteilnehmerinnen, damit sich diese die Texte vorbereitend durchlesen konnten, und führte bei den drei Interpretationstreffen, die jeweils zwischen zwei und drei Stunden dauerten, Protokoll. Zu Beginn eines Treffens fragte ich nach ersten Eindrücken, Auffälligkeiten und aufsteigenden Gefühlen. Danach sprachen wir über Textstellen, die uns beim Lesen aufgefallen waren und analysierten, was genau daran inkonsistent war. Über einen Vergleich dieser Szenen gelangten wir nach und nach vom manifesten zum latenten Sinngehalt des Textes. Nach den Treffen fertigte ich ein Protokoll an, in dem ich unsere Gedanken zur Psychodynamik und die bewussten und unbewussten Konflikte der Probandinnen aufschrieb und einen ersten Entwurf zum Prozess der Einsichtsgewinnung nachzuzeichnen versuchte.¹²

Unser Vorgehen orientierte sich an Leithäusers Vorgehen, um relevante Textstellen zu finden (2009; 367). Als relevant gelten die Textstellen, die sich in ihrem manifesten Gehalt auf das Erkenntnisinteresse der Untersuchung beziehen. Von Interesse können aber auch Textstellen/-passagen sein, die nicht unmittelbar auf die Forschungsfrage Bezug nehmen, sofern sie auf eine starke emotionale Beteiligung der Interpretationsgruppe aufwiesen und bei dieser Irritationen hervorriefen. Trotzdem waren wir der Meinung, auch so das Explikationsgebot einhalten zu können, was besagt, dass eine Rede im Rahmen des Erkenntnisinteresses immer so weit wie nur möglich auch gedeutet werden muss (Leithäuser 2001; 136).

¹² Die Protokolle der Gruppentreffen sind auf dem Datenträger im Anhang zu finden.

3.2.2.2.1 Vom manifesten zum latenten Sinn

Um vom manifesten auf den latenten Sinn der Texte zu gelangen, gingen wir in der Interpretationsgruppe nach den von Lorenzer (2006) unterschiedenen vier Ebenen der Verstehens vor, die neben- und übereinander existieren können und sich verzahnen. Diese verschiedenen Ebenen des Verstehens – logisch, psychologisch, szenisch und tiefenhermeneutisch – zu betrachten, ist ein systematisches Vorgehen, um die relevanten Textstellen miteinander in Beziehung zu setzen. Der Anspruch der Tiefenhermeneutik ist also, gleichzeitig die Tiefe des Verständnisses, sowie die Breite des Überblicks zu erhalten, indem sie die umfassende horizontale Hermeneutik zur vertikalen Hermeneutik des Besonderen ein sich wechselseitig beeinflussende Beziehung setzt. In der Aufbereitung des Materials wird ebenso auf (psychoanalytische) Kategorienbildung zurückgegriffen, diese miteinander verglichen und Differenzen herausgearbeitet und schließlich Interpretation in Form eines Ergebnisberichts zusammengefasst.

Logisches Verstehen analysiert den sachlichen Mitteilungsgehalt von Kommunikation und Interaktion. Es konzentriert sich auf den Nachvollzug des Gesprochenen. Inkonsistenzen, Widersprüche oder mangelnde Eindeutigkeit können auf den Text oder auf die Interpretationsgruppe verweisen und den Weg zum tieferen Verstehen ebnen. Es muss also geklärt werden, was der Ursprung dieser Inkonsistenzen ist (vgl. Morgenroth 2001; 217).

Psychologisches Verstehen lässt auf den emotionalen Beziehungsgehalt schließen und ist als Verstehen des Sprechers anzusehen (Lorenzer 1973; 138). Leitend sind dabei Fragen nach Beziehungen und Verständigung der Akteure untereinander. Verständigungsschwierigkeiten werden analysiert und auf ihre Funktion hin überprüft, da sie im Text oder in der Interpretationsgruppe ihre Grundlage haben mögen (vgl. Leithäuser & Volmberg 1988; 259ff.).

Szenisches Verstehen integriert die Sprach- und Handlungsfiguren zu Interaktionsfiguren, dabei richtet es sich auf diejenigen Muster einer Szene, welche die Lebensäußerungen mit organisieren (vgl. Straub 1999, 315). Hierbei wird gefragt, ob sich in der Art und Weise, wie über ein Thema gesprochen wird, gewisse Strukturen wiederholen, die den Zugang zu einer tieferen Bedeutung erschließen. Der Interviewtext muss also in Bezug auf die aktuelle Situation und Lebenslage der Akteure und gegebenenfalls auf zurückliegende Ereignisse erschlossen werden (vgl. Morgenroth 2001; 215).

Von tiefenhermeneutischem Verstehen spricht man, wenn in den Szenen verborgene Wünsche oder Abwehrmechanismen deutlich werden. An dieser Stelle werden die anderen Sinnebenen zueinander in Beziehung gesetzt und ermöglichen so die Erweiterung der horizontalen auf eine vertikale Hermeneutik, sodass das Unbewusste bewusst werden kann und Resymbolisierung ermöglicht wird (Lorenzer 1973; 36).

3.2.2.2 Die Haltung der Interpretationsgruppe

Da die Interpretationsgruppe gleichzeitig offen für auftretende Gegenübertragungsgefühle, die sich als Reaktionen auf die Texte ergaben, als auch für auftretende eigene Affekte sein musste, musste sie sich eine besondere Haltung zu Eigen zu machen.¹³

Die Haltung der Interpretationsgruppe war eine der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, d. h. die Interpretationsgruppe versuchte ihre Aufmerksamkeit ohne Rückgriff auf persönliche Neigungen, bestehendes Vorwissen und Vorannahmen wohlwollend auf alles zu richten, was der Text auslöste (vgl. Laplanche & Pontalis 2002; 169). Gleichzeitig hielt sie sich an die analytische Regel der freien Assoziation, „ohne Aussonderung alles zu sagen, was einem einfällt“ (ebd.; 77). Die Interpretationsgruppe war also gleichzeitig Analytiker und Analysand in dem Sinne, dass sie den Text interpretierte, aber unter Einbezug eigener Erfahrungen, Erinnerungen und Gefühle Eigenes einbrachte, reflektierte und auf seinen latenten Gehalt in Bezug zum Text analysierte. Zusätzlich folgten wir dem von Peirce so benannten abduktiven Schließen, wobei uns „Einsichten ‚wie ein Blitz‘ überfallen“ (König 1997; 230). Es war erforderlich, im Interpretationsprozess ständig alte Überzeugungen zu überprüfen und, wenn nötig, durch neue tragfähigere zu ersetzen (Schröer 1997).

In der Interpretationsgruppe erkannten wir, dass es spezifische Beziehungen zwischen der jeweiligen Patientin und der Interviewerin bzw. dem Interviewer gab, die sich durch spezifische Abwehrformen auszeichneten. Diese Abwehrformen charakterisieren die jeweilige Dynamik in den Interviews und über die Analyse durch die Interpretationsgruppe kann ihr unbewusster Sinngehalt erschlossen werden (vgl. Leithäuser & Volmberg 1979; 139). Leithäuser und Volmberg bringen es auf den Punkt, wenn sie sagen: „Das Unbewußte konstituiert sich auch im Text durch Verdrängung und Abwehr“ (1979; 75).

¹³ Auch wenn es direkt bei der Erhebung der Daten wegen der Spezifität der Untersuchung keine persönliche Beziehung zwischen Forscherin und Befragten gab, ist der Einbezug von persönlichen Erlebnis- und Verhaltensweisen der Forscherin in das gesamte Forschungsprogramm trotzdem von großem Interesse und muss ständiger Reflexion unterzogen werden, da auch ohne direkten Kontakt zum Interviewten Gegenübertragungsprozesse ablaufen. Aus diesem Grund wurde direkt nach der Transkription der Texte ein Postskriptum erstellt, in welchem diese Gefühle niedergeschrieben wurden. Straub weist darauf hin, dass die Texte Möglichkeiten für die „virtuelle Teilhabe an Interaktionsszenen“ haben, spricht aber nicht von Übertragungen des Textes auf die Interpretationsgruppe (1999; 311). Er warnt auch davor, die Reaktionen der Textrezipienten als Übertragungen misszuverstehen. Korrekterweise kann auch tatsächlich nicht von Übertragung gesprochen werden, da zwischen den Interviewten und der Interpretationsgruppe keine Beziehung bestand, über die unbewusste Wünsche übertragen werden können. Stattdessen benutzt Straub das Wort Gegenübertragung. Ich folge dieser Bezeichnung. Durch die Reflexion der eigenen Gegenübertragung werden das Erleben und das Verhalten der Forscher während des Forschungsprozesses ebenfalls zum Gegenstand der Beobachtung. Auftretende Affekte wie Ängste, Irritationen und Widerstände sollen nicht als Störfaktoren oder Verzerrungen der Forschung angenommen werden, sondern als Nebenprodukte der Auswertung dienen und diese ergänzen. Der Reflexion des Beziehungsgeschehens in der Forschungsbegegnung kommt daher eine große Bedeutung zu.

Die verschriftlichten Ausarbeitungen wurden den beiden anderen Teilnehmerinnen der Interpretationsgruppe schließlich vorgelegt und noch einmal auf Nachvollziehbarkeit und Plausibilität hin überprüft. Die vorliegende Interpretation will nicht den Anspruch der Vollständigkeit erheben. Jeder Leser kann neue, zusätzliche Varianten der Interpretation entwickeln, sodass jede Interpretation tendenziell in eine unendliche übergeht und die Lebendigkeit der Hermeneutik manifestiert und als qualitative Forschungsmethodik legalisiert (vgl. Leithäuser 2009; 368). Zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse orientierte ich mich an Gütekriterien.

3.2.2.3 Gütekriterien

Analog zu den klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität empirischer Forschung ist mein Ziel, das methodische Vorgehen transparent zu machen, die für den Untersuchungsgegenstand adäquaten Methoden zu wählen und die Erkenntnisse durch Heranziehen von verschiedenen Standpunkten zu validieren (vgl. Poscheschnik 2009, 341f.).

Transparenz bezieht sich dabei auf die Schlüssigkeit des methodischen Vorgehens. Dieses wird durch die im Anhang nachzulesenden Interviewtranskripte¹⁴ und die Protokolle der Diskussionen der Interpretationsgruppe erleichtert, die dem Leser helfen werden, die Ergebnisse der Analyse nachzuvollziehen. Der Forschungsprozess wird offengelegt, d.h. beginnend mit Erläuterungen zur Wahl des Forschungsdesigns, über die Begründung der Wahl der Methodik, die Erhebung des Datenmaterials im hermeneutischen Feld I sowie die Interpretation der Interviews im hermeneutischen Feld II soll erkennbar sein, welcher Weg zum Ziel führte.

Adäquatheit meint, dass der Gegenstand bzw. die Forschungsfrage die Wahl der Methoden bestimmt. Hier sollen die Inhalte der Interviews möglichst breitbandig erfasst werden konnten, um das Problemfeld der Forschungsfrage entsprechend zu repräsentieren und die inneren Strukturen in allen Facetten analysieren zu können. Handlungsleitend war immer die Frage nach der Brauchbarkeit der Strategie insgesamt.

Triangulation schließlich weist darauf hin, dass die Ergebnisse der Interpretation untereinander vergleichbar sind und wenn verschiedene Lösungswege zum Ziel geführt haben, diese auch angeführt werden. Jeder Teilaspekt der endgültigen Interpretation muss durch möglichst mehrere Textstellen belegt sein, daher wird das gesamte Datenmaterial verwendet und nicht für Mikroanalysen auf einen Teil des Materials verkürzt.

¹⁴ Die Transkripte wurden nach den Transkriptionsregeln von Mergenthaler (1992) angefertigt, nach Zeilen nummeriert und im Ergebnisbericht für eine bessere Lesbarkeit aufbereitet. Sie sind ebenfalls auf dem Datenträger als Anhang zu finden.

4 Fallrekonstruktionen

In einem ersten Schritt der fallrekonstruktiven Darstellung werden die drei Interviews von Frau A, Frau F und Frau P deskriptiv in ihrem inhaltlichen Verlauf dargestellt. In einem zweiten Schritt werden die Stimuli der Scanner-Situation mit den inhaltlichen Äußerungen in den Interviews in Zusammenhang gebracht und der dahinterliegende bewusste Transformationsprozess der bewussten Beziehungsschwierigkeiten herausgestellt.¹⁵ In einem dritten Schritt schließlich folgt die Darstellung des unbewussten Konflikts, der in der Interpretationsgruppe mit dem Szenischen Verstehen in einer vertikalen Analyse herausgearbeitet wurde.

Über einen Vergleich der bewussten und unbewussten Inhalte kann schließlich nachvollzogen werden, inwieweit sich über den Verlauf der Therapie Einsicht bildete bzw. wie sich der Prozess der Einsichtsbildung gestaltete.

4.1 Fallbeschreibung – Frau A

4.1.1 Beschreibung des inhaltlichen Verlaufs

Frau A,¹⁶ zu Beginn der Teilnahme an der Studie 31 Jahre alt, lebt in einer festen Beziehung mit einem einige Jahre älteren Mann, der bereits einen Sohn und eine Tochter aus einer früheren Beziehung hat. Beide haben eine gemeinsame Wohnung und heiraten einige Monate nach dem ersten Interview. Die Beziehung zu ihrem Freund beschreibt sie als gut. Störend bzw. nervig in der Beziehung zu ihrem Freund sind für Frau A die Konflikte mit der fast dreizehn jährigen Tochter des Freundes, die in den Ferien viel Zeit bei ihrem Vater verbringt.

Die Gründe, aus denen Frau A eine Therapie mit einer Frequenz von drei Stunden die Woche im Liegen bei einer Analytikerin beginnt, werden von Frau A mit ihrem Arbeitsplatz als kaufmännische Sachbearbeiterin in einer Spedition assoziiert. Diese arbeitsbezogenen Probleme werden im Interview nicht direkt benannt. Implizit erschließt sich aber, dass ihr Chef mit ihrer Arbeit unzufrieden ist, was darauf schließen lässt, dass sie einige Fehler gemacht und auf Kritik entsprechend empfindlich reagiert haben muss.

¹⁵ Als Stimuli wurden vom HNPS-Team auf Grundlage von Interviews nach dem System der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik des Arbeitskreises OPD (2006) systematisch für jede Patientin persönlich relevante Inhalte gewählt. Dabei wurde den dysfunktionalen Beziehungsmustern besondere Aufmerksamkeit geschenkt und Sätze formuliert, die nicht notwendigerweise mit Depression oder gedrückter Stimmung in Zusammenhang gebracht werden konnten, sondern entscheidende und spezifische Aspekte der Depression, ihrer Entwicklung oder ihrer Manifestation der Patientin herausstellten (Kessler et al. 2011).

¹⁶ Der Diagnostik im Rahmen der HNPS (SKID I+II [Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse I nach Wittchen et al. (1997), und Achse II nach Fydrich et al. (1997)]) zufolge begann Frau As Dysthymie, als sie 17 Jahre alt war. Zusätzlich wurde eine selbstunsichere Persönlichkeitsstörung festgestellt.

Kurz vor dem ersten Interview kündigte Frau A ihren Job. Über die Aufmerksamkeiten, die sie in Zusammenhang mit ihrem Abschied und dem Neuanfang im neuen Job bekommt, freut sich Frau A. Sie freut sich auch sehr auf den neuen Job, bei dem sie mehr verdienen wird und verantwortungsvollere Aufgaben übernehmen soll. Gleichzeitig ist der Neuanfang aber auch mit Angst besetzt, da sie eine neue Zeit der Bewährung – die Probezeit – vor sich hat und das Risiko besteht, dass sie gekündigt wird.

Die Beziehung zur Mutter ist angespannt. So verschweigt Frau A ihr beispielsweise, dass sie eine Therapie begonnen hat, und lässt sich am Telefon von ihrem Freund verleugnen. Selbst zum zehnjährigen Todestag ihres Vaters will sie ihre Mutter nicht treffen, da sie am betreffenden Tag Therapie hat und der Todestag ihres Vaters kein wichtiger Grund sei, die Therapie abzusagen.

Im zweiten Interview berichtet Frau A dann, dass sie den neuen Job wieder verloren hat und nach vier Monaten, also noch in der Probezeit, gekündigt wurde. Innerhalb weniger Tage fand sie einen anderen Job. Sie hat zwar auch in diesem neuen Job noch Angst, etwas falsch zu machen oder nicht gut genug zu sein, prinzipiell geht es ihr aber gut.

Frau A ist der Therapie (wie auch allen anderen Personen gegenüber) sehr neutral. Obwohl es ihr wegen der verbesserten Arbeitssituation gut geht, möchte sie die Therapie jedoch nicht abbrechen. Allerdings glaubt sie nicht, dass die Therapie ihr helfen könne, mit ihrer Unsicherheit besser umgehen zu lernen und langfristig die Gründe ihrer Angst vor Fehlern zu bearbeiten. Insgesamt fehlen ihr in der Therapie Vergleichsmöglichkeiten, weswegen ihr schwer fällt zu beurteilen, ob die Therapie überhaupt geholfen habe. Frau A geht davon aus, dass sich auf ihrer Arbeit jederzeit wieder eine ähnlich ängstigende Situation wie vor Beginn der Therapie herstellen könnte. Selbstzweifel hat sie auch in ihrer Beziehung. Frisch verheiratet, fragt sie sich manchmal, ob ihr Mann nicht etwas Besseres verdient habe. Von ihrem Ehemann, den sie als emotional zurückhaltend beschreibt, würde sie sich mehr emotionales Feedback wünschen.

Im dritten Interview äußert sie sich enttäuscht, dass sie von ihrer Therapeutin weniger Feedback erhalten habe, als sie gebraucht hätte. Auch bei Beendigung der Therapie nach ungefähr 150 Sitzungen fehlt Frau A ein klares Ergebnis, wie sie es von ihrer kaufmännischen Arbeit her kennt. Außerdem hatte sie gehofft, in der Therapie mehr über sich und ihre Kindheit zu erfahren. Sie kann sich aber kaum an Situationen aus ihrer Kindheit erinnern. Sie sieht zwar einen Therapieerfolg darin, dass sie innerhalb und außerhalb der Therapie besser über sich sprechen könne. Ein Ziel hat sie für sich jedoch nicht gefunden. Sie wisse zwar,

dass es ihr wichtig sei, was Leute von ihr halten, und wo sie Schwierigkeiten hat, was aber die zwei Jahre Therapie in Bezug auf ihre Problematik gebracht haben, weiß sie nicht.

Trotzdem stellt sie, vom Interviewer darauf angesprochen, viele Veränderungen fest und fühlt sich besser. Sie sei selbstbewusster geworden, ließe sich weniger leicht unterkriegen, ihre Ängste vor Fehlern seien schwächer geworden. Ihr Mann habe die positiven Veränderungen an ihr ebenfalls bemerkt. Auch habe sie intensiveren Kontakt zu Freunden. Diese Veränderungen schreibt sie größtenteils ihrem Arbeitswechsel zu. Auch die Sicherheit der Ehe trägt zu ihrem positiveren Gefühl bei. Beide planen, gemeinsam ein Kind zu bekommen.

4.1.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts

Die Sätze, die für Frau A formuliert und ihr während der fMRT-Untersuchungen¹⁷ gezeigt wurden, bezogen sich auf ihren Umgang mit emotionalen Verletzungen durch andere. Frau A befindet sich demnach in einem Teufelskreis, der wie folgt umschrieben wird:

*"Obwohl Sie von den
anderen verletzt werden,
nehmen Sie sie immer wieder in Schutz.
Wenn Sie sich zurücknehmen
und sich kleinmachen,
werden Sie aber übersehen,
was Sie wiederum verletzt."*

Frau A fällt es schwer, sich im Scanner in ihre eigene Situation einzufühlen und die in den Sätzen beschriebene Beziehungsschwierigkeit als die ihre zu erkennen. Schon vor Beginn des eigentlichen Interviews, hatte sie angedeutet, dass die Sätze nicht zu ihr passen. Sie begründet das folgendermaßen: „Ich glaub, mich regt immer vieles denn in der Situation auf. Aber im Nachhinein bin ich da eher neutral gegenüber bei vielen Sachen. So auch gefühlmäßig, wenn ich drüber nachdenke im Nachhinein.“ (47ff.)¹⁸ Auch in Beziehungen reagiert sie ähnlich. Wenn sie sich über ihren Freund aufregt, ist sie in der jeweiligen Situation emotional stark beteiligt, „wenn’s dann wieder ok ist, dann is es ok, dann ist das wieder weg. Also dann reg ich mich da nicht mehr drüber auf“ (63f.).

¹⁷ Die Scanner-Sätze wurden nicht stringent in der Ich-Perspektive geschrieben, wie beispielsweise bei Frau F und Frau P. Eine bewusste Entscheidung des Forscherteams der HNPS gab es dazu nicht. Möglicherweise spiegelt sich in den Formulierungen, in denen Frau F direkt angesprochen wird und die nicht aus ihrer Perspektive formuliert wurden, unbewusst das Gefühl, dass für Frau A eine Formulierung in Ich-Perspektive zu viel Nähe bedeutet hätte, die sie nicht oder schlecht ausgehalten hätte.

¹⁸ Den Zitaten sind die Zeilennummern der entsprechenden Transkripte beigelegt.

Auch vor dem Beginn des zweiten Interviews sagt Frau A, dass die Sätze nicht mehr auf sie zutreffen würden. Im neuen Job hat sie nicht das Gefühl übersehen zu werden. Sie hat zwar noch Angst davor, etwas falsch zu machen oder nicht gut genug zu sein, aber das sei eben ihr grundsätzliches Gefühl, das jederzeit wiederkehren und schlimmer werden könne, und nicht in ihrer Arbeitsstelle begründet liege. Ohne Unterstützung und Anerkennung von außen sind das Gefühl der Unsicherheit und die Angst vor Fehlern für sie schwer aushaltbar. Von der Situation auf Arbeit macht sie abhängig, ob es ihr gut oder schlecht geht. „Wenn’s einem auf Arbeit schlecht geht, dann spielt das ja auch mehr ins Private rein. [...] Und wenn’s auf Arbeit geht, dann geht’s auch meistens privat auch besser.“ (510-513).

Zum Ende des zweiten Interviews kommt sie noch einmal darauf zurück. Sie spricht von der Therapie, in der es ihr schwer falle, etwas über sich zu sagen, weil ihr keine Situation einfalle, in der sie sich entsprechend aufgeregt habe. „Und selbst wenn ich ein wüsste, kann ich mich da nicht so reinversetzen, ähm wie als wenn sie [die Situation; L.D.] gerade passiert wäre. Das kann ich einfach gar nicht. [...] Also ich kann mich da im Nachhinein nicht noch drüber aufregen.“ (553-556). Der Interviewer bestätigt ihr, dass er verstanden hat, was sie sagen möchte: „Das ist so was zu Ihnen gehört. [...] Wenn’s is, isses, aber dann isses auch vorbei.“ (567f.)

Im dritten Interview schließlich kann sie sich an den Wortlaut der Sätze gar nicht mehr erinnern. Nach Wiederholung durch den Interviewer betont Frau A, dass die Sätze nicht mehr zutreffen würden, weil sie nicht mehr das Problem hat, von irgendjemandem nicht beachtet zu werden. Sie räumt aber ein, dass sie immer noch sehr empfindlich sei und Kritik persönlicher und verletzender aufnehme, als sie wahrscheinlich gemeint ist. Im Moment könne sie damit besser umgehen, weil sie weniger kritisiert werde. Der Interviewer bringt das Beispiel eines Autofahrers, der nachts nicht gut sieht und das Problem einfach umgeht, indem er nachts kein Auto fährt, und fügt hinzu: „Kann ja sein, dass man sich manchmal selbst ändert und manchmal ändert sich die Umwelt. In beiden Fällen wird’s einem besser gehen vielleicht.“ (644f.) Die entlastende Situation auf Arbeit entspannt andererseits aber auch Frau As freundschaftliche Beziehungen, in denen sie sich nach ein wenig Überwindungsarbeit mehr einbringt und sich so einen größeren bzw. festeren Freundeskreis aufgebaut hat.

Auf die letzten zwei Jahre bezogen, in der die Therapie stattfand, hat Frau A den in den Fokussätzen beschriebenen Konflikt überwunden, aber ohne eigentlich zu wissen, wie (bzw. für sie ist der Arbeitsplatzwechsel ausschlaggebend). Sie weiß, dass sie von ihrer Persönlichkeit her ein eher unsicherer Mensch ist und geht auch davon aus, dass sie schwierige, angstauslösende Situationen immer wieder unerwartet treffen können. Diesen ist sie dann genauso

ausgeliefert, wie sie es bei ihrem alten Chef war. Die ausgeprägte Angst, Fehler zu machen und nicht gut genug zu sein, erkennt sie also nicht als Schwierigkeit eines inneren Umgangs mit Emotionen, sondern als von außen durch Veränderung der Umstände steuer- und veränderbar.

4.1.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts

Frau As Reaktion auf die Scanner-Sätze macht deutlich, dass sie innerhalb von kurzer Zeit keine emotionale Beziehung mehr zu Situationen hat, die starke Affekte bei ihr auslösten, schnell ist sie „neutral“ (48). Auch in der Therapie fragt sie sich: „Bin ich normal oder ist das normal?“ (523f.). Die Äußerungen lassen sich als unbewusster Versuch verstehen, emotionale Balance zu finden. Ähnliches wird deutlich, wenn Frau A im ersten Interview über ihre Kündigung und den Wechsel zur neuen Arbeitsstelle spricht: „Also ich hab Schwierigkeiten gehabt an dem Tag an dem ich gekündigt hab, aber im Moment eigentlich freu ich mich eigentlich mehr darauf auf den neuen Job“ (102ff.). Sie äußert sich hier, als ginge es um eine banale Sache, andererseits wissen wir aber, die Schwierigkeiten bei ihrer Arbeit waren der Grund dafür, dass sie die Therapie angefangen hatte. Ihrer Stimme ist nicht zu entnehmen, dass der Moment der Kündigung irgendwie affektiv besetzt gewesen wäre. Kurze Zeit später berichtet sie, dass ein Neubeginn auch immer das Risiko in sich trage, gekündigt zu werden – was auch noch in der Probezeit passiert. Ihre Reaktion ist wieder sehr ausgleichend, sie fügt zwei gegensätzliche Affekte – Trauer über den Verlust des alten und Freude über den neuen Job – aneinander, als könne sie beide Gefühle dadurch neutralisieren: „Das war dann natürlich ziemlich traurig ähm das Schöne dabei war, dass ich innerhalb von sechs Tagen ‘nen neuen Job hatte.“ Im zweiten Gespräch erwähnt sie dann, dass ein Neuanfang aber auch eine neue Chance in sich birgt und „das dann auch nicht so vorbelastet ist.“ (382). Ein neuer Arbeitsvertrag verspricht ihr also auch immer einen Neuanfang ohne Fehler. Auf ähnlichem Hintergrund erscheint auch die Ehe, denn obwohl sich nach der Hochzeit nicht viel verändert hat, hat sie „mehr Zusammengehörigkeitsgefühl“ (847), „also noch mehr durch die Heirat eine Familie zu sein“ (851). Sie hat zwar manchmal Zweifel, ob ihr Ehemann nicht etwas Besseres verdient habe, aber da er, wie er sagt, sie ja sonst nicht geheiratet hätte, verdeutlicht er ihr damit, dass die Ehe als Vertrag gewissermaßen Sicherheit vor der Kündigung der Beziehung gibt. Damit ist sie also vor einer Trennung sicher.

Frau A weiß zwar, dass sie nur wenige Erinnerung an ihre Kindheit hat und sagt, sie habe keine starken Gefühle, wenn sie über die Vergangenheit nachdenke. Gleichzeitig scheint

sie eine starke Angst davor zu haben, Spuren oder Erinnerungen bei anderen zu hinterlassen, da sie alles immer sofort und völlig relativiert, sodass man sich überhaupt kein Bild von ihr und ihrer Innenwelt machen kann. Daher wirkt sie leer und wie „das extrem stille Mäuschen“ (710), das sie als Kind schon war. In der Interpretationsgruppe haben wir öfter das innere Bild vor Augen, wie Frau A als liebes Mädchen nicht beachtet wird und nicht auffällt, solange sie keinen Fehler macht bzw. nicht damit konfrontiert wird. Die Folge ist, dass wir uns in der Interpretationsgruppe mit Frau As ausgeprägter innerlicher Leere konfrontiert sahen, die wir nur an dem festmachen konnten, was sie nicht sagt. Sie hinterlässt keinen Eindruck. Dass sie von anderen übersehen wird, verwundert an dieser Stelle nicht mehr.

Diese innere Leere verbalisiert Frau A nicht, ja beschwert sich kaum, wenn andere sie übersehen und dadurch verletzen. Andererseits gibt es Anzeichen, dass sie die Bewusstwerdung dieser Zusammenhänge abwehrt. Ein Narrativ drückt besonders deutlich aus, was wir als Frau As hintergründigen Konflikt sehen:

„Ich hatte da Ende letzten Jahres auch so, wo ich irgendwelche Fehler gemacht hatte, das ähm hm geht mir immer dann halt noch sehr nahe, obwohl das ja halt jedem passiert, und ähm hab denn auch wieder'n bisschen mehr Ängste gehabt nach'm Urlaub wiederzukommen oder so, dass irgendwas passiert ist, was halt nicht richtig war, aber je länger halt die Phasen sind, dass nichts Großes passiert ist, desto ähm schlimmer ist es halt auch. also dann ist das halt dieser Angst davor nicht mehr so da. aber trotzdem kann sie ja jederzeit wieder kommen.“ (805-812)

Schaut man sich hier an, welchen Gegensatz sie ausdrückt, erhält man ein Gefühl dafür, dass Frau A nicht nur oft Angst hat, Fehler zu machen, sondern diese Angst auch als Orientierungshilfe braucht. Fehler zu machen, scheint für sie wichtig zu sein, damit sie das Gefühl hat, überhaupt wahrgenommen zu werden – gerade, um mit einer inneren Leere nicht konfrontiert zu werden. Wenn ihre Fehler auffallen, eckt sie mit der Umwelt an. Sie wird mit den Fehlern konfrontiert. Das löst Angst und Gefühle der Insuffizienz aus. Andererseits setzt sie sich damit in Bezug zu ihrer Umwelt und vermeidet, übersehen zu werden.

Neben den Fehlern, die sie macht, wird sie über Abschiede und Neuanfänge von anderen wahrgenommen. Diese lösen zwar ebenfalls starke Angst aus – weil sie sich wieder neu bewähren muss – aber sie minimieren auch die „Phasen [], dass nichts Großes passiert“ (810) auch freut sie sich über die Aufmerksamkeit, die sie vor einem Abschied bekommt. Wie empfindet sie dagegen die Phasen, in denen sie keine Fehler macht? „Desto schlimmer ist es halt auch“ (810f.). Sie sagt zwar, dass die Angst davor habe, aus dem Urlaub zu kommen und als erstes mit ihren Fehlern, die während ihrer Abwesenheit aufgefallen sind, konfrontiert zu werden. Was uns in der Interpretationsgruppe allerdings beschleicht, ist das Gefühl, dass hinter dieser Angst eine noch größere Angst lauert, nämlich die Angst, während ihres Urlaubs nicht vermisst worden zu sein. Neben der Angst wäre sie dann auch einem starken Gefühl der

Traurigkeit ausgesetzt, die sie nicht äußert, die aber die Stimmung in der Interpretationsgruppe bestimmt und als Schwere körperlich spürbar ist.

Einerseits will Frau A Veränderung, ein Ziel, ein Ergebnis. Andererseits kann sie die großen Veränderungen, die innerhalb der Therapie, an ihr selbst und in ihrer Beziehung, passiert sind, nicht sehen: „Also es verändert sich nun ja nu nicht viel“ (845). Auch bringt sie selbst kein Ziel in die Therapie ein, sie berichtet mehrfach davon, dass sie immer Schwierigkeiten hatte, sich in der Therapie überhaupt zu äußern. Die therapeutische Beziehung ist keine exklusive Beziehung für sie, denn sie sagt: „aber das, was ich da erzähle, erzähle ich meistens vorher oder allgemein meinem Freund auch“ (532f). Womöglich ist die Angst, enttäuscht und übersehen zu werden, größer als das Angst, dass nichts besser wird. Noch größer scheint für Frau A die Angst zu sein, nicht so angenommen zu werden wie sie ist. Deswegen versucht sie der Norm zu entsprechen, was sie so unauffällig macht, dass sie praktisch unsichtbar wird. Winnicott sagte einmal: „It’s a pleasure to hide and a catastrophe, not to be found.“ Winnicott schrieb auch (2010; 131): „Wenn ich sehe und gesehen werde, so bin ich.“ Wenn man sich aber innerlich nicht erlauben kann, gesehen zu werden, wer wird einen dann sehen und annehmen?

Auf dieser Interpretationsgrundlage erscheint das Baby, das sich Frau A wünscht, als Möglichkeit, ganz konkretistisch schon in der und durch die Schwangerschaft die innere Leere zu füllen, und in dem Säugling einen Menschen zu haben, der absolut auf sie angewiesen ist und sich nicht leisten kann, sie zu übersehen.

Dass Frau A zum Ende des Interviews hin noch erwähnen kann, dass sie die letzten Stunden der Therapie nutzen möchte, um aufgefangen zu werden, wenn ihre Sorge bestätigt wird, dass sie kein Kind bekommen kann, bestätigt, dass sie doch ein – wenn auch rudimentäres – Verständnis von therapeutischer Beziehung hat, auch, wenn sie das Gute, das sie dort an Hilfe bekommt, kaum annehmen und nur der Änderung ihrer Arbeitsstelle eine Besserung zuschreiben kann.

4.2 Fallbeschreibung – Frau P

4.2.1 Beschreibung des inhaltlichen Verlaufs

Frau P¹⁹ ist eine 28 jährige, allein lebende Krankenschwester. Zu Beginn der Teilnahme der Studie häufen sich die Konflikte bei ihrer Arbeit und in ihrem Privatleben. Sie hatte eine Be-

¹⁹ Die Diagnostik im Rahmen der HNPS (SKID I+II) ergab, dass erste depressive Symptome im Alter von 14

ziehung zu einem verheirateten Arzt begonnen, der kurz vor dem Zeitpunkt des ersten Interviews die Beziehung beendet, da er sich für seine Frau und seine zwei kleinen Kinder entschieden habe. Die gescheiterte Beziehung löste die aktuelle Krise aus, die zu Frau Ps Teilnahme an der HNPS und zum Beginn der psychoanalytischen Behandlung bei ihrer Analytikerin geführt hatte. Der Bruch mit dem Arzt und die Art und Weise wie Frau P versucht, damit umzugehen, dominieren thematisch das gesamte erste Interview. Er ist ihr sehr wichtig, und obwohl sie keine Beziehung miteinander haben, sehen sie sich noch regelmäßig.

Obwohl sie mehrere dissoziative Symptome schildert, wie dass „ich dann das Gefühl hab, selber mit zu verschwinden“ (58) und dass „ich dann gar nicht richtig bin“ (61), ist der Realitätsverlust nicht psychosenah. Denn sie sagt: „Ich weiß natürlich, dass ich nicht von der Welt verschwinde so, aber irgendwie dieses Gefühl, [...] als wär das alles nicht mehr so richtig, als hätte ich gar nichts, was mich hält, als würd ich fallen oder so“ (111-115). Diese Phänomene müssen sehr ängstigend für Frau P sein. Neben der Angst, dass es ohne den Partner „nie wieder gut wird“ (121), gibt es aber auch den Wunsch, die Beziehung auszubauen. Beides trägt dazu bei, dass sich Frau P nicht lösen kann.

Frau P erklärt sich ihre Reaktion auf die Trennung mit Verweis auf ihre Familiengeschichte. Ein gewisses Maß an Verarbeitung ist schon spürbar, wenn sie (ab 130) beschreibt, was für ein Konzept sie sich erarbeitet hat. Hier folgt ein längeres Narrativ, in dem sie detailliert beschreibt, dass sie sich in den Beziehungen in ihrer Familie unsicher und als Individuum nicht wertgeschätzt gefühlt hat sowie oft das Gefühl hatte, völlig allein gelassen zu sein, ohne jemanden zu haben, der ihr Stärke und Kraft gibt, ohne Urvertrauen. Als Folge davon hängt sie emotional all ihre kindlichen Bedürfnisse an eine Person, wenn sie merkt, dass jemand sie mag, den sie auch mag. Diese Einsichten sind Ergebnis ihrer ersten Therapie, die inzwischen vier Jahre her ist. Als Ziel für die aktuelle Therapie hat sie sich vorgenommen, einen Schritt weiter zu gehen, nämlich „dass ich mit der Therapie ähm die Möglichkeit finde, mich selber eben zu stärken also und meinen ähm eigenen Wert anzuerkennen und mir selbst den Rücken zu stärken und mir selbst mehr Sicherheit geben zu können und mehr Unabhängigkeit zu erreichen.“ (216-220). Dazu gehört dann langfristig auch, selbst zu entscheiden und äußern zu können, wann ihr eine Beziehung nicht gut tut, und diese dann zu beenden.

Bis zum zweiten Interview verändern sich Frau Ps Lebensumstände radikal. So beschließt sie während ihrer Wiedereingliederung in ihren alten Beruf nach längerer Krankenschreibung, ihren Job im Krankenhaus zu kündigen, und arbeitet eine Saison lang als Verkäu-

ferin auf einem Erdbeerhof. Dort lernt sie einen Mann kennen, der als Fahrer ebenfalls auf dem Hof arbeitet. Beide mögen sich und beginnen eine Beziehung, die allerdings zwei Tag vor dem zweiten Interview von dem Mann beendet wird. Inzwischen arbeitet sie in Teilzeit in einem Pflegeheim, wo es ihr jedoch gar nicht gefällt.

Die Beziehung zum Erdbeerfahrer hat es Frau P zwar erleichtert, weniger an den Arzt aus dem ersten Interview zu denken. Allerdings räumt sie ein, dass sie innerlich doch nicht ganz damit abgeschlossen habe. Sie hält ihn immer noch für den perfekten Mann für sich, weswegen sie auch vermutet, dass sie sich auf die neue Beziehung, der sie sehr ambivalent gegenüber war, noch gar nicht einlassen konnte. Auch die Trennung vom zweiten Partner fällt ihr schwer. Nach der Trennung hat sie die Angst, den anderen verloren zu haben. Andererseits hat sie das Gefühl, „ich habe durch ihn mich selber verloren so’n bisschen“ (476), weil sie sich wieder sehr stark auf ihn eingelassen und versucht habe, ihm alles Recht zu machen. Für die Zukunft wünscht sie sich daher, es wäre „schöner, wenn ich das mal irgendwann hinkriegen würde, ne Beziehung zu führen und den Kontakt zu mir trotzdem zu behalten. Weil ich glaube, nur dann funktioniert das“ (484ff.). Augenblicklich fühlt sie sich sehr verunsichert und erklärt sich diese umbruchsvolle Phase ihres Lebens zu einem großen Teil auch mit der Psychoanalyse, „in der ich mich ja quasi ständig beobachte“ (505f.). Hier spürt sie auch, welche ambivalenten Gefühle sie eigentlich hat und inwieweit das Geschehen der Gegenwart mit ihrer Vergangenheit verknüpft ist.

Im dritten Interview erwähnt Frau P, dass sie sich in Bezug auf die Therapie noch in der Entwicklung befinde, die Therapie aber sehr anstrengend sei. Sie ist häufig müde und erschöpft, weiß aber auch, dass sie noch Zeit braucht, weil „immer noch so vieles unangetastet irgendwie in mir drin“ ist (658f.). Damit bezieht sie sich auf Themen, die ihre Familie betreffen:

„Also wenn wir halt irgendwie das Thema Vater streifen so, dann kippt’s. Dann ist halt gleich irgendwie so ’ne Mauer da. Gibt immer noch so viel, was-, wo ich mich innerlich so gegen sträube, das so anzugucken. Und ähm es läuft halt immer wieder irgendwann wieder darauf hinaus – egal worüber man redet, am Ende landet man wieder bei den Eltern“ (666-670).

Die alten, gewohnten Strukturen, die schwer aufzubrechen sind, nimmt Frau P zum Anlass, von ihrem neuen Freund zu erzählen. Sie hat „irgendwie jemand anderen dann kennen gelernt und ähm der war dann mal nicht vergeben“ (699f.). Mit ein wenig Selbstironie erläutert Frau P, dass sie einen Schritt weitergekommen sei und nun mit jemandem zusammen ist, der auch mit ihr zusammen sein möchte und der „richtig zu haben“ (705) sei. Frau P stellt auch hier wieder fest, dass es ihr schwer fällt, soviel Nähe auszuhalten, z.B. ist ihr Freund in ihre Wohnung eingezogen, die für sie ein sicherer Ort, ihr Nest, ist. Bis sie 18 Jahre alt war, hat sie bei ihren Eltern gewohnt und „das war halt wie ein Gefängnis oder so was, das war

nicht verbunden mit Sicherheit und Geborgenheit“ (761f.), sondern mit Streitereien – ein Ort, an dem Frau P große Ängste hatte.

Mit ihrem Freund streitet sie zwar auch, aber Frau P versteht, dass sie selber aus den Erfahrungen mit ihrer Familie Muster auf ihren Freund überträgt, dass sie sich z.B. von ihrem Freund bedroht fühlt oder Angst hat, dass er ihr Nest kaputt macht. Um sich solcher oder ähnlicher Sachen bewusst zu werden, spricht sie immer wieder mit ihrer Therapeutin darüber und versucht „Situationen immer wieder zu reflektieren und das irgendwie mit in die Zukunft zu tragen“ (818f.), weil sie weiß, „dass sich so was nicht von alleine gibt oder irgendwie dann auf einmal aufhört oder verschwindet“ (830f.).

Auch symptomatisch geht es ihr besser. Zwar fühlt sie sich immer noch häufig erschöpft und kraftlos, phasenweise schläft sie schlechter, aber sie benennt gleich den Grund, dass sie „mit jemandem das Bett“ (876) teilen muss. Beruflich ist Frau P ebenfalls zufrieden. Sie arbeitet in Teilzeit in einem Café, was ihr sehr viel Spaß macht. Zusätzlich hat sie einen Minijob im Pflegedienst, weil sie dort gut verdient. Vom Interviewer angesprochen, ob sie vielleicht noch eine andere Ausbildung machen oder anfangen möchte zu studieren, grenzt sie sich ab. „Das hätte da jetzt auch gar kein Sinn, da irgendwie was Grundlegendes zu entscheiden, ich muss, also ich muss jetzt irgendwie mich selber’n bisschen aufräumen“, (910f.) sagt sie und wirkt dabei schon recht aufgeräumt.

Zum Schluss des dritten Interviews berichtet Frau P noch von ihrem Freund, mit dem sie inzwischen ein Jahr zusammen ist, dass sie nicht das Gefühl habe, an ihm klammern zu müssen, sondern dass sie beide gleichberechtigt an der Beziehung beteiligt sind. Sie wirkt geradezu erleichtert, dass sie in der neuen Beziehung die alte Abhängigkeit, unter der sie zu Beginn so gelitten hat, und bei der sie das Gefühl hatte, sich selbst zu verlieren, nicht mehr spürt und wodurch sie eine reifere, feste Beziehung eingehen konnte, in der beide Partner die Beziehung wollen.

4.2.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts

Die vom Team der HNPS formulierten Fokussätze für die fMRT-Untersuchung, beziehen sich auf Frau Ps Schwierigkeiten in Beziehungen. Ohne Partner fühlt sie sich schnell einsam. Mit Partner spürt sie sich besser, allerdings gibt sie ihre Bedürfnisse auch schnell für die des Partners auf:

*„In wichtigen Beziehungen fällt
es mir schwer, Liebe und Halt zu spüren.
Das kann mich schnell in*

*große Abhängigkeit bringen, da Einsamkeit droht.
Ohne Partner zu sein kann
sich auch gut anfühlen,
allerdings brauche ich den
anderen auch, um mich selbst zu spüren.“*

Aus dem Überblick des Interviewverlaufs ist schon bekannt, dass Frau P in jedem Interview mit einem neuen Freund oder Exfreund aufwartet. Sie selber sagt, „Ne Beziehung ist bei mir, glaub ich, sowieso immer das Schlachtfeld, an dem ich die Kämpfe so am besten austrage.“ (413ff.). Dementsprechend erfährt man wenig über Freund und Kollegen, nur hier und da Einwürfe über ihre Familie. Aber auch diesbezüglich sind die Informationen relativ dürftig.

Zu Beginn des ersten Interviews irritiert es Frau P, „die eigene große Geschichte, die sich so komplex und so vielfältig anfühlt, in so Sätzen sozusagen ähm zusammengepresst zu sehen, und das ist äh ein komisches Gefühl, das so gedruckt und in Worten da so stehen zu sehen – dann hat es so was sehr Wahres“ (27-30). Allerdings beschreiben die Sätze etwas sehr Zentrales in Frau Ps Leben. Sie spricht viel in der Therapie darüber und setzt sich aktiv damit auseinander, da die Beziehung zu dem Arzt gerade auseinander gegangen ist. „Ich spüre auch immer noch, welche Bedeutung er für mich hat, und da isses eben auch so, dass ich ähm das Gefühl hab, wenn ich ihn jetzt gar nicht mehr sehe – wo muss ich denn dann hin? Wer bin ich denn dann noch? Und so als hätte das alles keine Bedeutung mehr.“ (84-87) Frau P kann sich nicht klar abgrenzen und kommt nicht von ihm los, obwohl sie weiß, dass es keine Zukunft hat und ihr wohl auch nicht gut tut. Neben der schon beschriebenen dissoziativen Symptomatik, die sie beschreibt, hat sie aber auch Angst, alleine zu sein und nichts mehr wert, nicht mehr da zu sein, „als hätte ich gar nichts, was mich hält, als würd ich fallen oder so“ (114f.).

Ihren Beitrag an der schwierigen Situation sieht sie in der „Dramatik, die das Ganze hat für mich, das liegt ja an mir und meiner Geschichte und meinem Leben.“ (190ff.). Sie führt aus, dass sie beide schuld seien an der Situation, der Arzt an der äußeren Situation, dem ständigen Hin und Her, und Frau P an der inneren, wie nah es ihr geht und wie lang sie sich von dem Arzt so behandeln lässt. Danach führt sie allerdings aus, dass sie eigentlich doch Angst hat, mehr schuld und nichts wert zu sein.

Im zweiten Interview wird deutlich, dass der Erdbeerfahrer, ihr neuer Freund, ganz anders ist als sie. Die Illusion, der Arzt wäre genau der Richtige für sie gewesen, lebt aber immer noch in ihr, weil „das war bisher einfach das Beste, was ich bis jetzt erlebt habe, [...] auch, wenn das mit das Schlimmste, was ich jemals erlebt hab, ausgelöst habe äh ausgelöst hat“ (380-383). Durch ihre Fehlleistung an dieser Stelle wird auch wieder deutlich, dass sie sich selber die Schuld dafür gibt, dass sie so leidet; sie hat es ja ausgelöst.

Frau P kommt zu dem Schluss, dass die neue Beziehung ja noch gar nicht funktionieren konnte, weil sie noch immer an dem Arzt hing. Andererseits weiß sie gar nicht, ob sie die Beziehung zum neuen Freund überhaupt wollte, oder ob sie nur gerne verliebt ist, um nicht allein sein zu müssen. Ihre Taktik ist dann, den anderen zur Entscheidung zu zwingen: „und vielleicht wollte ich sie selber gar nicht, diese Beziehung, weil ich wusste, ich will eigentlich jemand anderen, den ich nicht haben kann. Und also ich glaube nicht, dass ich jemand bin, der Schluss macht, wenn dann zwing ich den anderen dazu, Schluss zu machen“ (426-429).

Nach ihrem Anteil an der Beziehungsproblematik gefragt, erklärt Frau P, der sei auf den ersten Blick sicher groß – dass sie alleine schuld sei. Inzwischen habe sie sich aber Gedanken gemacht und „es wird schon seine Gründe haben, warum ich so und so und so reagiert habe“ (515f.). Eigentlich seien „da beide dran beteiligt“ (550). Interessant ist, dass Frau P über die zweite Beziehung, der sie sehr ambivalent gegenüber ist, sagt, dass beide schuld seien.

Im dritten Interview schließlich kann sie anerkennen, dass sie selbst viel dazu beiträgt, dass es zu Streitereien kommt und ihr die Nähe zu ihrem Freund zu ertragen schwer fällt. Einen Beitrag zu den Kämpfen, die beide miteinander austragen, leisten sie beide, allerdings räumt sie ein, „das ist schon mehr, was ich mitbringe, also dass das mein Paket ist“ (785f.). Sie weiß, dass auch ihr Freund Macken hat, „also er bringt schon was mit auch, was auch das sozusagen schwieriger macht, aber wenn’s das nicht wäre, dann wär’s was anderes“ (792ff.). Gerade der letzte Nebensatz zeigt ganz deutlich, dass ihr bewusst ist, dass sie mit ihrem Freund aneinander gerät – egal aus welchem Grund – weil ja auch Beziehungen das Schlachtfeld sind, wo sie ihre Kämpfe austrägt.

Zum Ende des dritten Interviews stellt Frau P heraus, dass die Scanner-Sätze ihr fremder geworden sind und ein bisschen verblasst, „weil man ja jemanden hat, der hinter einem steht, also ich fühl mich ein bisschen stärker, nicht mehr ganz so das mit der Abhängigkeit irgendwie“ (937f). Die Angst verlassen zu werden, bestimmt nicht mehr Frau Ps Handeln. Sie braucht zwar ihren Freund „auf so’ne normale Art und Weise“ (962), aber sie fühlt sich nicht abhängig von ihm. Eher hat sie das Gefühl, sie sei der „wackelnde Part“ (974), wäre also eher diejenige, die die Beziehung beendet. Das gibt ihr die Freiheit zu bleiben und soweit das Gefühl von Sicherheit, dass sie nicht klammern muss. Wo sie sich früher nicht trennen konnte, bevor sie jemand Neues hatte, kann sie heute zumindest schon darüber nachdenken, dass sie sich trennen könnte, wenn sie wollte. Warum? Weil die aktuelle Beziehung ihr ein anderes Gefühl von Bindung gibt, mehr Sicherheit, was Ernstes und Festes ist, und beide in der Beziehung gleichwertig und „wir steh’n halt neben einander irgendwie“ (1003).

4.2.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts

Sehr schnell wird in unserem Gespräch deutlich, dass die „Basis auf der man sozusagen sein Leben aufbauen kann“ (151) für sie keine interne, sondern eine externe Basis ist. Es ist immer ein anderer Mensch notwendig, um ihr ein Gefühl von Sicherheit, Urvertrauen o.Ä. zu geben. Später sagt sie, dass sie diese Sicherheit aus sich noch nicht ziehen könne, und dass sie hoffe, in der Therapie eine Möglichkeit zu finden, sich selber zu stärken. Deswegen ist sie nach Verlusten auch angewiesen, sofort einen neuen Freund zu finden. Gleiches ist übrigens der Fall, als sie ihren alten Job im Krankenhaus kündigt. Nachdem sie in ihren alten Job wieder eingegliedert werden sollte gab ihr die Pflegedienstleitung die Rückmeldung, ihr alte Station wolle sie nicht mehr, sei sie einigen ein „Dorn im Auge“ (311). Sie sollte auf eine andere Station versetzt werden. Also hat sie innerhalb eines Wochenendes entschieden zu kündigen. Aber nicht bevor sie einen neuen Job hatte:

„Ich wollte ja schon immer mal Erdbeeren verkaufen ähm und hab dann dort direkt auf dem Hof angerufen und das hat irgendwie alles auch geklappt. Und hab dann gefragt: ‚Ja, lassen Sie mich aus dem Vertrag raus? Ich hab hier kein Vertrauen mehr in das Haus und wie das hier gelaufen ist. Das find ich, also find ich auch nicht verständlich!‘ Und so: ‚Ich seh hier halt keine Zukunft!‘ Und dann ham die mich halt auch gehen lassen und ich hab jetzt drei Monate lang Erdbeeren verkauft.“ (331-337)

Weil die Basis, die ihr Halt und Vertrauen gibt, noch im Außen ist, kündigt sie also nicht bzw. macht nicht mit ihrem Partner Schluss, wenn sie noch nichts Neues hat (332ff; 988).

Dem Interviewer gegenüber wirkt Frau P sehr offen. Wir haben den Eindruck, dass Frau P den Interviewer als Übergangsobjekt nutzt, um sich weniger allein zu fühlen, weswegen von ihrer eigentlichen Depression während der Interviews kaum etwas spürbar ist. Ihr Stimme hat noch immer sehr viel Kraft, sie betont oft einzelne Worte, um Nachdruck hineinzulegen. Sie wirkt sehr vital und fit – obwohl sie zumindest während des ersten Interviews schon länger krankgeschrieben und wegen Depressionen in medikamentöser Behandlung war. Äußerlich funktioniert sie also gut und führt ein geregeltes Leben – doch das Bild täuscht.

Die Ambivalenz, dass sie nicht weiß, ob sie in den Erdbeerfahrer verliebt war oder nicht, wird noch deutlicher, als sie erzählt, wie eifersüchtig sie in der Beziehung geworden ist. Hier tun sich einige Inkongruenzen auf:

„Also ich hab halt schon gemerkt, dass ich total eifersüchtig bin und ganz verunsichert bin, also weil ich; ich hatte das Gefühl, ich kann nicht merken ob der mich gern hat. So also, ob der, ob der mich mag, ob ich ihm was bedeute. Und er hat immer gesagt: ‚nein‘ natürlich bedeut‘ ich dir was.‘ Und: ‚ja, es ist so‘ und ähm, aber ich konnt’s irgendwie nicht richtig merken und das hat mich total verunsichert und das hat mich richtig garstig und zickig gemacht.“ (525-531)

Interessant ist, dass es sie zickig gemacht hat, dass sie nicht merkte, ob *er sie* gern hat, und er ihre Frage damit beantwortet, dass er ihr bestätigt, dass *er ihr* etwas bedeute. Hier wird durch ihre Verwechslung deutlich, inwieweit sie tatsächlich ihrem Exfreund ambivalent gegenüber war. Kurz vorher nennt sie ihre Eifersucht als „maßgeblichen Trennungsgrund“

(488), um im nächsten Satz anzufügen, es sei ihre eigene Unzufriedenheit gewesen und dass sie selber gemerkt habe, „dass er mir eigentlich nicht vertrauen kann“ (491). Auch der Interviewer merkt ihre Ambivalenz und nennt sie „verunsicherter“ (502) als beim letzten Gespräch.²⁰

Im Laufe der Therapie und der Teilnahme an der Studie hat Frau P bemerkenswerte Veränderungen durchgemacht. In der Interpretationsgruppe unterhalten wir uns länger darüber, ob Frau P langsam beginnt, sich in Beziehungen auch zu spüren. Vorher hatte sie beschrieben, wie sehr sie sich für den anderen aufgibt. Uns kommt auch die Idee, dass es ihr – wegen ihrer Nähe-Distanz-Konflikte – vorher vielleicht nicht möglich war, sich selber und ihre eigenen Emotionen so intensiv zu spüren. Sie hatte vorher gesagt, Beziehungen seien für sie das „Schlachtfeld“ (414), an dem sie ihre Konflikte und Kämpfe austrage. Dass sie nun eine ernsthafte, echte Beziehung führt, in der sie ihre Ängste und Ambivalenzen aushält, ist eine große Leistung. Erstaunlich ist auch, dass sie erkennt, dass sie selbst Probleme mit Nähe hat, was Konflikte auslöst, wenn sie ihr „Paket (786) mitbringt.

Dass sie der Therapie Vertrauen entgegenbringt und Hoffnung hat, dass es mit Hilfe der Therapeutin besser wird, wird ebenfalls deutlich. Auch versucht sie, aktiv selber ihr Leben in die Hand zu nehmen und eingefahrene Muster zu verändern:

„ich weiß nicht, keine Ahnung, wie ich das sagen soll, wie ich damit umgehe. also ich versuch halt, dass; also ich versuch halt, Situationen immer wieder zu reflektieren und das irgendwie mit in die Zukunft zu tragen, dass ähm dass es irgendwie, weiß ich nicht, besser wird oder also ja, ich weiß nicht, vor allem immer wieder darüber reden“ (816-821).

Aber, wie der Interviewer selber sagt, „Wissen und Tun sind unterschiedliche Paar Stiefel“ (855). Es wirkt noch so, als hätte Frau P keinen genauen Plan, wie sie handeln solle, sondern würde noch viel herumprobieren. Es wird aber auch spürbar, dass sie weiß, dass man mit kleinen Schritten vorankommen kann und auch kleine Veränderungen ein Vorwärtsgen zeigen: „ich muss jetzt irgendwie mich selber ’n bißchen aufräumen. also, und dann gibt’s sich das hoffentlich auch, dass ich dann vielleicht irgendwie herausfinde, was ich will. so: also ich bin selber in mir drin noch so unbest. Dann; ich kann das jetzt nicht sagen, was ich will“ (910-914).

Irgendwann möchte sie auch „diese Mauer so Stück für Stück abbauen“ (844), durch die Vergangenheit, die Kindheit, die Beziehung zu ihren Eltern von ihr getrennt sind. Sie trennt auch in die erwachsene Frau P, die weiß, dass es wichtig wäre, in der Therapie darüber zu sprechen, und „den Teil, der das einfach nicht will“ (848f.).

²⁰ Diese Verwechslung könnte als Fehlleistung identifiziert werden oder aber Ausdruck ihrer unklaren Ichgrenzen sein. Auf jeden Fall wird deutlich, wie unsicher Frau P selber ist, ob sie die Beziehung will oder nicht.

Jede Beziehung beginnt mit einer starken Idealisierung und Frau Ps Bemühen, in der Person jemand gefunden zu haben, der sie hält, ihr eine sichere Basis ist und Sicherheit gibt. Sie wünscht sich eine ernste, feste Beziehung, ist gleichzeitig aber nicht in der Lage, jemanden zu finden, mit dem sie diese leben kann. So beginnt sie erst eine Affaire mit einem verheirateten Mann, der eine Frau und zwei kleine Kinder hat und sie – logischerweise – für diese verlässt. Sie fühlt sich nicht gut genug für ihn und empfindet sich als wertlos, nachdem er sie verlassen hat. Für die Trennung und dafür, dass sie die Trennung so schwer nimmt, gibt sie sich und ihren Beziehungserfahrungen die Schuld. Danach hat sie eine kurze Beziehung mit jemandem, mit dem sie sich eigentlich keine Beziehung vorstellen kann, weil der ihr nicht erwachsen genug ist. Sie geht wieder sehr auf die Bedürfnisse des anderen ein. Andererseits weiß sie, dass sie innerlich noch mit der ersten Beziehung beschäftigt ist, und dass die neue Beziehung nur Surrogatcharakter hat. Sie fühlt aber auch, dass sie durch die Trennung von diesem Freund auch einen Teil von sich selber verloren hat – weil sie sich wieder zu sehr auf ihn eingelassen hat und dann enttäuscht wurde, weil sie nicht genug spüren kann, dass er in sie verliebt ist, während sie selber unsicher ist, ob sie in ihn verliebt ist. Erst im dritten Anlauf schafft sie es, eine Beziehung mit jemandem zu führen, der auch mit ihr zusammen sein möchte und der ihr gut tut, sodass sie schon nach relativ kurzer Zeit zusammen ziehen. Sie schafft es in dieser Beziehung, den Kontakt zu sich zu halten, ohne sich für den anderen aufzugeben. Entscheidend ist hierbei, dass Frau F in Beziehung zu dem neuen Freund nicht nur erlebt, dass sie Angst davor hat allein zu sein, weil dann Einsamkeit droht, sondern auch, dass sie die Nähe zu einer anderen Person vorher nicht ausgehalten hat. Die Theatralik ihrer Sprechweise, die Dramatisierungen, die Emotionalisierungen und die emotionale Labilität lassen insgesamt den Schluss zu, dass Frau F einige – wenn auch teilweise abgewehrte – hysterische Züge hat.

Der enge Kontakt in der gemeinsamen Wohnung und die Nähe im Alltag machen ihr Angst und aktualisieren eine Menge Konflikte aus ihrer Vergangenheit, die sie aus ihrer Zeit in ihrer Familie kennt, welche sie als „Ort der Gefahr“ (765) erlebt hat. Doch da sie bei sich bleiben kann und sich und ihren Partner als gleichwertig und nebeneinander auf einer Stufe empfindet, braucht sie nicht am Partner klammern. Sie hat keine Angst, von ihrem Partner verlassen zu werden. Der Gedanke, selber eher diejenige zu sein, die die Beziehung beenden und weiterziehen könnte, gibt ihr die Freiheit zu bleiben. Konflikte, die sich in der Beziehung aktualisieren, kann sie wahrnehmen und in der Therapie ansprechen. Das hilft ihr, diese auszuhalten und irgendwann zu lösen. Hilfreich ist insofern, dass sie „weiß, was ich nicht möchte, aber ich weiß leider noch nicht so genau, was ich möchte“ (895f.).

4.3 Fallbeschreibung – Frau F

4.3.1 Inhaltliche Beschreibung des Verlaufs

Frau F,²¹ zum Zeitpunkt des ersten Interviews 27 Jahre alt, beendet während der zwei Jahre, die die Interviews ungefähr umfassen, ihr Referendariat und beginnt als Vertretungslehrerin an einer Grundschule zu arbeiten. Sie hat einen festen Freund, wohnt aber nicht mit ihm zusammen, sondern in einer eigenen Wohnung.

Über alle Interviews bestimmend ist ihr gespanntes Verhältnis zum Vater, wobei immer die Gefahr droht, dass er den Kontakt abbricht.

„Das habs’ einfach immer wieder, dass er einfach irgendwann dann [das Telefon; L.D.] aufgelegt hat oder ähm gesagt hat, ich bin nicht mehr seine Tochter oder so was. Dann war’s halt für’n Jahr lang oder so vorbei und irgendwann hat er sich dann wieder gemeldet. Er hat sich aber nie entschuldigt, nie was auch dazu gesagt oder im Nachhinein, wenn ich dann mal was angesprochen habe.“ (66-71)

Das Verhalten ihres Vaters verletzt Frau F sehr und lähmt sie innerlich. Deswegen überlegt sie, ob es auf Dauer nicht besser wäre, sich zu distanzieren, den Kontakt zum Vater ganz abubrechen. Kurz vor dem ersten Interviewtermin hat er ihr versprochen, ihr das Hochbett zu bauen, dass sie schon als Kind hatte. Darauf freut sich Frau F eigentlich, „trotzdem ist natürlich immer die Gefahr da, dass irgendwas, irgendwas Kleines ihn plötzlich aufregt, oder dass bei ihm irgendwas schief geht und er dann wieder ausrastet“ (107ff.).

Generell gibt sich Frau F kontrolliert, vorsichtig und distanziert. Vor allem, weil sie Angst vor ihrer eignen Impulsivität hat. Konflikte lösen bei ihr starke körperliche Reaktionen aus, ihr wird schlecht, sie kann aber nicht weinen und alles rauslassen. In solchen Situationen übergibt sie sich. Die Bulimie steht im Dienst, die Gefühle zu regulieren. Zusammen mit ihrem Therapeuten setzt sie sich mit ihrer Wut auseinander und inwieweit sie diese schon als Kind unterdrückt hat. Frau F ist auch bewusst, dass sie ihre Wut auf andere Leute projiziert. Besonders wenn es ihr nicht gut geht, hat sie Angst, „dass ich irgendwas falsch mache und die dann wütend auf mich sind“ (190f.).

Auch im zweiten Interview geht es wieder um den Vater. Nach einem Streit hat Frau F keinen Kontakt mehr mit ihm. „Weil ich merke, er verändert sich nicht und ähm wird sich wahrscheinlich auch nicht mehr verändern. Und das wirft mich einfach jedes Mal wieder aus der Bahn“, (242ff.) so ihre Begründung. Bei dem im ersten Gespräch angekündigten Hochbettbau lief nichts, wie es sollte, sodass der Tag für alle unbefriedigend war und sie genervt

²¹ Der Diagnostik im Rahmen der HNPS (SKID I+II) zufolge begann Frau Fs Dysthymie, als sie 15 Jahre alt war. Zusätzlich wurden eine generalisierte Angststörung, Bulimie sowie eine selbstunsichere und dependente Persönlichkeitsstörung festgestellt.

auseinander gingen. Bei einem Telefongespräch kurze Zeit später, bei dem ihr Vater Frau F zu einer Feier einlud, auf der er ankündigen wollte, dass er seine langjährige Freundin heiraten wolle, kam es zum Bruch. Der Vater wertete Frau Fs Freund dann als „eine[n] von Harekrishna oder so was“ (305) ab und sagte ihr, wenn sie nochmal so einen Freund mitbringen wolle, könne sie gleich zu Hause bleiben. Frau F nahm das als hinreichenden Grund, nicht zur Feier zu gehen, mit der Begründung, es sei ihr „echt total wurscht“ (321), ob ihr Vater seine Freundin heirate. So kränkten beide einander und empfanden die Reaktion des anderen als Ablehnung: „Wenn ich mir darüber Gedanken mache, dass ihn das dann vielleicht kränkt wegen seiner Freundin und so weiter, ja, da sollte vorher erst mal stehen, dass er auch meinen Freund akzeptiert!“ (326ff.). Frau F hat die Hoffnung also aufgegeben, dass ihr Vater sich noch ändert, und zieht sich deswegen von ihm zurück. Damit fühlt sie sich weniger ohnmächtig, „klarer, nicht mehr so hin und her geworfen“ (368).

In der Beziehung zum Freund spürt Frau F im Gegensatz dazu viel Stabilität. Zu Beginn der Beziehung, die inzwischen fast ein Jahr währt, hatte sie die Befürchtung, dass ihr Freund aggressiv sein könnte. Inzwischen merkt sie aber, dass sie ihrem Freund gegenüber manchmal sehr aggressiv ist. Wenn sie seine körperliche Nähe nicht erträgt, sagt sie ihm das und er versucht, sie zu verstehen. Dass ihr Freund ihren Wunsch nach Abgrenzung respektiert und nicht gekränkt oder wütend reagiert, überrascht und erstaunt Frau F.

Die guten Erfahrungen, die sie mit und bei ihrem Freund sammeln konnte und die Tatsache, dass sie mit ihm üben konnte, Nein zu sagen, haben viel dazu beigetragen, dass sie sich in anderen Kontexten besser abgrenzen kann. So ist sie z.B. in ihrer Arbeit als Lehrerin stolz, dass sie sich den Kindern gegenüber abgrenzen kann und trotzdem guten Kontakt zu ihnen hat. Auch im Kollegenkreis fühlt sie sich anerkannt, die guten Erfahrungen helfen ihr.

Das dritte Interview beginnt damit, dass Frau F ausführlich und gut gelaunt erzählt, dass es ihr besser gehe, sie sich weniger ängstlich und depressiv fühle, um dann anzuschließen, dass sie eine „Pause“ (671) in der Beziehung zu ihrem Freund gefordert habe. Als Grund gibt sie an, dass ihr Freund doch „schon ‘ne starke Ähnlichkeit zu meinem Vater irgendwie, also dieses Aggressive“ (680f) haben würde und sie sich deshalb lieber distanzieren. Es verletzt sie sehr, wenn ihr Freund sie anschreit. Sie könne sich dagegen nicht wehren und traue sich nicht bei ihrem Freund Sachen einzufordern, weil sie dann Angst habe, dass er wütend wird. In Diskussionen hatte Frau F das Gefühl, sie könne sich nur durchsetzen, wenn sie anfänge zu weinen oder androhe, sich zu trennen. Hier wiederholt sich die Beziehungsregulation mit ihrem Vater.

Da sie nun wenig Kontakt zum Freund hat und seit einem Jahr gar keinen mehr zum Vater, denke sie aber da nicht so sehr darüber nach, damit es sie nicht aus der Bahn werfe. Es gibt Augenblicke, in denen sie traurig ist, aber meistens geht es ihr besser ohne den Vater. Nur falls er eine Therapie machen würde, könne sie sich vorstellen, Kontakt zu ihm zu haben. Ähnliches denkt sie auch über ihren Freund. Im Unterschied zu ihrem Vater sucht ihr Freund aber weiter Kontakt zu ihr, „jetzt rennt er mir die ganze Zeit hinterher“ (750). Frau F stellt ernüchtert fest, dass sie erst, wenn sie etwas aufgegeben hat, sagen kann, was sie eigentlich will. Vorher konnte sie das nicht deutlich genug ausdrücken. Das Gespräch endet abrupt, als Frau A zu weinen beginnt, der Interviewer aufsteht, um ihr ein Taschentuch zu holen und das Tonband ausstellt.

4.3.2 Prozessmuster des bewussten Konflikts

Die Fokussätze, die für Frau F formuliert und im Scanner während der fMRT-Untersuchungen gezeigt wurden, beschäftigen sich mit dem angespannten Verhältnis zu ihrem Vater und ihren Schwierigkeiten, einen Umgang mit ihm zu finden:

*„Mein Vater ist mir sehr wichtig,
ich habe aber auch Angst
vor seiner Impulsivität.
Wenn ich anfangе, mich zu wehren,
bricht er die Beziehung ab,
und ich bleibe mit meinen
schlimmen Gefühlen zurück.
Ich schwanke dann zwischen erneuter
Annäherung und kompletter Distanzierung.“*

Zu Beginn des ersten Interviews führt sie detailliert aus, warum die Sätze so gut auf sie und die Situation mit ihrem Vater passen. Sie hat ein Idealbild von ihrem Vater im Kopf, gleichzeitig ist er aber auch „beängstigender Mensch“ (43) für sie. Da sie sich nicht gegen ihn wehren kann, überlegt sie, den Kontakt zu ihm abubrechen.

Obwohl sich die Sätze hauptsächlich auf die konflikthafte Beziehung zu ihrem Vater beziehen, erkennt Frau F, dass sie im Grunde mit anderen Männern auch so oder ähnlich umgeht. Über Männer, die sie interessant findet, sagt sie: „Dass ich auch anfangе, die auf ein Podest zu haben, wenn sie noch weit weg sind. [...] Und ähm dass das so ‘ne distanzierte Beziehung ist, dass ich sie-, dass ich auch Angst habe, irgendwas falsch zu machen, weil dann vom-, weil dann natürlich alles kaputt gehen könnte.“ (122-126). Als eigenen Anteil an den

Konflikten nennt sie ihre Impulsivität, dass sie ihre Gefühle nicht kontrollieren könne und diese dann wie bei einem Staudamm überlaufen oder durchbrechen.

Auch im zweiten Interview treffen die Sätze noch teilweise auf sie zu. Frau F ist jetzt bei Distanzierung angekommen ist, es besteht kein Kontakt mehr zum Vater. Auf die Frage des Interviewers, „was denn an diesem Konflikt mit dem Vater auch Ihre Anteile sein könnten“ (396f), antwortet Frau A: „Sicherlich sind da von mir auch Anteile drin. [...] Sicherlich hat das auch damit zu tun, dass es mir auch nicht leicht fällt, mich abzugrenzen.“ (398-402) Hier benennt sie also etwas, was nicht da ist, als ihren Anteil am bestehenden Konflikt. Sie tut also wieder nicht aktiv etwas für oder gegen die Problematik, sondern unterstützt nur passiv den Konflikt, indem sie ihre nicht vorhandene Fähigkeit der Abgrenzung nennt.

Im weiteren Gespräch wird deutlich, dass Frau F zwar Angst hat, dass ihr Freund wie ihr Vater ist, dass ihr Freund aber gar nicht so reagiert. Wenn sich Frau F ihrem Freund gegenüber abgrenzen möchte und dies auch sagt, nimmt er sich zurück und lässt sie „in Ruh“ (451). Sie benennt auch die „gute[n] Erfahrungen“ (476), die sie diesbezüglich in der Beziehung zu ihrem Freund gemacht hat und dass „ich das dann auch übe“ (464). Hierbei hilft es ihr, dass ihr Freund nicht mit Wut oder Unverständnis auf ihren Abgrenzungswunsch reagiert, sondern mit Geduld und Verständnis, und ihren Wunsch nach Distanz nicht allzu persönlich nimmt. Berührend ist, wie Frau F beschreibt, wie ihr Freund und sie „so ’ne eigene Sprache gefunden haben“ (483f), um mit Frau Fs Nähe-Distanz-Schwierigkeiten umzugehen. Geholfen haben mag auch, dass Frau Fs Freund für sechs Monate 500 km entfernt ein Praktikum gemacht hatte, sodass beide sich „so Stück für Stück“ (480) näher kommen konnten. Bei ihrem Freund findet Frau F also langsam in eine Rolle, in der sie sie selbst sein darf, im Sinne von, sie darf sich abgrenzen und auf Distanz gehen, wenn sie sich danach fühlt.

Im dritten Interview kann sie ihren eigenen Anteil und die Parallele zur Idealisierung ihres – erst guten, versorgenden – Vaters und ihres – liebevollen, sie in Ruhe lassenden – Freundes und die spätere Abwertung und folgende Distanzierung von beiden so nicht mehr erkennen. Die Beschreibung, die sie von ihrem Freund gibt, ähnelt sehr dem, was sie im ersten Interview gesagt hat, nämlich dass sie Männer erst schnell auf ein „Podest“ (123) hebe, auch, wenn sie diese noch gar nicht gut kenne, und sie dann schnell abstürzten und sich Frau F distanzieren müsse, weil sie Angst bekäme. Dies hatte sie im ersten Interview auf die Frage nach ihrem Eigenanteil an ihrer Problematik mit dem Vater geantwortet. Jetzt antwortet sie auf die Frage nach ihrem Eigenanteil an der Problematik mit dem Vater: „Also mein Anteil ist vor allem, dass ich ähnlich bin wie meine Mutter und mein Vater ähm nicht zwischen mir und meiner Mutter differenzieren kann“ (767ff). Sich selbst erlebt sich passiv: „Na, ich mache

nichts“ (777), sagt sie. Zum Anteil an der Problematik mit ihrem Freund sagt sie weinend: „dass es mir eben schwer fällt, auch wirklich ganz deutlich zu sagen, was ich möchte und mich halt so klar abzugrenzen, und ja anscheinend sag ich’s ihm nicht deutlich genug“ (783ff). Beim Vater ist sie völlig schuldlos – denn was kann sie für die Realitätsverkenntung ihres Vaters, der „nicht zwischen mir und meiner Mutter differenzieren kann“ (768f.)? Beim Freund liegt ihr Anteil an der Beziehungsproblematik also offensichtlich wieder passiv in ihrer fehlenden Abgrenzung. Hier beginnt sie zu weinen und beendet so die Befragung!

4.3.3 Rekonstruktion des unbewussten Konflikts

Beim Hören des Tonbandes wird deutlich, wie emotional Frau F spricht. Beim reinen Lesen des Transkripts, war nicht deutlich geworden, wie „schlimm und existentiell“ (95) viele Bereiche ihres Lebens eigentlich für Frau F sind.

Das erste Mal stoßen wir auf Einsicht, als Frau F beschreibt, wie sie „im Allgemeinen mit Männern“ (121) umgeht. Hier wird deutlich, wie sehr sie das Muster aus der Beziehung zum Vater auf andere Männer überträgt. Sie beschreibt, diese auf ein Podest zu stellen – also zu idealisieren – und dann schnell Angst zu haben, selbst irgendetwas falsch zu machen und mit ihren Gefühlen allein zu sein. Die Einsicht sehen wir als bewusstseinsnah, wenn auch noch begrenzt an. Offensichtlich wird, dass Frau F über die äußere Distanzierung versucht, eine innere Distanzierung herzustellen, um Beziehungen zu regulieren. Innerlich wird sie aber schnell von ihren Gefühlen überschwemmt und fühlt sich „im Stich gelassen“ (127f.). Die Nähe-Distanz-Regulierung wird schon im ersten Interview als wichtiges Thema deutlich.

In der Interpretationsgruppe zeigt sich schnell Übelkeit als körperliches Gegenübertragungsgefühl auf Frau Fs Beschreibungen im Umgang mit ihren Gefühlen. Sie versucht, die „Gefühle wegzumachen. so zuzustopfen“ (153f.). Auch das bulimische Erbrechen ordnet sie so ein: „Eigentlich ist es ein Versuch überhaupt nicht mehr so viel zu fühlen“ (155f). Frau F wechselt zum Bild des „Staudamm[s]“ (158) um zu beschreiben, wie sie sich dann fühlt: „Und es gibt da keine Möglichkeit, den aufzumachen und irgendwann würde das überlaufen“ (159f.) – „oder brechen“ (162) wie die Interviewerin mit Rückbezug auf die Bulimie hinzufügt. In der Interpretationsgruppe verstehen wir die Äußerung der Interviewerin als Verstehen der Symbolik des Symptoms, dass Frau F nämlich so ihre Angst vor Kontrollverlust und ihrer eigenen Impulsivität in der Bulimie konkret erlebbar macht.

Auf die Frage nach ihrem Beitrag zu ihren Konflikten sagt sie: „und ich hab auch Angst vor meinen eigenen, vor meiner eigenen Impulsivität vielleicht“ (139f). Zu Beginn des Inter-

views hatte sie gesagt, dass sie ihren Vater bewundere (39), was wir als Bewunderung für seine Fähigkeit Wut zu äußern gedeutet haben. Wir haben eher das Gefühl, dass der innere Druck negativ besetzt ist, den sie ja auch loswerden möchte. Im Übrigen kommt dieser Druck auch in ihrer teilweise sehr gepressten Sprechweise zum Ausdruck. Impulsivität scheint nicht nur negativ, sondern auch positiv besetzt zu sein, denn damit wird sie doch den inneren Druck zumindest erst einmal los.

Eine Fehlleistung erregte unsere Aufmerksamkeit, als Frau F davon spricht, dass sie selber eigentlich kaum Wut spürt, „ich hab nur das Gefühl, dass ich immer Wu-; Angst vor der Wut anderer Leute habe“ (182f). Dieses halb ausgesprochene Wort lässt vermuten, dass Frau F vorbewusst doch sehr viel mehr Wut spürt, als sie bewusst zulassen kann. Der Affekt, den sie eigentlich spürt, ist also unklar. Sie spricht von Angst; was aber in der Interpretationsgruppe deutlich wird, ist Wut. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sie, wie sie danach auch erwähnt (siehe 186f), ihre eigene Wut auf andere Menschen projiziert und dann Angst davor hat, dass diese Wut der anderen wiederum sie trifft. Angst scheint für sie positiv, vielleicht auch weiblich/passiv besetzt zu sein, während Wut für sie negativ und männlich/aktiv besetzt ist. Sie selbst gibt sich eher unterwürfig. Von der Einsicht, die (ab 185) zu vermuten ist, dass sie wütend ist, solche Gefühle aber schon früh zu unterdrücken gelernt hat, bleibt wenig als aktiv selbst gewonnene Einsicht übrig. Sie spricht zwar davon, dass das auch „das ist, was ich erlebt habe“ (191), wirklich glaubhaft und spürbar wird es jedoch nicht.

Dass sie die Therapie als hilfreich für ihre eigene innerpsychische Veränderung empfindet, erkennt man an der Verschiebung, dass sie über ihren Vater sagt, er habe „wirklich große psychische Probleme“ (344f) und das würde sich ohne Therapie nicht ändern.

Da Gefühle der Ohnmacht schmerzhaft sind, distanziert sie sich schließlich von ihrem Vater (364). Da sich ihr Vater auch nicht meldet, kann sie sich ihm aus ihrem passiven Modus heraus auch nicht nähern, da sie selbst passiv aggressiv ihrem Vater gegenüber ist. Dies ist offensichtlich die einzige Wut, die sie ihrem Vater gegenüber ausleben kann. Frau Fs Reaktion auf den Kontaktabbruch zum Vater ist emotionslos: „dann war das einfach vorbei“ (312). Gleichzeitig stellt sich hier szenisch Widersprüchliches her. Einerseits lässt die Länge des Narratives und die Ausführlichkeit, mit der Frau F erzählt, vermuten, dass ihr das Thema wichtig ist. Andererseits tut sie das Thema als unwichtig ab und behandelt es so, als würde es in ihre keine Gefühle auslösen, „dann war das einfach vorbei“ (312). Damit wehrt sie aber auch die Einsicht ab, wie verletzt sie ist, dass sie ihrem Vater gegenüber keine Aktivität zeigen darf, ohne dass er wütend wird. Ihre Formulierungen zeigen dies, wenn sie z.B. durch die häufige Kombination der Verallgemeinerung mit „immer“ und der folgenden Relativierung

„irgendwie“ vermeidet, sich festzulegen: „Es war für mich immer so, dass ähm ich auch irgendwie ja dass ich irgendwie so ein Idealbild wahrscheinlich so von meinem Vater hatte, irgendwie immer sehr; irgendwie auch stolz auf ihn bin. also das ist immer noch so dieses Gefühl. so sehr ähnlich. ähm dass ich ihn irgendwie bewundere, aber er auch sehr weit weg ist“ (35-39).

Wenn es ihr nicht gut geht, geht Frau F davon aus, dass andere Leute wütend auf sie sind. Frau Fs Schlussfolgerung ist: „Wenn’s mir nicht gut geht, denk ich ganz schnell, irgendwelche anderen Leute, mögen mich nicht, sind wütend auf mich oder so was“ (200f). Die Distanz, die sie äußerlich herstellt, dient dann vor allem der innerlichen Abgrenzung, die sie aber nicht vollziehen kann. Vor allem das Darüber-Sprechen ist ein Problem für Frau F, da dies die Konflikthaftigkeit auch emotional wieder spürbar machen würde, was Frau F unbewusst zu verhindern sucht.

Frau F spricht mit dem Interviewer in einer völlig anderen Stimmlage, als im ersten Interview, das von einer Frau durchgeführt wurde. Assoziationen bzw. Bemerkungen sind, dass sich Frau F lasziv verhalte, fast mit dem Interviewer spiele, ihre Stimme viel langsamer sei, ihr Festigkeit fehle und Frau F weniger energisch als im ersten Gespräch spreche. Wir haben das Gefühl, dass sie möchte, dass der Interviewer sie für unschuldig an ihrer Situation hält und sie ihn auf ihre Seite ziehen will und möchte, dass er sie mag. Auch macht sie dadurch das, was sie sonst mit anderen Männern macht, sie hebt ihn auf ein Podest, idealisiert ihn und möchte von ihm gemocht werden. Auf diese Weise stellt sie sich als Opfer ihrer Situation dar und erkennt, dass sie gleichfalls Auslöser ist.

Der Interviewer dagegen hat eine sehr weiche Stimme. Wir überlegen, ob er sich – womöglich unbewusst – gerade nicht wie Frau Fs Vater verhalten wollte, um von ihr aggressiv wie der Vater wahrgenommen zu werden. Irritiert sind wir auch, als sie vor ihm die Geschichte mit dem Hochbett in allen Einzelheiten ausbreitet. Immer wieder geht es um dieses Hochbett, das ihr Vater baut, während er kurze Zeit später Frau Fs Freund abwertet. Zugleich wertet Frau F die Freundin des Vaters ab, es sei ihr „wurscht“ (321), ob er diese nach 20 Jahren Beziehung heiratete. Auf Hintergrund all dieser Informationen, erscheint der Nähe-Distanz-Konflikt nur noch als Deckkonflikt für die ödipale Kernproblematik. Ein weiteres Indiz dafür ist, dass der Vater die Familie offenbar zu einem Zeitpunkt verließ, in dem Frau F als Kind den ödipalen Konflikt noch nicht überwunden hatte. Frau F geht als Erwachsene davon aus, dass ihr Vater sie mit der Mutter verwechsle. Naheliegend ist, dass es sich hier um eine Verschiebung handelt, dass sich Frau F nämlich unbewusst mit der Mutter identifiziert, und sich ihr kindliches sexuelles Begehren noch immer auf den Vater richtet. Ihre Verlassenheitsängste

ihrem Vater gegenüber erklären sich auch auf diesem Hintergrund. Nicht nur, dass sich die Eltern getrennt haben, durch die Identifizierung mit der Mutter ist auch Frau F vom Vater verlassen worden. Da die Identifizierung mit der Mutter zur Trennung vom Vater führte, musste die Identifizierung in Folge verleugnet werden. Die Mutter wird zum unwichtigen Objekt, ja nur einmal am Rande erwähnt und dann auch nur als Negativbeispiel genannt, wenn der Vater „in mir meine Mutter“ (771) sieht.

In der Interpretationsgruppe unterhalten wir uns länger über die Rolle von Männern in Frau Fs Leben und eine mögliche Sexualisierung. Es kristallisiert sich immer mehr heraus, dass Frauen in ihrem Leben noch immer keine wichtigen Rollen spielen. Die wichtigen Personen in ihrem Leben sind Männer: Der Vater, der Freund, der Therapeut, auch der Interviewer gehört dazu. Analysiert wird sie auf der Couch ihres Analytikers, auf der sie dreimal die Woche liegt. Dann hat sie immer wieder fMRT-Messungen im Scanner, in dem sie auch liegt und danach Interviews bei einem Interviewer, dem sie latent gefallen möchte. Vielleicht kann Frau F auf die Beziehung zum Vater in Verbindung mit dem von ihm gebauten Hochbett gerade auch deswegen verzichten kann, weil sie einen Therapeuten hat, auf den sie ihren Wunsch nach dem Vater überträgt und bei dem sie dreimal wöchentlich im „Bett“ liegt, während sie ihm – ähnlich einem Kind kurz vorm Schlafengehen dem Vater – erzählt, wie ihr Tag war und was ihre Sorgen sind. Hinzu kommt, dass Frau F vermutet, dass ihr Therapeut in der Zeit, in der Frau F von der privaten zur gesetzlichen Krankenkasse wechselte, „weniger Geld bekommen [hat] dafür und jetzt äh wird das halt ganz normal von der Krankenkasse übernommen“ (602f.). Dass er sie trotz der finanziellen Einbuße weiter behandelt hat, beruhigt Frau F ganz offensichtlich sehr. Es scheint ganz so, als würde sie sich durch die Sonderbehandlung auch besonders wertvoll und wichtig fühlen.

Die Einsicht in ihren Eigenanteil ihrer Problematik bricht im Laufe der Zeit ein. Während Frau F im ersten Gespräch noch sehr klar ihre Anteile am Konflikt mit ihrem Vater erkennen und sogar auf die Beziehungen zu anderen Männern als Muster übertragen kann, verliert sie im Verlauf der Therapie diese Einsicht und regrediert. Dann stellt, sich wie oben angeführt, im letzten Interviewgespräch jedoch heraus, dass sie tatsächlich eine erste unbewusste Einsicht hat, nämlich, dass sie sich mit ihrer Mutter identifiziert. Unbewusst deshalb, weil sie ihre Identifikation noch nicht erkennen kann. Noch äußert sie nur, der Vater verwechsle sie mit ihrer Mutter.

5 Unterschiedliche Konflikte, unterschiedliche Prozesse der Einsichtsbildung – Was sind Gemeinsamkeiten der Fälle?

Im vorangehenden Kapitel wurde ausgeführt, wie unterschiedlich die Schwierigkeiten sind, die Frau A, Frau P und Frau F in wichtigen Bereichen ihres Lebens haben. Sowohl die Konflikte als auch der Umgang damit sind spezifisch und werden individuell gelöst. Auf den ersten Blick gibt es neben der Diagnose Depression wenige Gemeinsamkeiten. Während Frau A Anerkennung in ihrer Arbeit sucht und Frau P bei ihren Partnern, versucht Frau A diese von ihrem Vater zu erhalten. Einheitlich war also, dass alle drei Frauen Schwierigkeiten hatten, selbst ihr Selbstwertgefühl zu regulieren. Alle drei hatten Angst, diese Anerkennung von Anderen versagt zu bekommen und sie als wichtige Objekte zu verlieren. Angst stellt zwar eine zentrale Dimension in der Dynamik der Depression dar, „dennoch sind andere Affekte und Gefühle ebenfalls bedeutsam“ (Mentzos 2009; 36).

Die Vorgehensweise der Interviewer während der Interviews weist ebenfalls gewisse Ähnlichkeiten auf. So fragen Interviewerin und Interviewer immer nach der Aktualität der individuell generierten Sätze. Auf diese Weise wird das Gespräch entsprechend vorstrukturiert und der eigene Anteil der Patientinnen an ihren Beziehungsschwierigkeiten ins Gespräch gebracht. Als Antwort versuchen alle drei Frauen, die Schuldfrage zu klären. Die offen gestellte Frage nach dem Eigenanteil evoziert also Schuldgefühle und mobilisiert die Abwehr.

Das Thema Schuld als Ähnlichkeit zwischen den Interviews fiel in der Interpretationsgruppe erst nur am Rande auf. Die Kommentare der Patientinnen waren relativ unscheinbar. Was auffiel, war, dass alle Frauen zwar über Schuld sprachen, allerdings sehr darum bemüht waren, den Interviewern gegenüber deutlich zu machen, dass eigentlich nicht sie schuld waren. Schuld- und Schamgefühle werden im Alltag recht häufig verwechselt bzw. fungieren als sprachliche Einheit (Leibig 1998). Eine klare Abgrenzung der Begrifflichkeiten ist daher schwierig. Aus diesem Grund weiteten wir die Betrachtung der Schuldgefühle auf eine Analyse von Momenten, die Scham auslösten, aus. Besonders an unbeachteten Kommentaren, Nebensätzen, Lachen oder Relativierungen wurde deutlich, dass es weit mehr Scham gab, als direkt benannt wurde. Direkt geäußert wurde Scham tatsächlich weder auf Interviewer Seite noch bei den Patientinnen – obwohl sich auf beiden Seiten geschämt wurde. Einige dieser Situationen sollen im Folgenden am Interviewmaterial ausgeführt werden. Doch sei eine kurze Abhandlung zu Scham- und Schuldgefühlen in der Psychotherapie sei vorangestellt.

5.1 Exkurs: Psychogenese und Psychodynamik von Scham und Schuldgefühl

Schuldgefühle standen seit Beginn der psychoanalytischen Theoriebildung in enger Verbindung mit Freuds Strukturmodell und insbesondere mit dem Über-Ich²² (Leibig 1998). Die Eigenschaften, Wertvorstellungen und Verhaltensanweisungen äußerer Objekte, besonders der Eltern, werden als Gewissensinstanz internalisiert und modellieren auch das Ich-Ideal des Kindes (Hirsch 2008). Während Schuldgefühle entstehen, wenn das Über-Ich ausgeführte oder geplante Handlungen negativ beurteilt, werden Schamgefühle vom Ich-Ideal ausgelöst, nachdem das Sein beurteilt wurde. Das reale Selbst wird also am idealen Zustand des Ich gemessen. Ist die Differenz zwischen realem und idealem Selbst negativ, entsteht Scham; ist sie positiv oder genügt den Anforderungen, entsteht Stolz (ebd.). Doch Scham ist nicht nur ein intrasubjektives, sondern vor allem ein intersubjektives Geschehen. Sartre nannte dies den „Blick des Anderen“, der eine wesentliche Rolle in der Interaktion zwischen mindestens zwei Menschen spielt (Schüttauf 2008; 841). Das Wort ‚Scham‘ hat althochdeutsche und indogermanische Wurzeln mit den Wortbedeutungen ‚bedecken‘ und ‚verhüllen‘ (Leibig 1998). Scham wird also als Affekt ausgelöst, wenn das Subjekt gegen seinen Willen bloßgestellt wird, d.h. wenn ein Aspekt seiner selbst ans Licht kommt, der verborgen bleiben sollte (Schüttauf 2008).

Schüttauf (a.a.O.; 844) nennt sieben Strukturmomente der Scham: Erstens gehört dazu die Annahme, dass schamhafte Situationen sich immer auf dem Hintergrund einer zwischenmenschlichen Beziehung abspielen. Hier geht es also um Zugehörigkeit zu anderen und Wertschätzung von anderen (von denen das Selbstwertgefühl des Betroffenen abhängig ist). Wertschätzung ist daran gebunden, dass bestimmten Bildern entsprochen wird. Zweitens spielen soziale Normierungen eine wichtige Rolle für die subjektive Bewertung der schamauslösenden Situation, drittens das Ungenügen des Betreffenden in Bezug auf das die jeweilige Beziehung prägende Ideal. Voraussetzung für das eigentliche „Schamereignis“ (ebd.; 845) ist viertens, dass der Betreffende über sein Ungenügen einige Zeit hinwegtäuschen konnte, sodass es den Anschein hatte, als erfülle er die Norm. Neben dem Ungenügen an sich ist also zusätzlich beschämend, dass die Person dieses zu verbergen suchte. Die Täuschungsabsicht muss sich

²² Von Freud wurden Über-Ich und Ichideal bzw. Ichideal und Idealich noch größtenteils als Synonyme verstanden (Laplanche & Pontalis 2002; 203, 217). Das Ich wurde von Freud so verwandt, dass es manchmal das Ich und manchmal das Selbst meinte. Teilweise setzte er beide Begriffe auch gleich (Hinshelwood 1993; 433f, 607f.). Die Begrifflichkeiten wurden aber später ausdifferenziert, werden aber immer noch teilweise uneinheitlich gebraucht. Eine Darstellung der Unterschiede würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Für ausführlichere Betrachtungen sei auf psychoanalytische Nachschlagewerke verwiesen (Laplanche & Pontalis 2002, Hinshelwood 1993).

also einen moralischen Vorwurf gefallen lassen. Fünftens folgt die Enthüllung, in dem sich das volle Schamgefühl z.B. mit körperlicher Beteiligung durch ein Rotwerden entwickelt. Ungenügen und Täuschung werden gleichzeitig in der Enthüllung offenbar. Dabei ist die Enthüllung keine unschuldige, da ihr die Verhüllung in Form der Taten Verbergung und der Täuschungsabsicht innewohnen (ebd.).

„Das Subjekt kann nur dann Scham erleben, wenn es vorher eine Art *Aufspaltung* vollzogen hat – in eine den anderen zugekehrte, öffentliche, ‚gute‘ Seite und in eine vor den anderen verborgen gehaltene, private, ‚schlechte‘ Seite, eine Abspaltung in ‚Maske‘ und ‚Schatten‘, wie wir das (die Jungsche Terminologie variierend) nennen könnten.“ (ebd.; 846, Herv. im Orig.)

Als sechstes folgt die begründete oder unbegründete Angst, auf Grundlage der Enthüllung vom anderen verworfen zu werden zu werden. Fast reflexhaft wird dadurch der Versuch ausgelöst, die Enthüllung und Verwerfung ungeschehen zu machen, indem z.B. das Ereignis oder zumindest die Täuschungsabsicht verleugnet wird (ebd.; 845). Gesteigert kann dies bis zum sprichwörtlichen ‚In-den-Boden-versinken‘ gesteigert sein, indem nicht nur die Enthüllung ungeschehen und die Verwerfung aufgehoben würde, sondern gleichzeitig auch Geborgenheit im Schoß der Erde wiedergewonnen wäre (ebd.; 846).

Scham als ein Aspekt, der den psychotherapeutischen Prozess mit modelliert, wurde lange Zeit wenig beachtet. Genau betrachtet finden sich diese sieben Strukturmomente aber in den meisten Psychotherapien wieder. Ohne Leidensdruck kommt wohl kaum ein Patient zu einer psychoanalytischen Behandlung²³. Voraussetzung für die Behandlung ist also ein Problem, ein Konflikt und ein Ungenügen, verbunden mit den Gefühlen von Kleinheit, Schlechtigkeit oder Wertlosigkeit. Die Zweierbeziehung der therapeutischen Situation ist eine höchst intime und störanfällig. Gewisse Normen sind von vornerein bestimmt. Neben den Normen, die der Patient aus seiner Familie, seinem Umfeld und seinem Kulturkreis auf den Therapeuten überträgt, sei exemplarisch nur auf die Rolle der freien Assoziation in der Psychoanalyse hingewiesen. Alles auszusprechen, was einem in den Sinn kommt, ohne irgendetwas bewusst auszulassen, ist gerade in Bezug auf Schamgefühle eine Herausforderung. Die psychoanalytische Arbeit ist per se eine aufdeckende Arbeit. Um Deutungen geben zu können, muss der Analytiker auf das Problem sehen bzw. in den Konflikt einsehen. Dem entgegen steht der – zumindest unbewusste – Wunsch, das Schmerzhafte, Schambesetzte zu verheimlichen. Mitun-

²³ Der Leidensdruck ist so gesehen, die erste Einsicht, die der Patient in die Behandlung mitbringt. Einsicht ist dann aber nicht nur ein wirkender Faktor im psychotherapeutischen Prozess, sondern gleichfalls auch Produkt aus anderen, vorhergehenden Einsichten und wird die Grundlage für sich in Zukunft einstellende Einsichten. Die Einsicht im psychoanalytischen Prozess gibt es also nicht. Es muss viel eher von mehreren verschiedenen Einsichten gesprochen werden.

ter wird in der Psychoanalyse darüber getäuscht, indem der Patient vorgibt, sich nicht erinnern zu können, keinen emotionalen Bezug herstellen zu können – kurz gesagt er bringt Widerstand gegen die Behandlung auf. Möglicherweise werden Themen auch bewusst verschwiegen, womit der Patient weiß, dass er gegen die analytische Grundregel verstößt. In beiden Fällen kommen zu der Scham auch noch mehr oder weniger bewusste Schuldgefühle wegen der Täuschung. Doch das Unbewusste drängt auf Bewusstwerdung, Fehlleistungen geben ihren Teil zur Enthüllung bei. Deutungen deuten dann auf das, was verborgen bleiben sollte und enthüllen es. Die Angst, nun verworfen zu werden, gegründet auf den Erfahrungen von Schamerleben, die man in seinem Leben hatte, kumulieren in dem Versuch das Schamerlebnis ungeschehen zu machen.

Diese Aspekte sind auch in den Interviews mit Frau A, Frau F und Frau P deutlich. Auch wenn es sich bei den Interviews natürlich nicht direkt um die psychoanalytische Behandlung handelt, herrscht eine ähnliche Beziehung zwischen Patientinnen und Interviewern vor. Durch die Fokussätze und die Fragen nach dem Eigenanteil werden die Patientinnen immer wieder an ihr Ungenügen erinnert, inwieweit sie zumindest ihr eigenes Ich-Ideal nicht erfüllen. Um den Schamgefühlen nicht ausgesetzt zu sein, verschweigen die Patientinnen Inhalte. Die hermeneutische Analyse enthüllt trotzdem unbewusste Konflikte der Patientinnen.

5.2 Aspekte von Scham und Schuldgefühl in den Interviews

In allen Interviews waren Scham- und Schuldgefühle auszumachen. Frau A beispielsweise berichtet detailliert, wie ihr Chef auf ihre Kündigung reagiert habe. Sie erklärt, ihr Chef sei gar nicht überrascht gewesen, dass sie kündigen wolle, denn immerhin habe sie ja nicht umsonst studiert. Er habe nicht versucht, Frau A zum Bleiben zu veranlassen, sondern ihre Entscheidung akzeptiert und sie mit einem „Ja is halt so. Ok, tschüss und wech.“ (A:131f.)²⁴ gehen lassen. Zumindest gab er Fehler zu, dass er Frau A nicht entsprechend gefördert habe und dass das Scheitern der gemeinsamen Zusammenarbeit auch seine Schuld sei. In einem Nebensatz erwähnt Frau A, dass sie die gesamte Zeit über Probleme miteinander hatten und sie aus Angst häufig Fehler in ihrer Arbeit gemacht hat – die Probleme waren sogar so groß gewesen, dass Frau A deswegen die Therapie anfang. Nach ihrer Sichtweise war die Entscheidung von

²⁴ Da in diesem Kapitel sowohl Frau A, als auch Frau P und Frau F zitiert werden, wird den jeweiligen Zeilen des Transkripts das entsprechende Namensinitial vorgestellt, um Verwechslungen zu vermeiden. A:131f. bezieht sich also auf die Zeilen 131 und 132 aus dem Transkript der Interviews mit Frau A.

ihr ausgegangen und diese berechtigt, da der Chef sie nicht gefördert habe und sie deswegen unzufrieden war. Möglicherweise lag ihre Kündigung aber auch im Interesse des Chefs. Ein derartiger Gedanke kommt Frau A allerdings nicht. In ihrem zweiten Job wird sie auch nach vier Monaten noch während der Probezeit gekündigt. Auf Nachfrage erläutert sie:

„Weil ähm das nicht so geklappt hatte. Also das ist-, ich hab mich da von Anfang an auch nicht so wohl gefühlt, aber halt, kündigt man ja auch nicht so direkt. Und die ham sich mit mir da-, also menschlich war das schon ok, aber die ham sich halt auch was and’res vorgestellt und das hat nicht so geklappt und dann ham sie mich halt gekündigt.“ (A:350-354)

Sie drückt nicht aus, dass die Vorgesetzten unzufrieden mit ihrer Arbeitsleistung waren, sondern nur, dass die Passung nicht stimmte. Im neuen Job konnte Frau A nicht die Erwartungen ihrer Vorgesetzten erfüllen. Auch ihr Problem, die Angst vor Fehlern, bleibt so unbeannt – ganz nach dem Motto, was nicht gedacht oder ausgesprochen wird, existiert nicht.

Es wurde bereits ausgeführt, inwieweit Frau A dazu neigt, alle Affekte zu relativieren, und dass es schwierig ist, sich ein Bild von ihr zu machen. Im zweiten Interview berichtet sie von ihrer kürzlich stattgefundenen Hochzeit, dass sie vorher zickiger zu ihrem Freund gewesen sei, weil sie die Hochzeit fast alleine geplant habe. Sie fügt hinzu: „Männer machen da ja immer nicht ganz so viel mit. Naja, nicht immer so kreativ.“ (A476f.) Und sie führt aus:

„Weil mein Freund eher immer alles mehr auf’n letzten Drücker macht und er auch nicht so die Ideen hat. Frauen sind da ja ein bisschen kreativer und bringen sich ja auch mehr ein und wollen ja auch mehr. Bei Männern ist das eher, weiß ich nicht, sind da, glaub ich, allgemein ’n bisschen zurückhaltend.“ (A:479-484)

Diese Verallgemeinerungen gefallen dem Interviewer gar nicht. Sonst sehr zurückhaltend fügt er lachend hinzu: „Ja, gibt es solche und solche. Aber das ist ja sozusagen-, aber in Ihrem Fall war das so, sagten Sie?“ (A:485f.) Der Zusatz „sagten Sie“ klingt fast wie eine Rüge für Frau As Verallgemeinerung, als habe sich der Interviewer nur den Teil ihrer Aussage gemerkt. Schüttauf würde in diesem Kommentar erst die „Enthüllung“ und dann die „Verwerfung“ sehen (2008; 845). Zeitgleich spricht der Interviewer aber mit „solche und solche“ eine gegensätzliche Verallgemeinerung aus. Frau A erzählt dann von ihrem Freund, dass er nicht so viel über Gefühle sprechen würde, dass sie das schade fände, und sich eigentlich mehr Feedback von ihm wünsche. „Aber da sind ja Menschen immer’n bisschen unterschiedlich“, (A:502) sagt sie abschließend und relativiert ihre vorige Aussage über Männer im Allgemeinen, indem sie in der Interviewsituation auf den Einwurf des Interviewers antwortet, alle Menschen seien unterschiedlich und nicht zu generalisieren, und damit die sozial erwünschte Art der Verallgemeinerung des Interviewers aufgreift. Gewissermaßen hat sie damit Enthüllung und Verwerfung ungeschehen gemacht – ohne sich dessen jedoch bewusst zu sein.

Auch in einer anderen Situation zeigt sich, dass Scham ein Spiel zu zweit ist und von beiden Seiten ausgehen kann. Zum Schluss des dritten Interviews, nachdem ausführlich darüber gesprochen wurde, dass Frau A es geschafft habe, die Spirale aus Verletztwerden und Rückzug zu durchbrechen, fragt der Interviewer sie nach ihrer Ehe. Frau A berichtet, dass sie mehr das Gefühl habe, zusammen mit ihrem Mann eine Familie zu sein. Der Interviewer, der Frau As nüchterne Ergebnisorientierung in jedem Bereich ihres Lebens mit „Summe drunter“ (A:653) inzwischen kennt, fragt lachend und ein wenig provozierend nach ihren Kinderplänen: „Haben Sie weitere Pläne, so hier mit-, Sie sagen, Expansion wie man das in der kaufmännischen Sprache nennen würde?“ (A:852ff.) Daraufhin erläutert ihm Frau A ernst, dass gar nicht so sicher sei, ob sie schwanger werden könne und daher die letzten Gespräche mit ihrer Therapeutin noch brauche, um dort mit ihren Sorgen und Ängsten Halt finden zu können. Etwas beschämt und irritiert, dass Frau A genau an dieser Stelle zum ersten Mal ausdrückt, dass sie die Therapie bräuchte, fügt er sehr leise, fast unverständlich hinzu:

„Hm ok, also stellt auch-, da sagen 'n, schwieriges Thema dann auch, weil Sie da grad hier sozusagen in meiner Abschlussfrage eigentlich unbeabsichtigt angeschnitten habe, ja, dass das dann auch ein schweres Thema ist dann hier. Ich hab so weit zu dem, der Sache mit den Sätzen alles, was ich wissen wollte. Ich beende mal das Gespräch.“ (A:872-876).

Dass er das Gespräch sofort danach beendet, betont nur, wie unangenehm und peinlich es ihm ist, dass er Frau A so flapsig auf das offensichtlich stark emotional besetzte Thema, ob sie Kinder kriegen könne, angesprochen hat. Im Gegensatz zu Frau A erlebt der Interviewer aber die Scham und bringt sie – wenn auch etwas ungelenk – ins Gespräch.

Scham auf Grundlage der durch die Interviewsituation ausgelösten Insuffizienzgefühle macht auch verständlich, dass Frau A in jedem Interview erwähnt, dass der Personaltest auf ihrer ersten Arbeitsstelle ergeben habe, dass sie ein sehr analytischer Mensch sei. Sie gibt sich größte Mühe, sich dem psychoanalytischen Konzept der Therapie und der Interviewsituation anzupassen, auch wenn sie deutlich sagt, dass es ihr schwer falle über sich zu reden. Die Vorstellung, selbst analytische zu denken und dies mit Hilfe eines Tests schwarz auf weiß beweisen zu können, hilft ihr offensichtlich, sich weniger unsicher und ungenügend zu fühlen. Was sie ‚analytisch denkend‘ nennt, deckt sich aber nicht mit dem analytischen Denken der therapeutischen Situation. Stattdessen möchte sie ein „klares Ergebnis, nachher steht da so ne Summe drunter“ (A:653). Innere Veränderungen in der Therapie bleiben unbewusst. Deswegen assoziiert sie die Besserungen durch die Therapie, selbstsicherer zu sein und sich mehr einbringen zu können könne, auch nicht mit einer inneren Veränderung, sondern schreibt sie dem Arbeitsplatzwechsel zu.

Frau P berichtet ähnlich lückenhaft wie Frau A von ihrer Kündigung. Auf der Station des Krankenhauses, in dem sie als Krankenschwester arbeitete, haben einige auf ihr rumgetrampelt, denen sie „ein Dorn im Auge“ (P:311) war, und wollten, dass Frau P die Station verlässt. Also teilte ihr die Pflegedienstleitung mit, sie solle ihre Wiedereingliederung nach der langen Krankschreibung verlängern und dann auf eine andere Station versetzt werden. Nichts davon geschah in Absprache mit Frau P, dementsprechend übergangen fühlte sie sich auch. Gründe dafür, warum sie Anderen aber ein „Dorn im Auge“ war und warum diese sie schlecht behandelten, nennt Frau P nicht. Möglicherweise hat dies mit der Beziehung zu dem verheirateten Arzt zu tun, den sie zu diesem Zeitpunkt noch regelmäßig sah. Auch wenn die Konventionen heute gelockerter sein mögen, gilt eine Affaire mit einem verheirateten Mann, dessen Frau gerade das zweite Kind bekommen hat, immer noch als moralisch zumindest fragwürdig – auch unabhängig davon, ob jemand die Affaire entdeckt oder nicht. Ob Frau P diese Normen verinnerlicht hat und sich, auch ohne dies anzusprechen, dafür schämt, ist aus dem Interview nicht ersichtlich. Möglich wäre auch, dass sie ihr Verhalten innerlich rechtfertigt, weil ihr Leben in den vergangenen Monaten so „wuselig“ (P:296) und „im Umbruch“ (P:344) sei. Wenn die Affaire unter Kollegen aber bekannt war und zu Gerede führte, könnte dies dazu beigetragen haben, dass sich Frau P auf der Station unwohl fühlte und schließlich kündigte, um anderswo neu zu beginnen.

Später kommt Scham zum Ausdruck, wenn Frau P von ihrem zweiten Freund spricht, der als ewiger Student „sich da in seinem Studentenwohnheim auf neun Quadratmetern verkriecht und irgendwie den ganzen Tag irgendwie Poker im Internet spielt“ (P:444f.). Im Gegensatz zu ihm ist Frau Ps Umgang mit dem Leben ernster, sie wisse, dass sie eine „echte Beziehung“ (P:442) führen möchte. „Ja, ich glaub, ich bin schon viel zu erwachsen, also vom, so vom-, also das klingt so blöde. Oh Gott! Das könn‘ wir-, könn‘ wir das streichen?“ (P:436f.) sagt sie und meint damit, ob ihre Aussage auf dem Tonband gestrichen, also ungeschehen gemacht werden könne. Dies war ihr erkennbar peinlich, auch weil eine nähere Betrachtung daran zweifeln lässt, dass Frau Ps Lebensumstände so klar strukturiert sind, wie sie gerade behauptet hatte. Drei Beziehungen und vier Jobwechsel in zwei Jahren sprechen eine andere Sprache. Dass ihr Freund sie nicht seinen Eltern vorstellt, trägt noch dazu bei, dass sie zweifelt, ob er wirklich mit ihr zusammen sein möchte. In diesem Kontext erwähnt sie: „Vielleicht ist es auch ganz viel Scham oder seine eigene Angst, vor dem echten, wirklichen Leben und er versteckt sich da hinter seinem Studentenwohnheim“ (P:543ff.). Ihr eigenes Agieren in

Beziehungen und im Job ist in diesem Moment nicht bewusst schambesetzt, weil ihr das Ideal einer ernsten, festen Beziehung so deutlich vor Augen steht, als hätte sie es schon erreicht.

Auch bei Frau P wird deutlich, dass die Interviewsituation Gefühle der Scham und Angst auslöst. Zu Beginn des dritten Interviews verweist sie auf die Taschentücher, die auf dem Tisch des Interviewraums stehen und bemerkt lachend: „Dann sind die Taschentücher wahrscheinlich für Sie!“ (P:591) Der Interviewer entlastet sie mit seiner Antwort, wodurch sich die Situation entspannt: „Ja genau, die sind für mich die Taschentücher, ja genau.“ (P:592f.). Hier wird deutlich, wie schambesetzt die Interviewsituation ist und wie diese durch ein Lachen, das Spannungen reduzieren soll, interpsychisch reguliert werden muss, um und sich schmerzhaft oder peinliche Gefühle besser ertragen zu können (Benecke 2009; 127).

Andererseits kann Frau P stolz sein, weil sie auf dem „Schlachtfeld“ (P:414) von Beziehungen, auf dem sie ihre Kämpfe austrägt, mit Hilfe der Therapie über einen Zeitraum von zwei Jahren große Fortschritte gemacht hat. Ihr Ideal einer ernsten, echten Beziehung hat sie erreicht, auch wenn sie nun merkt, dass es ihr nicht leicht fällt, diese aufrecht zu erhalten. Dies gibt ihr aber die Möglichkeit, Einsicht in ihren eigenen Anteil am Beziehungsgeschehen zu nehmen, diesen zu reflektieren und in der Beziehung zu ihrem Freund neue Erfahrungen zu machen, die den Umgang mit ihm und den damit verbundenen Gefühle langsam verändern. So kann sie auch offen erklären, dass sie mit ihrer Jobsituation zufrieden ist, und sich aktuell nicht um ein berufliches Fortkommen bemüht, selbst als der Interviewer ihr das als Ziel suggeriert. Selbstsicher kann sie sagen, dass ihr momentan andere Dinge wichtiger seien.

Frau F dagegen ist beruflich erfolgreich. Nach Referendariat und zweitem Staatsexamen bekommt sie eine Beschäftigung angeboten und beginnt, als Grundschullehrerin zu arbeiten. Der Interviewer erinnert sie daran, dass sie zwischenzeitlich wegen der Depressionen den Schuldienst ausgesetzt habe. Möglicherweise fasste sie dies wertend und als Enthüllung eines beruflichen Ungenügens auf. Frau F gibt zu, dass sie Zweifel hatte, ob sie als Lehrerin arbeiten könne, fügt aber hinzu: „Ich hätt’s trotzdem geschafft, da bin ich mir auch eigentlich ziemlich sicher.“ (F:565) Zweifel zu haben ist für Frau F also keine Schande, etwas tatsächlich nicht zu schaffen möglicherweise schon.

Interessanterweise wird ihre Bulimie, die per se schamhaft besetzt ist, weil sie häufig Reaktionen von Ekel hervorruft, nur im ersten Gespräch mit der Interviewerin angesprochen. Da sie Männern gefallen möchte, fällt es ihr möglicherweise leichter, mit einer Frau über die Bulimie zu reden. Das wird auch in der Beziehung zum Interviewer deutlich. Frau Fs klingt zu Beginn des zweiten und dritten Interviews besonders fröhlich. Im Verlauf ändert sich das.

Im zweiten Interview erklärt sie klar und entschlossen, dass sie keinen Kontakt mehr zu ihrem Vater habe und „das find ich auch besser so“ (F:224f.), nur um kurz darauf auszuführen, wie schwierig die Situation mit ihrem Vater ist und das es ganz und gar nicht einfach war, sich von ihm zu distanzieren. Sie betont mehrfach, dass sie nicht oft an ihren Vater denke und über die Situation nicht viel nachgedacht hätte, nur um besonders detaillierte Narrative über ihren Vater anzuschließen oder vorzuschieben. Ödipale Wünsche trotz Inzestverbot sind in toto schambesetzt, auch wenn sie unbewusst sind. Da die Schamgefühle dann aber nicht zuzuordnen sind, entsteht eine innere Spannung, die schwer erträglich ist und interpsychisch reguliert werden muss. Im dritten Interview ist es ähnlich. Frau F beginnt damit, dass es ihr viel besser ginge als zu Beginn der Therapie, nur um kurze Zeit danach zu berichten, dass sie sich gerade von ihrem Freund mit der Begründung getrennt habe, er sei so aggressiv wie ihr Vater, während sie im zweiten Interview noch erstaunt und beglückt zur Kenntnis genommen hatte, dass ihr Freund ganz anders sei und sie mit ihm neue positive Beziehungserfahrungen machen könne. Zum Schluss des Interviews beginnt sie zu weinen und schafft es auf diese Weise, den Interviewer dazu zu motivieren, nicht wütend zu werden, sondern das Gespräch abubrechen, um sie zu schonen – etwas, was sie bei ihrem Vater nicht geschafft hatte.

6 Selbst-/Reflexivität

Wenn Du das Familienskelett schon nicht loswerden kannst, dann kannst Du es ebenso gut tanzen lassen.

Erik Erikson (2003; 148)

Da ich bevorzugt qualitativ arbeite, freute ich mich über das Angebot meiner Betreuerin, Prozessdaten aus der HNPS analysieren zu können. Die Interviews mit chronisch depressiven Frauen in psychoanalytischer Behandlung zu untersuchen, erschien mir interessant. Die gewählte Forschungsmethode war mir bekannt und ich hatte während meines Praktikums in der TADS (Taylor 2010) einen ersten ethnographischen Zugang in das Forschungsfeld der Psychotherapieprozessforschung mit depressiven Patienten gefunden, sodass ich sicher war, mich ohne größere, methodische Schwierigkeiten auf die Bearbeitung konzentrieren zu können.

Ungefähr sechs Wochen nach Anmeldung meiner Masterthese suizidierte sich mein Vater. In seinem Abschiedsbrief stand, er habe sterben wollen, bevor die Angst und die Depressionen wieder kämen. Dem waren zermürbende Jahrzehnte mit Suizidversuchen, Panikattacken, chronischen Depressionen, Persönlichkeitsveränderung und eine Reihe von Psychiatrieaufenthalten vorausgegangen. Meine Familie und ich wurden buchstäblich aus dem Leben

gerissen und für die nächsten Wochen bestimmten die Trauerfeierlichkeiten, die Wohnungsauflösung und Erbschaftsangelegenheiten unseren Alltag.

Wahrscheinlich als mein innerlich kleinstes Problem, aber mit äußerlich ernststen Auswirkungen, starb damit gewissermaßen auch meine Motivation für die Abschlussarbeit. Es folgten mehrere Wochen der Stagnation, in denen ich mich zwar dazu zwang, Übersichtstexte zu lesen, deren Inhalt ich jedoch nicht aufnahm. Ich entwickelte einen starken Widerstand, über Einsicht und Depression zu schreiben, und fühlte mich außerstande, das abgesprochene Thema zu bearbeiten. Meine Aufgabe, den unbewussten Konflikt und die unverarbeitete Trauer von depressiven Frauen zu analysieren, erschien mir auf Hintergrund meiner eigenen Familiengeschichte scheinheilig, aufgrund meines eigenen Verlustes widersinnig und wegen meiner affektiven Beteiligung unprofessionell.

Trotz aller Bedenken und Zeitverzug setzte ich mich hin und fertigte die Transkripte an. Von Zeit zu Zeit musste ich die Arbeit unterbrechen, weil die Aussagen der interviewten Frauen mich zu sehr an mich und verschiedene Abschnitte meines Lebens erinnerten. Frau F, die verzweifelt immer wieder um die Anerkennung ihres Vaters kämpfte, bis der Kontakt abbrach. Frau A, für die die Arbeit die einzige Referenzkategorie für ihren Selbstwert war und die unter heftigen Ängsten litt, dass ihr auf Arbeit Fehler unterliefen. Oder Frau P, die sich in Beziehungen völlig aufgab, und gleichzeitig das Gefühl hatte, sich selbst zu verlieren.

Die Interpretationstreffen liefen dann erstaunlich gut, die Inhalte waren dicht und wir kamen gut voran. Am meisten jedoch half mir, dass nicht nur ich mich an vielen Stellen mit den Interviewpartnerinnen identifizierte, sondern auch die anderen Gruppenteilnehmerinnen immer wieder äußerten, dass sie sich angesprochen fühlten und es ihnen schwer fiel, sich abzugrenzen. An dieser Stelle möchte ich ihnen sehr herzlich für ihre Hilfe und Mitarbeit danken. Über die gesamte Zeit hatte ich einen (nicht nur seinem Namen nach) „guten und weisen Berater“, ohne dessen Unterstützung ich wahrscheinlich tatsächlich irgendwann die Segel gestrichen und die weiße Fahne gehisst hätte. Mein ganz besonderer Dank gilt ihm.

Während des Abfassens des Ergebnisberichts wurde immer deutlicher, dass ich im Forschungsprozess eigene Beziehungserfahrungen reinszenierte, so wie es die Interviewpartnerinnen in der Therapie und der Interviewsituation taten. Einiges kann sicher als Gegenübertragung gewertet werden, doch der Großteil waren tatsächlich Berührungspunkte mit persönlichen Erlebnissen. Daher schien mir dringlich, bei einer Arbeit über Einsicht meinen eigenen Prozess der Einsichtsbildung zu reflektieren. Meine eigene Beteiligung sollte nicht verleugnet werden, sondern ich begann, meine persönliche Verwicklung in mein Forschungsthema als unvermeidliches und konstitutives Phänomen anzusehen, das ich nach positiven Erkenntnis-

möglichkeiten untersuchen konnte (Breuer 2010; 127). So wandelte ich „den (Objektivitäts-) ‚Nachteil‘ zu einem epistemologischen ‚Vorteil‘“ (ebd.; 140). Dazu gehörte, mich damit auseinander zu setzen, dass ich die Explikation und Verquickung der wissenschaftlichen mit der persönlichen Ebene lieber vermieden bzw. zumindest lieber verschwiegen hätte. Ein Grund war sicher die Unsicherheit, ob diese Art der Reflexivität und Offenlegung überhaupt erwünscht sei und ob ich diese in Bezug auf mögliche Konsequenzen kalkulieren könne.

Ich entschied mich schließlich für eine selbstreflexive Prägung meiner ohnehin schon gegenstandssensitiven und kreativen Forschungsmethode. Der Grund dafür ist, dass ich, wie ausgeführt, nicht nur am Material ausführte, ob die von mir generierte Theorie rekonstruktionslogisch sei, sondern dies auch am eigenen Leib spürte. Ich begann, nicht nur nach kognitiven Erkenntnissen und Einsichten zu streben, sondern vor allem emotional im Kontakt mit Anderen zu verarbeiten, was durch den Tod meines Vaters ausgelöst worden war, und meinen Anteil an der Konflikthaftigkeit meines Umgangs damit zu erkennen. Wichtig war vor allem, kognitiv und emotional zu verstehen, also zu erleben.

Dazu gehörte auch zu erkennen, dass Schuldgefühle und Scham Teil der Interviews waren. Ich hatte mich länger dagegen gesträubt, dies zu thematisieren, da ich dachte, ich würde meine Schuldgefühle in Bezug auf den Tod meines Vaters projizieren, die sich bis dato dazu eigneten, abgewehrte Gefühle der Ohnmacht zu camouflagieren. Macht man sich aktiv schuldig, hat man wenigstens die Hoffnung auf Wiedergutmachung.

Teil C: Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

7 Ist Einsicht der erste Weg zur Besserung?

7.1 Reflexive Kompetenz als Messinstrument für Einsicht in Psychotherapien

Fonagy und seiner Forschungsgruppe wird von psychoanalytischer Seite häufig vorgeworfen, die Mentalisierungstheorie als Brückenschlag zu anderen Disziplinen sei zu kognitionslastig. Das „Denken über das Denken“ fokussiere zu sehr auf geistige Prozesse und zu wenig auf emotionale Vorgänge. Dabei haben gerade sie gezeigt, dass „Mentalisierung kein rein kognitiver Vorgang ist und dass sie nur innerhalb der auch emotionalen Kommunikation von Mutter und Säugling stattfinden kann“ (Mentzos 2009; 63). Auch wird oft kritisiert, eine niedrige reflexive Kompetenz würde eher ein Maß für die Schwere der Pathologie als Ausdruck einer spezifischen Pathologie darstellen (Fischer-Kern & Fonagy 2012). Staun et al. (2010) wiesen bereits bei chronisch depressiven Patienten der HNPS nach, dass diese (im Vergleich zur Kontrollgruppe) keine eingeschränkte Mentalisierungsfähigkeit aufwiesen, wohl aber bei depressionsrelevanten Themen, wie etwa im Umgang mit Verlust und Zurückweisung, vergleichsweise eingeschränkt waren. Können diese Ergebnisse mit Hilfe der vorliegenden qualitativen Analysen bestätigt werden?

Bei Frau A wurde im Prä-Post-Vergleich eine Stagnation der reflexiven Kompetenz auf niedrigem Niveau gemessen (RK-Gesamtwert von 3). Die qualitative Analyse gab, dass es ihr schwer fällt, sich in den Beziehungen zu anderen mit ihnen verbunden zu fühlen. Ihre Relativierungen, also ihr Verbergen hinter der Norm, verunmöglichen, sich ein aussagekräftiges Bild von ihr zu machen. In der Interpretationsgruppe kam sie uns teilweise dumm vor, weil kaum spürbar war, dass sie eigene Gedanken dachte. In den Momenten, in denen sie tatsächlich ihre Meinung äußerte und dadurch in Kontakt mit dem Interviewer trat, nahm sie sich und ihre Meinung sofort wieder zurück. Die psychoanalytische Therapie empfand sie nicht als hilfreich, was nicht verwundert, da sie in der Therapie kein Ziel hatte und nicht klar war, was sie erreichen wollte. Wie ausgeführt wurde, ist die erste Einsicht, die ein Patient in der Therapie einbringt, das Eingeständnis, dass an etwas leidet. Bei Frau A war hier kaum Aktivität zu verzeichnen. Ihre Depression war zwar chronisch, aber nicht besonders stark ausgeprägt und mit einem BDI von 13 Punkten subklinisch ausgeprägt (er sank sehr schnell gegen 0). Der GSI war über den gesamten Zeitraum der Studienteilnahme niedrig und unter dem Durchschnittswert normaler Kontrollpersonen. Nach Änderung der Arbeitssituation hatte Frau A keinen Leidensdruck mehr. Zwar besserte sie sich auf der HSCS um 1,6 Stufen, allerdings

war ihr Anfangswert mit 1,7 sehr niedrig. Damit näherte sie sich von der Beschäftigung mit interpersonellen Problemen im Verlauf der Studie nur geringfügig an die Beschäftigung mit ihrem Eigenanteil an. Über alle drei Interviews hinweg regulierte sie ihr Selbstwertgefühl über ihre Arbeit. Ein „seelisches ‚Grundkapital‘ [...] auch eine ausreichende positive Spiegelung und Bewunderung, also narzisstische Zufuhr durch das Primärobjekt (‚Glanz in den Augen der Mutter‘, Kohut)“ war ihr anscheinend versagt gewesen (Mentzos 2009; 66). Die Folge war eine Fehlentwicklung des durch Mentzos’ zweite Säule repräsentierten Ideal-Selbsts. Die Dysbalance des Selbstwertgefühls wurde noch durch die ausgeprägte dritte Säule, die die Funktion hat, „die Erfüllung von Pflichten“ (ebd.: 69) zu garantieren. Ein „gewisses Maß an Selbstvertrauen und einen Puffer gegen Erschütterungen“ (ebd.; 67) brauchte Frau A immer noch. Bis zum letzten Interview erwartete sie, dass sie jederzeit wieder einer ähnlichen Situation in ihrer Arbeit ausgesetzt sein könnte, wie zu Beginn. Fehler versuchte sie in jedem Fall zu vermeiden. Misserfolge und negative Kritik lösten weiterhin starke Ängste aus. Sie erfuhr aber in der Therapie, dass ein Sprechen über sich wichtig ist und konnte, als zum Ende der Therapie die Frage auftrat, ob sie ein Kind bekommen könne, auf die haltgebende Beziehung zu ihrer Therapeutin zurückgreifen.²⁵ Der therapeutische Prozess bei Frau A zeichnete sich weniger durch wirksame Deutungen im Sinne eines Bewusstmachens, sondern mehr durch ein kontinuierliches Beziehungsangebot seitens der Therapeutin aus, das ein Frei- und Einsetzen von Phantasien, also ein „seelisches Denken“ bei Frau A ermöglichte bzw. weiter ausbaute (Nissen 2010; 1055). Hypothese Ic, dass ein Gleichbleiben der reflexiven Kompetenz bedeutet, dass keine Bildung von Einsicht im therapeutischen Prozess zu verzeichnen ist, wurde also bestätigt.

Ebenfalls bestätigt wurde Hypothese Ia, dass eine Steigerung der reflexiven Kompetenz mit einer Einsichtsgewinnung im therapeutischen Prozess zu assoziieren ist. Frau P gelangte im Verlauf der Therapie von einem niedrigen zu einem normalen Mentalisierungsniveau (RK-Gesamtwert von 3 auf 5). Auch auf der HSCS verbesserte sie sich entscheidend (von Stufe 3,3 auf 4). Von einer Wahrnehmung des Problems und des eigenen Anteils zu der Anerkennung und Erkundung des Fokus gelangte sie durch ihr interessiertes Problemverstehen auf Grundlage der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einer ersten Bewältigung ihres Konfliktes. Besonders halfen ihr dabei die guten Beziehungserfahrungen mit ihrem Freund. Die Bela-

²⁵ In einem persönlichen Gespräch mit meiner Betreuerin erfuhr ich, dass Frau A vor Kurzem erneut um eine psychoanalytische Behandlung gebeten habe, nachdem ihr Mann sich von ihr getrennt hatte. Offensichtlich hatte sie die therapeutische Beziehung zumindest soweit internalisieren können, dass sie im Krisenfall darauf zurückgreifen konnte. Zu hoffen ist nun, dass sie in einer erneuten Therapie, ihre pathologischen Beziehungsmuster erkennt und fähiger wird, sich zu zeigen.

stung auf Symptomebene nahm ab (GSI: 1,1 auf 0,5) und war zum Follow-Up nach einem Jahr nur noch leicht höher als bei gesunden Kontrollpersonen. Speziell auf depressionsrelevante Symptome bezogen, sank ihre Belastung auch hier (BDI: von 19 auf 10). Leider sind nur Prä-Post-Werte für Frau P verfügbar, sodass eine differenzierte Betrachtung des Verlaufs ausgeschlossen werden muss. Die qualitative Auswertung bestätigt allerdings, dass Frau P im Verlauf der Therapie im Verlauf mehr und mehr Einsicht Beziehungsproblematik gewann und mit Unterstützung der Therapeutin differenzierter verstehen konnte. Neben der Tatsache, dass sie es schlecht aushalten konnte, ohne Beziehung zu sein, da sie sich sonst einsam fühlte, verstand sie, mit Hilfe der realen Beziehungserfahrungen mit ihrem Freund, dass es ihr mindestens genauso schwer fiel, Nähe auszuhalten und die Beziehung nicht abubrechen. Die fehlgeleitete, in Mentzos' Modell durch die zweite Säule repräsentierte, Entwicklung des „Ideal-Objekts“ (1009; 131), führten dazu, dass Frau P, wie sie selber sagte, das „Urvertrauen“ (P:138) fehlte und sie Partner schnell idealisierte, Bindungen aber auch nicht haltbar waren und schnell wieder zerbrachen, was sie sehr enttäuschte. Der erste Therapie sowie die tragfähige Beziehung zu ihrer Therapeutin halfen ihr diesbezüglich nachzureifen.

Frau Fs reflexive Kompetenz nahm während der Studienteilnahme ab (RK-Gesamtscore von 5,5 auf 4), erreichte aber noch kein niedriges Niveau. Hoch belastet, sowohl in depressionsrelevanten Bereichen (BDI: 39) als auch allgemein (GSI: 1,37), verringern sich ihre Symptome innerhalb kurzer Zeit und stiegen nach einem persönlichen Minimum (BDI: 2; GSI: 0,41 bei T3) auf ein immer noch erhöhtes Niveau (BDI: 5; GSI: 0,77) zum Katamnesezeitpunkt. In der HSCS steigert sich Frau F dagegen um eine Stufe auf 4,3 von einem starken Symptomdruck über eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung Richtung Auflösung alter Strukturen. Ihre beginnende brüchige Abwehr wird in ihren starken Versuchen deutlich, ihren eigenen Anteil an der Beziehung zum Vater abzuwehren. Nach Mentzos sind Frau Fs Depressionen bedingt durch eine Verhaftung im ödipalen Ich. Das „reife Gewissen“ (ebd.; 131), repräsentiert durch die dritte Säule, konnte nicht entwickelt werden. Der Vater ist noch immer das begehrte Objekt. Da sich die Bewusstwerdung des ödipalen Kernkonflikts anbahnt, nimmt die Einsicht in den die eigentliche Problematik verdeckenden Nähe-Distanz-Konflikt zwangsläufig ab. Durch die zeitweise Progression in Teilbereichen und die damit einhergehende Verringerung der reflexiven Kompetenz werden Voraussetzungen für eine Gesamtprogression geschaffen. Hypothese Ic, dass eine Verringerung der reflexiven Kompetenz eine Verringerung der Einsichtsfähigkeit im therapeutischen Prozess abbildet, wird also nicht bestätigt. Die mit der RKS gemessene reflexive Kompetenz bildet also mitunter nur eine temporäre Einschränkung der Mentalisierungsfähigkeiten der Person ab und keine strukturelle Verschlechterung.

Mit Hilfe der HSCS kann dieses als Stufe 5 abgebildet werden. Für die Zukunft wäre wünschenswert, auf Messinstrumente wie diese weiterhin zurückzugreifen, um z.B. auch die Validierung der HSCS voranzutreiben. Die Verwerfung der Hypothese Ic hat auch Auswirkung auf Hypothese III, dass die gemessene reflexive Kompetenz eine Prognose der strukturellen Änderung zulässt. Hier müssten weitere Studien folgen. Die Kernkonflikte sollten in jedem Fall in Bezug auf ihre Limitationen reflektiert werden.

„Firstly, while the use of OPD sentences as the main stimuli is the genuine strength of this study, it is also the major source of potential confounds. It is impossible to know what subjects are actually thinking of when instructed to mentally engage in the problematic interpersonal relation depicted by the OPD sentences. If one follows the logic of the OPD system and interpersonal theories of depression, the stimuli are highly specific and directly related to a significant factor contributing to the development and maintenance of depression.“ (Kessler et al. 2011; 8).

Kessler et al. beziehen sich hier zwar auf die Limitation in Bezug auf die fMRT-Untersuchungen. Für die qualitative Analyse dieser Arbeit gilt das Gleiche. Die Fokussätze sind sehr spezifisch. Mit welchem signifikanten Faktor in Bezug auf die Entwicklung und Chronifizierung einer Depression sie in Zusammenhang gebracht werden können, ist noch nicht deutlich geworden. Dem Design der Studie nach wurden die Fokussätze entsprechend bewusstseinsnaher Konflikte in ihrer konkreten Aktualisierung der letzten zwölf Monate formuliert. Es wird aber nicht geklärt, inwieweit es sich dabei um Deckkonflikte für dahinter noch verborgene Kernkonflikte handelt. Hinzu kommt, dass die Fokussätze auf Grundlage der OPD-Interviews formuliert wurden. Ein Nachteil der OPD ist aber, dass der ödipal-sexuelle Konflikt der Achse III nicht zu der klassischen Freudschen Fassung des Ödipuskonflikts äquivalent ist.²⁶

Diese Arbeit hat es sich zum Ziel gesetzt, depressive Patientinnen in Bezug auf den Prozess ihrer Einsichtsbildung zu untersuchen. Insgesamt kann gesagt werden, dass die qualitativen Ergebnisse die quantitativen Ergebnisse zum großen Teil abbilden, somit kann auch Hypothese II bestätigt werden. Zugleich erweitern sie diese aber weitläufig durch die detaillierte Analyse der Einzelbetrachtungen und geben wertvolle Hinweise auf zusätzliche Bereiche, die reflexive Kompetenz einschränken können. Themen von Verlust waren dabei häufig. Weit weniger deutlich erkennbar waren Gefühle von Schuld und Scham, die latent in den Interviews zum Ausdruck kamen und die im Erleben von Depressiven häufig sind. Vorbewusste Scham- und Schuldgefühle wurden abgewehrt und konnten so gar nicht erst manifester Teil der Gespräche werden. In psychoanalytischen Behandlungen muss diesen Gefühlen aber Rechnung getragen werden und sich bewusst gemacht werden, inwieweit zu starke oder fehlende Scham- und Schuldgefühle den psychotherapeutischen Prozess behindern können.

²⁶ Generell ist die Konfliktachse weit weniger gut validiert als z.B. die Strukturachse (Rudolf & Doering 2012).

Limitationen der vorliegenden Arbeit waren neben der geringen Vergleichbarkeit der Ergebnisse durch die qualitative Vorgehensweise, die Beschränkung auf das Störungsbild Depression. Scham- und Schuldgefühle werden häufig mit Depressionen assoziiert, es ist also möglich, dass die Bedeutung und Bearbeitung dieser Gefühle in der psychoanalytischen Behandlung Depressiver deutlicher zum Vorschein kommt, als bei anderen behandlungsbedürftigen psychischen Störungen. Eine weitere Limitation ist die Auswahl des homogenen Samples. So konnten keine Aussagen zu Alter, Bildung und Geschlecht als mögliche Einflussfaktoren für die Gewinnung von Einsicht genannt werden. Auch kann davon ausgegangen werden, dass Untersuchungen von Personen mit fehlender oder negativer reflexiver Kompetenz weitere Schlussfolgerungen auf die Verknüpfung von Scham mit Einsicht zulassen. Die Genese der Scham als intersubjektives Phänomen lässt sich in der zweiten Hälfte des zweiten Lebensjahres verorten (Seidler 2001; 130). Ein gewisses Maß an Getrenntheit vom Anderen deren Reflexivität muss also schon vorhanden sein, um Scham empfinden zu können. Bekanntlich ist dies bei sehr frühen Störungen nur rudimentär der Fall.

7.2 Zur Prozesshaftigkeit von Einsichtsbildung

Einem polynesischen Schöpfungsmythos zufolge gab es am Anfang nur Dunkelheit, das Nichts. Aus dem Nichts entstanden Papatuanuku, die Erdmutter, und Ranginui, der Himmelsvater. Sie lagen in inniger Umarmung zusammen und bekamen so männliche Nachkommen, die die Götter der Maori wurden. Doch ihre Umarmung versperrte ihren Kindern das Licht, sodass diese in ewiger Dunkelheit aufwuchsen. Die Söhne nun beratschlagten, was zu tun sei. Tumatauenga, der Kriegsgott und das grimmigste der Kinder, wollte die Eltern töten, doch Tane-Mahuta, der Gott der Menschen und des Waldes, schlug vor, dass Ranginui in den Himmel gehen sollte, während Papatuanuku auf der Erde leben sollte, um die Kinder weiter zu ernähren. Der Vorschlag stieß auf Zustimmung und so versuchten die Söhne, einer nach dem anderen, ihre Eltern auseinander zu schieben. Mit ganzer Kraft stemmten sie die Hände gegen ihren Vater Ranginui, aber sie richteten nichts aus. Tane-Mahuta schließlich legte sich auf den Boden, schob mit den Beinen und trennte beide Eltern voneinander. Und so sahen die Söhne zum ersten Mal Licht und haben Raum, sich zu bewegen. Seit dieser Zeit gibt es Himmel und Erde (Reed 1983).

Der Mythos beschreibt die Entstehung der Welt als „einen Prozeß von Differenzierung und Integration“ (Daser 1998; 226). Ohne die Differenzierung des Chaos, kann kein Raum entstehen, das Voneinander-Getrennte bleibt dennoch aufeinander bezogen. Die Differenzie-

rung ist damit die Voraussetzung für die Integration. Der getrennte Himmel, die getrennte Erde und die beide umfassende gemeinsame Welt lassen eine Struktur erkennen, in der Raum und Beziehung entsteht. Doch es erscheint auch Licht. In den entstandenen Raum kann eingesehen. „Abstand, Raum für Wahrnehmung und Erkenntnis, Struktur und Beziehung entstehen offenbar gleichzeitig“ und sind nur verschiedene Aspekte derselben differenzierend-integrierenden Bewegung (a.a.O.). Einsicht hat also eine triadische Struktur.

Entscheidend für ein Sehen in einer zusätzlichen Dimension, also für ein Ein-Sehen, ist die Tatsache, dass überhaupt ein Unterschied zwischen den beiden Bildern besteht. Gleiches stellt auch der Anthropologe, Sozialwissenschaftler und Philosoph Bateson fest. Die „Informationen für die beiden Beschreibungen [müssen] unterschiedlich zusammengestellt oder unterschiedlich codiert werden“, so Bateson (1984; 90). Auch könne der „Unterschied zwischen ihnen ihrer wechselseitigen Beziehung immanent sein“ (a.a.O.; 87). Eine weitere Voraussetzung, damit sich Ein-Sicht in einen Sachverhalt herstellen kann, ist also, dass zwei Beschreibungen sich aufeinander beziehen müssen.

Eine dritte Voraussetzung muss ebenfalls erfüllt sein. Buchholz weist darauf hin, wenn er schreibt: „Das Prinzip der doppelten Beschreibung muss [...] zu einer Integration der Perspektiven führen, die ähnlich ‚Tiefe‘ generiert wie das binokulare Sehen.“ (2005; 6). Die Integration erfolgt über die Beziehung, die beide zueinander haben. Beide Bilder werden zu einem neuen Bild mit Tiefenwirkung verschmelzen. Oder mit anderen Worten, tiefenwirksame Einsicht in einen Sachverhalt generiert sich dann, wenn zwei unterschiedliche Perspektiven, die miteinander in Beziehung stehen, in ein gemeinsames Bild integriert werden.

Übertragen wir nun diese Struktur auf die psychotherapeutische Situation, wird deutlich, dass Patient und Analytiker ein gemeinsames Objekt betrachten, nämlich einen Konflikt des Patienten. Der Patient hat ein bestimmtes Bild von sich und beschreibt dem Analytiker seine Sichtweise einer Situation auf Grundlage seiner persönlichen Lebensgeschichte. Er beschreibt sein Leben und seine Konflikte und nennt womöglich ähnliche Konflikte, die er in seiner Kindheit erlebte. Doch erkennt der Patient die Ähnlichkeit zwischen den alten und den neuen Konflikten, dass er die alten gewissermaßen in der Gegenwart fortsetzt? Nein. Der Analytiker macht sich vor dem Hintergrund seiner eigenen Lebensgeschichte und seiner Ausbildung ein Bild von der Situation des Patienten, was er diesem wiederum beschreibt. Da der Analytiker nicht der Patient ist, sind beide Sichtweisen voneinander unterschieden, auch wenn über die gleiche Situation gesprochen wird. Der Analytiker wird versuchen, dem Patienten zu einer Einsicht zu verhelfen. Die Aufgabe des Analytikers ist es nun, zusammen mit dem Patienten eine gemeinsame triangulierende Perspektive zu finden. Dies geschieht über die thera-

peutische Beziehung, in der frühere Konflikte reinszeniert werden. Darüber können beide Bilder zu einem neuen Bild verschmolzen werden, das eine neue Qualität besitzt und ein Tiefsehen, eine Einsicht, ermöglicht, die dem Patienten zu einem anderen Erleben verhilft.

Um aber zu einem anderen Erleben zu gelangen, müssen Schritt für Schritt unterschiedliche (neue) Erlebniszusammenhänge verstanden und miteinander in Beziehung gesetzt werden. Der Patient muss sich auf die dabei entstehenden schmerzlichen, aber auch befreienden Affekte gefühlsmäßig einlassen, was durch die tragfähige Beziehung zum Therapeuten erst ermöglicht wird. Einsicht in der analytischen Psychotherapie ist immer mit dem Ziel der Problemlösung verknüpft (mitunter muss aber erst gemeinsam herausgefunden werden, was das Problem ist). Die Frage, warum sich eine Einsicht einstellt, weist also sowohl in die Vergangenheit als auch in die Zukunft. Mit Hilfe von Einsicht kann die Wahrnehmung eines Problems geschärft werden. Gleichzeitig schwingt aber auch die Frage der Intention mit. Eine Einsicht in die in der Kindheit internalisierten Verhaltensweisen soll gewissermaßen hergestellt werden, um den Konflikt des Patienten in der Zukunft zu lösen. Einsicht bezieht sich also erst einmal auf das Verständnis von Zusammenhängen durch die Differenzierung und den Vergleich verschiedenster Beziehungssituationen und die anschließende Verknüpfung bisher zusammenhangloser Dinge miteinander.

7.3 Ausblick

Schöpfungsgeschichten erzählen vom Ursprung des Mensch-Sein metaphorisch und beschreiben die Entwicklungen und Bedingungen, die den Menschen von anderen Lebewesen unterscheiden (Hirsch 2007; 17). In der angeführten Schöpfungsgeschichte stehen Differenz und Integration als Ursprünge für einen Raum, in dem sich Bewusstsein und Reflexionsvermögen entwickeln. Dazu gehören laut biblischer Schöpfungsgeschichte auch Schuldgefühl und Scham.

Gerade in der Behandlung von depressiven Patienten wird deutlich, wie „Abhängigkeitsscham“ und „Trennungsschuld“ in ihre Persönlichkeit eingeschrieben sind (Tiedemann 2010; 150). Beide verweisen auf ein grundlegendes Dilemma oder einen primären Konflikt des Menschen: Auf der einen Seite steht die Suche nach Beziehung, auf der anderen das Streben nach Autonomie (ebd.; 151). Der Wunsch nach Abgrenzung führt zu Schuldgefühlen, während das Verharren in der Abhängigkeit Scham hervorruft. Solange ein Entweder-Oder angestrebt wird, ist der Konflikt nicht zu lösen. Nur über ein Sowohl-Als-Auch kann der Konflikt bewältigt werden.

Wie viele Therapieabbrüche und Widerstände tatsächlich auf unreflektierte Gefühle von Scham und Schuld beim Patienten oder Analytiker zurückgehen, ist wohl niemandem bekannt. Wie auch soll Scham ins Gespräch kommen? Schon allein die Verbalisierung, dass man über etwas (aus Schamgefühlen) nicht sprechen könne, weist bereits implizit in die Richtung des Verborgenen und verrät dem Analytiker, wo er suchen kann. Ist ein schambesetztes Erlebnis erst einmal bekannt geworden, kann der Patient auch nicht ohne weiteres hinzufügen, dass ihm bestimmte Verbindungen dazu schon bewusst waren, sondern würde erst recht auf die dahinterliegende Verhüllung und den Versuch der Täuschung zeigen. Für die psychoanalytische Behandlung bedeutet das, dass Scham bzw. Schuldgefühl als *conditio humana* in der Beziehung zum Patienten mitgedacht und in Bezug auf eigene auftretende Gefühlen reflektiert werden, dass ihnen Raum gegeben werden muss.

Die natürliche Eigenart psychoanalytischer Prozesse ist, dass der Therapeut manche Äußerung des Patienten nicht verstehen kann. Ebenso kann der Patient manche seiner Äußerungen nicht verstehen. Die Fähigkeit, die Ungewissheit auszuhalten, also die „negative Fähigkeit“ nach Bion (1990) gehört zum psychoanalytischen Prozess. Sowohl Patient als auch Analytiker müssen also nicht nur lernen, über gemeinsame Reflektion über eine Sache Einsicht zu gewinnen, sondern auch das Nicht-Wissen auszuhalten. Oder mit Freud gesprochen:

„Man darf nicht darauf vergessen, daß man ja zumeist Dinge zu hören bekommt, deren Bedeutung erst nachträglich erkannt wird. [...] Jene Bestandteile des Materials, die sich bereits zu einem Zusammenhange fügen, werden für den Arzt auch bewußt verfügbar; das andere, noch zusammenhanglose, chaotisch ungeordnete, scheint zunächst versunken, taucht aber bereitwillig im Gedächtnisse auf, sobald der Analytiker etwas Neues vorbringt, womit es sich in Beziehung bringen und wodurch es sich fortsetzen kann.“ (Freud 1912b; 377f.)

Veränderungen sind nicht zu erzwingen, sondern optimalerweise in einem reflexiven Prozess zu erreichen. Dafür braucht es Zeit und die Fähigkeit, Unsicherheit zu ertragen, und langfristig durch eine sich gegenseitig anerkennende und annehmende Beziehungsarbeit zu verringern.

„Die Abkürzung der analytischen Kur bleibt ein berechtigter Wunsch, dessen Erfüllung, wie wir hören werden, auf verschiedenen Wegen angestrebt wird. Es steht ihr leider ein sehr bedeutsames Moment entgegen, die Langsamkeit, mit der sich tiefgreifende seelische Veränderungen vollziehen, in letzter Linie wohl die ‚Zeitlosigkeit‘ unserer unbewußten Vorgänge.“ (Freud 1913c; 462)

Geduld ist leichter aufzubringen, wenn man den Wahrheitsanspruch seiner eigenen Theorien aufgibt und sich selbst als fehlerhaft erkennt. Werden diese Fehler als eigene blinde Flecken als kreatives Potential gedacht und reflexiv, statt verborgen, in die Therapie eingebracht, kann sich ein schöpferisches Potential entfalten, dass Patient und Analytiker zu einer gestärkten Beziehung verhilft. Schon Goethe versicherte diesbezüglich: „Derjenige, der sich mit Einsicht für beschränkt erklärt, ist der Vollkommenheit am nächsten.“ (1981; 530).

Literaturverzeichnis

- Adam, A. & Breithaupt-Peters, M. (2010): Persönlichkeitsentwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein integrativer Ansatz für die psychotherapeutische und sozialpädagogische Praxis. Stuttgart: Kohlhammer
- Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2008): Psychotherapie der Borderline Persönlichkeitsstörung. Ein mentalisierungsgestütztes Behandlungskonzept. Gießen: Psychosozialverlag
- Bateson, G. (1984): Geist und Natur. Eine notwendige Einheit. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 4. Aufl.
- Benecke, C. (2009): Lachen, um nicht zu weinen... Psychotherapeut 54:120-129
- Bion, W.R. (1967). Notes on memory and desire. Psychoanalytic Forum 2:279-281
- Bion, W.R. (1990): Lernen durch Erfahrung. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Breuer, F. (2010): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften
- Bohleber, W. (2010): Editorial. Neue Ergebnisse der Depressionsforschung. Erklärungsansätze – Therapiemodelle – Behandlungstechnik. Z Psychoanal 64:771-781
- Buchheim, A., Kächele, H., Cierpka, M., Münte, T.F., Kessler, H., Wiswede, D., Taubner, S., Bruns, G. & Roth, G. (2008): Psychoanalyse und Neurowissenschaften. Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten. Nervenheilkunde 5:441-445
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., George, C., Kernberg, O. F., Bruns, G. & Taubner, S. (2012): Changes in Prefrontal-Limbic Function in Major Depression after 15 Months of Long-Term Psychotherapy. (verfügbar über: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0033745>, Zugriff: 12.09.2012)
- Buchholz, M.B. (2005): Zur Geschichte des Zerlegens. PNL-33 (verfügbar über: <http://www.dgpt.de/news/wissenschaft.html>, Zugriff: 13.08.2012)
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2010). Psychotherapieforschung. In: Hiller, W., Leibing, E., Leichsenring, F. & Sulz, S. K. D. (Hg.), Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Grundlagen. München: CIP Medien. 2. neu bearb. Auflage; 395-410
- Daser, E. (1998): Interaktion, Symbolbildung und Deutung. Zur triadischen Struktur der Erkenntnis. Forum Psychoanal 14:225-240

- Deserno, H. (1990): Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Eine Kritik des Arbeitsbündniskonzepts. München Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse
- Dobler, L. (2011): Cyberspace: Potenzieller Raum oder Medium mit Symptomcharakter? Online-Selbsthilfe bei Bulimie. *Sonderpädagogische Förderung heute* 56, 3:270-277
- Dührssen A., Jorswieck, E. (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36:166-169
- Eagle, M.N. (1984): *Recent Developments in Psychoanalysis. A Critical Evaluation*. New York: McGraw-Hill Book Company
- Ebel, H., Steinmeyer, E.M, Houben, I. & Saß, H. (1997): Die Bedeutung präorbider Persönlichkeitsstruktur für die Entwicklung therapieresistenter Depressionen. In: Bauer M, Berghöfer A (Hg.): *Therapieresistente Depressionen. Aktueller Wissensstand und Leitlinien für die Behandlung in Klinik und Praxis*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 39-59
- Erikson, E.H. (2003): *Jugend und Krise. Die Psychodynamik im Wandel der Zeit*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Fischer-Kern. M. & Fonagy, P. (2012): Die Reflective Functioning Scale. In: Doering, S. & Hörz, S. (Hg.): *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis*. Stuttgart: Schattauer; 225-255
- Fonagy, P., Gergerly, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2008): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2. Aufl.
- Franke, G.H. (2002): *Symptom-Checklist from L.R. Derogatis – German Version (SCL-90-R)*. Göttingen: Beltz-Test
- Freedman, N., Lasky, R. & Hurvich, M. (2003) Two pathways towards knowing psychoanalytic process. In: Leuzinger-Bohleber M, Dreher AU, Canestri J (Hg.) *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association, London; 207-221
- Freud, S. & Breuer, J. (1895): *Studien über Hysterie*. Frankfurt a.M.: Fischer
- Freud, S. (1912b): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW XIII*; 375-387
- Freud, S. (1913c): Weise Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse: I. Zur Einleitung der Behandlung. *GW XIII*; 453-478
- Freud, S. (1916/17): *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. *GW XI*.
- Freud, S. (1927a): Nachwort zur Frage der Laienanalyse. *GW XIV*; 287-296
- Freud, S. (1933a): Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW XV*; 62-86

- Freud, S. (1937c): Die endliche und die unendliche Analyse. GW XVI; 59-99
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Gabbard, G.O. (2005). Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: Fourth Edition. Arlington: American Psychiatric Publishing
- Glaser, B. / Strauss, A. (2008): Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber, 2., korr. Aufl.
- Grawe, K. (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psychologische Rundschau. 43, 1992, S. 132–162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe, 5., unv. Aufl.
- Goethe, J.W. (1981): Werke - Hamburger Ausgabe Bd. 12, Maximen und Reflexionen, 9. Aufl. München: dtv
- Goldstein, E.B. (2011): Wahrnehmungspsychologie. Der Grundkurs. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, Nachdruck der 7. Aufl.
- Gutwinski-Jeggle, J. (2009): Wittgenstein – Psychoanalyse – Bion. Versuch einer Verbindung. Z Psychoanal 63:651-682
- Habermas, J. (2008): Erkenntnis und Interesse. Hamburg: Meiner
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1994). BDI Beck-Depressions-Inventar Testhandbuch. Bern: Verlag Hans Huber
- Heigl, F.S. & Triebel, F. (1977): Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung – eine empirische Untersuchung. Bern: Verlag Hans Huber
- Hessel, A., Schumacher, J., Geyer, M. & Brähler, E. (2001): Symptom-Checkliste SCL-90-R: Testtheoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. Diagnostica 47:27-39
- Hinshelwood, Robert D. (1993): Wörterbuch der kleinianischen Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta; 2. rev. u. erw. Aufl.
- Hirsch, M. (2007): Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 4. Aufl.
- Hirsch, M. (2008): Scham und Schuld – Sein und Tun. Psychotherapeut 54:177-184
- Hohage, R. (1989): Therapeutische Einsicht und Ambiguitätstoleranz. Z Psychoanal 43:737-752

- Huber, D., Klug, Gg, Wallerstein, R.S. (2006): Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK). Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Stuttgart: Kohlhammer
- Huber, D., Henrich, G., Gastner, J. & Klug, G. (2012) Must all have prices? The Munich Psychotherapy Study. In: Ablon, S., Levy, R., Kächele, H. (Hg.): Evidence Based Psychodynamic Psychotherapy II. Humana Press, New York.; 51-69
- Joart, J. (1995): Krankheitsverlauf, Behandlung und Lebensereignisse bei chronisch Depressiven. Ergebnisse einer einjährigen Verlaufsuntersuchung. Dissertation an der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften der Eberhard – Karls - Universität Tübingen
- Jansen, A., Mathner, E., Bachmann, T. (2004): Erfolgreiches Coaching. Ansanger Verlag GmbH Kröning
- Kächele, H. (2004) 7.6 Studien zur Validierung von Einzelaspekten der psychoanalytischen Therapie. In: Hau S, Leuzinger-Bohleber M (Hg.) Psychoanalytische Therapie Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie. Forum der Psychoanalyse 20:67-71
- Kächele, H. (2009): Psychoanalytische Prozesse. Methodische Illustrationen und methodologische Reflexionen. München: Ludwig-Maximilians-Universität München
- Kelle, U. & Kluge S. (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Opladen: Leske + Budrich
- Kessler, H., Taubner, S., Buchheim, A., Münte, T.F., Stasch, M, et al. (2011): Individualized and Clinically Derived Stimuli Activate Limbic Structures in Depression: An fMRI Study. PLoS ONE 6(1): e15712. doi:10.1371/journal.pone.0015712 (Zugriff: 11.09.2012)
- Klein, D. N., Shankmann, S.A. & Rose, S. (2006): Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. Am J. Psychiatry 163:876-880
- Kordy, H. & Kächele, H. (2011): Ergebnisforschung in Psychotherapie und Psychosomatik. In: Uexküll, T. v. (Hg.) (1995): Psychosomatische Medizin. München: Elsevier GmbH; 511-520
- Kossak, H.-C. (2004): Hypnose. 3. korr. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Kris, E. (1956). On Some Vicissitudes of Insight in Psycho-Analysis. Int. J. Psycho-Anal., 37:445-455.
- Lakoff, G. & Johnson, M. (2011): Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag, 7. Aufl.
- Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (2002): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt am Main, 11. Aufl.
- Leibig, B. (1998): Aspekte der Scham in der Psychotherapie. Psychotherapeut 43:26-31

- Leichsenring, F., Kreische, R., Biskup, J., Staats, H., Rudolf, G. & Jakobsen, T. (2008): Die Göttinger Psychotherapiestudie. Ergebnisse analytischer Langzeitpsychotherapie bei depressiven Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen, somatoformen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. *Forum Psychoanal* 2008, 24:193-204
- Leithäuser, T., Volmberg, B., Salje, G., Volmberg, U. & Wutka, B. (1977): Entwurf einer Empirie des Alltagsbewußtseins. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Leithäuser, T. & Volmberg, B. (1979): Anleitung zur empirischen Hermeneutik. Psychoanalytische Textinterpretation als sozialwissenschaftliches Verfahren. Frankfurt/Main: Suhrkamp
- Leithäuser, T. & Volmberg, B. (1988): Psychoanalyse in der Sozialforschung. Eine Einführung. Opladen
- Leithäuser, T. (2001): Psychoanalyse und tiefenhermeneutische Sozialforschung. In: Claussen, D., Negt, O. & Werz, M (Hg.): Hannoversche Schriften 4. Philosophie und Empirie. Frankfurt am Main; 118-145
- Leithäuser, T. (2009): Auf gemeinsamen und eigenen Wegen zu einem szenischen Verstehen in der Sozialforschung. In: Leithäuser, T. , Meyenhuber, S. & Schottmeyer, M. (Hg.): Sozialpsychologisches Organisationsverstehen. Wiesbaden; 357-372
- Leutinger-Bohleber, M. (2005): Depressionsforschung zwischen Verweigerung und Anpassung. Eine Einführung. In: Hau, S., Busch, H.J. & Deserno, H. (Hg): Depression – zwischen Lebensgefühl und Krankheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 13-61
- Leutinger-Bohleber, M. (2006): Persönlichkeitsstörung und Depression. Schulenübergreifende Dialoge und Kontroversen. In: Springer, A., Gerlach, A. & Schlösser, A.-M. (Hg.): Störungen der Persönlichkeit. Gießen: Psychosozial-Verlag; 15-52
- Lorenzer, A. (1973): Über den Gegenstand der Psychoanalyse oder: Sprache und Interaktion. Frankfurt am Main
- Lorenzer, A. (2006): Szenisches Verstehen. Zur Erkenntnis des Unbewußten. Marburg: Tectum Verlag
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, E. (1975): Comparative studies of psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry* 32:995-1108
- Marks, G. (2012): Deutschland bleibt 3D-Land: jedes vierte gekaufte Kinoticket 2011 stereoskopisch. (Verfügbar unter: <http://www.digitaleleinwand.de/2012/02/08/deutschland-ist-3d-land-jedes-vierte-gekauft-kinoticket-2011-stereoskopisch/>; Zugriff: 19.09.2012)
- Martin, M., Wallnöfer, H. & Walter, H. (2004): Entwicklung der suggestiven Verfahren im Rahmen der Psychotherapie. In: Firley, K., Kierein, M. & Kletecka-Pulker (Hg.) (2004): Jahrbuch für Psychotherapie und Recht. Band III. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AT; 99-116

- McNeilly, C. & Howard, K. (1991): The effects of psychotherapy. A reevaluation based on Dosage. *Psychther. Res.* 5: 74-78
- Mendiburu, B. (2009): 3d Movie Making: Stereoscopic Digital Cinema from Script to Screen. Burlington (USA): Focal Press/Elsevier
- Mentzos, S. (2009): Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Menninger, K.A. & Holzman, P.S. (1973): Theory of psychoanalytic technique. New York: Basic Books
- Mergenthaler, E. (1992): Die Transkription von Gesprächen. Ulmer Textbank. (verfügbar über: <http://sip.medizin.uni-ulm/informatik/verlag/trkrpt.pdf>; Zugriff 12.07.2012)
- Mertens, W. (1994): Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Berlin München: Quintessenz Verlags-GmbH
- Mertens, W. (2000): The psychoanalytic quarterly. *Z Psychoanal.* 54, 73-89
- Mertens, W. (2010): Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer, 3. überarb. Aufl.
- Meyer, A.-E. (1990): Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Ztsch. F. Klin. Psychol.* 1990, Band XIX, 4:287-291
- Meyer, A.E. (Hg.): (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychotherapy and Psychosomatics* 35: 81-207
- Morgenroth, C. (2001): Die Untersuchung unbewusster Gruppenprozesse. Über die kollektive Dimension innerer Vergesellschaftungsformen. In: Claussen, D., Negt, O. & Werz, M. (Hg.): Hannoversche Schriften 4. Philosophie und Empirie. Frankfurt am Main; 194-220
- Mulder, R.T. (2002): Personality Pathology and Treatment Outcome in Major Depression. A review. *Am. J. of Psychiatry* 159:359-371
- Musil R. (2000): Der Mann ohne Eigenschaften - II. Aus dem Nachlass, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Myers, D.G. (2008): Psychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Nissen, B. (2012): Zur Entstehung des Neuen im psychoanalytischen Prozess am Beispiel einer Perversion. *Z Psychoanal* 64, 2010, 1054-1077
- Ortner, G. (2006): Märchen, die Kindern helfen: Geschichten gegen Angst und Aggression, und was man beim Vorlesen wissen sollte. München: Dt. Taschenbuch Verlag; 11. Aufl. (im Anhang angeführt)
- Pfäfflin F, Kächele H (2001) Positive und negative Wirkfaktoren von Psychotherapien. *Fo-rensische Psychiatrie und Psychotherapie* 8: 69-91

- Plassmann, R. (2010): Inhaltsdeutung und Prozessdeutung. Prozessorientierte Psychotherapie. Forum Psychoanal 26:105-120
- Poscheschnik, G. (2009): Empirische Forschung in der Psychoanalyse – Vorbehalte und Vorteile. Z Psychoanal 63; 333-366
- Reed, A.W. (1983): Maori Myth and Legend. Auckland (USA): Reed Books
- Reimer, C. & Rüger, U. (2006): Psychodynamische Psychotherapien. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Reinke, E. (1999): Vorwort: Reflexive Kompetenz. In: Fonagy, P. & Target, M. (Hg.): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsfor-schung. Gießen: Pschychozial-Verlag; 7-30
- Resch, F. (1999): Entwicklungspsychopathologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Rogers, C. (1993): Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Frankfurt/Main: Fischer
- Röhr, H.P. (1998): Ich traue meiner Wahrnehmung. Sexueller und emotionaler Mißbrauch. Düsseldorf
- Rosenblatt, A. (2004): Insight, Working Through and Practice: The Role of Procedural Knowledge. J Am. Psych. Association 52:189-208
- Rudolf, G., Jakobson, T., Keller, W., Krawietz, B., Langer, M., Oberbracht, C., Stehle, S., Stennes, M. & Grande, T. (2012): Umstrukturierung als Ergebnisparadigma der psychodynamischen Psychotherapie – Ergebnisse aus der Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Z Psychosom Med Psychother 58:55-66
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C. (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskala. Psychotherapeut 45:237–246
- Rudolf, G. & Doering, S. (2012): Die Strukturachse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD-2). In: Doering, S. & Hörz, S. (Hg.): Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis. Stuttgart: Schattauer; 87-121
- Sammet, I., Rabung, S. & Leichsenring, F. (2006): Bedeutung und Entwicklung von Einsicht während des psychotherapeutischen Prozesses. Eine quantitative Einzelfallstudie auf Grundlage der Control-Mastery Theorie. Psychotherapeut 51: 197-205.
- Schöpf, A. (2008): Einsicht. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 3., überarb. u. erw. Auflage; 151-154
- Schüttauf, K. (2008): Die zwei Gesichter der Scham. Z Psychoanal 62, 840-865
- Schütz, G. (2009): Hypnose in der Praxis. Paderborn: Jungfermannsche Verlagsbuchhandlung, eigentlich 1997

- Schröer, N. (1997): Wissenssoziologische Hermeneutik. In: Hitzler, Ronald & Honer, Anne (Hg.): Sozialwissenschaftliche Hermeneutik. Eine Einführung. Opladen; 109-129
- Schultz-Venrath (2008): Mentalisierungsbasierte Psychotherapie (Mentalization-Based Treatment – MBT) – eine neue niederfrequente Psychotherapie für Borderline-Persönlichkeitsstörungen? In: Dreyer, K-H, Schmidt, M (Hrsg.): Niederfrequente Psychoanalyse – Theorie und Technik. Stuttgart: Klett-Cotta 197-220
- Segal, H. (1962). The Curative Factors in Psycho-Analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:212-217.
- Seidler, G.H. (2001): Der Blick des Anderen. Eine Analyse der Scham. Stuttgart: Klett-Cotta, 2, verb. u. erw. Auflage
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980): The Benefits of Psychotherapy. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Staun, L., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H. & Taubner, S. (2010): Mentalisierung und chronische Depression. *Psychotherapeut* 2010; 55:299-305
- Straub, Jürgen (1999): Handlung, Interpretation, Kritik. Grundzüge einer textwissenschaftlichen Handlungs- und Kulturpsychologie. Berlin
- Taubner, S. (2008a); Einsicht in Gewalt. Reflexive Kompetenz adoleszenter Straftäter beim Täter-Opfer-Ausgleich. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Taubner, S. (2008b): Mentalisierung und Einsicht. *Forum Psychoanal* 24:1-31
- Taylor, D. (2010): Das Tavistock-Manual der psychoanalytischen Psychotherapie – unter besonderer Berücksichtigung der chronischen Depression. *Z Psychoanal* 64, 2010, 833-861
- Taylor, D., Carlyle, J., McPherson, S., Rost, F., Thomas, R., Fonagy, P. (2012): Adult Depression Study (TADS): A randomised controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant/treatment-refractory forms of depression *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 60. Published online 2012 July 12 (verfügbar über: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395560/>; Zugriff am 16.09.2012)
- Teuber, N. (2011): Das Geschlecht der Depression. „Weiblichkeit“ und „Männlichkeit“ in der Konzeptualisierung depressiver Störungen. Bielefeld: transcript Verlag
- Tiedemann, J.L. (2010): Die Scham, das Selbst und der Andere. Psychodynamik und Therapie von Schamkonflikten. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Tscheulin, D. (1992). Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Göttingen: Hogrefe
- Tschuschke, W. (1997): Der Wirbel um die Berner Metaanalyse – Hintergründe. In: Tschuschke, W., Heckrath, C. & Tress, W. (Hg.): Zwischen Konfusion und Makulatur. Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bauer. Göttingen, Vandenhoeck & Rubrecht; 10-24

- Tschuschke V., Kächele H., & Hölzer, M. (1994) Gibt es unterschiedlich effektive Formen von Psychotherapie? *Psychotherapeut* 39: 281-297
- Tschuschke, V., Bänninger-Huber, E., Faller, H., Fikentscher, E., Fischer, G., Frohburg, I., Hager, W., Schiffler, A., Lamprecht, F., Leichsenring, F., Leuzinger-Bohleber, M., Rudolph, G., Kächele, H. (1998): Psychotherapieforschung - wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/Innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe u. a. (1994). *Psychotherapie Psychosomaik Medizinische Psychologie*. Vol 48(11), 1998, S. 430–444
- Valenstein, A.F. (1962). The Psycho-Analytic Situation – Affects, Emotional Reliving, and Insight in the Psycho-Analytic Process. *Int. J. Psycho-Anal.*, 43:315-324.
- Vorländer, K. (1969): *Philosophie des Altertums 1*, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Wallerstein, R.S. (1986): *Fourty-Two Lives in Treatment. A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York, USA: The Guilford Press
- Wallerstein, R.S. (1989): The Psychotherapy Research Project (PRP) of the Menninger Foundation. An overview. *J Consult. Clin. Psychol.* 57 (1989) 195-205
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G. & Banck, G. (2008): *Depression, Psychodynamik und Therapie. Psychoanalytische Krankheitslehre*. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer, 3. überarb. Aufl.
- Winnicott, D.W. (2010): *Vom Spiel zur Kreativität*. Stuttgart: Klett-Cotta, 10. Aufl.
- Wittchen, H.-U., Wunderlich, U., Gruschwitz, S. & Zaudig, M. (1997). SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Würker, A. (2007): *Lehrerbildung und Szenisches Verstehen. Professionalisierung durch psychoanalytisch orientierte Selbstreflexion*. Baltmannsweiler
- Würtz, S. & Eckert, R. (1998): Aspekte modischer Kommunikation. In: Willems, H- & Jurga, M (Hg.): *Inszenierungsgesellschaft*. Opladen; 177-193.
- Zimmer, F.T. (1991): Konzepte und Aspekte der Chronifizierung von Depressionen. In: Mundt, C., Fiedler, P., Lang, H. & Kraus, A. (Hg.): *Depressionskonzepte heute. Psychopathologie oder Pathopsychologie?* Berlin: Springer; 240-276
- Zimmermann, D. (2012): *Migration und Trauma: Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen*. Gießen, Psychosozial-Verlag

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten Quellen entnommen sind, sind als solche kenntlich gemacht.

Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden und mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen.

Diese Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch bei keiner anderen Prüfungsbehörde eingereicht worden.

Datum, Unterschrift