

Psychoanalytische Prozesse

Methodische Illustrationen und methodologische Reflexionen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Horst Kächele, Ulm

Psychoanalytische Prozesse

Methodische Illustrationen und methodologische Reflexionen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von
Horst Kächele, Ulm

Ulm, 2009

Mit Genehmigung der Fakultät für Psychologie und Pädagogik

Dekan: Prof. Dr. Joachim Kahlert

Referent: Prof. Dr. Wolfgang Mertens

Koreferenten: Prof. Dr. Willi Butollo
Prof. Dr. Michael Ermann

Tag der mündlichen Prüfung: 20. Juli 2009

Danksagung

Diese Studie ist Christian Y und seinem Analytiker, Helmut Thomä, gewidmet, deren Zustimmung zur ersten Tonbandaufzeichnung einer psychoanalytischen Behandlung diese Untersuchung erst möglich gemacht hat.

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1 · Stadien der psychoanalytischen Therapieforschung	1
1.1 Der psychoanalytische Prozess	1
1.2 Das Ulmer Forschungsprogramm	6
1.3 Sechs Stadien der Therapieforschung	7
1.4 Der methodologische Ort der Einzelfallstudie	20
Kapitel 2 · Der Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse	25
2.1 Freuds Fallstudien	25
2.2 Fallstudien in den Sozialwissenschaften	28
2.3 Nach-Freudsche Behandlungsberichte	31
Kapitel 3 · Methoden der psychoanalytischen Prozessforschung	35
3.1 Der Kampf um Tonbandaufnahmen	36
3.2 Informationsgewinn und -verlust bei der Verwendung von Verbatimprotokollen	40
3.3 Die Untersuchung von Patienten-Variablen	42
3.3.1 Zur Quantifizierung von Affekten anhand von Verbatimprotokollen	42
3.3.2 Produktives psychoanalytisches Arbeiten	44
3.4 Übertragung und/oder interpersonelle und/oder intrapsychische Beziehungsmuster	51
3.5 Die Untersuchung von Therapeutenvariablen	58
3.6 Triadische Methoden: Patient-Therapeut-Prozess	63
3.6.1 Psychotherapy Q-Set von Jones	63
3.6.2 „The Analytic Process Scales“	65
3.6.3 Columbia Analytic Process Scale	66
3.7 Psycho-politische Kontexte der Methodendiskussion	70
Kapitel 4 · Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit	73
4.1 Erstinterview – Bericht über den Patienten Christian	73
4.2 Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit: eine Fallstudie	79
4.3 Kommentar zur Fallstudie über den Patienten Christian Y unter dem Aspekt der Mitteilung und Deutung von Träumen	99
4.4 Methodologische Reflexionen	106
Kapitel 5 · Klinisch-systematische Verlaufsbeschreibung	109
5.1 Systematische Gesichtspunkte der Beschreibung	109
5.2 Die synchrone Darstellung der 11 Perioden	115
5.3 Längsschnittliche Zusammenfassung des Verlaufs der einzelnen Gesichtspunkte	164
5.4 Kritische Würdigung der Methode	171

Kapitel 6 · „Guided clinical judgments“ – „Angst“, „Übertragung“ und „Arbeitsbeziehung“	175
6.1 Die Beurteilung der Angst als Therapievariable	177
6.1.1 <i>Zur Geschichte der Angstneurose</i>	177
6.1.2 <i>Formen der Angst und ihre operationale Definition</i>	182
6.2 Übertragung als Therapievariable	189
6.2.1 <i>Die Bedeutung der Übertragung im psychoanalytischen Prozess</i>	189
6.2.2 <i>Die Operationalisierung der Übertragung</i>	192
6.3 Die Arbeitsbeziehung als Therapievariable	193
6.3.1 <i>Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung</i>	193
6.3.2 <i>Die empirische Erfassung der Arbeitsbeziehung im psychoanalytischen Prozess</i>	195
6.4 Zur Methodik der Einstufungsuntersuchung	197
6.4.1 <i>Die Beschreibung der Schätz-Skalen</i>	198
6.4.2 <i>Die Beschreibung der Beurteilergruppe</i>	201
6.4.3 <i>Das Problem der Stichproben-Bildung</i>	202
6.4.4 <i>Die Handhabung der Skalen durch die Beurteiler</i>	204
6.4.5 <i>Die Inter-Beurteiler-Reliabilität der Einstufungen</i>	206
6.4.6 <i>Die faktorielle Struktur der Beurteilung</i>	214
6.4.7 <i>Klinische Evaluierung der Faktoren anhand von Extremwertstunden</i>	218
6.4.8 <i>Zur Konstruktvalidität der Angstkonzepte</i>	226
6.5 Die Verlaufsbeschreibung anhand der Prozessfaktoren	228
6.5.1 <i>Vorbemerkungen zur Verlaufsbeschreibung</i>	229
6.5.2 <i>Die Verläufe der 5 Faktoren über die 11 Perioden</i>	229
6.5.3 <i>Entwurf eines Phasenmodells der Behandlung</i>	235
6.6 Fazit	239
Kapitel 7 · Zusammenfassung	241
Bibliographie	247
Anhang	277
Abbildungen	277
Tabellen	278
Curriculum vitae	279

Stadien der psychoanalytischen Therapieforschung

1.1 Der psychoanalytische Prozess

Eine Lieblingsfigur, a figure of speech, une façon de parler, der psychoanalytischen ‚scientific community‘, war und ist die Rede von dem „psychoanalytischen Prozess“¹. In vielen Veröffentlichungen, in Entscheidungen über den Abschluss der Ausbildung, oder über die Aufnahme in eine psychoanalytische Vereinigung, taucht diese rhetorische Figur auf.

Dabei weiß niemand so genau, was das ist, ein psychoanalytischer Prozess. Freuds diesbezügliche Feststellung im Hinblick auf die Mitwirkung des Analytikers bei der Implementierung eines analytischen Prozesses lautete:

„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 Punkte, die er angreift, vorschreiben.“ (Freud 1913c, S. 463)

Hier scheint Freud die Auflösung der Verdrängungen als einen weitgehend autonomen Vorgang, der Entwicklung einer Pflanze ähnlich, im Auge zu haben. Diese Aussage kontrastiert mit Freuds Vergleich der Technik der analytischen Behandlung mit dem Schachspiel. In der Eröffnungsphase des Schachs konstituieren festgelegte Regeln den potenziellen Gang des Geschehens. Diese existieren unabhängig von den je besonderen Umständen. Immerhin, Schach wird auf der ganzen Welt nach den gleichen Regeln gespielt. Darüber hinaus gibt es Strategien und Taktiken, die in verschiedenen Spielphasen nützlich sein können, so in der Eröffnungs- oder in der Endphase des Spiels. Sie differieren entsprechend der individuellen Technik jedes Spielers und sie werden interaktiv in der dyadischen Situation reguliert, in dem die Spieler die angenommenen Stärken und Schwächen des Gegners in Rechnung stellen.

Übertragen auf die Psychoanalyse, lässt sich also sagen, dass es dort so etwas Ähnliches vorliegt wie ein fixiertes Set von Regeln, die sich von konkreten Situationen ablö-

¹ Ähnliches ließe sich vom Begriff der „strukturellen Veränderung“ sagen, wie Sandell (2005) ausführt: „Nowadays, the concept of mental structural change has become what Weinshel (1990) has called a psychoanalytical shibboleth, a slogan, a rhetoric to distinguish psychoanalytic change from the—presumably less genuine—forms of change in other kinds of mental treatments. But Weinshel argues (1990, p. 636): „We should at least consider that our long-held claim that ‘structural change’ is the sacrosanct province of psychoanalysis may be a somewhat solipsistic one“ (S. 269).

sen lassen? Im Schach ist es leicht, zwischen Zügen, die gegen die Regel sind und Zügen die regelkonform sind, zu unterscheiden; in der Psychoanalyse sind solche Unterscheidungen schwierig, wie Thomä u. Kächele schon 1985 (S. 222) ausgeführt haben. Viele Psychoanalytiker halten daran fest, dass die psychoanalytische Situation diesen Status aufweist, der isoliert von konkreten Zwecken bestimmt werden kann.

So scheint es nahe liegend, nicht einen analytischen Prozess, sondern eine Vielzahl von Prozessen ins Auge zu fassen, die auf unterschiedlichen Ebenen lokalisiert werden können. Es liegen Veränderungsprozesse vor, die sich im bewussten Erleben und auch im nicht-bewussten Verhalten des Patienten abspielen; gleiches dürfte vom Analytiker gelten². Darüber hinaus sind Veränderungen des Interaktionsprozesses selbst davon abzugrenzen.

Historisch ist zu belegen, dass die Suche nach dem ‚wahren‘ psychoanalytischen Prozess erst nach dem 2. Weltkrieg durch Alexanders u. Frenchs (1946) heftig umstrittenen Ab- und Aufweichungen von Grundprinzipien psychoanalytischer Therapie ausgelöst wurden. Die nachfolgende Kritik an deren technischen Modifikationen wurde bald grundsätzlich und kulminierte in der Erfindung der psychoanalytischen Idealtechnik durch Eissler (1953). Gills (1954) apostolische Grenzziehung bekräftigte die Unterscheidung, die, bis zu seinem eigenen Widerruf (Gill 1984), wahrer (psychoanalysis proper) von nicht wahrer Psychoanalyse (dynamic psychotherapy) zu scheiden wusste.

Empirische Ansätze, psychoanalytisches Operieren von psychodynamischem zu unterscheiden, sind inzwischen zu einem Politikum geworden:

„At a 1996 meeting of the House of Delegates of the IPA, the issue of the appropriate database for defining analytic process was debated with the „Committee on Psychoanalytic Specificity“. The question was: „What is specific about the nature and consequences of analytic process?“ In spite of wide theoretical divergences the group agreed fairly readily on a broad outline“ (Freedman et al. 2003, S. 207).

Die Mitglieder dieses Komitees waren sich einig, dass Übertragung, Übertragungsregression, Deutung, die Anerkennung des Symbolischen, und der sachkundige Gebrauch von Gegenübertragung zu den definitorischen Merkmalen eines psychoanalytischen Prozesses gehören. Allerdings bestanden in der Arbeitsgruppe erhebliche Divergenzen, was die Frage der Validierung dieser Vorgänge auf einer konsensuellen Basis anbetraf. Vor allem psychoanalytische Kliniker betonten, dass nur durch teilnehmende Subjektivität psychoanalytische Erkenntnis zu gewinnen sei; es wurden warnende Beispiele genannt, wo prominente Forscher nur auf der Grundlage von Tonbandaufzeich-

² Bucci (2007) führt dies folgendermassen aus: „The nature of experiential domain in psychoanalysis is, however, considerably more complex than is represented in the positions of the writers {on the case history, A.d.V.} referred to above; four domains of subjective experience need to be recognized as operating in the psychoanalytic session“ (S. 620).

nungen – ohne Beteiligung des Analytikers – Auswertungen durchgeführt hatten. (Allerdings wurden nicht Ross und Reiter genannt). Die Arbeitsgruppe kam zu folgender Empfehlung:

„What at first seemed to be incompatible views were reshaped into a position statement that included four points: (1) any effort at validation must be rooted in the history of psychoanalytic clinical thought; (2) the evaluation of process should originate in the subjective and intuitive judgment of the engaged and experiencing analyst; (3) evaluation should be corroborated by consultants using the time honored methods of peer review and supervision, and (4) only then would these essentially clinical procedures receive external validity through the study of recorded texts. This ideal prescription was accepted by the house” (Freedman et al. 2003, S. 207).

Die Autoren, Mitglieder des New Yorker IPTAR-Institutes, notierten schließlich:

„These recommendations were internalized and incorporated into our Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR) Research Program. With this in mind, we adressed the question „Can psychoanalytic process be defined empirically?” (S.208).

Nun sind Vorstellungen darüber, was eine psychoanalytische Behandlung ausmacht, keine theoretische, abstrakte Angelegenheit; sie sind faktisch mehr oder weniger Teil Bestandteil der täglichen Arbeit des Psychoanalytikers. Diese Verlaufsgestalten werden von einer Generation von Analytikern zur nächsten weitergegeben; sie enthalten, oft nur in metaphorischen Ausdrücken unausgesprochene Theorien (Hamilton 1996). Sandler (1983a, S. 43) fordert deshalb zu Recht, dass die privaten Dimensionen dieser Konzepte offen gelegt werden. Sollten solche Untersuchungen durchgeführt werden, so ist man überrascht, welche Mannigfaltigkeit von Bedeutungen mit dem Ausdruck „psychoanalytischer Prozess“ unter Analytikern verbunden sind (Compton 1990)³.

Vaughan u. Roose (1995) unterscheiden zwischen klinischen und wissenschaftlichen Definitionen. Am schon erwähnten Freud-Zitat (1913c) destillieren sie drei Komponenten heraus: a) der p. P. sei äquivalent zu dem Prozess der Veränderung im Patienten, b) dieser habe seine eigene Gesetzmäßigkeit und c) bestünde aus den wohl bekannten Arbeitsmitteln der freien Assoziation, Widerstand, Deutung und dem Vorgang des Durcharbeitens. Nachfolger der Freudschen Sichtweise hätten jeweils ihren Schwerpunkt auf den einen oder anderen Aspekt gelegt. Für Kris (1956a) bezeichnet ein psychoanalytischer Prozess „the motion of progressive development over time in a definite direction“ (S. 37); Greenacre (1968) räumt dem Konzept ein, es beschreibe „at its best, essentially a progression of growth“ (S. 212). Boesky (1990) definiert den psychoanalytischen Pro-

³ Sehr witzig und zutreffend haben Vaughan u. Roose (1995) diesen Sachverhalt gekennzeichnet: „educators and clinicians sometimes resort to using as a definition of analytic process, the Supreme Court definition of pornography: ‚I may not be able to define it, but I know when I see it‘ (S. 344).

zess in Begriffen der Veränderungen, die im Laufe der Behandlung sichtbar werden als da sind eine Vertrautheit mit der Vorgeschichte, die für das Verständnis der aktuellen Symptome relevant ist, Veränderungen in der Wahrnehmung von Selbst und Anderen und eine wachsende Toleranz für unlustvolle Affekte. Rangell (1981) hin wiederum setzt den psychoanalytischen Prozess mit der therapeutischen Interaktion gleich, während Compton (1990) die Interaktion als das therapeutische Agens setzt, und mit dem therapeutischen Prozess die seelischen Veränderungen meint, die sich beim Patient ereignen. Der Prozess im Analytiker wird allerdings nur selten systematisch konzeptualisiert; stattdessen werden ausgiebig technische Interventionen als Prozesskomponenten thematisiert, sei es die Bearbeitung von Widerständen oder die Deutung der Übertragung. In diesem Sinne ist nach Calef u. Weinshel (1980) der Analytiker der „Wächter des analytischen Prozesses“. Ein ernüchterndes Fazit eines mehrjährigen Diskussionsprozesses⁴ zog Abend (1986): „this lack of accepted definition leads analysts to refer to ‚mysterious factors‘, ‚magical explanations‘ and to invoke a quasi mystical ‚process‘ concept“ (S. 210).

Im ersten Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä u. Kächele 1985 / 3. Auflage 2006a, Abschnitt 9.3) haben wir einige übergeordnete Prozess-Modelle dargestellt als auch unser eigenes Prozess-Modell skizziert, welches auf dem von French (1954) entwickelten „Fokus Konzept“ basiert (Thomä u. Kächele 1985, Abschnitt 9.4). Unter einem Fokus verstehen wir das jeweils zentrale, interaktionell geschaffene Thema der therapeutischen Arbeit, welches aus dem Material des Patienten und dem Verständnis des Analytikers resultiert (Abb.1).

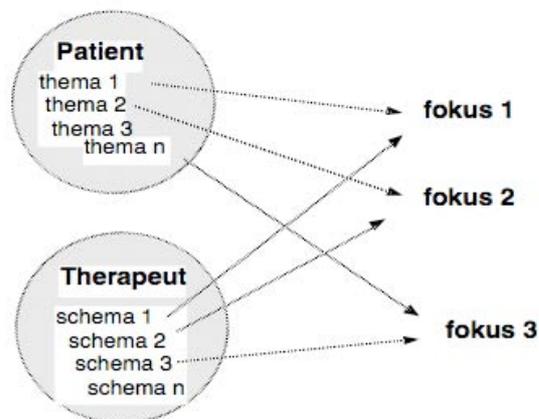


Abb. 1: Das Ulmer Fokus-Modell

⁴ Committee on Psychoanalytic Education der APsA

Da die einzelnen Brennpunkte durch zentrale Konflikte miteinander verbunden bleiben, kann dieses Prozessmodell sowohl für kürzere als auch längere Behandlungen verwendet werden. Darüber hinaus ist es kompatibel mit verschiedenen theoretischen Konzeptionen. Deshalb zogen wir folgendes Fazit: „Wir konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine *fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokalthherapie mit wechselndem Fokus* (1985, S. 359).

Dieses Konzept des Ulmer Prozess Modells über den Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung war das Ergebnis unserer eingehenden Konfrontation mit dem sich entwickelnden Feld systematischer Therapieforschung (Luborsky u. Spence 1971; 1978). M. E. muss sich psychoanalytische Prozessforschung über subjektivistische Positionen, die vom Verständnis des einzelnen Analytikers ausgehen, hinwegsetzen. Die klinische Psychoanalyse muss sich von einem narrativen Selbst-Missverständnis – um das Habermas-Verdikt von Freuds szientistischen Selbstmissverständnis zeitgemäß zu paraphrasieren – befreien, um zu einer Wissenschaft zu werden, die den therapeutischen Mutterboden mit angemessenen, empirischen Methoden bearbeitet (Meyer 1990). Damit stellen wir – das sind die Vertreter einer psychoanalytisch-empirischen Therapieforschung (z. B. Luborsky, Dahl, Bucci, Meyer usw) – „uns“ entschieden gegen die u. a. von Tuckett (1994) emphatisch vorgetragene Auffassung, dass ‚clinical facts in psychoanalysis‘ nur durch die teilnehmende Beobachtung eines Analytikers generiert werden können⁵.

Was die klinische Psychoanalyse braucht, – ohne auf die teilnehmende Beobachtung des Analytikers verzichten zu wollen – sind deskriptive Untersuchungen der therapeutischen Interaktion. Die Notwendigkeit gründlicher und verlässlicher Beschreibung ist als Basis für theoretische Generalisierung anzusehen. Weiterhin notwendig sind dazu Studien, wie unbewusste Phantasien non-verbal und verbal ausgedrückt werden (Krause et al. 1992). Desgleichen sind auch Untersuchungen der inneren Vorgänge im Analytiker (Kächele 1985; König 2000) gefragt und es gilt den innerseelischen Vorgängen im Patienten, die sich auch außerhalb des klinischen Settings abspielen auf die Spur zu kommen; dies richtet sich speziell auf die Internalisierung der therapeutischen Erfahrung, wie sie mit u. a. dem Intersession-Questionnaire (Orlinsky 1990; Arnold et al. 2004; Zeeck et al. 2004) erfasst werden kann.

Paradigmatisch für die psychoanalytische Therapie ist nach wie vor, dass innerseelische Konflikte des Patienten zumindest teilweise in der Interaktion ausgetragen wer-

⁵ Diese Auffassung hat er erneut in seiner Diskussion von Michels (2000) Aufsatz zur „Case History“ bekräftigt: „All of this raises the fundamental question of what the data really are in clinical psychoanalysis. Here I think we cannot avoid the proposition that the observing instrument is the analyst’s subjectivity and that the context for his subjectivity is the specific setting of the fifty minutes session“ (Tuckett 2000, S. 406).

den; dies wird als ‚Übertragungsneurose‘ bezeichnet (Mertens 1990, S. 207); die Art und Weise wie diese sich entwickelt, ist eine Funktion des dyadischen analytischen Prozesses. Ihre Form ist einzigartig für jede therapeutische Dyade, was jeder psychoanalytischen Behandlung den Status einer singulären Geschichte verleiht.

1.2 Das Ulmer Forschungsprogramm

Seit 1970 wird an der Universität Ulm ein Forschungsprogramm durchgeführt, das in vielfältiger Weise den ‚Mutterboden‘ der Psychoanalyse, die psychoanalytische Situation, untersucht. In diesem, viele Jahre auch von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Programm (Th 170), konnte ich vielfältige methodische Erfahrungen zum Themenkomplex „Psychoanalytische Prozesse“ sammeln, die in der hier vorliegenden Zusammenschau kritisch reflektiert werden. In einem fundamentalen Beitrag über „Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung“ warfen Wallerstein u. Sampson (1971⁶) das Problem auf, ob es möglich und notwendig sei, formalisierte und systematisierte Untersuchungen des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse durchzuführen:

„Wir denken, dass wir zeigen konnten, dass die Antwort auf beide Fragen heute ein emphatisches Ja ist ... Unsere zentrale Überzeugung ist, dass die informelle Fallstudie trotz ihrer zwingenden Überzeugungskraft gewisse reale und offenkundige wissenschaftliche Begrenzungen hat“ (S. 47).

Folgt man ihren Ausführungen müssen systematische Einzelfallstudien einen Schwerpunkt der wissenschaftlichen Durchdringung psychoanalytischer Therapieprozesse bilden.

⁶ Dieser wichtige programmatische Aufsatz erschien mit großer Verzögerung auf deutsch in einem Reader, den ich mit herausgeben konnte (de Schill, Lebovici u. Kächele 1997).

1.3 Sechs Stadien der Therapieforschung

Eine Orientierung über strategisch unterschiedliche Forschungszugänge soll beitragen, den methodischen Ort von Einzelfallstudien zu bestimmen. Dies wird im folgenden Schaubild erläutert (Abb. 2):

Sechs Stadien der Therapieforschung:

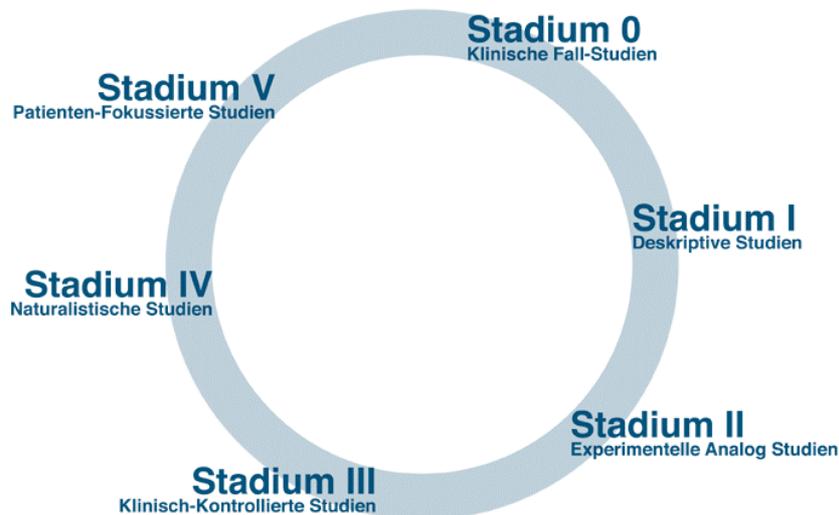


Abb. 2: Die Graphik illustriert verschiedene methodische Zugänge, denen unterschiedliche Fragestellungen und Aufgaben zugrunde liegen.

Das **Stadium 0** begreift „Klinische Fallstudien“ als einen Übergang zwischen klinischer Tätigkeit und qualitativ-methodischem Zugang. Nicht nur in der Psychoanalyse, auch in der klinischen Psychologie erlebt die Fallstudien-Methodik in den letzten Dezennien eine Renaissance (Bromley 1986; Wilson 2000). Neue methodologische Ansätze (Jüttemann 1990) und die Neubewertung qualitativer Fragestellungen (Faller u. Frommer 1994; Frommer u. Rennie 2001; Frommer u. Streeck 2003) haben sowohl die Sozialwissenschaften generell als auch speziell das Feld der Therapieforschung inzwischen nachhaltig verändert. Methodische Überlegungen zur Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden haben Konjunktur (Stuhr 2001; Jakobsen et al. 2007).

Das gemeinsame Anliegen dieser vielfältigen Zugänge ist es, „dem subjektiven Faktor in den Sozialwissenschaften gerecht zu werden und das Einzelschicksal in den Fokus der Forschungsbemühungen zu stellen“ (Leuzinger-Bohleber 1995, S. 446).

Im 2. Kapitel skizziere ich deshalb eine historische Entwicklung, die von Freuds Fallstudien ausgehend eine Fortschreibung dieser exquisit klinischen Bemühungen in die gegenwärtige Therapieforschung zu erfassen sucht.

Klinische Fall-Vignetten beschränken sich meist auf die Beschreibung einzelner exemplarischer Situationen, betonen dabei Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen und selektieren Material, um Leser zu überzeugen. Dies betont u.a. Michels (2000), wenn die intentionale Blickrichtung von *case studies* heraushebt. Die überwiegende Darstellung in Behandlungsberichten zeichnet sich durch die Bezugnahme zu einzelnen psychoanalytischen Konzepten aus; dies kann im besten Falle als Konzeptforschung (Dreher 1998) gewertet werden; eine Durchsicht einiger Jahrgänge des *International Journal of Psychoanalysis* belegt diese Einschätzung (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Methodologisch ist damit das Problem zu untersuchen, wie ein Kliniker vom subjektiven Erleben (in der psychoanalytischen Sitzung) zum objektivierenden Nachdenken über das Geschehen außerhalb der Behandlungsstunde kommt. Werden solche Fallberichte publiziert, führen sie manchmal zu kollegialen Diskussionen, die dann zu lang anhaltenden, meist fruchtlosen Debatten führen können, wie Boesky (2005) an einer wiederholten Veröffentlichung eines kritischen technischen Vorgehens von Casement (1982, 2000) aufzeigte.

Um klinische Darstellungen – von der Vignette zu umfangreichere Kasuistik – in den Rang einer Einzelfallforschung erheben zu können, müssen Kriterien der Darstellung, speziell der Materialauswahl explizit gemacht werden (Tuckett 1994).

Allerdings ist es irreführend, die klinische Situation als Defizitvariante des Experimentes zu betrachten, wie es die in den fünfziger und sechziger Jahren beliebte Sprachfigur, die psychoanalytische Behandlungssituation sei eine quasi-experimentelle Veranstaltung, nahe legt. Schon früh kritisierte Shakow (1960) diese Auffassung und zog es vor, von dem psychoanalytischen Interview als einer semi-naturalistischen Vorgehensweise zu sprechen (S. 88). Die angemessenen Untersuchungsmethoden sind demzufolge Methoden der systematischen Materialanalyse. In der Einzelfallstudie muss kein Verzicht auf Exaktheit geleistet werden, sondern es können Verfahren zur Anwendung kommen, die dem untersuchten Gegenstand angemessen sind (Kvale 2001; Frommer u. Langenbach 2001).

Das **Stadium I** beinhaltet alle deskriptiven Bemühungen, zunächst einmal festzustellen, was der Fall ist. Eröffnet wurde dieses Forschungsfeld durch eine kritische Feststellung:

„Seit die Literatur zur Psychoanalyse sich ausdehnt, wird es zunehmend offenkundig, dass Probleme der Technik nicht jenes Ausmaß an offener und anhaltender Diskussion erhalten, das ihre Wichtigkeit verdienen würde. Dies heißt jedoch nicht, dass Fragen der Technik von Analytikern vernachlässigt werden. Im Gegenteil, eine ziemlich aktive Diskussion technischer Probleme setzt sich fort. Aber sie findet in der Regel zwischen Einzelnen oder in kleinen privaten Zirkeln statt, schon seltener auf wissenschaftlichen Kongressen und noch weniger in den Seiten wissenschaftlicher Zeitschriften (Glover u. Brierley, 1940, S.1).

Diese Stellungnahme ist inzwischen über 60 Jahre alt und stammt aus der Einleitung zu einem Forschungsbericht, den man wohl mit Fug und Recht als ersten systematischen Versuch betrachten darf, mit der Umfrage-Methode der empirischen Sozialforschung die praktizierte „Technik der Psychoanalyse“ zu erhellen.

Am 8. Juli 1932 wurde ein Fragebogen an 29 Mitglieder der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft verschickt; 24 Antworten wurden dann quasi-quantitativ ausgewertet. Das ganze Unternehmen stand unter der Leitung von Edward Glover, der sich damals bereits mit der Systematisierung der Technik der Psychoanalyse beschäftigte. Dieser erste Fragebogen – Erhebung in der Psychoanalyse wurde dann auch in seinem Werk zur „Technik der Psychoanalyse“ (1955) aufgenommen.

Ein erster Forschungsbericht über deskriptive Ansätze in der Therapieforschung wurde von Mowrer (1953) verfasst, der in der BRD weitgehend unbekannt geblieben ist⁷. Seit der 1. Ausgabe des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Bergin u. Garfield 1971) nimmt die Darstellung deskriptiver Befunde einen festen Platz in der Arena der Therapieforschung ein. Es werden in den einschlägigen Kapiteln sowohl Merkmale von Patienten als auch von Therapeuten systematisch erfasst; eine auf den Zusammenhang von Merkmal und Ergebnis gerichtete Darstellung wurde in zwei nacheinander folgenden Ausgaben des „Handbook“ von David Orlinsky und Ken Howard geliefert (1978, 1986). Diese Kärnerarbeit mündete schlussendlich in ein integratives, generisches Modell von Psychotherapie ein (Orlinsky u. Howard 1987; dt. 1988) (Abb. 3):

⁷ Am Beginn meiner Tätigkeit (1970) musste ich mir eine Photokopie des Buches aus den USA beschaffen, da dieses Werk in keiner deutschen Bibliothek verfügbar war.

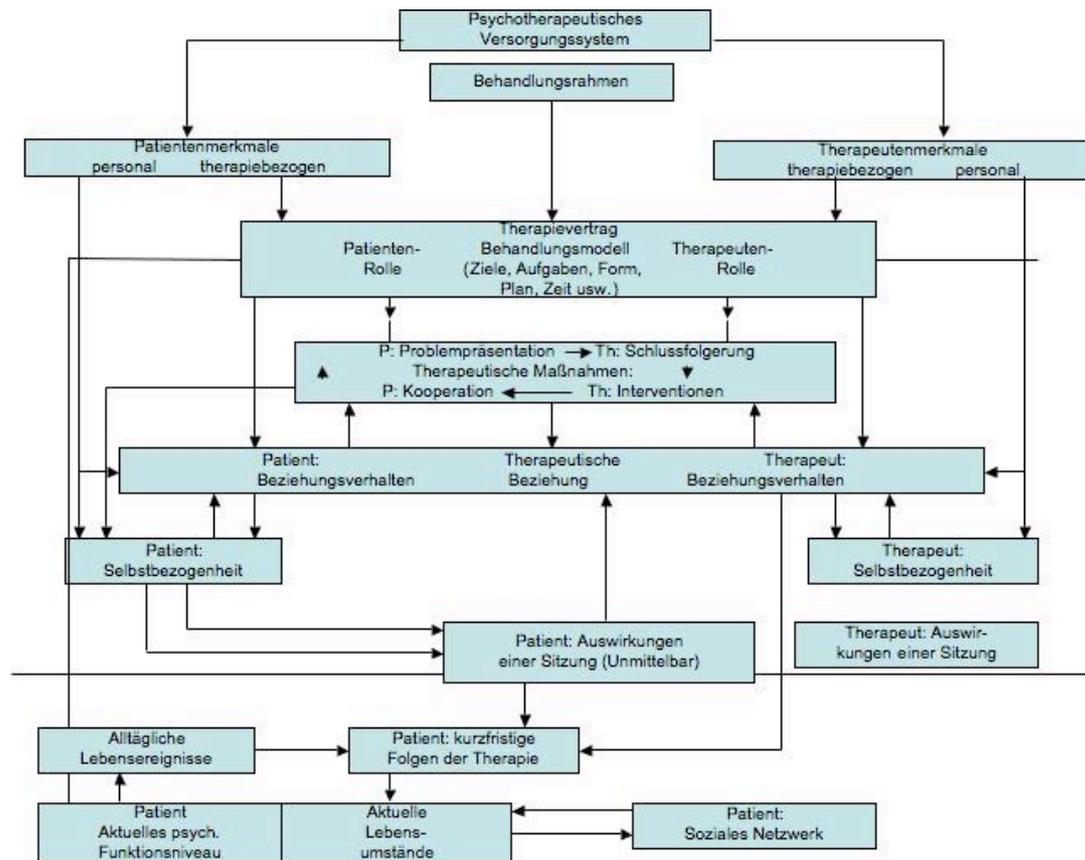


Abb. Das „Generic Model of Psychotherapy“

Abb. 3: Das ‚Generische Modell der Psychotherapie‘

1994 überschrieb Orlinsky – fast schon ironisch gewendet – das mit Grawe und Parks verfasste Kapitel mit „Process and outcome in psychotherapy – noch einmal“; zehn Jahre später trug das Kapitel jedoch die stolze Überschrift „Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change“ (Orlinsky et al. 2004). In dieser Forschungsperspektive wurden vielfältige Methoden zur Untersuchung auch psychoanalytischer Behandlungskonzepte entwickelt, von denen einige hier genannt werden:

Deskriptive Studien zum Konzept der

- Arbeitsbeziehung z. B. hilfreiche Beziehung (Luborsky 1976; Horvath & Bedi 2002)
- Übertragung z. B. ZBKT (Luborsky & Crits-Christoph 1998), Plananalyse (Weiss & Sampson 1986)
- Technik, z. B. Q-Sort (Jones 2000; Albani et al. 2000), Analytische Prozess-Skalen (z. B. Vaughan et al. 1997; Waldron 2004a, b)
- Meisterung, z. B. Mastery Scale (Grenyer u. Luborsky 1996; Dahlbender et al. 2004)
- Gegenübertragung (z. B. Bouchard et al. 1995; Betan u. Westen 2009)

Das **Stadium II** „Experimentelle Analog-Studien“ ist in der psychoanalytischen Therapieforschung bislang nicht wirklich angekommen. Obwohl es gewiss gute Gründe gibt, dass es schwierig ist, eine überzeugende klinische Analog-Situation herzustellen, ist die Abwesenheit solcher Studien bemerkenswert. Dabei wurde eine methodisch interessante Entwicklung der empirischen Erfassung von Merkmalen der Technik von Therapeuten verschiedener Orientierung in einer Serie von Bahnbrechenden experimentellen Studien von Strupp vorgelegt, die in der Monographie „Psychotherapists in Action“ (1960) zusammengefasst wurden. Strupps experimentelle Untersuchungsmethode zeigte auch erstmals auf, welche Möglichkeiten (und Grenzen) experimenteller Versuchsanordnungen auch in der Therapieforschung bestehen. Exemplarisch waren auch Beckmanns (1974) experimentelle Untersuchungen zu Übertragung und Gegenübertragung im Kontext von Erstinterviews. Allerdings wurden nur wenige technische Konzepte ansatzweise in vitro relativ systematisch erkundet; u. a. war dies das Konzept der freien Assoziation, für das sich ein eigenständiges Forschungsfeld entwickelt hat.

Angesichts der erheblichen Bedeutung der freien Assoziation für die Praxis der Psychoanalyse ist die Basis ihrer empirischen Fundierung lange Zeit bescheiden geblieben: Während die Assoziationsexperimente Jungs noch sehr im Geiste der durch James Hartley, Thomas Brown, John Stuart Mill sowie vor allem Sir Francis Galton begründeten Assoziationspsychologie des 19. Jahrhunderts durchgeführt wurden, studierte Colby (1960) als erster die Anwesenheit eines Untersuchers auf den Fluss freier Einfälle. Bordin (1966) evaluierte mittels eines „experimental analogue“ die freie Assoziation empirisch in einer therapie-ähnlichen Situation. Das von ihm entwickelte Forschungsdesign bzw. seine Skalen zur Messung der Freien Assoziation wurden von Kaplan (1966) aufgenommen. Die empirische Forschung zur Freien Assoziation konzentrierte sich auf die Untersuchung der Körperhaltung (Berdach u. Bakan 1967, Kroth u. Forrest 1969, Kroth 1970) und die Verwendung eines zeichnerischen Stimulus (Brakel 1993). Meine Ulmer Arbeitsgruppe hat die Auswirkung von Persönlichkeitsvariablen wie der Habituellen Ängstlichkeit oder der Verbalen Kreativität auf den Prozess der Freien Assoziation experimentell untersucht (Hölzer et al. 1988). Erneut wurde auf die Bordin-Skalen von Vaughan et al. (1997) bei der Entwicklung der ‚Columbia Analytic Process Scale‘ Bezug genommen (s. a. Kap. 3).

Von einer systematischen Rezeption oder gar Integration der zwischenzeitlich in der Linguistik (Raguse 1998), den Kognitions- bzw. Informationswissenschaften (Bucci 1997) sowie in der Neurowissenschaft angefallenen Befunde zur assoziativen Tätigkeit des „Geistes im Netz“ (Spitzer 1996) ist die Psychoanalyse noch weit entfernt; erste Anzeichen einer Rezeption sind jedoch zu erkennen (wie bei Leuzinger-Bohleber et al. 1988;

Koukkou et al. 1988; Ermann 2008)⁸. Eine Ausnahme in Bezug auf die Freie Assoziation lieferten Bucci u. Miller (1993), die die affektive Regulation der Freien Assoziation als Auswirkung des Primärprozesses im Rahmen der durch Paivio (1986) begründeten Theorie eines „multiple coding“ mentaler Repräsentation zu definieren suchten.

Neu in der Forschungsarena sind neurowissenschaftliche Ansätze (Roffman u. Gerber 2009). So stellten Andreasen und ihre Mitarbeiter (1995) fest, dass ‚freie Assoziationen‘ Assoziationskontexte in frontalen, parietalen und temporalen Regionen aktivieren, wohingegen fokussierte Erinnerungen selektiv verbale Areale (einschließlich das Broca Areal und das linke Operculum) aktivierten. Sie schließen daraus, dass der weniger zensurierte Prozess der freien Assoziation größere Netzwerke des assoziativen Kortex einbezieht und damit die Exploration von latenten Aspekten der Symptomatik bzw. der Persönlichkeit des Patienten ermöglicht. Mit dieser Methodik lassen sich psychoanalytischen Annahmen auf ein biologisches Fundament stellen, was der grundlagenwissenschaftlichen Fundierung des Faches nur dienlich sein kann. Solche neurobiologischen, experimentellen Fundierungen hatte der Nobelpreisträger Erik Kandel (1998) im Sinne, als er für „a new intellectual framework for psychiatry“ plädierte.

Ein nachahmenswertes Beispiel einer experimentellen Studie lieferte die Dissertation von Garduk. Sie untersuchte die Wirkung von Interpretationen und Nicht-Interpretationen auf selektiertes Material von Patienten.

Aus vier psychoanalytischen Behandlungen, von denen Verbatimprotokolle existieren, sammelte die Autorin 60 Interpretationen und nicht-interpretierende Interventionen und das Material, das in den auf die jeweilige Intervention folgenden fünf Minuten vom Patienten gebracht wird. Vorliegende theoretische Ansichten über die Wirkungen von Interpretationen wurden in 17 explizit formulierten Hypothesen operationalisiert. Für die Messung der Wirkungen wurden entsprechende Skalen entwickelt, auf denen zwei Psychoanalytiker die Patientenantworten einstufen (Garduk u. Haggard 1971).

Ohne hier die Ergebnisse dieser experimentellen Untersuchung en detail darzustellen, kann darauf hingewiesen werden, dass die Wirkungen von Interpretationen in einer Weise nachweisbar sind, die den Ansprüchen empirisch-analytischer Wissenschaft entspricht. Gleichzeitig lässt diese Arbeit in besonderem Maße erkennen, dass für die Über-

⁸ Dies löst nicht nur Begeisterung aus: „Unter <http://neuropsychanalyse.blogspot.com> lässt sich studieren, was passiert wenn sich redlich darum bemüht wird, die Psychoanalyse unanalytisch zu beweisen. Da soll der Prägungsbegriff den Ödipuskomplex begründen, bewusste (sic!) Verdrängung wird experimentell bewiesen und Traum ist keine Wunscherfüllung sondern Ausdruck bestimmter Hirnregionen, die die Wünsche dirigieren. Als hätte Freud nicht schon längst aus den verschiedensten psychischen Phänomenen heraus die Verdrängung erklärt und den Traum immanent auf die Wunscherfüllung zurückgeführt. Die Erweiterung durch die Hirnforschung scheint auf eine Verkürzung des psychoanalytischen Wissens hinaus zu laufen (<http://psychoanalyse.wordpress.com/2006/06/21/blog-zur-neuropsychanalyse/>)“.

prüfung anspruchsvoller psychoanalytischer Hypothesen entsprechend anspruchsvolle Untersuchungsansätze und -instrumente gewählt werden müssen.

Das **Stadium III** „Klinisch-kontrollierte Studien“ wird von Autoren neuerer verhaltenstherapeutisch orientierter Lehrbücher der Psychotherapie geradezu emphatisch zu dem Goldstandard der „Psychotherapie-Forschung“ erhoben (z. B. Rief et al. 2006). Dabei handelt es sich nur um eine Vorgehensweise im Rahmen der sog. Wirksamkeitsbestimmung im experimentellen Setting (efficacy). Substantielle kritische Auffassungen werden (bei uns) kaum rezipiert (z. B. Mertens 1994; Seligman 1995; Leichsenring 2004; Westen et al. 2004; Kriz 2008). Diese Kritik weist durchgehend auf eine zu eng geführte Interpretation dessen hin, was evidenz-basierte Medizin ursprünglich im Sinne führte (Kächele u. Porzsolt 1999).

RCT liefern Belege für die Wirksamkeit von Therapien unter streng kontrollierten Laborbedingungen; dazu gehören:

- Auswahl der Patienten
- Manualisierung des Vorgehens
- Training der Therapeuten
- Festlegung der Therapiedauer
- standardisierte Instrumente

Das Ziel dieser Bemühungen ist es, eine hohe interne Validität der Untersuchung zu erzielen; der Preis ist meist eine niedrige externe Validität. Dass dem nicht prinzipiell sein muss, wird durch die Münchener Psychotherapie-Studie belegt (Huber et al. 2001).

In dieser Studie wurden sorgfältig ausgewählte Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung zwei Behandlungsbedingungen – niederfrequent und hochfrequent randomisiert – erfahrenen Praktikern zugewiesen. Mittels bewährter standardisierter Instrumente für symptomatische Veränderungen (Beck Depressionsinventar, SCL-90) und einem validierten Instrument für strukturelle Veränderungen (Skalen psychischer Kompetenz) wurden systematisch die Veränderungen zu Beginn, zu Ende und nach einer Katannesenzeit erfasst. Die Adherence – das Einhalten der für die jeweilige Therapieform zu fordernden technischen Verhaltensweisen – wurde durch Stichproben aus tonbandregistrierten Sitzungen sichergestellt.

Ein weiteres vorbildliches Beispiel für die Machbarkeit solcher Therapieexperimente auch für eine psychoanalytisch-psychodynamische Therapie wurde von der Kernberg – Gruppe veröffentlicht (Clarkin et al. 2007). Erst kürzlich wurden die lang erwarteten Ergebnis-

se der finnischen randomisierten Studie mitgeteilt, bei der psychodynamische und lösungs-orientierte Kurztherapie mit 2-3 std. psychodynamischer Langzeittherapie verglichen wurden (Knekt u. Lindfors 2004; Knekt et al. 2008).

Entgegen der insbesondere bei psychodynamischen Klinikern vorherrschenden Auffassung liegt also eine beachtliche Anzahl von Studien zu psychodynamischen-psychoanalytischen Konzepten vor, die Leichsenring und Rabung (2004) zusammengestellt haben:

Wirksamkeitsbelege psychodynamischer Therapien in RCT

- Depression (ICD-10 F3)
- Angststörungen (ICD-10 F40-42)
- Belastungsstörungen (ICD-10 F43)
- Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (ICD-10 F44, F45, F48)
- Essstörungen (ICD-10 F50)
- Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10 F54)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6)
- Abhängigkeit und Missbrauch (ICD-10 F1, F55)

Kritisch ist jedoch festzuhalten, dass die weit überwiegende Zahl der RCTs mit recht bescheidenen Therapiezeiträumen durchgeführt wird, wie wir durch eine Re-Analyse der bei Grawe et al. (1994) aufgeführten Studien gezeigt haben (Kächele et al., in Vorb.).

Kognitive-Behaviorale Therapien

- 429 Studien, mittl. Dauer 11,2 Sitzungen
- 434 Studien, mittl. Dauer 7, 9 Wochen

Humanistische Therapien

- 70 Studien, mittl. Dauer 16,1 Sitzungen
- 76 Studien, mittl. Dauer 11, 6 Wochen

Psychodynamische Therapien

- 82 Studien, mittl. Dauer 27,6 Sitzungen
- 80 Studien, mittl. Dauer 30,7 Wochen

Dabei nähert sich der zeitliche Umfang von psychodynamischen Therapien noch am ehesten der klinischen Realität an, was von den experimentellen Verhaltenstherapien und auch den humanistischen Therapien so kaum beansprucht werden dürfte. Die Debat-

te, welchen Stellenwert diese randomisierten Therapiestudien trotz ihrer (über)-großen Wertschätzung haben, wird das Fach hoffentlich noch eine gute Weile beschäftigen; Or-linskys (2008) Kapuzinerpredigt findet deutliche Worte, was den Hauptmangel dieser Studien betrifft; es mangelt ihnen an kontextueller Relevanz (Kächele 2008a).

Exkurs

In der Auseinandersetzung, mit der „richtigen“ Art Evaluationsforschung zu betreiben, könnte es hilfreich sein, etablierte Forderungen einer „Ethik in der Medizin“ zu berücksichtigen (Kächele u. Porzsolt 2000):

- Zu sensibilisieren anstatt zu moralisieren,
- die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern,
- die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wertsystemen zu fördern,
- Fairness im Umgang mit anderen Perspektiven zu üben und
- andere Entscheidungen zu respektieren.

Wer diesen fünf Punkten gerecht wird, erfüllt zugleich die erste von drei aber auch die bedeutendste der drei Bedingungen, die *notwendige Haltung und Einstellung (attitude)*, die für die Realisierung der Evidenz-Basierten Medizin notwendig ist: EBM ist damit Ethik plus weiteres Wissen und Können; nämlich bestimmte *Fähigkeiten (skills)* zu erlernen und dazu noch *Wissen (knowledge)* zu erwerben, um ein solcherart komplex konzipiertes klinisches verantwortungsvolles Handeln in der Medizin realisieren zu können (Sackett et al. 1996). Solche Gesichtspunkte sind m. E. vermehrt in diese Diskussion um Forschungs-Standards einzubeziehen (Leichsenring 2004a, b).

Da die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie bislang entschieden durch die Akzentuierung der RCT-Wirksamkeitsforschung bestimmt wurde, ist damit zu rechnen, dass sich die fachinterne und öffentliche Diskussion um die Angemessenheit wissenschaftliche Prüfungsverfahren intensivieren wird (Kächele u. Eckert 2008).

Das **Stadium IV** „Naturalistische Studien“ wurde in der Psychoanalyse früh durch den Zehn-Jahre katamnestischen Bericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts eingeleitet (Radó et al. 1930). Dieses erste Dokument über eine zahlenmäßig umfangreiche Stichprobe (N = 604) tabelliert den spezifischen Zusammenhang von Diagnose, Behandlungsdauer und Ergebnis – ein Vorgehen, das spätere Generationen von Psychoanalytikern anscheinend vergessen haben.

Das Beispiel machte bald Schule, denn weitere derartige zusammenfassende Darstellungen folgten. 1936 legte Jones von der London Clinic of Psychoanalysis ebenfalls

eine Zehn-Jahres-Statistik vor (Jones 1936); Alexander berichtete im folgenden Jahr aus Chicago über eine Fünf-Jahres-Periode (Alexander 1937); aus der Menninger Klinik in Topeka wurden die Ergebnisse von Knight (1941) zusammengetragen. 1942 – während des Krieges – folgte ein weiterer Bericht aus dem gleichgeschalteten Berliner Institut von Boehm (1942) über 419 abgeschlossene psychoanalytische Behandlungen, den Dührssen (1972) – fast beiläufig – erwähnt⁹.

Im deutschen Sprachraum nimmt die Studie von Dührssen (1953, 1962) einen prominenten Platz ein, zumal Dührssen mit ihrem Mitarbeiter Jorswieck (1962) als einzige deutsche Autoren Eysencks (1952) Darstellung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse substantiell kritisierten¹⁰. Ihre Kosten-Nutzen-Analyse zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung war für die Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die Leistungspflicht der Krankenkassen von wesentlicher Bedeutung.

Diese Studie belegte mit einfachen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit vor und nach Psychotherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca. 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std., 10-15 nur 50-60 Std.).

Inzwischen verfügt die ‚scientific community‘ der Psychoanalytiker über eine wahre Fülle von solchen Studien; die Namen der wichtigsten Studien sind inzwischen weithin bekannt.

Viel und gern zitiert wird die Menninger-Studie (Kernberg et al. 1972; Wallerstein 1986¹¹), da sie angeblich die Bedeutung supportiver Elemente auch für strukturelle Änderung „bewiesen“ habe¹². Die Arbeitsgruppe um Grawe widmete ihr eine gesonderte Diskussion, in der sie die methodische Qualität lobte und die Ergebnisse sehr negativ beurteilte (Grawe et al. 1994, S. 173 ff). Im Kontrast hierzu findet die Penn-Studie (Luborsky et al. 1988) bei uns wenig Erwähnung. Gegenwärtig in aller Munde ist die Stockholmer Studie (Sandelt 1999, 2001a, 2001b; Sandelt et al. 2001); es handelt sich um eine raffiniert angelegte ‚multiwave‘ Studie an einem großen Kollektiv von Patienten in verschiedenen Behandlungssettings mit einem ebenfalls sehr großen Vergleichskollektiv.

⁹ Man könnte meinen, dass im Dritten Reich die analytische Arbeit ungestört weitergeführt werden konnte.

¹⁰ Bergin demonstrierte in seiner Re-Analyse der Eysenckschen Arbeit exemplarisch, wie mit einem obskuren Datensatz umgegangen werden kann (1971).

¹¹ In der BRD allerdings erst seit Wallerstein (1990).

¹² Ob dies als ein produktives Missverständnis in die Geschichte der psychoanalytischen Therapieforschung eingehen wird, muss offen bleiben. Zumindest ist die Strukturgleichheit der dort behandelten Population für unsere ambulante Therapieklientel kaum gegeben. Außerdem ist bei uns wenig bekannt, dass den erfahrenen Analytikern der Menninger-Klinik eher für die expressive-supportive Therapiekomponente ausgewählt wurden, während den Ausbildungskandidaten die angeblich gut analysierbaren Fälle zugewiesen wurden. Das Ergebnis ist hinlänglich bekannt.

Die Studie zeigt durch ihre zahlreichen Sekundäranalysen die Komplexität von Ergebnissen auf; die jüngste Auswertung (Sandell 2007) betont schon im Titel „*Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten*“ nachhaltig den differenziellen Aspekt, den die beteiligten Personen einbringen, der die Aspekte des Settings deutlich überlagert¹³.

Die Heidelberger Studie (von Rad et al. 1998) und die Berliner Studie (Rudolf 1991, Rudolf et al. 1994) folgten zunächst dem nicht Kontrollgruppen-gesicherten Modell der Dührssen-Studie nach; die neueren Studien sind durchweg vergleichend-kontrolliert angelegt, auch wenn sie nicht alle die RCT-Kriterien erfüllen¹⁴ (Grande et al. 1997; Leichsenring et al. 2005). Einen Naturalismus besonderer Art vertritt die DPV-Katamnesenstudie (Leuzinger-Bohleber et al. 2001, 2003), die aus grundlegenden Erwägungen eine Beeinflussung der psychoanalytischen Behandlungen durch eine prä-post Evaluation glaubte vermeiden zu müssen, was auch zu entsprechend kritischen Stellungnahmen führte (Schulte 2001; Hoffmann 2001). Allerdings halte ich die Identifizierung von klinischen Prototypen durch diese Studie für einen gelungenen Beitrag, der weitere Untersuchungen anregen sollte:

Die acht klinischen Prototypen

Typ 1: „... gut gelaufen ... Die gut Gelungenen“

Typ 2: „... erfolgreich, aber warum? ... Die unreflektiert Erfolgreichen“

Typ 3: „... erfolglos und wenig reflexionsfähig, aber sozial gut integriert ...“

Typ 4: „... die Tragischen, die sich aber in ihr Schicksal finden können ...“

Typ 5: „... beruflich erfolgreich und kreativ, aber immer noch allein ...“

Typ 6: „...erfolgreich bezüglich der Kreativität und Arbeitsfähigkeit,
aber mit sichtbaren Grenzen ...“

Typ 7: „... die Therapie hat nichts gebracht. Die Erfolglosen“

Typ 8: „... Die schwer Traumatisierten“

Nach Leuzinger-Bohleber u. Rüger (2002, S. 136ff)

Allerdings werden von den Autoren der Studie keine Angaben zur prozentualen Verteilung dieser klinischen Prototypen in der Interviewstichprobe der DPV-Studie gemacht. Eine clusteranalytische Auswertung der psychometrischen Daten eines zweiten Teil-

¹³ Da diese Studie gerne für die reine Verwendung von Symptom-orientierten Instrumenten kritisiert wird, hat Sandell (2005) eine elegante Diskussion des psychoanalytischen Strukturbegriffes verfasst; aus meiner Sicht hat er überzeugend aufgewiesen, dass dauerhafte symptomatische Veränderungen aus psychoanalytischer Sicht nur durch eine sog. Strukturänderung zu begründen seien.

¹⁴ Immerhin hat jüngst der WBP auch nicht randomisierte Kontrollgruppendesigns in der revidierten Fassung seines Methodenpapiers ratifiziert.

Kollektivs dieser Studie erzielte eine recht ähnliche Untergruppenbildung; dieser Ansatz geht auf die Anregungen zur Klassifikation von neurotisch Kranken (Taxonomien) von Meyer (1971) zurück:

Clusteranalytische Identifizierung von Untergruppen von Patienten (N = 154)

Untergruppe 1: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen

Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber

dem ‚gemeinen Leiden‘ an der Sexualität (N = 29)

Untergruppe 2: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit

(N = 26)

Untergruppe 3: Die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind (N =

15)

Untergruppe 4: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf finanzielle Zu-

friedenheit (N = 41)

Untergruppe 5: Die auf der ganzen Linie therapeutisch Erfolgreichen (N = 28)

Untergruppe 6: Die noch belasteten Unzufriedenen (N = 11)

Untergruppe 7: Die extreme Kleingruppe der therapeutisch

relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten (N = 4)

Nach Stuhr et al. (2002, S.154)

Auch im Sektor der stationären analytisch-psychodynamischen Psychotherapie sind psychodynamisch inspirierte Therapiestudien keine Mangelware; pars pro toto soll die multizentrische Therapiestudie zur Therapie von Essstörungen (MZ-ESS) aufgeführt werden, die ein sehr großes Kollektiv von 1200 Patientinnen prospektiv-longitudinal über 2, 5 Jahre untersuchte (Kächele 1999; Kächele et al. 2001).

Eine hochkarätige naturalistische Studie erfordert eine repräsentative Stichprobe, gut evaluierte Messinstrumente, den Einsatz von Klinikmitarbeitern, die für die zusätzliche Datenerhebung finanziell entschädigt werden müssen und vor allem ein hochmotiviertes Forschungsteam, das einen langen Atem hat. Die MZ-ESS kostete ca. 5 Mill. DM, um die Auswirkung stationär-psychodynamischer Psychotherapie im prospektiven Design zu untersuchen (Förderung durch das BMFT und die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart).

Ein Fazit kann gezogen werden: naturalistische Studien waren und sind mehr denn je eine Domäne der psychoanalytischen Therapieforschung. Auch wenn mehr psychodynamische RCT-Studien als gemeinhin (in der BRD) bekannt vorliegen, halten psycho-

analytische Therapieforscher die externe Validität, d. h. die ökologische Validität, entschieden für bedeutsamer als die interne Validität einer Studie. Die Debatte, ob nicht auch quasi-experimentelle Designs ausreichend wissenschaftlichen Kriterien genügen, ist noch (lange) nicht abgeschlossen (Persons u. Silberschatz 1998). Dies ist umso mehr relevant als neuere Übersichtsarbeiten (z. B. Shadish et al. 2000) darauf hinweisen, dass die Ergebnisse beider Designs durchaus vergleichbare Ergebnisraten berichten. Einen entsprechenden Befund konnten auch Leichsenring u. Rabung (2008) in ihrer Meta-Analyse zur psychodynamischen Langzeitpsychotherapie herausarbeiten¹⁵.

Das **Stadium V** „Patienten-fokussierte Forschung“ verweist auf ein noch relativ neues Forschungsfeld, das sich um die potentielle Anwendung von Befunden für die Zwecke der Therapieoptimierung bemüht (Lambert 2001; Bauer 2004). Vorausgesetzt es liegen große Datensätze naturalistischer Stichproben mit validen Messinstrumenten vor, dann lassen sich Vorhersagemodelle rechnen, die den zu erwartenden Verlauf mit dem tatsächlichen Verlauf kontrastieren. Das Stuttgarter TRANS-OP Projekt (Puschner et al. 2007; Gallas et al. 2008) hat auf einer Datenbasis von mehr als 700 ambulanten Behandlungen solche Modellierungen durchgeführt.

Die nicht einfache Frage lautet nun: Können aus bloßen psychometrischen Befunden (mit Instrumenten wie dem SCL-90 u.a.) Schlussfolgerungen oder gar Empfehlungen für Fortführung bzw. Beendigung gezogen werden (Kordy et al. 2000, 2001, 2002)? Es handelt sich dabei nicht mehr um eine rein akademische Frage, denn die Diskussion, welches Verfahren – das herkömmliche Gutachterverfahren oder diese neuen Ansätze – soll zukünftig für die Zwecke der durchaus wünschenswerten Qualitätssicherung eingesetzt werden. Kein Wunder, dass vielfältige politische Diskussionen in vollem Gange sind. Sind solche Ansätze für Psychoanalytiker (noch) akzeptabel oder haben wir die Wahl zwischen dem „Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos?“ (Piechotta 2003).

¹⁵ Polemische Stellungnahmen, wie die von Rief u. Hofmann (2009) sind eine Sache; sachgemäße Kritiken - wie im JAMA 2009 dazu veröffentlicht - unterscheiden sich davon wohltuend und wurden von Leichsenring u. Rabung (2009) auch entsprechend beantwortet (s.d. Letters to the editors, Beck u. Bahr 2009).

1.4 Der methodologische Ort der Einzelfallstudie

Mit dieser einführenden Übersicht über Stadien der (psychoanalytischen) Therapie- forschung wird der Ort der hier im Folgenden darzustellenden Forschungsaktivitäten ge- nauer bestimmbar. Wir benötigen sorgfältige deskriptive Untersuchungen des Stadiums I, die in Form von „research-informed case studies“ von Grawe (1992) als ein besonders Erfolg versprechender Weg für die zukünftige Prozessforschung gekennzeichnet wurden:

„... Solche ‚research informed case studies‘ (Strupp et al., 1990), d. h. Fall- studien, in denen umfangreiche Prozess- und Veränderungsmessungen auf der Basis einer elaborierten klinischen Fallkonzeption in einem Gesamtzu- sammenhang interpretiert werden und in denen jede inhaltliche Aussage bis auf ihre Grundlage in den erhobenen Messungen zurückverfolgt werden kann, können als ein besonders Erfolg versprechender Weg für die zukünftige Prozessforschung angesehen werden. Wegen der Interpretation im Kontext eines klinischen Fallverständnisses leuchten die resultierenden Ergebnisaus- sagen klinisch ein, unterscheiden sich von klinischer Fiktion aber dadurch, dass sie einen engen nachvollziehbaren Bezug auf eine von der Interpretati- on unabhängige Basis objektiver Messdaten haben“ (Grawe, 1992, S.140).

Neben deskriptiven Studien an definierten Gruppen von Patienten nimmt die methodisch sorgfältig aufbereitete Einzelfallstudie – wie eingangs erwähnt – einen besonderen Platz ein. „Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung“ war Grawes (1988) Auffor- derung an die ‚scientific community‘, der hier gefolgt wird. Wir haben anhand der Aufbe- reitung der Patientin Amalie X für solche musterhaft aufbereiteten Einzelfallstudien den Ausdruck „Musterfall“ („specimen case“) eingeführt (Thomä u. Kächele 2006c, S. 123), welche die von Luborsky u. Spence (1971) spezifizierten Kriterien erfüllen. Diese müssen tonbandaufgezeichnet, transkribiert und öffentlich zugänglich sein. Das Kriterium, es handle sich um eine psychoanalytische Behandlung, kann – mangels einer allgemein akzeptierten operationalen Definition – nur durch Konsens einer Bezugsgruppe entschie- den werden.

Gruppenstatistik versus Einzelfall¹⁶

Die bei der Untersuchung eines einzelnen Falles auftretenden speziellen methodischen und statistischen Fragen sind insoweit kontrovers, als Missverständlicherweise Statistik im Allgemeinen mit großen Fallzahlen in Verbindung gebracht wird (dazu Kordy 1986), weshalb man lange Zeit Einzelfallstudien für unwissenschaftlich hielt.

¹⁶ Dieser Abschnitt des Kap. 1 wurde modifiziert aus Thomä u. Kächele (2006c, Kap. 1.3) übernommen.

Es wurde die Ansicht vertreten, dass Einzelfallstudien für klinische Forschung nicht verwendbar seien. Zwei frühe, engagierte Vertreter der Einzelfallforschung, der psychoanalytische Kliniker Bellak und der Biometriker Chassan, beschrieben die Problemlage folgendermaßen:

„Lange Zeit hat sich auf dem Gebiet der klinischen Forschung die Meinung gehalten, Vergleiche zwischen Gruppen von Patienten seien das sine qua non der statistisch validen wissenschaftlich-klinischen Forschung und der Einzelfallstudie komme bestenfalls der Status der Intuition und der klinischen Einsicht zu, der für statistische Tests und Validierungsversuche nicht zugänglich sei ... (Diese Meinung) hat unglücklicherweise diese von Natur aus oberflächliche Methodologie als einzigartigen Prototyp der Wissenschaftlichkeit in der klinischen Forschung ... verewigt“ (Bellak u. Chassan 1964, S. 23).

Seit ca. zwanzig Jahren kann man einer Wiederentdeckung der Einzelfallmethodik sprechen, in deren Folge sich auch eine theoretische und statistische Neubewertung abzeichnete (Bortz u. Döring 2006, S. 289—299).

Die statistische Inferenz obliegt stets einer prinzipiellen Einschränkung: Zwar lässt sich von einem signifikanten Ergebnis mit der Irrtumswahrscheinlichkeit α sagen, dass es überzufällig ist; von einem nicht signifikanten Ergebnis jedoch lässt sich nie sagen, dass es unbedingt zufällig sein muss. Bei der statistischen Auswertung von Ergebnissen kleiner unzuverlässig zusammengesetzter Gruppen ist diese Schwierigkeit besonders einschränkend.

Das Risiko erster Art, α , das vom Forscher willkürlich festgelegt wird und das die Signifikanz eines Ergebnisses direkt determiniert, gibt die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass die Alternativ-Hypothese akzeptiert wird, obwohl die Null-Hypothese richtig ist. Dabei besagt die Null-Hypothese, dass das Ergebnis zufälliger Natur ist; die Alternativ-Hypothese behauptet, dass das Ergebnis nicht zufällig, sondern bedeutungsvoll (= signifikant) ist. Daneben gibt es noch ein Risiko zweiter Art, β , welches die Wahrscheinlichkeit dafür angibt, dass die Null-Hypothese akzeptiert wird, obwohl die Alternativ-Hypothese richtig ist. Dieses Risiko β ist – bei gleichem Risiko α – in großen Stichproben kleiner als in kleinen. Bei der Arbeit mit kleinen inhomogenen Stichproben kann es also vorkommen, dass im Material vorhandene bedeutsame Unterschiede aufgrund des hohen Risikos zweiter Art nicht nachgewiesen werden können, d. h., dass das Ergebnis zwar sinnvoll interpretierbar wäre, aber statistisch nicht signifikant ist. Auch die methodisch streng untersagte Abhängigkeit der Beobachtungen voneinander, die jedoch in der klinischen Forschung fast die Regel ist, kann sich statistisch zuungunsten des Untersuchers auswirken.

Als Ausweg aus diesen Schwierigkeiten schlug der Statistiker Chassan (1979) die intensive Untersuchung einzelner Patienten vor:

„Es ist schwer zu verstehen, warum der intensive individuelle Ansatz in der formalen klinischen Forschung so sehr vernachlässigt worden ist. Man muss vermuten, dass der Grund für dieses Versäumnis ein generelles Missverständnis oder im günstigsten Fall eine Unklarheit über die Möglichkeiten ist, Schlussfolgerungen aus dem viel geschmähten Einzelfall zu ziehen. Es ist sicherlich noch nicht so allgemein bekannt, wie es sein sollte, dass die intensive statistische Untersuchung eines einzelnen Falles mehr bedeutsame und statistisch signifikante Information liefern kann als z. B. einmalige Beobachtungen eines Endzustandes an einer relativ großen Zahl von Patienten“ (Chassan 1979, S. 99).

Dieser letzten Bemerkung stimmen sogar konservative Statistiker zu. So erklärten schon Edwards und Cronbach (1952), dass der Informationsgewinn mit der Anzahl der unkorrelierten Variablen ansteige. Eine Verfeinerung der Messungen könne ebenso zu diesem Effekt führen wie eine Vergrößerung der Stichprobe.

Modelltheoretisch kann die Einzelfallstudie als „intensives Modell“ bezeichnet werden, dem die einmalige Messung an einer größeren Stichprobe als „extensives Modell“ gegenüber gestellt wird (Chassan 1979). Voraussetzung für die sinnvolle Untersuchung eines Einzelfalles ist, dass das untersuchte Merkmal innerhalb des Patienten über die Zeit hinweg variabel ist. Die Beobachtung der Variablen erfolgt unter verschiedenen Bedingungen. Die Randbedingungen, wie z. B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeit und Vorerfahrungen des Patienten, bleiben relativ gleich und sind daher viel besser kontrolliert, als es bei einer größeren Stichprobe je möglich wäre, wie schon der Internist Martini (1953) in seiner Methodenlehre ausführte¹⁷. Andererseits sind die Randbedingungen dem Forscher durch seine intensive Beschäftigung mit dem Fall sehr gut bekannt, und er kann sie in seine Untersuchung einbeziehen, wenn ihm dies sinnvoll erscheint.

Als besonders positiv stellt Chassan (1979) die Möglichkeit heraus, die Einzelfallstudie dynamisch gestalten zu können, das Design im Verlauf der Untersuchung verändern, Nebeneffekte berücksichtigen und weitere Fragestellungen einführen zu können, was bei einer größeren Stichprobe nur mit erheblichem Aufwand möglich ist. Die Einzelfallstudie ermöglicht eine Aussage über die untersuchte Variable bei dem untersuchten Patienten. Bei der Untersuchung einer größeren Stichprobe dagegen lässt sich – selbst bei Vorliegen eines signifikanten Ergebnisses – nichts über den Beitrag des einzelnen Patienten zu diesem Ergebnis, nichts über die Veränderung der untersuchten Variablen bei diesem Patienten sagen, was für den klinischen Forscher, der sich von seiner Unter-

¹⁷ Schon Thomä (1961) nannte Martini als seinen Kronzeugen in seiner Monographie zur „Anorexia nervosa“.

suchung auch Hinweise für eine bessere Behandlung des Patienten erwartet, ein schwerwiegender Nachteil ist (Petermann u. Hehl 1979).

Allerdings besteht die Forderung, dass Generalisationen über die Fälle hinweg auf größeren Stichproben beruhen müssen. Nun sind Aussagen über die Gesamtpopulation immer nur auf relativ kleine Stichproben gegründet; doch in diese gehen Informationen über die interindividuellen Unterschiede ein, was bei der Einzelfallstudie nicht der Fall ist. Deshalb ist die Generalisierbarkeit von Ergebnissen solcher Studien prinzipiell beschränkt.

Aber Chassan (1979) kann als engagierter Verteidiger der Fallstudien-Methode diese Einwände nicht akzeptieren. Der untersuchte Fall, so schreibt er, entstamme hinsichtlich seiner Variablen einer bestimmten Population; spezifiziere man die Variablen, könne man das Ergebnis auf die Population mit denselben Variablen generalisieren. Da die Variablen beim Einzelfall sehr viel besser bekannt sind als bei jeder Stichprobe, folgt daraus nach Chassan (1979), dass die Generalisierbarkeit beim Einzelfall eher besser ist. Die Validität der Rückschlüsse von den Ergebnissen der untersuchten Gruppe hängt von der Zufälligkeit der Auswahl der untersuchten Gruppe ab, die bei klinischer Forschung im Allgemeinen nicht gegeben ist. Außerdem werden oft alle den aufgestellten Kriterien genügenden Patienten in die Untersuchung mit einbezogen, so dass überhaupt keine Population verbleibt, auf die zurück geschlossen werden kann.

Faktisch ist danach das Problem der Übertragung von Erkenntnissen aus Einzelfallstudien in allgemeinere Kontexte in der Weise zu lösen, dass konkrete Parameter identifiziert werden, die sowohl an dem Einzelfall als auch in der Population von Bedeutung sind. Durch Methoden des Fallvergleichs bzw. der Fallkontrastierung lässt sich die Einordnung des Speziellen ins Allgemeine vertreten, „wenn sie ‚step by step‘ erfolgt und man die notwendige Behutsamkeit walten lässt.“ Um Übergeneralisierung zu vermeiden, „müssen die Grenzen des Geltungsbereiches ermittelt werden“ (Tress u. Fischer 1991, S. 614).

Das zweite Kapitel skizziert nun den Weg von der novellistischen Fallstudie zur Einzelfallforschung.

Der Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse¹⁸

2.1 Freuds Fallstudien

Es sind nun mehr als hundert Jahre, dass Josef Breuer und Sigmund Freud gemeinsam die „Studien über Hysterie“ (1895) veröffentlichten. Immer wieder wird untersucht, warum es keine Kultur der Fallgeschichte mehr gibt (Michels 2009)¹⁹. Soll man eine trauernde Rückschau auf einen verloren gegangenen kultivierten Umgang mit der novellistischen Falldarstellung halten, oder hat sich stattdessen schon eine methodologisch differenziertere Kultur der Einzelfallanalyse entwickelt? Soll man ein vergessenes Erbe bedauern, oder ist es hilfreicher literarische Kunstform und wissenschaftliche Beschreibung bei der Erfassung des einzelnen Falles getrennt ins Auge zu fassen? Blicken wir zuerst einmal zurück:

Der schwäbische Psychiater Bodamer (1953) schrieb eine höchst bemerkenswerte Laudatio über einige seiner Kollegen, die im 19. Jahrhundert die Anstaltspsychiatrie begründet hatten:

„Nicht wenige von ihnen sind selbst Dichter, wie Zeller, Jacobi, Heinroth und Feuchtersleben. Die persönlichkeitsbildende Kraft der Klassik ist an ihnen bis in ihren literarischen Stil hinein deutlich. Manche ihrer Krankengeschichten erinnern an Schilderungen Kleists, Schillers und Jean Pauls“ (S. 52).

Die Zeiten, in denen diese Psychiater sich um ausgearbeitete Schilderungen ihrer Patienten bemühten, um ihren eigenen humanistischen Idealen gerecht zu werden, waren mit dem Vormarsch der Universitätspsychiater, und damit der Priorität der theoretischen Ausrichtung vor der praktischen, dahin. Auch in der Entwicklung der psychologischen Wissenschaft wurde die romantische Verherrlichung des Individuums in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch Wundts Auffassung abgelöst, dass alle Menschen im Hinblick auf die interessierenden Merkmale mehr oder weniger gleich seien. Als Gegenbewegung entwarf Dilthey 1894 eine verstehende Psychologie, die ihre Norm in der „Darstellung des Singularen“ findet (Dilthey 1894, 1924). Unabhängig von dieser geisteswissenschaftlich-verstehenden Richtung findet sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts auch ein Boom von Baby-Biographien, der bis zu Rousseau zurückverfolgt werden kann. Neben der Ausfaltung der naturwissenschaftlichen Psychologie stößt man

¹⁸ Aktualisierte Fassung von Kächele (1992a)

¹⁹ Natürlich werden ‚case studies‘, die als solche klar etikettiert werden, auch in der neueren Literatur berichtet, so z. B. Lachmann u. Beebe (1983), Deri (1990), Persons et al. (1991), Eagle (1993) Zeul (2003), Schmidhüsen (2004) und Fonagy (2004).

auch auf eine Blütezeit der Individualitäts-Thematik. So stehen Freuds psychoanalytische Fallstudien im Kontext einer wissenschaftlichen Biographie-Forschung, die um die Jahrhundertwende in Psychiatrie und Psychologie einsetzte (Huber 1978).

Freud war sich der wissenschaftlichen Unvollkommenheit seiner Krankengeschichten von Anfang an bewusst. Halb verwundert, halb rechtfertigend weist er in den von ihm verfassten Teilen der „Studien über Hysterie“ darauf hin, dass seine Krankengeschichten „wie Novellen zu lesen sind“ und dass sie „des ernstesten Gepräges der Wissenschaftlichkeit entbehren“ (Freud 1895d, S. 227). Er tröstet sich damit, dass für dieses Ergebnis die Natur des Gegenstandes offenbar eher verantwortlich zu machen ist, als seine verheimlichte Liebe zur Schriftstellerei, die ihm doch einen hohen Rang als Verfasser wissenschaftlicher Prosa einbrachte, wie Walter Schönau in seiner Analyse von Freuds literarischem Stil unter Hinweis auf den Goethe-Preis der Stadt Frankfurt betonen konnte (Schönau 1968, S. 11²⁰).

Im Rahmen der wissenschaftstheoretischen Diskussionen um die Psychoanalyse wurden auch die Krankengeschichten formal-logisch seziert (Sherwood 1969; Perrez, 1972). Die implizite Annahme, dass die veröffentlichte Krankengeschichte eine repräsentative Abbildung des tatsächlichen Geschehens darstellt und dass deshalb der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse durch die kritische Aufarbeitung *einer* Krankengeschichte bestimmt werden könne, scheint in die falsche Richtung zu gehen. Denn das Abbildungsverhältnis von Vorgeschichte und Behandlung und der diese wiedergebende Falldarstellung ist nur unter dem Konzept: „was wollte der Autor“ zu fassen. Die Fallgeschichte darf nicht als naive Wiedergabe eines beobachteten Geschehens betrachtet werden. Die Re-Interpretation des Dora-Falles und des darin verwickelten Autors Freuds durch den Literaturwissenschaftler Marcus (1974) machte deutlich, dass das Verhältnis von Fallgeschichte und Behandlungsverlauf nicht im Horizont eines naiven Realismus zu erfassen ist:

„Ich gehe von der Annahme aus und gedenke darzulegen, dass Freud ein großer Schriftsteller und diese Krankengeschichte ein literarisches Kunstwerk ist – d. h. sowohl eine hervorragende Schöpfung der Einbildungskraft als auch eine intellektuelle Leistung ersten Ranges“ (Marcus 1974, S.33).

²⁰ Das Thema 'Freud als Schriftsteller' ist seit dem wegweisenden Aufsatz von Muschg (1930) erneut auch von Schönau (2007), gewürdigt worden; es stellt geradezu einen Topos der Freud-Literatur dar. Dort geht er auf einen Aspekt ein, auf den auch Autoren wie Mahony (1987, 1989) und andere hingewiesen haben: „Während ich anno 68 als Germanist noch, in Übereinstimmung mit Freuds Selbstverständnis, zwischen dem Wissenschaftler und dem Schriftsteller einen Unterschied machte, bestreiten Mahony und andere diesen Unterschied. Sie sind der Auffassung, es handle sich bei dieser Zweiteilung um ein Selbstmissverständnis. Freuds Sprachtalent sei nicht das Vehikel, sondern eben das Instrument seines Denkens. Mit anderen Worten: Freuds Schreibprozess stelle sein Denken nicht dar, sondern stelle es her, ja, das Unbewusste wurde von ihm nicht zuerst erkannt und danach formuliert, nein, es bringe sich in seinen Schriften selbst zur Sprache“ (Schönau 2007, S. 250).

Die Frage, ob die essayistische Darstellungsform nur eine Folge der ‚Natur des Gegenstandes‘ ist oder ob nicht die gewählte Form und Methode den Gegenstand erschafft, ist für viele, wie vorwiegend philosophisch orientierte Diskussionen zentral geblieben.

„Freud, und auch wir als nachfolgende Beobachter, werden mit einem kranken Individuum konfrontiert, dessen Lebensgeschichte eine Vielzahl von Ungereimtheiten – Ereignissen und Haltungen – präsentiert; diese fordern eine Erklärung, diese müssen in den Zusammenhang verständlicher menschlicher Verhaltensweisen gebracht werden. Wie der Geschichtsschreiber, ist Freud an einem besonderen Verlauf von Ereignissen und individueller Geschichte interessiert“ (Sherwood 1969, S. 188).

Diese systematische Bestimmung des Zieles der einzelnen Krankengeschichten deckt sich jedoch nicht vollständig mit Freuds eigenen Intentionen, denn in jeder Krankengeschichte gibt es unübersehbare Hinweise auf andere Patienten mit ähnlichen Konflikten. So finden sich überall eingestreut Bemerkungen zur Frage der Generalisierbarkeit der Befunde, so im ‚Wolfsmann‘ z. B. jene Stelle: „Um aus den Feststellungen über diese beiden letzteren Punkte neue Allgemeinheiten zu gewinnen, sind zahlreiche solche gut und tief analysierten Fälle erforderlich“ (Freud 1918b, S. 140).

Entscheidend scheint mir der Umstand zu sein, dass die Gewinnung neuer Erkenntnisse durch den einzelnen Fall stets nur durch eine integrative Betrachtung möglich ist. Somit lässt sich als Funktion der Krankengeschichte die Erklärung singulärer Ereignisabläufe bestimmen. Fallgeschichten sind professionell organisierte Erzählungen (Farrell 1981).

Damit muss die Fallgeschichte auch unter dem Aspekt gewertet werden, dass sie nicht nur in den ersten Jahrzehnten psychoanalytischer Forschung eine kommunikative Funktion für die in der Praxis arbeitenden Psychoanalytiker hatte, sondern nach wie vor ist diese erzählende Aufgabe eine ihrer Bestimmungen, wie dies Stuhr (2004) unterstreicht:

„Die historisch so fruchtbare narrative Vorgehensweise Freuds ist heute allein nicht mehr in der Lage, die Existenz der Analyse zu rechtfertigen, auch wenn sie für die Mitglieder der ‚analytischen community‘ hinsichtlich didaktischer und identitätsbildender Zwecke von zentraler Bedeutung ist, denn Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein“ (S. 65).

Die in der Psychoanalyse besonders enge Verbindung von Therapie, Forschung und Ausbildung führte zur Pflege des Fallberichtes als gemeinschaftsbildende Mitteilungsform – wobei jede Schulrichtung ihre je eigenen paradigmatischen Fallgeschichten tradiert. Diese degenerierten schon in der Frühzeit der Psychoanalyse zur Fall-Vignette²¹ als ei-

²¹ Anregend und erfreulich zu lesen sind nach wie vor Ferenczis Berichte über einige ‚passagère‘ Symptome (1927, S.26 ff).

ner Zwergwuchsform, die auch der Erzählaufgabe nur noch unter wirklich Eingeweihten gerecht wird (s. d. Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 1).

Die Freudschen Falldarstellungen wurden zwar emphatisch zu prototypischen Vorbildern ernannt, denen allerdings keine Serienproduktion folgte. Die Überhöhung dieser Vorbilder führte m. E. dazu, dass nicht einmal die formalen Qualitäten, wie Ausführlichkeit und Genauigkeit der Darstellung, wie sie Freud (1909d) in dem „Rattenmann“ Bericht gegeben hat, eine Vielzahl weiterer Fallberichte initiiert hat. Spätestens seitdem die täglichen Protokolle Freuds zu dieser Fallgeschichte 1955 im Band 10 der Standard Edition der Öffentlichkeit zugänglich waren (Freud 1955a), hätte sich eine Kultur des psychoanalytischen Tagebuch-Schreibens entwickeln können, bei der das Problem der Transformation von täglichen Aufzeichnungen zu Behandlungsberichten und zu Krankengeschichten das methodologische Bewusstsein für das Verhältnis von Inhalt und Form hätte schärfen können (Kächele 2009). Denn der Erste-Person Perspektive des Analytikers (wie auch der des Patienten) kommt eine eigenständige Aufgabe und Wirkmächtigkeit zu (s.d. Kächele u. Pfäfflin 2009).

Resümieren wir die bisherige Argumentation, so lässt sich festhalten: Entweder wir betonen die methodischen Schwierigkeiten von Falldarstellungen und halten an der Unterscheidung von Gegenstand und Methode fest. Oder wir ordnen Fallgeschichten in die Gattung literarischer Erzeugnisse ein, die sich in Formen der Novelle und des Romans, der Kriminalgeschichte und der Autobiographie entfalten. Die Kultur der Fallgeschichte bestünde dann in einer lehrbaren und zugleich artistischen Professionalität des Erzählens²². Dann wäre zu fragen, warum wir nur Vignetten und Novellen und nicht auch Romane Buddenbrock'schen Ausmaßes haben. Psychoanalytische Einsichten sind dann Teil eines „bürgerlichen Romans“ (Fara u. Cundo 1983), – einem durch und durch kulturellen Unternehmen dieses Jahrhunderts, wie es Wyatt (1990) in der Zeitschrift Merkur dargestellt hat.

2.2 Fallstudien in den Sozialwissenschaften

Werfen wir einen Blick in andere Wissenschaften, in denen auch Fallgeschichten produziert werden. In den Sozialwissenschaften wurde im Rahmen des so genannten Idiographie-Streites die Bedeutung persönlicher Dokumente als wichtiges Rohmaterial in den vierziger Jahren von Allport (1942) herausgehoben. Schon 1935 wurden von Dollard, einem Schüler von Sapir, am Institute of Human Relations der Yale Universität methodische Probleme der Einzelfalldarstellung in den einzelnen Fachgebieten systematisch

²² Der Frage der Lehrbarkeit einer guten klinischen Darstellung wurde unlängst ein eigenes Heft des Psychoanalytic Inquiry gewidmet (Bernstein et al. 2008).

untersucht (Dollard 1935). Er stellte präzise Forderungen für die inhaltliche Strukturierung von Falldarstellungen auf und untersuchte mit diesen Kriterien auch drei psychotherapeutische Fallberichte: Freuds ‚Kleinen Hans‘ (1909b), einen Fall von Adler (1928) und einen Bericht von Jessie Taft, einer Schülerin von Rank (Taft 1933).

Dollard kommt zu dem Ergebnis, dass die Freudschen Falldarstellungen seinen Kriterien bei weitem am besten genügen.

„Zusammenfassend müssen wir auf die einzigartige Konsistenz und Schönheit von Freuds konzeptuellem System hinweisen. Es ist in sich fest und organisch geschlossen und gruppiert sich um einige zentrale Konzepte. Es weist eine Grundlage und eine integrierte Struktur auf, und keine Frage in seinem gesamten Bereich ist konzeptuell unberücksichtigt geblieben. Obwohl es ihm an der kulturellen Perspektive mangelt und gelegentlich biologische Voreingenommenheiten deutlich werden, enthält es doch nichts, was im Widerspruch zu unserem kulturanthropologischen Wissen stünde. Was der Kulturanthropologe hinzuzufügen hat, kann ohne bedeutende Veränderung des Systems eingebracht werden, und was die Psychoanalyse ihrerseits zu anthropologischen Studien beitragen kann, wird dort dringend benötigt“ (S. 240).

Allport kritisierte an Dollards Arbeit, dass sie von seiner Voreingenommenheit für die Freudsche Psychologie geprägt sei. Durch den Vergleich lassen sich jedoch die Besonderheiten der psychotherapeutischen und der soziologischen Fallgeschichten erkennen. Die Stärke der klinischen Fälle liegt darin, dass sie die Bedeutung der frühen Kindheit berücksichtigen und in ihrer Konzeptualisierung nach einem einheitlichen Denkschema verfahren. Ihre Schwäche ist ihr Mangel an kultureller Perspektive. Die positiven und negativen Seiten der soziologischen Fälle sind gerade umgekehrt. Der entscheidende Mangel von Dollards Arbeit liegt nach Allport darin, dass er vor Aufstellung der Kriterien nicht festgelegt hat, welchem Zweck eine Falldarstellung seiner Meinung nach dienen soll.

Folgen wir dem Biographieforscher Hans Thoma (1968) dann dient in den seltensten Fällen die Biographik zur bloßen Deskription eines einzelnen Individuums in seiner persönlichen Welt. Meist impliziert die Fragestellung, unter der jede Falldarstellung geschrieben wird, die Ausrichtung auf ein bestimmtes Ziel. Dabei unterscheidet er drei Auffassungen (Thoma 1952):

1. die kausale, bei der versucht wird, Phänomene ursächlich auf bestimmte Variablen zurückzuführen;
2. die der Subsumption oder Vereinigung von Einzelphänomenen unter einem Typus; sie birgt die Gefahr einer Abstraktion ins Sinnlose in sich;
3. die finalistische oder funktionalistische, die Phänomene vorwiegend unter dem Aspekt ihres Sinnes für etwas, d. h. ihrer Funktion, erfasst.

Diese letzte Auffassung ist in der psychosomatischen Medizin und Psychoanalyse weit verbreitet. Gleichzeitig liegt oft eine Typisierung vor; fast hinter jeder psychosomatischen Darstellung eines einzelnen Falles stehen viele ähnliche; die einzelne Krankengeschichte, die veröffentlicht wird, ist in der Regel die Illustration einer klinischen Erfahrung an einem als typisch vorgestellten Beispiel.

Aus diesem Grunde ist es meines Erachtens unerlässlich, sich im Rahmen der klinischen Forschung mit der Problematik des Typusbegriffes vertraut zu machen, da dieser ein gedankliches Instrument ersten Ranges darstellt. In aller Kürze sei gesagt, dass Hempel (1952 {1972}) den Klassifikations- und den Extremtypus als empirische Typen bestimmt; dagegen handelt es sich bei dem Idealtypus um ein Modell, welches als interpretatives oder erklärendes Schema beobachtbare Tatsachen und Begriffe miteinander verbindet (s. d. S. 95ff).

Damit lässt sich deutlich machen, dass das Konzept des Idealtypus zur Theorieprüfung führt; ein Anspruch, der in der psychoanalytischen Kasuistik implizit vertreten wird. Eine explizite Formulierung dieses Zieles findet sich im Vorwort von Weizsäckers „Studien zur Pathogenese“:

„Hier folgen einige Krankengeschichten, verbunden durch Betrachtungen über das, was typisch in ihnen erscheint. Im Vordergrund bleibt also die beschreibende Pathogenese, was an theoretischen Möglichkeiten erwächst, wird nur in Andeutung behandelt. Wie überall, so ist es auch hier: Tatsachen sind unerlässlich und müssen ohne die geringste Verbiegung berichtet werden. Aber ein solcher Bericht wird erst dann zur Wissenschaft, wenn er eine Frage entscheidet, also eine prognostische und praktisch bewährte Folge bekommt“ (1935, S. 6, Hervorhebung vom Ref.).

Das Typuskonzept liefert eine brauchbare Abgrenzung zur biographischen Methode und enthält den generalisierenden Anspruch, der in der psychoanalytischen Kasuistik immer schon vertreten wurde. Nun ist zu fragen, ob die kasuistische Darstellungsweise über den heuristisch ungemein wertvollen Ansatz hinaus, Typen aus der Vielfalt der Beobachtungswelt herauszuheben, auch ausreichend methodologisch durchgearbeitet ist, um eine Überprüfung der klinischen Typologie zu erlauben.

Aussagen zur Kultur der Fallgeschichte können aufgrund der bisherigen Überlegungen nun differenzierter bestimmt werden. Aus der geformten, literarisch zum Kunstwerk geratenen Krankengeschichte (Anz 1999) werden auf der einen Seite Darstellungen von Lebensläufen, die mittels der biographischen Methode als Mikroskop des Sozialwissenschaftlers verfasst werden können; auf der anderen Seite werden aus Krankengeschichten Berichte über Behandlungen, die in zunehmenden Maße dem Regelkanon der empirischen Sozialforschung unterworfen werden.

2.3 Nach-Freudsche Behandlungsberichte

Einer Anregung A. E. Meyers folgend habe ich 1981 die mir bekannt gewordenen Beispiele solcher Behandlungsberichte in einer Übersicht zusammengestellt (Kächele 1981). Auch wenn mir einige Publikationen entgangen sein sollten, so dürfte diese Zusammenstellung doch aufschlussreich und insgesamt repräsentativ sein.

Die auf die nach-freudsche psychoanalytische Literatur begrenzte Suche fokussierte auf Darstellungen, die – nur um ein grobes Maß des Umfanges zu nennen – mehr als 30 Seiten einer Veröffentlichung ausmachen. Meine Suchstrategie war nicht formalisiert, sondern benützte das im Laufe vieler Jahre der Involvierung in die psychoanalytische Prozessforschung akkumulierte Wissen. Betrachtet man die Jahreszahlen der ermittelten Veröffentlichungen, so ergibt sich folgendes: von 1930 bis 1959 habe ich 6, von 1960-1979 20 Berichte gefunden.

Dies sind gewiss keine sehr zuverlässigen Daten, sie belegen aber den Eindruck, dass ab 1970 mehr umfangreiche Fallberichte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden als je zuvor. Interessant ist, dass sehr oft relativ lange Zeiträume zwischen Behandlung und Veröffentlichung liegen. Weiterhin sind von 26 aufgeführten Berichten 11 über Kinder bzw. jugendliche Patienten; in Beziehung zu der quantitativ wohl wesentlich kleineren Zahl von Kindertherapeuten, ein überaus beträchtlicher Anteil. Darüber hinaus leiden diese Kinder fast durchweg an psychotischen oder präpsychotischen Erkrankungen. Der Umfang der hier aufgeführten Berichte variiert zwischen der von mir willkürlich gezogenen unteren Grenze von 30 Seiten bis zu über 600 Seiten Text. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich dabei um sorgfältige Nachschriften nach den Sitzungen. Dieser Überblick veranschaulicht auch, dass heute eher Behandlungsberichte anstelle von ätiologisch orientierten Krankengeschichten veröffentlicht werden.

Diese über die Jahrzehnte angewachsene Kultur der Behandlungsberichte drückt eine wachsende Distanzierung von einer naiven Erzählperspektive aus und ist oft von selbstkritischen, methodischen Überlegungen begleitet. Stollers Einleitung zu seinem umfangreichen Fallbericht (1973) ist für dieses Klima repräsentativ:

„Trotz der Bedeutung, die psychodynamischen Quellen des menschlichen Verhaltens zu entdecken und trotz der Ausführlichkeit der hierzu vorgelegten Literatur gibt es nicht einen einzigen psychoanalytischen Bericht, bei dem die Schlussfolgerungen durch die Daten ergänzt sind, die zu ihnen geführt haben. Wenn solche Daten nicht verfügbar sind, müssen wir den Kritikern vergeben, die sich nicht von der Gültigkeit unserer Schlüsse überzeugen lassen. Wenn wir jemandes Bericht lesen, so wissen weder Sie noch ich, ob er recht hat, weil er meisterhaft und lebendig schreibt und weil er mit anerkannten Autoritäten über einstimmt, oder ob er recht hat, weil seine Schlussfolgerungen

aus seinen Daten resultieren: wir können es deshalb nicht wissen, weil wir keinen Zugang zu seinen Daten haben” (S. XIII).

Neu an diesen Worten ist, dass sich hier nicht ein psychoanalytischer Außenseiter zu Wort meldet, sondern dass ein erfahrener Kliniker spricht, der selbst über viele Jahre und Jahrzehnte den traditionellen Kommunikationsstil gepflegt hat. Der konkrete Blick in den Arbeitsraum des Psychotherapeuten wird nicht mehr als voyeuristische, infantile Neugierde verpönt, sondern gewinnt in den letzten Jahren klinische, didaktische und wissenschaftliche Respektabilität. Die Besonderheit der Psychoanalyse, nur in zwischenmenschlichen Beziehungen erfahrbar und erlernbar zu sein, führte lange Zeit dazu, die Bedeutung der Veröffentlichung von Behandlungsberichten zu schmälern, indem das Gefühl vermittelt wurde, dass die wichtigen Elemente einer Behandlung noch nicht aufzeigbar und vermittelbar sind. Das heißt es fehlten auch die systematisierten Konzepte, die aus dem Rohmaterial erst Daten machen (Colby u. Stoller 1988).

Dem Zuwachs an öffentlichem Interesse an den Vorgängen in der psychotherapeutischen Situation entsprach auch ein wachsendes Interesse der Psychotherapeuten untereinander über die klinischen Erfahrungen ausführlicher zu kommunizieren. Ein Beispiel für diesen Trend gab der von Strotzka 1978 edierte Reader mit Falldarstellungen aus dem Wiener Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie, in dem die dort gemeinsam arbeitenden Vertreter verschiedener psychotherapeutischer Schulen ihre Arbeit der wissenschaftlichen Öffentlichkeit in Form von Behandlungsberichten vorstellten (Strotzka 1978).

Dieser Umgestaltung korrespondiert auch eine Umwertung; das Interesse an ätiologischen Rekonstruktionen wird zunehmend durch ein Interesse an Behandlungsberichten ersetzt; ohne zu zeigen, wie praktisch gearbeitet wird, werden kühne theoretischen Ansätze heute weniger als früher goutiert. Die Einführung eines weiteren neuen Konzeptes zu den bestehenden ohne nachvollziehbare Verankerung in klinischen Daten hat sich überlebt. Eagle (1988), einer der liebevollen Kritiker der Psychoanalyse spricht aus, was viele denken:

„Jahrelang hat man uns erzählt und wir haben uns selbst gesagt, dass die klinische psychoanalytische Situation eine einzigartige Quelle sei, aus der wir Daten schöpfen können, die die psychoanalytische Theorie der menschlichen Persönlichkeit bereichern werden – ein glückliches Zusammentreffen therapeutischer und theoretisch-explanatorischer Ziele” (S. 198) „... Ich halte es für eine Ironie, dass psychoanalytische Autoren klinische Daten für nahezu jeden Zweck zu verwenden suchen, außer dem einen, für den sie am besten geeignet sind – der Bewertung und dem Verständnis der Veränderung durch Therapie” (S. 209).

Diese Einschätzung verlangt nach sorgfältig dokumentierten Behandlungsberichten über Verlauf und Ergebnis, um daraus eine Theorie der Therapie zu fundieren. Meyer hat 1962 schon die grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen anhand des psychoanalytischen Dialoges erörtert (Meyer 1962a, b) und auch selbst diese Arbeit in Angriff genommen. Sein Bemühen, die systematisch-akustische Lücke der Tonbandregistrierung zu füllen (Meyer 1981), führte zur detaillierten Analyse der Liegungsrückblicke dreier Analytiker, die er fallweise im Hinblick auf die theoretisch verwandten Konzepte – Minimodels genannt – aufgeschlüsselt hat (Meyer 1988²³).

Am Einzelfall systematisch und detailliert zu arbeiten, um dann behutsam Übereinstimmung und Divergenz zwischen den Fällen zu evaluieren (Leuzinger-Bohleber 1987, 1989, 1995), überbrückt die Spannung von nomothetischer Gruppenstatistik und idiographischer Berichterstattung. Es geht dabei nicht nur um „Perspektiven für eine gegenstands-angemessene Praxis“, die Jüttemann (1983) gefordert und in seiner „Komparativen Kasuistik“ (1990) ins Auge gefasst hat, sondern auch darum, dass Gegenstand und Methode sich bedingen. Die Methode der Falldarstellung konstituiert den Gegenstand Psychoanalyse anders als ein wissenschaftliches Beschreibungsverfahren. Erzählte und beobachtete Wirklichkeiten müssen sich nicht decken (Kächele 1992b). Damit ergibt sich auch ein Horizont, der eine allzu pessimistische Sichtweise relativieren könnte. Forschungsmethoden in der Psychosomatik müssen sich nicht zwangsläufig „nahtlos in die verdinglichende naturwissenschaftliche Sichtweise“ einfügen (Richter 1990). Wir können uns verstärkt um Methoden bemühen, die dem Individuellen – einem Grenzbezug der Wissenschaft, wie Stern (1911) es genannt hat – Rechnung tragen können.

Das Fazit dieser Überlegungen gipfelte vor Jahren in dem engagierten Schlachtruf AE Meyers, des ersten leidenschaftlichen Empirikers der deutschen Psychoanalyse²⁴: „Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte“ (Meyer 1994). Seine Herausforderung, Novellen als psychoanalytische Fallgeschichten seien heute antipsychoanalytisch und unwissenschaftlich, soll im folgenden Kapitel durch die Darstellung aktueller methodischer Möglichkeiten aufgegriffen werden. Damit braucht nicht ausgeschlossen zu werden, dass ein „Plädoyer für eine Haltung des methodischen und methodologischen Pluralismus“ (Mertens u. Haubl 1996, S. 12) stets willkommene Alternativen ermöglicht.

²³ In diesem Projekt waren H. Thomä, H. Kächele u. A. E. Meyer als Analytiker beteiligt.

²⁴ Schon der Titel der von seinen Mitstreitern monographisch zusammengestellten, wichtigsten Beiträge verrät dies: „Zwischen und Wort Zahl“ (Meyer 1998).

Ein Schritt in diese pluralistische Denkweise wurde jüngst von Josephs et al. (2004) getan, die von einem neuen Typus <case study plus> sprechen:

„We will present a traditional case study, with special attention to the impact of taping, and supplement that case study with an analysis of verbatim transcripts of thirty-six audiotaped analytic sessions spanning a four-year period of treatment. The transcripts have been rated by external judges with good levels of interrater reliability (> .70) on measures of character pathology, object relations, reflective functioning, and superego anxiety” (S. 1188)²⁵.

Dies ist umso erfreulicher, als unsere eigenen Überlegungen schon lange in diese Richtung gewiesen haben (Thomä et al. 1973; Kächele u. Thomä 1993), wie en détail weiter unten aufgezeigt werden wird.

Dieser Sichtweise entspricht wohl auch die Gründung eines neuen, web-basierten Journals *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy* (PCSP), welches sich als „peer-reviewed, open-access, multi-theoretical journal and database” präsentiert. Die Herausgeber (Fishman, Nathan, Miller & Messer) vertreten dabei folgende Position (s. a. Fishman 1999):

„PCSP’s design is grounded in philosophical pragmatism and as such is intended to generate a new and distinctive kind of practical knowledge for psychotherapy research and practice. Specifically, the systematic case study is assumed to be an important basic unit of knowledge in psychotherapy research and practice because in fact all psychotherapy practice takes place within the context of a particular individual, group, or family case – and thus case studies have a particularly close link to practice” (2007, s. website: <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp>).

Es bleibt zu hoffen, dass sich auch Psychoanalytiker dieser Bewegung anschliessen; allerdings lassen die Vorgaben der Herausgeber den Schluß zu, dass deutlich mehr verlangt wird, als was üblicherweise in Fallstudien berichtet wird.

Mit diesem Hinweis kann das folgende Kapitel eröffnet werden.

²⁵ Allerdings handelt es sich vorwiegend um eine methodologische Illustration; sie demonstriert, was möglich ist, wenn Klinik und Forschung sich ergänzen.

Methoden der psychoanalytischen Prozessforschung

Vorbemerkung

Dieses Kapitel kann keinen Überblick über die gesamte psychodynamisch orientierte Befundlage zu Therapieprozessen geben (s. d. Miller et al. 1993; Orlinsky et al. 2004; Levy & Ablon 2008). Im Anschluss an die Erörterungen im vorhergehenden Kapitel weise ich darauf hin, dass es bemerkenswert ist, dass kaum qualitative Forschung zum psychoanalytischen Therapieprozess als Ganzes vorgelegt wurde. Zwar haben Frommer u. Langenbach (2001) und Kvale (2001) die psychoanalytische Fallstudie als Quelle - epistemischen Wissens thematisiert²⁶, aber die herkulische Aufgabe wie ein ganzer Behandlungsprozess systematisch-qualitativ beschrieben werden kann, wurde m. E. bislang selten versucht.

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

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

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

²⁶ Eine ungewöhnliche Begründungsfigur für die Verwendung von ‚case studies‘, die auf Heidegger zurück greift, liefert Freeman (2007).

Allerdings ist problematisch, dass die materiale Basis seines Berichtes unveröffentlichte Prozessnotizen sind; eine Überprüfung seiner Interpretationen des Materials ist daher nicht möglich. Luborsky u. Spence (1971) haben die Forderung nach primären Daten aufgestellt; diese sollten zwei Forderungen erfüllen:

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

Diese Forderung wurde erstmals durch die Einrichtung der ULMER TEXTBANK erfüllt eingelöst (Mergenthaler 1986; Mergenthaler u. Kächele 1993, 1994)²⁷. Die nachfolgenden Ausführungen beschäftigen sich daher ausschließlich mit Forschungsansätzen, die diese materiale Basis erfüllen.

3.1 Der Kampf um Tonbandaufnahmen

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

Die Empfehlung Freuds, während der Sitzung nicht mit zu schreiben, wird längst vielfältig unterlaufen; allerdings liegen keine Studien dazu vor²⁸. Dabei könnte die Benutzung eines Aufzeichnungssystems gerade dieser Freud’schen Empfehlung entgegenkommen. Doch es kam anders. Ein langer Kampf um dieses technische Hilfsmittel entbrannte.

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

²⁷ Inzwischen wurden weitere Archive solcher primären Daten geschaffen, so das Penn Psychoanalytic Treatment Collection (Luborsky et al. 2001) und das New York Psychoanalytic Research Consortium (Waldron 1989).

²⁸ Zu fragen wäre, ob sich die Fachgesellschaften in ihren Empfehlungen unterscheiden, wie Ausbildungskandidaten damit umgehen usw.

peutischen Prozess unmittelbar Beteiligte Auskunft geben, sondern auch Dritte²⁹ sich mit dem Material auseinandersetzen können.

Die Einführung des Tonbandes in die psychoanalytische Situation hat für Jahrzehnte viel Für und Wider hervorgerufen; als engagierte Fürsprecher traten z. B. Shakow (1960) und Gill et al. (1968) auf; Wallerstein u. Sampson (1971) äußerten sich nur zurückhaltend positiv. Allerdings wurden nur wenig systematische Studien über die Konsequenzen dieses Schrittes durchgeführt³⁰. In der BRD haben wohl A. E. Meyer und H. Thomä das Verdienst, mit dieser Technologie im Jahre 1967 eine neue Ära der psychoanalytischen Prozessforschung eröffnet zu haben. Die Ulmer Arbeitsgruppe hat zu den Auswirkungen dieses Schrittes auf den Behandlungsprozess eine der nach wie vor raren Studien durchgeführt (Kächele et al. 1988). Dabei spielt gewiss eine Rolle, für welchen Zweck solche Registrierungen durchgeführt werden; ob nur für den Eigenbedarf zur privaten Supervision oder ob bereits ausformulierte Forschungsvorhaben einen unvermeidlichen Über-Ich-Effekt als zusätzliche Belastung mit sich bringen. Deshalb ist es nach unserer Erfahrung vernünftig, erst nach Abschluss einer Behandlung Forschungsfragen an das aufgezeichnete Material heranzutragen.

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

Es stellt sich indes die Frage, wie vielen Aufgaben ein „teilnehmender Beobachter“ gleichzeitig nachkommen kann, ohne in der einen oder anderen seiner Funktionen beeinträchtigt zu werden. Ist es denkbar, dass der Psychoanalytiker die Forderung nach gleichschwebender Aufmerksamkeit und Selbstreflexion erfüllen und zugleich bestimmten wissenschaftlichen Regeln folgen kann? Wie viele Daten sind im Gedächtnis des Psychoanalytikers so speicherbar, dass sie im rechten Augenblick und in ebenso „spon-

²⁹ Damit sind nicht nur Psychoanalytiker gemeint, sondern insbesondere auch Sprachwissenschaftler, Sozialwissenschaftler und Ethnographen psychoanalytischer Kulturen.

³⁰ Diese Diskussion ist noch nicht zu Ende, wie Josephs et (2004) Bemerkungen aufweisen: „A serious limitation of most studies of audiotaped psychoanalytic treatment to date is that the treating analyst remains incommunicado. We are not afforded the benefit of the treating analyst’s perspective on many important issues: How was the patient selected? How did the patient feel about being audiotaped? What was the treating analyst’s dynamic formulation, treatment approach, and sense of the transference-countertransference relationship? Most important, how did the analyst feel about being taped, and how did taping influence the analyst’s conduct of the treatment? An approach needs to be developed that brings together the thoughtfulness and clinical richness of the traditional case study (i.e., the analyst’s self-report) and the methodological rigor of quantitative data analysis independent of the treating analyst’s clinical impressions (i. e. „case study plus“) (S. 1188).

taner“ wie „kritischer“ Weise – also behandlungstechnisch günstig – abgerufen werden können? Und wie müsste ein Erinnerungsvermögen beschaffen sein, das nachträglich, unmittelbar nach der Sitzung oder in einer späteren zusammenfassenden Rekonstruktion einer langen Behandlung, mit hinreichender Sicherheit eine reproduzierende Selektion von wissenschaftlicher Relevanz ermöglicht?

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

Im Gegensatz zu der weit verbreiteten Meinung, dass Tonbandaufnahmen den psychoanalytischen Prozess stören³¹, lässt sich behaupten: Verfolgt man bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen, so benötigt man als Psychoanalytiker dieses Hilfsmittel zur Entlastung, um einem Interessenkonflikt zu entgehen. Die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers kann ungeteilt der Therapie gelten, wenn er weiß, dass er nachträglich das Tonband bzw. das transkribierte Verbatimprotokoll zur Hand nehmen kann³². Nicht nur unbeteiligte Dritte können dann mit dem „Material“ arbeiten; der Psychoanalytiker selbst kann nachträglich den wortgetreuen Dialog zur Grundlage seiner Zusammenfassung oder wissenschaftlichen Auswertung machen. Die so festgelegten manifesten Daten sichern und erleichtern den Weg zurück zu den latenten Gedanken, die auf Seiten des Patienten nach der klinischen Theorie im Verlaufe des Prozesses bewusst werden müssen und, soweit sie die Gegenübertragung des Analytikers betreffen, zumindest partiell bewusstseinsfähig, d. h. formulierbar sein sollten. Vor allem können anhand der Verbatimprotokolle „Deutungsstrategien“ (Kris 1951) und ihre Beziehung zu psychoanalytischen Theorien ausgemacht und festgehalten werden. Verbatimprotokolle geben allerdings erst dann etwas her, wenn diese Lektüre geübt wird, so wie Musiker mit dem Lesen von Noten vertraut sind. Beim Vorgang des Lesens ist ein Eintauchen in den (zu erschließenden) kontextuellen Hintergrund notwendig, damit diese Texte verstanden und interpretiert werden können. Sie sollen die traditionelle psychoanalytische Stundenprotokollierung nicht ersetzen, wohl aber – soweit die Vorgänge ihren Niederschlag direkt oder indirekt im Wort gefunden haben – auf eine ziemlich getreue, jederzeit wieder herstellba-

³¹ Eine radikale französische Position vertritt hingegen Perron (2002): „Any attempt to submit the data of the sessions to the ‘hard-sciences’ criteria, and treat them by derived techniques, is likely to destroy the very object of the research.“ (S. 7-8).

³² Die Transkription solcher Aufnahmen war lange Zeit nicht geregelt; erst seitdem Mergenthaler (1986a) im Rahmen der ULMER TEXTBANK solche Regeln kodifizierte, wurde das Fach auf die nicht unerheblichen Probleme aufmerksam. Diese Ulmer Regeln entsprechen zwar nicht dem Standard der linguistischen Transkriptionsregeln; doch diese „details of linguistic analysis are reliably describable, but probably have little psychological relevance, while paralinguistic phenomena have higher psychological relevance, but cannot coded reliably“ (Dittmann u. Wynne 1961, S. 203).

re Ausgangsbasis zurückführen. So erhalten vielfältige Auswertungen eine gesicherte Grundlage³³.

Trotz der Kritik, die am traditionellen Prozess der Datengewinnung als Basis psychoanalytischer Forschung geübt werden kann, wäre es verfehlt, nur noch Tonbandaufzeichnungen als wissenschaftlich zulässige Ausgangsdaten zu bezeichnen. Auf diesen Zusammenhang haben besonders Wallerstein u. Sampson (1971) hingewiesen, die bei zwei Projekten diese Abhängigkeit der Dokumentation der Daten vom Forschungsinteresse beobachten konnten³⁴ (vgl. auch Sargent 1961). So haben regelmäßige Notizen über eine Behandlung gegenüber den verdichtenden Falldarstellungen den Vorteil, dass sie im Prinzip systematische, öffentlich zugängliche Beobachtungsserien eines Experten darstellen, deren methodologischer Status allerdings wenig geklärt ist. Besonders für das Studium des Verlaufs von Entwicklungslinien über längere Zeiträume stellen „tägliche Notizen“ eine auch für den Leser verarbeitbare Informationsmenge dar. Der wissenschaftliche Wert solcher Aufzeichnungen könnte gesteigert werden, wenn die Kriterien für die subjektive Auswahl festgelegt würden (Tuckett 1994). Zum Beispiel würde hierher gehören, dass das vom Analytiker in seinen Interventionen nicht berücksichtigte Material gekennzeichnet wird (wie dies Malan 1973, S.10f in seiner Vorwort zu dem Balintschen Buch zur Fokalthherapie vorschlägt), denn es ist durchaus denkbar, dass in ihm zu diskutierende Alternativhypothesen stecken. Tonbandaufzeichnungen sind wissenschaftlich besonders deshalb wertvoll, weil sie sicherstellen, dass der Analytiker selbst – wie auch Dritte – sich mit dem gesamten Material auseinandersetzen kann.

Es kann davon ausgegangen werden, dass bei „Versuch und Irrtum“ bestimmte theoriebezogene Deutungsstrategien während verschiedener Behandlungsphasen sich einspielen und somit auch an Verbatimprotokollen ablesbar werden. Deshalb lässt sich nachträglich die Änderung der Deutungsstrategien in Beziehung zu ihrer Wirksamkeit stellen und ihre Gültigkeit an der Kovarianz relevanter Prozessvariablen messen. Da die Deutungsstrategien (idealiter) die konkrete Anwendung psychoanalytischer Theorien darstellen, ist es möglich zu klären, ob die deutungsimmanenten Theorieteile sich in diesem Fall bewährt haben oder nicht. In diesem Sinne stellt Klauber (1968) fest:

³³ Die nahe liegende Frage, welche Selektionsvorgänge beim Verfassen von Stundenprotokollen dabei zum Tragen kommen, welche qualitativen und quantitativen Auslassungen und Hervorhebungen gewollt oder nicht gewollt produziert werden, ist bislang kaum untersucht. Ein erster Ansatz zu dieser Frage wurden in zwei Dissertationen unter meiner Anleitung erprobt (Hoffmann et al. In Vorb.).

³⁴ „Psychotherapy Research Project“ und „Therapeutic Process Study on the Modification of Defense in Psychoanalysis“.

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

Aus den bisher angeführten Gesichtspunkten ergibt sich u. a. die Notwendigkeit einer Abgrenzung des Anwendungsbereichs der verschiedenen Methoden der Datenerhebung in der psychoanalytischen Prozessforschung. Deshalb berichtet dieses Kapitel besonders über Methoden, bei denen die Verwendung von Tonband- bzw. Verbatimprotokollen unerlässlich ist³⁵.

3.2 Informationsgewinn und -verlust bei der Verwendung von Verbatimprotokollen

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

Um das aufgeworfene Problem am Beispiel des Schweigens des Patienten zu diskutieren, könnte man anführen, dass Häufigkeit und Dauer von Schweigepausen gerade bei Tonbandaufzeichnungen besonders deutlich werden. Zur Art des Schweigens, zur vermuteten Erlebnisqualität des Patienten kann sich der Analytiker zusätzliche Aufzeichnungen machen. Dieses Verständnis des Schweigens z. B. als Widerstand vollzieht sich jedoch erst in der sprachlichen Verständigung darüber (Cremerius 1969). Das Beispiel kann deutlich machen, dass averbale Kommunikation im psychoanalytischen Prozess einerseits den Prozess auf vielfältige Weise begleitet durch Haltung, Gestik und Mimik und doch wesentlich durch den sprachlichen Austausch konstituiert wird. Hieran zeigt sich, dass die aus psychoanalytischer Sicht postulierte Transformation von „Es“ zu „Ich“ an Sprache und Sprechen gebunden ist (Klann 1977, 1979). Dieses Ziel lässt offen, in-

³⁵ Die wiederholte Anwendung von Fragebogen durch externe Untersucher als Prozessbeobachtung konstituiert einen anderen Forschungskontext. Die aktuelle psychoanalytische Therapieforschung steht diesem Vorgehen nicht mehr so kritisch gegenüber wie dies früher der Fall war.

wieweit sich außersprachliche Kommunikation, auch solche, die für immer auf einer non-verbalen Ebene bleibt, therapeutisch auswirken kann, wie dies in den letzten Jahren von der Boston Psychoanalytic Process Study Group (1998) thematisiert wurde.

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

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

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

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

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

3.3 Die Untersuchung von Patienten-Variablen

3.3.1 Zur Quantifizierung von Affekten anhand von Verbatimprotokollen

Im Hinblick auf die oben erwähnte Diskussion um die Begrenztheit von Verbatimprotokollen für die Erfassung von Affekten ist es lohnend, an die Quantifizierung des psychoanalytischen Konzeptes von Affekten zu erinnern, die von einer Arbeitsgruppe um Louis Gottschalk erarbeitet wurde (Gottschalk et al. 1966). Diese war so erfolgreich, dass sich in der BRD in den siebziger Jahren eigenständige Gottschalk-Gleser Studiengruppen etablierten, die vielfältige Untersuchungen zu Psychotherapieprozessen und psychosomatischen Themen durchführten. Koch u. Schöfer (1986) haben die Erträge dieser Forschung zusammengestellt. Es ist nach wie vor wertvoll, die Schritte zu beschreiben, die – pars pro toto – zur Quantifizierung des Angsteffektes anhand von verbalem Material geführt haben.

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

Für den Schritt von der qualitativen zur quantitativen Beschreibung wurde ein intrapsychisches Bezugssystem gewählt. Der Aussage „Ich bin ängstlich“ als direkte Äu-

ßerung wird eine indirekte Evidenz entgegengestellt, z. B. in der Aussage „Ich bin nicht ängstlich“. Weiterhin wurde eine Reihe von Annahmen gemacht, die in mühsamer Arbeit erst validiert werden mussten.

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

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

Vom forschungsökonomischen Standpunkt her war es sehr beachtlich, dass die Gottschalkschen Skalen nicht nur von psychoanalytisch ausgebildeten Beurteilern verlässlich benutzt werden konnten. Denn die routinemäßige Verwendung vieler Skalen ist sonst wegen der begrenzten Möglichkeit, erfahrene Analytiker als Beobachtungs- und Beurteilungsinstrument einzusetzen, oft nicht möglich. Allerdings setzt der Einsatz von klinisch ungeschulten College-Undergraduates oder gar Hausfrauen (wie in der BRD geschehen) hin wiederum dem Aussagewert anspruchsvoller Skalen Grenzen, auf die schon Meltzoff u. Kornreich (1970) in ihrem Handbuch der Therapieforschung hingewiesen hatten:

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

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

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

3.3.2 Produktives psychoanalytisches Arbeiten

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

a) Sinnhaftigkeit

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

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

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

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

Im Anschluss hieran untersuchten die Autoren die Beziehung des „Grades der Sinnhaftigkeit“ einer Aussage des Patienten zu der vorangegangenen Intervention des Therapeuten. Affektiv getönte Therapeutenbemerkungen waren signifikant öfter von „sinnvol-

len“ Aussagen des Patienten gefolgt als nicht affektive Interventionen (39,7% im Vergleich zu 12,8%). Dieser Zusammenhang war von der therapeutischen Orientierung des Interviewers unabhängig; er konnte für alle drei Berufsgruppen (Psychoanalytiker, Psychologen und Sozialarbeiter) nachgewiesen werden. Außerdem waren die sinnvollen Äußerungen des Patienten nach affektiven Interventionen zwar weniger häufig, dafür aber länger. Oft wird in ihnen spontan der Inhalt der Intervention aufgegriffen. Diese Untersuchungen bestätigten die Funktion affektiv getönter therapeutischer Intervention als Stimulus and wohl auch als Modell für die nachfolgende affektive Verbalisierung des Patienten. Ein überzeugendes Beispiel für Mikro-Lernvorgänge im analytischen Gespräch haben Heigl u. Triebel (1977) gegeben.

b) Produktivität

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

„Idealerweise oszilliert der Analysand zwischen der frei assoziierenden Produktion von gefühlsmäßig wichtigem Material und der reflektiven Selbstbeobachtung, mit der dieses neue Material integriert wird. Das bedeutet, dass sich der Patient mit Fragen größter Wichtigkeit unmittelbar und spontan auseinandersetzt und die angemessenen Gefühle dabei erlebt; Gedanken, Erinnerungen und Gefühle werden dabei zu einem erweiterten Selbstverständnis integriert“ (Simon et al. 1968a, S. 5).

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

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

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

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

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

Thomä u. Rosenkötter (1969) ließen sich jedoch von der Simonschen Produktivitäts-skala anregen³⁶ und entwickelten, als Begleitforschung an der noch laufenden psychoanalytischen Behandlung des Patienten Christian Y, eine ähnliche Skala, von ihnen als „Veränderungen im psychoanalytischen Prozess“ genannt, die faktisch wohl aber „Analytische Produktivität“ erfassen sollte. Mit diesem Bogen beurteilte ein teilnehmender psychoanalytischer Beobachter (L. Rosenkötter) die auf Tonband aufgezeichneten Sitzungen hinsichtlich der analytischen Produktivität. Leider sind keine Protokolle der vermutlich spannenden Gespräche vom Psychoanalytiker Thomä und dem Beobachter Rosenkötter über die Beurteilung des analytischen Prozesses aus dieser Frühzeit der Ulmer Prozessforschung erhalten. Darüber hinaus wären aus heutiger Sicht vergleichende Untersuchungen der beiden Perspektiven – Therapeut und externer Beurteiler – ein Desiderat gewesen (Abb. 4).

³⁶ Den Ulmern waren damals die eben erschienen Arbeiten von Orinsky u. Howard (1967) und Auerbach u. Luborsky (1968) zur sog. ‚good hour‘ nicht bekannt.

L. Rosenkötter und H. Thomä (1969)

Veränderungen im psychoanalytischen Prozess – Analytische Produktivität

Ambulanz-Nr.:

__ Stunde

Datum:

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

Abb. 4: Der Ulmer Interventions-Reaktions-Katalog

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

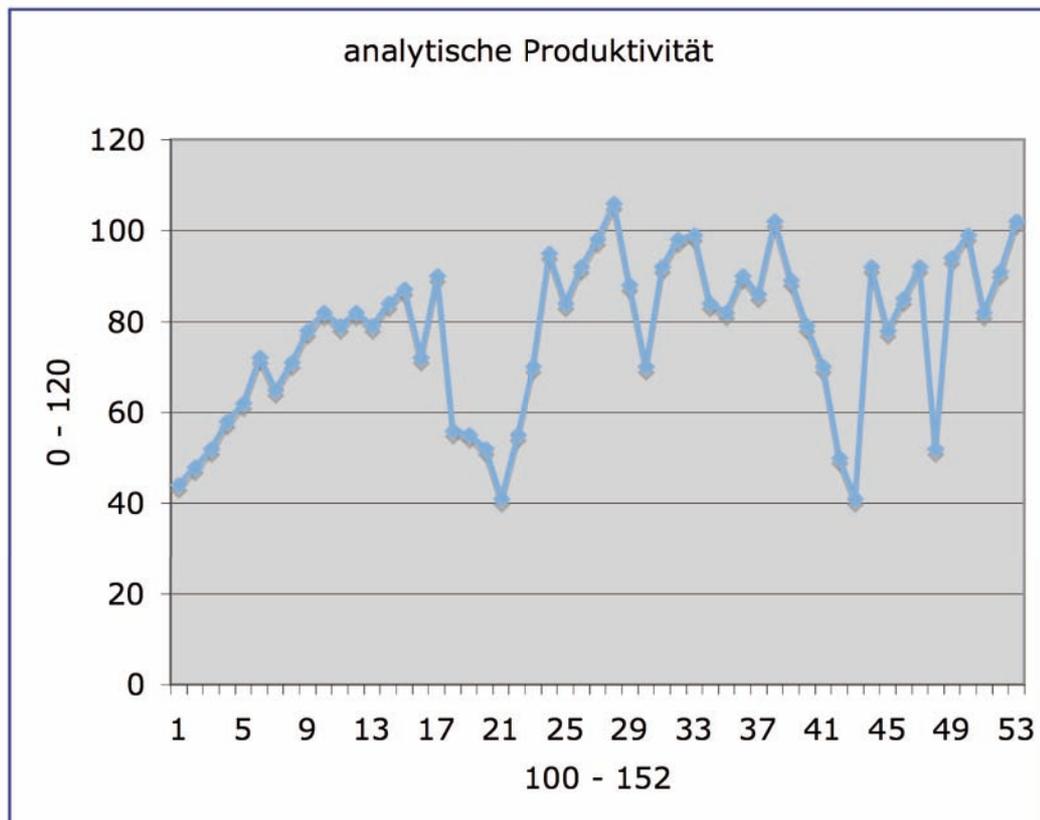


Abb. 5: Analytische Produktivität

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

c) Mentalisierung: die Reflective Functioning Scale (RF)

Seit den umfassenden theoretischen Untersuchungen von Fonagy et al. (2002) ist es nahe liegend, bei Veränderungen im psychoanalytischen Prozess auch an das Konzept der Mentalisierung zu denken. Dieses wurde im Kontext der Londoner Forschung zu Borderline-Störungen entwickelt (Fonagy et al. 1995). Das Konzept der *Reflective Functioning Scale (RF)* wird auf der Basis des Erwachsenen-Bindungs-Interview (AAI) manualgeleitet kodiert^{37,38}.

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

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

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

³⁷ „Bei dem Reflective-Functioning-Konstrukt handelt es sich um ein Konzept, das sowohl in der psychoanalytischen als auch in der kognitionspsychologischen Literatur beschrieben worden ist. Es bezieht sich auf die Fähigkeit, sowohl die eigene Person als auch die der anderen in Begriffen von Intentionalität bzw. mentalem (d. h. geistig-seelischem) Befinden wahrzunehmen und zu verstehen (betr. Gedanken, Meinungen, Absichten, Wünsche) und über das Verhalten entsprechend nachzudenken (Reflexivität). Metakognition, metakognitive Steuerung (Main, 1991), Mentalisierung und Reflexivität (Fonagy 1991) bzw. theory of mind (Baron-Cohen, 1995) und reflective self function (Funktion des reflexiven Selbst; Fonagy et al., 1993) oder auch Fähigkeit zur Symbolisierung (vgl. dazu den Begriff des semiotischen Niveaus von Plassmann, 1993) werden in der Literatur weitgehend synonym verwandt. Sie können betrachtet werden als aktiver Ausdruck von ‚Reflective-Functioning‘ und sind verantwortlich für die Entwicklung eines Selbst, das denkt und fühlt, und sind eng verbunden mit der Selbstrepräsentanz. Sie beinhalten (im Gegensatz zur Introspektion) auch die Fähigkeit, Sinn und Bedeutung herzustellen und auf diese Weise Verhalten zu regulieren (prozedurales Wissen über die Natur von Geist und Seele vs. deklarative Selbsterkenntnis) (Daudert 2002, S. 54)

³⁸ Nach Mertens (münd. Mitteilung) wäre es sinnvoll, dieses Konstrukt entwicklungspsychologisch zu differenzieren. Zu unterscheiden wären die ersten Anfänge beim Einjährigen, die wohl überwiegend im nicht-deklarativen Gedächtnis angesiedelt sind über spätere, auch sprachlich verfügbare Reflexionsvorgänge bis hin zum elaborierten und selbstreflexiven Vorgang.

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

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

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

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

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

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

Ein erster Versuch mittels computer-gestützte Textanalyse³⁹ ‚Reflective Functioning‘ zu erheben, war nicht überzeugend (Fertuk et al. 2004a, b). Kürzlich wurde ein weiterer Versuch berichtet, die diese dispositionell gedachte Fähigkeit an Transkripten ermitteln (Josephs et al. 2006):

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

It was found that a block of 150 words could be rated for mentalization with a good level of interrater reliability (intraclass correlation coefficient= .75 on data from Ms. Q). Rating blocks of 150 words each allows for fluctuating levels of mentalization to be observed over the course of a single session or over the course of all thirty-six sessions. Breaking down a session into small units of study will allow future research to examine the immediate impact of various interventions or qualities of therapeutic interaction on fluctuating levels of mentalization within a session. Blocks of 150 words have proved meaningful in studies of computer-generated referential activity (Bucci 1997).

³⁹ Ko-Autor Mergenthaler (ULMER TEXTBANK) war für die Generierung des Algorithmus verantwortlich.

In our study, raters found it relatively easy to reliably apply the sophisticated operational definition of mentalization when restricted to a small unit of analysis. It would have been much more difficult to achieve interrater reliability in arriving at one score for an entire session, and much information about the fluctuating levels of mentalization within a session would have been lost” (Josephs et al. 2006, S. 1204)⁴⁰.

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

3.4 Übertragung und / oder interpersonelle und / oder intrapsychische Beziehungsmuster

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

Fragebogen und Kelly-Grid-Technik zur Erfassung von Übertragung⁴¹

- Ähnlichkeit zwischen „signifikantem Elternteil“ und „Therapeutin“ (Chance 1952)
- Ähnlichkeit zwischen „Idealer? Person“ und „Therapeut“ (Fiedler u. Senior 1952)
- Die Erwartungsvorstellungen des Patienten vom Therapeuten (Apfelbaum 1958)
- Ähnlichkeit im Verhalten gegenüber Eltern und Therapeut vor und nach der Therapie (Subotnik 1966a, 1966b)
- Erfassung von Übertragung und Widerstand (Rawn 1958)

Kelly-Grid-Technik

- Vergleich „idealer Vater“ und „Therapeut“ (Crisp 1964a, 1964b, 1966)
- Vergleich „Eltern“ und „Therapeut“ (Sechrest 1962)

Fragebogen

- Fragebogen zum erinnerten Verhalten der Eltern und Interaktion in der Gruppe (Berzon 1962)
- Gießen-Test: Übertragung und Gegenübertragung (Beckmann 1974)

⁴⁰ Eine aktuelle Diplom-Arbeit von Frau S. Isphording in München unter der Leitung von Prof. Mertens dürfte hierzu einen Beitrag leisten. Ihre Daten legen m. E. nahe, für diesen Messvorgang ein state-trait Modell des ‚reflective functioning‘ anzunehmen. Erste Annäherungen, Mentalisierung als eine dispositionelle Variable bei Borderline und depressiven Störungen einzubeziehen, werden von einer Wiener Arbeitsgruppe berichtet (Fischer-Kern et al. 2008).

⁴¹ Die hier aufgeführten Autoren werden in der Bibliographie nicht aufgeführt; sie können beim Verfasser angefragt werden.

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

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

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

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

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

Systematische klinische Formulierungen

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

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

Schätzmethode zur Quantität von Übertragung

Auswertungseinheit: vollständige Sitzung

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

Auswertungseinheit: Sitzungs-Ausschnitte

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

Erstaunlich früh und noch ganz dem Zauber des Anfangs verfangen und der am Beginn der fünfziger Jahre des letzten Jahrhunderts lauter werdenden Kritik an der Psychoanalyse (Glover 1952; Kubie 1952) Rechnung tragend, führten Bellak und Smith (1956) einen ersten Versuch durch, durch externe Beurteiler reliable Vorhersagen des therapeutischen Verlaufs von Sitzung zu Sitzung zu treffen⁴².

⁴² Hierzu bildeten sie einen Itemkatalog von 23 Kategorien, in denen typische klinische Konzepte aufgelistet waren. Fünf Beurteiler schätzten ein, in welchem Ausmaß das jeweilige Konzept vorhanden war. Sie verwendeten vier zehnstufige Skalen, auf denen positive und negative Übertragung sowie deren Bewusstheit bzw. Unbewusstheit eingeschätzt werden sollten; für diese Übertragungsskalen sind der Arbeit keine spe-

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

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

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

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

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

Auch ihr Fazit war jedoch, dass das Ausmaß der Beurteilerübereinstimmung umgekehrt proportional zum Abstraktionsgrad der Konzepte war. Spezifisch analytische Konzepte waren besonders schwer einzustufen⁴³. Trotz methodisch gründlicher Vorbereitung brachte diese Studie, was die Einschätzung der Übertragung betrifft, keine reliablen Ergebnisse. Die vier Psychologiestudenten, die als Fremdbeurteiler fungierten, zeigten weder untereinander noch mit dem behandelnden Therapeuten ausreichende Übereinstimmung.

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

ziellen Angaben über die Verlässlichkeit zu entnehmen, mit der die Beurteiler diese Konzepte einschätzen.

⁴³ Dieses Problem, nämlich die Ableitung seelischer Eigenschaften aus postulierten oralen, analen oder phallischen Triebregungen, wurde auch bei Versuchen, die psychoanalytische Charakterologie zu operationalisieren, deutlich (Meyer et al. 1969).

dings ist damit das Problem der Kalibrierung nur umgangen, nicht gelöst. Eine Standardisierung der Analytiker als Beurteiler des Prozesses an dem sie beteiligt waren, war nicht vorgesehen⁴⁴.

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

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

The Psychoanalytic Process Rating Scale (PPRS)

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

Aim

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

Description

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

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

⁴⁴ Trotzdem trugen diese kliniknahen Verlaufsbeobachtungen dazu bei, eine beliebte Figur der psychoanalytischen Behandlungstheorie, nämlich die Aufhebung der Übertragung als Ergebnis einer erfolgreichen Behandlung, in Frage zu stellen. Die Studie zeigte, dass bei den beiden erfolgreichen Analysen (von vier untersuchten Fällen) die Wahrnehmung von Übertragungsphänomenen durch den behandelnden Analytiker von Anfang an tendenziell stärker war und im Verlauf weiter anstieg (nicht die Übertragung selbst!).

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

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

Practical Issues

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

Psychometric Properties

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

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

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

Clinical Utility

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

Kürzlich wurde von Szecsödy (2009) ein erstes Beispiel einer systematischen Auswertung einer psychoanalytischen Behandlung mit diesem Instrument vorgelegt. Wegen seiner offenkundigen Nützlichkeit und Praktikabilität als minimales Instrument zur Verlaufsbeobachtung durch den behandelnden Kliniker haben wir beschlossen, dieses Instrument in der HANSE-Neuro-Psychoanalyse-Studie zu implementieren, bei der zwanzig psychoanalytische Behandlungen chronisch depressiver Patienten mit neurowissenschaftlichen Methoden von uns begleitend untersucht werden (Buchheim et al. 2008).

Direkte Erfassung von Übertragung

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

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

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

Tab. 1: Instrumente zur Erfassung von Beziehungsmustern

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

3.5 Die Untersuchung von Therapeutenvariablen

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

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

a) *Empathie*

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

Anhand dieser Skala, die ursprünglich von Truax (1961) entwickelt und für den deutschen Sprachraum von Tausch (1974) revidiert wurde, können einzelne schriftlich fixierte Äußerungen des Therapeuten im Hinblick auf die Ausprägung des Merkmals beurteilt werden, wobei natürlich auch die unmittelbar vorhergehenden Klientenäußerungen gegeben sein müssen⁴⁵.

Die Relevanz der „Empathie“ für „konstruktive Änderungen von Klienten“ wurde an einer großen Zahl von Untersuchungen an klienten-zentrierten Psychotherapien nachgewiesen, die eine systematische Beziehung zwischen dieser Therapeutenvariablen und Patientenvariablen wie „Selbstexploration“ u. ä. aufzeigen konnten (Eckert et al. 2006). Die grundsätzliche Problematik solcher Erfolgskriterien wurde allerdings schon von Beckmann et al. (1969) aus psychoanalytischer Sicht diskutiert. Wichtig bleibt, dass die von Rogers eingeführte Isolierung einzelner Variablen eine objektivierende Überprüfung des Therapeutenverhaltens ermöglichte.

Die Relevanz der empirischen Überprüfung des empathischen Therapeutenverhaltens auch für die psychoanalytische Forschung wurde durch einen Bericht von L. Horowitz (1969) vor der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft deutlich⁴⁶. Dies hätte ein

⁴⁵ Das Merkmal wurde folgendermaßen beschrieben: „Der Psychotherapeut verbalisiert die persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens des Klienten, wie sie vom Klienten in der unmittelbar vorhergehenden Äußerung ausgedrückt wurden.... Mit anderen Worten: der Psychotherapeut sucht die innere Welt des Klienten mit ihren Bedeutungen und Gefühlen wie etwa Furcht, Verwirrung, Freude, so wie sie der Klient erlebt, wahrzunehmen und zu verstehen, so als ob er sie selbst erleben würde (jedoch ohne diese Verwirrung, Furcht oder Freude selber zu empfinden), und kommuniziert sie dem Klienten durch angemessene Verbalisierung“ (Tausch 1974, S. 81).

⁴⁶ Als Mitarbeiter am Psychotherapie-Forschungsprojekt der Menninger-Klinik berichtete er über Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Therapeuten und dessen „level of

Hinweis darauf sein können, dass die von der Rogers-Schule untersuchten Therapeutenvariablen auch für die psychoanalytische Arbeit notwendige, wenngleich nicht hinreichende Bedingungen darstellen. In der Zwischenzeit liegen vielfältige Arbeiten vor, die unübersehbare Hinweise darauf ergeben, dass einige Therapeuten zu der für „konstruktive Änderungen“ notwendigen Intensität der wichtigen Therapeutenvariablen fähig sind, andere Therapeuten aber schädlich auf ihre Klienten wirken können (Caspar u. Kächele 2008; Hoffmann et al. 2008).

Aufgrund solcher Ergebnisse drängt sich die Frage auf, welche Merkmale die therapeutische Kompetenz ausmachen. Sind die für die psychoanalytische Technik relevanten Merkmale wie Klarifikation, Konfrontation, gegenwarts- und vergangenheitsbezogene Deutung und Durcharbeiten (Gill 1954) bedeutsam oder sind auch in der psychoanalytischen Therapie ‚Wärme‘, ‚Echtheit‘ und ‚Empathie‘ oder ist es die richtige Mischung zur richtigen Zeit (s. d. Schachter u. Kächele 2007)? Seit Heimanns (1969) „Gedanken zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers“ sollte der Analytiker ein lebendiges Gefühl für die Vorgänge im Patienten haben (S. 7), um eine hilfreiche Atmosphäre herstellen zu können. Insoweit ist der Begriff der Empathie als Einfühlung unter Analytikern sicher nicht umstritten. Allerdings wird die umfängliche, klinisch-theoretische Behandlung des Themas (z. B. Shapiro 1981; Wellendorf 1999) allenfalls durch Streitgespräche bereichert (Fürstenau 2004). Ein Bezug zu empirischen Studien ist in dieser Diskussion nicht aufweisen. Geht man davon aus, dass die emotionale Teilnahme des Analytikers eine wichtige Seite seines Handelns darstellt, sind empirische Untersuchungen darüber deshalb so wesentlich, weil bei Verlaufsuntersuchungen mit dem Ziel der Theorieprüfung geklärt werden muss, ob die wesentlichen Merkmale einer psychoanalytischen Situation vorhanden sind. Allerdings stellt dafür die gegenwärtige herrschende Pluralität in der Psychoanalyse ein großes (Forschungs-) Problem dar (Jiménez 2008). Was dem Einen seine Eule ist, ist des Andern seine Nachtigall – die Probleme, ein Instrument zur Messung von verwirklichter Empathie im psychoanalytischen Kontext zu entwickeln, dürften beträchtlich sein. Unzweifelhaft hat jedoch die Entdeckung der Spiegelneuronen durch Gallese (2001) zu einem Boom in Sache Empathie geführt, der auch von psychodynamischen

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

Autoren wie Bauer (2005) erfolgreich popularisiert wird. Wie daraus Messverfahren für die Therapieforschung entstehen werden, ist derzeit noch offen.

Allerdings hat die in den letzten Jahren von Sandell und seinen Mitarbeitern in Stockholm entwickelte „Therapeutic Attitudes Scale“ (TASC II) – ein Fragebogen zu Ausbildung, therapeutischer Erfahrung, Stil und Werten von Therapeuten – beachtliche Differenzierungsfähigkeit bewiesen (Sandell et al. 2004). Erstmals wurden auch für das Ergebnis psychoanalytischer Therapien differentielle Befunde als Folge der von dem TASC II gemessenen Einstellungen, bei denen empathische Einstellung mit erfasst wird, vorgelegt (Sandell et al. 2006, 2007)⁴⁷.

b) Technik

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

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

⁴⁷ Eine von mir angeregte Übersetzung des Instrumentes ins Deutsche (Klug et al. 2006) zeigte die Brauchbarkeit des Instrumentes zur Unterscheidung dreier Gruppen von Psychotherapeuten auf (Klug et al. 2008).

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

Abb. 6: Interventions-Reaktions-Katalog

Diese frühen Ulmer Bemühungen, anhand der sequentiellen Abfolge von Interventionen und Reaktionen eine Interaktionsanalyse durchzuführen, scheiterten jedoch daran, dass die Gruppendiskussionen nicht zu einer Übereinstimmung hinsichtlich der Beurteilung einzelner Interventionen führten: die ganze Vielfalt der Bedeutungen, die für einen Psychoanalytiker in einer Äußerung gleichzeitig zum Ausdruck kommen kann, schien nicht auf eine einzige Beurteilung reduzierbar zu sein. Es stellt sich die Frage, ob die empirische Erforschung des technischen Verhaltens von Analytikern notwendigerweise an dem Problem der Vieldeutigkeit des Materials scheitern muss oder ob sich Kompromisslösungen zwischen dem klinisch-psychoanalytischen Anspruchsniveau und den Forderungen nach einer genügenden Inter-Rater-Reliabilität finden lassen. Über den Stellenwert von Deutungen für das Ergebnis liegen – im Gegensatz zur ausführlichen Literatur über die behandlingstechnischen Probleme des Deutens – nur wenige Untersuchungen aus einem psychoanalytischen Kontext vor. Eine bemerkenswerte Ausnahme sind die Befunde aus dem Hamburger Kurztherapie-Vergleichsprojekt (Meyer 1981), die von Orlinsky et al. (2004) positiv bewertet werden (dort Tab. 8.22).

3.6 Triadische Methoden: Patient-Therapeut-Prozess

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

3.6.1 *Psychotherapy Q-Set von Jones*

Um klinische Variablen zu untersuchen, bedarf es Methoden, welche die qualitative Natur klinischer Phänomene auf quantifizierbare Dimensionen reduzieren; sie sollten idealiter die Einzigartigkeit eines individuellen Falles erfassen können und sowohl den Vergleich verschiedener Beurteiler eines Falles untereinander wie auch verschiedener Fälle erlauben. Ein methodischer Zugang, der diesen Anforderungen gerecht zu werden versucht, ist die Q-Methodologie, die ursprünglich von dem Physiker und Psychologen Stephenson (1953) konzipiert wurde (s. d. Müller u. Kais 2004); den entscheidenden Durchbruch als sozialwissenschaftliche Methode ist Block (1961) zu zuschreiben, der die Technik perfektionierte und ihre Nützlichkeit demonstrierte. Nach einem Boom in den sechziger Jahren wurde die Methode von Jones (Berkeley) für die psychoanalytische Therapieforschung in den neunziger Jahren quasi wiederentdeckt, als er das „Psychotherapy Process Q-Set“ (PQS) als Methode der Einzelfallbeschreibung am Beispiel der Psychoanalyse von Mrs. C⁴⁸ erfolgreich lancierte (Jones u. Windholz 1990).

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

Ausgehend von einer Sammlung mehrerer hundert potentieller Items wurden Expertenratings und mehrere Pilotstudien mit Material verschiedener Therapieformen durchgeführt. Die Items wurden im Wesentlichen nach methodischen Kriterien selektiert⁴⁹.

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

Als Datengrundlage der Auswertung dient jeweils eine vollständig transkribierte oder videografierte Therapiesitzung. Jones betonte den Vorteil, der darin liegt, dass nicht nur

⁴⁸ Mrs. C wurde von Hartvig Dahl (New York) behandelt; sie gilt als erste vollständig tonband-registrierte Psychoanalyse im anglo-amerikanischen Sprachraum und wurde als „Musterfall“ (Specimen Case) vielfältig untersucht (s. d. Malcolm 1980).

⁴⁹ 1. ausreichende Varianz über verschiedene Personen und Therapiestunden und 2. möglichst niedrige Korrelationen zwischen den Items.

ausgewählte Textabschnitte beurteilt werden, sondern das zugrunde liegende klinische Material umfangreicher ist und dem Beurteiler ermöglicht, seine Hypothesen auf der Grundlage des gesamten Materials zu bilden und alternative Konzeptionen anhand zahlreicher, weiterer Interaktionen in der Stunde zu prüfen.

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

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

Zu jedem Item liegt eine Beschreibung vor, welche die Zuordnung als „charakteristisch“ oder „uncharakteristisch“ erläutert; bei einigen Items wird auch die Zuordnung zur Kategorie „neutral“ genauer beschrieben. Von den Beurteilern wird erwartet, dass sie die Position eines „allgemeinen Anderen“ einnehmen, d. h. eines Beobachters, der die Interaktion zwischen Patient und Therapeut von außen betrachtet, ohne sich von seinem Urteil, ob eine spezielle therapeutische Aktivität aus einer bestimmten theoretischen Position effektiv oder ineffektiv, wünschenswert oder unerwünscht ist, leiten zu lassen⁵⁰.

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

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

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

⁵⁰ Jones ließ jede Therapiestunde von zwei Beurteilern auswerten, deren Bewertungen gemittelt in die Auswertung eingehen. Lag die erreichte Übereinstimmung unter $r = 0.5$, so wurde ein dritter Beurteiler (meist Jones selbst) hinzugezogen. Die in verschiedenen Untersuchungen berichteten Reliabilitäten lagen zwischen $r = 0.68$ bis $r = 0.92$.

Jones selbst bewertete den PQS folgendermaßen:

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

Seitdem dem Tod von Jones wurde diese Methode von dem vormaligen Doktoranden von Jones, J. Stuart Ablon (Harvard University), erfolgreich weiterentwickelt und in zahlreichen Projekten angewandt

Wir haben diese Methode ins Deutsche übertragen (Albani et al. 2000) und sie erstmals auf den Ulmer Musterfall Amalie X angewandt (Albani et al. 2001). Eine Zusammenstellung der derzeit vorliegenden Arbeiten mit dem Q-Set und das revidierte Manual in deutscher Übersetzung wurde von der gemeinsamen Q-Set Boston-München-Ulm Arbeitsgruppe unlängst herausgegeben (Albani et al. 2008b).

3.6.2 „The Analytic Process Scales“

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

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

Die Autoren ließen sich durch bestehende Instrumente inspirieren, die für die Untersuchung psychodynamischer Therapien entwickelt wurden, wie z. B. die Psychodynamic Intervention Rating Scale (PIRS) (Cooper u. Bond 1998), die Vanderbilt Psychotherapy Process Scales (VPPS) (O'Malley et al. 1983), das Therapist Verbal Intervention Invento-

ry (TVII) (Koenigsberg et al. 1988) und auch durch das oben bereits erwähnte Psychotherapy Process Q-Set (Jones 2000).

Die Methode segmentiert den Text einer Sitzung in bedeutungstragende Einheiten; durch Schulung – bislang allerdings nur innerhalb der bestehenden Arbeitsgruppe – scheint eine relativ zufrieden stellende Reliabilität für diesen Schritt zu bestehen⁵¹. Die Frage, ob als Einheit ganze Sitzungen oder Teile derselben herangezogen werden, war schon früh Gegenstand methodologischer Erörterungen (Mintz u. Luborsky 1971) und bleibt ein kontroverser Gegenstand.

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

3.6.3 *Columbia Analytic Process Scale*

Nach konzeptuellen Vorarbeiten (Vaughan u. Roose 1995) entwickelte die Arbeitsgruppe am Columbia Psychoanalytic Center um Steven Roose – in deutlicher Konkurrenz zu anderen Ansätzen wie dem von Waldron (2004a, b) oder dem von Ablon u. Jones (2005) eine eigene Skala (Vaughan et al. 1997). Als Konsequenz der divergierenden Ansichten der COPE-Arbeitsgruppe⁵² schälten sich ihrer Ansicht nach drei Komponenten heraus, die für die Konstruktion einer Skala zu berücksichtigen seien: ein analytischer Prozess beinhalte a) freie Assoziation, b) Interpretation und c) Durcharbeiten. Für das Konzept der freien Assoziation griffen sie auf Bordins (1966) Skalen zurück; für die Komponente der Interpretation erschien ihnen Pipers et al. (1987) Klassifikation von Interventionen nützlich ergänzt durch Gill u. Hoffmans (1982) Unterscheidung von beziehungsorientierten (R) und nicht-beziehungsorientierten (X) Interventionen (s. a. Hoffman u. Gill 1988⁵³). Für die Komponente des Durcharbeitens war keine akzeptierte Definition verfügbar. Sie beschlossen, dann von Durcharbeiten zu sprechen, wenn ein Patient Einsicht oder Verständnis von drei Elementen zeigt: a) eine Feststellung über den Zustand des Selbst trifft, b) eine Phantasie äußert, c) eine Übertragungsmanifestation zeigt oder d) einen genetischen Bezug herstellt. Als Beispiel für eine passende Äußerung geben sie folgende Äußerung an: „I am angry because I feel like you are attacking me“.

⁵¹ Vaughan et al. (1997) bezweifeln, ob für einen größeren Teil der Variablen der APS eine Reliabilität durch externe Beurteiler gelingen kann (S. 961).

⁵² Committee on Psychoanalytic Education der APsA.

⁵³ Diese Klassifikation wurde in der BRD erstmals auf der internationalen Konferenz zur Psychoanalytischen Prozessforschung 1985 in Ulm vorgestellt; eine deutsche Fassung hat Herold (1995) erstellt.

Psychoanalytisches Verständnis zeigt ein Patient dann, wenn er diese Aussage noch erweitert um den genetischen Bezug: „I realize that I came late here today because I am feeling frightened that you will attack me as my father did.“

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

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

Die Interrater-Reliabilität zwischen zwei Autoren der Skala war mit kappa .5 in dem Bereich, der in der Therapieforschung bei solchen Untersuchungsobjekten als zufriedenstellend gelten mag. Für eine unangenehme Überraschung sorgte dann der Versuch, die Konstrukt-Validität durch eine Einstufung von fünf Sitzungen durch zehn erfahrene Lehranalytiker zu sichern (Tabelle 2):

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

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

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

Die unübersehbare Schlussfolgerung, der auch die Autoren sich nicht entziehen können, ist, dass „there is no meaningful consensual definition of the term AP among a group

of training and supervising analysts from the Columbia Center for Psychoanalytic Training and Research” (S. 964). Wenn schon da nicht, wo dann möchte man fragen. Sollte man versuchen, eine solche Untersuchung auf Mitglieder anderer Institute oder gar andere Länder auszudehnen, kann man mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den gleichen Ausgang voraussagen.

Mein Fazit dieser und anderer Untersuchungen ist, dass die im klinischen Bereich beliebten, sogar hoch geschätzten globalen, holistischen Konzepte empirisch nicht gangbar sind. Mit Sicherheit lassen sich umschriebene Konzepte, die gut manualisierbar sind, reliabel und valide einschätzen. Dies gilt für die Bordinsche Freie Assoziation, wie wir selbst in einer eigenen Untersuchung zeigen konnten (Hölzer et al. 1988); es gilt für das Zentrale Beziehungsthema (Luborsky u. Diguier 1990) oder andere Übertragungsmessinstrumente; es gilt für das Konzept der Emotionalen Einsicht (Hohage 1986) u. a. mehr. Das Konstrukt des analytischen Prozesses als Maßstab für eine Unterscheidung von Psychoanalyse und Nicht-Psychoanalyse heran zu ziehen, sollte m. E. nicht weiter verfolgt werden. Das gleiche Schicksal wird m. E. der Ansatz von Ablon u. Jones (2005) über eine Prototypen-Analyse psychoanalytischen Therapien von nicht-psychoanalytischen zu unterscheiden⁵⁴. Wenn überhaupt, dann sollte – wie in der gegenwärtigen Diskussion um das neue DSM V erkennbar (Luyten et al. 2006) – statt einer kategorialen Unterscheidung ein dimensionaler Ansatz gewählt werden, wie er aus der folgenden Abbildung ersichtlich ist (Abb. 7):

⁵⁴ „The „Psychotherapy Process Q-Sort“ by Enrico Jones has proved to be a reliable and proper instrument for describing a variety of psychotherapeutic processes. The recent proposition by Ablon & Jones (2005), however, to use a prototype construction based on psychoanalytic experts’ opinion seems misleading as it does not catch the variability of analytic work among the various school of psychoanalysis. Construction of the prototype with a set of experts from classical ego psychological orientation, does generate a typical classical prototype. What about about the prototype of Winnicottian or Kohutian psychoanalysts. Futher-more comparison of sessions from the beginning and termination phases of a German psychoanalytic therapy with the PQS demonstrating clinically relevant differences between the two phases of treatment make clear that variation in technique in order to solve patient’s problem is the mark of good analytic work” (Kächele et al. 2008).

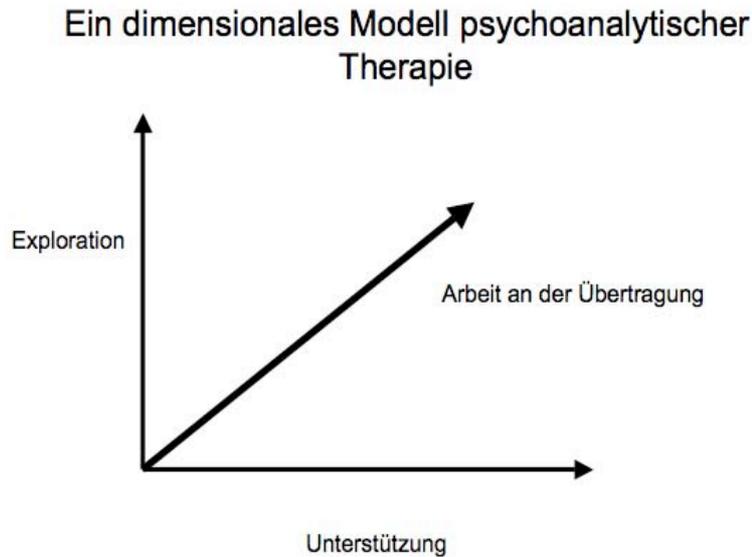


Abb. 7: Ein dimensionales Modell psychoanalytischer Therapie

Mit einem solchen Ansatz kann jede Sitzung, jede Woche, jeder Monat, ja sogar jedes Jahr hinsichtlich dreier Komponenten beschrieben werden (Kächele 1995); es ist dann eine Frage der konventionellen Übereinkunft, ab wann welches Ausmaß von Arbeit an der Übertragung oder mit der Übertragung als genuin psychoanalytisch gewertet werden kann. Als ein prominentes Beispiel hierfür kann die von Kernberg konzipierte Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TfP) gelten, bei der das Ziel ist, möglichst früh und intensiv Anzeichen negativer Übertragung in der Hier-und-Jetzt Interaktion zu erkennen und zu deuten (Clarkin et al. 2000). Im Kontrast hier kann die von Rudolf (2004) vertretene „Strukturbezogene Psychotherapie“ angeführt werden, die explizit eine äußerst zurückhaltende Einstellung zur Verwendung von Übertragungsarbeit vertritt; gleiches gilt auch für die Mentalisierungs-basierte Psychotherapie von Bateman u. Fonagy (2004).

Das Problem der meisten hier kurz skizzierten Messinstrumente ist, dass sie den Prozess auf der Ebene von einzelnen Stunden zu lokalisieren suchen. Zielführender dürfte es sein, Orlinskys (Orlinsky et al. 2004) Unterscheidung von Mikro-, Meso- und Makroprozessen aufzugreifen (Kächele 2006), und Konzepte zu entwickeln, die der vielfältigen Natur des analytischen Geschehens im Zeitverlauf gerecht werden. Nur selten werden Untersuchungsansätze vorgestellt, die einen therapeutischen Prozess über eine längere Wegstrecke ins Auge fassen, um dann Auskunft geben zu können, wie viel Arbeit an welchen Übertragungskonstellationen geleistet wurde. Selbst der Musterfall der US-

Psychoanalyse, Mrs C, ist nur in stundenbasierten Detailuntersuchungen aufgearbeitet⁵⁵; ein Verständnis für den ganzen Verlauf ist dadurch nicht zu erlangen. Eingangs habe ich eine rühmliche Ausnahme erwähnt: die Studie von Fischer (1989) zur Dialektik der Veränderung, bei der Theorie und Durcharbeitung ineinander greifen. Die von mir im Folgenden dargestellten Untersuchungsansätze versuchen durch einen multimodalen Ansatz dieser Aufgabe gerecht zu werden.

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

Die klinische Fallstudie (Ebene I); diese wird im vierten Kapitel illustriert. Die systematische klinische Beschreibung (Ebene II) wird im fünften Kapitel dargestellt. Im nachfolgenden sechsten Kapitel wird eine konzept-orientierte klinische Einschätzung (Ebene III) geliefert. Computer-gestützte Textanalysen (Ebene IV) realisieren methodisch einen bottom-up Ansatz; diese werden in dieser Arbeit nicht einbezogen (s. d. Kächele 1976). Damit folgten wir Sargents (1961) Empfehlung, die diese im Rahmen des Menninger-Projektes entwickelt hatte, um die unvermeidliche Kluft zwischen komplexem klinischen Verstehen und Objektivierung durch wechselseitigen Bezug überbrücken zu können. Eine erste Demonstration dieses Vorgehens wurde im dritten Band der Ulmer Trilogie am Beispiel der Patientin Amalie X gegeben (Thomä u. Kächele 2006c); hier folgt nun die detaillierte Untersuchung einer weiteren Behandlung, die des Patienten Christian Y⁵⁶.

3.7 Psycho-Politische Kontexte der Methodendiskussion

Abschliessend soll nun an eine methodische Position aus der jüngsten Zeit erinnert werden, die ich schon im Kap. 1 kritisch diskutiert habe. Die Arbeitsgruppe um N. Freedman vom IPTAR Institute in New York konzipiert den analytischen Prozess als Variationen in der Organisation seelischer Strukturen:

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

Das Assimilationskonzept wurde schon lange erfolgreich von W. Stiles in der Therapie-forschung eingesetzt (Stiles et al. 1990, Stiles 1999); es wird hier in seinen methodischen

⁵⁵ z. B. Bucci 1988, 1997; Dahl 1988; Jones & Windholz 1990; Sammons & Siegel 1999; Spence et al. 1993; Weiss u. Sampson 1986

⁵⁶ Die Namensgebung folgt dem Gebrauch in Thomä u. Kächele (2006b).

Vorgehensweise – der textbasierten „Skala zur Assimilation problematischer Erfahrungen“ nicht herangezogen. Stattdessen betonen Freedman et al, dass erstens psychoanalytische Forschung durch die Geschichte des psychoanalytisch klinischen Denkens gefiltert sein muss und zweitens die Evaluation des Prozesses durch den behandelnden Analytiker geschehen muss, der dann drittens die Bewertung durch die bewährten Methoden (sic!) des peer-review und der Supervision durch externe Psychoanalytiker folgen müsse. „Only then would these essentially clinical procedures receive external validity through the study of recorded text“ (S. 207).

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

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

Meine Position ist hier eindeutig; wenn Forschung die Aufgabe haben soll, neue Sichtweisen auf einen komplexen Gegenstand wie eine psychoanalytische Behandlung zu ermöglichen, muss ein Zugang gewählt werden, der den Gegenstand, den psychoanalytischen Diskurs, methodisch eigenständig aufbereitet. Als Forschungsstrategie sollten deshalb konkrete Behandlungen so untersucht werden, dass Verläufe identifiziert werden können, die hypothesenprüfende Aussagen ermöglichen.

Natürlich sind auch gemischte Strategien denkbar! Freedman et al. setzen primär auf die Auswahl des Forschungsgegenstandes durch den beteiligten Analytiker; ich präferiere eine Herangehensweise, die als primäres Datum den aufgezeichneten Dialog setzt. Beide Perspektiven im Hinblick auf ihre Fruchtbarkeit zu vergleichen, dürfte eine zukünftige Herausforderung sein⁵⁷.

⁵⁷ Natürlich ist das Thema immer wieder für Neu-Auflagen gut. Im September und Oktober 2007 wurde in einem netzbasierten Diskussionsforums der American Psychoanalytic Association (JAPA Psa-NETCAST) die Arbeit von Luyten, Blatt & Corveleyn (2006) „Minding the gap between positivism and hermeneutics in psychoanalytic research“ wie zu erwarten kontrovers diskutiert. Die Namen und die jeweiligen wissenschaftstheoretischen Positionen sind weithin bekannt. Also bleibt nur: wer bringt das Feld voran!

Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit: eine Fallstudie

In diesem Kapitel wird zunächst der Patient Christian Y vorgestellt; die Angaben basieren auf dem in der Krankenakte befindlichen Erstinterview.

4.1 Erstinterview – Bericht über den Patienten Christian Y⁵⁸

Überweisung

Der 21,5 jähriger Student (5. Semester) der Volkswirtschaft aus einer mittelgroßen Stadt wurde an die universitäre Ambulanz der Abteilung Psychotherapie von seinem Hausarzt, Dr. W. überwiesen, nachdem er dort nach einem Anfall von paroxysmaler Tachykardie stationär-internistisch behandelt werden musste.

Beschwerden

Seit Monaten bestehen diffuse, generalisierte Angstzustände mit Übelkeit und Brechreiz; diese machen es dem Patienten unmöglich, allein das Haus zu verlassen. Außerdem bestehen erhebliche Minderwertigkeitsgefühle, ein durchgängiges Gefühl der Unsicherheit und der Existenzangst. Diese Schwierigkeiten behindern den Patienten so vollständig, dass er seine Ausbildung unterbrechen musste.

Erscheinung des Pat.; Art und Weise seiner Selbstdarstellung

Der mittelgroße junge Mann ist schlicht, aber gut gekleidet. Sein Aussehen ist sehr ansprechend, man könnte ihn als ausgesprochen hübsch bezeichnen. Seine Manieren zeigen sofort, dass er aus gutem, bürgerlichem Elternhause kommt. Er ist allerdings von einer so ausgesuchten Höflichkeit und Zuvorkommenheit, dass es manchmal zu dick aufgetragen wirkt, obwohl man spürt, dass dies dem Patienten nicht bewusst ist.

Bei der Schilderung seiner Beschwerden entfaltet er eine sehr differenzierte Sprache, die seinem Ausbildungsstand entsprechen dürfte. Inhaltlich scheint er jedoch das Ausmaß seiner Beschwerden eher zu bagatellisieren; offensichtlich eine Verweigerung der Anerkennung seiner Einschränkungen.

⁵⁸ Das Schema des Erstinterview-Berichtes folgt dem sog. Tavistock-Schema (Thomä u. Kächele 1985 / 2006a, S.195). Das Einverständnis des Patienten zur Nutzung der Aufzeichnungen zu dieser Studie liegt dem behandelnden Analytiker, Prof. Thomä, vor.

Wichtige Daten aus der Lebensgeschichte

a) die Symptomvorgeschichte:

In der Kindheit bis zum Schuleintritt bestanden zahlreiche starke infantile Ängste. Der Patient wuchs als ältester Sohn in Abwesenheit des Vaters auf und entwickelte eine sehr enge Bindung an seine Mutter. Seine Ängste im Dunkeln und beim Alleinsein verstärkten sich im Laufe der Jahre. Etwa im vierten Lebensjahr kam der Vater zurück. Im Zusammenhang mit Träumen, in denen der Patient durch böse Blicke eines Mannes oder durch dessen körperliche Bedrohungen (mit einer Kneifzange) bestraft wurde, verstärkten sich die Angstzustände. Bis zum 12. Lebensjahr bestand eine ausgeprägte Schulphobie. Diese besserte sich unter der verwöhnenden Fürsorge der Mutter, die ihren Sohn während eines längeren Zeitraumes auf dem Schulweg begleitete und ihm die Schulaufgaben abnahm. Der Tod des geliebten Großvaters an Herzversagen führte beim Patienten zur Entwicklung herzbezogener Beschwerden. In der Pubertät erfolgte deshalb eine klinische Untersuchung und Behandlung des Patienten wegen „Herz-Kreislaufbeschwerden“. Die von ihm erinnerte ärztliche Feststellung, „er habe ein schwaches Herz“, wurde mit der ärztlichen Empfehlung verbunden, dass der Junge geschont werden müsse. Damit ging eine kurze Phase sportlich-körperlicher Aktivität zu Ende mit Umschlag in Passivität und Abhängigkeit. Vom 12. Lebensjahr an war der Patient bei verschiedenen Ärzten wegen Angstgefühlen, Herzsensationen und Extrasystolen in Behandlung. Wegen eines nächtlichen Angstanfalles, verbunden mit einer paroxysmalen Tachykardie erfolgte eine Einweisung als Notfall in eine Innere Klinik, einige Monate vor der Überweisung zur Psychotherapie.

b) die Lebensgeschichte des Patienten

Zur Lebensgeschichte des Patienten können die folgenden wichtigen Daten zusammengefasst werden: Neben zwei erheblich älteren Stiefgeschwistern aus der 1. Ehe seines Vaters wuchs der Patient als der älteste Sohn einer kinderreichen Familie auf. Die überängstliche und verwöhnende Mutter war dem Erstgeborenen besonders zugetan und bestimmte das familiäre Klima. Der Vaters, ein recht erfolgreicher Physiker, strebte zurückgezogen seinen beruflichen Interessen nach. Nach dem Krieg war er mehrere Jahre im Ausland dienstverpflichtet und deshalb die meiste Zeit abwesend. Im zeitlichen Zusammenhang mit der Rückkehr des Vaters begann der Patient unter Angstträumen zu leiden. Allerdings bestand eine sehr herzliche und enge Beziehung zum Großvater, dem Vater der Mutter.

Die Verwöhnung durch die Mutter war an die Einhaltung ihrer Ideale durch den Patienten gebunden: So entwickelte sich ein überbraver, überangepasster Junge, der Neugierde und Aktivität extrem einengte, um sich die Liebe der Mutter zu erhalten. Sein Rivalisieren mit zwei jüngeren Brüdern wurde unterdrückt. Seine Leistungen in der Schule blieben weit hinter dem zurück, was er aufgrund seiner guten Intelligenz hätte leisten können. Eine Konzentrations- und Arbeitsstörung war dadurch verdeckt, dass der Patient jeweils mühelos das Klassenziel erreichte; solange er ohne Anstrengungen zum Ziel kam, fühlte er sich wohl. Schon die geringsten Belastungen führten zu Unlust bzw. Angst und erschütterten sein brüchiges Selbstwertgefühl; obwohl er sich durch seine Wohlerzogenheit überall beliebt machen konnte, erinnert er sich an keine Phase seines Lebens, in der er auf irgendeinem Gebiet mit sich selbst zufrieden war oder eine entsprechende Sicherheit aus einer zwischenmenschlichen Beziehung hätte ziehen können.

Er erwies sich als unfähig, einen sportlichen Konkurrenzkampf bis zum Ende durchzustehen. Es gehörte zu einer seiner Verhaltensstereotypen, dass er kurz vor dem Sieg aufgeben musste. Während der Pubertät versuchte er sich mit starkem Willensaufwand von seiner Mutter zu befreien. In bewusster Entschiedenheit versuchte der Patient die prüden Ideale seiner Mutter über Bord zu werfen, ohne dass er seiner Erfolge bei Mädchen froh werden konnte. Seine Freundschaften hatten narzisstischen Charakter. Sie brachten ihm ebenso wie die Masturbation mehr Schuldgefühle als Befriedigung ein.

Den letzten Rest von Selbstsicherheit verlor der Patient nach einer Zurückweisung durch ein Mädchen. Diese narzisstische Kränkung führte zur Dekompensation und zum Freiwerden frei flottierender Ängste, die fast andauernd als körperlicher Schaden erlebt wurden.

Interaktion im Erstinterview

Der Patient scheint nur mit großer Mühe seine Haltung in den ersten diagnostischen Gesprächen zu bewahren. Er appelliert dadurch sehr deutlich an den ihn interviewenden Analytiker, ihn baldmöglichst in Behandlung zu nehmen. Besonders eindrucksvoll sind die Diskrepanzen zwischen seinen Klagen und der scheinbaren Sicherheit, die er sich gibt. Der Hinweis auf den schon oft geplanten Selbstmord, auf das Gefühl der Sinnlosigkeit seiner Existenz, auf die Einstellung, dass er nur noch aus einer gewissen Verpflichtung seinen Eltern gegenüber heraus lebe, verdeutlichen die Intensität der Ängste, denen sich der Patient ausgesetzt fühlt. Man spürt mit dem Patienten, dass seine ganze Sicherheit nur Schein ist, nur eine brüchige Fassade, die er aufrechterhalten muss, um nicht in den Ängsten über die Brüchigkeit seines Körpers aufzugehen. Besonders beeindruckend sind die minimalen Erschütterungen oder Veränderungen der Umwelt, die beim Patienten

zu Ängsten und extremen Unlustgefühlen führten: Schon ganz banale Reize, die ihn treffen, wie z. B. Temperaturunterschiede, Nässe oder Kälte erschüttern sein körperliches Wohl-Befinden.

Diagnostisch-psychodynamische Überlegungen

Phänomenologisch handelt es sich um eine Angstsymptomatik. Bei psychodynamischer Diagnostik muss die Erkrankung als eine Angstneurose eingeordnet werden, der eine narzisstische Ich-Struktur zugrunde liegt. Seinen sehr körperbezogenen Ängsten vor Zerstörung und Zerfall entsprechen unbewusst grandios-narzisstische Vollkommenheitsideen. Nach ICD-10 ist eine Generalisierte Angststörung zu diagnostizieren.

Die Psychodynamik divergiert in mancherlei Hinsicht von der klassischen narzisstischen Persönlichkeit, insbesondere ist die fulminante Symptomatologie des Patienten eine erhebliche Abweichung von narzisstischen Patienten, die in der Regel eine relativ unauffällige Oberfläche zeigen. Bei Christian Y wird jeder Reiz zum Agens, welches das narzisstische Gleichgewicht stört (der Wind, ein Luftzug, der Anblick eines Verletzten). Der Patient ist unfähig, Spannung zu ertragen, jede Spannung führt zu einem Angstsignal und weiter zu panischen Zuständen. Seine pathologische Selbsteinschätzung ist besonders extrem ausgeprägt. Jede Unterbrechung in den phantasierten Beziehungen führt zur Panik. Die Anwesenheit eines Objektes ist nicht in der Lage, die Angstentwicklung zu verhindern. Die Mutter hat ihn idealisiert und das Realitätsprinzip durch ihre Verwöhnung abgemildert, was in Kombination die Entwicklung seiner Größenvorstellungen begünstigte. Gleichzeitig hat sie ihn manipuliert und zur Anpassung an ihre Wünsche gezwungen, vermutlich als narzisstische Kompensation für den abwesenden Ehemann (emotionaler Missbrauch). Der Vater hat sich nicht für den Patienten interessiert, was ja gerade für einen Jungen eine enorme Kränkung darstellt. In seiner ödipalen Phantasie, die väterliche Stelle im Bett der Mutter einnehmen zu können, hat er sich vermutlich durch die Rückkehr des Vaters bedroht und zurückgewiesen gefühlt, was durch die Angst- und Kastrationsträume verdeutlicht wird.

Aufschlussreich ist der Auslöser der aktuellen Dekompensation. Die Zurückweisung durch eine gleichaltrige Adolezente, eine junge Frau („Mädchen“ in seiner Terminologie), die – im Gegensatz ihm – in sich ruhte, wirkte sich fatal aus.

Eine Fremd-Beurteilung

Die vorliegende Skizze der biographischen Entwicklung wurde einer Psychoanalytikerin vorgelegt, die bereit war, ihre „Psychodynamische Betrachtungen aus einer anderen Sicht“ zu Christian Y darzulegen⁵⁹:

„Ich stelle einige Eindrücke zusammen, die ich gewonnen habe, leider nur skizzenhaft, aber hoffentlich ausreichend verständlich formuliert.

Der junge Mann vermittelt in seiner Erscheinung ein kultiviertes Elternhaus, das heißt, er verweist – in Deiner sprachlichen Darstellung – auf die Eltern, er präsentiert sich als Sohn, und zwar als Kind von Eltern, die ihm Gutes mitgegeben haben, als Kind, das zu schönen Hoffnungen Anlass gibt. Er beeindruckt als Sohn, den man gut ausgestattet hat. Das wäre ein Hinweis auf das Wirksamsein, auch das unmittelbar kommunikativ Wirksamwerden, der infantilen Wunschphantasie vom ewigen Kind, dem Kind also, das nie der elterlichen Liebe entbehren muss, das eine Verheißung darstellt und keinerlei Verantwortung tragen muss.

Herr C beeindruckt zugleich als Sorgenkind, das in parentalen Pflegebeziehungen verbleiben muss. Nehmen wir hypothetisch an, die infantile Wunschphantasie vom ewigen Kind sei als hedonisches Regulativ bei Herrn C wirksam, dann ist Erwachsenwerden und Erwachsensein maximal unerfreulich. Der intakte Kinderleib wächst sich Sorgen erregend aus, nichts stimmt mehr. Die Angst um die eigene körperliche Intaktheit mag partiell Ausdruck einer Angstvorstellung vom Intaktheitsverlust sein. Der Großvater war kein Kind, wurde vom Patienten wohl auch nicht als ‚Brüderchen‘ angesehen (?), aber er vermittelte die komfortable Vorstellung eines in sich ruhenden unstrapazierten Menschenwesens, das, ohne arbeiten und ohne sich verbrauchen zu müssen, in sich vereinigt und von der Welt erhält, wessen es bedarf. Und plötzlich ist er doch verbraucht und am Ende.

Die Mutter hat nach dem Erstgeborenen weitere Kinder zur Welt gebracht. Der Erstgeborene war damit konfrontiert, mütterliche Aufmerksamkeit zugunsten Jüngerer entzogen zu bekommen. Er stellt – im Pakt mit der Mutter – eine Beziehungssituation her, in der er maximale Aufmerksamkeit und Schonung braucht. Und eine Beziehungssituation, in der es kunstvoll gelingt, die familiäre Einbettung als kleines Kind zu wahren, obgleich der Weg nach draußen – in die Schule – Dezentrierung des kleinkindlichen Familienbezugs fordert sowie den Nachweis von Leistungen, für die man nicht auf der Basis von Liebe gehätschelt, sondern nach kalten Gerechtigkeitsprinzipien eingeschätzt wird, gleichsam ohne Ansehen der Person. Wenn aber die Mutter die Hausaufgaben macht, ist die Selbstpositionierung großartig umgangen, die Schule in ihrer Bedeutung marginalisiert, und man hat noch den Vorteil, auf der faulen Haut zu liegen und die Mutter in Dienst zu nehmen.

An die Stelle des Vaters tritt die Beziehung zum stets zugewandten Großvater, der nicht arbeiten muss, um viel zu wissen. Deiner Darstellung darf man vielleicht entnehmen, dass diese Beziehung Züge der infantilen Wunschphan-

⁵⁹ B. Boothe (Zürich) bin ich dankbar für ihre Mitwirkung.

tasie vom ewigen Kind recht anschaulich macht: Der Großvater schöpft aus dem Reich der Fülle, bietet dem Kind immer etwas, lässt es partizipieren am großväterlichen Reichtum des Geistes (sicher auch anderer Güter).

Sich Bewähren ist Trennung, ist Verlust der schönen Angewiesenheit auf Elterlichkeit. Sich Bewähren wird von Herrn C hinausgezögert, man gibt auf vor dem Sieg. Man wählt kein Mädchen und lässt sich nicht wählen.

Auch ich meine: phallischer Narzissmus ist das nicht, es ist die narzisstische Anspruchshaltung des Kindes, die sich nicht durch initiatives Imponiergehabe geltend macht, sondern durch Liebreiz und Darbietung von Kompetenzen, die hohe familiale Werte spiegeln (kluges Kind, sensibles Kind, wohlerzogenes Kind).

Die ‚Konstruktion‘ vom triadischen Spiel, die der Patient gleichsam als kleinen Vortrag darbietet und die lebenspraktisch folgenlos bleibt, redet bei genauem Lesen davon, dass die Eltern übel dran sind, wenn sie das Kind nicht mehr haben, nicht davon, dass er, Herr C, aktiv wirbt, aber vom vereinigten Elternpaar und der elterlichen Autorität auf den Platz des kleinen Jungen zurückverwiesen wird. Letzteres wäre eine initiative ödipale Haltung im Dienst des Anliegens, Intimität herzustellen, erhört zu werden, in privilegierte Position zu gelangen. Seine Diktion macht hingegen deutlich, dass die Eltern einen kaum zu verkraftenden Mangel erleiden, wenn sie ihn nicht mehr haben, besonders die Mutter hat das Nachsehen.

Wenn der kleine Junge nach Rückkehr des Vaters ins häusliche Ambiente die Kneifzange fürchtete etc, so mag es sein, dass er in diesen Angstvorstellungen nicht den strafenden Kastrator sieht, der sein legitimes Vorrecht zur Darstellung bringt, sondern den Eifersüchtigen, der dem Kind die Vorzugsstellung neidet.“

Biographische Skizzen können vielerlei Überlegungen anregen, die, meist von impliziten Konzepten (Sandler 1983) gesteuert, die Ausgestaltung biographischer Narrative so vielfältig erscheinen lassen.

Der Behandlungsverlauf

Zum äußeren Ablauf der Therapie sind folgende Stationen und Zeitpunkte hervorzuheben:

Die Analyse begann am Ende der sechziger Jahre und wurde nach weit über 10jähriger Dauer und insgesamt etwa 1300 Sitzungen abgeschlossen. Wegen des Schweregrads der Angstneurose musste Christian Y länger als 1¹/₂ Jahre stationär behandelt werden. Von der 320. Sitzung an konnte er die intensive Therapie mit 5 Wochenstunden ambulant von einer Wohnung einer Verwandten aus fortsetzen. Nach einiger Zeit war er in der Lage, den Weg in das Sprechzimmer im Krankenhaus zu Fuß zurückzulegen und auf den Schutz eines Taxis, das ihn notfalls rasch ins Krankenhaus hätte bringen können, zu verzichten.

Nach etwa 3jähriger Behandlungsdauer konnte Herr Christian Y trotz bestehender Einschränkungen sein Studium beginnen und nach einigen Jahren erfolgreich abschließen. Vom Beginn der Studium an und nachdem er sich qualifiziert hatte, wurde die Behandlungsfrequenz Schritt für Schritt reduziert, so dass sich die Anzahl von 600 Sitzungen auf die ersten 3 und die weiteren 700 Sitzungen einer niederfrequenten Therapie über viele Jahre verteilen. Inzwischen überblicken wir auch eine lange Katamnese. Der heute über 50jährige Mann ist beruflich seit Jahren sehr erfolgreich. Er hat eine Familie gegründet und ist mit Frau und Kindern glücklich, obwohl er immer noch Unzufriedenheit bezüglich seines mangelnden Selbstbewusstseins äußert (Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3.2).

Die Darstellung einer traditionellen Fallgeschichte (Ebene I), wie im Ulmer Forschungs-Ansatz vorgesehen wäre, wurde von dem behandelnden Psychoanalytiker zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen⁶⁰. Diesem „Mangel“, oder Schönheitsfehler soll nun in der nachfolgenden Fallstudie abgeholfen werden.

4.2 Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit – eine Fallstudie⁶¹.

Vorbemerkung

Die Darstellung einer traditionellen Fallgeschichte (Ebene I), wie im Ulmer Forschungs-Ansatz vorgesehen, wurde von dem behandelnden Psychoanalytiker zu keinem Zeitpunkt in Erwägung gezogen. Er hat während seiner beruflichen Biographie zahlreiche Fallstudien verfasst (s. d. Thomä 1981); mit der Aufnahme von Tonbandregistrierungen zahlreicher analytischer Behandlungen jedoch hat sich sein Interesse ganz auf dieses Medium verlegt. Deshalb habe ich gewagt, eine solche klinische Fallstudie vikariierend für ihn zu verfassen. Die Basis der nachfolgenden Fallstudie ist meine umfassende Kenntnis des Falles auf der Grundlage der kontinuierlich verschrifteten Tonbandaufzeichnungen⁶².

Traumberichte

Die Mitteilung von Träumen nahm in der analytischen Literatur schon immer einen besonderen Platz ein. Auf den von Ferenczi (1913) erstmals erwähnten Bedürfnis, einen Traum vorzugsweise der Person mitzuteilen, von der geträumt wurde, baute Kanzer

⁶⁰ Allerdings wurde behandlungstechnisches kasuistisches Material aus der Behandlung im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches mitgeteilt (Thomä u. Kächele 1988 /2006b; Kap. 4.3, 7.2, 9.3.1, 9.3.2, 9.3.3).

⁶¹ Wörtliche Zitate wurden den Verbatimprotokollen entnommen; allerdings wurden die Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank nicht übernommen.

⁶² Fiktionale Darstellungen können durchaus eine didaktische Funktion haben, wie Kohuts Fallbericht des Mr. Z belegt hat, den Thomä u. Kächele (2006c, S. 113) als erste Darstellung einer fiktiven Psychoanalyse gekennzeichnet haben.

(1955) seine Ansicht auf, dem Traum eine „kommunikative Funktion“ zuzuweisen, mittels derer der Träumer versucht, die Traum Inhalte mit der Realität in Kontakt zu bringen. In diesem Sinne stellte Klauber (1969) in seinen Betrachtungen über das Mitteilen von Träumen in der Behandlungsstunde fest, dass „hier eine bedeutungsvolle Mitteilung angestrebt wird“ und weiter „dass hier ein innerer psychischer Konflikt in Bewegung kommt, in dem nämlich das Ich versucht, eine erträgliche Haltung zum Konflikt zu finden“. Die Traumformulierung stellt dann den Versuch des Ichs dar, „mit dem Analytiker in Kommunikation zu treten und seine Hilfe zu erhalten“ (S. 282-283).

Auf die Rolle des Traumes im Rahmen der Übertragung wurde Freud aufmerksam, als er den Umstand, „dass innerhalb einer Analyse weit mehr des Verdrängten im Anschluss an Träume zutage gefördert wird als mit Hilfe anderer Methoden; für solche Mehrleistungen ... muss es eine unbewusste Macht geben, welche während des Schlafzustandes besser als sonst imstande ist, die Absichten der Analyse zu unterstützen“ (1923a, S. 310).

Diese These soll im nachfolgenden Fallbericht illustriert werden.

Der Auftakt der Behandlung

Die Behandlung des Patienten Christian Y war durchgängig vom Thema Macht und Ohnmacht geprägt. Der junge Mann, Christian Y, geplagt von seinen ihn überwältigenden Ängsten, wurde stationär in die Medizinische Klinik aufgenommen, da die fulminanten Tachykardien auch eine internistisch-kardiologische Mit-Behandlung erforderten. Außerdem war in seiner Heimatstadt keine Möglichkeit einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung gegeben. Dass diese stationäre Behandlung sich über einen ungewöhnlich langen Zeitraum, fast anderthalb Jahre, erstrecken sollte, war weder geplant noch beabsichtigt. Erstaunlich war, wie schnell sich die Herausnahme aus den Anforderungen des Alltags mitigierend auf die Angstsymptomatik auswirkte.

Die analytischen Sitzungen, die während der stationären Behandlung fünf Mal in der Woche stattfanden, wurden ständig von klagenden Äußerungen des Patienten durchsetzt. Diese Klagen waren vielfältiger Natur; sie bezogen sich nicht nur auf seine manifesten Ängste, sondern erfassten seine Sorgen um körperliche Beschädigungen, seine Einschränkung der Leistungsfähigkeit im Studium. Im Verlauf zunehmend rückten auch die Beziehungen zu den Eltern in den Klagenkatalog ein. Nur die Beziehung zum Großvater wurde deutlich positiv geschildert, mit dessen Herzsymptomatik sich sowohl die Mutter – Tochter dieses Großvaters – als auch der Patient selbst identifizierten. Von dem Großvaterbild scheint heute noch wichtig zu sein, dass er vielseitig interessiert, aber nicht

besonders aktiv war. Für das Empfinden des Kindes schien ihm alles in den Schoß zu fallen: der Großvater hatte immer Zeit, trotzdem konnte und wusste er vieles. Im Gegensatz dazu ließ seine Mutter wenig Selbständigkeit zu. Vom Vater ist zunächst wenig die Rede; er zeichnete sich sowohl durch reale wie auch psychische Abwesenheit aus.

Von Beginn an fiel dem Analytiker der Gegensatz auf, wie sehr der Patient eine bewusst positive Einstellung zur Behandlung hatte und doch mit häufigen Schilderungen seiner negativen Erfahrungen mit Ärzten eine unbewusste Ablehnung auch seiner Bemühungen vermittelte. Es war nahe liegend, dass er dem Patienten durch verschiedene technische Manöver wie Ermutigung, direktes Ansprechen von Ängsten, Widerstandsdeutungen und auch die direkte Beantwortung von seinen häufigen Fragen eine Arbeitsbeziehung zu etablieren suchte.

Dies illustriert das Beispiel aus der Behandlung, das sowohl der Förderung der Arbeitsbeziehung dient als auch erste deutende Schritte aufzeigt.

P.: Was soll ich in einem solchen Fall jetzt machen, wenn mir überhaupt nichts einfällt, was ich erzählen könnte, wenn mich kein Gedanke von Bedeutung beschäftigt?

A.: Ja, zunächst hat Sie doch etwas beschäftigt, Sie sagten, keine Gedanken von Bedeutung.

P.: Ja.

A.: Dann sagen Sie die, die Sie haben, auch wenn sie Ihnen unbedeutend vorkommen.

P.: Auch meinetwegen die Feststellung, dass Sie viel englische Literatur haben?

A.: Ja, eben, das ist doch ein Gedanke, den Sie gehabt haben.

P.: Oder die Geräusche draußen? Ich sehe keinen Bezug zur Behandlung.

A.: Nun, das wissen wir nicht. Jedenfalls ist es Ihnen eingefallen.

Die Einübung in die analytische Arbeit war nicht leicht; allerdings vermittelte der Patient, dass er sich in der Analyse aufgehoben fühlte. Der Patient war angedockt in seiner intensiven Beziehung zum Analytiker, die ihm ein Grundgefühl der Sicherheit gab.

David und Goliath

Trotzdem beeindruckte den Analytiker die Unfähigkeit des Patienten, aggressive Regungen zuzulassen und zu thematisieren. Inhaltlich geht es schon bald um ein Gefühl der Schwäche, das auftritt, wenn der Patient eine anlehnend-zärtliche Einstellung zu seinem Analytiker-Vater eingesteht (Std. 51):

P.: ich meinete in Ihnen meinen Vater sehe wenn ich feststellen würde, dass Sie mir gefallen, es für mich wichtig sein würde, dass ich auch Ihnen gefalle und ich sagte Ihnen, dass ich mich in einem solchen Falle ausgeliefert fühle, schwach.

Die weitere Arbeit bringt dies auf folgenden Punkt:

P.: Sie meinen, dass Sie in meiner Phantasie ein Riese sind, und ich ein Zwerg?

Dieses Bild verschärfe der Analytiker dann mit folgender Deutung:

T.: ja, und auch noch ein Riese, der Ihnen das, was er Ihnen gibt, in einer Weise gibt, dass da ein Stein geschmissen wird, der auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht.

Es geht vor allem um die Abwehr eines möglichen Rivalisierens; und so bemühte der Analytiker sich – oft vergeblich – die Kränkbarkeit des Patienten zu bearbeiten. Beide geraten immer wieder in sog. Zwick-Mühlen, wenn suizidale Stimmungen aufkommen.

Der Initialtraum

Dem Analytiker gab zu denken, dass der Patient erst in der 78. Sitzung von einem Traum berichtete, den er schon als Kind geträumt hatte. In der Sitzung ging es das erste Mal um konkrete Befürchtungen beim Geschlechtsverkehr. Der Analytiker regte dann an, nach Erinnerungen aus der Kindheit zu suchen. Darauf erinnert der Patient sich, dass er mit drei Jahren den Wunsch hatte, „Mädchen nackt zu sehen“. Nachfolgend kann er sich „nur verwaschen“ an einen Traum⁶³ erinnern: „Ich weiß nur, drei nackte Mädchen, sonst nichts.“

Der Versuch, an dieser fragmentarischen Traumerinnerung zu arbeiten, ergibt, dass er sich um Frauen in dem Traum gehandelt hat, was den Patient überrascht. Dabei kommt die Schwester der Mutter, die bei der Familie lebte, ins Gespräch. Der aktuell geäußerte Ekel vor dem weiblichen Genitale wird vom Analytiker versuchsweise mit frühen Beobachtungen oder Phantasien in Verbindung gebracht. Die folgende Stunde zeigt, dass der Patient auf diese intensive Klärungsarbeit seines Ekels mit einem tachykarden Anfall reagierte. Immerhin kann der Patient dann seinen Herzanfall mit einem akuten Verlangen nach einem Kontakt zu einem Mädchen in Verbindung bringen (Std. 80).

Klagen als Anklage

Immer wieder tauchten depressive Symptome und Suizidgedanken auf, die als Folge der erlebten Wirkungslosigkeit der Behandlung auftreten (Std. 80):

⁶³ Dieser Traum wurde auch von Döll-Hentschker (2008) detailliert nach der Moserschen Traumkodierung ausbuchstabiert (S. 267).

P.: Ich habe auch deshalb keine besonders große Lust, hier weiterzumachen, weil ich fast überzeugt bin, dass es zu nichts führt, zu keinem positiven Ergebnis, sei es, dass ich gesund werde oder auch nicht (P räuspert sich; kurze Pause.) ich glaube einfach, dass es sich nicht lohnt zu leben.

Während der Patient sich selbst anklagt, dass sein ewiges Lamentieren zu nichts gut sei, deutet der Analytiker ihm – an Freud denkend: „Das Lamentieren ist offenbar eine Ihrer Formen der Anklage“ (Std. 101). Und das Ziel dieser Anklagen sei es, den großen Professor dazu zu bringen, die Flinte ins Korn zu werfen. In dieser Sitzung kann der Patient dieses nachvollziehen.

Ideal

In der einschränkten Atmosphäre der Medizinischen Klinik gaben vorübergehende Kontakte des Patienten zu Mädchen und Frauen, mit Patientinnen, immer wieder Anlass, seine Bedürfnisse eingehend zu untersuchen.

P.: Ich erzählte Ihnen ja auch zum Beispiel das, was glaube ich letzte Woche, dass ich äh mich da, mit dieser Frau abgegeben hatte dieser Französin und äh dass ich mich dabei ziemlich kühl, ja äh gelangweilt, verhalten hatte das war wohl äh, mit auch, dieselbe Erscheinung. - ich habe diese Frau gestern wieder getroffen, und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich befürchtet hatte nämlich, dass mir da schlecht wurde (Std. 103).

Solche Kontakte konfrontieren den Patienten mit genau dem, was ihm in seiner Sicht abzugehen schien: sie repräsentierten offenkundig sein narzisstisches Ideal von Stärke, Schönheit, Klugheit. Die Deutung greift den gefürchteten Kontrollverlust auf und versucht einen Übertragungsaspekt zu benennen (Std. 103):

T.: Wir verstehen dann auch, dass Sie hier sich so auch so gut, sich kontrollieren müssen um, ja nichts Unvorhergesehenes passieren zu lassen. weil offenbar dies wie ein Machtverlust! erlebt wird -- dass also die Beherrschung zu verlieren auch dann heißt die Herrschaft verlieren.

P.: Ja wenn ich sofort sagen würde, was ich denke hier, würde mir das Wort im Hals stecken bleiben.

So sind die ersten hundert Stunden einerseits von der freundlichen, gefassten Haltung des Patienten bestimmt, in der er mit viel Interesse und guter Abwehr sich in den analytischen Prozess einlässt. Andererseits wird die Arbeit durch die beständigen Klagen über

die Sinnlosigkeit der therapeutischen Mühen durchsetzt. Die von der psychoanalytischen Theorie postulierte unbewusste Trennungsproblematik wird in der Übertragung nur ansatzweise sichtbar; auch die aggressive Übertragungskonstellation ist vorwiegend unbewusst, wird jedoch durch das Klagen in die Beziehung getragen. Dazu prägen Schuld- und Beschämungsthemen in wechselndem Maße die Themen der Arbeit.

Getrenntsein

Das Thema der Trennung kommt jedoch dann zunehmend stärker zum Vorschein. Zu jemand eine persönlich wichtige Beziehung zu haben, wird an einem Traum deutlich. Er glaubte im Traum, der Großvater wäre erschienen (Std. 123):

P.: Das war ein entsetzlicher Schreck, ich hatte richtig das Gefühl, dass mir das Blut gerinnt, und das Herz stand mir einige Augenblicke still. Im Anschluss daran versuchte ich meinen Großvater systematisch zu vergessen.

Diesen Traum konnte der Analytiker mit Erinnerungen an die Mutter verknüpfen, deren Wichtigkeit für ihn er auch „systematisch zu vergessen“ suchte. Seine diesbezügliche Deutung lautete nun:

T.: Tatsächlich ist es jedoch so, weil Sie diese Gefühle weggeschoben haben, sich zwar wohler fühlten, aber nun dort wo Sie etwas suchen, eine große Leere empfinden und dann darüber klagen, ich habe niemand, bin allein, finde niemand.

Daraufhin fällt ihm ein Traum ein, als er wohl dreizehn Jahre alt war:

P.: Da komm ich nach Hause, von einem Spaziergang oder so, und versuche die Haustür aufzuschließen, dann passt der Schlüssel nicht mehr, und wie ich klinge, schaut jemand Fremdes zum Fenster raus. Der sagte mir, meine Eltern wohnen jetzt nicht mehr da.

Nach einer längeren Schweigepause fällt ihm noch ein weiterer Traum ein, den er zwei Jahre früher geträumt habe:

P.: Ich gehe durch einen Wald spazieren und gehe auch nach Hause und äh meine Mutter kennt mich nicht und stellt mir irgendwie sogar nach, irgendwie feindlich.

Der Analytiker hebt hervor, dass es zwei Angstsituationen sind, und der Patient kann mitteilen, dass er als Kind oft das Gefühl hatte nicht mehr zur Familie zu gehören. Sein Versuch, das Gefühl des Ausgeschlossenenseins auf eine ödipale Ebene zu heben, den fehlenden Schlüssel als Hinweis auf sein zu kleines Glied zu lesen, mag zunächst für einen kritischen Leser nicht unbedingt zwingend wirken:

T.: Im Traum ist das ja sehr schön dargestellt, - dass der Schlüssel nicht passt; Sie haben dann aus dem Ausgeschlossenensein offenbar eine Reaktion entwickelt, Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind, und Ihre Kleinheitsvorstellung wird damit auch zu tun haben, dass der Schlüssel zu klein ist, das Glied zu klein ist.

Stimmig bleibt in den folgenden Stunden von dieser Deutungslinie, dass es den Patienten gekränkt haben dürfte, ausgeschlossen gewesen zu sein, die Mutter nicht erreichen zu können, was dann als Machtlosigkeit apostrophiert werden kann. Den Analytiker sucht dann nachfolgend immer wieder herauszuarbeiten, „was so kränkend an einem sehr intensiven innigen Gefühl der Zuneigung“ ist (Std. 127).

P.: Mir fällt regelmäßig nur ein, dass es mir eben wehtut, dass da keine Erwiderung ist, und dass ich nicht die Möglichkeit habe, das Gegenüber dazu zu bewegen, dass ich wiedergeliebt werde.

T.: Das hat dazu geführt, dass Sie Ihre ganze Liebessehnsucht erst einmal versteckt haben, kaltschnäuzig wurden, wo es Ihnen warm ums Herz ist ... Sie bekommen Angst, weil Zuneigung zu einer Gefahr bzw. zu einer Kränkung wird. Und dies wiederholt sich hier bei uns, in unserer Beziehung.

Der Übertragungsdeutung liegt die Vorstellung zugrunde, dass sein Sprechen über diese Gefühle des Zurückgewiesen-Worden-Seins für die therapeutische Beziehung katastrophale Folgen haben würde, weshalb er sich einen Analytiker wünscht, der „hart wie ein Diamant“ wäre.

Der Patient versteht nun jedenfalls den Ablauf des innerseelischen Geschehens:

P.: Das hieße also, wenn ich die Freundschaft von irgendjemand suche, dann wiederholt sich bei mir unbewusst der Vorgang, der Schlüssel passt nicht ... und das andere ist die Überlegung, passt der Schlüssel hier nicht, passt er in gar kein Schloss.

Diese Aneignung der Deutung war ein wichtiger Schritt, der den Patienten in der nachfolgenden Sitzung (Std. 129) zu folgenden Überlegungen angeregt hat:

P.: Diesem bereits heftig strapazierten Schlüssel-Schloss-Traum lassen sich vielleicht noch folgende Seiten abgewinnen. Ich hatte also den Wunsch, mit meiner Mutter zu verkehren, dies wird auch noch durch einen anderen Traum, an den ich mich erinnere, belegt. Das war natürlich nicht möglich für mich; hier kommt, glaube ich, irgendwie die Gestalt meines Vaters herein, vielleicht ist er derjenige, der mir den Schlüssel, sprich mein Glied unbrauchbar, kaputtgemacht hat.

Einen anderen, bestätigenden Traum (vom Verkehr mit der Mutter) hält der Patient noch zurück; stattdessen schildert er nun eine dazu passende Erinnerung:

P.: Ich erinnere mich da, dass ich mal mit meinen Eltern an der Uferstrasse spazierenging, da war ich vielleicht zehn Jahre alt, und da war auf irgend so einem Terrassencafe Tanz, und da hatte ich einen vagen, aber recht heftigen Wunsch nach Mädchen, nach Haut, nach Berührung, und irgendwie spürte ich dazwischen meinen Vater, möglicherweise drückt er mir hier eine Rolle eines Gegners, eines Rivalen entgegen, so dass ich jedes Mal, wenn ich mich um die Sympathie eines Mädchens bewerbe, es in meiner Vorstellung mit meinem Vater zu tun kriege, der mir eben dieses Mädchen streitig macht ... es gibt ja vielleicht tatsächlich immer jemanden, vielleicht nur in der Vorstellung des Mädchens – dessen Nebenbuhler ich bin.

Die These, die der Analytiker dem Patienten bereits mehrere Male zu verdeutlichen suchte, kann dieser nun aufgreifen:

P.: Weshalb ich so eifrig an den Symptomen festhalte, ich habe ja zwar den Wunsch, sie los zu haben, aber wenn ich sie habe, bieten sie mir einen Schutzwall, dass ich nicht gegen meinen Vater antreten muss.

Erleichtert kann der Analytiker nun sein Deutungsangebot vieler Stunden erneut anbringen, dass der Patient dem Vater dauernd Vorwürfe machen kann, dass dieser ihn geschädigt hat; außerdem liegt es auch nahe, dass die Klagen des Patienten vermutlich sogar spezifische Anklagen sind, dass der Vater und Analytiker ihn in eine körperliche Notlage gebracht haben, und dieses dann auch ausbaden sollen. Die Gleichsetzung von Vater und Analytiker in der Übertragung kann in dieser Sitzung gedeutet werden:

T.: der ist schuld, der soll es ausbaden und der soll es wiedergutmachen; Aber wenn er es wieder gutmachen würde, wenn er so ein großer Analytiker wäre, dass er Sie heilen würde, dann würde er Sie erneut kränken und erneut treffen.

Der Patient kann bestätigend fortführen, dass sein Zwiespalt darin bestünde, dass er den Vater als Freund wollte, und andererseits stünde dieser als sein Gegner dar; gleiche Aussagen habe er dem Analytiker gegenüber geäußert. Dieser unterstreicht den Mut, den der Patient in dieser Sitzung gezeigt hat, indem er den Inzest-Traum berichten konnte.

Folgenloses Fazit

In den folgenden Sitzungen rückt jedoch das Thema der Trennungserfahrungen im Kontext, auch von Krankheiten, erneut in den Vordergrund der Arbeit. Immerhin zieht der Patient nach weiteren Sitzungen folgende Bilanz (Std. 141):

P.: Ich hab nochmals versucht eins und eins zusammen zu zählen. Dabei ist folgendes herausgekommen: wenn ich die Mutter liebe, dann mache ich mir den Vater zum Feind, er will mir was antun, Tut er mir was an, dann sterbe ich, damit tue ich wieder der Mutter weh und ich verliere sie wieder. Wehre ich mich, dann tue ich der Mutter ebenfalls weh, sie stirbt auch. Vater und Mutter gehören zusammen, deshalb tue ich weh. Es ist für zwei kein Platz, es ist zu eng, also geh ich. Wenn ich aber geh, dann tue ich der Mutter wieder so weh, dass sie stirbt. Es gibt für mich nur den Ausweg, dass ich die Zuneigung der Mutter verringere ... also bin ich so böse, dass sie mich nicht mehr mag ... dann verliere ich sie nicht, dann kann ich gehen ----- und ich habe eben vermieden bis jetzt diesen Krach zu machen ... übrig bleibt, dass es mir weh tut, lieber sterbe ich als dass die Mutter stirbt.

Der Patient beschreibt sein Dilemma wohl zutreffend, aber er sagt selbst: es ist eine Konstruktion, und demzufolge kann es ihn nicht von seiner Angst befreien. Er hat sich deshalb entschlossen, „endgültig die Behandlung aufzugeben, weil ich keinen Wert sehe, darin weiter zu machen.“ Es ist nicht das erste Mal, dass ihn die Verzweiflung übermannt. Dies sind Momente, wo der Analytiker gefordert ist:

T.: Sie wollen Schluss machen mit einer schönen, zusammenfassenden Konstruktion, abtreten mit einer Zusammenfassung vieler Themen, die hier besprochen wurden, mir sagen, – und dort ist die Wirklichkeit und das Leben – dass ich gänzlich machtlos bin, für Sie etwas zu tun.

Der Analytiker weist dann besonders darauf hin, dass diesen Entschluss wieder aufzugeben zur gleichen Situation führen würde, nämlich dass er wieder über den Patienten

gesiegt hätte – eine wahrhaft paradoxe Intervention. Nachfolgende deutet er, der Patient entziehe sich der Angst, dass der Analytiker ihm etwas Gutes tun, ihm zu nahe kommen könnte. Der Patient fragt zu Recht, wie er von seinem Gedankengebäude aus denn seine Angst verlieren soll. Im Augenblick kann der Analytiker nur sagen: „Indem Sie dorthin gehen, wo Ihr Erleben steckt.“ Gemeint ist des Patienten triumphales Gefühl, den Analytiker „absurdum geführt zu haben.“

Nach einer längeren Pause fragt der Patient:

P.: Wer sind Sie

Wieder folgt ein langes Schweigen, dann sage der Analytiker:

T.: In zehn Minuten vielleicht tot - -- ein Toter

Zunächst der Patient noch belustigt, kann aber dann den Hinweis aufgreifen, dass er den aggressiven Aspekt seines angekündigten „Todes als Patient“ unterdrückt hat, um eben „nix“ angestellt zu haben. Darüber kommt es zu einer Rücknahme seines Entschlusses ‚stante pede‘ aufzuhören.

Schlüsselstunden

In einer Schlüsselstunde (Std. 202⁶⁴) wird deutlich, dass der Patient schon mit einer Unruhe von der Station kommt und sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt hat, dass nichts passieren könne. Dann kommt er vor das Sprechzimmer, und das Schild ist vorgezogen: „Bitte nicht eintreten“. Er erlebt diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, auf das sich eine reaktive Wut entwickelt, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen darf, in den Beschwerden stecken bleibt.

Entscheidend ist, dass der Analytiker das auslösende Moment „der verschlossenen Tür“ selbst einbringt und auch die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie und benennt das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann.

Übertragungsgeschenk

Am Ende dieser Sitzung bietet der Analytiker dem Patienten eine Extra-Sitzung an, die dieser dankbar annimmt. In dieser dann folgenden Sitzung (Std. 203) erinnert der Patient erstmals einen rezenten Traum:

P.: ha, ich halte mich gerade an so einen, ich habe ja heute Nacht eine ganze Menge eigentlich geträumt, und diesmal konnte ich’s mir zum Teil merken, aber nur kuriozes Zeug.

⁶⁴ Diese wurde als Illustration einer typischen Trennungsangst-Dynamik im 2. Band dargestellt (Thomä u. Kächele 2006b, S.368ff)

T.: ja.

P.: das fing damit an, dass ich im - . saß und einer neben mir, und der hat irgendwelche gemacht, die mich gestört hatten und dann habe ich dem glaube ich, mit einem Schlagring oder so was, eins auf die Nase gegeben und da ist mir schlecht geworden, bin ich aufgewacht. bin ich wieder eingeschlafen und dann habe ich irgendwie was von einer unbekanntem Seuche geträumt und dann hat sich das verwischt, da hatte ich auch Angst und dann wurden irgendwie zwei Männer so in die Büsche gezerrt und erschossen oder so was und dann befand ich mich auf einem Volksfest, das stieß mich ab, ging ich weiter und dann befand ich mich auf einem Lastwagen und da waren die zwei Männer wieder und wollten mir an den Kragen, wollten mich erschießen und da haben sie mir eine Zigarette angeboten, die habe ich genommen und in den Motor geschmissen, damit der hochging, dann bin ich von den zweien weggerannt, dann befand ich mich, immer noch wegrennend, in so einem Gang und da war eine Tür, bin ich raus, dann war ich in einem Käfig. und da stand irgendwas von einer Katze und die hatte eine magische Anziehung auf mich und wie ich die sah, bin ich furchtbar erschrocken und ich kann mich daran nicht erinnern , ich glaube, ich hab sogar vor Schreck geschrien, aber ich kann damit, mit dem ganzen Zeug, nichts anfangen.

T.: es ist ja das erste Mal, glaube ich, überhaupt, dass Sie einen Traum aus der Gegenwart, überhaupt während der Behandlung erinnern.

P.: weil ich's nie erinnern konnte, ja.

T.: und das ist zunächst einmal doch sehr bemerkenswert. und ich glaube, es könnte damit zusammenhängen, dass ich Ihnen heute diese Stunde zusätzlich, extra gebe, dass Sie deshalb auch.

P.: gelöster.

T.: ja, dass Sie froh waren darüber und.

P.: ja, das auf alle Fälle.

T.: da ich Sie verschiedentlich gefragt hab, ob Sie träumen, ob Sie Träume erinnern ..., glaube ich, dass Sie gerade die Träume dieser Nacht erinnern, dass dies etwas damit zu tun hat, dass Sie mir auch etwas mitbringen möchten, etwas Neues, etwas Zusätzliches. Auch wenn das jetzt, was Sie mitbringen.

P.: undurchsichtig ist im Moment.

T.: ... erst einmal ist unklar, was sich da alles abspielt und Sie damit nicht viel anfangen können, gerade wenn man's dann mitbringt und etwas gibt, dann möchte man ja auch, dass der andere etwas damit tut und anfangen kann. gibt es irgendeinen

- Gedanken, der Ihnen dazu einfällt, zu diesen ja doch recht dramatischen Bildern?
nun, irgendetwas haben Sie schon gedacht.
- P.: ja, die Männer waren weiß, weiß angezogen.
- T.: alle? sowohl die zwei als auch der im Kino?
- P.: nein, der nicht.
- T.: die zwei.
- P.: das war ein Film, was ich da gesehn hab, soweit ich mich erinnere.
- T.: mhm, hab ich's recht verstanden, Sie saßen im Kino und sahen einen Film?
- P.: ja, und da war ich plötzlich selbst beteiligt.
- T.: die zwei, meinen Sie, die weggezogen wurden, die zwei waren weiß angezogen und die nachher im Lastwagen.
- P.: ja, von solchen Räuberpistolen träume ich vergleichsweise oft, bloß bin ich bisher so gut wie nie eigentlich der gewesen, auf den's abgesehen war. ich hab schon jahrelang praktisch nichts mehr geträumt, wovor ich so erschrocken bin, wovor ich solche Angst hatte.
- T.: ja, erst mal ging's ja auch gegen die zwei Männer, die allerdings dann nachher auf dem Lastwagen Sie bedrohten, nicht?
- P.: aha.
- T.: aber die waren ja auch irgendwie, im ersten Teil des Traumes, im andern auch bedroht, oder war das nicht eine Art Überfall aus dem Busch? auf die zwei?
- P.: das kann ich nicht sagen.
- T.: mhm.
- P.: woher ich das überhaupt bringe. fremde Gesichter.
- T.: und dieser magische Blick, oder wie das war, eine Katze.
- P.: eine Katze, ja.
- T.: die hat Sie sehr stark angezogen.
- P.: mhm. und dann habe ich diese Angst bekommen. bin ich irgendwie mit Mädchen in Verbindung. ich weiß aber auch nicht wieso.
- T.: nun, man sagt ja „die falsche Katze“ nicht?
- P.: mhm. aber bevor ich sah, was das wirklich war, bin ich aufgewacht.
- T.: die Augen der Katze waren besonders wichtig, nicht?
- P.: die habe ich nicht gesehen.
- T.: nein, nur die Katze hatte so eine magische Anziehungskraft.
- P.: war im Käfig. mhm, muss ja wohl eine besondere Bedeutung haben, nachdem ich so erschrocken bin.

- T.: könnte das was zu tun haben mit „nicht anfassen“, „Achtung nicht anfassen“, die Katze.
- P.: war ja offen!
- T.: ah, war offen. es war ein Gitter, aber ein offenes, also irgendwo eine Türe oder was?
- P.: irgendwie sollte das Viehzeug für mich ein Schutz gegen die zwei Männer sein.
- T.: hm, mhm, ja und Katzen haben ja was Weiches, weiches Fell. anschmiegsam. hm, Sie haben's wieder verworfen, was Sie gedacht haben.
- P.: mir fällt nur ein, auf der einen Seite die Härte und auf der anderen Seite das Gegenteil und ich hatte anscheinend vor beidem Angst, dem einen bin ich ja davongelaufen und das andere war mir scheint's auch nicht so willkommen, sonst wär ja die Angst nicht so groß gewesen. mir fiel darauf, fällt mir gerade ein, ein Traum ein. - . nur ganz, ganz vage, wie ich heimkomme und die Wohnung aufmache, die Tür, da ist auch irgendetwas, wovor ich erschrocken bin. - . im Traum.

Angriffslust

In der nachfolgenden Sitzung (204) wird der Traumbericht nur kurz gestreift, aber der Patient versucht seine Gedanken auf das Thema „Angriffslust im Straßenverkehr“ zu richten. Die dann folgende Stunde (205) beginnt mit einer „Beichte“:

- P.: ich weiß nicht recht, aber ich habe im Moment wieder den Eindruck, dass ich jetzt in einen sauren Apfel zu beißen habe. Ich war zu Ihnen insofern unaufrichtig, als ich zu Ihnen am Samstag sagte, diesen Traum mit Mädchen zusammenzubringen in irgendeiner Weise, als ich damit nämlich nicht Mädchen allgemein meinte, sondern ein bestimmtes Mädchen, und zwar hatte ich Ihnen ja von dieser sentimentalen Beziehung andeutungsweise erzählt, diesem Schriftsteller mädchen. ich weiß nicht, ich hatte immer den Eindruck, daß diese Sache in irgendeiner Weise dazu beigetragen hat, daß es mich letzten Endes umgehauen hat, aber so sehr ich mich auch bemüht habe, daß ich mich an irgend etwas erinnerte, es fiel mir nichts ein, obwohl das erst zwei Jahre jetzt zurückliegt. ich werde jetzt wahrscheinlich auch wieder Mühe haben, daß mir was einfällt, und ich auf der anderen Seite gar nicht weiß, ob sich's lohnt, darüber Worte zu verlieren.
- T.: dieses Mädchen ist Ihnen eingefallen bei dem Traum von der Katze?
- P.: ja, ja. das fiel mir dazu gleich ein, noch während des Traums. ich weiß nicht, ob sich's lohnt, darüber zu reden. mir ist jedenfalls gestern, als mir das einfiel, wieder den ganzen Tag so schlecht gewesen, daß ich abends wieder eine Spritze brauchte; total fertig. aber jetzt ist schon wieder alles weg.

Die magische Anziehung einer Katze (= ubw. attraktives Mädchen, das ihn zurückgewiesen hat), verdeutlicht den Macht-Ohnmacht-Konflikt, der sich hier gut darstellt. Aber noch ist der Patient weit davon entfernt, sich dieser Auseinandersetzung zu stellen; stattdessen stellt sich sein charakteristisches Symptom der Herzasens ein. Die Verbindung der aktuellen Situation: „Verlassenwerden durch die scheinbar geschlossene Tür zum Analytikerzimmer“ mit dem Verlassenwerden, Sitzengelassen werden durch das Mädchen, scheint zu passen.

Traumserien

Ein weiteres Mal greift der Analytiker aktiv die Mitteilung von Träumen im Verlauf der Behandlung auf. In der Sitzung 225 werden insgesamt vier Träume berichtet, eine für diesen Patienten ungewöhnliche Häufung. Der erste und der vierte Traum stammen aus der vorangegangenen Nacht, während die beiden mittleren Träume von früher sind.

Die vorhergehende Sitzung zentrierte auf die Eigenart des Patienten, bei konflikthaften Gesprächen und Auseinandersetzungen unter heftiger Übelkeit und Versagensängsten zu leiden. Dies trat immer besonders dann auf, wenn er eine eigene Meinung vertreten wollte oder sollte. Dies wurde in einer längeren Ausführung vom Analytiker als ein Ausweichen interpretiert, mit dem sich der Patient davor schütze, als Repräsentant einer bestimmten Ansicht abgelehnt oder ausgelacht zu werden. Seine daraus entstehende Ohnmacht- und Wutgefühle veranlassen ihn dann, auch in der Übertragungssituation von dem Analytiker nichts annehmen zu können, was er in Form einer dauernden Kritik an dessen Vorgehen austrägt.

In der nun folgenden Sitzung setzt sich diese Thematik fort, und führt im ersten Teil der Stunde zu einer sehr mühseligen, zähen Dialogsituation. Als der Analytiker dann gegen Mitte der Sitzung konkret die Furcht des Patienten anspricht, für diese seine ablehnende und kritisierende Haltung rausgeschmissen zu werden, bringt der Patient einen Traum aus der zurückliegenden Nacht (Std. 225):

P.: Jedenfalls sitze ich hier auf der Couch und heule ziemlich heftig. Und – was vorgefallen ist – das weiß ich nicht. Es fehlt mir also, wie gesagt, dann kommt immer der nächste Patient rein, geht wieder raus, und das stört irgend etwas – das weiß ich auch nicht mehr genau – und dann gibt's noch einen Wortwechsel, und ich geh dann fort, ziemlich niedergeschlagen; und es geht mir schlecht. Den Rest weiß ich auch nicht mehr.

Der Traum zeigt eine Angstsituation und zeigt darüber hinaus, dass der Patient dieser Gefahr – nicht beachtet zu werden – durch aktive Vorwegnahme zu begegnen sucht. Im Anschluss an den Traumbericht fährt der Patient folgendermaßen fort:

P.: Sonst weiß ich nichts mehr, nur ein Bruchstück. Ich habe die letzten acht Tage versucht, ohne Valium zu schlafen, weil mir dann leichter merken kann, was ich träume. Ich habe eine Menge Träume erwischt inzwischen, aber keine, die ich zu irgendetwas hätte in Beziehung setzen können. Deshalb habe ich sie nicht erzählt – völlig fremde Dinge.

Der Analytiker interpretiert nun das für den Patienten wichtige Abwehrverhalten, das Alles-Alleine-Machen-Müssen und das In-der-Hand-Behalten. Darauf fallen dem Patienten zwei weitere Träume ein, die sich hinsichtlich ihrer Konflikte deutlich von ersten, rezenten Traum unterscheiden, aber sie haben eine klare Materialfunktion in der aktuellen Übertragungsbeziehung:

P.: Da steh ich am Schrank und das sind Gewehre drin – in dem Haus ist irgendwie ein reicher Mann gestorben; und dann sehe ich mich wieder auf der Strasse, ein vornehmes, großes Haus, und dann schieß ich auf irgendwelche Vögel, auf ein paar Leute auch noch; ein Leichenwagen fährt vorbei und hinterher die Polizei.

Unmittelbar nachfolgend fällt dem Patient noch ein weiterer, zurückliegender Traum ein.

P.: Da hab ich doch zusammen mit meinem Bruder ein Haus angezündet, und ich war völlig doof, das weiß ich noch, und wir haben uns selbst angezeigt.

Es fällt nicht schwer den Bezug der beiden Träume zur aktuellen Situation herzustellen. In den Träumen wie in seinem übrigen Verhalten versucht der Patient, die Schuld für Verfehlungen anderen zu zuschieben. So ist im Traum ein reicher Mann gestorben, während er nichts damit zu tun hat, er „schießt ja nur auf Vögel“ oder er zündet zusammen mit seinem Bruder ein Haus an; er ist also wenigsten nicht allein verantwortlich. Genauso trägt der Analytiker die Schuld, dass in der Analyse nichts voran geht. Die folgende Deutung fasst zusammen, dass der Patient einer gefürchteten Auseinandersetzung damit aus dem Wege geht, dass er dem anderen Unvermögen und die Verantwortung für missliche Situationen zuschiebt oder sich selbst als schwach und gehandicapt (durch seine körperliche Symptomatik) zurückzieht:

T. Das heißt, Sie stellen sich gerade als dumm hin und als machtlos und als schwach; so eine Art von Beschwörungsformel, damit Ihnen ja nichts passiert, Ihnen ja nichts einfällt beim Schiessen und Zündeln.

P. Ja, das ist mir auch nie was dazu eingefallen, das ist jetzt fasst eine Woche her (kurze Pause)

Mir ist bloß jetzt gerade noch ein vierter Traum eingefallen, den ich heute Nacht geträumt habe – Das fehlt das Meiste. Es war so ein altes Haus oder Schloss, ich weiß nicht mehr so genau und da hat's Gespenster. Und das träum ich komischerweise oft. Aber neu war, dass ich diesmal wusste, das sind keine Gespenster, eines hab ich verhauen.

Mit diesem Traum gibt der Patient sich selber auch eine Antwort auf das im ersten Traum dieser Stunde thematisierte Verlassenheitsgefühl: er kann nun erstmals eine gewünschte Aktivität im Umgang mit dem gefürchteten, wenig konturierten Objekt wahrnehmen. Es handelt sich hierbei allerdings um einen ersten Schritt, der noch oft in der Behandlung wiederholt und durchgearbeitet werden musste, wie dies Träume aus späteren Abschnitten der Behandlung zeigen.

Verbotene Lust

So berichtet der Patient einen Traum (Std. 318) über die Lust nackt zu sein und zu stinken, Stuhlgang zu machen. Der Analytiker interpretiert die damit verbundene Gefahr der Zurückweisung (Std. 319):

T.: es ein Abwenden, einfach ein Entzug von Liebe. auf den Traum bezogen, weil Sie stinken, weil Sie riechen, Ihr Geruch nicht positiv als Wohlgeruch aufgenommen wird, das heißt dann, „ich rieche nicht gut, sondern ich rieche schlecht, denn wenn ich gut riechen würde, dann würde er die Nase nicht abwenden“. (Pause.)

P.: ja, das wird ja dann nur auch auf das Tun oder, und auf das Reden sich ausdehnen, ich weiß nicht - . (Pause) ja, mir spuckt immer noch mächtig die Angst im Kopf rum, mir passiert irgendetwas Menschliches.

T.: mhm. (Pause.)

P.: will aber nicht mehr davon reden, meinetwegen, das stinkt mir. (Pause)

T.: ja, ja, das stinkt Ihnen, nicht nur stinkt es Ihnen, ich glaube auch, ich stink' Ihnen.

Die Wendung, die der Analytiker hier dem Geschehen gibt, spitzt die Situation zu. Wenn dem Patienten etwas Menschliches passieren würde, würde es kränkend sein, dass der Analytiker ihn in eine solche Situation bringt:

P.: ja, ja, es ist mir entsetzlich peinlich, ich schwitze vor Angst.

Am Thema der verbotenen Lust, die mit Ausscheidungsvorgängen verbunden ist, wird erneut das Macht-Ohnmacht Thema verhandelt (Std. 320):

T.: an allem Aufregenden. die Lust des Traumes, sich nackt zu zeigen und gut zu riechen und Leute zu haben, die drumrum stehen und dumm gucken und sich daran freuen, das ist gewiss eine angeborene Lust.

Diese Lust wird von vom Analytiker mit einer anstehenden Unterbrechung verbunden, so als ob diese als Folge des vom Patienten ausgehenden Gestanks von ihm betrachtet wird (Std. 327):

T.: Die Idee wird abgeleitet daraus, daß ich wenn Sie mir wirklich wichtig wären, dann würde ich mich auch Ihnen so widmen, daß ich jetzt nicht auf die Idee komme, jetzt wegzufahren. das heißt, Sie - es könnte so sein, daß Sie daraus eine Verurteilung ziehen , etwa derart, na ja, das wird dem gerade recht sein, daß er jetzt endlich mal weg ist, denn so viel Gestank wie Sie verbreitet haben, oder der Wunsch, über einen längeren Zeitraum bewundert zu werden, ist auch ein Wunsch, der eigentlich unerhört ist und auf die Nerven gehen muss, daß Sie mein Wegfahren Ihnen zuschreiben als Verursacher.

Diese Sicht des Ablaufes betont erneut, dass schlimme Dinge sich der Kontrolle des Patienten entziehen und ihn dadurch kränken.

Der Patient zeigt sich empört:

P.: in drei Kuckucksnamen, wie lerne ich damit zurechtzukommen, wenn Sie es so rundrehen?

Wie soll er es lernen, dass jede Bewegung eine Gegenbewegung auslösen kann, die sich „unterirdisch“ zu einem Kampf entwickelt? Immer wieder holt ihn der Analytiker auf den Kampfplatz zurück:

T.: das ist eine Kampfsituation. sie möchten nämlich, daß ich lerne, daß so was einfach nicht passiert. Sie möchten, daß ich lerne, daß man Sie einfach nicht so allein lassen kann und Sie nehmen mir das übel, daß ich das nicht lerne.

Der Patient macht aus der Erfahrung der Machtlosigkeit angesichts einer Urlaubsunterbrechung eine Verkleinerung, weil er das als erneuten Kontrollverlust erlebt. Weil das Tun des Einen zum Tun des Anderen wird (Stierlin 1971), wird es dann auch zur Kränkung, zum Kontrollverlust. Das wird als eine ihm zugefügte Schikane persönlich erlebt, nicht eben als eine bloße Urlaubsunterbrechung, die unvermeidlich ist, sondern es wird ihm zugefügt. Wieder einmal mehr resigniert der Patient:

P.: naja, sicher. ich kann ja nichts daran ändern, ich brauche gar nichts daran zu ändern. besonders schlimm ist ja für mich daran nur, daß es mir davon schlecht wird und wenn es mir davon schlecht wird, damit geht mir ja auch noch alles übrige flöten, aber das gehört nicht hierher.

Dieses Gefühl des Stillstandes ist den nachfolgenden Sitzungen überwältigend. Der Patient kommt nicht voran, kann nichts an seinen Problemen machen. Die Hoffnungslosigkeit ist sehr stark. Die Analyse beschützt ihn gegen nichts, ist völlig nutzlos. Der Patient findet keinen Halt, auch nicht an seinen rationalen Einsichten, schon gar nicht an den umfängli-

chen und wohl zu inhaltsreichen Deutungen des Analytikers. Fast alle Sitzungen beginnen mit Klagen über Ängste, Beeinträchtigungen und Einschränkungen. Durchwegs herrscht eine heftige Wut und Enttäuschung am Analytiker vor, der ein Verständnis abzugewinnen, diesen vermutlich zu mehr Deutungsaktivität gebracht hat, als dem Patienten gut tat.

Angstlust

Dies wird an dem Traummaterial der Sitzung 493 deutlich, wo der Patient unmittelbar mit einem Traumbericht beginnt:

P.: na, heute Nacht habe ich mal wieder so etwas geträumt, wovor ich ziemlich Angst bekommen habe. und zwar, ich weiß nicht was es war. es war wohl irgendso etwas wie schreckliche Autounfälle. ich hab das gar nicht gesehen, aber neben mir waren Leute, und die hatten eine mords Freude an dem, was da passiert ist, passierte. und ich hab mich versteckt, daß ich das nicht, äh, sehen musste, was da passiert. dann ist mir's schlecht geworden und bin ich aufgewacht. hatte dann einige Zeit da wieder mal mit Angst zu kämpfen.

T.: mhm. und den Leuten im Traum hat's Spaß gemacht da zuzuschauen.

P.: ja, vielleicht habe ich's auf die geschoben, weil ich so was Böses nicht, äh, denken darf. ich weiß nicht. -. wenn, wenn ich so was sehe, dann, oder wenn ich's überhaupt mitkriege, wenn's, wenn's jemand da schlecht geht, dann, für mich gibt's da bloß Angst in der Hauptsache, -, vielleicht mal ein Ansatz von Schadenfreude, aber der erstickt ja dann, weil ich das nicht denken darf.

dann habe ich noch was geträumt. das fällt mir jetzt, im Moment nicht ein, war mir so peinlich, habe ich auch nur mit Mühe nach heute morgen herübergerettet. ich weiß es nicht mehr, so was.

Nach einigem Hin und Her kommt der Patient auf weiteres Traummaterial zu sprechen:

P.: mir ist inzwischen noch ein anderer Traum eingefallen, den, den ich nicht mal erzählen wollte. es ist aber zu lange her, da weiß ich nun nicht mehr viel. das war ein ziemlich langer Traum. - . und, äh, ja, wenn ich das zusammenkriegen würde. - . da, da, hm, war ich nicht mehr zuhause, da war ich bei irgendjemand, das müssen Sie gewesen sein. ich kann das nicht mehr so genau sagen, äh, aber in dem Haus war überhaupt niemand, und da bin ich dann so furchtbar verzweifelt irgendwie fort, einfach wegelaufen. und da habe ich dann einen Haufen Zeug erlebt, das weiß ich aber nicht mehr.

Dann, was ich heute Nacht geträumt habe - ?

Bevor der Patient den nächsten Traum berichtet, greift der Analytiker ein:

- T.: eine Unterhaltung mit mir. was gibt es, äh, so an Gedanken? war ja neulich auch ein Traum, in dem ich auftauchte, nicht? der Traum, wo ich mich als hässlich bezeichnet habe (A.d.V. siehe Std. 476).
- P.: mhm. ja. ich, ich träume an und für sich öfters was, wo Sie, wo ich mit, einfach mit Ihnen rede - äh, mir fällt bloß das Merken so schwer. Wenn ich aufwache, dann ist meistens der Großteil weg, dann bleibt nur noch, äh, so was ganz, eben nichts, was man reden kann. nein, ich kriege das nicht zusammen. Was ich heute Nacht geträumt habe. äh, mir schwebt irgend so was vor wie, ich habe mich über mich beklagt, hm, weil ich mich hier, glaube ich, irgendwie blöde anstelle oder so, immer nichts wissen und so. und, äh, dann waren Sie wütend. ja, und dann haben Sie, das weiß ich nun eben nicht mehr, es ist sinnlos, brauch's nicht erzählen, weil ich nichts mehr weiß ... Sie haben mich auf irgendwelche anderen Patienten, die ich aber nicht kenne, verwiesen und mich dadurch irgendwie getröstet, aber das weiß ich nun wirklich nicht mehr; mehr fällt mir nicht ein.

In der vorangegangenen Sitzung wurde der Konflikt zwischen passiver Haltung und Empfangen wollen des Patienten auf der einen Seite und seinem Kritikbedürfnis am Vorgehen des Analytikers auf der anderen Seite thematisiert. Es konnte herausgearbeitet werden, dass die Absolutheit dieses Akzeptierens oder Ablehnens den eigenen Erwartungen bzw. Größenphantasien entsprechend ist. Der Traum verdeutlicht die Angst des Patienten vor der Zurückweisung wegen Kritik: er „beklagt sich über sich“ als sprachlicher Kompromiss zwischen aktiver Kritik und Unterwerfung. Der Analytiker verweist ihn deshalb (im Traum) an andere Patienten, die sich dümmer als der Patient anstellen.

Lust an der Aggression

In der weiteren Bearbeitung dieser Träume dreht sich der Kampf der beiden Interaktanten nun offen um die Lust an der Aggression:

- T.: Ihre Lust an den Zusammenstößen ist ja eine versteckte, wie Sie's im Traum darstellen.
- P.: ja, wenn's überhaupt bei mir Lust an Aggression gibt, dann muss sie wohl versteckt sein - . jedenfalls tritt sie nicht zutage. Ich hab, ich weiß nicht, wie soll ich dieses Verhältnis zu Ihnen auch deutlich machen? weil, ich bin ja nie richtig aggressiv hier. ich tue ja bloß so, und, äh, dann würde ich das albern finden. käme mir vor wie Schmierentheater, wenn ich da plötzlich - . ich weiß das nicht. - ich weiß, ich habe

keine Lust, aggressiv zu sein, die wird mir ja versalzen dann draußen durch Mitleid, und was weiß ich.

T.: Die Wut stellen Sie ja dar im Traum. Ich bin wütend im Traum. Sie sind im Traum dumm. und ich sag dazu: Sie stellen sich im Traum dumm, so wie Sie das im anderen Teil des Traumes sind; im anderen Traum verstecken Sie sich und die Aggressivität und die Lust daran, schreiben Sie den Anderen zu, damit ich nicht merke, was Sie für eine große Lust haben.

Auffällig an dieser Traumfolge ist, dass die Analysensituation hier manifesten Eingang gefunden hat; in beiden Träumen wird genau der in der Behandlung problematisierte Konflikt dargestellt. Das ist abzugrenzen gegenüber Freuds „Gefälligkeitsträumen“, die der „Analyse nachhinken“, aber nur das reproduzieren, was bereits aus Symptomen und Andeutungen rekonstruiert ist. Die hier vorliegenden Träume verdeutlichen vielmehr die intrapsychischen Aspekte eines Konfliktes, dessen Abwehr in der Behandlung erst bearbeitet wird. Klauber (1969) spricht hier von einer „Neuverteilung von Besetzungen, wodurch der Traumbericht zum Glied einer Reihe wird, die sonst in Symptombildungen hätte gebunden sein können“ (S. 291). Dass die Angst und Lust an der Aggression hierbei in Bezug auf den Analytiker erlebt wird, entspricht der begleitenden Übertragungssituation. Dies lässt sich mit der Annahme von Yasmajians (1964) in Übereinstimmung bringen, der das manifeste Auftauchen des Analytikers im Traum wie alle anderen Elemente als symbolisch entstellende Abwehr sieht, wobei der rezente Eindruck vom Analytiker als Abwehr in der Form einer „Deckerinnerung“ gegen latente Wünsche eingesetzt wird⁶⁵.

Die Arbeit an dem Thema Macht und Ohnmacht in der analytischen Arbeit war noch nicht zu Ende; noch viele Sitzungen wurde gekämpft. In der Rückschau stellen Thomä u. Kächele (2006b) jedoch fest, dass der behandelnde Analytiker sich bezüglich der Eigenart der Erkrankung getäuscht hat:

„Bei der Gestaltung der Therapie wurde zu wenig berücksichtigt, dass sich Herr Christian Y noch in der spätadoleszenten Entwicklungsphase befand. Da für diese Altersgruppe das Macht-Ohnmacht-Problem besonders heikel ist, hätte die Behandlungstechnik stärker von ‚partnerschaftlicher Kooperation‘ durchdrungen sein müssen (Bohleber 1982). Darüber hinaus führte seine damalige Behandlungstechnik – die Analyse wurde Anfang der siebziger Jahre begonnen – zu systemimmanenten Fehlern, die sich ungünstig auswirkten. Beispielsweise war es verfrüht, dem Patienten zu empfehlen, Medikamente zu reduzieren oder wegzulassen. Auch hätte eine bessere Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten dazu beitragen können, die Sicherheit des Patienten zu erhöhen und die Zahl seiner Niederlagen, die zu einer weiteren

⁶⁵ Eine interessante andere Auffassung vertreten Zimmermann et al. (2006) in ihrer empirischen Studie über Träume, Übertragungsträume und Sitzungsträume als Folge von Störungen des psychoanalytischen Rahmens.

Minderung der Selbstsicherheit und der Angstbereitschaft führen, zu verringern” (s. d. Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3).

Da hier die methodologischen Gesichtspunkten, weniger die technischen Fragen, interessieren, habe ich einen in Traumarbeit wissenschaftlich versierteren Psychoanalytiker gebeten, einen Kommentar zu der von mir verfassten Fallgeschichte zu schreiben. Er verfügte über kein weiteres Material aus der Behandlung, sondern sein Kommentar demonstriert, was sich aus einer Fallgeschichte an (klinischen) Erkenntnissen heraus destillieren lässt.

4.3 Kommentar zur Fallstudie über den Patienten Christian Y unter dem Aspekt der Mitteilung und Deutung von Träumen⁶⁶

a) Eine Annahme zum Verhältnis von Übertragung und Gegenübertragung formuliert aus der Anfangsphase der Analyse unter Einbeziehung des „Schlüssel“-Traumes

Manifest fühlt der Patient sich unsicher und existentiell bedroht. Seine starke Trennungsangst ist insofern symptomatisch, als sie – i. S. des primären Krankheitsgewinnes – ihm den Blick dafür verstellt, dass er unbewusst an einer präambivalenten Beziehung zur Mutter fest hält. Latent *ist* der Patient mit seinem Schlüssel im Schloss. Er kann das Haus nicht mehr allein verlassen, weil er mit seiner Mutter verschmolzen und zu ihrem phallischen Anhängsel geworden ist. Er kompensiert das Mangel erleben der Mutter. Die phobische Einschränkung ermöglicht ihm – i. S. des sekundären Krankheitsgewinnes –, dass er zu Hause bleiben muss (bewusst) bzw. kann oder darf (unbewusst). Er verbleibt in einer phantasierten unbewussten, präambivalenten und passiven „Schloss-Schlüssel-Beziehung“: Wenn er sie verliesse, müsste er sich *aktiv* mit Liebe und Hass auseinandersetzen, sich individualisieren und konturieren – das jedoch wird durch eine hohe Angstbesetzung verhindert. Evident für seine Aktivitätsrücknahme ist das Einsetzen der starken Symptomatik am Anfang des Studiums, das er deshalb unterbrechen und sich in eine Klinikbehandlung begeben muss.

Eine erste wichtige Gegenübertragung des Analytikers lässt sich im Interview in der Formulierung finden, die subtil abschätzig erlebt werden kann: er (der Patient) scheinete sich vor der Anerkennung seiner Einschränkungen „zu drücken“ (S. 76). Wenn er hier als Drückeberger erscheint, rückt ihn das in die Nähe eines Müttersöhnchens, das sich immer wieder an die Mutter drücken und dem Leben ausweichen will. So gesehen kann in der Formulierung „sich drücken“ eine männliche aversive Gegenübertragung gesehen

⁶⁶ Heinrich Deserno (Sigmund-Freud Institut Frankfurt) bin ich dankbar, dass er diesen Beitrag zur Abrundung der Fallstudie verfasst hat. Diese Fallstudie wurde deshalb gemeinsam veröffentlicht (Kächele u. Deserno 2009).

werden, die das passive Triebglück – hier eine permanente „Schloss-Schlüssel-Passung/-Paarung oder -Beziehung“ verachtet; so wird in der Gegenübertragung die Angst vor dieser Art von Beziehung abgewehrt. Dadurch kann genau dieser Zusammenhang nicht bewusst gemacht und für die Veränderung des Patienten genutzt werden. Wenn der Analytiker diese Gegenübertragung längere Zeit nicht bemerkt und nicht bearbeitet, erschwert sie die Analyse und lässt sie schlimmstenfalls stagnieren, weil der Analytiker sich ständig dagegen wehrt, sich in eine präambivalente Verschmelzungsphantasie und den damit verbundenen Entwicklungskurzschluss, die Umgehung des positiven Ödipuskomplexes, einfühlen. Vermutlich wurde diese Beziehungsfigur bei den diagnostisch-psychodynamischen Überlegungen unter „narzisstischer Ich-Struktur“ subsummiert. Die aversive Reaktion des Analytikers mag außerdem mit einer nicht genügend hinterfragten analytischen „Haltung“ zusammen hängen, die es dem Analytiker verwehrt, sich vorzustellen und nachzuempfinden, er selber könne auch dieser geängstigte Patient sein. Lebensgeschichtlich spricht für diese Annahme, dass beschrieben wird, dem erstgeborenen Sohn sei die überängstliche und verwöhnende Mutter besonders zugetan gewesen, und weiter, wie früh und wann die Ängste des Patienten einsetzten: als in seinem 4. Lebensjahr der Vater von einer längeren Auslandsverpflichtung zurück kam (S. 77). Dürfen wir ergänzen, dass der Vater als Störenfried, als Bedrohung der besonderen Beziehung zwischen Mutter und Sohn von letzterem erlebt wurde?

Bis zum 12. Lebensjahr soll eine ausgeprägte Schulphobie bestanden haben. Sie besserte sich i. S. einer Wunscherfüllung: die reale Mutter näherte sich der Phantasie ihres Sohnes an, als sie ihn auf dem Schulweg begleitete und ihm die Hausaufgaben abnahm. Diese kompensatorische Besserung war jedoch nicht Ausdruck einer Weiterentwicklung des Jungen. Mit 12 fand der Umschlag kurzer sportlicher Aktivität in Passivität in eine Schonhaltung statt. Seither bestand die in die spätere Behandlung führende Symptomatik von Angstanfällen mit Tachykardien und Extrasystolen.

Weiterhin spricht für die Annahme einer unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung zur Mutter, dass der Patient ihr entgegen kam oder treu blieb, indem er überbrav wurde und ohne Anstrengung versuchte zum Ziel zu kommen; so würde er nicht von sich aus zur Loslösung von der Mutter beitragen. Seine spätere Auflehnung gegen die Mutter wird als erfolglos beschrieben, weil ihn die Zurückweisung durch eine Freundin so kränkte, dass er dekompenzierte – weil er die Trennungsaggressivität nicht anders bewältigen konnte? – und in die Klinik musste.

Die hier angenommene zentrale Beziehungsfigur könnte auch in der Besonderheit des Verlaufs zum Ausdruck kommen: in der besonderen Intensität von langer stationärer Behandlung und den nachfolgenden drei Jahren mit 600, dann über viele Jahre verteilten

weiteren 700 Stunden. Das lässt an eine „Wiederholung“, fast „schon „Wiederherstellung“ der besonderen Mutter-Sohn-Beziehung als latente Übertragungsbeziehung denken; vermutlich wurde im weiteren Verlauf durch „langes Kämpfen“ eine allmähliche „Entwöhnung“ von der beschriebenen problematischen Fixierung erreicht.

b) Zu den Träumen, ihrem Zusammenhang mit der Übertragung und ihrer Deutung

Die Vorbemerkung zur Fallstudie (S. 83) über den Stellenwert der Mitteilung von Träumen überhaupt, deren „kommunikative Funktion“ nach Kanzer (1955), und weiterhin der Hinweis dass Träume dann mitgeteilt werden, wenn das Ich eine neue Einstellung zum Konflikt einnimmt, dies aber regressiv bzw. wunschorientiert ausdrückt (Klauber 1969), führt hin zu Freud, der auf die Rolle des Traumes im Rahmen der Übertragung aufmerksam geworden sei (1923a, S. 310). Hierzu wäre eine Linie in der Literatur zu ergänzen, in der das Verhältnis von Traum und Übertragung explizit und spezifisch thematisiert wird. Sie beginnt meines Wissens bei Bertram D. Lewin und wird – neben den schon genannten Autoren – von F. Morgenthaler (1986) mit dem Begriff der „Traumtendenz“ bzw. der „emotionalen Bewegung im Traum“ fortgesetzt. Morgenthaler verknüpft die emotionale Bewegung im Traum mit der Übertragung. Ich habe diesen Zusammenhang als „funktionales Verhältnis von Traum und Übertragung“ präzisiert (Deserno 1992), was wiederum von Ermann (1992) aufgenommen wurde.

In der Fallstudie wird dann zuerst beschrieben, dass die „Einübung“ in die analytische Arbeit nicht leicht gewesen sei. Früh war dem referierenden Analytiker (H. K.) ein Gegensatz im Patienten aufgefallen, bestehend aus einer positiven Einstellung zur Behandlung und einer unbewussten Ablehnung der Bemühungen des Analytikers (S. 84). Eine wichtige Feststellung ist in diesem Zusammenhang, dass der Analytiker – so seine Deutung – vom Patient als Riese erlebt wird, der einem Zwerg, dem Patient, das Leben schwer macht.

Der erste berichtete Traum (in der 78. Stunde, ein wieder erinnertes Traum aus der Kindheit) ist, wie der Patient selbst sagt, eine „verwaschene“ Erinnerung. Er leitet ihn ein mit Einschränkungen wie: „Ich weiß nur ...“ und beendet ihn mit „sonst nichts“. Dazwischen kommen „drei nackte Mädchen“ vor, ohne jede weitere Beschreibung. Wegen der fehlenden Details muss man eine überstarke Regulierung der Affekte im Sinne einer Unterdrückung annehmen. Dadurch präsentiert sich der Patient dem Analytiker als „Unschuldiger“: „Ich weiß nichts.“ bzw. „sonst gibt es nichts.“ – Dass der Versuch, den Zusammenhang von Ekel vor dem weiblichen Genitale mit frühen Beobachtungen oder Phantasien zu klären, zum tachykarden Anfall führt, spricht für eine Intensivierung des Widerstandes und der Abwehr – diese Klärung ist nicht von einem Verstehen der aktuel-

len Situation zwischen Analytiker und Patient „getragen“ – was z. B. mit einer Deutung des Versuches, sich selbst als unschuldig darzustellen eher möglich gewesen wäre. Diese Traumdeutung bleibt im Analytiker-Patient-Verhältnis fragmentarisch.

Erst ab der 123. Std. geht es wieder um Träume. Der Analytiker verknüpft den Traum vom wiedererstandenen Großvater, der den Patient sehr erschreckt, mit der Mutter des Patient, was zwei Träume „auszulösen“ scheint: den Traum, in dem sein Schlüssel nicht mehr passt, und den Traum, in dem seine Mutter ihren Sohn nicht mehr erkennt. Der Analytiker gibt eine eher von der Theorie des Ödipuskomplexes orientierte Deutung – eine Deutung „von oben“: „... Sie werden ausgeschlossen, weil Sie eben zu klein sind ...“ Diese Deutung nimmt mehrere Schritte auf ein Mal. Dadurch schließt sie den Patient von der Erkenntnis eher aus und macht ihn klein.

Der Patient akzeptiert dennoch diese Deutung, wenn er sagt:

„Diesem bereits heftig strapazierten Schloss-Schlüssel-Traum lassen sich vielleicht noch folgende Seiten abgewinnen. Ich hatte also den Wunsch, mit meiner Mutter zu verkehren. Dies wird auch noch durch einen anderen Traum, an den ich mich erinnere, belegt. Das war natürlich nicht möglich für mich; hier kommt, glaube ich, irgendwie die Gestalt meines Vaters herein, vielleicht ist er derjenige, der mir den Schlüssel, sprich mein Glied, unbrauchbar kaputt gemacht hat.“

Das ist eine bemerkenswerte Passage, auch weil ihr um viele Stunden vorausgeht, dass der Analytiker die schon erwähnte Deutung vom Riesen und vom Zwerg bringt und dabei sagt: „Ja, und auch noch ein Riese, der Ihnen das, was er Ihnen gibt, in einer Weise gibt, dass da ein Stein geschmissen wird, der auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht.“ Es geht aus dem Zusammenhang nichts hervor, dass diese besondere Formulierung „auf Ihrem Schoß landet und alles kaputt macht“ vorher vom Patient eingeführt worden wäre. Sie kommt vom Analytiker. Mehr als 50 Stunden später wird sie im Zusammenhang mit dem vielstrapazierten Schloss-Schlüssel-Traum vom Patient verwendet: „... mein Glied unbrauchbar kaputt gemacht hat.“ Zwischen dem Analytiker und seinem Patient hat sich eine „Sprachgemeinschaft“ gebildet. Sie scheinen sich metaphorisch zu verstehen, wenn vom Riesen, vom Zwerg, vom Steinwurf, vom zu kleinen oder vom unbrauchbar kaputt gemachten Glied die Rede ist. Dieses Verstehen ist allerdings nicht eindeutig. Sie sprechen mehrdeutig über die Beziehung, die sich zwischen ihnen entwickelt hat. Das Schlüssel geht nicht mehr ins Schloss, das Glied nicht mehr in den Schoß – spricht das dafür, dass der reale Vater den Patient als kleinen Sohn aggressiv herabsetzte, ihn für sein Leben „im Mutterschoß“ verachtete? Taucht diese Kindheitskonstellation in der zu Anfang beschriebenen aversiven Gegenübertragung des Analytikers auf?

Bis zur nächsten Traumerzählung (Stunde 203) und einer wenig später stattfindenden Häufung von Traumerzählungen (Stunde 224) hat sich die Deutungslinie des Analytikers, dass er der große Vater ist, der aber machtlos sein, ja auch tot sein soll, ausdifferenziert.

Das alles ist wichtig für das Verständnis der „Schlüsselstunde“ (Stunde 202) und der sich anschließenden zwei Stunden. Der Patient kann nicht in das Zimmer seines Analytikers; er steht vor dem Schild: „Bitte nicht eintreten“. In der Stunde übernimmt der Analytiker stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie des Patienten, und er benennt das Motiv, warum der Patient nicht toben und schreien kann.

In der dann folgenden Stunde erinnert der Patient „erstmal einen rezenten Traum“, der im manifesten Inhalt voller aggressiver Handlung ist. Er endet mit großer Angst des Träumers. Ein langer Dialog zwischen Analytiker wird wiedergegeben, bestehend aus Fragen des Analytikers, Einfällen des Patienten, endend mit einer Selbst-Deutung des Patienten, dass im Traum „das Harte“ und „das Weiche“ sei, und dass er vor beidem Angst habe. Dieser Dialog repräsentiert nicht nur inhaltlich eine enge Zusammenarbeit, die im Kontrast zur früheren Ambivalenz des Patient steht; auch formal, z. B. was *prima vista* die Redeanteile betrifft, bewegen sich beide auf einer Ebene.

Zu der Katze im Traum, die den Patient so stark anzog, war ihm ein Mädchen eingefallen, was er seinem Analytiker aber erst in der nächsten Stunde „gestehen“ kann. Anschließend sei sein Symptom wieder stark aufgetreten. In der Falldarstellung wird überzeugend festgehalten (S. 91), dass sich hier der Macht-Ohnmachts-Konflikt verdeutliche, der Patient aber noch weit davon entfernt sei, dieser Auseinandersetzung sich stellen zu können – stattdessen stelle sich sein charakteristisches Symptom des Herzrasens ein.

Die Verbindung der Situation: „Verlassenwerden (und ohnmächtige Wut, H. D.), ausgelöst durch die anscheinend verschlossene Tür des Analytikers“ mit dem Verlassenwerden durch das Mädchen scheint zu passen; zu dieser Verknüpfung von aktueller Analytikersituation (inkl. Übertragung), äußerer Lebenssituation würde der ‚link‘ zur Vergangenheit gehören: er musste notwendigerweise die Beziehung zur Mutter verlassen bzw. verlieren. Dieser Verlust wurde durch das Symptom ersetzt, dessen libidinöse Komponente die Beziehung zur Mutter unbewusst wieder herstellt und dessen aggressive Komponente in sein Gewissen aufgenommen und von diesem gegen sich selbst gewendet wird.

Die Zusammenarbeit ist, wie schon gesagt, weniger asymmetrisch, auch wenn sie durch die Symptomatik wieder unterbrochen wird. Dass der erste, in der 225. Stunde erzählte Traum wiederum ein rezenter ist, noch dazu einer, in dem die Analytikersituation unmittelbar vorkommt, spricht m. E. für die erreichte Zusammenarbeit im spannungsreichen Feld von Übertragung und Gegenübertragung. Ich meine auch, dass die Gegenübertragung nicht mehr subtil aversiv ist, sondern eher zugewandt, was dem Patient er-

möglichst, auch im Traum die Analysesituation selbst zum Ort der Auseinandersetzung zu machen. Sowohl das Mitbringen rezenter Träume als auch die Verwendung der Analysesituation im Traum spricht für ein Überwiegen positiver Übertragungsanteile, für ein Nachlassen der ambivalenten Spannung in der Vater-Sohn-Übertragung. Es hat den Anschein, als seien die zu Anfang angenommenen aversiven Gegenübertragungsmomente in dieser Sequenz aufgelöst. Der Patient kann seinem Analytiker zeigen, dass er ihm wichtig ist – seine Traumerzählung könnte mit der Deutung fortgesetzt werden, dass es dem Patient – inzwischen – etwas ausmacht, wenn auch noch andere zu seinem Analytiker kommen. Nach einer Abwehrdeutung fallen dem Patienten zwei weitere Träume ein, in denen es um Straftaten und Schuld geht. Sehr schön wird gedeutet, dass der Patient mit seiner spezifischen Übertragung eine „Arbeitsteilung“ zwischen sich und dem Analytiker vorschlägt: der Patient begeht strafbare Taten und der Analytiker ist schuld. Der abschließende Traum vom Gespensterhaus stellt, wie auch beschrieben wird, die beginnende Aktivität des Patienten dem gefürchteten Objekt gegenüber dar. Hier setzt sich ein Wechsel im Übertragungsgeschehen fort, der vielleicht mit den „unentstellten Träumen“ begonnen hat: dass die Analyse und der Analytiker nicht mehr überwiegend mit der hochambivalenten Vater-Übertragung besetzt sind, sondern dass deren Bearbeitung eine Besetzung mit der diffusen Mutter-Übertragung ermöglicht.

Das Traummaterial aus den Stunden 318 und 320 setzt diese Linie fort: der Patient darf jetzt ein stinkender Sohn seiner Mutter sein, er darf nackt sein, was er lustvoll erlebt.

Am Traummaterial aus der Stunde 493 und seiner Bearbeitung wird m. E. deutlich, dass der Patient gegen seine beschriebene Fixierung auf die Mutter ankämpft, dass er das mütterliche Introjekt immer mehr konturiert.

c) Zusammenfassung

Die Zusammenfassung geht von der letzten Passage des Textes aus, in der festgestellt wird, dass die Arbeit am Thema „Macht und Ohnmacht“ noch nicht zu Ende gewesen sei, und die Frage gestellt wird, worum beide so lange gekämpft hätten.

Die analytische Arbeit fand an zwei „Fronten“ statt: auf dem Terrain der unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung zur Mutter und auf dem Terrain der unentwickelten Vater-Sohn-Beziehung. Das „Kämpfen“ von Patient und Analytiker richtete sich sowohl gegen die Akzeptanz des Analytikers als Vater-Figur – gegen den der Patient nicht antreten will – als auf die Analysesituation i. S. einer unbewussten exklusiven präambivalenten Phantasiebeziehung, die der Patient nicht aufgeben will.

Es ist auffallend, dass das Analysieren mit Hilfe von Träumen die Analyse voran bringt, selbst dann, wenn die Deutungen zunächst weniger treffend zu sein scheinen. Das liegt

daran, dass sowohl das Träumen als auch der in der Analyse erzählte Traum von Patienten als etwas Eigenes erlebt wird, als etwas selbst Hergestelltes, auch wenn es sie erschreckt. Sie sehen darin einen wichtigen eigenen Beitrag zur Analyse, und so kann sich um den Traum des Patienten und seine Deutung eben der gleiche Kampf entwickeln wie um andere Dinge. Zugleich ist der Kampf – anfänglich sehr stark, später dann weniger entstellt – auch im Traumgeschehen enthalten.

Immer wieder erweisen sich – nicht nur in dieser Behandlung – Traum und aktuelle Analysesituation „funktional“ miteinander verschränkt. Hier kann auf die Parallele von Schlaf-Traum-Zustand und psychoanalytischer Situation zurück gegriffen werden (Deserno 1999): Beiden Situationen ist gemeinsam, dass in ihnen die Motorik bzw. die Handlungsebene herabgesetzt ist, in Schlaf sogar aufgehoben ist. Die Übertragungssituation vermag jedoch, da sie über das Sprechen immer noch mehr Handeln als der Schlaf-Traum-Zustand zulässt, die Traumerlebnisse der Nacht gleichsam an sich zu ziehen. Im Schlaf erfordert der Handlungsaufschub eine (halluzinatorische) Wunscherfüllung über Bilder, in Liegen auf der Couch führt die motorische Einschränkung zu einer Stärkung des sprachlichen Handelns. Die funktionale Verschränkung geht jedoch noch weiter:

„... die Bedeutung, die ein Traum in der analytischen Situation bekommt, [ist] durch die Traumarbeit schon vorgebildet“ und: „Was wir schlafend im Traum erkennen, das können wir im wachen Zustand in der Übertragung wieder erkennen“ (Deserno 1992, S. 963).

Wenn der Analytiker sich von der klassischen Traumanalyse mehr löst und in seiner beobachtenden Teilnahme zwischen den erzählten Träumen und der Analysesituation hin und her gehen kann, dann fällt ihm eine Art „Ergänzungsverhältnis“ der unterschiedlichen Ausdrucksmittel von erzählten Traumerlebnissen und anderen Erlebnissen in der Analyse auf. Was der Patient in der Übertragung zu seinem Analytiker „sagt“, das „sagt“ er ihm mit seinen Traumerzählungen in anderer Weise – in der Sprache der Symboltheorie in präsentativer Weise. Zur Hypothese der funktionalen Einheit von Traum und Übertragung gehört auch, dass die aktuelle Übertragungssituation den Wert eines Tagesrestes für die Traumbildung hat und gleichzeitig über die Transformation des Erzählens in die Auswahl des Geträumten eingreift. Alle diese einzelnen Aspekte des funktionalen Verhältnisses von Traum und Übertragung tragen zusammen genommen dazu bei, dass das Erzählen eines Traumes in der Analyse hochspezifisch ist, eine Auffassung, die Morgenthaler vertrat (1986, S. 69). Auf dieses spezifische Moment kann der Analytiker vertrauen, wenn er mit seinem Patienten Träume deutet. Der jeweils erzählte Traum ist spezifisch nicht nur für die Situation, in der er geträumt wurde, sondern auch für die, in der er erzählt wird. Dieses spezifische Moment betrifft auch den Analytiker. Gemeint ist die Ü-

bertragung. Analog zur Übertragung, in der die unbewussten Motive des Patienten ihn zu bestimmten Handlungsweisen drängen, ist auch das Traumgeschehen zu verstehen, in dem zum selben Zeitpunkt dieselben unbewussten Motive zum Erzählen drängen. – Dies lässt sich an der vorliegenden Traumsequenz gut nachvollziehen.

4.4 Methodologische Reflexionen

Was nun haben wir vor uns: eine geglückte Darstellung eines klinisch relevanten Themas in Form einer konventionellen Falldarstellung und einen reichhaltigen Kommentar eines versierten Trauminterpretations-Spezialisten. Soviel sicherlich. Trifft nun die Feststellung Stuhrs (2004) zu, die in Kap. 2 angeführt wurde:

dass Fallberichte „für die Mitglieder der ‚analytischen Community‘ hinsichtlich didaktischer und identitätsbildender Zwecke von zentraler Bedeutung“ sind, „denn Fallberichte können ein lehrreiches Kommunikationsmittel sein“ (S. 65).

Oder sollte man die Frage der Glaubwürdigkeit aufwerfen dürfen, da immerhin das Rohmaterial, insbesondere das Traummaterial, auf der Basis von tonband-aufgezeichneten Sitzungen generiert wurde? Gewiss sind andere Lesarten dieses Materials denkbar, gewiss haben andere Traumdeuter andere Ideen, wie diese Träume zu lesen, d. h. zu interpretieren seien. Nach Specht (1981) sind nicht beliebig viele Deutungsentwürfe für einen Traum möglich. Er stellt in seiner Arbeit die Aufstellung und Überprüfung einer Traumdeutung dar, wobei er darauf verweist (S. 776), dass psychoanalytische Begriffe und Deutungsregeln einen „Horizont von Unschärfe“ haben und behalten, und in Übereinstimmung mit ähnlichen wissenschaftstheoretischen Positionen⁶⁷ vorschlägt (S. 783), „auch Traumdeutungen als rekommendative Interpretationen und nicht als deskriptive Aussagesätze aufzufassen“. Er macht den Vorschlag, den Traum im Sinne des supponierten Wunsches zu verstehen, auch wenn dieser Wunsch dem Träumer nicht bewusst ist. Mutatis mutandis darf man die hier vorgetragene Deutung der Traumserie über den Verlauf der Behandlung hinweg als eine begründet zu unterstellende Sichtweise begreifen, die andere Sichtweisen nicht ausschließt. Ein Kriterium könnte jedoch herangezogen werden, nämlich die weitere Entwicklung des Falles. Denn aus der hier vorgelegten Deutungslinie lassen sich Erwartungen formulieren, die an dem nachfolgenden Material, das ja reichlich zur Verfügung steht, geprüft werden können.

Damit wäre viel gewonnen. Fest steht, dass das Roh-Material – die Sequenz von berichteten und transkribierten Träumen – sich weiteren Interpretationsansätzen nicht entziehen würde. Es steht einer pluralistischen Diskussion zur Verfügung (Cooper 2007; Jiménez 2008). Diese dürfte jedoch keine wesentlich neuen Gesichtspunkte erbringen,

⁶⁷ Z. B. Schüle (1999)

wie die bisherigen Ansätze einer komparativen Diskussion gezeigt haben⁶⁸. Jede theoretische Richtung gewinnt dem Material ihre Sichtweise ab und versucht diese dem Patienten mehr oder minder erfolgreich nahe zu bringen (Pulver 1987; Streeck 1994). Sind also die jeweiligen Theoriesprachen des Therapeuten nichts als ‚Sprachspiele‘ für den Patienten, wie sie dem Kind beigebracht werden⁶⁹. Sind Träume als „Sprache der Seele“ (Dieckmann 1978) latent polyglott? Das würde heißen, dass das Rohmaterial immer erst durch eine theoretische Sichtweise erschlossen werden kann.

Als Gegenbewegung zu der Traumdeutungs-Kunst und ihrer Beliebigkeit, die in der Nachfolge von Freuds „Traumdeutung“ (1900) steht, ist das Werk von Moser und von Zeppelin (1999) zu sehen. In der „Laudatio zu Ulrich Mosers 80. Geburtstag“ führte ich folgendes aus:

„U. Moser u. I. von Zeppelin haben auf Thomas French (Chicago) Anregungen fußend – den (außer ihren Mitarbeitern) übrigens kaum jemand sonst in der deutsch-sprachigen Psychoanalyse gelesen hat – (oder kennt jemand eine deutsche Übersetzung?) das getan, was in der Wissenschaft so sein muss. Sie haben aus der Fülle der Erscheinungen, den erzählten Träumen, den geträumtem Traum postulierend geschaffen, und für diesen dann kognitive Prozesse herangezogen, die jeweils das Beste und Neueste aus der cognitive science und Entwicklungspsychologie darstellen. Und diesen schon angenommenen, unterstellten Prozesse wurden noch wieder darunter liegenden, angenommen Prozesse eingeführt, und das Ganze nennen sie ein Generierungsmodell des geträumten Traums. So könnte es funktionieren, sagen sie; das muss es nicht, aber es könnte auf Grund ihrer Annahmen so sein. Dass es funktioniert, zeigen sie dann an der Reichweite des generierten Modells, und plötzlich finden wir uns nicht nur in der Praxis der Psychoanalytiker, sondern sehen mit der Brille der Moserschen Mikrowelten das Kind im Spiel, verstehen wie Poesie entstehen könnte und selbst dem Wahn können wir Neues abgewinnen. War das nicht Freuds Wunsch-Traum – ein Modell für diese vielfältigen Erscheinungen“ (Kächele 2005).

Ein Schluß, der gezogen werden sollte, wäre, diese Traum-Texte mit der Moser’schen Kodierung zu analysieren; nur Mosers Methode ist ausgesprochen aufwändig, sodass er selbst nur exemplarische Beispiele – allerdings vielfältige (Moser 2005) - vorgeführt hat. Dankenswerterweise hat Doell-Hentschker (2008) – als wissenschaftliche Enkelin des Moserschen Ansatzes vermittelt durch Mosers Schülerin M. Leuzinger-Bohlebers – eine vereinfachte Version der Moserschen Traumkodierung entwickelt, mit der Traumserien analysiert werden können, wie sie auch am Beispiel einiger Träume

⁶⁸ Bernardi (2002) plädiert m. E. vergeblich. Seine Forderung „for true controversies in psychoanalysis“ wird nur dann Wirkung erzielen, wenn Einigkeit über Zielkriterien herzustellen wäre. In diesem Sinne wird auch unser eigener diesbezüglicher Beitrag für eine komparative Psychoanalyse (Thomä u. Kächele 2007) ins Leere stoßen, auch wenn Akhtar (2007) eine eindrucksvolle Kommentierung der Ulmer Position verfasst hat.

⁶⁹ H. Thomä berichtet ein besonders lustiges Beispiel aus seiner Londoner Zeit bei dem Gruppenanalytiker Ezriel. Dieser pflegte wohl bei einer gewissen Begeisterung den Ausdruck „penis“ in seinen Deutungen zu verwenden. Ein Patient der Gruppe beklagt sich nun: „but I don t like peanuts“.

dieses Patienten gezeigt hat (S. 267ff). Die Verankerung des Traummaterials in genau diesem einen psychoanalytischen Dialog ist jedoch nicht zu hintergehen⁷⁰. Damit wird ein ungelöstes Problem der Traumforschung angesprochen, das noch wenig Aufmerksamkeit gefunden hat (s. d. Ermann 1998). Wenn wir mit einer bipersonalen Fundierung des therapeutischen Geschehens ernst machen würden (Altmeyer u. Thomä 2006), wäre daraus der Schluß zu ziehen, dass es nicht zufällig ist, dass der Patient Christian Y diesem Analytiker genau diese Auswahl an Träumen angeboten hat. Mit Fontane möchte ich aber sagen: „Ach lass Luise, das ist ein weites Feld“.

⁷⁰ Vor vielen Jahren lehnten Gutachter einer hochkarätigen Zeitschrift eine Studie, die Veränderungen der Traumberichte von Freudianern und Jungianern im Verlaufe der Behandlung untersuchte, mit der Begründung ab, eine ‚baseline‘ von Träumen vor Beginn der Behandlung sei erforderlich (Fischer u. Kächele 1980/2009). Dass diese ‚baseline‘ wohl kaum zu haben ist, spielte keine Rolle.

Klinisch-systematische Verlaufsbeschreibung

5.1 Systematische Gesichtspunkte der Beschreibung

Vorbemerkung

Die bislang vorliegende Sammlung von umfangreichen Fallberichten weist nur einige Beispiele auf mit „systematischer Beschreibung“ eines psychoanalytischen Behandlungsverlaufes (z. B. Dewald 1972; Stoller 1974; vgl. Kap. 2). Die Gründe hierfür liegen zunächst einmal einfach in der materialen Fülle, die schon bei der Aufgabe, kurze Psychotherapieverläufe darzustellen, zu einer äußerst geringen Produktivität geführt hat (z. B. Deutsch 1949; Balint 1973).

Analytiker als Referent

Der Analytiker ist als Berichtender, als Referent einer Behandlung, immer Partei. Wie sollte er auch anders. Aus der dyadischen Position heraus findet er sich jeweils nach der Sitzung und nach Beendigung der Behandlung allein und mit sich selbst im inneren „Dialog“ über seine Erfahrung mit diesem einen anderen Menschen, den er nur durch die eigene Subjektivität erlebt hat (Kächele 1985)⁷¹.

Was passiert mit diesen Erfahrungen, wenn der Patient das Sprechzimmer verlassen hat und der Analytiker zu seinem Schreibtisch geht? In dem Moment, wo Analytiker und Patient sich trennen, ist die Phase der „psychoanalytischen Feldforschung“ (Kächele 1991) zu Ende; der Analytiker wechselt vom interaktiv strukturierten dialogischen Untersuchungsfeld und betreibt am Schreibtisch „klinische Forschung“. Diese Unterscheidung hat Ulrich Moser (1991) – durchaus etwas ironisch gemeint (mündl. Mitteilung) – mit den einleuchtenden Ausdrücken ‘online’ und ‘offline’ Forschung gekennzeichnet.

Soll dieses nachdenkende Handeln als „Forschung“ bezeichnet werden, möchte man herausfinden, inwieweit der einzelne Analytiker über eine funktionierende Rollendifferenzierung verfügt, also sein eigener Erforscher sein kann, der vom dem, von Bowlby (1982) für Kliniker als notwendig erklärten Prinzip der Handlungsleitenden Evidenzmaximierung abgeht:

⁷¹ Diese Erfahrung wurde in einem Projekt zum Liegungsrückblick mit Meyer (1988) systematisch dokumentiert.

„Ein Wissenschaftler muss bei seiner täglichen Arbeit in hohem Maße in der Lage sein, Kritik und Selbstkritik zu üben. In seiner Welt sind weder die Taten noch die Theorien eines führenden Wissenschaftlers – wie bewundert er persönlich auch sein mag – von Infragestellungen und Kritik ausgenommen. Es gibt keinen Platz für Autorität. Das gilt nicht für die praktische Ausübung eines Berufes.

Wenn ein Praktiker effektiv sein will, muss er bereit sein, so zu handeln, als seien gewisse Prinzipien und Theorien gültig. Und er wird sich bei seiner Entscheidung darüber, welche von diesen Prinzipien und Theorien er sich zu eigen machen will, wahrscheinlich von der Erfahrung derjenigen leiten lassen, von denen er lernt. Da wir ferner alle die Tendenz haben, uns von der erfolgreichen Anwendung einer Theorie beeindruckt zu lassen, besteht bei Praktikern vor allem die Gefahr, dass sie größeres Vertrauen in eine Theorie setzen als durch die Tatsachen gerechtfertigt erscheinen mag“ (Bowlby 1982, S. 200).

Ist es realistisch, dass er in der Lage ist, für seinen nachträglichen „Forschungsprozess mit einem Patienten“ auch alternative Deutungsentwürfe zu entwickeln, wie dies Edelson (1983) gefordert hat, die er dann auch zu erproben hätte? In dieser Phase des nachdenklichen Ordnen der Erfahrung kommt die gleichschwebende Aufmerksamkeit der psychoanalytischen Haltung zu ihrem vorläufigen Ende und der Psychoanalytiker wird zum schriftstellernden Sach- oder Fachbuch-Autor (Stein 1988).

Wie muss man in diesem Kontext die Immersion des Analytikers in den bewussten und unbewussten Interaktion-Prozess bewerten, der ständig durch seine innere Verbindung zum Patienten in seiner wie auch immer geschulten Reflexion beeinflusst sein dürfte? Gibt es einen optimalen zeitlichen Abstand zwischen einer Sitzung und deren Protokollierung? Wir wissen es nicht! Ändert sich die Einstellung des Analytikers bezüglich seiner ihn leitenden Ideen im Verlauf einer Behandlung? Ist diese abhängig von seiner jeweiligen Zufriedenheit mit den erreichten Fortschritten oder gar von seiner Gegenübertragung?⁷² Trotz der wahrlich umfangreichen klinischen Literatur von Psychoanalytikern, die sich auf deren eigene analytische Tätigkeit stützt, wurde diesen Fragen kaum Aufmerksamkeit geschenkt. Erst der kritische Blick von außen, z. B. durch einen Literaturwissenschaftler, wie von Marcus (1974) am Beispiel von Freuds ‚Dora‘ Fall gezeigt, kann die immanenten Konstruktionsprinzipien solcher Verarbeitungsprozesse aus dem veröffentlichten Material destillieren.

Das sorgfältige Studium einer einzigen psychoanalytischen Sitzung, die ich als ‚guinea pig‘ einem auswärtigen Kollegen zum ‚unpacking‘ nach der Empfehlung von Spence

⁷² Die doch sehr sparsame empirisch-systematische Literatur zur Gegenübertragung im aktuellen Therapiegeschehen (z. B. Singer u. Luborsky 1977; Bouchard et al. 1995) weist auf ein methodisch ungelöstes Problem hin. Die differenzierte Untersuchung des Phänomens in einem experimentellen Setting, wie dies Beckmann (1974) demonstriert hat, wird davon nicht berührt.

(1981, S.116) überlassen hatte, ermöglichte eine umfängliche Rekonstruktion des bei mir zu vermutenden inneren Verarbeitungsprozesses (König 2000).

Der klinischen Forschung des einzelnen Analytikers wird hier eine systematische Beschreibung des Behandlungs-Geschehens kontrastiert. Nicht mehr der behandelnde Analytiker, sondern eine mit dem klinischen Material vertraute Gruppe von Beurteilern sichtet und verdichtet das durch Verbatimprotokolle verfügbare Roh-Material zu systematischen Beschreibungen. Das Ziel dieser Bemühungen ist es, eine zusammenfassende Darstellung zu geben, die gleichzeitig durch Zitierung ausgewählter Belegstellen Hinweise darauf gibt, welche Fundierung die zusammenfassenden Aussagen im textuellen Material haben.

Die psychoanalytische Behandlung

Wie im 4. Kapitel skizziert, begann die psychoanalytische Behandlung mit der stationären Aufnahme in eine Medizinische Klinik und wurde zunächst fünfstündig im Liegen durchgeführt. Wegen des Schweregrads der Angstneurose musste Christian Y ca. 1¹/₂ Jahre stationär behandelt werden.

Die systematische Beschreibung

Die systematische Beschreibung eines Behandlungsverlaufes durch nicht an der Behandlung unmittelbar Beteiligte beruht neben der Kontrolle der Stichprobe auf den auszuwählenden Gesichtspunkten, die jeweils gemeinsam durch klinisch geschulte Leser⁷³ zusammengefasst werden. Die Überprüfung von Veränderungen ist nur dann möglich, wenn jedes Mal die gleichen Gesichtspunkte bei der Beschreibung zugrunde gelegt werden. Im Unterschied zu der Rating-Untersuchung, wie sie zwar zeitlich vorausgehend durchgeführt wurde, aber erst im 6. Kapitel dargestellt wird, wird das ausgewählte klinische Material in sequentieller Reihenfolge durchgearbeitet, um in der Gruppe die Veränderungen vor dem Hintergrund der bisher erfassten Verhältnisse zu erarbeiten.

Die Auswahl, die man aus der möglichen Vielzahl von Gesichtspunkten treffen muss, wird von den Fragestellungen geleitet, um die es bei dieser Beschreibung geht. Da die Entwicklung der Übertragung und ihre Beziehung zur Veränderung von Symptomatik und zwischenmenschliche Beziehungen des Patienten Christian Y untersucht werden sollen, stehen diese Gesichtspunkte im Mittelpunkt. Ebenfalls von großer Bedeutung ist die Beschreibung des Therapeuten, der als handelndes Wesen durch seine verbalen und averbalen Beiträge „neue Erfahrungen vermittelt und positive Identifizierungen ermöglicht“

⁷³ An der Erarbeitung dieses Materials waren Mitglieder der Forschungsgruppe (Dipl. Psych. Schaumburg, Dr. Grünzig) ohne Teilnahme des behandelnden Analytikers beteiligt. Ihnen sei hier gedankt.

(Thomä & Kächele, 1973, S. 350), dessen Beteiligung am Geschehen beleuchtet werden sollte.

Im Folgenden führe ich die Gesichtspunkte auf und gebe eine kurze inhaltliche Charakterisierung dessen, was jeweils unter dem einzelnen Gesichtspunkt aufgeführt werden sollte.

a) Äußere Situation des Patienten

Hierunter sollen die Bedingungen seiner Behandlung beschrieben werden. Es handelt sich um die Wohnsituation, seine motorischen Möglichkeiten, seine finanziellen Schwierigkeiten, etc.

b) Symptomatik des Patienten

Hier sollen alle klagenden Äußerungen des Patienten erfasst werden, wobei zwischen den Klagen, die sich auf die analytische Situation, speziell die Stunde, und Klagen, die sich auf Situationen außerhalb der Behandlung beziehen, unterschieden werden. Es soll auch darauf geachtet werden, insbesondere zwischen körperbezogenen Klagen und seelisch-bezogenen Klagen zu unterscheiden.

c) Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Hier sollen die Beziehungen des Patienten zu anderen Menschen beschrieben werden, wie sie im Erleben des Patienten in den Behandlungsstunden erscheinen. Sie werden hier immer gleichzeitig als Übertragungsphänomene wie auch als reale Fähigkeiten des Patienten, Objektbeziehungen herzustellen, aufgefasst.

d) Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Hier sollen von den Beobachtern des Behandlungsprozesses diejenigen Einstellungen und Gefühle des Patienten beschrieben werden, die sie auf Grund ihrer empathischen Teilnahme an der Behandlung des Patienten erfassen können. Dieser Beobachtungsrichtung erfordert eine emotionale Anteilnahme an der Behandlung: wir haben die Erfahrung gemacht, dass sich zwischen dem Leser und den protokollierten Aussagen des Patienten und Analytikers ein intensiver imaginiertes Dialog entwickelt. Hier werden auch divergente Ansichten zwischen dem behandelnden Analytiker und den Beobachtern auftreten, weil die Beobachter den Patienten aus einer anderen Perspektive sehen können als der Analytiker, der nie vollständig aus der Position dessen, der hier gehandelt hat, heraustreten kann. Es soll versucht werden die „Sicht des Patienten“ anhand einzelner konkreter Äußerungen in den Verbatimprotokollen zu belegen.

e) Psychodynamik des Patienten aus der Sicht des Analytikers

Hier soll die psychodynamische Beurteilung und Bewertung dessen erfolgen, wie nach Ansicht der Beobachter der Analytiker die Behandlungssituation versteht und diese dementsprechend deutend aufarbeitet. Allerdings liegt der Schwerpunkt dieser Kategorie auf der Interpretation dessen, was vom Patienten mitgeteilt wurde. Erst die folgende Kategorie greift den Standpunkt des Analytikers auf und expliziert dessen technische Verfahren, womit auch eine Kritik dessen verbunden sein kann.

f) Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Hier soll, wie oben erwähnt, der Analytiker als Partei am analytischen Prozess abgehandelt werden. Im Gegensatz zur oben ausgeführten intersubjektiv erzeugten Be-Wertung des Patienten soll hier der Versuch gemacht werden, festzustellen, wie der Analytiker faktisch mit der Situation umgegangen ist, wie er auf sie reagiert hat.

Im Folgenden gebe ich eine Zusammenstellung der klinisch-qualitativen Ergebnisse, die durch intensive Gruppendiskussionen hergestellt wurden. Die Darlegungen der einzelnen Gesichtspunkte im Verlauf könnten wahlweise synchron, d. h. zu jedem Zeitpunkt alle Gesichtspunkte zusammen zu stellen, oder diachron, d. h. für jeden Gesichtspunkt eine längsschnittliche Darstellung zu geben. Hier wurde eine synchrone Darstellung gewählt (Kap. 5.1); abschließend wird eine zusammenfassende Darstellung der einzelnen Gesichtspunkte versucht (Kap. 5.2).

Da es faktisch unmöglich ist, das gesamte Material dieses 500stündigen Abschnittes der psychoanalytischen Behandlung lesend und beurteilend zu bewältigen, wurde beschlossen, mit einer zeitlich geschichteten Stichprobe zu arbeiten. Die leitende Annahme war, das kontinuierliche prozessuale Geschehen in regelmäßigen Abständen zu beobachten und auszuwerten. Es wurde angenommen, dass der Behandlungsprozess als Kontinuum anzusehen sei; eine Veränderung des Systems Patient-Analytiker, die zu einem Zeitpunkt 1 auftritt, würde zu einem späteren Zeitpunkt 2 nachwirken. Die Beziehung zwischen Patient und Analytiker wird in diesem Ansatz als probabilistisches System interpretiert, welches sich im Laufe einer Behandlung langsam verändert. Über die Geschwindigkeit der Veränderung klinischer Variablen – wie z. B. Übertragung – waren allerdings aus der Literatur keine detaillierten Angaben zu entnehmen. Als Abgleich zwischen dem Wunsch möglichst eine engmaschige Stichprobe zu wählen und dem zu erwartenden Aufwand wurden in regelmäßigen Abständen von 50 Sitzungen jeweils fünf

Sitzungen als Stichprobe untersucht. Die folgende systematische Beschreibung umfasst den Zeitraum von Sitzung 001-505⁷⁴.

Von der klinischen Erfahrung her schien es sinnvoll, zwischen kurzfristigen Schwankungen der Ausprägung klinischer Phänomene innerhalb einer Stunde, innerhalb weniger Stunden und zwischen länger dauernden Veränderungen psychodynamischer Konstellationen zu unterscheiden. Es wurde angenommen, dass über die kurzfristigen Schwankungen z. B. der Übertragungskonstellation hinweg relativ stabile Muster psychodynamischer Konfigurationen existieren, die den Verlauf des Behandlungsprozesses erkennbar werden lassen. Aufgrund dieser Überlegungen wurde sowohl für die zeitlich vorangehende Rating-Studie (s. Kap. 6) als auch für die systematische Beschreibung aus der verfügbaren Gesamtstichprobe 11 Stichproben gezogen, die im Abstand von 50 Stunden jeweils 5 aufeinander folgende Stunden umfassen.

(Dieses Roh-Material in Form der Verbatim-Prokollé ist für weitere wissenschaftliche Fragen durch die ULMER TEXTBANK zugänglich).

Periode	Sitzungen
I	001 - 005
II	051 - 055
III	101 - 105
IV	150 - 155
V	201 - 205
VI	251 - 255
VII	301 - 305
VIII	351 - 355
IX	401 - 405
X	451 - 455
XI	501 - 505

Tab. 3: Übersicht über Perioden und Sitzungen der Behandlung

⁷⁴ Alternativ böte sich an, eine zufällige Stichprobe aus dem gesamten Korpus zu ziehen, wie Neudert et al. (1987) am Fall Amalie X. Allerdings zeigten sich bei dieser Studie doch zufallsbedingt erhebliche zeitliche Lücken.

5.2 Die synchrone Darstellung der 11 Perioden

Periode I (Std. 1-5)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient muss wegen der Intensität seiner Beschwerden stationär behandelt werden. Sein Studium ist unterbrochen, er kann sich auch nicht aus eigener Initiative weiterbilden. Seine Kontaktmöglichkeiten sind stark eingeschränkt.

P.: ja, ich habe gerade gedacht, was ich unternehmen soll, weil ich mich allmählich doch sehr an das Krankenbett gewöhne, überhaupt nicht mehr rausgehe, ich traue mich auch gar nicht mehr . plötzlich habe ich den Mut verloren rauszugehen, spazierenzugehen für ein, zwei, drei Stunden.

T.: Sie gehen gar nicht aus dem Krankenhaus raus, jetzt, überhaupt nicht?

P.: ja überhaupt nicht mehr. ich finde einfach keinen Kontakt mehr. ich bin noch leutescheuer geworden als ich es bisher gewesen bin. ich glaube, ich betrachtete das Krankenhaus als eine Art sicheren Hort, von dem ich mich nicht mehr weg wage, dass ich mich nicht mehr in das feindliche Leben hinaustrae oder sonst wie.

Auf der Station der Medizinischen Klinik ist er vorwiegend auf Gespräche mit Mitpatienten oder Krankenhauspersonal angewiesen, die er allerdings nicht intensiv ausgestalten kann.

Symptomatik

In der ersten (tonband-registrierten) Sitzung verwundert sich der Patient:

P.: übrigens geht es mir besser, ich habe weniger Depressionen in der letzten Zeit. die einzige Angst, die ich momentan eigentlich habe, ist, dass es mir schlecht wird oder dass es zu Tachykardien kommt.

Diese symptomatische Besserung hält an, wie der Pat. in der dritten Sitzung bemerkt:

P.: ich habe jetzt seltsamerweise auch weniger Angst vor dieser paroxysmalen Tachykardie seit gestern. sonst habe ich jede Nacht vor dem Einschlafen Angst, dass ich das bekommen werde, weil ich die meistens im Schlaf bekommen habe. aber gestern hatte ich das seltsamerweise nicht mehr und äh heute war ich nur kurzzeitig aufgeregt. Da hatte ich auch ziemlich hohen Puls, ... vielleicht hundertvierzig hundertfünfzig aber, das beunruhigt mich gar nicht mehr so sehr, wie bislang, – das ist wohl auch ein Erfolg der Behandlung.

In den weiteren Stunden findet die Symptomatik kaum noch Erwähnung.

Die initial geklagten Ängste beziehen sich vor allem auf Leistungssituationen (Spaziergehen, Bücher lesen) und Situationen zwischenmenschlicher Nähe (Mitpatienten, Mädchen). Pat. klagt öfters über Augenflimmern.

Vorstellungen von außeranalytischen Beziehungspersonen

Verständlicherweise berichtet der Patient von seiner Wanderung von Arzt zu Arzt, wodurch erhebliche Erwartungen an den Therapeuten angesammelt wurden. Die Eindrücke von den verschiedenen Ärzten und deren Einschätzung seiner Krankheit (Sensibilität, Veranlagung, Sexualität) wird in dieser Periode eingebracht.

P.: da äh, hat er ja schon mich wollen an diesen Professor *4489 in *2 überweisen. - dessen Chef ja dann gesagt hat, er selbst sei für solche Fälle gar nicht eingerichtet -- was wahrscheinlich nicht wahr ist, aber ich denke mir, dass sie mich nicht unter, Neurotikern unterbringen wollten oder weiß Gott sonst was. --- er meinte ich sollte da in die psychotherapeutische Ambulanz aber, das gibt es gar nicht. - in *2. das behauptet wenigstens dieser Professor *3210 oder wie er doch gleich hieß. --- damals hatte ich wie gesagt ambulant behandelt werden sollen. ich habe dann mit Doktor *W einen heftigen Kampf geführt, bis ich ihm klarmachen konnte dass ich ambulant, unmöglich, das durchstehen könnte weil, ich eben diese blödsinnige Phobie da habe - und da hat mein Onkel der in *578 wohnt, der hat dann äh dieses *Ulmer Zentrum aufs Tapet gebracht und das habe ich dann Herrn Doktor *W +vorgeschlagen.

Ein weiteres bedeutsames Thema sind seine Beziehungen zu Mädchen, mit denen die Auslösung einer Störung zusammenfällt; diese repräsentieren keine aktuellen Partner, aber spielen im Erleben eine bedeutsame Rolle:

P.: es fing gleich an mit meiner ersten Freundin, in der ich in die ich sehr! schwer verliebt war und die für mich eine, große Enttäuschung bedeutete die habe ich dann einfach sitzen lassen weil sie nicht der Mensch war,

T.: was war denn enttäuschend an ihr?

P.: ach das kann ich eigentlich gar nicht sagen das ist lächerlich?

P.: sie schien+ mir irgendwie äh zu wertlos.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient vermittelt den Eindruck, dass er sehr bemüht, fast überangepasst versucht, die Behandlung in der richtigen Weise aufzunehmen. Die Form seiner Kontaktaufnahme ist die Position eines Bittstellers:

P: ich bin ja immerhin auf meine Art ein Bittsteller, nicht wahr? ha ja das ist ja, weiter nicht wichtig. die Hauptsache ist dass ich, - nicht das getan habe was ich befürchtet habe. Im Übrigen bin ich sehr froh, mein Puls ist meistens schön ruhig, - für mich ist das, diese Behandlung, wie eine Art letzte Prüfung ob ich jetzt nun für das Leben taue oder nicht ich war ja bis zu / der Meinung, dass ich meine zweiundzwanzig-einhalb Jahre umsonst gelebt habe. -- dass ich hier, so scheint es mir wenigstens gewissermaßen um meinen Kopf rede. verstehen Sie wie ich das meine -- das wär jetzt auch wahrscheinlich wieder, ein Grund, weshalb ich vorhin Bittsteller sagte.

Er fragt eifrig nach, sucht Nachhilfe-Unterricht bei psychologischen Fachausdrücken, dem vom Analytiker Selbstbewusstsein eingeflösst werden soll (Std.3). Bewusst bringt der Patient eine positiv getönte Erwartungseinstellung (s.o.) zum Ausdruck; gleichzeitig drückt er eine merkwürdige Erwartungsvorstellung aus, auf die der Analytiker richtig gehend anspricht:

P.: es ist eigentlich nur, dass ich wissen möchte wie das funktioniert ..., ob man da das Bild von verwirrten Fäden gebrauchen kann oder von Verkrampfungen in meinen Gedanken oder sonst was, zu entwirren oder zu lösen, und dass eben mit der Aufdeckung der Widerstand, den ich beim Sprechen zu überwinden habe, und so weiter, ob das damit erzielt wird? oder wollen Sie bisher nur eben ein bisschen mich. so weit von Wichtigkeit kennen lernen? mich in Sie aufsaugen, wie ich das.

T.: das meinte ich ja, dass es sehr beunruhigend für Sie sein muß, diese Vorstellung, aufgesaugt zu werden, da würden Sie ja verschwinden, da wäre ja nichts mehr vorhanden.

P.: nein, das nicht.

T.: wenn Sie aufgesaugt werden?

P.: ja, sicher, aber sagen wir ein Abbild von mir.

T.: und wenn Sie aufgesaugt werden wie von einem riesengroßen Schwamm, der Sie ansaugt und aufsaugt?

P.: vielleicht habe ich das etwas ungeschickt ausgedrückt.

T.: ich weiß nicht, ob das unglücklich ist wenn wir es ernst nehmen auf, daraufhin, dass ja auch. gegeben ist in dieser Formulierung, dann ist es eben ein Aufgesaugt werden, ein Verdaut werden total.

P.: aber ich spüre das eigentlich beängstigend in einer Weise.

Im Hintergrund stehen erhebliche Zweifel allgemeiner Art – nämlich an den Fähigkeiten von Ärzten überhaupt – wie auch konkreter Art, ob dieser eine Arzt ihm helfen kann. Seine positiven Erwartungen schränken den Patienten in der Möglichkeit ein, eventuelle Kritik und Zweifel jetzt schon laut werden zu lassen. Er hält bewusst Material zurück, um

den Analytiker nicht zu „vergellen“. Seine Fragen zielen darauf ab, zu erfahren, wie er es gut machen kann.

Psychodynamik

Die Gestaltung der Arbeitsbeziehung wird von dem großen Bedürfnis des Pat. bestimmt, sich zu unterwerfen („es geht um Kopf und Kragen“ {Std. 04}) ohne dass er doch bedeutsamen Anderen, dem Analytiker dabei auf den Wecker fallen darf. Er möchte vieles konkret wissen, sich beeinflussen lassen:

P.: man sagt Freud habe das, Triebhafte überbewertet. - und das ist eben mein Wunsch dass ich von Ihnen, erfahre was richtig ist das hab ich Ihnen ja, vorgestern gesagt. weil ich ohne fremde Anleitung hab ich gesehn, mich einfach nicht mehr zurechtfinden kann. - und da sind Sie eben für mich - der kompetenteste, Mensch.

Die Schilderung seiner Beziehungen zu Mädchen lassen unbewusste Phantasien über Kontakte, Nähe und Sexualität erschließen und sind von einem narzisstischen Element geprägt:

P.: ja das brauchte ich auch äh manchmal zur Selbstbestätigung gewissermaßen es konnte sein dass ich mir auch äh wie es auch einige Male der Fall war ein Mädchen herausgesucht hatte das nicht besonders hübsch war aber aufgrund irgendwelcher Eigenschaften eben äh sehr viele Verehrer hatte. und dann wollte und musste ich unbedingt der sein der sie dann letzten Endes abgeschleppt hat.

Der Patient verknüpft seinen körperlichen Zustand mit Selbstbefriedigung (Std. 5):

P.: ich empfand manchmal äh nach der Selbstbefriedigung, heftige Übelkeit aber, das war immer grundsätzlich verbunden mit, wie gesagt Reue oder Schuldgefühlen. -- äh wenn ich irgend einen Zustand heftiger, sexueller Erregung bekam und, dann die, das als gewisse Not empfand und, aus dieser Not heraus äh die Selbstbefriedigung beging, dann hatt ich regelmäßig diese, Schuldgefühl und auch, hinterher, lange Zeit Übelkeit und heftiges Herzklopfen. -

Zwei Dimensionen seiner Psychodynamik sind demnach bestimmt von Schuldgefühl und Bequemlichkeit:

P.: weil ich einfach bislang die Erfahrung gemacht habe dass ich auf die Dauer, um nur zwei Beispiele zu nennen, von was wir bis jetzt geredet haben meine Bequemlichkeit meinetwegen oder, mein Mangel an Selbstvertrauen. das allein genügt mir schon, mich als nicht, um einen übertriebenen Ausdruck zu gebrauchen, lebensfähig zu bezeichnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Der Analytiker sucht eine Förderung der analytischen Beziehung durch verschiedene technische Manöver zu erreichen: Ermutigungen, direktes Ansprechen von Ängsten, Widerstandsdeutungen, Beantwortung von Fragen, um die Arbeit zu fördern. Er greift verschiedener psychodynamischer Inhalte auf und arbeitet den narzisstischen Objektwahl des Patienten heraus.

Ein typisches Beispiel aus der 1. Sitzung zeigt, wie der Analytiker recht unmittelbar im Sinne einer Gillschen r-x Intervention vom konkreten Sitzungsdetail auf die Lebenssituation des Pat. verallgemeinert:

- P.: manchmal wenn Sie so still sind, hab ich das Gefühl, dass ich etwas falsch mache, irgendwie nicht den Sinn meiner Behandlung begriffen zu haben.
- T.: jedenfalls wird dies wie auch im Leben dazu beitragen, dass Sie beunruhigt werden, wenn Sie nicht gleich wissen, wie Sie dran sind, wenn Sie nicht sofort eine Antwort bekommen aus der Sie entnehmen können, dass es recht ist was Sie machen, denn damit scheinen Sie in Unruhe oder auch in Angst zu geraten.
- P.: ja, jedenfalls ist das für mich eine fremde Reaktionsweise, wie ich überhaupt manchmal das Gefühl habe, nicht zurechtzukommen, wenn ich mich so ausdrücken darf, weil Sie sich anders verhalten und anders reagieren als Menschen mit denen ich mich normalerweise unterhalte.
- T.: das ist richtig, ja, dass ich mich nicht so verhalte wie Sie das gewohnt sind in Ihrem alltäglichen Leben, das heißt, dass ich nicht sofort eine Frage beantworte oder schweige auch mal und manches daraufhin betrachtet wird, was es bedeuten könnte, während Sie besonders stark darauf angewiesen sind, dass sofort irgendwie eine Reaktion kommt von anderen, die Sie sehr brauchen; sogar um dann wieder sich sicherer zu werten, eine ganz bestimmte Orientierung zu haben.

Kommentar: Bei dem Versuch, die Arbeitsbeziehung zu etablieren, ist der Analytiker stellenweise sehr aktiv (direktiv, suggestiv). Die Beurteilergruppe hat den Eindruck, dass der Patient dadurch zu sehr in eine passive Position gerät. Die Hilfsangebote sind sehr massiv und scheinen von der Erwartung auszugehen, dass der Patient innerhalb weniger Stunden die analytische Arbeit erlernen könne.

Periode II (Std. 51-55)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt weiter im Krankenhaus: er klagt „das ewige Krankenhaus, aber eine andere Möglichkeit gibt es nicht“ (Std. 54); an den Wochenenden fährt er zu seinen Eltern nach Hause; allerdings äußert er:

P.: ein Grund weshalb ich nicht nach Hause möchte ist weil ich da, ja für meine Studien nichts tue erstens, die Fahrt, und zweitens hab ich zu Hause viel zu viel Ablenkungen als dass ich, da mich überwinden könnte zu einem Buch zu greifen. ----- muss zugeben ich habe es eigentlich sehr gut zu Hause, aber ich will einfach, raus ! aus diesen Verhältnissen.

Er benennt als Problem, dass er nicht so oft in die Stadt gehen kann, wie er möchte. Dies ist biographisch aufgeladen; in die Stadt gehen = Mädchen treffen, die er haben möchte etc.

Symptomatik

Einige Stunden vor dieser Periode waren Suizidgedanken vorhanden gewesen. Kein aktuelles Klagen über körperliche Symptomatik, aber über Ängste wird weiterhin berichtet (Std. 51):

P.: das sind für mich ein paar wenige Dinge, die aber anscheinend in unerreichbarer Ferne liegen, einmal, dass ich diese Herzanngst verliere, zum anderen, dass ich wieder ohne Beschwerden in die Stadt kann, weiter, dass die alberne Angst vor Mädchen beseitigt wird, und dann noch, dass ich meine Position im Leben festige oder auch dadurch, dass es mir gelingt, endlich fest zu arbeiten und dass ich wenigstens etwas Selbstbewusstsein gewinne. dass ich in mir selbst einen Halt habe, der mir die Möglichkeit gibt, den Kampf mit dem Dasein aufzunehmen

Der Patient formuliert selbst zu diesem frühen Zeitpunkt die Befürchtung „wann immer mir Zuneigung fehlt, reproduzierte ich diese Tachykardien (Std. 53). In diesem Zusammenhang erinnert er an einen schweren Anfall des Großvaters bei seiner Kommunion, den er mit dem Beginn seiner Tachykardien im Alter von 12 Jahren kurz vor dessen Tod verknüpft.

Seine aktuelle depressive Stimmung zeigt sich insbesondere in der 54. Stunde:

P.: mir ist die Stimmung wieder so auf den Nullpunkt gerutscht, Herr Professor, weil ich einfach nicht weiß, wie das weitergehen soll. ich lebe gewissermaßen von der

Hoffnung, dass ich eines Tages wieder auf eigenen Füßen stehe, aber offensichtlich gelingt mir der Durchbruch nicht.

T.: ja, es hat Sie wieder etwas entmutigt. oder was war?

P.: ich weiß eben nicht. es ist zum Beispiel auch der Gedanke unerträglich, nie zu wissen, ob ich wirklich dahin kommen werde, wo ich will. was ich mir wünsche. je länger die Behandlung dauert, desto mehr verstärkt sich der Eindruck, dass meine Genesung in immer größere Ferne rückt. dann der Gedanke, ich bin ohnmächtig und kann nichts dazu tun, dass es besser wird, bin da irgendwelchen Umständen ausgeliefert, die ich nicht kenne, die ich nicht zu beherrschen vermag. und oben-drein dieses trübe Krankenhausdasein, Woche für Woche, Monat für Monat, und kein Ende abzusehen.

In der folgenden Sitzung bessert sich seine Stimmung wieder und er kann selbst folgendes formulieren:

P.: Was mich die letzten Tage bekümmert hat und was wohl auch einen guten Teil meiner gestrigen Depression ausgemacht hat, ist dieser Gedanke meines derzeitigen Einsiedlertums, dass ich mich einfach nicht wie ein normaler Mensch frei bewegen kann, nichts unternehmen kann, meinetwegen, dass ich nicht ausgehen kann, beispielsweise zum Tanzen, dass ich da so an das Zimmer gefesselt bin. Und da ist wieder ein Gedanke, bei dem sich die Katze in den Schwanz beißt: es scheint so, dass, wenn ich eine Freiheit wieder bekommen oder neu entdeckt habe, zum Beispiel Spazierengehen, ich diese zuerst erproben muss, damit sie mir eigen wird. Auf Mädchen bezogen, heißt es, ich müsste mich mit Mädchen abgeben, damit ich langsam aber sicher die Angst davor verliere, das kann ich aber nicht, solange ich eingesperrt bin. und solange ich diese Angst habe, freut mich das Leben nicht. Da finde ich wieder nicht raus.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Klärung dieser aggressiven Konstellation in der Interaktion ermöglicht im Folgenden im Kontext einer stimmigeren Beziehung die Beziehung zum Großvater sehr plastisch zu erarbeiten (Std. 53)

P.: was vielleicht noch zu einem Konflikt geführt haben mag ist die Tatsache, dass mein Großvater von dem ich erzählte, mit dem ich mich, besonders in den ersten, Lebensjahren viel abgab, so grundverschieden war von meinem Vater. Mein Vater war, so die ersten paar Jahre nach meiner Geburt zwangsweise in Kriegsgefangenschaft; nach dem Krieg, da steckte ich mehr, bei meinem Großvater mein Großvater, war ein Mann von umfassendem Geist der, für alle Dinge aufgeschlossener war

als mein Vater ist. Mein Vater äh kennt und braucht {nur} ein paar Dinge, zum Leben und mir gefällt, diese andere Art besser.

Es wird deutlich, dass sich die beiden folgenden Generationen (Mutter, Patient) in der Herzsymptomatik mit dem Großvater (mütterlicherseits) identifizieren. Hinter der Herzsymptomatik steht eine Trennungsproblematik. Von dem Bild des Großvaters scheint heute noch wichtig zu sein, dass dieser zwar vielseitig interessiert, aber nicht besonders aktiv war. Für das Empfinden des Kindes schien diesem alles in den Schoß zu fallen: der Großvater hatte immer Zeit, trotzdem konnte und wusste er vieles. Die Mutter lässt keine Selbständigkeit zu: Gleichsetzung Mutter – Mädchen – Bindung. Es wird sowohl die Vergangenheit als auch die Gegenwart bearbeitet, letztere vorwiegend in der Übertragungsbeziehung. Der Vater zeichnet sich durch Abwesenheit aus, erst real, dann psychisch.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient spricht aus, dass er dem Analytiker gefallen möchte (Std. 51):

P.: ich habe mir darüber Gedanken gemacht, warum es mir so schwer fällt, mich. Ich bin auf folgendes gekommen: erst mal ist es mir ja, wie Ihnen bekannt, von Anfang an schwer gefallen, mir selbst, ich habe mich sogar dagegen gesträubt, mir selbst klarzumachen, dass es für mich wichtig ist, dass ich Ihnen gefalle, Sie erinnern sich vielleicht, dass ich einmal davon sprach, Doktor X. hat da gesagt, man brauche da ein bestimmtes Vertrauensverhältnis, ich nannte als Beispiel Vater oder Bruder. Sie fragten darauf, ob mir da noch ein weiterer Begriff einfiel. Da habe ich gekniffen. Mir fiel das Wort Freund ein und weiter habe ich in diesem Zusammenhang vor folgendem Angst: Sie wissen, wie wichtig es wär, ein Mädchen zu finden, da mir gefällt, und nun habe ich in diesem Zusammenhang Angst vor einer Identifikation eines solchen vorgestellten Mädchens mit Ihnen, weil die daraus resultierenden Ergebnisse, die ich mir vorstelle, unter Umständen für mich peinlich sind.

Die Identifizierung von seinem Werben um den Analytiker mit seinem Werben um Mädchen löst den Gedanken an Homosexualität aus. Es tritt ein Gefühl der Schwäche auf, wenn die homosexuelle Einstellung zu Vätern eingestanden wird. Das Übernehmen des Sinns des Lebens vom Vater bedeutet Schwächung, macht Angst, ist nicht möglich. Suizid bedeutet Abwehr von homosexuellen Impulsen. Auseinandersetzung Analytiker – Patient = Riese – Zwerg, David – Goliath (Steine ...). Dies ist der narzisstische Aspekt des Rivalisierens. Abwehr gegen Rivalisieren: hundertprozentige Größe oder hundertprozentige Kleinheit.

Die Dynamik der Interaktion wird von der Untersuchung der Groß-Klein Konstellation bestimmt; jeder mögliche Erfolg des Patienten wird vom ihm als Erfolg des Analytikers

verbucht, was wiederum den Patient klein macht. Das Handeln des Analytikers verbindet sich für den Patient zu einer Machtlosigkeit, die ihm seine Unfähigkeit vor Augen führt. Jede aggressive Regung, sich dagegen aufzulehnen, wird durch einen mahnenden Zeigefinder blockiert (Std. 51):

P.: mhm, aber ich fürchte, das wird das nächste Mal wieder dasselbe sein. Sicher, ich hab die Einsicht gewonnen, dass da in meiner Vorstellung immer irgend jemand ist, der mir eins draufgeben will, wenn ich das und das tue, wie etwa meine Mutter früher zu mir gesagt hat: der liebe Gott sieht alles und straft dich dafür. Aber die Angst bleibt mir nach wie vor erhalten, obwohl ich ja schon bald gar nicht mehr an den lieben Gott glaube. Die Drohung ist geblieben. Sie beherrscht anscheinend nach wie vor mein Denken. Ich bin da in einem Netz gefangen.

Psychodynamik

Der neurotische Zirkel wiederholt sich: Trennung kann nur als totaler Schnitt oder als Enge empfunden werden. Äußert man Aggressionen, kommt es zu diesem Schnitt, äußert man keine Aggressionen, bleibt man in der Enge; dies deutet der Analytiker (Std. 52):

T.: ... ich meinte, dass Sie ja bemerkt haben an Ihrem Verhalten hier, dass Sie manches, was dem Gefühl und der direkten Auseinandersetzung zugehört, dass Sie das hier vermeiden und also sowohl sehr heftige Gefühle der Sympathie, der Zuneigung, als auch heftige kritische Stimmungen..

Die Ambivalenz zum Großvater wird deutlich. Der Patient empfindet bei seiner Kommunikation Schuldgefühle, weil er im Mittelpunkt stand und nicht der Großvater. Diese Schuldgefühle wie einiges andere weisen darauf hin, dass das Konkurrieren mit dem Großvater (als Vaterersatz) sich vorwiegend unbewusst abgespielt hat. Rivalität zum Großvater besteht in der körperlichen Symptomatik. Als die Aggressionen gegenüber dem Großvater in der Analyse anklingen, verschlechtert sich das Befinden des Patienten. Seine Aggressivität wird in körperliche Destruktion umgesetzt. Bei der Bearbeitung der Trennungproblematik geht der Analytiker auf die aggressiven Gefühle ein, die ursprünglich dem Großvater galten, dann ihm als innerem Objekt gelten; dadurch wird die depressive Situation verstärkt.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Im Vordergrund steht die Bearbeitung der Kränkbarkeit des Patienten, wegen der es immer wieder zu „Zwickmühlen“ (Verhalten des Analytikers nach der Suiziddrohung des Patienten) kommt (Std. 52):

T.: und es fällt Ihnen schwerer, dazu zu kommen, sich zu überlegen, warum Sie sich so und nicht anders verhalten, zum Beispiel, dass Sie sich jetzt anschuldigen, weil Sie noch von einem schlechten Gewissen getrieben sind für die Erpressung, wobei die Erpressung ja davon motiviert war, dass Sie endlich über diesen Umweg, weil es direkt Ihnen so schwer fällt ..., etwas darüber zu erfahren, ob ich mich um Sie kümmerge oder nicht. Und das ist das Merkwürdige, dass das in dem Moment, in dem Sie das merken, beinahe schon wieder eine Art Niederlage wird. Sie erinnern sich an Ihren Satz: jetzt haben Sie mich wieder rumgekriegt.

P.: ja, mhm.

T.: obwohl damit etwas in Erfüllung ging, wozu ich Sie, ich möchte sagen, dazu verführt habe, dazu gewonnen habe, sich nicht umzubringen, ist es dann beinahe wieder wie eine Niederlage, für die Sie sich schämen.

Der Analytiker versucht, die Bedrohung möglichst körpernah deutlich zu machen. Er lässt den Patienten Erfahrungen machen, dass Aggressionen geäußert werden dürfen. Sehr intensive Arbeit an der Übertragung. Probleme um Wert, Können, Rivalität. Doch es besteht ein Fortschritt gegenüber der ersten Periode: Das Äußern von kritischen Gedanken hinsichtlich seiner eigenen Bindung an die Verwöhnung durch die Mutter ist möglich. Die Trennungsproblematik wird weniger in der Übertragung als an Großvater und Mutter abgehandelt (Std. 53):

T.: und da es schon so schlimm genug ist wenn er nicht da ist und wenn er stirbt und verstorben ist, dann, ist es noch! viel, schwieriger überhaupt den Vorwurf, sich einzugestehen, die Anklage! gegen, allgemein das Schicksal speziell gegen ihn dass er, Sie so machtlos! hinterlassen hat, und, fortgegangen ist verschwunden ist. ungreifbar geworden ist.

Der Patient kann nach der Bearbeitung der Übertragungsbeziehung z. B. ein Wochenende gut überstehen.

Periode III (Std. 101-105)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt immer noch im Krankenhaus (Std. 101):

P.: Mir geht immer noch so ein bisschen der Gedanke im Kopf rum, ob es nicht doch vielleicht besser wäre, wenn ich einige Zeit aussetzen würde. Ich komme mir nutzlos vor hier. Das ist die eine Seite; auf der anderen Seite geht mir das ewige Krankenhaus so ein bisschen aufs Gemüt.

Es werden jedoch (vergebliche) Überlegungen angestellt, ob es nicht möglich sei, die Behandlung ambulant fortzusetzen (Std. 104):

T.: Sie könnten ja auch von der Behandlung her oder vom Zustand her, nun ja, vom Zustand her, jedenfalls objektiv gesehen, müssten Sie ja nicht hier sein, da könnten Sie ja auch in eine Pension gehen oder in ein Zimmer hier in Ulm, das wäre ja durchaus möglich, bis Sie soweit sind, dass Sie ambulant von Ihrem Heimatort dann herkommen könnten.

P.: ja, das liegt anscheinend in ziemlich weiter Ferne.

Die Kontakte des Patienten zu Mitpatienten haben sich verstärkt (Feiern der Mitpatienten, Anfänge einer romantischen Beziehung (Std. 103):

P.: Ja, um auf Ihre Frage von vorher zurückzukommen, ich kann mich erinnern, dass ich zum Beispiel erschrocken bin, als die Frau sagte, ich wäre von dieser Küsserei bleich geworden. Das war ich zwar schon vorher, aber, weil ich ja, wie gesagt, über diesen betrunkenen Zimmergenossen beunruhigt war, aber trotzdem war mir das natürlich peinlich, dass die es sagte. ja, und dann habe ich noch Angst, ich könnte verliebt sein, das wäre mir sehr unangenehm, wenn ich diese Empfindung bei mir entdecken würde.

Diese Kontakte sind so eng geworden, so dass sich daraus für ihn Konflikte ergeben (Std. 104):

P.: weshalb ich die Nase voll habe, ist eigentlich lediglich, wie gesagt, die Patienten, die ich immer treffe und die sich mit mir unterhalten. das geht mir einfach auf die Nerven. Das ist so eine Clique von den ... Abspeckern, dazu gehört auch die Frau, von der ich Ihnen ja erzählte

Symptomatik

Auch wenn die Angstsymptomatik sehr reduziert ist, so äußert der Patient eine verständliche Klage (Std. 101):

P.: ich komme mir nutzlos vor hier. das ist die eine Seite. auf der anderen Seite geht mir das ewige Krankenhaus so ein bisschen aufs Gemüt.

Durchgängig wird die Fähigkeit des Patienten, Angst fest in Verhaltenseinschränkungen zu binden, sehr deutlich. Angsteffekte treten nur auf, wenn diese Verhaltenseinschränkungen nicht beachtet werden. In den Analysestunden wird wenig Angst manifest.

Aber eine typische Episode vom Wochenende zeigt, dass er in einer Situation beim Tanzen einen Angstzustand entwickelt, wenn er die Vorstellung zulässt, wie leicht ihm die Mädchen zufliegen (Std. 102):

P.: Ich habe Ihnen am Freitag erzählt, dass ich versuchen will, auf diesen Ball zu gehen. Damit wollte ich gewissermaßen mit dem Kopf durch die Wand stoßen, obwohl ich eigentlich überzeugt war, dass es mir nicht gelingen würde, die Sache so übers Knie zu brechen. Aber ich war echt zufrieden mit mir. Das ging ohne weiteres, mir wurde nicht schlecht, ich war nicht einmal sonderlich aufgeregt oder ängstlich, wenigstens nicht einige Stunden lang.

Sobald er aber daran denkt, er habe eh kein Glück, tritt ein Angstanfall auf, und der Patient zieht sich zurück:

P.: Ja, ja, ich habe eben von einem bestimmten Punkt ab die Angst, ich könnte mich exponieren, ich könnte mich zu weit vorwagen, irgendwie preisgeben, ich könnte mich lächerlich machen, es könnte mit mir gespielt werden, ich könnte zum Narren gehalten werden und so weiter. Ich habe ja auch richtiggehend Angst, irgendwie auf ein Mädchen, das mir gefällt, einzuwirken.

Ähnliches passiert ihm dann auch auf der Krankenstation, wenn er sich mit einer dort ebenfalls stationär behandelten Frau einlässt (Std. 103):

P.: und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr {dieser Frau}, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich, befürchtet hatte, nämlich dass mir da schlecht wurde. -

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Am Wochenende, das er zu Hause bei seinen Eltern verbringt, manövriert sich der Patient ein Stück weit in eine kritische Beziehung hinein (Tanzpartnerin und ihr Freund). Der Patient zieht sich von der Tanzpartnerin zurück aufgrund der Gedanken, dass ihn diese Mädchen mit ihren Freunden vergleichen könnten. Den ödipalen Aspekt, den der Analyti-

ker ihm anbietet, wird in der folgenden Stunde an der Auseinandersetzung mit der Mitpatientin weiter bearbeitet.

Es dürfte positiv zu bewerten sein, dass der Patient es fertig bringt, sich auf dem Krankenhausflur, der für ihn hier die Strasse repräsentiert, aber andererseits mehr Sicherheit bietet, sich einer Frau erotisch zu nähern.

Der Patient lässt sich mit einer Mitpatientin ein; die Beziehung zu dieser Frau bleibt eine Zeitlang außerhalb der analytischen Arbeit, und kann deshalb nicht bearbeitet werden (Std. 103):

P.: ich habe diese Frau gestern wieder getroffen,

T.: die ist noch Patientin oder?

P.: und dann mich, wieder auf die gleiche Weise mit ihr, abgegeben habe diesmal versucht, sagen wir äh etwas mehr die, Zügel schießen zu lassen, aber äh mit, dem Erfolg den ich, befürchtet hatte nämlich dass mir da schlecht wurde. -

Ein männlicher Mitpatient ist durch seine Trunkenheit ein beunruhigendes Beispiel für Kontrollverlust. Gleichzeitig repräsentiert dieser ein Stück Triebhaftigkeit: er schafft es durch sein Verhalten, aus dem Krankenhaus geworfen zu werden, was der Patient nicht fertig bringt.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Durch ständiges Lamentieren versucht der Patient den Analytiker müde zu machen, ihn dafür zu gewinnen, dass es Zeit wäre, wenigstens zu unterbrechen (Std. 101):

P.: mir geht immer noch so ein bisschen der Gedanke im Kopf rum, ob es nicht doch vielleicht besser wäre, wenn ich einige Zeit aussetzen würde. ich komme mir nutzlos vor hier.

Er beißt sich „selbst in den Hintern“, soviel kann er verstehen (Std. 101):

P.: ja, zum Beispiel am letzten Freitag hatten wir ja praktisch dasselbe Thema, ich sagte, ich dreh mich im Kreise. Sie sagten mir, ich würde da eine gewisse Befriedigung darin finden, Sie da mitdrehen zu lassen oder Sie sagten meistens, „wenn Sie in einer solchen Stimmung sind ..., irgend etwas sehr Persönliches zu reden, das Sie dann unterdrücken oder die Verbindung zu Ihnen sei abgebrochen“ und so weiter, oder ich möchte Sie kleinmachen, beide nichts, oder ich hätte Angst, über das Wochenende jetzt alleingelassen zu werden und so weiter. Dann sagte ich Ihnen ja, dass ich mir so nutzlos vorkomme, nicht wahr. Mir ist hier ja genau das passiert, was ich nicht wollte, was ich mir nicht vorstelle. Ich hatte gehofft, dass ich einmal wenigstens was richtig mache, wie Sie sagten, ich versuchte, ein guter Patient zu sein, prompt habe ich natürlich wieder wohl mehr falsch als richtig gemacht.

Immerhin schildert er dem Analytiker en detail sein letztes Tanzabenteuer und seine Anbändeln mit der Mitpatientin. Er lässt zu, dass seine Angst vor sexueller Erregung spürbar wird. Es gibt einen Kampf um einen möglichen „Realitätskern“ dieser Angst vor der Frau (Std. 103):

P.: na ja aber in diesem Fall, ist ja dann meine Angst äh, nur allzu verständlich, nicht wahr, äh denn sie hat äh, wie Sie das mal nannten, einen, ziemlich großen, Realitätskern!. Das ist eine Frau mit, sehr viel Erfahrung.

Eine parallele Situation mit einem betrunkenen Mitpatienten passt in den Versuch, den Analytiker dafür zu gewinnen, das Krankenhaus eventuell zu verlassen. Immerhin kann er wiederholte Male einräumen, dass er ärgerlich ist, wenn der Analytiker in einer Sache Recht hat; dies empfindet er als störend (Std.105).

Psychodynamik

Widerstand herrscht auf allen Ebenen. Unbewusst versucht der Patient durch Passivität, Trennung und Weggehen das Rivalisieren mit dem Analytiker zu vermeiden (Std. 101).

Die Beziehungen zu Männern, zu den – realen oder phantasierten – Freunden der Mädchen, sind durch Rivalität gekennzeichnet. Zu Frauen bestehen keine reifen Objektbeziehungen; die Beziehungen zu ihnen sind als Suche nach infantilen Objekten zu bezeichnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Interpretationsstrategie zielt auf die Niederlage, die der Patient dem Analytiker bereiten möchte (Std. 101):

T.: Das meine ich ernst, denn damit hätten Sie erreicht, dass ich dann sagen würde, da kann man nichts machen oder, natürlich sehr viel persönlicher, Sie hätten damit ein Eingeständnis, dass ich nichts machen kann und so paradox es ist, Sie möchten ja auf der einen Seite der Sache, möchten Sie ja mich dazu bringen, dass ich die Flinte ins Korn werfe, das heißt, dass ich den Kampf verliere. Dass der große Professor, die Kapazität k. o. geht, und zwar auf eine sehr elegante Weise, nicht durch grobe Kraft und Wutausbrüche und Jähzornsanfälle, geschlagen und auf den Boden geworfen wird, sondern viel eleganter durch Monotonie eingelullt wird.

Der Analytiker betont die Selbsterniedrigung des Patienten, um damit den Analytiker mit in den Dreck zu ziehen. Die Befriedigung liege darin, die phantasierte Größendifferenz zwischen Patient und Analytiker zu verkleinern.

Periode IV (Std. 151-155)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt immer noch im Krankenhaus; auch an seinen Kontakten hat sich wenig geändert: Er hat gesprächsweise Austausch zu Mitpatienten, kann aber keinen Kontakt zu Menschen, insbesondere zu Mädchen, außerhalb des Krankenhauses aufnehmen (Std. 151):

P.: Das einzige, was mir die ganze Zeit über, mich während der letzten Tage bewegt hat, war eben die sattsam bekannte Tatsache, dass ich nicht in die Stadt kann, nicht arbeiten kann, kein Mädchen haben kann und so weiter und was aus mir werden soll.

Symptomatik

Es wird immer wieder körpernahe Symptomatik berichtet; doch in den Stunden bestehen keine Ängste. Aber der Patient beschäftigt sich mit einer existentiellen Form von Angst (Std. 151):

P.: die Angst, dass Sie meine Phantasien zurechtstutzen und das klang, glaube ich, auch gestern an, wenn ich da sagte, dass ich davor Angst habe, Sie veranlassen mich zu einem Leben, das ich jetzt für miserabel halte, das notgedrungen miserabel sein wird ..., die Angst, in die Schranken gewiesen zu werden, die ich dann eben nicht mehr überschreiten kann, meinetwegen die Wunschvorstellung, viele Mädchen zu haben.

Außerhalb der Sitzungen bestehen seine Beschwerden jedoch unverändert (Std. 153):

P.: das hatte ich Ihnen ja schon erzählt, dass ich mich nicht über längere Zeit mit jemand unterhalten kann, ohne dass ich das Gefühl kriege, ich falle um, haut mir der Blutdruck ab, das ist ja alles längst bekannt und was anderes geht mir ja nicht durch den Kopf, momentan. Wenn die {anderen Patienten} von Krankheiten erzählen, wird's mir schlecht, ganz besonders, wenn die von Herzkrankheiten schwätzen.

Außerdem kann der Pat. eine beliebig lange Liste von anderen Unverträglichkeiten berichten (Std. 154):

P.: Nun, dann versuche ich eben heute mal, mich nicht mit meiner Angst um den menschlichen Körper zu befassen; ich weiß nicht, ob mir da viel einfallen wird. Meistens steht da im Vordergrund: Ekel, aber ich weiß schon nicht, woher ich den beziehe. Und dann hab ich ja bei mir, mit meiner ewigen Angst vor irgendwas, versagt und ich reagiere ja auf geringste Anzeichen mit Panik. Und der Ekel bezieht

sich auf Ausscheidung, Abscheidung jeglicher Art Samen, Urin, Schnupfen, weiß der Kuckuck. unreine Haut oder Körpergeruch.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Situation auf der internistischen Station wird u. a. durch drei adipöse Frauen dominiert, mit denen der Patient nolens-volens beschäftigt ist.

P.: Sie wissen ja, ich rege mich höchstens über diese Dickwänste auf, diese drei Weibsbilder, das hatte ich Ihnen ja schon erzählt, dass ich mich nicht über längere Zeit mit jemand unterhalten kann, ohne dass ich das Gefühl kriege, ich falle um, haut mir der Blutdruck ab, das ist ja alles längst bekannt und was anderes geht mir ja nicht durch den Kopf, momentan. wenn die von Krankheiten erzählen, wird's mir schlecht, ganz besonders, wenn die von Herzkrankheiten schwätzen, das ist auch bekannt.

Der Analytiker versucht den Patienten, an seine negativen Affekte heranzuführen, die mit der Physis dieser Frauen verbunden sind. Körpernahe Themen von Ekel, Stuhlgang, Wasserlassen werden dadurch aktiviert.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient hat im Grunde positive Einstellung zum Analytiker: Er versucht auf ihn einzugehen, er bemüht sich, mitzuarbeiten. Er fragt nach der Herkunft seiner Zärtlichkeitswünsche, möchte sie bearbeiten. Dabei wird der Analytiker ein Stück weit als wichtige reale Person gesehen. Auf der Übertragungsebene besteht eine prägenitale Übertragung, eine Mutterübertragung: Wenn die Mutter geht, ist alles Gute weg. Nur die Anwesenheit des Objektes stellt die Liebe und Gewährung sicher. In diesem Sinne ist es zu sehen, wenn der Patient auf magische Art und Weise – durch Auswendiglernen der Worte des Analytiker – versucht den Analytiker zu verlebendigen, um ihn immer zur Verfügung zu haben. Der Patient ahnt das Ziel wohl schon, weiß aber noch nicht genau, wie er den Analytiker in sich aufnehmen soll. Dadurch bleibt das Objekt „Analytiker“ noch sehr äußerlich und ist extrem gefährdet. Dabei beschäftigt ihn das Thema der Verschmolzenheit immer wieder (Std. 152):

P.: Na ja, da sind wir, wie festgestellt, wieder bei dem Thema Verschmolzenheit angelangt und das heißt ja nun wohl, da weitermachen, offensichtlich ist da ein Haken, da ich in diesen Phantasien, wie sich herausgestellt hat, Nähe gesucht habe, und zwar körperliche Nähe, muss ja die Beunruhigung, die da da war, irgendwie in Beziehung zum Körper stehen. Ich weiß nicht, ob es richtig ist, in der Richtung wei-

terzudenken, den Phantasien wenigstens, von denen ich gestern und vorgestern sprach.

Psychodynamik

Durchgängig besteht sehr intensive Zweierbeziehung auf einer früheren Ebene. Trotz wiederholten Nicht-Verstehens der Deutungen des Analytikers scheint der Patient sehr offen für die weitere Vertiefung dieser Aspekte zu sein. Eine Liebesehnsucht zum Analytiker wird vom Patient verbalisiert, die er aus Angst vor der Intensität nur bedingt zulassen kann (Std. 155):

P.: Hab mir das überlegt, dass ich das so oft am Montag getan habe. Ich glaube, es ist nicht deshalb gewesen, weil ich den Eindruck habe oder eher zu der Meinung neige, ich sei Ihnen gleichgültig, sondern ich glaube, das ist deshalb, weil ich's nicht fertig bringe oder nicht richtig fertig bringe, Sie lieb zu haben. Das - eh - sieht etwa so aus, dass ich diese Empfindung nur dem Ansatz nach zulasse, aber nicht nach ihrem möglichen Umfang. Ich habe da, glaube ich, Angst vor der Intensität.

Die Gefühle den dicken Frauen gegenüber sind deutlich ambivalent. Einerseits symbolisieren diese für den Patienten Überrollen, Ersticken, einen Inbegriff von Körperlichkeit, Volles, Unästhetisches; andererseits sucht er sie auf. Sie stellen jedoch weniger eine sexuelle Verführung als der Inbegriff einer „großen Mutter“ dar.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Interpretation der symbiotisch-prägenitalen Mutterbeziehung mit der daraus sich ergebenden narzisstischen Verunsicherung bei Objektverlust (= Selbstverlust = Körperverlust = Substanzverlust) (Std. 151):

T.: Ja, zum Beispiel nach der Stunde. Sie möchten dauernde, dauerhafte Sicherheit gebende zärtliche Zuwendung ununterbrochen durch äußere Ereignisse, ununterbrochen durch Hinausgehen müssen und auch ununterbrochen durch Hinausgehen müssen im weiteren Sinne des Wortes, nämlich Hinausgehen in die Stadt oder ins Leben.

...

T.: und dabei sind ja wohl dann die Vollkommenheit und die vollkommene Sicherheit dann ganz bei dem anderen, der nicht gegenwärtig ist. Denn es ist ja, in den Zärtlichkeitsphantasien, von denen Sie gesprochen haben, da ist ja eine sehr, sehr innige Verbindung da, wo kaum, man kann sagen, gar kein Unterschied ist zwischen Ihnen und dem, der die Zärtlichkeit spendet.

Die Arbeit an diesem Thema wird – erfolgreich – auch genetisch angereichert (Std. 152):

T.: und dieses alles ist an die unmittelbare Gegenwart geknüpft ist, ist mit der unmittelbaren Gegenwart gegeben und verknüpft, und in diesen Augenblicken ist dann auch nicht dieser schreckliche Größenunterschied dann da: ganz kleines Kind und ganz große Mutter. Dieser schreckliche Augenblick sich ganz klein zu fühlen, kommt wohl erst dann ins Erleben, wenn.

P.: Wenn ich weg bin.

T.: Ja, wenn die ganz große und ja, spendende Mutter weg ist.

P.: Das heißt, die Erinnerung macht die Mutter oder irgendjemand anders, der mir wichtig war oder ist, viel größer

Sexualität wird im Sinne der prägenitalen Beziehung interpretiert. Die Trennungsangst entsteht dadurch, dass feindselige Affekte auf die Mutter projiziert werden.

Periode V (Std. 201-205)

Äußere Situation des Patienten

Stationärer Krankenhausaufenthalt. Über aktuelle Kontakte wird nichts berichtet.

Symptomatik

Außerhalb der Analyse ist der Patient durch seine Angstsymptomatik stark eingeschränkt. Er berichtet von einem äußerst intensiven Angstanfall, der alle Ärzte der Station mobilisiert (Std. 201):

P.: Na ich komm mal wieder, fast, vom Verstand vor Angst. Ich hatte, gestern Nachmittag, wieder so einen blödsinnigen Anfall. Ich weiß nicht äh wie das kam, wahrscheinlich hatte ich mich wieder, irgendwie aufgeregt, dass mein, neuer Zimmernachbar sich mit mir unterhielt, jedenfalls ist mir schlecht, geworden, bin ich raus auf den Gang, dann ist mir noch schlechter geworden und dann bin ich wieder, ins Bett und dann ging' s immer noch schlechter dann habe ich mit mir gekämpft ob ich, die Ärzte, den Arzt holen soll und dann kamen sie zufällig alle drei Stationsärzte.

Da diese Ärzte es dann doch für nötig erachteten, sicherheitshalber ein EKG durchzuführen, wurde der Patient mit dieser Angst provozierenden Situation konfrontiert:

P.: äh, ich bring' s kaum fertig da in den EKG-Raum rüber zu gehen. Ich krieg da schon, irrsinnige Angst, und Herzklopfen und, weiß der Kuckuck was, und wenn ich warten muss, werd ich verrückt.

Zur Stunde 202 kommt der Pat. in einem Angstzustand, der urplötzlich verschwindet (Std. 202):

P.: Mir ist mulmig wieder. Ich hab wieder so diese so furchtbare Aufregung, Atemnot, was heißt, Atemnot? Atemnot ist übertrieben, aber so wenig Luft und Herzbeschwerden. Ich habe jetzt überhaupt kein Medikament genommen, da Sie das nicht wollen, aber ich weiß nicht, was es ist, aber - na, mehrmals - wo gibt's denn so was? Während ich diese Übelkeit hatte, ist mehrfach diese Sehnsucht, Sie bei mir zu haben, aufgetaucht und dann konnte ich auch feststellen, dass ich dann wütend auf Sie war, wenigstens meinte ich das feststellen zu können, aber ich konnte nicht die Stärke zugeben. Ich bin ja wohl irgendwie wütend auf Sie. Na, komisch, jetzt denke ich plötzlich überhaupt nichts mehr und die Beschwerden sind auch weg, und es ist übrig geblieben der Ärger, dass ich so unbeherrscht war und geklopft habe und die Angst, dass ich Sie dadurch irgendwie indigniert habe.

Allerdings taucht die Angst im Zusammenhang mit dem nachfolgenden Inhalt des Gesprächs wieder auf und es wird die enge Beziehung der Angst zu den aggressiven Affekten des Patienten deutlich.

Als neues Symptom tritt in dieser Periode das Gefühl auf, nicht essen zu können (Std. 205):

P.: Was mich die letzte Zeit bewegt hat: nicht allein sein können, Gesellschaft suchen, ich weiß nichts dazu zu erzählen. Ich kann nur wieder an irgendwelchen symptomatischen Dingen festhalten, während ich auf der anderen Seite die Gesellschaft anderer gar nicht brauchen kann, weil's mir schlecht wird. Es verläuft alles so im Sande. Ich weiß nicht, warum ich auf nichts komme, ich weiß bloß, dass mir so schlecht ist dauernd, ich kann die meiste Zeit nicht auch mal was essen ... ich krieg's nicht runter. und dann Magenbeschwerden natürlich und der Brechreiz, oder völlig trockener Mund. Ist so blöde, kann mich zeitweise kaum auf den Beinen halten. Und dann kann ich ja, wie ich schon oft erzählte, kaum auf die Toilette, weil ich da jedes Mal von der Vision verfolgt werde, ich kipp um, oder wenn's mir so mies ist, komme ich nicht mal vom Zimmer zum Arzt vor.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Im Krankenhaus bemühen sich alle drei Ärzte auf seiner Station um den Patienten. Sie bemühen sich sehr aktiv um ihn. Wenn er einen Angstanfall hat, geben sie ihm Medikamente und Spritzen. Es wird deutlich, dass der Patient sich sehr stark mit der Ansicht des Analytikers identifiziert, man solle möglichst ohne medikamentöse Behandlung auskommen. Er steht den Spritzen sehr ambivalent gegenüber, empfindet sie womöglich als persönliche Niederlage. Die Ärzte schaffen dadurch, dass sie bei den Patienten ein EKG machen lassen möchten, eine Versuchungssituation für ihn: Wenn dabei ein Herzfehler entdeckt würde, bedeutete das im Erleben des Patienten seinen Sieg über den Analytiker.

Der Patient formuliert seine Ambivalenz über seine Anhänglichkeit an seine Eltern, die er am vergangenen Wochenende, als er sie besuchte, besonders deutlich bemerkt hat. Die Eltern fahren zusammen mit Bekannten für einige Stunden weg; der Patient verspürte den Wunsch, sie möchten doch dableiben, für ihn da sein, sich um ihn kümmern (Std. 204):

P.: Da hatte ich mich schon wieder geärgert, dass ich mir wünschte, meine Eltern wären lieber dageblieben, weil ich einfach diesen Wunsch, wenigstens nicht mehr so stark haben will. Ich mag nicht mehr diese heftige Bindung an zuhause.

Erneut taucht die Tochter eines Schriftstellers auf, von der der Patient andeutet, dass sie eine Rolle bei der Auslösung seiner Beschwerden gespielt haben könnte (Std. 205):

P.: Ich hatte Ihnen ja von dieser sentimental Beziehung andeutungsweise erzählt, diesem Schriftsteller mädchen. Ich weiß nicht, ich hatte immer den Eindruck, dass diese Sache in irgendeiner Weise dazu beigetragen hat, dass es mich letzten Endes umgehauen hat, aber so sehr ich mich auch bemüht habe, dass ich mich an irgend etwas erinnerte, es fiel mir nichts ein, obwohl das erst zwei Jahre jetzt zurückliegt.

Auf alle Fälle schildert der Patient sie völlig anders als alle anderen Mädchen: sie ist nicht besonders hübsch, aber sie ist eine eigenständige, selbständige Persönlichkeit (Std. 205):

P.: Ich hatte ja meine Freundin damals, diese Dekorateuse, ich hab's Ihnen erzählt und nebenher hatte ich noch mich für so ein paar andere Mädchen interessiert unter anderem auch für diese da und ich wollte eigentlich gar nichts von der, die war mir zu jung und vielleicht auch nicht hübsch genug, und die hat mich wirklich angezogen, aus irgendwelchen Gründen, ich weiß nicht. Und ich war wohl auf der anderen Seite recht heftig in die verliebt und konnte mir das nicht zugeben, so war das so eine Art hin und her. Ich hatte auch zu der gesagt, dass ich nichts von ihr wissen will, aber ich habe trotzdem dauernd deren Nähe gesucht, versuchte, sie in Beschlag zu

nehmen, versuchte sie ganz für mich einzunehmen. Irgendwas ist mir dabei nicht gelungen, weil ich daran im Anschluss recht verzweifelt war.

Der Patient weiß nicht genau, aus welchen Gründen er sich angezogen fühlt; es gelingt ihm nicht, sie wie alle anderen Mädchen unter Aufhebung ihrer Individualität irgendwie an sich selbst anzugliedern, „sie in Beschlag zu nehmen“.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Eingangs kann der Patient eine Auseinandersetzung mit dem Analytiker anzetteln, die er selbst mit der Sturheit seines Vaters in Verbindung bringt (Std. 201):

P.: Und ich sehe da keinen guten Ausgang weil, es wird ja „nix“ besser es, immer mehr so Anfälle, von der Angst und der Verzweiflung, ganz zu schweigen. ----- Ja, ich schiebe Ihnen da wohl so was wie Sturheit unter. Auf einen Nenner gebracht, wie' s ihm geht ist 'wurscht', Hauptsache Psychoanalyse.

T.: Das ist da mit drin in dem Kampf, gnadenlosen Kampf mit einem Gegner, Sturheit und gehört ja dazu, dann zu diesem anderen, zu dem Gegner. - -- nach dem Motto was diesem bösen Spruch, 'Behandlung gelungen Patient tot' jene Form von Rücksichtslosigkeit, in der es nur darum geht, mit der Behandlung sozusagen recht zu behalten. ----- ein ungeheures Maß an Rücksichtslosigkeit und Gleichgültigkeit für den Patienten heißt dies, es geht mir nur darum, meinen Kopf, durchzusetzen, recht zu behalten. --- Und daraus wird dann die Wut ableitbar, die sich gegen einen solchen Tyrannen richten muss. ---- Je mehr der dabeibleibt bei seinem Konzept, mehr dessen Sturheit, deutlich wird.-

P.: Nun, Sie nehmen da wohl vielleicht Züge meines Vaters an, der immer auf seiner Meinung beharrte und mir meine immer als Rechthaberei abqualifizierte. Nun ja, sicher, es kann nur einer recht haben, und das sind in dem Fall sicher Sie, aber warum sehe ich das wieder als meinen Fehler an, - oder was mache ich überhaupt falsch?

T.: Weil' s Ihnen schwer fällt, - also es kann nur einer recht haben, damit hängt' s zusammen und der bin ich. Mit der Sturheit und Rücksichtslosigkeit, die darin steckt für Ihr Erleben, und es bleibt da nur übrig, die Gegenposition zu verstärken. Ihre Wut wächst, Sie meinen nicht anrennen zu können gegen den Rechthaber.

Diese Auseinandersetzung fördert die Wahrnehmung des Pat. dass er dem „wehrlos ausgeliefert ist, was mit ihm gemacht wird“ (Std. 201):

P.: Ich kann wählen entweder, äh die ganze Zeit zu zittern wie Espenlaub oder dass ich eben (Sequil), kriege. ----- Ich will mich ja mal endlich, durchsetzen, aber das wird äh, ja wohl damit zusammenhängen dass ich, eben Angriffslust oder Wut oder ir-

gend so was ähnliches, äh einfach noch nicht, entweder gleich gar nicht bei mir, feststellen kann, weil ich' s zum Beispiel, wie oben für, unschön halte oder, was weiß ich sonst wie, einfach nicht praktizieren kann, nicht als, in vollem Umfang empfinde. Ich muß ja nicht unbedingt nach außen zeigen, aber wenigstens, spüren.

Die folgende Sitzung darf als Schlüsselsitzung bezeichnet werden. Der rasche Umschlag eines akuten Angstanfalles in die Wahrnehmung seiner Sehnsucht demonstriert dem Patienten seine starken Wünsche an den Analytiker nach intensiverer Fürsorge, besserer körperlicher Betreuung (Std. 202):

P.: Ja, und dann, wenn' s mir immer so schlecht ist wie heute Mittag, da habe ich immer den Wunsch nach irgendjemand zu schreien. Ich muss mich da immer zusammennehmen, dass ich nicht schreie, irgendwie nicht alleingelassen werden wollen oder so was, fällt mir noch dazu ein.

Auslöser war ein Schild „Bitte nicht stören“ an der Tür des Praxisraumes, und die Patient hatte erwartet, dass der Analytiker ein böses Gesicht macht:

P.: Vielleicht bin ich auch beruhigt dadurch oder verblüfft, weil Sie kein finsternes Gesicht gezogen haben; ich hatte nicht gedacht, dass Sie jemand im Zimmer hatten, sonst hätte ich nicht geklopft.

T.: Sie haben dann an dem erlebt, dass ich nicht böse bin, dass die Wut, die dahintersteckte, die vor dem Klopfen war, die Wut nicht eine schlimme Folge hatte. Es geht dann noch ein bisschen zurück die Angst: ja, ist er nicht doch indigniert. Aber das ist viel milder gewesen. Die Beschwerden waren weg, die Wut war weg, nichts passiert, nichts wirklich Vitales, nicht?

Zärtlichkeit, Anhänglichkeit, überhaupt jede positive Beziehung zu einem anderen Menschen wird äußerst zwiespältig erlebt. Es bleibt dem Patienten eine Wut, dass er alleingelassen wird. Ermutigt durch die Arbeit kann der Patient erstmals einen konkreten heftigen Wunsch aussprechen (Std. 202):

P.: Also hieße das dann, auf den konkreten Fall bezogen, ich will von jetzt ab sieben Tage die Woche drankommen und möglichst zweimal oder so.

Das Angebot einer Extrastunde wird vom Patienten dankbar aufgenommen, und er bedankt sich mit der erstmaligen Mitteilung eines rezenten Traumes. Aggressive Affekte, die Wut des Patienten – erstmals in diesem Traum angedeutet (s. Kap. 4) – stehen zwar noch nicht im Vordergrund, sind aber schon deutlich spürbar.

Psychodynamik

Die innerseelische Situation wird in der Interaktion sehr lebendig, da der Pat. seine aggressive Wunschseiten in dosierter Form erleben kann. Der Zusammenhang von Sehnsucht, Versorgung und Wut, der in den Angstanfällen gebunden wird, ist spür- und fassbar. Im Vordergrund steht ein Bekommen-wollen, eine passive Erwartungshaltung bei gleichzeitiger von ihm selbst so bezeichneter Aufdringlichkeit (Std. 203):

P.: Na, weshalb ich gestern in der zweiten Hälfte der Stunde mich so anders aufgeführt habe, nichts mehr zu reden wusste, da handelte es sich wohl darum, dass ich den Wunsch hatte, heute auch dranzukommen und nun nicht wusste, wie ich das äußern sollte und aus dieser Unsicherheit den Wunsch lieber auf die Seite schob. Und wahrscheinlich hat es sich dann über die neu einsetzenden Beschwerden wieder geäußert, so dass ich auf diese verdrehte Weise das dann durchgesetzt habe. Ich wollte Sie nicht darum bitten, weil ich weiß, dass ich ziemlich anspruchsvoll bin und dass aus allerlei Gründen diese Ansprüche ja nicht verwirklicht werden können. Zudem kann ich das ja irgendwie nicht, jemanden um etwas bitten, das gehört wahrscheinlich auch zu diesem Thema „sich durchsetzen“. Ich habe da die Angst, aufdringlich zu sein, genauso wie mir mancher andere, der von mir was will, aufdringlich erscheint. Etwas von jemandem haben wollen und dann versuchen, es zu kriegen, war ja bei mir immer ein sehr komplizierter Vorgang eigentlich.

T.: ja, ja.

P.: Eins hatte ich Ihnen ja mal. - . recht unsportlich, indem ich mich als gekränkt hinstelle und damit den anderen zwang, irgend etwas zu unternehmen oder indem ich jemandem etwas nahe legte, auf diese Weise war's ja wohl gestern, oder schon fast zwang. Vielleicht habe ich da gestern hintenrum an Ihre Rücksicht appelliert oder Ihr Pflichtbewusstsein, ich weiß nicht. und dann habe ich irgendetwas durchgesetzt beispielsweise, indem ich mir irgendwie ein Lob verdiente und das dann als Belohnung kriegte oder durch Schmeichelei, aber leider fast nie durch direktes Vorgehen. Oder jetzt bin ich ja auch versucht, meine Krankheit zu Hause als Mittel einzusetzen. Ich passe da zwar auf, dass es nicht passiert, aber es kommt doch manchmal vor. Das wäre ja dann ein entsprechender Vorgang vielleicht oder durch Trotzen.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, damit umzugehen; die regressivste Lösung sind die Anfälle. Die Aggressivität richtet sich direkt gegen das versorgende Objekt, woraus sich das Ausmaß der Angst ableitet. Dynamisch ist jedoch bemerkenswert, dass der Patient mit einem rezenten Traum seine aktuelle innere Dynamik einbringen kann.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Zunächst findet eine Widerstandsanalyse symptom- und verhaltensgebundener aggressiver Wünsche statt. Da der Patient die Phantasie hat, dass seine omnipotente Aggression zu Objektverlust, Tod und Alleinsein führen könne, wird in Stunde 202 eine zusätzliche Stunde am Samstag vereinbart, um die Wochenendunterbrechung zu verkürzen. Als positive Reaktion auf dieses Verhalten des Analytikers bringt der Patient als „Geschenk“ einen Traum, den ersten rezenten Traum, der in der Analyse berichtet wird. Der Inhalt des Traumes und die Fähigkeit des Patienten, ihn zu berichten, sprechen dafür, dass er nun eine größere Sicherheit hat, durch seine Aggressivität das Objekt nicht zu zerstören. In den Stunden 204 und 205 besteht ein starker Widerstand bei der Traumbearbeitung, der sich nur sehr ungenügend beheben lässt (Widerstandsanalyse mit zugleich starker Stützung).

Kommentar: Das Erzählen des Traumes wurde zu wenig bekräftigt; die Bearbeitung des Widerstandes war nicht intensiv genug.

Periode VI (Std. 251-255)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient lebt weiterhin im Krankenhaus; durch seine Symptomatik ist er zurzeit besonders stark eingeschränkt (es ist ihm „kaum ein Schritt vor die Zimmertür“ möglich).

Symptomatik

Außerhalb der Analysestunden macht sich die Angstsymptomatik des Patienten extrem stark bemerkbar; teilweise bestehen auch in den Stunden Symptome. Dabei werden jedoch weniger die mit der Angst verknüpften Affekte als die mit den dahinter liegenden Problemen verknüpften Affekte eingebracht (Std. 252):

P.: Na ja, ich kann mir ja in keiner Weise irgendeine Aufregung leisten ..., geht ja nicht, ist mir ja sofort schlecht. Und dann habe ich ja zunächst mal immer wahnsinnige Angst, dass meine diversen Unzulänglichkeiten sichtbar werden. Da komm ich einfach nicht von diesem Gefühl der Unterlegenheit los. Das wird auch wieder wenig Sinn haben, sich darüber zu unterhalten, weil diese Empfindung wahrscheinlich auch wieder aus einigen anderen Dingen resultiert, sich ergibt, würd ich sagen. Ich habe ja entsetzliche Angst, nicht für voll genommen zu werden, aber im Moment besteht ja leider genügend Anlass, mich nicht für voll zu nehmen

Die Symptome sind weniger körpernah; aber sie sind stark affektbesetzt. Seine Angst vor anderen, die selbstsicher auftreten, wird ausdrucksvoll ausgestaltet (Std. 252):

P.: Ich habe halt ganz einfach Angst vor Leuten, die sehr forsch, sehr bestimmt, selbstsicher auftreten, weil mir das ganz einfach fehlt. Ich kann's im besten Fall schauspielern, aber dann ist es Fassade und nichts dahinter. Das mag bei den anderen genauso sein, aber solange ich das eben nicht entdeckt habe, dass das nur gespielt ist, habe ich eben Angst. Da unterstelle ich denen ganz einfach die Übermacht: davon komme ich ja nicht weg. Ich habe Angst, da meinetwegen angeschrien zu werden, dass ich da Streit kriege. Ich habe grundsätzlich Angst vor einer Auseinandersetzung, ich habe nicht den Nerv dazu, das auszuhalten. Da kann ich auch nichts parieren, da sack ich praktisch in mir zusammen.

Die phantasierte Konfrontation mit der Polizei wird jedoch deutlich von negativen lustvollen Affekten unterfüttert, die dann wieder eine Angst auslösen (Std. 252):

P.: Wenn ich Auto fahre, ich werde ewig von der Angst begleitet, ich werde von der Polizei angehalten; und deshalb, weil ich im allgemeinen Polizisten nicht leiden kann. Da bin ich von vornherein wütend und da komme ich sehr schnell in Versuchung, nach Name und Dienstgrad zu fragen, eine Dienstaufsichtsbeschwerde, aber da krieg ich dann schon nicht den Mut dazu. Überhaupt krieg ich's nirgends ja fertig, gegen jemand aufzutreten.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Den Erziehungsstil seiner Eltern verbindet der Patient mit dem Thema „Unterordnen“ (Std. 252):

P.: Mir wurde ja auf der anderen Seite Zurückhaltung anezogen, aber ich möchte, verflixt noch mal, nicht ewig scheu und vorsichtig überall Rücksicht üben und, weiß der Kuckuck was alles, weiterleben. Das bringt den anderen nichts und mir erst recht nichts. Wahrscheinlich die Angst vor meinem Vater. Von meiner Mutter habe ich halt eins drübergezogen gekriegt, und dann war der Fall vergessen, aber mein Vater hat uns ja immer entweder mächtig verhauen oder war maßlos betrübt. Da habe ich wohl auch irgendwie so eine Phantasie von Ausstrahlung oder, ja, ich weiß nicht, es ist mir gerade ausgefallen, was ich sagen wollte, irgendwie die Vorstellung, diese oder jene Person sei Respekt einflößend und da habe ich ja dann den blödsinnigen Wunsch, mich unterzuordnen. Immer taucht die Angst auf vor irgendeinem Krach.

Aktuell wichtige Beziehungspersonen werden nicht konkret thematisiert; wenn dann ist von Mädchen in einem allgemeinen Sinne die Rede

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

In dieser Phase der Analyse findet eine intensive affektive Auseinandersetzung statt. Eine positive Beziehung des Patienten zum Analytiker erlaubt ihm viele und starke aggressive Affekte zu äußern (Std. 254):

P.: Da wird mir auch schon schlecht, wenn ich bloß dran denke. Ich schäme mich zum Beispiel dafür, außerdem ist das für mich geradezu ein Zeichen für meine, ja, Schwäche, Unzulänglichkeit. Die Angst, die ich davor habe, über irgendwelche Phantasien, die ich vor der Begegnung mit Mädchen habe. Ich weiß nicht, ich meine, es wird dann ja auch ein Stück Hass auf Sie drinstecken, so in der Form, dass ich Ihnen vorwerfe, ich muss mir auf diese Weise etwas verschaffen, was ich lieber woanders hergenommen hätte. Selbstbefriedigung, das kränkt mein Selbstgefühl, ich fühl mich dadurch erniedrigt.

Der Patient ist stark involviert in das, was in den Sitzungen abläuft; er spricht nicht nur über seine Wut, sondern er erlebt sie (Std. 255):

P: Ja, ich bin gestern selbst erschrocken über das Maß meiner Aggressivität. Ich hab bodenlose Angst, dass das wieder auftaucht. Ich will Sie ja gar nicht ausradieren, vor dem Gedanken fürchte ich mich ja, weil ich Sie, nicht nur in der Phantasie, ja brauche.

So scheint ihm ein Stück des Mechanismus deutlich zu werden, der in ihm abläuft, die Verbindung von Wut mit Angst und Schuldgefühlen.

Psychodynamik

Eine deutliche Aktivierung der Kastrationsproblematik eröffnet diese Arbeitsphase (Std. 251):

P.: Mhm. ja, das dreht sich ja hier um Angriffslust oder was ich meinte, war ja mehr auf Mädchen bezogen, auf das Sexuelle, dass ich davor solche Angst hab, oder was auch immer. Zu Hause galt das ja als peinlich, als abstoßend, nur unter gewissen Voraussetzungen zulässig, und dann nur heimlich und verborgen. Das tut man nicht, es ist schon schlimm, nackt zu sein. Wenn die Angst vor Beschädigung Angst vor Strafe ist, heut weiß ich ja, dass ich nicht bestraft werde, nicht so ohne weiteres meinerwegen von irgendeiner Konkurrenz verhauen werde und so weiter. Irgendwie genier ich mich ja offenbar heftig, dass ich das haben will: Mädchen, Zärtlichkeiten, Geschlechtsverkehr. Es fiel mir auch immer sehr schwer, das zuzugeben als würde mir das nicht zustehen oder als wäre das abstoßend.

Dies führt über verschiedene Umwege (Leute, Polizisten etc) zur Wahrnehmung seiner Wut (Std. 252):

P.: Ich habe eben, das ärgert mich jetzt, weil dem nicht beizukommen ist, Angst vor irgendwelchen Auseinandersetzungen, verflixt noch mal. Ich koche ja sofort über vor Wut und mit der Wut wird's mir gleich schlecht oder mit dem Wunsch, dem andern irgendwie eins 'überzubraten'.

Der Vaters ist im Erleben des Patienten schuld an seinen Schwierigkeiten. Wenn der Vater ihm sagen würde, wo er sich einschränken, wie er sich verhalten soll, könnte er sich danach richten und brauchte keine Angst vor Strafe zu haben. Da der Vater das nicht tut, empfindet der Patient eine heftige Wut gegen ihn. Andererseits braucht der Patient aber den Vater, um sich mit ihm zu identifizieren. Wenn er den Vater stürzt, verbindet er damit gleichzeitig die Phantasie, selbst einmal so groß wie der Vater zu sein.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

In der 251. Stunde wird die Angst vor Mädchen und die Schwierigkeit, Anderes und Fremdes zu bewältigen, auf die unbewusste Kastrationsangst zurückgeführt. Hypothese: Überall tritt Penislosigkeit entgegen. Einige Deutungen gehen davon aus, dass der Patient auch deshalb rasch in Erregung kommen möchte, weil diese ihm Potenz signalisiert; andererseits aber bedeutet jede frustrane Erregung Impotenz (=Penislosigkeit). Deshalb hat die Kastrationsangst auch den Charakter der über das Organ hinausgehenden narzisstischen Schädigung. Die Deutungsstrategie in den Stunden 252 bis 255 richtet sich auf das Thema der Angstlust. Es wird davon ausgegangen, dass es dem Patienten deshalb so schwierig ist, sich von seiner Angst zu distanzieren, weil in ihr eine ungemein lustvolle Wut steckt, mit der er sich gegen den übermächtigen (weil unangreifbaren) Vater erfolgreich zur Wehr setzt. Bestätigend findet sich in der nachfolgenden Sitzung 256 ein Angstanfall, der vom Pat. selbst als Ausdruck einer Wut anerkannt wird: „Mich hat's wieder erwischt, mich plagt da offensichtlich nach wie vor ein wilder Hass.“

Kommentar: Manche Deutungen sind zu konstruiert im Sinne der Deutungsstrategie, wodurch der Patient überfordert wird. Diese Kritik gilt auch für die folgenden Stunden, und es ist die Frage, ob die Entwicklung der Wut in den Stunden 252 bis 255 auch darauf zurückzuführen ist, dass sich der Patient gegen die in der Deutungsstrategie liegenden „Macht“ zur Wehr setzt; denn seine Wut richtet sich eindeutig gegen den Vater - Analytiker, den er zugleich – sich mit ihm identifizierend – idealisiert.

Periode VII (Std. 301-305)

Äußere Situation des Patienten

Gegenüber den vorigen Perioden hat sich wenig geändert; der Patient lebt weiter im Krankenhaus. Allerdings fährt er am Wochenende nach Hause wieder mit dem Auto, wenn auch mit einiger Angst und teilweise sogar körperlichen, herzbezogenen Symptomen.

Symptomatik

Es geht schon seit einiger Zeit nicht sehr gut; ihm ist vor allen Dingen oft schlecht und er hat auch ausgesprochene Angstanfälle hat (Std. 301):

P.: dass ich, endlich draußen sein kann und, nicht äh, wieder solche, entsetzliche Anfälle habe wie jetzt, heute gestern und vorgestern.

In der nachfolgenden Sitzung (Std. 302) treten Unruhe und heftige Angst auf, und zwar in einer Situation, in der der Patient relativ offen über Aggressionen gegenüber seinen Eltern spricht:

P.: Ja ich will ja offensichtlich mit Ihnen „nix!“ anfangen, ich will ja nur was von Ihnen!. (flüstert) weiß auch nicht, (holt tief Luft) ---- verflixt,

Nach einer Sitzung, die vorwiegend thematisch durch Probleme mit der Krankenkasse bestimmt war, stellt der Patient inmitten eines für ihn ungewöhnlich umfänglichen Monologs fest, dass er gar keinen Sinn mehr darin sieht, die Behandlung fortzusetzen, denn:

P.: was immer ich hier dazu lerne, das reicht nie aus, endlich draußen zu sein. Es reicht nie aus, ein einigermaßen normales Leben zu führen, nicht mal reicht's aus, dass ich mit Beschwerden draußen sein könnte. nicht mal das. Drei Minuten oder fünf Minuten vom Haus weg, haut's mich eben um und unsicher scheint's ja auch zu sein, weil immer, wann etwas auf mich zukommt, rutscht es gleich wieder in viel Schlimmeres ab und hilflos bin ich nach wie vor, überall brauch ich jemand anderes, der für mich irgend etwas tut, kann nie was selber in die Hände nehmen. Arbeiten kann ich immer noch nicht. Ich weiß nicht, ob es sich da, bin ich jetzt über vierundzwanzig Jahre alt und ich hab noch nichts fertig gebracht.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Wie schon in den beiden vorangegangenen Perioden erwähnt der Patient, dass sich die Stationsärzte über ihn und seine Beschwerden lustig machen. Er empfindet das als Krän-

Kränkung auch des Analytikers und dessen, was sie beide zusammen tun, nämlich der Psychoanalyse.

Nicht als Person, aber als unbestimmt machtvolle Institution wird die Krankenkasse erwähnt. Sie wird als etwas gesehen, was den Patienten vom Analytiker trennen kann, wobei die Trennung durchaus ambivalent erlebt wird: auf der einen Seite möchte der Patient die Beziehung zum Analytiker erhalten, auf der anderen Seite ist er versucht, sich aus der Enge, die die Analyse auch bedeutet, zu lösen.

Im Zusammenhang mit der „Krankenkassengeschichte“ erscheint der Vater als vernachlässigende Figur, dem außer Segeln nichts wichtig zu sein scheint. Er wird als unfähig erlebt, sich realitätsgerecht zu verhalten, mit den anstehenden Problemen fertig zu werden. Der Vater lehnt es aber ab, auf die Ratschläge des Patienten zu hören.

Daneben wird in dieser Periode eine Fülle von Erinnerungen an die Eltern gebracht. Die Mutter hatte detaillierte Erwartungen an das Verhalten jedes einzelnen Familienmitgliedes; sie verhielt sich „hysterisch“, hatte Anfälle, Schreikrämpfe, um diese Erwartungen durchzusetzen (Std. 305):

P.: ... das Problem bei mir ist ja, wenn ich mich irgendwie über meine Eltern hinwegsetzen will oder an meinen Eltern etwas auszusetzen habe oder, meinen Eltern zeige, dass ich sie da und da nicht brauche, wo sie sich eben mir tatsächlich in irgendeiner Sache aufdrängen, wo sie mir was verbieten, da ist mein Problem dass ich mit der Reaktion, meiner Eltern nicht fertig werde. Wenn ich da mich nicht so verhalte, wie die wollen, dann ist es ja tatsächlich so, dass die sich das furchtbar zu Herzen nehmen. Das frisst dann an denen, frisst sie fast auf, reagieren dann tatsächlich mit irgendwelchen Herzbeschwerden oder beklagen sich, meinetwegen können sie keine ruhige Nacht verbringen und so weiter und so fort; das ist dann ja tatsächlich so. Ich werde nicht damit fertig, dass meine Eltern eben was sie mit mir anfangen und was sie von mir verlangen und so, was ich eben tun muss, dass meine Eltern etwas mit viel gutem Willen fordern, dass die mir dies oder jenes eben aus Liebe tun und dann umgekehrt, weil sie ja immer von der Richtigkeit, dessen was sie tun überzeugt sind, mir dann gewaltigen Ungehorsam und gewaltige Undankbarkeit in die Schuhe schieben, worunter ich dann, wieder leide, dass da zumindest eine große Unstimmigkeit, herrscht. Dann hab ich ja auch ne, gewisse Dankbarkeit meinen Eltern, gegenüber.

Andererseits war die Mutter viel für den Patienten da, er konnte sich mit ihr unterhalten. Der Vater zog sich sehr zurück, ließ die Familie wenig an dem teilnehmen, was ihm wichtig war. In den Punkten, in denen er sich um die Familie kümmerte, setzte er jedoch seine

Ansichten durch. Dem Verhalten der Mutter stand er jedoch ohnmächtig gegenüber und konnte sie nur mit Hilfe der Großmutter beruhigen.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Es wird eine starke Ambivalenz deutlich: auf der einen Seite möchte der Patient etwas vom Analytiker bekommen, etwas Ruhiges (Std. 301):

P.: ... – ja ich hab da, eben und. na so nach einer Stimmung gesucht. Ich krieg sie aber nicht so ganz zusammen, was das ist irgend; na jetzt krieg ich wieder „nix“ raus. ---- nach, (räuspert sich) nach irgend einer Stimmung in der ich, äh sehr äh, friedlich bin sehr zufrieden, satt, erfüllt, ich weiß nicht was das ist, -- mir sind dazu einige, äh, Worte eingefallen + aber jetzt sind sie weg. irgendetwas, Wunschloses Bedürfnisloses. -- irgend etwas das von Ihnen ausgeht aber, ich weiß das nicht. etwas sehr Ruhiges.

Diese Phantasie der friedlichen Gestilltwerdens wird vom Analytiker dann sehr extensiv elaboriert:

T.: und solange Sie dann solange Sie nichts machen, sondern nur dies was in der Phantasie dann von mir kommt, ist es schön und gut und friedlich. Und dann solange, ist es recht auch, solange ist es harmonisch so ist Harmonie da und, äh, wenn Sie was eigenes machen zum Beispiel ein Buch aufschlagen, dann äh, äh schlagen Sie ein Buch auf arbeiten etwas, und Ihre Phantasien sind dann, nicht mehr frei und können nicht mehr sozusagen frei wandern dorthin, zurückwandern, sondern gehen sie gehen dann ihren eigenen Wege, die dann andere Wege sind als meine Wege. sie befassen sich mit Ihrem Buch. ---- (P räuspert sich) das ist eigentlich dann und da kommt dann schon dann ein bisschen Wut und Ärger herein, es ist eine Gemeinheit!

Der Analytiker benennt damit das Dilemma, dass jede eigene Aktivität ihn wegführt von der ruhigen Übereinstimmung (Std. 301):

P.: Nein, natürlich möcht ich das nicht, ich hab ja, ohnehin entsetzliche Angst Sie zu verlieren. -- Aber das hier ist so schlimm weil es nie, nie ausreicht mir endlich, äh die Beschwerden wegzunehmen.

Auf der anderen Seite empfindet der Patient die Beziehung zum Analytiker als Einnengung, als Einschränkung, aus der er herauskommen möchte. Die Parallele zwischen dem Analytiker und der analytischen Situation auf der einen und den Eltern und dem Zuhause auf der anderen Seite ist in dieser Periode besonders deutlich.

Der Patient sieht die Analyse als ebenso wenig der Realität angepasst, wie es die Eltern waren und sind. Der Vater steht vielen Belangen der Realität hilflos gegenüber, wird

nicht fertig damit. Diese Hilflosigkeit besteht auch gegenüber dem Verhalten der Mutter. In gleicher Weise ist der Patient ihren Anfällen „ausgeliefert“ (Std. 305):

- P.: ... Ich will wissen, wie ich damit zurechtkomme, dass meine Eltern, in solcher Art reagieren, dass meinetwegen meine Mutter ne Stunde lang wie verrückt kreischt und schreit und Herzattacken hat und;
- T.: Also wann schreit sie und kreischt sie und hat Herzattacken zum Beispiel? +in welcher Situation?
- P.: Wenn ich+ was weiß ich, das kann zum Beispiel sein, wenn ich an meinem Vater, Kritik übe oder dass ich vergessen hab, mich, da nun was wie und in welcher Form mich +zu verabschieden.

Im Unterschied zu seinem jüngeren Bruder wagt er nicht, sich vom Elternhaus zu lösen und eigene Wege einzuschlagen.

Aufschlussreich ist, dass er nach seinen Angaben in dieser Periode bis zu seinem 8. oder 9. Lebensjahr ein „normaler“, vor allem motorisch aktiver Junge gewesen sei; danach wird eine Pubertätsphase deutlich bis etwa zum 16. Lebensjahr, in der er sich zurückzog, viel las, viel mit der Mutter sprach, seinen Körper nicht harmonisch fand, in der wohl seine ödipale Unsicherheit aktiviert wurde.

Psychodynamik

Die ödipale Verwicklung mit den Eltern wird zunächst anhand der Übertragungsbelegung deutlich; die vom Analytiker unterstellte Kränkung des Patienten angesichts des vorbeifahrenden Autos des Analytikers in Begleitung dessen Ehefrau führt später zu einer manifesten Kritik am Vater beim Regeln von Schwierigkeiten mit der Krankenkasse.

Daraus entwickelt sich ein Generalangriff gegen die Einengung durch die Eltern, der sich der Patient passiv unterwirft. Er sieht überhaupt nur zwei Verhaltensalternativen: die passive Unterwerfung und das aggressive Kaputtschlagen aller Schranken (Std. 302):

- P.: Und wie komm ich mit der Wut zurecht? Wie soll ich, das anstellen? - Ich hab ja gelernt, das spielt sich, zunächst folgendes ab: Ich sehe, dass ich mit der Wut nichts ausrichte, dass ich, zu schwach bin, -- ich weiß nicht. --- und dass ich ja Angst habe, dass ich mit der Wut, dann noch tatsächlich alles, zerschlage. -- aber wo „nix“ ist, kann ich ja eigentlich auch „nix“ kaputtmachen. –

Sein Oszillieren zwischen Wut und Ohnmacht findet dann ein Pendant in der Übertragungsbeziehung:

- P.: Ich weiß gar nicht, vor was ich, da wohl Angst habe oder, ich weiß überhaupt „nix“ mehr. - --- Ich will endlich hinaus! Deshalb steh ich ja auch immer, da oben so ab

und zu weil ich da wenigstens bisschen unter paar Menschen bin, die da vorbeilaufen nicht ewig hier, unter Halbtoten. -- Weiter kann ich ja nicht, weil mir wird's ja immer schlecht, -- Weil dieses Hinausgehen hat natürlich noch eine andere Seite, nicht nur dass Sie sich mir entziehen, sondern dass Sie mich auch so vielen Dingen aussetzen, die mir, gar nicht gefallen und seltsamerweise auch natürlich solchen Dingen, die, in meiner Vorstellung, Ihnen nicht gefallen, und die ich dann ja eben meiden muss.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Deutungsstrategie bezieht sich auf die beschriebene Psychodynamik, wobei in der 301. Stunde zunächst die extreme Passivität als symbiotische Beziehung angenommen wird. Dem gemäß geht der Analytiker davon aus, dass der Patient sich völlig ruhig stellt, um das Objekt nicht durch Eigenbewegungen zu beunruhigen; wenn man sich selbst bewegen würde, entstünde ein Spalt in der Symbiose.

Diese Thematik wird an den Zwigigkeiten der familiären Situation vertieft; es erlaubt dem Analytiker eine klare Aussage darüber, dass er bisher diese erzwungen symbiotische Situation selten so deutlich gehört hat (Std. 305):

P.: Mein Jüngster (Bruder) der setzt sich da meist drüber weg der beschüttelt kein Ohr. (zweimaliges Husten) aber ich krieg das nicht fertig. ---- Und ich bi- ich bin ja, das ist auch bekannt, in tatsächlich in sehr vielen Dingen, äh dann der mögliche Auslöser nämlich wenn ich's, äh meine Auffassung vertrete der mögliche Auslöser für solche Zustände, und krieg dann äh, von der ganzen Firma hinterher die Vorwürfe. - - Das ist nichts als reine Hysterie, das weiß ich genau, ich darf ja dann nicht mal einen Arzt holen wenn so was, vorkommt. weil dann ja rauskommt dass äh eigentlich kein Grund, vorliegt.

T.: ja, nicht nur durften Sie keinen Arzt holen, sondern auch dem Arzt nämlich mir, dies ja auch in dieser, Klarheit wie die Mutter schreit und wie schwer sie es Ihnen macht, äh wegzugehen, das äh, äh hab ich in dieser Deutlichkeit auch glaub ich noch nicht gehört.

Kommentar: Diese Konstruktionen sind dem Patienten zunächst ziemlich fremd. Der Analytiker ist relativ direktiv und unternimmt viele Ansätze, die Passivität des Patienten als Vermeidung zu interpretieren. Das Aufgreifen des rezenten Eindruckes von den Elternimages im Auto erweist sich für die gesamte Deutungsstrategie dieses Behandlungsabschnittes als fruchtbar. Es ist nicht zu übersehen, dass die Arbeit in dieser Periode eine erwünschte Zuspitzung und Herausarbeitung der bislang abgewehrten aggressiven familiären Konstellation ergibt, die auch in der Übertragung deutlich wird.

Periode VIII (Std. 351-355)*Äußere Situation des Patienten*

Der Patient lebt bei seiner Tante in Ulm. An den Wochenenden fährt er zu seinen Eltern. An einem Wochenende, das kurz vor dieser Periode lag, hat der Patient an einer Regatta mitgesegelt, was ihm trotz einiger Ängste, einmal wegen Konkurrenzsituation, zum anderen wegen relativ starker Winde, durchaus möglich war. Direkt vor dieser Periode hatten die Herbstferien zu einer Unterbrechung von 10 Tagen in der Analyse geführt; die Stunde 351 ist die erste Stunde nach dieser Pause.

Symptomatik

Die Sitzung 351 beginnt mit der Schilderung eines Autounfalls des Bruders, was den Patienten zu folgender Klage veranlasst:

P.: Ja, was für mich schlimm ist, die Vorstellung, wenn ich da jemand verletzen würde, davor hab ich ja immer so Angst, selbst wenn ich nichts dafür kann. Natürlich die ganzen Komplikationen dabei, was weiß ich. Ja, mir ist vorhin wieder ziemlich schlecht geworden, hab ich wieder einmal kein Taxi erwischt, es war so spät.

Wenig später vertieft sich die Hiobsbotschaft:

P.: Mir ist halt an denselben Stellen ewig schlecht. Ja, mächtig zugesetzt hat mir auch diese ewige Angst vor Mädchen, wär ich am liebsten wieder gestorben, wenn's mir ja ewig schlecht wird, halt an denselben Stellen ewig schlecht. Bin ja einfach natürlich sehr unglücklich darüber, dass ich zu diesen blödsinnigen Beschwerden ewig dazu verurteilt bin, einfach ohne Mädchen zu leben, ich mag nicht mehr so weiter.

Subjektiv erlebt der Patient außerhalb der Therapiestunden die gleichen Einschränkungen (Ängste, Befürchtungen, Körpersymptome etc) wie früher auch („hab' halt Angst vor dem Körper, dem soviel passieren kann“):

P.: Ich will endlich raus, verflixt. Hab ja schon Angst vor so harmlosen Dingen, wie meinetwegen, was weiß ich, Regen oder Wind oder so, da wird's mir ja schon schlecht oder Kälte, es geht halt nicht.

Die Liste der Angst auslösenden Situationen verlängert sich:

P.: Leb ja etwa, ist ja auch bekannt, in der panischen Angst, dass mir dieser oder jener Zahn allmählich dann jetzt doch soweit ist, dass ich zwangsweise zum Zahnarzt muss, und das ist dann auch eine Situation, die ich an und für sich gar nicht bewältigen kann, weil ich da mit Sicherheit so einen Herzanfall kriege

Auch die folgende Sitzung 352 eröffnet der Patient mit einer Symptomschilderung:

P.: Ja mir ist äh gerade wieder ziemlich schlecht geworden, weil die da eine Frau vorbeigefahren haben dahinter zu Ihrem Kollegen und der ist doch Gesichtsverletzter, das ist einfach blödsinnig wenn immer ich so was sieh, haut's mich um gleich ist es Herzklopfen Brechreiz was weiß ich was ...

Das gleiche Eröffnungsmuster dann in der folgenden Sitzung 353:

P.: Ja, mir ist es jetzt natürlich heute wieder ziemlich schlecht gewesen, weil ich da eine mächtige Angst vor irgendwas habe, aber ich komm einfach immer noch nicht dahinter, was es damit auf sich hat, was ich da anfangen soll ... selbst, wenn ein Taxi nicht kommt und auf sich warten lässt, der Verkehr so dicht ist und, ich werde ja halbverrückt vor Angst ...

Am Beginn der folgenden Sitzung 354 wiederholt der Patient seine unbeeinflussbaren Klagen, um danach in ein sehr langes Schweigen zu verfallen:

P.: Ja, ja, mir ging's heut ziemlich schlecht. Ich weiß nicht. Da hab ich wieder mich kaum zusammenehmen können, dass ich da nicht laufend für mich „Hilfe, Hilfe“ oder so was hin, wenn mal, ich weiß gar nicht, was mir jetzt wieder gefehlt hat. Da hab ich so wahnsinnig Angst gekriegt, wenn ich da jetzt hier raufkomme und am Ende der Stunde mir ist dann auch so schlecht, wie ich dann wieder da unterkomme, kein Taxi und weiß ich was, wenn da irgendwas schief geht, weil ich da ja dann so hilflos bin. Da hab ich mir ausgemalt, wie Sie mich da allein lassen. Da war ich natürlich wieder mächtig wütend. Ich weiß aber gar nicht, wovon es mir so schlecht geworden ist.

Im Gegensatz zu diesen sich intensivierenden (An-)Klagen steht der Eindruck, dass die Einschränkung (außerhalb der Sitzungen, z. B. in den zehn Tagen Ferienunterbrechung) gar nicht mehr so gravierend ist (siehe „äußere Situation“).

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

An Beziehungspersonen wird in dieser Periode vor allem der jüngere Bruder erwähnt, der mit dem Auto des Patienten einen Unfall gebaut, einen Fußgänger verletzt und das Auto beschädigt hat; außerdem steht dieser Bruder kurz vor dem Abitur. Für das Erleben des Patienten bringt er Unruhe in die Familie; er aktiviert Ängste des Patienten.

Erwähnenswert ist besonders die vom Patienten in Stunde 352 geäußerte Erinnerung, dass er als kleiner Junge sadistische Phantasien hatte:

P.: Ich kann mich ja auch komischerweise, äh so gut wie nicht daran erinnern, dass ich irgend jemand was, antun wollte. obwohl ich genau weiß dass ich, das wirklich hat-

te oder häufig hatte, ---- Ich da hatt ich mal als kleiner Junge, so ne Vorstellung jetzt // irgend jemand der mich da mal maßlos geärgert hat, das weiß ich nicht mehr was das war, sämtliche unnützen, zum Fortkommen äh, notwendigen Körperteile abzuschneiden. - Ich weiß nur noch, dass mit irgendwelchen solchen Phantasien, dass mir's da, fast, wahrscheinlich wohl von der, der Lust oder was weiß ich fast schwindlig geworden ist.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Das Gefühl des Stillstandes ist überwältigend. Der Patient kommt nicht voran, kann nichts an seinen Problemen machen. Die Hoffnungslosigkeit ist sehr stark: „Es ist einfach alles unerträglich, ich will lieber unter Menschen sein und so bin ich verurteilt, auf dem Zimmer zu sitzen und Übelkeit zu haben“ (Std. 354). Die Analyse beschützt ihn gegen nichts, ist völlig nutzlos. Der Patient findet keinen Halt, auch nicht an seinen rationalen Einsichten, auch nicht an den Kommunikationen des Analytikers.

Dabei kann er in dieser Periode – wenn auch widerwillig – recht intensive Phantasien äußern, andere totschiagen, die ihn geärgert haben, ihnen das Gesicht zerschneiden u. ä, aber zugleich betont er, dass er solche Gefühle (eine Sauwut) noch nie auf den Analytiker gehabt habe, wie er sie draußen erlebe. Ob beim Regattasegeln, oder beim riskanten Überholmanöver beim Autofahren, er erlebt für Momente einen Triumph, der dann jeweils einen Angstanfall auslöst (Std. 352).

Psychodynamik

Der Patient befindet sich in einem Kreisprozess von omnipotenter Destruktion und omnipotenter Idealisierung. Er reagiert mit Angst auf seine destruktiven Phantasien und mit Wut, wenn er sieht, dass er unfähig ist, sie zu verwirklichen (Std. 353):

P.: ... es wird ja wohl einige Gründe geben, weshalb ich da nicht aggressiv bin, sein will, wenn ich ja, also, riesengroß und was weiß ich, übermächtig bin, dann sind Sie ja mit einem Schlag gleich ganz weg oder jedenfalls wenn ich so böse bin, ziehen Sie sich zurück, wie ich ja überhaupt der Meinung bin, wenn ich böse bin, ist es aus mit irgendwelchen Zuwendungen, vielleicht lass ich deshalb nichts zu. Ich kann nichts dazu, und ich kann mir nicht helfen, ich finde diese Art von Lust einfach lächerlich. Ich habe da irgendwie, scheint mir, wenigstens, kein großes Vergnügen dran, wahrscheinlich nur deshalb, weil ja nie so richtige Phantasien in die Tat umsetze. Ich weiß nicht.

Im Symptom erlangt der Patient eine regressive Befriedigung. Es kann angenommen werden, dass für ihn Angst, Lust und Wut (vorwiegend als Erregung, Unruhe, nicht als

zielgerichtete Aktion) eine Einheit bilden im Sinne der „Angstlust“. Deshalb würde auch eine Symptombesserung für den Patienten einen „Lustverlust“ bedeuten.

Als Problem bleibt offen, weshalb der Patient nicht zu einer Unterscheidung des Angst-Lust-Bündels in der Lage ist als Voraussetzung einer seelischen Reifung.

Wahrscheinlich hängt der Stillstand oder nur mühsame Fortschritt der Analyse damit zusammen, dass der Patient durch die Paralyse, durch die sich gegenseitig aufhebenden Strebungen, geschützt wird vor irgendwelchen zielgerichteten Aktivitäten; denn unbewusst setzt er Einzelaktivitäten immer gleich mit globaler Destruktion. Keinesfalls dürfen zielgerichtete Aktivitäten eine psychische Realität haben.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die durch den Unfall des Bruders aufgeworfene Aggressionsthematik wird nach verschiedenen Seiten hin interpretiert.

In der 351. Stunde wird die narzisstische Überempfindlichkeit des Patienten, z. B. gegen Kälte, Nässe usw., ebenfalls vor dem Hintergrund omnipotenter Destruktion verstanden: Der Wind ist störend, weil unbewusst zerstörend, übermächtig und außerhalb der Kontrolle des Patienten.

In der 352. Stunde ist die Erinnerung wichtig, nach der der Patient als kleiner Junge die Phantasie hatte, einem Gegner alle zum Fortkommen nötigen Gliedmaßen abzuschneiden. Die Deutungsstrategie bezieht sich in dieser und der folgenden Stunde weitgehend auf diese psychodynamische Einschätzung. Der wiederholt aufkommende Gedanke an Suizid wird als Möglichkeit deutlich, sich mit allen Größenphantasien zu behaupten. Der Analytiker benutzt das Herkules-Gleichnis als Exemplifizierung für diese Größenphantasien.

Vor allem ist die 354. Stunde sehr unproduktiv. Nach einem sehr langem Schweigen kommt auf Nachfragen des Analytikers das Thema Heimweh zur Sprache:

T.: Ja, wo sind die Gedanken hingegangen inzwischen? Mut und Sinnlosigkeit, oder was meinen Sie? Es hat ja was zu bedeuten, dass Sie nichts sagen. Was hat es zu bedeuten? Das scheint mir von anderem Charakter zu sein als etwa das Schweigen von gestern, wo es darum ging, ob es auch ausreicht, wenn Sie nicht viel sagen, Sie nicht viel produzieren.

P.: Nein, mir ist es weitgehend gleichgültig, wie viel und was wie mir's reicht. Ich will einfach nicht mehr länger bleiben. Das will ich nicht. Ich will lieber gleich tot als nur halblebzig sein. Es macht mir eben einfach keinen Spaß, so lange Zeit vor einem Berg von Problemen zu stehen und für keines davon irgendeine Lösung auch bloß damit zu sehen. nichts, das ist doch zu wenig. Ich find die Möglichkeit nicht. Für

mich ist das Wichtigste, dass ich mich körperlich wohlfühle. Aber wirklich, lieber tot. na, so eine Art, was weiß ich, Heimweh hab ich ja auch noch die letzte Zeit, einfach die Umgebung und die Leute, die ich kenne. Ich leide hier so drunter, ewig allein zu sein.

Das Schweigen richtet sich gegen den Analytiker, der ihm „keine Stillung des Heimwehs gewährt hat“:

T.: Ja, wogegen hat es sich gerichtet das Schweigen? Das Schweigen hat sich gerichtet gegen jemand, der Ihnen keine Stillung des Heimwehs gewährt hat. Das Schweigen hat sich gerichtet gegen jemand, der Ihnen keine Wiederherstellung eines ersehnten Zustandes gegeben hat, eine Wiederherstellung eines ersehnten Zustandes, die sozusagen eine große, große Lösung der Probleme wäre, eine Antwort auf die großen und wichtigen Fragen Ihrer Angst. Ich habe Ihnen sozusagen zugemutet, drum wurde Ihnen dauernd so, dass Sie, dass wir über etwas sprechen, dass Sie etwas sagen, zu irgendwelchen Einzelthemen, Einzelfragen, dass sich sozusagen die große, wie soll ich sagen die große Wiederherstellung, die große Befriedigung der Sehnsucht, dass die in diesen Einzelthemen und Einzelfragen nicht so direkt greifbar ist. Das heißt dann: lieber tot als sich weiter um einzelnes bemühen, ohne dass sichtbar ist, ohne dass das große Heimweh befriedigt wird. Das große Heimweh nach jemand, der Ihre Sehnsucht wirklich voll befriedigt und Sie beschützt, und da kommt etwas herein, was es Ihnen so schwer macht mit einzelnen Problemen, so mit einzelnen Problemen fertig zu werden, weil Sie nämlich befürchten, dass, wenn Sie nicht, dass, wenn nicht die große Lösung, die große Befriedigung der Sehnsucht dadurch zustande kommt, dass Sie selbst eben sehr viel sind, sehr viel tun, selbst ein Herkules sind, dass dann die große Befriedigung auch nicht gewährt wird, und dass die Angst dann auch nicht verschwindet, weil Sie ja selbst nicht so mächtig sind, wie Sie meinen, sein zu müssen oder wie der andere sein sollte, nämlich ich.

P.: Das heißt, ich markiere also den Hilflösen, dass Sie mir helfen oder wie? ich hab Sie nicht verstanden.

Für den Leser liegt der Eindruck nahe (auch in der 355. Stunde), dass dieser Widerstand mit der Überforderung des Patienten durch die recht hoch gegriffenen Deutungen zusammenhängt, zumal der Analytiker auch sehr lange klärende Passagen bringt.

Periode IX (Std. 401-405)

Äußere Situation des Patienten

Der Patient wohnt weiter bei seiner Tante. Die Stunde 401 ist die letzte Stunde vor Weihnachten; die weiteren Stunden liegen dann Mitte Januar des folgenden Jahres. Der Patient verbringt die Weihnachtsunterbrechung bei seinen Eltern.

Symptomatik

Der Patient klagt zwar immer noch darüber, dass er Angst habe vor Mädchen, vor Übelkeit etc. (Std. 401):

P.: Habe wieder eine hässliche Missstimmung. Ich erwarte ziemlich unerfreuliche Tage zu Hause, weil ich ganz einfach diese üble Laune, die ich nun ja schon zwei, drei Wochen habe, da mitnehmen werde, und die scheint ja hauptsächlich darauf zu beruhen, dass mir Mädchen ganz allgemein unzugänglich sind, im besonderen, die in die ich da nun mal leider verliebt bin. Das ist ja besonders schlimm für mich, weil durch diese Tatsache, ich dauernd an dieses Problem erinnert werde, dass mir irgendwelche Zärtlichkeiten oder Geschlechtsverkehr, was weiß ich was, eben Lust, vor allem körperliche Lust, völlig unzugänglich eben sind, und ich habe ganz einfach, wie schon oft gesagt, diese ewige Quälerei satt. Mag da nicht tags wie ein gefangenes Tier da in der Wohnung auf und ab gehen oder nachts mich da eben vor Qual im Bett wälzen und so.

Jedoch scheinen die Ängste von sehr viel geringerer Intensität zu sein als in früheren Perioden, was der Patient nach der Unterbrechung immerhin mitzuteilen weiß (Std. 402):

P.: Guten Tag, Herr Professor. Ja, ich bin jetzt natürlich mächtig froh, dass ich wieder hier bin. Sie haben mir ziemlich gefehlt, das war eine recht unruhige Zeit, obwohl ich weit besser über die Runden gekommen bin, als ich mir das eigentlich vorgestellt hatte.

Immer wieder erwähnt der Patient Befürchtungen bezüglich der Verfügbarkeit der Taxis, mit denen er von der Wohnung seiner Tante zur Analyse fährt. Diese bilden ein ständiges Ärgernis, weil diese sich ständig verspäten oder gar nicht kommen, und die Pfortner, die das Taxi des Patienten gar nicht oder erst nach langen Verhandlungen auf das Krankenhausgelände fahren lassen.

Allerdings berichtet er auch, dass er in den Weihnachtsferien beim Zahnarzt war, was ihm längst nicht soviel ausgemacht hat, wie er immer befürchtet hatte.

Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Die wichtigste außeranalytische Beziehungsperson ist das Mädchen Monika (Std. 402):

P.: ... na, am meisten Unruhe hat mir ja diese letzten, was weiß ich, zwei Wochen dieses Mädchen da geschafft, von dem ich Ihnen erzählte, dass ich in die so verliebt sei.

Dabei kommt ihm eine „Einbildung“ in die Quere, als ob der Analytiker ihm vermittelt habe, er würde durch das Mädchen etwas anderes, nämlich ihn suchen:

P.: ... ja, ich hab ja mit diesem Mädchen eine Freundschaft angefangen und da bilde ich mir nun ein, da hätten Sie was dagegen, nicht etwa aus persönlichen Gründen, ich weiß nicht, da habe ich irgendeinen Satz von Ihnen in den falschen Hals gekriegt vielleicht, der fällt mir jetzt nicht ein, in die, wie ich das erzählt habe, ich in die verliebt sei, sagten Sie, ja das sei klar, ich würde da irgendwie was anderes suchen und irgendwie meinte ich dann, aha, das ist verkehrt, wenn ich das tue, weiß nicht. Na ja, ich bin ja an und für sich mächtig in dieses Mädchen verliebt, weil ja an und für sich, wie soll ich so sagen, ungleich viel mehr von dem finde, was ich bei anderen Mädchen in den Dingen eben suche, weiß nicht.

Der Patient kannte sie schon seit längerer Zeit; jetzt hat er sie ihrem Verlobten ausspannt und eine engere Beziehung angeknüpft. Über die Weihnachtsferien intensiviert sich diese Beziehung.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Die Periode zerfällt in zwei Teile, nämlich die Stunde 401 vor der Weihnachtsunterbrechung und die vier übrigen Stunden nach der Weihnachtsunterbrechung.

Std. 401: Der Patient eröffnet die Sitzung mit einem ungewöhnlich ausführlichen Eingangsmonolog, der anscheinend von der Thematik seiner Mädchensuche bestimmt ist. Allerdings bekommt der Analytiker auch massive Kritik zu hören:

P.: Es ist ja auch nun wieder recht entwürdigend, das Ihnen zu erzählen. Mag ja meinetwegen auch wieder so sein, dass da ein mordsmäßiger Hass auf Sie dahinter steckt, dass ich all die Lust, die ich da nun von irgendwelchen Mädchen erwarte, von Ihnen nicht gekriegt habe und nie kriegen werde und so weiter und so fort, aber ist ja auch bekannt, dass die Erkenntnis nicht weiterhilft, weil ich ja mit irgendwelcher Wut überhaupt nicht fertig werde

Er berichtet nur auf Nachfragen des Analytikers und auch dann noch sehr bruchstückhaft von der soeben angeknüpften Beziehung zu Monika:

P.: Nö, wieso, ich habe nur nicht gesagt, wie die aussieht oder wie sie heißt, was sie für eine Haarfarbe hat. das ist ja wurscht. Wieso soll ich Ihnen von diesem Mädchen

erzählen, die werd ich wieder vergessen. Ich krieg sie nicht und eines Tages wird's eine andere sein, in die ich verliebt bin, wird's mich wieder neu quälen, darauf kommt's an.

Dass die anstehende Unterbrechung der Analyse über Weihnachten ein Grund für sein Verhalten sein könnte, kann der Patient erst nach einer entsprechenden Deutung des Analytikers halbwegs anerkennen.

Std. 402 bis 405: Die Beziehung zu Monika, in die er seinerseits sehr verliebt ist, empfindet er andererseits aber schon wieder als zu starke Bindung. Er ist durch die Intensität seiner Gefühle extrem beunruhigt. Diese Qual wird intensiv erlebt; von der Realität her ist kein Grund dafür vorhanden. Der Patient klagt mehrfach über die Unfähigkeit des Analytikers, ihm Voraussetzungen für eine angstfreie Aufnahme einer erotischen Beziehung zu vermitteln. Er weist den Analytiker teilweise sehr konkret zurück; das hängt wahrscheinlich damit zusammen, dass er seine Einschränkungen auch zum ersten Mal an einer konkreten Person erlebt.

Psychodynamik

Die 401. Stunde ist gekennzeichnet durch die Verleugnung der unmittelbar bevorstehenden längeren Weihnachtsunterbrechung. Die verschiedenen Klagen über Erfolglosigkeit etc. können als Manifestationen der dynamisch aktivierten Trennungsangst aufgefasst werden:

T.: Und darin steckt ein Suchen nach etwas Stärkerem, ... was ist ein starkes Mittel zum Abschied. Da ist eine Beziehung, was Sie von dem Mädchen sagen, und was Vergleichbares da, das starke Mittel, dort ist dann sehr starker Ausdruck eines starken Gefühls, was von einem Mädchen kommt und ein starkes Mittel von mir, ein starker Ausdruck von Zuneigung. Und was Sie da suchen, ist dann auch Ihr eigenes starkes Gefühl, dass es nicht verloren geht, dass es erwidert wird und da man nicht recht weiß, ob es erwidert wird oder ob nicht doch etwas verloren geht davon. Und das möchten Sie dann in einer Beziehung bei einem Mädchen sozusagen gleich wissen, möglichst schnell, und schämen sich dafür, so dass es zugleich nur im Verborgenen glüht, so dass Sie natürlich recht haben, wenn Sie sagen, einerseits beunruhigt Sie das, andererseits wollen Sie sich besser distanzieren lernen davon, das heißt, das es gleich im ersten Augenblick lichterloh brennen muss, sondern dass man einen gesteuerten, einen gelenkten Brand im Ofen brennen lässt.

P.: Na, was weiß ich, das geht mir freilich sehr nahe, was Sie vorhin sagten wegen Zuneigung und Wiederfinden, starkes Gefühl, nichts verloren, aber wissen Sie, ich krieg furchtbar Angst, wenn mich jemand mag, davon will ich gar nichts wissen.

T.: Weil Sie dann fürchten, nicht mehr loszukommen, wo es doch so wichtig ist, loszukommen andererseits für Sie.

Das Hauptthema des Abschnittes 402 bis 405 sind die überwältigenden Gefühle des Patienten durch die erste ernsthafte Freundschaft während der Analyse zu einem Mädchen. Sein Erfolgserlebnis wird sofort durch narzisstische Probleme und seine Angst vor Abhängigkeit aufgehoben (Std. 402):

P.: Ich habe immer Angst vor dem Augenblick, in dem ich irgendwas Negatives erfahre; ich kann das ja nicht verarbeiten, davor hatte ich ja immer Angst. Na, natürlich konnte ich im Einzelfall genau und sauber feststellen die Wut auf das Mädchen, wenn ich da irgendwas nicht so kriegte oder die Wut auf deren Exverlobten, das war in der üblichen Weise maßlos verzerrter Hass, aber ich bin, wie immer, unfähig, das zu reduzieren und wegzulassen. Es geht einfach nicht, ich muss dann immer selber über mich lachen, weil ich da so bin, aber irgendwie erstarrt alles, und ich schäme mich dann ja auch für den Blödsinn, den ich da denke und empfinde

Er kann seine enorme Überempfindlichkeit für Reize außerhalb seines Kontrollbereichs besser distanzierend kennzeichnen. Seine Wut kann als Versuch aufgefasst werden, die Traumata zu überwinden. Zugleich ist der Patient durch seinen Hass beunruhigt (Std. 402):

P.: Da hatte ich diesen Hass natürlich, aber das wusste ich, das konnte ich sogar sehen, aber nicht abstellen. Und irgendwie, Verliebtheit führt ja bei mir grundsätzlich zu schlechter Laune, die ich dann niemand zeige, aber ich hab sie doch. Vielleicht kommt das daher, dass ich dann da nicht alles so kriege wie ich es will oder. – Jedenfalls, wenn die dann weg ist, dann denke ich, die kann mich, werde wütend und dann bilde ich mir auch gleich wieder ein, die macht mir ja doch bloß was vor.

Diese Thematik rahmt die Beziehungsgeschichte zu dem Mädchen Monika ein (Std. 403):

P.: Ja, ich bin die ganze Zeit schon, recht ärgerlich über mich, weil ich gar nicht so richtig weiß was ich Ihnen erzählen soll, irgendetwas wo ich denke da - das geht weiter oder ich, lern endlich wieder ein Stück mal dazu mir fällt, einfach, „nix“ ein ich, ich weiß immer bloß was ich gerne möchte und was mir fehlt, aber irgendwie etwas dazu wie ich, zu allem komme was ich da will. ---- Meinetwegen, wenn ich da, mal wieder auf Sie wütend bin, weshalb das dann immer so schlimm ist für mich und, was weiß ich. ---- und Sie da, immer sagen im Hass und in der Wut, da steckt Lust ich hab, keine +für mich ist das „nix“.

T.: hmhm+

P.: Leidenschaftliches meinetwegen. -- Wenn mir irgendwas unangenehm ist, wird' s mir schlecht davon. ---- überhaupt ärgert mich, dass wenn ich da, in Gedanken so aggressiv werde wegen jedem Dreck und in Wirklichkeit gelingt' s mir dann überhaupt nicht, äh, mich durchzusetzen oder irgendwas, zu erreichen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

In der 401. Stunde wird die Unterbrechung (vor der Weihnachtspause) besonders bearbeitet. Der Analytiker deutet die Trennung als Kränkung:

T.: Schon die äußere Tatsache der letzten Stunde, der Unterbrechung, ist ein Fortgeschicktwerden und das elementare Gefühl von neulich, als Sie warten mussten wegen dem (anderen) Patienten, ist ein dafür ein Beispiel. Sie werden dann fortgeschickt. Es ist eine solche Kränkung, dass Sie die verständlicherweise möglichst rasch wieder ausgeglichen sehen möchten durch einen möglichst raschen, schnellen Erfolg bei einem Mädchen, so dass dort also auch schon eine kleine Wahrnehmung, dass es dort vielleicht auch nicht so schnell geht, Sie wieder kränkt und die alte Kränkung des Fortgeschicktwerdens potenziert und verstärkt mit der Anklage, die ja in der traurigen Feststellung auch steckt, ja, jetzt gehen Sie dann fort und können drei Wochen, vierzehn Tage nicht aus dem Haus. So habe ich Sie geschädigt durch die Nichterwiderung, so habe ich Sie gekränkt.

Std. 402 bis 405: Die Metapher von Herr und Knecht, von Dominanz und Unterwerfung wird erneut ins Spiel gebracht (Std. 402):

T.: ... was er {der Analytiker} auch immer kann, eines kann er nicht, irgendwie hängen die Beschwerden damit zusammen, so viel er auch kann, an einem entscheidenden Punkt sind Sie Ihr eigener Herr, an einem Punkt allerdings, wo Sie dann auch wieder sich als der Knecht Ihrer Beschwerden erleben, ... wo dann vielleicht dann dieses Herr im eigenen Haus sein wollen und selbst etwas sein wollen, anscheinend doch noch mit sehr viel Selbstbestrafung verbunden ist, weil es, so etwas ist wie große Undankbarkeit.

P.: Ja, das leuchtet mir auch ein.

In den folgenden Stunden dreht sich die Thematik um Niederlagen im Umgang mit Nässe und Kälte; immer wieder wird der Zusammenhang von Kränkung, Wut und Angst interpretiert (Std. 404):

T.: Welcher Vorteil liegt nun darin, dass die Wut ein Fremdkörper geworden ist?

P.: Na, im Moment fällt mir dazu nur unsinniges Zeug ein, nämlich, ich habe Angst, wenn das, wenn ich die vielleicht doch erlebe, dass mir dann nun dauerhaft wieder

ziemlich schlecht wird. Und ich habe keine Lust, mir die Mühe zu machen, die Wut, die mich ohnehin nicht interessiert, da überhaupt zu bearbeiten.

T.: Also, das wäre dann dies, dass Sie dann trotz Wut noch ohnmächtiger bleiben oder, sogar noch mehr, dass Sie durch die Wut sich noch ohnmächtiger fühlen, weil Sie selbst in der Wut nichts machen können, sozusagen trotz Volldampf nichts ändern können.

Kommentar: Obwohl der Analytiker sich immer wieder neue Ideen (z. B. Wut als unkontrollierbarer Fremdkörper), einfallen lässt, ist der Patient unzufrieden und beklagt, dass alles beim Alten bleibt. Der Analytiker bietet dem Patienten zuviel an verbaler Kommunikation und zuwenig „Substanz“, die der Patient aber auch nicht will, da sie ihn zu sehr bindet.

Periode X (Std. 451-455)

Äußere Situation des Patienten

Unverändert; der Patient wohnt weiterhin bei seiner Tante. Er erzählt, dass er neuerdings zwei bis drei Stunden am Tage arbeiten kann; allerdings nicht in einem hin, sondern „stückchenweis“.

Symptomatik

Es bestehen immer noch Ängste vor Versagen in verschiedenen Situationen und vor körperlichen Beschwerden; bemerkenswert ist jedoch die Klarheit, mit der der Patient seine Symptomatik mit den hintergründigen Abläufen in einem systematischen Zusammenhang sehen kann (Std. 451):

P.: Da hab ich gerade wieder weiche Knie bekommen, weil ich da an der Pforte wieder Scherereien hatte, weil sie mich wieder nicht reinlassen wollten. Jetzt bin ich dann dadurch schon wieder verstimmt, weil in solchen Fällen steckt da wieder Wut dahinter und dann fällt mir wieder ein, dass ich die nicht beherrschen kann und dann immer wenn ich wütend werde, werde ich ja zusätzlich hinterher noch, was weiß ich, verstimmt irgendwie eben. Ich krieg ja auch Angst, wenn andere Leute wütend werden. Ich weiß nicht, was ich dabei denke. Das eine ist, dass dem die Wut selber schadet und wahrscheinlich, weil ich dann selbst wütend werde, ich weiß nicht wieso, und weil ich Angst habe, mir passiert da was, wenn andere wütend sind. Ich weiß das nicht, mir wird's halt schlecht. Und so richtig wütend werde ich ja an und für sich anderen Leuten gegenüber gar nicht. Ich bin ja immer sehr gedämpft, zu-

rückhaltend mit Reden, Äußerungen. muss ja auch nicht von Vorteil sein, da nun richtig wütend zu werden, aber manchmal wäre ich schon froh, wenn ich's überhaupt sein könnte. Ich hab ja nichts. Möcht ja eben das haben können, was Sie eine gesunde Welt nennen. Das hier, das ist offen.

T.: Ja danke.

Vorstellungen von außer-analytischen Beziehungspersonen

Die Pförtner, die den Patienten nicht aufs Krankenhausgelände fahren lassen wollen, bilden weiterhin ein erhebliches Ärgernis, das sich als prototypisch darstellt (Std. 451):

P.: Und ich weiß auch, dass ich das im Einzelfall so völlig bezeichnend erleb, gleich was das ist, ob mir was verwehrt wird, oder ob ich beleidigt werde, oder zurückgewiesen, oder geärgert. Es ist ganz wurscht, was für eine Niederlage ich einstecke, ich werde halt entsprechend wütend, weil, wie Sie selber sagen, ich das als furchtbaren Niederschlag erlebe und jetzt ist aber die Frage, äh, doch warum erleb ich das als so schreckliche Niederlage, und zwar in jedem Fall was anderes.

T.: Ja, ja, ja, ja.

P.: Und hier, wenn ich zur Pforte nicht rein darf, da steckt ja nicht nur die Niederlage drin, dass ich meinen Willen nicht durchgesetzt habe, also unterlegen bin, der Schwächere war im Kampf mit dem Pförtner, sondern es steckt die ganze Scheißangst, deretwegen ich überhaupt da herkomme, dahinter.

Die Beziehung zu Monika besteht noch; den Patienten beschäftigt nun seine Angst, mit ihr zu schlafen, und ob er dies „lebendig“ überstehen würde (Std. 453).

Er erinnert sich an die Einstellung der Eltern und des Großvaters zu seinen Tätigkeiten in der Kindheit. Der Großvater war der einzige, der Interesse an dem zeigte, was dem Kind Spaß machte. Die Mutter kümmerte sich um technische Spielereien sowieso nicht, aber auch der Vater zeigte Desinteresse. Die Einstellung zu seinem Vater bestimmt noch heute seine Einstellung zur Arbeit. Anscheinend wurden seine manuellen Fähigkeiten extrem herabgesetzt, was eine bleibende Verunsicherung hinsichtlich des Wertes seines Körpers als Werkzeug herbeiführte. Dem Vater gegenüber baute er gleichzeitig eine Überlegenheitsphantasie auf: der Erfindervater ist mit Primitivem zufrieden, der Patient hingegen beschäftigt sich mit dem Bau einer elektronischen Apparatur (Std. 454):

P.: Ja, ich weiß an und für sich gar nicht so recht, was ich mal wieder erzählen soll und ich bin schon mürrisch, weil mir nichts einfällt. Mir geht nämlich dauernd so eine Spielerei durch den Sinn, die ich mir da in den Kopf gesetzt habe. Na, ich weiß aber nicht, ob sich das lohnt, darüber nun Zeit zu verlieren. Ich will das auch nicht erzäh-

len. ---- Ja, was, es geht nicht anders, ich muss eben doch blödsinnigerweise, und zwar hab ich mir da in den Kopf gesetzt, eine Apparatur zu machen, die auch solche Wellen empfängt, die man mit dem normalen Radio nicht reinkriegt und jetzt geht mir da dauernd die Schaltung durch den Kopf.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Patient kritisiert nach wie vor, dass ihm in seinen körperlichen Schwächezuständen nicht geholfen wird und dass nichts geschieht, damit er seine Wut „in den Griff bekommen“ kann. Daneben erscheinen in dieser Periode deutliche Hinweise auf eine sehr positive Beziehung zum Analytiker; insbesondere eine gute Mitarbeit (z. B. gegen Ende der 451. Stunde):

P.: Aber ob ich jetzt nun nachdenke, wie ich die Wut gegen den Pförtner, oder wie ich die Wut gegen Sie, loskriege, das kommt ja schließlich auf das gleiche raus. Es wird ja wohl nur wichtig sein, zu sehen, dass ich wütend bin, dass ich irgendetwas als so furchtbare Kränkung empfinde, dass ich eben diese entsetzliche Wut als Ausgleich brauche, aber – nun weiß ich aber heute, dass die Wut ja, die ich da habe, nun, ganz konkret, dass die ja idiotisch ist. Sie hilft mir ja zu nichts, im Gegenteil, es wird mir noch schlechter. Das heißt, dass ich mehr Bewegungsfreiheit habe, wenn ich die Wut weglasse, weil’s mir ja nicht schlecht wird und wie Sie sagten, am Freitag, ich könne mehr, wenn ich nicht, wenn ich nicht wütend bin. Sie können gar nichts, Sie sitzen hier oben. Ich kann wenigstens, wenn ich nicht wütend werde, mich mit dem Pförtner unterhalten und so weiter und so fort. der ganze Rattenschwanz. der oft genug, da hier erwähnt worden ist. Ich hab das doch wohl richtig begriffen, am letzten Freitag. mit dem oder?

T.: Ja, ich glaub schon, ja, mhm.

P.: Und, ja, und jetzt ist die Frage lediglich noch: „warum werd ich wütend“ oder „warum kann ich die Wut nicht weglassen“ und, das ist ewig dasselbe. was für Vorteile damit verbunden sind, und was im Einzelnen abläuft, ist mir ja klar, meistens wenigstens.

Es gibt keinerlei Abbruchgedanken. Die Berichte des Patienten, dass er täglich einige Stunden arbeiten könne und dass er ein kompliziertes Empfangsgerät gebaut habe, mu- ten wie die Mitteilung von Geheimnissen, wie ein Geschenk an den Analytiker an. Und er scheint von der Freude des Analytikers an seinem Erfolg überrascht zu sein (Std. 452):

P.: Ja, äh, und so die letzten, vielmehr diese Woche, die letzte Woche und auch so die Wochen vor Ostern nicht, aber über Ostern hab ich’s doch ein bisschen hingekriegt, was zu tun, nicht viel, vielleicht zwei oder drei Stunden am Tag.

T.: Ja, darf ich mich auch freuen darüber?

P.: Äh, das ist eine seltsame Frage, Herr Professor.

Psychodynamik

Realitäten werden als extrem lusteinschränkend erlebt, so dass der Patient vorwiegend in die Reaktion Wut und Müdigkeit und Lustlosigkeit ausweicht. Sekundär ist er dann zusätzlich darüber wütend, dass er seine Wut nicht „in den Griff bekommt“.

P.: Ja, ich weiß nur, dass ich eben da furchtbar wütend werde, wenn ich nicht kriege was ich will und dass mir einfach nicht möglich ist, die Wut wegzulassen so unnützlich ist, das weiß ich doch wohl. Wenn Sie heute nichts dazu wissen, fällt Ihnen vielleicht nächste Woche was dazu ein oder nächsten Monat, aber ich hab's halt in dem Moment nicht.

Er scheut Abhängigkeit, weil er dadurch erhöht kränkbar und von der Realität (Vater, Mutter etc.) abhängig wird.

Seine „Dauerwut“, die sich nicht aus rezenten Frustrationserfahrungen erklären lässt, wird vom Analytiker als omnipotente Selbstbehauptung („Vollkommenheits-Ideal“) aufgefasst. Sie ist demgemäß so übermächtig, dass sie gar nicht „in den Griff bekommen“ werden kann, weil sich damit ja bereits eine realitätsgerechte Reduzierung vollzogen haben müsste. Solange die Wut mit einem primitiven Ich auf gleicher Ebene steht, solange also Ich und Wut identisch sind, kann das Ich nicht im Abstand zur Wut diese zügeln. In dieser Überlegung ist die Hypothese enthalten, dass die Mutter die Ich-Entwicklung des Patienten in diesem Bereich geschädigt haben muss (Std. 452):

T.: Ob das damit zusammenhängt, dass Ihre Mutter einerseits Sie sehr anhänglich, Sie sehr abhängig gemacht hat, andererseits aber auch wiederum in manchen Bereichen, Sie eher abgewiesen hat. In Ihnen so eine Phantasie einerseits entwickelt hat, dass Sie immer da ist für Sie und darum die Enttäuschungen besonders stark wurden, wenn, Enttäuschungen natürlich die da sind, wenn man da feststellen muss, das ist keineswegs so, sie ist ja gar nicht immer da.

Die Autonomie-Dynamik wird an diesen geheim gehaltenen Hobbies deutlich. Wegen des phantasierten Verbots hält der Patient den „Schaltkreis“ jedoch geschlossen.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

Die Arbeit kreist vorwiegend um den Wunsch nach einer „reibungslosen konfliktfreien Einheit“, aus dem sich die meisten gekränkten Reaktionen des Patienten ableiten lassen.

- P.: Ja, das verstehe ich, Herr Professor, es ist nur eines, weshalb sollte ich mich dann gegen das Begreifen stemmen, doch nur dann hat es einen Sinn, wenn ich den Schaden weiter behalten soll und ich dann weiter auch auf Sie wütend sein werde.
- T.: Wenn Sie den Schaden nicht behalten, sondern wenn Sie den Schaden, der Ihnen zugefügt wurde, erst einmal noch indem Sie mich schädigen und sozusagen mich treffen, indem Sie den, der Ihnen etwas verwehrt hat, der Sie geschädigt hat, der Pförtner, meine rechte Hand, indem Sie diese rechte Hand erst einmal zurückweisen und diese rechte Hand mir also auf die Finger hauen sozusagen.
- P.: Ja, vielleicht machen wir's so, indem Sie mir nochmals erklären, was Sie mit dem Sesam öffne dich meinten, weil jetzt versteh ich's natürlich überhaupt nicht mehr.
- T.: Das Sesam öffne dich ist die Wunschwelt, dass alle Tore, und alle Prügel, alle Tore aufgehen, wo immer man sich bewegt, das ist das Sesam öffne dich, keine Grenze da ist, keine Barriere und das ist die Wunschwelt einer, auch einer reibungslosen konfliktfreien Einheit, mit dem Ziel, personifiziert mit mir mit einer schönen Frau, mit einem Buch, nicht?

Periode XI (Std. 501-505)

Äußere Situation des Patienten

Er wohnt bei seiner Tante und fährt mit dem Taxi zur Analyse. Er überlegt jedoch (und realisiert wenig später), den Weg zu Fuß zurückzulegen. Wenige Stunden vor Beginn dieser Periode hatte der Umzug des Analytikers in andere Räume stattgefunden, dem der Patient jedoch keine große Relevanz zu schreiben gewillt ist.

Symptomatik

Extreme Lustlosigkeit, die sich symptomatisch als Arbeitsunlust und Faulheit äußert. Objektiv betrachtet hat diese „Faulheit“ schon während der ganzen Analyse bestanden; im Erleben des Patienten jedoch hat sie in dieser Periode eine ganz besondere Bedeutung. Ängste scheinen noch zu bestehen, treten aber gegenüber der „Faulheit“ zurück (Std. 501):

- P.: Guten Tag Herr Professor, ----- bin also, wieder, wegen irgendetwas heftig wütend auf Sie, das gefällt mir, gar nicht, zumindest weil ich dann in der Stunde, zu nichts komme und wenigstens deshalb hinterher dann, recht deprimiert bin. Ich weiß nicht so recht weshalb ich momentan, wieder so äh böse auf Sie bin. Habe halt wieder den Eindruck, dass Sie mir in dem Punkt nicht helfen; der Punkt ist meine Faulheit. Sie sollen da irgendwas für mich tun, was weiß ich nicht. Sie tun' s nicht, ich bleib

dann faul, weiß nicht, ich will ja mit Ihnen über alles äh das reden, was Sie da anschneiden, meinetwegen dass Sie etwas für mich tun sollen oder, dass, hm, ich, gezwungen bin, äh zu arbeiten und was alles so geredet wird, aber, es scheint mir so fremd alles. und äh, i- ich finde einfach, ich hab' s Ihnen schon mal gesagt, dass das Pferd am Schwanz aufgezümt, weil, ich meine zunächst müsste man doch, mir mal beibringen wie überhaupt ich einen Grund habe zu arbeiten etwa, und Lust am Arbeiten oder so, und da habe ich nichts! Es ist dann, meine ich, müßig, sich über alles drumrum zu unterhalten weil, selbst wenn das geklärt ist, äh bin ich immer noch nicht fleißig, weil ich ja keine Lust habe zu arbeiten. --- Zudem ist mir das, was Sie anführten, zu persönlich, ich mag äh so was nicht wissen, Sie, mir gefällt das nicht persönlich zu sein ich bin, lieber distanziert, ---

Vorstellungen von außer-analytischen-Beziehungspersonen

Zum ersten Mal wird etwas über die Tante berichtet; sie scheint recht genau und pünktlich zu sein und ist „irritiert“, wenn er zu spät zum Essen kommt, weshalb er einer vom Analytiker vorgeschlagenen Terminänderung nicht zustimmen kann.

Die Beziehung zu Monika besteht noch, wird aber nicht weiter detailliert; aber der Patient erwähnt, dass er von seiner Mutter sehr stark abhängig sei.

Im Zusammenhang mit dem Umzug in das neue Gebäude des Analytikers wird die Sekretärin des Analytikers erwähnt, die manchmal sein Klopfen nicht hört und dadurch zu einer Unsicherheit beiträgt, wie er sich verhalten soll. Offenbar hat der Patient in ihr einen „Pfortnerersatz“ gefunden.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Der Analytiker gibt dem Patienten keine Hilfe in den wesentlichen Punkten seiner ausgesprochen auf körperliche Mängel bezogenen Klagen (Std. 502):

P.: Habe ja immer Angst, jemand auf die Nerven zu fallen, oder zu frech zu sein, oder was weiß ich. Wenn ich hier herkomme, bin ich ja ohnehin meist schon nervös, dass ich mir zusätzliche, auch nur ganz geringfügige Belastungen nicht leisten kann. Kann ja gerade anfangen zu reden von was ich will, Sie lenken mich immer um auf den Trotz, was wollen Sie denn damit anfangen, ich kann damit nichts anfangen, mich langweilt das über Trotz zu reden, weil mich jetzt interessiert, wie werde ich fleißig und ich finde keinen Zusammenhang zwischen Trotz und Faulheit und ich finde auch es ist unnötig, über den Trotz zu reden, weil Wut drin steckt und mit der Wut ist das so eine eigene Sache, die geht ja immer nicht weg. Ist auch ein Satz, den ich fast täglich wiederhole, vielleicht verkehr ich da was auch, aber ich

glaub's nicht. ja, wenn Sie immer auf den Trotz zurückkommen, muss es doch damit eine Bewandtnis haben, was ist los damit, warum sagen Sie nichts?

So hat der Patient z. B. die Vorstellung, er könne nur fleißig werden, wenn der Analytiker ihn fleißig mache. Analoge Verhältnisse bestehen bei seiner Unlust und bei seinem Aktivitätsmangel. Auch hier erwartet er Lust oder Aktivitätsvermittlung vom Analytiker.

Psychodynamik

Die Unlust kann als analer Trotz aufgefasst werden. Demgemäß wird die verdeckte Lust in der passiven Aggressivität, in der trotzig Selbstbehauptung gesucht. Die interaktionale Seite des Trotzes wird in der Arbeit in den Mittelpunkt gestellt und die Analität – wenn auch in Analogien – besprochen. Es wird davon ausgegangen, dass ein Aufgeben des Trotzes durch eine Übertragungsbeziehung möglich werden könnte, in der erreicht werden könnte, dass der Patient den Analytiker offen mit in die Scheiße (Senf) ziehen kann. Er selbst bezeichnet sich stärker als in früheren Stunden als „Scheißkerl“. Insofern ist eine Entwicklung von der Auflösung der Verdrängung zu registrieren.

Allerdings gibt es auch eine Kastrationskomponente in seinen Klagen über körperliche Unfähigkeit. Er beklagt sich auch, dass er beim Analytiker nichts findet. Durchsetzt ist diese Entwicklung von depressiven Einbrüchen. Er will die Behandlung beenden und würde sich umbringen, wenn er keine Angst davor hätte. Diese Dynamik gipfelt in ungeheurer Wut.

Analytische Situation aus der Sicht des Analytikers

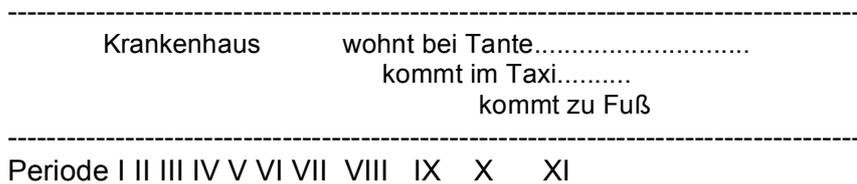
Die Idee des Patienten, dass seine „Substanzdefekte“ nur durch materielle Zufuhr geheilt werden können, ergibt ein äußerst schwieriges behandlungstechnisches Problem. Es wird noch dadurch verstärkt, dass der Patient zugleich jede konkrete Vermischung, z. B. gemeinsam ‚Scheiße‘ zu machen, als erneute schwere Erniedrigung erlebt. Daraus resultiert seine Hoffnungslosigkeit mit Abbruchs- bzw. Suiziddrohungen in der 504. Stunde. Die behandlungstechnischen Schwierigkeiten zeigen sich auch darin, dass der Analytiker bei seinen Deutungen, dass er irgendwo sich noch ein Stück Lust bewahrt habe (z. B. anal), sehr suggestiv und direkt vorgeht bzw. über den Kopf des Patienten hinweg redet. Die Aktivität des Analytikers zeigt sich z. B. in der 501. Stunde, als der Analytiker am Beispiel des Umzugs der Abteilung in ein neues Gebäude das Thema Veränderung forciert anspricht.

5.3 Längsschnittliche Zusammenfassung des Verlaufs der einzelnen Gesichtspunkte

Der äußere Verlauf

Die äußeren Bedingungen dieser Behandlung waren vorwiegend durch den Umstand gekennzeichnet, dass der Patient stationär behandelt werden musste, da in seinem Heimatort keine Möglichkeit einer stationären Behandlung bestand. Die folgende Aufstellung macht die Entwicklung seiner Mobilität deutlich:

Äußere Situation



Auch wenn diese Feststellung des alltäglichen Verhaltens, der Fähigkeit zu eigenständigen Lokomotorik fast trivial anmutet, ist sie doch in dieser Behandlung mehr als aufschlussreich. Der symptomatische Zustand des Patienten – extreme Tachykardien als Folge von extremen Angstzuständen - erzwang eine ungewöhnlich lange stationäre Behandlung. Das Wachstum der Fähigkeit sich eigenständig außerhalb des Krankenhauses sich zu bewegen, kann deshalb als Verhaltensindikator von grosser Relevanz gewertet werden, Interessanterweise konnten wir in einer früheren textanalytischen Untersuchung einen Anstieg der verbalen Redundanz im Text des Patienten nachweisen, die mit dieser motorischen Entfaltung synchron ging (Kächele u. Mergenthaler 1984) (Abb. 8):

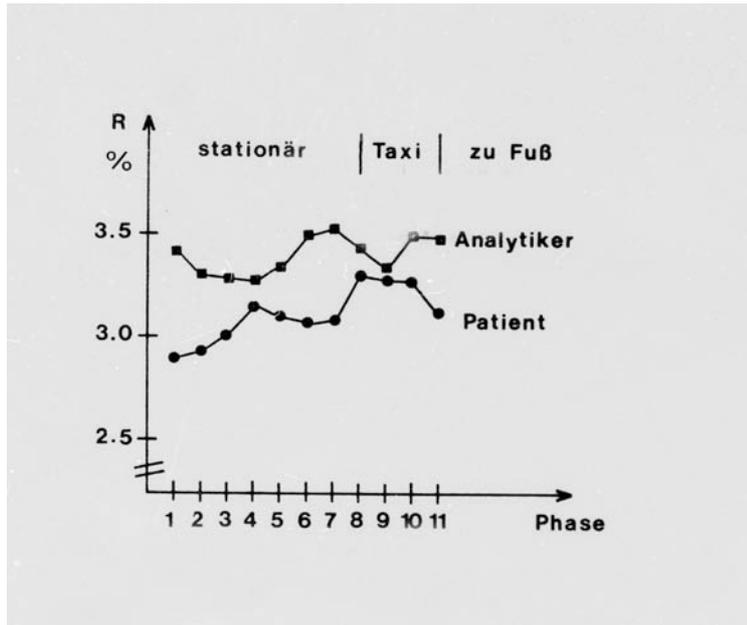


Abb. 8: Anstieg der verbalen Redundanz

Die stationäre Unterbringung als Parameter dieser Behandlung bestand über einen Zeitraum von 18 Monaten, was in dieser Zeitstichprobe den Perioden I - VII entspricht. Die Fahrt in die Klinik wurde aufgrund des Umzugs zu einer Tante zunächst noch mit Hilfe eines Taxies ermöglicht, welches den Patienten jeweils zu den Stunden in die Klinik brachte (Periode VIII - X); dann aber konnte er seinen Weg zur Klinik zu Fuß zurücklegen, was den nächsten Schritt, die Wiederaufnahme seines Studiums, vorbereitete (Periode XI).

Dieser Aspekt der Behandlung zeigt die schrittweise sich vollziehende Auflösung der motorischen Einschränkungen des Patienten, der als „Veränderungs“-Index zwar grob, aber unübersehbar ist.

Aus heutiger Sicht scheint die Dauer der Hospitalisierung ungewöhnlich lang gewesen zu sein; allerdings belegen die Aufzeichnungen, dass zwar mehrfach eine Umwandlung in eine ambulante Therapie erwogen, und dann doch vom Patienten selbst heftig abgelehnt wurde. Die Unterbringung auf einer Station der Medizinischen Klinik der damals jungen Medizinischen Hochschule war unter den damaligen Umständen nicht so ungewöhnlich, wie es aus heutiger Sicht zu sein scheint. Damals bestand ein Doppel-Lehrstuhl Internistische Psychosomatik (Prof. von Uexküll) und Psychotherapie (Prof. Thomä) und der behandelnde Analytiker (Thomä) hatte sein Büro in einem neu errichteten Nebengebäude, das von der Krankenstation aus zu Fuß erreichbar war. Die wegen der recht massiven Tachykardie-Anfälle des Pat. mit-behandelnden Internisten waren der Abteilung Internistische Psychosomatik zugeordnet. Das Umfeld der Privat-Station wurde

außerdem durch Patienten gestaltet, die wegen Ernährungsprobleme (Adipositas) ebenfalls lange Liegezeiten aufwiesen.

Der Verlauf der Symptomatik

Die regelmäßige, wenn auch stichprobenartige Erhebung über elf Zeitpunkte ergibt, dass der Patient zu Beginn der Behandlung sehr wenig Angsterlebnisse unmittelbar in den Sitzungen erlebt, wohl aber über vielfältige Angst auslösende Situationen berichtet bzw. über ihn einengende Verhaltenseinschränkungen spricht. Die berichteten Ängste können vom Patienten durch entsprechende Vermeidungshaltungen unterlaufen werden (s. Std. 51-55, 101-105). In der V. Periode ist eine deutliche Veränderung zu registrieren: Nach 200 Stunden Behandlung intensiviert sich die Angstsymptomatik innerhalb und außerhalb der Behandlungssituation. Dieser Zustand hält sich bis zur Periode VIII (Std. 351-355). Dort wird eine zunehmende Diskrepanz zwischen der Erlebenseite der Ängste und der objektiven Besserung vermerkt. Diese Tendenz setzt sich auch in den folgenden Stichproben fort. Der Patient hält an seinen Ängsten fest, obwohl sich sein Verhalten zunehmend expansiver gestaltet.

Die verhaltensmäßige Besserung des Patienten kann besonders gut an einem Beispiel der Periode VII (Std. 301-305) gezeigt werden. Er ist am Wochenende erstmals seit langem mit dem Auto nach Hause gefahren. Fünfzig Stunden später (Std. 351-355) berichtet er von der Teilnahme an einem sportlichen Wettkampf (Regatta) und noch weitere fünfzig Stunden später teilt er mit, dass er den Besuch beim Zahnarzt ohne einen Angstanfall überstanden hat. In der X. Periode (Std. 450-455) stellt man beim Lesen der Verbatim-Protokolle fest, dass der Patient seine Fachliteratur wieder studiert und sich als sehr geschickter Bastler von elektronischen Geräten erweist.

Der Verlauf macht also deutlich, dass sich auf der Ebene der Symptomatik zwei Entwicklungen erkennen lassen: Durch die stationäre Behandlung reduzieren sich die vielfältigen panischen Ängste. Die allmähliche Mobilisierung dieser Ängste im „analytischen Raum“ führt zu einem Abbau der Verhaltenseinschränkungen; am Ende des hier untersuchten Zeitraumes, der nicht identisch mit der Beendigung der Behandlung ist – findet sich aber eine neue Symptomatik, die erst nach Überwindung der Angstsymptomatik sichtbar geworden ist. Der Patient könnte nun mehr riskieren; nun zeigt sich aber, dass er sich absolut nichts zutraut. Lustlosigkeit und ein absoluter Mangel an Selbstwertgefühl stehen nun im Mittelpunkt der Klagen. Seiner Unlust entspricht eine ihn überwältigende Passivität (Faulheit). Diese neu auftauchende psychologische Symptomatik – Faulheit und extreme Lustlosigkeit – dominiert die dann folgenden Phasen der Behandlung, die hier nicht weiter verfolgt werden.

Vorstellungen von *außeranalytischen* Beziehungspersonen

Es erstaunt, wie dürftig das frühere und gegenwärtige soziale Netzwerk des Patienten ist, soweit dies aus den Texten erschlossen werden kann. Es kommen fast nur familiäre Bezugspersonen oder Personen aus dem Umfeld des stationären Aufenthaltes vor. Dieser Eindruck prävaliert über den ganzen hier untersuchten Behandlungszeitraum. Dies wird insbesondere an seinem auffallenden Sprachgebrauch deutlich, wenn er durchgängig fast nur von ‚Mädchen‘ (im Plural) als den unerreichbaren Objekten seiner Sehnsucht spricht, ohne dass auch nur eine Person des anderen Geschlechts¹

mit einem konkreten Namen ausgezeichnet wird. Allerdings geht der Gebrauch des un-spezifizierten Ausdrucks ‚Mädchen‘ im Verlauf der Behandlung systematisch zurück, wie bei einer Wortschatzanalyse⁷⁵ gezeigt werden konnte (Kächele 1973) (Abb. 9):

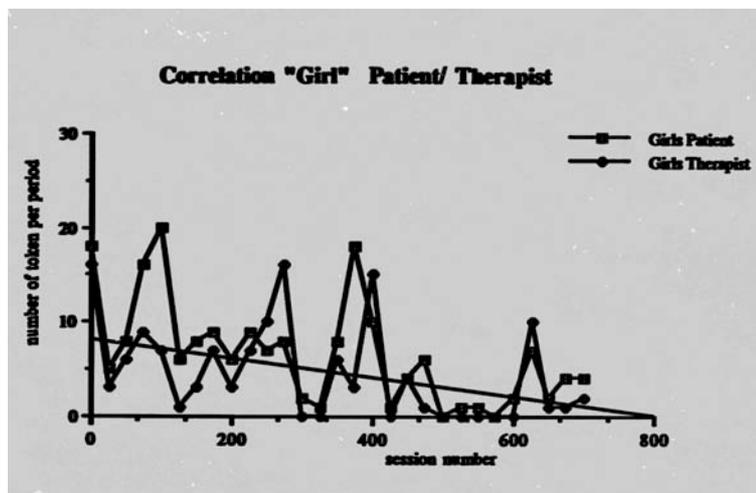


Abb. 9: Gebrauch des unspezifizierten Ausdrucks ‚Mädchen‘ im Verlauf der Behandlung

Selbst als sich gegen Ende des hier untersuchten Ausschnittes die Beziehung zu Monika konkretisiert (von der aus dem Überblick über die ganze Behandlung und die langjährige Katamnese bekannt ist, dass die Beziehung zu ihr Bestand hatte) wird diese Person aus den Verbatimtexten nur wenig konkret fassbar. Es könnte durchaus sein, dass die „discrete“ Eigenart des Patienten vom Analytiker insofern unterstützt wurde, als dieser sich nur wenig direktiv nachfragend eingemischt hat.

Ähnliches lässt sich vom Bild der Lebensgeschichte des Patienten sagen, soweit diese sich in den hier untersuchten Ausschnitten fassen lässt.

⁷⁵ Diese experimentelle Studie aus der Anfangszeit der Ulmer Bemühungen um textanalytische Methoden untersuchte den Verlauf von 25 ausgewählten, psychologisch relevanten Substantiven über den Behandlungsverlauf hinweg (aus dem Zwischen-Bericht an die DFG).

Zur Biographie des Patienten finden sich einige Passagen, die sich auf die Entstehungsgeschichte seiner Symptomatik beziehen, wie z. B. in der fünften Sitzung:

P.: Körperliche Schwächlichkeit, die ich mir da einredete, das kann schon sein, nicht wahr? Weil ich ja, wie ich Ihnen erzählte, nach diesem Verdacht auf Myocarditis nichts tun durfte, ich durfte nicht rennen, ich wurde die Treppe raufgetragen, ich durfte nicht spielen, weiß Gott was alles, hat sich über Jahre hinweggezogen. Da war ich auch anfangs im Turnen bisschen belastet davon, da hatt ich sehr häufig, hohen Puls bekommen aber, das hat sich dann im Laufe der Jahre doch ziemlich gebessert. Und ich war, eigentlich immer gut in Sport, ich hatte, das einzige was mir Schwierigkeiten machte, das war das Schwimmen, ich bekam, sobald ich im Wasser war sehr heftig Herzklopfen. -- Hab ich ziemlich spät schwimmen gelernt, obwohl ich an einem See wohne ... -- ich hatte einfach Angst vor dem Wasser. --- Aber das stimmt schon dass ich mich einfach, körperlich für einen Schwächling hielt ...

Nur vereinzelt finden sich Passagen, in denen die familiäre Umwelt des Patienten etwas konkreter aufscheint, wie in dem folgenden Ausschnitt (Std. 302):

P.: Ich weiß es wirklich nicht. -- Ich wollte halt meist nicht allein sein. Da, dann in der Zeit so von, neun bis sechzehn, da war ich, da zog ich's dann vor allein zu sein, da hab ich ja, nur gelesen und war unwillig über jede Störung. Da hab ich mich wohl in irgend so ne, Traumwelt eingesponnen damals. -- Da war ich ja dann das war ja auch die Zeit, wo ich ja, besonders mich ungelenk fand hölzern, und das gefiel mir dann plötzlich nicht mehr und ich, hab das versucht dann, loszukriegen. -- Und dann war ich plötzlich immer, furchtbar gern unter Leuten -- aber, ich: hatt ja, wie wie bekannt ist nen geringen Spielraum, muß ich, dauernd daheim sein, tatsächlich wann immer ich die Haustür zumachte, musste ich vorher sagen wohin -- und was die Anwesenheit meiner Mutter anbelangt, die war immer zu Hause, meine Eltern die gehen, ja nie weg so, --- das war ich dann, allerdings gewohnt, das ist wahr, und ich kann mich auch erinnern, dass ich da recht unwillig reagiert habe wenn etwa Besuch da war und, das dann, (nicht) so gewesen ist, ---

T.: Die Mutter war also meistens zu Hause; der Großvater war dann anzutreffen bis zu seinem Tod. Sie hatten es also ziemlich gut in der Hand? Wie soll ich sagen, Sie hatten es gut in der Hand, dass die Mutter sich irgendwie in Ihrem Sinne verhalten hat. -- Könnte es sein, dass die Mutter nicht auch durch Ihre Erwartungen oder wie Sie Ihre Erwartungen auch spürbar gemacht haben, dann nicht gewagt hat mehr von dem zu tun was sie selbst wollte.

P.: Äh das kann ich Ihnen gar nicht beantworten, das weiß ich nicht, das mag schon sein, aber das hatte eine, ich möchte sagen, eine sehr enge Grenze, weil mein Vater ja eigentlich überall die Grenzen gesteckt hat. Mein Vater hat ja, den engsten Horizont, in der Familie. Und da durfte ja! nichts, drüber hinausgehen. höchstens heimlich ab und zu.

T.: Darüber hinausgehen, in welcher Richtung meinen Sie jetzt, mit den Grenzen,

P.: Ach ja? alles was ihm nicht katholisch nicht, redlich nicht, tugendsam nicht, was weiß ich war oder nicht der Familienräson entsprach, ich weiß es nicht im Einzelnen.

Analytische Situation aus der Sicht des Patienten

Als beeindruckendste Erfahrung beim wiederholten Lesen der Verbatimprotokolle beschäftigte mich besonders die Fähigkeit des Patienten zur Negation, zur Vernichtung der Angebote des Analytikers. „Es nutzt nichts“, war wohl die prägnanteste Formulierung, die der Patient den Angeboten des Analytikers abgewinnen konnte. Obwohl der Eindruck bestand, dass sich er recht bald an den Analytiker positiv attachierte, bestand sein Beitrag weitgehend auf der Aufzählung von Unmöglichkeiten. Diese Fähigkeit zur Negation variiert zwar den Gegenstand der Klage über den hier untersuchten Behandlungsabschnitt, bleibt aber bis in die letzte hier einbezogene Sitzung präsent (Std. 505):

P.: Guten Tag, Herr Professor. ich bin nach wie vor sehr missgestimmt, weil aus der Bemühung fleißig zu werden, nichts wird. Ich bleibe faul, meine Anstrengung ist umsonst. Ganz gleich, wo ich nun etwas tun will, gleichgültig, ob ich selbst oder mit anderen zusammen meinetwegen mit Ihnen. Ich weiß nicht, ob die Betonung so sehr auf selbständig liegt, weil ganz allein werde ich sehr selten an und für sich was tun, es wird schon irgendwie immer mit anderen zu tun haben, es ist ganz gleichgültig, ich habe keine Möglichkeit, mir Mühe zu geben, weil ich vorher entweder ausweiche oder weil's mir dabei schlecht wird.

Seine familiären Situation mit sehnsuchtvollen, regressiven Wünschen vorwiegend an die Mutter führt ihn in das Dilemma, dass dadurch gleichzeitig aggressive Entfaltung erschwert wird; dies spiegelt sich zunehmend in der „Übertragungsneurose“ wieder, wenn damit die Wiederholung des unbewussten Konfliktes in der Beziehung zum Analytiker gemeint ist. Eine Wiederfindung eines väterlichen, strukturierenden Objektes war lange Zeit in der Macht-Ohnmacht-Szenerie implizit enthalten, dürfte aber noch im nachfolgenden Behandlungsverlauf weiter entwickelt werden.

Psychodynamik:

Zwei Ebenen sind in der Psychodynamik deutlich zu unterscheiden. Die basale Problematik von Symbiose mit der fehlenden Ablösung von dem mütterlichen Objekt durchzieht das Material. Die Konzipierung der Störung als Ausdruck einer narzisstischen Pathologie im Sinne Kohuts bietet eine theoretische Möglichkeit, die aber der Analytiker nicht verwendet hat; andererseits zeigt der Patient einen wiederkehrenden Kreisprozess von omnipotenter Destruktion und omnipotenter Idealisierung, der an Kernbergsche theoretische Konzepte denken lässt. Die Kastrationsthematik, die der Patient vorwiegend an seinem beschädigten Körperschema abhandelt, verweist auf die ungenügende Rolle des Vaters für die Loslösung aus der frühen symbiotischen Welt (s.d. Rotmann 1978).

Die analytische Situation aus der Sicht des Analytikers:

Offenkundig leitet den Analytiker das Verständnis, dass die symbiotisch-prägenitale Mutterbeziehung mit den daraus sich ergebenden narzisstischen Verunsicherungen bei Objektverlust die tragende Matrix der Pathologie des Patienten ist. Auch Sexualität wird von ihm vorwiegend im Sinne der prägenitalen Beziehung interpretiert; phasenhaft gewinnt diese Thematik eine pseudo-ödipale Färbung, ohne dass diese Ebene des Rivalisierens eine überzeugende Qualität gewinnt. Zunehmend bewegt sich jedoch die Arbeit des Analytikers im Verlauf in den Bereich der Auseinandersetzung um den Konflikt zwischen Anerkennung und Autonomie, welcher sich gegen Ende des Untersuchungszeitraumes zuspitzt (Std. 505):

T.: ..., daß Sie sich angewiesen sehen auf Anerkennung, auf Begleitung Ihres Tuns im wörtlichen und übertragenen Sinne des Wortes, so dass Sie auch mir gegenüber diese Unterströmung da ist und sie sich bei jedem Wort was auf die andere Seite sich richtet Ihrer Lebensführung, nämlich Selbständigkeit, dass jedes Wort, was sich auf Selbständigkeit bezieht, dann Sie trifft.

5.4 Kritische Würdigung der Methode

In einer Gruppe erneut die Verbatimprotokolle, diesmal im Längsschnitt, zu diskutieren, – die die Mitglieder des Forschungsteams (und der Analytiker) eigenständig und in randomisierter Reihenfolge zu beurteilen hatten (s. Kap. 6) – erwies sich als äußerst anstrengende und doch anregende Erfahrung. Die Beurteiler-Gruppe war von der Monotonie der Themen beeindruckt, die durchgängig durch klagende Äußerungen des Patienten bestimmt wurden. Die Lektüre von Verbatimprotokollen in ihrer originalen zeitlichen Abfolge führt zu einer anderen Positionierung des Lesenden, als wenn man Texte zu bewerten hat, deren zeitliche Einordnung nur schwer bestimmbar ist. Das methodische Problem liegt in der Kontextsensitivität des Untersuchungsgegenstandes. Das methodische Vorgehen einer nomothetischen Therapieforschung, wie es bei der in Kap. 6 berichteten Einstufungsprozedur angewandt wurde – wo jede Sitzung als eigenständige Untersuchungseinheit behandelt wurde, die man randomisiert zur Beurteilung vorlegen kann – unterschlägt die historische Natur des Gegenstandes, das prozesshafte Geschehen, wo ein Ereignis das nachfolgende ko-determiniert. Ausgeprägter werden die verschiedenen Felder des seelischen Geschehens spürbar; auch werden die Auslassungen in den Mitteilungen des Patienten offenkundig. „Meine Sprache bin ich“ so überschrieb Parker (1970) ihren Bericht über die Behandlung eines schwer kranken Jugendlichen. Das konträre Lesen der Verbatimprotokolle sensibilisiert ebenfalls für die sprachlichen Möglichkeiten und neurotisch bedingte idiosynkratische Ausdrucksformen des Patienten Christian Y (s.d. Goeppert u. Goeppert 1973).

Die Gruppendiskussionen führten zu der Ansicht, dass der Patient – trotz seiner kontinuierlichen Klagen – deutliche Fortschritte in der Entfaltung seiner aggressiven Möglichkeiten im Verlauf der Behandlung machte; charakteristisch war dabei, dass er diese Fortschritte oft nur so nebenbei erwähnt. Die Aufgabe, die analytischen Dialoge unter verschiedenen Gesichtspunkten auszuleuchten, erwies sich als produktiv. Dadurch wurde die Vielfältigkeit möglicher Bezugspunkte sichtbar, je nachdem auf welchen Bereich sich die Aufmerksamkeit zu konzentrieren hatte. Die Beurteilergruppe bearbeitete systematisch die vorgegebenen Gesichtspunkte auf der jeweiligen Basis von 5 Sitzungen und versuchte sich ein konsistentes Bild zu verschaffen; nicht immer gelang es, ein Gefühl für die Homogenität der Sitzungen zu etablieren, was zumindest Fragen bezüglich des Ulmer Fokuskonzeptes aufwirft. Bei den teilnehmenden Beurteilern ergab sich teilweise – wohl nicht überraschend – eher eine stärkere Identifizierung mit dem Patienten, während die Aktivität des Analytikers des Öfteren kritisch beurteilt wurde.

Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass die analytische Arbeit mit dem Patienten aufgrund seiner fulminanten Tachykardie-Anfällen schwerwiegende behandlungstechnische Probleme aufwarf. Zum Beispiel blieb uns als externe Leser unklar, wie in den frühen Ulmer Jahren die Rolle der mitbehandelnden internistischen Ärzte ausformuliert war. Wie sollten diese in der analytischen Arbeit integrieren werden? Gab es gemeinsame Konferenzen, auf denen die vielfältigen Probleme erörtert werden konnten. So mussten sich die Internisten mit dem ungewöhnlichen Faktum auseinandersetzen, dass dieser Patient fast nicht auf die damals üblichen verfügbaren Betablocker reagierte.

Die Beurteilergruppe war sich einerseits darin einig, dass der Analytiker alle Register seines handwerklichen Könnens zieht, um eine Sicherheit gebende Arbeitsbeziehung herzustellen. Allerdings wird durchgängig auch festgehalten, dass der Analytiker wohl des Öfteren des Guten zuviel versucht hat. Insbesondere seine durchgängige rasche Arbeit in der Übertragung – im Gegensatz zu einer vorsichtigen Arbeit am Widerstand gegen die Übertragung, wie Gill (1996) Jahrzehnte später empfohlen hat – war für die Lesergruppe überraschend und führte des Öfteren zu einer (virtuellen) Identifizierung mit dem Patienten, wie am Beispiel der Anfangsszene einer Sitzung deutlich wird (Std. 504):

P.: Mir stinkt wieder alles. Wenn ich den Mut hätte, mich aufzuhängen, halte das nach wie vor für die beste Lösung, leider ist die Angst im Wege, das Leben bringt nichts, was irgendwie sinnvoll und lebenswert wäre, da bin ich einer Täuschung aufgesessen.

T.: Sie meinen jetzt einer Täuschung durch mich.

P.: Ist wurscht, wer mich täuscht, meistens bin ich's selber.

Obwohl die durchgängig festzustellende regressive Bewegung des Patienten aufzuhalten gewesen, oder ob eine andere, „moderne“ Technik passender für den Patienten gewesen wäre, hat der behandelnde Analytiker in seinen Lehrbuchbemerkungen zum Thema „Anerkennung und Selbstwertgefühl“ diskutiert (Thomä u. Kächele 2006b, Kap. 9.3.3)⁷⁶.

Positiv gewendet kann festgehalten werden, dass die aus der klassischen psychoanalytischen Neurosentheorie abgeleitete Hypothese – lt. Fenichel (1945) –, dass bei schweren Angstzuständen die basale Wut auf das Primärobjekt durchgearbeitet werden muss, an diesem Verlauf bestätigt werden kann. Die vielfältigen Facetten der Behandlung, die durch diese systematisch-klinische Beschreibung sichtbar werden, belegen die Entbindung einer fulminanten negativen Übertragungskonstellation bei gleichzeitiger Auflösung der den Patienten behindernden Einschränkungen seiner Lebensvollzüge. Die

⁷⁶ Leuzinger-Bohleber (1989) qualifizierte in ihrer inhaltsanalytischen Untersuchung des Umgangs mit Träumen diese Behandlung (von fünf untersuchten Fällen) als noch nicht erfolgreich. Diese Bewertung deckt viele der hier belegten Veränderungen des Pat. m. E. nicht ab.

beiden Hauptkonstellationen – ödipale und prä-ödipale Übertragungsmuster wechseln sich unregelmäßig im Verlauf ab; eine Linearität – wie im Fürstenau'schen Verlaufsmo-
dell postuliert, lässt sich nicht belegen. Allerdings gewinnt die negative Übertragungsten-
denz zunehmend an Gewicht. Die Auflösung dieser Konstellation war die weitere Aufga-
be der analytischen Arbeit, die hier nicht Gegenstand der Untersuchung war.

„Guided Clinical Judgments: „Angst“ und „Übertragung“ und „Arbeitsbeziehung“⁷⁷

- 6.1 Die Beurteilung der Angst als Therapievariable**
- 6.2 Die Beurteilung der Übertragung als Therapievariable**
- 6.3 Die Beurteilung der Arbeitsbeziehung als Therapievariable**
- 6.4 Zur Methodik der Einstufungsuntersuchung**
- 6.5 Die Verlaufsbeschreibung anhand der Prozessfaktoren**

⁷⁷ Teile dieses Kapitels verwenden Material eines lange zurückliegenden Arbeits-Berichtes an die Deutsche Forschungsgemeinschaft (Th 170), den ich federführend zusammen mit H. Thomä und C. Schaumburg verfasst habe. Der gesamte Text wurde jedoch von mir überarbeitet und aktualisiert.

Die dritte Beobachtungsebene des hier durchgeführten Modells der klinischen Verlaufsforschung stellt einen weiteren Schritt in der Formalisierung des Vorgehens dar. Aus der Vielfalt der klinischen Konzepte, die anhand jeder Behandlung studiert werden könnten (z. B. Angst, Abwehr, Narzissmus, Masochismus, Ich-Funktionen, Übertragung etc.) wählte die Ulmer Arbeitsgruppe drei Konzepte aus, die klinisch als relevant gelten mussten. Da es sich um die psychoanalytische Behandlung des Patienten Christian X, einen Patienten mit einer schweren Angstneurose, handelt, steht die Entwicklung der Ängste des Patienten in ihrer Beziehung zur Übertragungskonstellation im Mittelpunkt der speziellen neurose-theoretischen Überlegungen, die es hier zu überprüfen galt.

Methodisch lehnt sich das Vorgehen an das von Luborsky (1977) eingeführte Konzept der „guided clinical judgments“ an. Klinische Konzepte werden durch Rating-Skalen erfasst, für die eine Beurteilergruppe anhand von klinischen Material geschult wird.

Ich gebe im Folgenden zunächst eine Begründung des Konzeptes „Angst“ als Therapievariable in der klinisch-psychoanalytischen Neurosentheorie und differenzierte dann Formen der Angst und ihre operationalen Definitionen, wie wir sie zur Entwicklung der Beurteilungsskalen verwendet haben (6.1). Im Anschluss daran gehe ich auf die Bedeutung der Übertragung als Therapievariable ein; danach diskutiere ich bestehende Ansätze, die Übertragungsbeziehung operational zu erfassen und lege die eigene Konzeption vor (6.2).

Die Bedeutung der Herstellung und Aufrechterhaltung eines guten Arbeitsbündnisses (Greenson 1967/1981) wird knapp eingeführt, da diese empirisch bestens bestätigt ist (Orlinsky et al. 2004); Ansätze zur hier benutzten Operationalisierung werden vorgelegt (6.3).

Dann folgt die Beschreibung der Methodik im engeren Sinne mit den hier entwickelten Konzepten, wobei zunächst die methodischen Probleme wie Verwendung der Skalen durch die Beurteiler, die Inter-Beurteiler Reliabilität und Stichprobenprobleme im Vordergrund stehen (6.4). Erst dann gehe ich auf die Ergebnisse dieser Einstufungsuntersuchung im Detail ein und beschreibe die Dimensionen der Behandlungsprozesses (6.5).

Das Ziel dieses Kapitels ist die Identifizierung von Phasen der Behandlung, die sich aus den Beurteilungen herauspräparieren lassen (6.6).

6.1 Die Beurteilung der Angst als Therapievariable⁷⁸

Zunächst gebe ich einen Überblick über die psychoanalytische Angsttheorie. „Die Angst ist das Grundproblem aller Neurosen“, wie Freud (1926d, S. 175) in einem lapidaren Satz feststellte. Auch wenn diese Verallgemeinerung so wohl nicht mehr zu halten ist, konzedieren Margraf u. Schneider (1996): „Auch im Licht neuer Forschungen hat sich Freuds Beschreibung der Angstanfälle als bemerkenswert beständig erwiesen“ (S. 3).

Die Angstneurose (heute als Panik / Agoraphobie u. Generalisierte Angststörung klassifiziert) ist durch frei flottierende Angstzustände gekennzeichnet, die scheinbar ohne erkennbaren Grund auftreten und dadurch als unvermeidbar, unkontrollierbar und als Todesdrohung erlebt werden. Der Begriff der Angstneurose und die erste vollständige, auch heute noch gültige Beschreibung der Symptomatik stammen von Freud, der das Syndrom Angstneurose von der Neurasthenie diagnostisch unterschieden hat. Auch Strian (1983, S. 120) stützt sich auf diese klinische Deskription Freuds, der den Symptomenkomplex Angstneurose nannte, „weil dessen sämtliche Bestandteile sich um das Hauptsymptom der Angst gruppieren lassen“ (Freud 1895b, S. 316). Zur Angstneurose gehören ihr attackenförmiges Auftreten und eine hypochondrische Erwartungshaltung.

Häufig nimmt eine Komponente des Syndroms im Erleben des Patienten eine zentrale Rolle ein, und nicht selten wird die Angst vorwiegend an ein körperliches Symptom, wie zum Beispiel an die Tachykardie, an die nervöse Dyspnoe, an das Schwitzen, an den Stuhldrang usw., gebunden.

6.1.1 Zur Geschichte der Angstneurose

Am Symptomenkomplex der Angstneurose lässt sich demonstrieren, was sich in 100 Jahren verändert hat. Das Wissen über die somatischen Korrelate der Angst, über die Physiologie, die Neuroendokrinologie und Neurophysiologie der Angst hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. So haben die Ergebnisse epidemiologischer, neurochemischer und therapeutischer Studien auf dem Gebiet der Angsterkrankungen dazu geführt, dass in der neuen amerikanischen Klassifikation (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) eine Reihe von psychischen Störungen, wie Panikstörung mit und ohne Agoraphobie, soziale und einfache Phobie, Zwangsstörung und posttraumatische Belastungsreaktion unter der Bezeichnung „Angststörungen“ zusammengefasst wurden. In diesem Klassifikationssystem wird den Panikanfällen als gesonderter Untergruppe eine dominierende Rolle auch für das Verständnis anderer Angststörungen eingeräumt. So wird in der neuesten Revision dieses Klassifikationssystems die Agoraphobie

⁷⁸ Modifiziert nach Thomä u. Kächele (2006b)

nicht mehr als eine Unterform der Phobien, sondern in erster Linie als eine Folge vorausgegangener Panikattacken angesehen, die zu phobischem Vermeidungsverhalten geführt haben. Die für die neue definierte Untergruppe „Panikstörung“ erarbeiteten diagnostischen Kriterien decken sich weitgehend mit dem Symptomkomplex, den Freud 1895 für den Angstanfall beschrieben hatte, wobei auch Freud schon in seiner ersten Beschreibung der Angstneurose die Agoraphobie als eine Folge des Angstanfalls angesehen hatte.

Auf der anderen Seite wurde das physiologische Angstkonzept, das Freud (1895b) einst der Angstneurose einschließlich der Panikattacken zugrunde gelegt hatte, in der Psychoanalyse unzureichend revidiert. Die frei flottierende Angst tritt nämlich nur scheinbar ohne (tiefenpsychologischen) Grund auf. Wegen einer lebensgeschichtlich entstandenen erhöhten Angstbereitschaft kann bei der Angstneurose eine Fülle unspezifischer und unbewusst wahrgenommener Gefahrensignale einen Angstanfall auslösen. Diese Entdeckungen führten zur Revision der psychoanalytischen Angsttheorie in Freuds epochalem Werk *Hemmung, Symptom und Angst*. Eine zentrale Aussage lautet:

„Realgefahr ist eine Gefahr, die wir kennen, Realangst die Angst vor einer solchen bekannten Gefahr. Die neurotische Angst ist Angst vor einer Gefahr, die wir nicht kennen. Die neurotische Gefahr muss also erst gesucht werden; die Analyse hat uns gelehrt, sie ist eine Triebgefahr. Indem wir diese dem Ich unbekannte Gefahr zum Bewusstsein bringen, verwischen wir den Unterschied zwischen Realangst und neurotischer Angst, können wir die letztere wie die erstere behandeln. In der Realgefahr entwickeln wir zwei Reaktionen, die affektive, den Angstausschlag, und die Schutzhandlung. Voraussichtlich wird bei der Triebgefahr dasselbe geschehen“ (Freud 1926 d, S. 198).

Der Fortschritt des Freudschen Erklärungsmodells besteht in der Rückführung der Angstreaktion auf eine Situation der Gefahr:

„Was ist der Kern, die Bedeutung der Gefahrensituation? Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe, das Zugeständnis unserer Hilflosigkeit gegen sie, der materiellen Hilflosigkeit im Falle der Realgefahr, der psychischen Hilflosigkeit im Falle der Triebgefahr. Heißen wir eine solche erlebte Situation von Hilflosigkeit eine traumatische; wir haben dann guten Grund, die traumatische Situation von der Gefahrensituation zu trennen“ (Freud 1926 d, S. 199; Hervorhebungen von mir).

Nun führt Freud in seine Funktionsanalyse einen „teleologischen“ Steuerungsmechanismus ein, nämlich eine antizipierende Ich-Funktion:

„Es ist nun ein wichtiger Fortschritt in unserer Selbstwahrung, wenn eine solche traumatische Situation von Hilflosigkeit nicht abgewartet, sondern vorhergesehen, erwartet wird. Die Situation, in der die Bedingung für solche Erwartung enthalten ist, heiße die Gefahrensituation, in ihr wird das Angstsignal gegeben. Dies will besagen: Ich erwarte, dass sich eine Situation von Hilflosigkeit ergeben wird, oder die gegenwärtige Situation erinnert mich an eines der früher erfahrenen traumatischen Erlebnisse. Daher antizipiere ich dieses Trauma, will mich benehmen, als ob es schon da wäre, so lange noch Zeit ist,

es abzuwenden. Die Angst ist also einerseits die Erwartung des Traumas, andererseits eine gemilderte Wiederholung desselben. Die beiden Charaktere, die uns an der Angst aufgefallen sind, haben also verschiedenen Ursprung. Ihre Beziehung zur Erwartung gehört zur Gefahrensituation, ihre Unbestimmtheit und Objektlosigkeit zur traumatischen Situation der Hilflosigkeit, die in der Gefahrensituation antizipiert wird“ (S. 199).

Beim Angstanfall, oder wie man heute sagt, bei der „Panikattacke“ rückt also die traumatische Situation der Hilflosigkeit in den Mittelpunkt der psychodynamischen Betrachtung.

Die Disposition zu Angstreaktionen, die im angloamerikanischen Schrifttum als „trait“ bezeichnet wird, kann durch eine Vielzahl von Gefahrensignalen in einen akuten Angstzustand („state“) transformiert werden (s. hierzu Spielberger 1980). In extremen Fällen kann fast jeder Reiz einen Angstanfall auslösen und die frei flottierende Angst, wenn unbehandelt, zum Dauerzustand werden lassen. Am anderen Ende des Spektrums befinden sich die Phobien, bei denen es zur Angstausslösung durch einen umschriebenen Reiz bzw. eine spezifische Situation kommt, die der Patient vermeiden kann. Eine scharfe Trennlinie ist freilich nicht zu ziehen. Am Anfang vieler Phobien treten angstneurotisch anmutende diffuse Angstzustände auf, wobei sekundär eine Verknüpfung durch kausale Zuschreibung zwischen dem aufgetretenen Angstanfall und der damit assoziierten Situation vollzogen wird. Sofern das Vermeiden des phobischen Objekts – der Spinne, der Schlange, der Maus, des freien Platzes, der Brücke, des Flugzeugs usw. – möglich ist, besteht Angstfreiheit.

Bei psychodynamischer Betrachtung verliert die Unterscheidung zwischen der diffusen, gegenstandslosen und ungerichteten Angst und der Furcht, die sich auf eine konkrete Gefahr bezieht, ihren Sinn. Dies impliziert den behandlungstechnisch relevanten Standpunkt,

„... dass man entwicklungspsychologisch von einer Reifungstendenz ausgehen und somit z. B. diffuse, körpernah erlebte und grundlos erscheinende Angstzustände beim Erwachsenen als eine regressive Reaktivierung ontogenetisch früherer Angstmodi begreifen oder zumindest eine Desintegration des späteren, des reiferen Angstmusters vermuten [kann] (Mentzos 1984, S. 15).

So lässt sich in der Fähigkeit zur Kontrolle der Angst ein Indikator für die Ich-Reife sehen, und Erkenntnisse über die prototypischen Grundängste des Kindes erleichtern die Diagnostik neurotischer Ängste des Erwachsenen (Hoffmann u. Bassler 2000).

Wie die vor über dreißig Jahren verfassten Übersichten von Compton (1972a, b) zeigten, haben viele namhafte Analytiker versucht, die Unklarheiten der psychoanalytischen Angsttheorie zu beseitigen und ihre Erklärungskraft für die Entstehung und Therapie von Angstsyndromen zu erhöhen. Für die Lösung des Problems hat es sich auch in diesem Fall ungünstig ausgewirkt, dass die meisten Versuche systemimmanent geblieben sind, also sich innerhalb der traditionellen Metapsychologie bewegt haben. Um in dieser zent-

ralen Frage weiterzukommen, müssen falsche metapsychologische Voraussetzungen aufgegeben werden, die bei den meisten Interpretationen der Angsttheorie mitgeschleppt wurden und die Verwirrung aufrechterhalten haben.

Die heutige kritische Auseinandersetzung mit der Angsttheorie kann nicht umhin, die Beziehung zwischen Trieb und Affekt zu entwirren. Damit wird die Bedeutung des Angstaffekts, ebenso wie die Rolle triebbedingter Gefahren („Triebgefahr“), in der Entstehung von Neurosen erhöht. Interdisziplinäre Untersuchungen haben den Boden dafür geebnet, die Revision der Angsttheorie fortzuführen und in Einklang mit dem heutigen Wissen über die Psychophysiologie und Neurobiologie der Angst und ihre Beziehungen zu anderen Affekten zu bringen (Krause, 1983; Moser & Zeppelin 1996; Bandelow u. Wedekind 2006).

Nur bei sorgfältiger Psychodiagnostik erweist sich auch die scheinbar endogen entstandene Panikattacke und die „frei flottierende Angst“ als Psychoneurose (Hoffmann 1987). Dabei steht sog. Panikattacke, der von Freud beschriebene Angstanfall, oft am Anfang psychosomatischer Angstkrankheiten. Die erlebte Todesangst entsteht aufgrund von Verschiebungen und anderen unbewussten Abwehrprozessen.

Dem Angstanfall folgt – wie bei jeder Chronifizierung – ein *circulus vitiosus* als intersubjektiver Prozess: Die Angst um sich selbst und vor sich selbst ist stets auch Angst um den „bedeutungsvollen Anderen“ (G. H. Mead) und vor ihm. Die unbewussten Austauschprozesse ermöglichen einen raschen Subjekt-Objekt-Wechsel und eine Verkehrung der Täter-Opfer-Beziehung,.

Erst mit dieser neuen Sichtweise der Angsttheorie kann man nach wie vor sagen: Die Angst als Grundphänomen erweist ihre zentrale Stellung bei der psychodynamischen Erklärung von Symptomen. Diese entstehen, um spezielle Gefahrensituationen und die damit verbundene Hilflosigkeit (Trauma) zu vermeiden, die in der Angstentwicklung enthalten sind.

Die in einer bestimmten Situation erstmals aufgetretene Angst kann später durch andere – ähnliche – Situationen ausgelöst werden. Diese Reizgeneralisierung findet in dem Maß statt, in dem aufgrund von negativer Verstärkung Vermeidungsverhalten zunimmt. Vermeidung wiederum steigert die Angst vor einer Gefahrensituation, was ein zusätzlicher Grund für die Disproportionalität von beobachtbarem Auslöser und Heftigkeit der Panikattacke sein kann (Alpers et al. 2006, S. 535ff). Hierin ist auch begründet, weshalb so hohe Ko-Morbiditätswerte von Angst und Depression registriert werden.

Disproportionalität heißt, dass der Patient psychosomatisch so reagiert, als befände er sich in der größten Realgefahr. Nimmt man die bewussten und die unbewussten Be-

drohungsvorstellungen angstneurotischer Patienten ernst, dann gibt es gute Gründe für das Auftreten von Ängsten, die – nur scheinbar gegenstandslos – „frei flottieren“.

Verhaltenstheoretisch ausgedrückt ruft die Gefahr (Bedrohung) eine „Notfallreaktion“ (Cannon 1920) hervor. Die Bewertung der Gefahr führt zu den Verhaltenstendenzen „Flucht“ oder „Angriff“, je nach antizipiertem Kräfteverhältnis von Bedrohung und Bedrohtem. Angst und Wut (Ärger) sind die emotionalen Korrelate von Flucht und Angriff; sie haben ihrerseits über Feedbackschleifen motivierende Funktion. So kann durch ein Gefahrensignal ein Angst- oder ein Aggressionsaffekt ausgelöst werden. Bei den Angstanfällen verwischt sich der Unterschied von *physischer* und *psychischer* Hilflosigkeit. Es kommt zu einer fortgesetzten Traumatisierung mit kumulativer Wirkung. Das gelähmte und blockierte Handlungspotential bleibt sozusagen im Stadium des unbewussten Entwurfs stecken. Hierbei entdifferenziert sich die zielgerichtete Aktion. Die Wiederholung von Niederlagen stimuliert zugleich die blockierte unbewusste Aggressivität, die nun als Triebgefahr im Sinne Freuds die Angst sogar noch erhöht. Es ist also kein Zufall, dass sich Angst und Aggression affektphysiologisch gesehen recht ähnlich sind.

Vom Beginn des Lebens an sind ständig Gefahrensituationen zu bewältigen. Freud hat einmal die Frage aufgeworfen, was der Kern der Gefahrensituation sei, und folgende Antwort gegeben: „*Offenbar die Einschätzung unserer Stärke im Vergleich zu ihrer Größe*“ (1926d, S. 199), zur Größe der Gefahr nämlich. Es ist fast ein Wunder, dass es im Alltag nicht häufiger zu Fehleinschätzungen mit fatalen Folgen kommt. Vom Ausgang der Vergleiche zwischen Stärke und Schwäche im zwischenmenschlichen Wechselspiel, die weitgehend unbewusst ablaufen, hängt ab, wie gefährliche Situationen bewältigt werden. Die neurotische Angst entsteht in einem kognitiv-affektiven Kontext, der von unbewusst wirksamen „affektlogischen Schemata“ (Ciompi 1986) gesteuert wird. Unbewusste Schemata als affektive und kognitive Organisationszentren bilden sich durch Verinnerlichung typischer Interaktionsmuster anlässlich von Wiederholungen und Verstärkungen. Freud sprach von phylogenetisch mitgebrachten Schemata, „die wie philosophische ‚Kategorien‘ die Unterbringung von Lebenseindrücken besorgen“ (Freud 1918b, S. 155). Als „bestgekanntes Beispiel“ eines Schemas wird an derselben Stelle der Ödipuskomplex genannt, „der die Beziehung des Kindes zu den Eltern umfasst“ – als Niederschlag der menschlichen Kulturgeschichte.

Unbewusste Schemata steuern die Wahrnehmung der Gefahr im oben beschriebenen Vergleich der Machtverhältnisse. Bei negativer Einschätzung kann jene Hilflosigkeit entstehen, die Freud als traumatische Situation gekennzeichnet hat. Es ist unerheblich, ob es sich bei dieser Einschätzung um eine wirkliche oder um eine eingebildete Gefahr handelt. Diese Unterscheidung verliert auch in Freuds Werk ihren Stellenwert, weil es

keine neurotische oder psychotische Angst ohne reale Begründung in emotionalen zwischenmenschlichen Erfahrungen gibt.

Um das Ausmaß neurotischer Ängste begreifen zu können, muss man unbewusste Vorgänge ernst nehmen (Roth 2003, S. 143 ff). Die Einbildungskraft, die von unbewussten Schemata gesteuert wird, bestimmt das Erleben und damit die menschliche Wirklichkeit als einer *psychosozialen Realität*. Deshalb kann Thomä (2002) fragen: „Sitzt die Angst in den Mandelkernen?“

Für den im folgenden dargestellten Versuch, die klinisch verwendeten Beschreibungen von z. B. Kastrations- oder Trennungsangst in formalisierte Beurteilungen zu überführen, besteht die Schwierigkeit darin, die Beurteilung der manifesten, im Extremfall frei flottierenden Angst und der durch Abwehrvorgänge abgewandelten Ängste („unbewusste Ängste“) und ihrer bewussten Entsprechungen bzw. Verhaltenskorrelate so herauszuarbeiten, dass Verhalten und Erleben als Manifestation einer gemeinsamen Grundsituation, nämlich Angst vor der jeweiligen Gefahrensituation, angesehen werden können.

Es erscheint unter dem oben ausgeführten Gesichtspunkt der zentralen Bedeutung der Angst in der psychoanalytischen Theorie kaum vertretbar, bei psychoanalytischer Prozessforschung nur einen phänomenologischen bzw. affektphysiologisch konzipierten Angstbegriff zugrunde zu legen. So haben empirische ältere Studien (u.a. Bellak und Smith 1956; Strupp et al. 1966) die speziellen Angstbedingungen, die der affektpsychologisch immer gleich bleibenden Angst erst ihre psychologische Relevanz verleihen, zu wenig berücksichtigt.

6.1.2 Formen der Angst und ihre operationale Definition

Für die klinisch orientierte psychoanalytische Verlaufsforschung ist es unerlässlich, verschiedene Ängste genetisch und dynamisch systematisch zu erfassen.

Was beschreibt ein Kliniker, wenn er von starker, unbewusster Kastrationsangst spricht? Den Affekt – oder meint er nicht vielmehr jene potentiellen Vorstellungen und Affekte, die dann frei werden würden, wenn die unbewussten Gefahrensituationen nicht mehr abgewehrt werden könnten? In der Tat genau dieses ist gemeint, wenn man von starken unbewussten Kastrations- oder Trennungsängsten spricht. Nimmt man das Angst- bzw. Gefahrensignal mit in den Ablauf hinein, so könnte folgende Beziehung angenommen werden: je stärker z. B. die unbewusste Kastrationsangst ist, desto häufiger kann das Angstsignal auftreten. Der Schwellenwert für affektiv-kognitive Reize wird vermindert, weil die Triebbesetzung der Wahrnehmungsfunktion zu einer Entdifferenzierung der Gestalterfassung führt. So kann jede banale Verletzung, die das Subjekt selbst be-

wusst nicht einmal körperlich zu berühren braucht, als massive narzisstische und körperbezogene Bedrohung unbewusst erlebt werden und zu einem Angstanfall führen. Dass der Erfassung der Angst eine zentrale Rolle zukommt, wird durch die enge Verbindung, die die Angsttheorie mit der Theorie der Verdrängung bzw. Abwehr hat, noch bestätigt. Denn die unbewussten Prozeduren, deren sich das Ich bedient, um Gefahr, Angst und Unlust zu vermeiden, werden seit A. Freuds Monographie (1936) als Abwehrmechanismen bezeichnet⁷⁹.

Im Sinne dieser Überlegungen ist es also angebracht, nicht die Intensität eines Angstsignals klinisch beurteilen zu lassen, sondern die Größe der Gefahr, die sich entweder als manifester Angstanfall oder als abgewehrte Angst erfassen lässt.

Deshalb ist es sinnvoll, bei der formalisierten Erfassung mit Beurteilungsskalen zunächst zwischen dem Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Angstsituation zu unterscheiden. Angst wird hierbei nicht nur als Affekt, sondern in Beziehung zu jenen Grundformen der psychischen Hilflosigkeit, wie sie Freud (1926d) beschrieben hat, verstanden:

Damit wird die Behauptung aufgestellt, dass die zahlreichen phänomenologisch zu beschreibenden neurotischen Angstsituationen psychogenetisch auf eine kleine Zahl prototypischer Gefahrensituationen zurückführbar sind. Diese Ängste sind in ihrer Aktualgenese nicht vollständig reduzierbar, aber für das erklärende Verstehen hinreichend zu vereinfachen, nämlich auf die phasenspezifische Unvollkommenheit des menschlichen Individuums im Prozess seiner Entwicklung (s. d. bes. Erikson 1965; auch Klein (1976b) benutzt dieses epigenetische Schema in seiner Analyse der 'vital pleasures').

Unter den typischen Gefahrensituationen bzw. ihren korrespondierenden Angstgehalten und Angstformen figurieren bei Freud Trennungs- und Kastrationsangst an erster Stelle. In der psychoanalytischen Literatur werden, folgt man etwa der Zusammenstellung von Rycroft (1972, S. 8), weitere typische Ängste, z. B. die depressive und die paranoide Angst genannt; auch wird von „psychotischer Angst“ gesprochen, wobei als Gefahrensituation hierbei die Bedrohung der Identität (als Selbstverlust) vorgestellt wird.

Die depressiven, paranoiden und psychotischen Ängste wurden in dieser Untersuchung nicht aufgenommen, weil sie sich meines Erachtens unter die Trennungs- bzw. Verlustängste subsumieren lassen. Es handelt sich hier nicht um ergänzende Beschreibungen von Ängsten, sondern um spezielle Erklärungen, nämlich wie „depressive“ oder „paranoide“ Ängste durch Aggressionen auf das Objekt mit Introjektionen und Projektionen entstehen. Soweit solche Vorgänge im Sinne der Theorie von Melanie Klein (1962)

⁷⁹ Abwehrmechanismen gehören lt. Kline (2004) zu den robusten Konzepten der psychoanalytischen Theorie, wie der britische experimentell arbeitende Psychologe in seinem jüngsten Vorwort zur 2. Auflage einer diesbezüglichen Monographie ausführt (Hentschel et al. 2004).

von pathogenetischer Bedeutung sind, wäre zu erwarten, dass sie sich im Bereich von Trennungs- bzw. Verlustängsten auswirken.

Hinsichtlich der Genese der Ängste stellt sich auch außerhalb der Theorie Melanie Klein die Frage, von welcher Entwicklungsphase an man mit Fug und Recht überhaupt von Angst sprechen kann. Nachdem Freud (1926d) das Ich als die eigentliche Angststätte bezeichnet hat, ist eine Ich-Entwicklung für das Angsterleben Voraussetzung, die es ermöglicht, Unlustaffekte voneinander zu diskriminieren. Immer wieder sind Psychoanalytiker dem verfallen, was Hartmann (1955, zit. nach 1972, S. 218) als „genetischen Irrtum“ bezeichnete, und zwar sowohl in ihren Erklärungsversuchen als auch in der Terminologie. So glaubte Rank (1929), das Trauma der Geburt als Vorbild aller späteren Ängste gefunden zu haben. Phasengebundene Konflikte auf ein Urbild zurückzuführen, ist deshalb falsch, weil hierbei dem Entwicklungsgedanken nicht Rechnung getragen wird. Es wird übersehen, welche typischen neuen Gefahrensituationen im Laufe der Entwicklung entstehen.

Für den geplanten Untersuchungsansatz ist neben dieser genetischen Hypothese auch noch eine andere Überlegung wichtig. Der Versuch einer empirischen Überprüfung eines psychoanalytischen Behandlungsverlaufs mit der Beobachtung von Ängsten und deren Veränderung muss die Beobachtungsferne bzw. -nähe der zu untersuchenden Konstrukte in Rechnung stellen. Es dürfte wohl kaum zu bestreiten sein, dass die Kastrationsangst als entwicklungsgeschichtlich spätere Angst beobachtungsnäher ist als z. B. die depressive Angst M. Kleins, soweit neurotische Patienten ins Auge gefasst werden.

Im Folgenden gebe ich eine Beschreibung der Ängste, die in dem Untersuchungsinstrument einbezogen wurden. Ich habe mich in der Auswahl dabei aus verschiedenen Gründen ziemlich eng an die von Gottschalk et al. (1969) aufgeführten Ängste gehalten. Einerseits scheint mir die von ihm vorgenommene Auswahl den Kern der psychoanalytischen Angsttheorie zu repräsentieren, ohne die theoretische Diskussion festzulegen; andererseits ist seine Auswahl durch das Interesse an sprachlichen Manifestationen bestimmt, welches sich mit unserem Ziel deckt. Deshalb wurden folgende Ängste in das Instrument aufgenommen:

- a) Trennungsangst
- b) Kastrationsangst
- c) Schuldangst
- d) Beschämungsangst
- e) diffuse Angst
- f) Todesangst

a) Trennungsangst

Die angstausslösende Gefahrensituation ist der genetisch frühe Verlust des Objektes, dem die Liebe gilt. In subtiler Weise hat Freud davon eine spätere Verlustangst unterschieden, nämlich die Angst vor Liebesverlust. Die Gefahrensituation des Objektverlustes kann als Paradigma traumatischer Hilflosigkeit bezeichnet werden (Bowlby 1961, 1973).

Die Trennungsangst gehört zur präöedipalen Entwicklungsphase also zur Zweipersonenbeziehung: der Verlust des „Objektes“ (d. h. der Mutter) lässt das erlebende Kleinkind in Panik tatsächlich „mutterseelenallein“ zurück. Die Nähe zur symbiotischen Einheit bringt es mit sich, dass Objektverlust und Ich- bzw. Selbstverlust als identisch erlebt werden können.

Bei neurotischen Trennungsängsten findet man regelmäßig, dass unbewusste Aggressionen die Furcht, das Objekt verlieren zu können, bedingen oder steigern. Man befürchtet, das Objekt selbst zerstört zu haben, woraus sich viele eigenartige Verhaltensweisen von Phobikern erklären, die sich der Anwesenheit und Integrität des (unbewusst zerstörten) Objektes versichern müssen (Fenichel 1945). Diese basale These wird auch in dem von Milrod & Busch (1997) verfassten „Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy“ vertreten.

Eine zu Fenichels These passende empirische Untersuchung mittels der Gottschalk-Gleser Methode über den hier thematisierten Zusammenhang von „Separation Anxiety in Panic Disorder“ haben Free et al. (1993) berichtet⁸⁰.

Es ist ohne weiteres einzusehen, dass eine Kurzdefinition von „Trennungsangst“ nicht in der Lage sein kann, diese eben skizzierten psychogenetischen Zusammenhänge wiederzugeben. Als beobachtungsnahe Operationalisierung dient die Zusammenstellung von Gottschalk:

„Hinweise auf Verlassen, Verlassenheit, Einsamkeit, Verstoßung, Verlust von Unterstützung, von Liebe oder Liebesobjekt oder eine damit verbundene Bedrohung“

b) Kastrationsangst

Die universelle Gültigkeit der Kastrationsangst leitet Freud aus der biologischen Konstitution, nämlich der Geschlechtsdifferenz, ab. Der anatomische Geschlechtsunterschied bedinge, dass der kleine Junge beim Anblick eines weiblichen Körpers die Penislosigkeit entdeckt und erkennt, dass das von ihm so hochgeschätzte Glied nicht notwendig mit zum Körper gehört (Freud 1940a, S. 116). Die Erlebniskategorie „Trennung“ (und die

⁸⁰ Ihre Schlussfolgerung war: The hypothesis that separation anxiety is a prevalent affective undercurrent in the dreams and screen memories of panic disorder patients was supported. Significantly higher covert hostility in the panic disorder patients' dreams may support Bowlby's observation that people with high separation anxiety tend to disavow their anger (Free et al. 1993, S. 595).

damit verbundenen Ängste) erhalten nun einen entwicklungspsychologischen neuen Inhalt, nämlich die Kastrationsangst. Erscheint die Angst als Reaktion auf das Vermissen des Objektes (Objektverlust), sieht Freud die Analogie darin, „dass auch die Kastrationsangst die Trennung von einem hochgeschätzten Objekt zum Inhalt hat“ (1926d, S. 167). Aus der Ubiquität dieser Grundlage der Kastrationsangst im anatomischen Geschlechtsunterschied sind die psychologische Bedeutung und die Stärke der Kastrationsangst allerdings nicht festgelegt. Sie ergibt sich erst aus der familiären psychosozialen Situation mit ihren breiten Variationsmöglichkeiten und ihren Auswirkungen auf die speziellen Gefahrensituationen, denen der Junge während der ödipalen Entwicklungsphase ausgesetzt ist. Aus diesem Grunde leitet sich aus der psychoanalytischen Theorie eben nicht die universelle Gültigkeit des Ödipuskomplexes ab, sondern auch seine soziokulturelle Variabilität (Kakar 1988, 1997).

Das Konzept bezieht sich nicht nur auf seine eingeeengte anatomische bzw. chirurgische Bedeutung (Entfernung der Hoden), sondern auf den Verlust des Penis oder des ganzen Geschlechtsteils. Auch Drohungen, die sich nicht im engeren Sinn ihrem Inhalt nach auf das Abschneiden des Genitale richten, können so erlebt werden: irgendwelche Bestrafungen, die sich auf das Spielen am Geschlechtsteil beziehen, werden zur „Kastrationsdrohung“. Auch körperliche Verletzungen oder seelische Kränkungen wirken sich als Verstärker der Disposition aus⁸¹.

Diese Kurzbeschreibung des Begriffes führt zu einer Operationalisierung, die sich eng an die von Gottschalk et al. (1969) gegebene Formulierung anlehnt:

„Hinweise auf Verletzung, physische Beschädigung oder Angst vor Verletzung, weiterhin Hinweise, die eine Bedrohung der Potenz und des Könnens überhaupt repräsentieren.“

c) Schuldangst

Die Fähigkeit, die Angst vor dem Über-Ich zu entwickeln, kennzeichnet den Schritt, der die Überwindung der ödipalen Dreier-Situation einleitet:

„Mit dem Unpersönlich-werden der Elterninstanz, von der man die Kastrationsangst befürchtet, wird die Gefahr unbestimmter. Die Kastrationsangst entwickelt sich zur Gewissensangst, zur sozialen Angst. Es ist jetzt nicht mehr so leicht anzugeben, was die Angst befürchtet ... Allgemeiner ausgedrückt, ist es der Zorn, die Strafe des Über-Ichs, der Liebesverlust von dessen Seite, den das Ich als Gefahr wertet und mit dem Angstsignal beantwortet“ (Freud, 1926d, S.170).

Entwicklungsgeschichtlich stellt sie somit die für die Latenzzeit charakteristische Form der Angst dar. Bezeichnungen wie Über-Ich-Angst, Gewissensangst, soziale Angst und

⁸¹ Zum Problem der „Kastrationsangst bei Mädchen“ s. Thomä (1967)

Schuldangst werden weitgehend synonym verwandt. Fenichel (1945) unterscheidet zwischen Gewissensregungen, die Vergangenes meinen, und Schuldgefühlen, die sich auf intendierte Handlungen beziehen.

Die formalisierte Beurteilung stützt sich auf folgende kurze Definition:

„Hinweise auf Kritik, moralische Verurteilung, Verdammung, Verurteilung, auf Schuld oder Bedrohung durch Schuld“.

d) Beschämungsangst

Die bisher aufgeführten elementaren Angstsituationen beziehen sich auf Triebe und ihre Schicksale. Bisher wurde gefragt:

1. „Woraus bestehen die Angst, d. h., welche Triebkräfte sind in ihr verborgen?“;
2. in Korrelation zu den jeweiligen Entwicklungsstadien: „Wovor besteht die Angst, und welche Abwandlungen erfährt sie im Verlauf der biographischen Entwicklung“ (Loch 1972, S. 4).

Die Entwicklung der Ich-Psychologie und der Selbstpsychologie richtete die Aufmerksamkeit auf jene Vorgänge, die sich im Ich als Angststätte abspielen. Die Inhalte der Gefahrensituation und ihre Zuordnung zur Triebentwicklung (Objektverlust, Liebesverlust, Kastration etc.) wurden nunmehr daraufhin betrachtet, welche Konsequenzen im Ich bzw. Selbst entstehen, wenn es sich hilflos fühlt. Schon in dieser Formulierung ist enthalten, dass man entweder innerhalb der Angststätte selbst oder außerhalb derselben sich eine Instanz vorstellen muss, die der Selbstwahrnehmung dient. Dies muss, um die Wahrnehmung ausüben zu können, in einer kritischen Distanz zum Angsteffekt selbst stehen. Eine solche Funktion wird in der Literatur dem Selbst zugeschrieben, insofern es zwischen Realselbst und Idealselbst vergleichen kann (s. d. Sandler und Joffe 1967). Die Hilflosigkeiten erhalten hierdurch weitere Dimensionen, die z. B. als Ängste vor Kontrollverlust, vor Verlust der Autonomie oder als narzisstische Kränkung bezeichnet werden. Es erscheint sinnvoll, diese Form antizipatorischer Wahrnehmung als eine eigene Angstform anzusetzen, die in ganz besonderer Weise den narzisstischen Aspekt des Angsterlebens abbildet. Streng genommen müsste sie vermutlich für jede Phase der Entwicklung eigens konzipiert werden; in der hier vorgenommenen Verkürzung spiegelt sich die Beziehung von Trieb-Objekt-Theorie und Narzissmustheorie überhaupt. Demgemäß sind die „narzisstischen Ängste“ nicht von den „Triebängsten“ zu trennen. Es ist aber durchaus denkbar und klinisch gut begründet, dass das Angstsignal deshalb zu frei flottierenden Ängsten führen kann, weil eine Verschiebung innerhalb der Lust-Unlust-Reihe u. U. als katastrophale Störung des narzisstischen Äquilibrium sich auswirkt. Erlebt wird diese als massive narzisstische Kränkung, deren Genese mehr auf eine gestörte Entwicklung

des narzisstischen Regulierungssystems als auf eine gestörte Reifung zurückzuführen ist (Henseler 1974). Hier berühren sich möglicherweise die narzisstischen Selbstverlustängste mit den genetischen Objektverlustängsten, wobei ohne Zweifel „Verwöhnungen“ in der Weise wirksam werden, wie es Freud beschrieben hat:

„Die ‚Verwöhnung‘ des kleinen Kindes hat die unerwünschte Folge, dass die Gefahr des Objektverlustes – das Objekt als Schutz gegen alle Situationen der Hilflosigkeit – gegen alle anderen Gefahren übersteigert wird. Sie begünstigt also die Zurückhaltung in der Kindheit, der die motorische wie die psychische Hilflosigkeit eigen sind“ (Freud, 1926d, S. 200).

Für die Verwendung dieses narzisstischen Gesichtspunktes in dieser Untersuchung war allerdings eine Vereinfachung vorzunehmen. Im Mittelpunkt der kränkenden Erfahrung steht die Selbstwertproblematik, die sich phänomenologisch eng an das Schamgefühl anschließen lässt. Deshalb erscheint die von Gottschalk et al. (1969) in Anlehnung an Piers u. Singer (1953) vorgeschlagene Kurzdefinition ein vertretbarer Ansatz:

„Hinweise auf das Gefühl der Lächerlichkeit, der Kränkung, des Ungenügens, der Scham und Erniedrigung.“

e) Diffuse Angst

Hierunter fällt die von Freud „frei flottierende Angst“ genannte Angstform. Der Angsteffekt hat sich gewissermaßen von der spezifischen Gefahrensituation verselbständigt, zumindest ist sein Rückbezug auf die Herkunft unklar. Der Zustand kann auch als ein Daniederliegen der Abwehrvorgänge beschrieben werden, deren Ziel, die Angst durch Symptombildung zu binden, nicht erreicht wurde.

So sollen mit dieser Beurteilungsdimension besonders auch jene somatischen Angstäquivalente erfasst werden, die als „objektlose“ Ängste nicht sicher einer der obigen Gefahrensituationen zugeordnet werden können. Für die Beurteiler wurde folgende Kurzdefinition vorgegeben:

„Hiermit ist der objektlose Zustand der Angst gemeint, die Überschwemmung durch Angst mit besonderer Akzentuierung der Somatisierung“.

f) Angst vor dem Tod

„Als letzte Wandlung dieser Angst vor dem Über-Ich ist mir die Todes- (Lebens-) Angst vor Projektionen des Über-Ichs in den Schicksalsmächten erschienen“ (Freud, 1926d, S. 170).

Entsprechend dem Konzept, die Grundformen der Angst aus phasenspezifischen Situationen der Hilflosigkeit abzuleiten, nimmt die Todesangst den letzten Platz ein. Im Gegensatz aber zu den anderen neurotischen Ängsten geht die Todesangst nicht auf eine vergangene Situation zurück, sondern antizipiert etwas Zukünftiges. Dementsprechend hält Freud daran fest, dass der Todesangst im Unbewussten nichts entspricht, was dem Be-

griff der Lebensvernichtung Inhalt geben könnte, denn „etwas dem Tod Ähnliches ist nie erlebt worden (Freud 1926d, S. 160). Die erlebte Todesangst sei häufig etwas Sekundäres, das aus dem Schuldbewusstsein hervorgegangen ist. Allerdings weist Stern (1972) darauf hin, dass das zukünftige Trauma des Todes seine ängstigende Macht aber daraus gewinnt,

„dass die Angst vor dem Tod – die schon sehr früh im Kind auftaucht – im wesentlichen die Angst vor der Wiederholung einer von jedem Individuum erlebten traumatischen Situation des Verlustes des mütterlichen Objektes ist, in der unter Todesgrauen etwas wie die Vernichtung des Selbst erlebt wurde; dass – ... – die Angst vor dem Tod die Angst vor der Wiederholung einer solchen Situation ist“ (Stern 1972, S. 902).

Damit kommt zum Vorschein, dass auch der Realangst des Todes, die als zukünftiges Ereignis sicher auf jeden zukommt, ein infantiles Muster des Verlassenwerdens oder der Trennung⁸² entgegenkommt bzw. dass jene infantile Hilflosigkeit als immerwährendes drohendes Verhängnis in der Todesangst interpretiert wird. Vermutlich wird es semantisch unlösbar sein, die Erlebnisse des Kleinkindes in Trennung und Tod, in andere Affektzustände als den einer überwältigenden Hilflosigkeit aufzulösen. Soweit die Todesangst als neurotische Angst auftritt, ist sie einerseits als Verarbeitung des Kastrationskomplexes, andererseits als Ausdruck der Trennungsängste der prägenitalen Periode zu verstehen.

Die verwendete Kurzdefinition bleibt aus diesen Gründen sehr am manifesten Gehalt:

„Hinweise auf Tod, Sterben, Todesdrohung oder Angst vor dem Tod, bezogen auf sich selbst oder andere.“

6.2 Übertragung als Therapievariable

Wie für die verschiedenen Ängste zunächst die theoretische und praktische Bedeutung geklärt wurde, so wird auch hier zunächst in 6.2.1 die Bedeutung der Übertragung im therapeutischen Prozess aufgewiesen. In 6.2.2 werden Versuche, die Übertragungsbeziehung über eine Operationalisierung zu erfassen, kritisch diskutiert und die eigene Konzeption skizziert.

6.2.1 Die Bedeutung der Übertragung im psychoanalytischen Prozess

Die Entdeckung von Übertragung und Widerstand kennzeichnet den Beginn der psychoanalytischen Behandlungstechnik. Aus der voranalytischen Suggestionstherapie und Hypnose-therapie hatte Freud ebenso wie aus der allgemeinen ärztlichen Erfahrung die Einsicht gewonnen, dass „eine leistungsfähige Übertragung“, ein ordentlicher „Rapport“ (1913c,

⁸² In Mythologien und Religionen wird die Trennung durch das Sterben postmortal - sei es in der Unsterblichkeit der Seele, sei es in Auferstehung und Wiedervereinigung - aufgehoben.

S. 473) auch in der Psychoanalyse Trägerin des Erfolges sei. Mit den verschiedenen Aspekten der Übertragungsvorgänge wurden Phänomene charakterisiert, die erstens in jeder zwischenmenschlichen Beziehung auftreten und deshalb auch in jeder Arzt-Patient-Beziehung und die zweitens spezielle Formen annehmen, sofern psychotherapeutische Gespräche mit dem Ziel, seelische oder psychosomatische Leiden zu verstehen und daraus resultierende Symptome zu heilen, geführt werden. Die Bezeichnung selbst erlaubt es schon, den wesentlichen Kern zu erkennen: Auf den Arzt oder auf einen Mitmenschen werden Erwartungen „übertragen“, die ihren Ursprung nicht in der realitätsgerechten Einschätzung der gegenwärtigen Situation haben, sondern in den lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen und ihren Auswirkungen auf Verhaltensweisen.

Das Kennzeichnende aller Übertragungsvorgänge ist also die Wiederholung. Wenn Freud von einer „leistungsfähigen“ Übertragung oder einer milden positiven Übertragung spricht, so versteht er darunter z. B. die Fähigkeit eines Menschen wenigstens soviel lebensgeschichtlich erworbenes Vertrauen in eine neue Beziehung einzubringen, dass überhaupt von der anderen Seite, hier also vom Arzt oder Psychotherapeuten, Einfluss genommen werden kann. Diese „bewusstseinsfähige und unanstößige Komponente (der Übertragung, A.d.V.) bleibt bestehen und ist in der Psychoanalyse genau ebenso die Trägerin des Erfolges wie bei anderen Behandlungsmethoden“ (Freud, 1912b, S. 371).

Die Mehrdeutigkeit des Übertragungsbegriffes erschwert die Orientierung zumal deshalb, weil die Übertragung von Vertrauen und die damit gegebene Bereitschaft, sich durch eine andere Person „beeinflussen“ zu lassen, als Grundlage der Durcharbeitung neurotischer Konflikte in der Theorie der Technik begrifflich nicht weiter differenziert wurde (Thomä & Kächele 2006a, Kap. 2). Freud sprach in diesem Zusammenhang auch von der Suggestion, die im Sinne einer Erziehung wirke, und von der psychoanalytischen Behandlung als einer Art Nacherziehung (1917, S. 469). Die Mehrdeutigkeit des Übertragungsbegriffes ergibt sich aus der Entwicklung der psychoanalytischen Technik. Allerdings sind auch gute sachliche Begründungen zu nennen: Ob in eine neue Beziehung mehr Vertrauen als Misstrauen übertragen wird, hängt in hohem Maße davon ab, ob die Beziehungspersonen der Kindheit mehr gute als schlechte Erfahrungen vermittelt haben (Bowlby, 1961). Unter solchen Voraussetzungen besteht primär beim Eintreten in eine neue Beziehung eine vertrauensvolle Übertragung und damit eine günstige Voraussetzung für jenen speziellen Lernprozess, den Freud als eine Art Nacherziehung bezeichnet hat. Der semantischen Klarheit wegen wäre es günstiger, diese Grundlage der psychoanalytischen Durcharbeitung pathologischer Übertragungsformen nicht ebenfalls mit der Bezeichnung Übertragung versehen. Der Vorteil, diesen Bereich begrifflich als Beziehung oder als Arbeitsbeziehung abzugrenzen, ist bei der Diskussion dieses The-

mas schon lange offenkundig geworden (Stone 1961; Greenson 1967; kritisch dazu Deserno 1990). Man könnte diese Übertragung auch die normale nennen, weil sich in ihr die gesunden Ich-Funktionen eines Patienten manifestieren. An dieses „Ich“ wenden wir uns, wenn wir die Übertragungsneurose, also die Pathologie, „durcharbeiten“ (Freud 1937c).

Aus dieser Zusammenfassung dürfte ersichtlich geworden sein, dass die Übertragung zu den empirischen „Grundpfeilern“ der Psychoanalyse gehört. Sie ist janusgesichtig, in ihrer normalen Form mächtigstes Hilfsmittel der Behandlung und zugleich stärkste Motivation der Widerstände. Die Beobachtungen von Übertragung und Widerstand sind die wichtigsten klinisch-empirischen Grundlagen der Theorie der Verdrängung bzw. der Theorie von den Abwehrmechanismen.

Diese Studie beschränkt sich auf die pathologischen Übertragungsformen und lässt die „normalen“ Übertragungsbeziehungen außer Betracht. Die nun folgende Definition stammt von Greenson (1967). Seine Definition der Übertragung macht die verschiedenen Aspekte deutlich, denen eine Formalisierung gerecht werden müsste:

„Übertragung bezeichnet die Erfahrung von Gefühlen, Triebwünschen, Haltungen, Phantasien und Abwehrmechanismen im Verhältnis zu einer gegenwärtigen Beziehungsperson, die nicht dieser Person gelten, sondern eine Wiederholung von Verhaltensweisen sind, die aus der Beziehung zu Objekten der frühen Kindheit stammen und unbewusst auf Personen der Gegenwart verschoben werden“ (Greenson 1967, S. 171).

Die vollständige Beschreibung einer Übertragungsbeziehung erfordert also eine Erfassung der gegenwärtigen Objektbeziehung unter verschiedenen Gesichtspunkten. In der klinischen Arbeit werden in der Regel folgende Aspekte berücksichtigt. Am häufigsten wird die Unterscheidung in eine positive und negative Form der Übertragung verwendet:

„Man muss sich entschließen, eine positive Übertragung von einer negativen Übertragung zu sondern, die Übertragung zärtlicher Gefühle von der feindseliger, und beide Arten der Übertragung auf den Arzt gesondert zu behandeln. Die positive Übertragung zerlegt sich dann noch in die solcher freundlicher oder zärtlicher Gefühle, welche bewusstseinsfähig sind, und in die ihrer Fortsetzungen ins Unbewusste“ (Freud, 1912b, S. 371).

Diese Unterscheidung greift den affektiven Aspekt der Übertragungsbeziehung auf, ohne schon eine psychodynamisch – genetische Sicht zu implizieren. Meist werden darunter zwar Erlebnisinhalte der ödipalen Konflikte verstanden, in einer systematischen Betrachtungsweise aber können damit affektive Aspekte aller phasenspezifischen Konflikte beschrieben werden (Greenson 1967, S. 230). Eine andere Sichtweite und Möglichkeit für das Verständnis der Übertragungsbeziehung eröffnet sich, wenn diese in Begriffen der frühen Objektbeziehungen beschrieben wird. Man spricht von einer Vaterübertragung, wenn die in der aktuellen Situation übertragenen Verhaltensweisen als Wiederholung der

Beziehung zum Vater verstanden werden können. Oft findet sich in klinischen Beschreibungen eine Kombination des affektiven und der Objektbeziehungsaspekte, z. B. „negative Vaterübertragung“.

Im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Angsttheorie (Freud 1926d) und der mit ihr verknüpften Abwehr- und Strukturtheorie wurden die Übertragungs- und Widerstandsformen neu klassifiziert. Anna Freud zog z. B. die Nutzenanwendung für die Technik (1936, S. 24), indem sie spezielle „Übertragungen von Abwehr“ beschrieb. Hierbei sind die den jeweiligen Phasen der Triebentwicklung zugehörigen Ängste und Abwehrmechanismen nach ihrer Übertragungsmanifestationen hin geordnet.

Diese sehr lückenhaften Explikation dient dazu, die Komplexität des Übertragungsbegriffes sichtbar zu machen und zu zeigen, wie zentral, aber auch wie differenziert die klinische und theoretische Stellung dieses Begriffs ist. Es stellt sich somit die Frage, ob in der gegenwärtigen Phase der klinischen Verlaufsforschung die empirische Klassifikation von „Übertragungen“ soweit formalisiert werden kann, wie es erforderlich wäre, um der inzwischen erreichten theoretischen Begriffsdifferenzierung gerecht werden zu können. Von vornherein ist es wahrscheinlicher, dass es leichter gelingen wird, Übertragungen einzustufen, wenn man Freuds Definition, wie sie 1912b gegeben wurde (s. oben) zur Grundlage nimmt, als von der komplexen „Übertragung von Abwehr“ auszugehen. Denn bei dieser Definition müssten jeweils Triebwünsche und Abwehrmechanismen am gegebenen Material nachgewiesen werden.

Die bisher gemachten Versuche verfehlen zum Teil tatsächlich häufig ein Verständnis der Übertragung im psychoanalytischen Sinn. Andere Bemühungen sind immerhin so ermutigend, dass eigene Planungen an ihnen orientiert werden konnten.

6.2.2 Die Operationalisierung der Übertragung

Auf dem Hintergrund der schon in Kapitel 3.4 diskutierten Ansätze, den Übertragungsprozess durch Ad-hoc-Skalierungen zu erfassen, wurde eine Konzeption entwickelt, die einen Mittelweg zwischen klinischem, oft hoch differenziertem Gebrauch und Ausgestaltung des Übertragungskonzeptes und den Schwierigkeiten der Beurteilung solcher klinischer Konzepte zu gehen versucht.

In einem ersten Schritt begnügt sich die Untersuchung mit der Erfassung der Grundpfeiler in ihrer von Freud gegebenen allgemeinen Definition: „Man muss sich entschließen, eine ‚positive‘ Übertragung von einer ‚negativen‘ Übertragung zu sondern.“

6.3 Die Arbeitsbeziehung als Therapievariable

6.3.1 Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung im therapeutischen Prozess

In den Ausführungen über die Bedeutung der Übertragung wurde die Unterscheidung zwischen der normalen Übertragung, in der sich die gesunden Ich-Funktionen eines Patienten manifestieren, und den pathologischen Übertragungsformen herausgearbeitet. An die gesunden Ich-Anteile wendet sich der Psychoanalytiker z. B. mit seinen Interpretationen. Die Fähigkeit des Patienten zur erkennenden Einsicht und zur Mitarbeit ist an sie (d. h. an die gesunden Ich-Funktionen) gebunden. Auch wenn ein solches Normal-Ich eine Fiktion ist (Freud, 1937c, S. 80), so ist es doch grundlegend für die Entwicklung der Übertragungsneurose und ihre Durcharbeitung (Kächele u. Thomä 2008).

In Freuds technischen Schriften und in der Theorie der Technik tritt diese Seite der psychoanalytischen Situation gegenüber den pathologischen Übertragungsformen zurück. Sie ist in dem enthalten, was Freud den „Pakt“ (1937c, S. 80) nannte. Es hat sicher viele Gründe, dass Freud mehr von der Übertragungsneurose als von den gesunden Anteilen in der psychoanalytischen Arbeitsbeziehung sprach. Das Menschliche verstand sich für Freud – wie das Moralische für Theodor Vischer – von selbst (Freud 1905a, S. 25). Man kann aber auch davon ausgehen, dass Freud dem naturwissenschaftlichen Ideal seiner Zeit entsprechend, die „persönliche Gleichung“ zumindest aus der Theorie der Technik zu eliminieren versuchte. Die Übertragungsneurose war zusammen mit der psychoanalytischen Methode in einer definierten Situation entdeckt worden. Freuds technische Empfehlungen sind deshalb nicht nur als gültige Warnungen gegen ein Ausagieren der Gegenübertragung aufzufassen, sondern als Versuche, die reine, scheinbar blanke psychoanalytische Situation vor persönlichen „Verunreinigungen“ zu bewahren. Tatsächlich kann aber Freuds Spiegelgleichnis oder seine Aufforderung, sich technisch am Chirurgen ein Beispiel zu nehmen, nur im Kontrast zu anderen Einstellungen wie Sympathie und Respekt (Freud 1912e, S. 382) verstanden werden. Genauer: Die ganze psychoanalytische Situation ist auf diesen Kontrast hin angeordnet und die Schatten der pathologischen Übertragungsformen werden nur und erst im Lichte der Vernunft beider Gesprächspartner sichtbar. So spielen die Abstinenzregel und die auf maßvolle Deprivation angelegte psychoanalytische Situation eine aktive Rolle bei der Schaffung der Übertragungsbeziehung. Aber dies geschieht als Mittel zum Zweck. Würde das im Spiegelgleichnis beschriebene Verhalten des Psychoanalytikers wörtlich genommen, so würde es, wie Stone (1961) betont, in einem unlösbaren Widerspruch hineinführen, der mit dem Wesen einer psychoanalytischen Behandlung unverträglich ist (S. 26). Würde der Psy-

choanalytiker nämlich nicht sein als ein den Patienten und seine Äußerungen reflektierender Spiegel, könnte in diese Beziehung nichts Neues entstehen. Das ewig Gleiche würde sich wiederholend darstellen. Würde der Psychoanalytiker sich nur wie ein Spiegel verhalten und dem Gezeigten nichts hinzufügen, könnte der psychoanalytische Prozess, der Veränderungen anstrebt, nicht in Gang kommen. Dass der Wiederholungszwang unterbrochen wird, ist neuen Erfahrungen zuzuschreiben, die der Patient in der Kommunikation mit dem Psychoanalytiker machen und außerhalb erproben und erweitern kann (Thomä & Kächele 2006a).

In den letzten Jahrzehnten sind die den Kontrast im beschriebenen Sinne erst ermöglichenden Seiten des psychoanalytischen Dialogs in den Mittelpunkt der praktischen und theoretischen Diskussion gerückt. Besonders Greenson (1967) hatte sich früh darum bemüht, die Interdependenz dieser Variablen und ihre Ausprägungen während des Behandlungsverlaufs zu erfassen. Er fasst seine Beobachtungen folgendermaßen zusammen:

„Obwohl Patient und Analytiker Übertragungsreaktionen entwickeln, eine Arbeitsbeziehung und eine wirkliche Beziehung zueinander haben, differieren ihre Proportionen und ihr Ablauf. Im Patienten stehen die Übertragungsreaktionen während der langen mittleren Phase der Analyse im Mittelpunkt. Die realitätsgerechte Beziehung ist besonders am Anfang stark und tritt in der Beendigungsphase wieder in den Vordergrund. Die Arbeitsbeziehung entwickelt sich am Ende der Einleitungsphase und bewegt sich periodisch auf und ab bis der Patient sich der Beendigung der Behandlung nähert“ (Greenson 1967, S. 223).

Die zwischenmenschlichen Aspekte der Arbeitsbeziehung klärt noch nicht die Qualität der analytischen Arbeit, die der Patient zu leisten vermag. Die klinische Erfahrung zeigt, dass in dieser Hinsicht sowohl zwischen Patienten Schwankungen und der Qualität seiner Mitarbeit auftreten können. Postuliert man wie Waldron (2004a, b) ein qualitatives Spektrum analytischer Arbeit, so wird der augenblickliche Platz eines Patienten auf diesem Spektrum durch das komplexe Verhältnis der Widerstands- und Übertragungsfaktoren bestimmt. Wirft man die Frage auf, welche näheren Spezifizierungen sich für „gute“ und „schlechte“ analytische Arbeit finden lassen (Thomä & Kächele 2006b, S. 465ff), so ist dabei die Rolle des Widerstandes näher zu betrachten. Ganz sicher lässt sich zwischen dem Ausmaß des Widerstandes und der Qualität der analytischen Arbeit des Patienten keine einfache reziproke Beziehung annehmen; denn Freuds methodologisch entscheidender Schritt bestand darin, zu zeigen, dass der Widerstand ein essentieller Bestandteil analytischer Arbeit ist. Entscheidend für gute Arbeit wird damit ein Maß von Widerstand, welches eine produktive Deutungsarbeit erlaubt. Wenn nämlich der Widerstand

zu stark ist, kann der Patient nicht arbeiten; sollte er hingegen über längere Zeit zu gering ausgeprägt sein, liegt der Gedanke nahe, dass der Patient viel zu wenig in die analytische Arbeit eingestiegen ist, um überhaupt Widerstandsphänomene produzieren zu müssen.

Der Versuch, die Qualität der analytischen Arbeit des Patienten zu erfassen, rückt die erwachsenen Ich-Anteile des Patienten und ihre Funktionsweisen in den Mittelpunkt: Die frühen Beiträge verschiedener Autoren (Freud 1933a; Sterba 1934; Bibring 1937) zusammenfassend führen Simon et al. (1968) hierzu aus: Das Ich nimmt am psychoanalytischen Prozess durch zwei verschiedene Arten von Ichfunktionen teil, nämlich

„a new observation point of view based upon education from and identification with the analyst, and new (old) conflictual experiences which are aroused by involvement in the regressive transference relationship“ (S. 2).

Werden die Ich-Funktionen, entsprechend ihrer Nähe zu Triebverletzungen, als Spektrum organisiert, so finden sich die Fähigkeit, erlebnisnah zu fühlen, und die Fähigkeiten zu reflektierender Mitarbeit an entgegengesetzten Polen (s. d. Hohage & Kächele 2006, S. 202). Die Realisierung beider Fähigkeiten aber trägt entscheidend zur Qualität der analytischen Arbeit bei, wie wir sie vom Patienten erwarten. Dieser Gesichtspunkt wurde z. B. bei der Entwicklung der „Analytic Process Scales“ von Waldron et al. (2004a, b) berücksichtigt.

6.3.2 Die empirische Erfassung der Arbeitsbeziehung

Im Gegensatz zu den beiden Verlaufsparemtern Angst und Übertragung steht die Arbeitsbeziehung, worunter die Fähigkeit von Patient und Therapeut begriffen wird, den therapeutischen Prozess produktiv zu gestalten, schon lange im Mittelpunkt der Forschung aller psychotherapeutischen Orientierungen (Horvath u. Bedi 2002; Lambert u. Barley 2002). Allerdings liegen bislang keine Untersuchungen zu diesem Konzept mit den bis dato entwickelten Instrumenten zur Arbeitsbeziehung im Verlauf eines längeren psychoanalytischen Verlaufes vor.

Wie oben erwähnt wurde, bewegt sich der psychoanalytische Prozess der Gewinnung von Einsicht zwischen den Polen der Selbstbeobachtung und der Fähigkeit zu erleben. Dieses Spektrum kann direkt dazu verwendet werden, die therapeutischen Ziele verschiedener Schulen zu kennzeichnen. So basiert Rogers Prozess-Skala (1959) ganz auf der Erfassung der im Verlauf einer Therapie zunehmenden Erlebnisfähigkeit des Patienten (s. d. Eckert et al. 2006). Die schon in Kap. 3 diskutierte Dimension der „Sinnhaftigkeit“ (meaningfulness) nimmt auf dem Kontinuum einen mittleren Platz ein, da neben dem affektiven Beteiligtsein des Patienten gleichzeitig die Fähigkeit erfasst werden soll,

sinnvolle Zusammenhänge wahrzunehmen (1966). Die von Cartwright (1966) entwickelte Skala „Selbstbeobachtung“ tendiert sehr viel deutlicher zum kognitiven Pol des Kontinuums, wenn auch der Skalenpunkt 6 „integration of self-observation“ die affektive Verarbeitung kognitiv erkannte Konflikte zwangsläufig mit beinhalten muss, da diese Festlegung dem Ziel der Therapie entspricht.

Die von Simon et al. (1968a) entwickelte Produktivitätsskala versucht die polare Differenzierung in Erleben und -selbstbeobachtung aufzuheben, indem für jeden Skalenpunkt beide Pole berücksichtigt werden:

„On this spectrum the observing and experiencing functions of the ego at polar opposites. Observation depends on the highest synthesizing and integrative function of the ego to produce the ‚emotional distance‘ necessarily to useful self-observation. Experiencing, on the other hand, relates to action, affect expression and fantasies which are the less distorted, less refined forms of drive derivative. As a function of treatment both of these opposite ego boundaries are extended“ (S. 8).

Unser eigener Ansatz, die Arbeit des Patienten im psychoanalytischen Prozess zu erfassen, geht ebenfalls von der Annahme aus, dass zwischen dem Inhalt der Arbeit (z. B. Trennungsangst) und ihrer formal-qualitativen Gestaltung zu unterscheiden ist. Aus dem Beurteilungsinstrument, mit dem Rosenkötter und Thomä (1969) „Veränderungen im psychoanalytischen Prozess – analytische Produktivität“ zu erfassen suchten (s. Kap. 3), wurden vier Schätz-Skalen herangezogen, die zentrale Aspekte der Arbeitsbeziehung deskriptiv erfassen; darüber hinaus konnte mit diesem Schritt eine Verringerung der inhaltlichen Redundanz des Beurteilungsinstrumentes erreicht werden. Eine Voruntersuchung hatte gezeigt, dass alle Dimensionen der Arbeitsbeziehung untereinander eine hohe positive Korrelation aufweisen; um trotzdem eine mögliche Varianz erfassen zu können, erschien es sinnvoll, statt einer globalen Dimension vier verschiedene Aspekte getrennt beurteilen zu lassen.

Zwei der Skalen – „Konflikterleben“ und „Affekterleben“ – richten sich auf den Erlebnis-aspekt des Patienten; theoretisch sind beide nicht notwendigerweise miteinander verknüpft. Erst in der Realisierung der übertragungsbezogenen Konfliktsituation, deren Deutung dann auch mutative Wirkung haben kann, dürften sie zusammenfallen.

Zwei weitere Skalen, „Mitarbeit“ und „Einsicht“, zielen auf die Identifikation des Patienten mit der analytischen Arbeit und die daraus gewonnenen Fortschritte im Verhältnis der eigenen Situation.

6.4 Zur Methodik der Einstufungsuntersuchung⁸³

Im Folgenden werden methodische Probleme der durchgeführten Einstufungsuntersuchung thematisiert; hierbei werden speziell folgende Themen bearbeitet:

6.4.1 Die Beschreibung der Schätz-Skalen

6.4.2 Die Beschreibung der Beurteiler-Gruppe

6.4.3 Das Problem der Stichproben-Bildung

6.4.4 Die Handhabung der Skalen durch die Beurteiler

6.4.5 Die Inter-Beurteiler-Übereinstimmung

6.4.6 Die faktorielle Struktur der Beurteilung

6.4.7 Klinische Evaluierung der Faktoren anhand von Extremwertstunden

6.4.8 Zur Konstruktvalidität der Angstkonzepte

⁸³ Diese Untersuchungen stellen die Re-Analyse des Roh-Datensatzes eines früheren Vorhabens dar (Grünzig, Kächele et al. 1978); allerdings wurde die gesamte Datenanalyse verfeinert und statistisch besser abgesichert. Hiefür danke ich Herrn Dr. Pokorny.

6.4.1 Die Beschreibung der Schätz-Skalen

Die verschiedenen Formen der Angst sollten auf vierstufigen Skalen nach dem Grad ihrer Ausprägung eingestuft werden. Den Stufen der Skala waren die Werte 0, 1, 2 und 3 zugeordnet. Dabei wurde der Wert 0 als „dynamisch nicht wirksam“ definiert.

Es handelt sich also bei diesen Skalen um sog. Schätz-Skalen, im Gegensatz zu methodisch anspruchsvolleren Skalen bei denen die Skalenschritte durch Ankerbeispiele belegt sind (Abb. 10):

STUNDE : _____ RATER: _____

 Bitte schätzen Sie die Stunde jeweils auf der ersten Skala nach dem Vorhandensein von Angst (des jeweiligen Inhalts) und auf der zweiten Skala nach dem Grad der Bewusstheit dieser Angst ein:

1) Trennungsangst

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

2) Verletzungsangst (Kastrationsangst)

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

3) Angst vor Schuld

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

4) Angst vor Beschämung

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

5) Diffuse Angst

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

6) Todesangst

nicht vorhanden	+-----+	+-----+	+-----+	+-----+			
	0	1	2	3	stark vorhanden		
unbewusst	+---+	+---+	+---+	+---+	bewusst		
	1	2	3	4	5	6	7

Abb. 10: Angst-Schätz-Skalen

Aus den theoretischen Darlegungen zum Konzept der Angst folgt, dass die Intensität einer Angst (einstufen mit 1, 2, oder 3) nicht nur als Stärke des erlebten Angsteffektes, sondern zugleich auch als die dynamische Relevanz einer Gefahrensituation für das Ich definiert ist. Da zwischen bewussten und unbewussten Gefahrensituationen unterschieden werden kann, wurde ein Sub-Skala „Grad der Bewusstheit (einer Angst)“ eingeführt, auf der im Sinne des topographischen Modells über den Ort der Angst entschieden werden muss. Diese Skala hat sieben Stufen, denen die Zahlen 1 bis 7 zugeordnet sind. Dabei bedeutet der Wert 1 „extrem unbewusst“, der Wert 7 „extrem bewusst“. Die Siebenstufigkeit der Skala rührt daher, dass sie ursprünglich bipolar gedacht war, wobei für die Ausprägung der Qualitäten „bewusst“ und „unbewusst“ je drei Stufen rechts und links eines neutralen Mittelpunktes vorgesehen waren. Die Bipolarität dieser Dimension wurde jedoch aufgegeben, weil ein solcher Umschlagpunkt weder theoretisch noch empirisch zu rechtfertigen war; die Beschreibung einer Angst als mehr oder minder unbewusst dürfte den klinischen Erfahrungen besser entsprechen.

Ähnlich wie für die verschiedenen Formen der Angst wurde die Skalierung für die libidinöse und die aggressive Übertragung vorgenommen (Abb. 11):

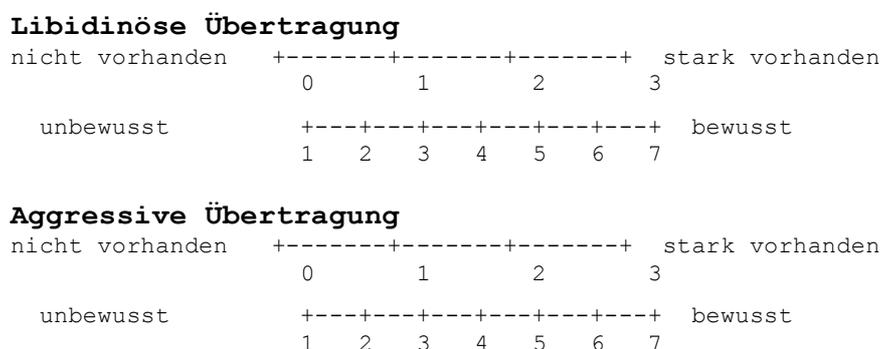


Abb. 11: Übertragungs-Schätz-Skalen

Auch diese beiden Konzepte wurden zunächst nach dem Grad ihrer Ausprägung auf der oben beschriebenen vierstufigen Skala eingestuft und dann auf einer siebenstufigen Skala, bei der jedoch der Wert 1 „stark unbewusste Übertragung“ und der Wert 7 „stark bewusste Übertragung“ bedeutete.

Die Übertragung z. B. eines starken unbewussten Übertragungswiderstandes geht auf diesen Skalen in zwei Schritten vor sich: Zuerst wird die Intensität gekennzeichnet; dann erhält die Übertragung einen niedrigen Wert auf der Skala „Grad der Bewusstheit der Übertragung“.

Die vier Konzepte, die zur Erfassung der Arbeitsbeziehung dienen, wurden jeweils auf einer siebenstufigen Skala eingestuft, deren eines Ende durch eine schwache Ausprägung des jeweiligen Konzeptes und deren anderes Ende durch eine sehr starke Ausprägung des Konzeptes definiert war (wenig vs. viel Konflikterleben, wenig vs. viel Affekterleben, wenig vs. viel Mitarbeit, wenig vs. viel Einsicht) (Abb. 12):

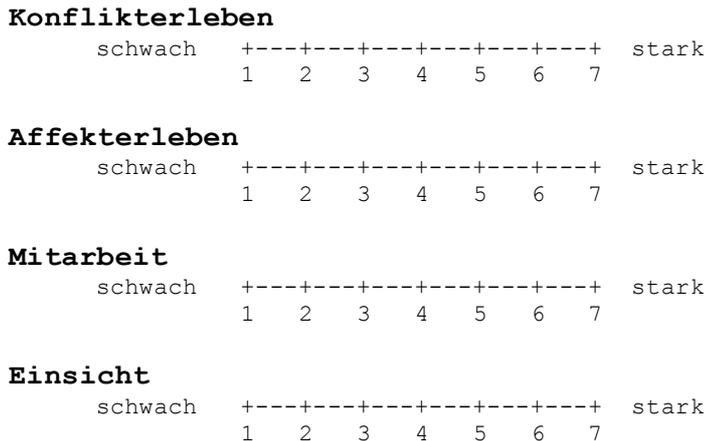


Abb. 12: Arbeitsbeziehungs Schätz-Skalen

Um festzustellen, wie die zu untersuchenden Variablen von der Beurteilergruppe mit Hilfe dieser Skalen erfasst wurden, überprüfen wir deren Verwendung.

Besonders im Hinblick auf die Vollständigkeit bzw. evtl. nötige Veränderung der Instruktion ergab sich die Frage nach qualitativer vs. quantitativer Vorgehensweise bei der Benutzung der Skalen.

Während mit den siebenstufigen Skalen die infrage stehenden Konzepte rein quantitativ erfasst werden, d. h. ihre Ausprägung tatsächlich auf ein Kontinuum projiziert wird, beinhaltet die Einstufung von Material auf der vierstufigen Skala genau genommen einen qualifizierenden und einen quantifizierenden Schritt: einmal eine Klassifizierung danach, ob das einzustufende Konzept in dieser Beobachtungseinheit als dynamisch wirksam angesehen werden kann oder nicht (qualitativ), und dann eine Messung des Konstrukts auf einer dreistufigen Ordinalskala (quantitativ) – vorausgesetzt, dass das Konstrukt für dynamisch wirksam gehalten wurde. Ob man den Ratern bei ihrer Einstufung eher ein qualitatives oder ein quantitatives Vorgehen zuschreibt, scheint davon abzuhängen, wie die Rater ihre Entscheidungen über die zuzuordnenden Skalenwerte fällten. Einmal wäre denkbar, dass ein Rater vom Gesamtmaterial ausgeht und seine Entscheidung immer weiter differenziert, also beispielsweise die Kastrationsangst zunächst grob als dynamisch wirksam oder dynamisch unwirksam klassifiziert und in einem weiteren Schritt den exakten Skalenwert sucht. In diesem Falle wäre der qualitative Anteil des Entschei-

dungsprozesses besonders deutlich. Zum anderen wäre denkbar, dass ein Rater, vom Nullpunkt der Skala „startend“, auf jeden im Material auftretenden Hinweis auf das einzustufende Konzept hin sein Urteil auf der Skala etwas „verschiebt“. Bei dieser Vorgehensweise spielt eine Quantifizierung praktisch keine Rolle.

6.4.2 Die Beschreibung der Beurteilergruppe

Die Beurteilergruppe, die 55 ausgewählte Stunden der psychoanalytischen Behandlung des Pat. Christian Y anhand der 20 Rating-Skalen in zufälliger Reihenfolge einstuft, bestand aus drei Mitgliedern der Forschungsgruppe. Dieser Umstand war aus forschungsökonomischen Gründen nicht zu vermeiden. Der Zeitaufwand, der für die Beurteilung von ganzen Behandlungsprotokollen notwendig ist, überschreitet nämlich das Maß, welches externen Beurteilern auch gegen Bezahlung zumutbar ist.

Die teilnehmenden Beurteiler waren:

- A: Psychoanalytiker mit ca. 25 jähriger psychotherapeutischer Erfahrung, behandelnder Analytiker des Patienten;
- B: Arzt mit fortgeschrittener psychoanalytischer Ausbildung (etwa 5 Jahren);
- C: Psychologin ohne therapeutische Erfahrung, etwa 3 Jahre theoretische und klinische Beschäftigung mit der Psychoanalyse.

Allerdings sind auch die Vorteile dieser Beurteilergruppe aufzuführen. Wie aus der Literatur bekannt ist, setzt die Verwendung von Skalen eine gründliche Kenntnis der zugrunde liegenden theoretischen Konzepte voraus. Da diese Beurteilergruppe sich auch theoretisch mit den oben aufgeführten Angst-, Übertragungs- und Arbeitsbeziehungs-Konzepten auseinandergesetzt hat, konnte dies als günstige Vorbedingung gewertet werden.

Ein spezielles, interessantes Problem stellte die Teilnahme des behandelnden Analytikers in der Beurteilergruppe dar. Zwar war bei der Durchführung der Rating-Prozedur selbst sichergestellt, dass jeder Teilnehmer unabhängig vom anderen seine Einstufungen vollzog, aber der Einfluss des behandelnden Analytikers auf die kognitive Konzeptbildung der anderen Teilnehmer in der Vorbereitungs- und Übungsphase der Rating-Prozedur sollte nicht unterschätzt werden.

Bei der empirischen Analyse der Einstufungen wird die besondere Rolle des behandelnden Analytikers diskutiert werden, so dass es hier genügen mag, auch auf die handlungstechnische Relevanz einer solchen Teilnahme auf wissenschaftliche Untersuchungen hinzuweisen. Man ist sich in der Literatur ziemlich einig darüber, dass möglichst eine Trennung von therapeutisch tätigen und forschend tätigen Analytikern angestrebt werden sollte. Zum Zeitpunkt der Untersuchung konnten diese Forderung schon deshalb

nicht eingelöst werden, weil noch keine klare Rollentrennung zwischen Therapeuten und Forschern in der Weise befriedigend etabliert war, dass Therapeuten sich um der Forschung willen mit Tonbandaufnahmen abmühen werden.⁸⁴ So waren und sind wir oft noch in der ungünstigen Lage, dass diejenigen, die an solcher empirischen Forschung interessiert sind, auch ihre eigenen Therapien aufzeichnen müssen.

6.4.3 Das Problem der Stichprobenbildung

Analog zu der systematischen Beschreibung des Behandlungsverlaufes (Kap. 5), erschien es angemessen, die gleiche Stichprobe zu wählen, um eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Ebenen zu ermöglichen. Aus der vorliegenden Literatur lassen sich nur vereinzelte Hinweise über das Auswahlproblem entnehmen. So geht aus dem Erfahrungsbericht von Bellak und Smith (1956) hervor, dass sie für ihre Vorhersageuntersuchungen jeweils eine ganze Behandlungsstunde als Beobachtungseinheit gewählt haben. Strupp et al. (1966) sind auf Grund ihrer eigenen Erfahrungen in dieser Hinsicht skeptisch; es erscheint ihnen unwahrscheinlich, dass das psychoanalytische Interaktionssystem von Arzt und Patient sich über einen Zeitraum von einer Stunde so gleichförmig verhält, dass eine Beurteilung es erfassen könnte. Der Vorschlag, kleinere Einheiten von ca. 10 Minuten Dauer als Beobachtungs-Unit zu wählen, erscheint dann brauchbar, wenn das Ziel der Untersuchung der Interaktionsprozess selbst und dessen Entwicklung innerhalb einer Behandlungsstunde ist. Das von der klientenzentrierten Psychotherapie praktizierte Verfahren, 4-Minuten-Segmente aus dem zweiten Drittel einer Stunde zu beurteilen, ergibt für die in der Rogerschen Therapie relevanten Variablen wie Empathie oder Wärme Einschätzungen, die für die gesamte Stunde repräsentativ sind (s. d. Tausch 1974).

Ein psychoanalytisch orientierter Untersucher kann aber aus theoretischen Gründen diese Stichprobenbildung nur schwerlich akzeptieren, da die Interaktion zwischen Analytiker und Patient als Prozess verstanden werden muss, während in der (frühen) klientenzentrierten Technik der Therapeut darauf abzielt, bestimmte Verhaltensweisen möglichst konstant über die Behandlungsstunde hinweg anzubieten.

Strupps experimentelle Untersuchung zum Vergleich der Technik von Rogers-orientierten und psychoanalytisch orientierten Therapeuten unterstreicht diese Auffassung (Strupp 1973). Die Rogers` Therapeuten zeigen eine weitaus homogenere Ausrichtung über den ganzen Stundenverlauf:

⁸⁴ Um dieses Problem konstruktiv anzugehen, haben Kächele u. Richter (2008) jüngst ein Plädoyer für die Einführung von ‚Studientherapeuten‘ als Qualitätsmerkmal in die berufspolitische Situation eingebracht.

„... Rogerians show a strong predilection for reflective responses, with a concomitant lack for responses in all other categories. Psychoanalytically oriented psychologists distribute their responses more evenly over a variety of techniques ...” (S. 171).

Wir sind der Frage aber auch empirisch nachgegangen, ob die Behandlungsstunde unbedingt als Ganzes beurteilt werden muss, ob sie also eine „natürliche Einheit“ darstellt oder ob sich kleinere Untereinheiten bestimmen lassen, die als repräsentativ für die gesamte Stunde angesehen werden können. Dies würde eine große Erleichterung für den Einstufungsprozess sein, gleichzeitig könnte auch die Gesamtstichprobe vergrößert werden und damit die Validität der Erfassungsprozedur.

In einer ersten Untersuchung stuften zwei Beurteiler die verschiedenen Aspekte der Arbeitsbeziehung in den zufällig ausgewählten Stunden 383 bis 392 ein, und zwar sowohl für die Gesamtstunden als auch getrennt für die ersten 20 Minuten, die zweiten 20 Minuten und den von Stunde zu Stunde in seiner Länge etwas variierenden Rest des Analysestunden. Dabei zeigte sich zunächst einmal, dass die Einstufungen der drei Teile jeweils einer Stunde außerordentlich stark streuten. Ein statistisches Abweichungsmaß ließ sich nicht berechnen; es kamen jedoch Unterschiede von bis zu 6 Einheiten auf der siebenstufigen Skala vor. Berechnet man jedoch die Mittelwerte aus den Einstufungen der jeweils drei Teile der Stunden und vergleicht sie mit Hilfe des Spearman'schen Rangkorrelationskoeffizienten mit den Einstufungen der Gesamtstunden, so ergeben sich keine zufriedenstellenden Übereinstimmungen (Tab. 4).

	Konflikterleben	Affekterleben	Mitarbeit	Einsicht
Rater B	.42	.12	.52	.37
Rater C	.47	.50	.38	.79

Tab. 4: Segment versus ganzer Sitzung (Spearman's rho, N = 10 Sitzungen)
Spearman's rho, kritischer Wert für das Signifikanzniveau $p = 0.05$: 0.56

Dieses Ergebnis deutet daraufhin, dass die Wahl der „scoring unit“ von großer Bedeutung für die Bestimmung der Prozessebene ist, die untersucht werden soll⁸⁵. Bei mikroskopisch feinen, linguistischen Studien, wie Pittenger et al. (1960) gezeigt haben, kann die Analyse der ersten fünf Minuten eines psychiatrischen Interviews ein ganzes Buch füllen.

⁸⁵ Ich beziehe mich hier auf eine von Dollard u. Auld (1959, S. 10-12) eingeführte Unterscheidung für inhaltsanalytische Verfahren. Die „scoring unit“ ist diejenige Einheit, die kodiert wird, die „summarizing unit“ beschreibt die Einheit, über die eine Aussage getroffen wird.

Die Verwendung kürzerer Beobachtungseinheiten bleibt also eine Entscheidung, die auf ihre Theorie-Relevanz hin erst geprüft werden muss. Die Frage „Segments versus whole sessions: Which is the better unit for psychotherapeutic process? kann nur durch die jeweilige Fragestellung entschieden werden (Mintz u. Luborsky 1971).

Da wir nicht an mikroskopischen Änderungen von Angst- oder Übertragungseinstellungen interessiert waren, sondern den „broad sweep“ einer Behandlung verfolgen wollten, entschieden wir uns für die Beibehaltung der Gesamtstunde als „scoring unit“. Als „summarizing unit“ verwendeten wir die 5 Stunden, die wir als Periode bezeichneten.

6.4.4 Die Handhabung der Skalen durch die Beurteiler

Die folgende Tabelle zeigt zunächst die Verteilung der Präsenz (0 – 3) für die Konzepte ‚Angst‘ und ‚Übertragung‘ getrennt für die Beurteiler A, B u. C (Tab. 5).

Konzept	Rater	absent	präsent			präsent 1+2+3
		0	1	2	3	
Todesangst	A	41	5	4	5	14
	B	50	2	2	1	5
	C	48	4	2	1	7
Verletzungsangst	A	16	23	11	5	39
	B	16	20	9	10	39
	C	22	20	7	6	33
Trennungsangst	A	35	8	8	4	20
	B	32	6	11	6	23
	C	23	11	13	8	32
Schuldangst	A	37	5	8	5	18
	B	35	9	8	1	20
	C	37	9	8	1	18
Beschämungsangst	A	34	4	10	7	21
	B	16	12	13	14	39
	C	22	12	11	10	33
Diffuse Angst	A	12	13	14	16	43
	B	27	11	11	6	28
	C	38	6	6	5	17
Libidinöse Übertragung	A	20	18	10	7	35
	B	12	22	12	9	43
	C	21	16	15	3	34
Aggressive Übertragung	A	11	15	14	15	44
	B	8	17	21	9	47
	C	8	24	19	4	47

Tab. 5: Merkmale Angst und Übertragung: Präsenz in den Sitzungen. N = 55 Sitzungen
blau = Medianwert

Diese Tabelle zeigt das Rating-Verhalten der drei Beurteiler. Zunächst sollte nämlich beurteilt werden, ob eine Angst- bzw. Übertragungsform überhaupt vorhanden ist; wenn ja, dann in welcher Intensität. Wir nahmen an, dass der Schritt von 0 nach 1 qualitativ gewichtiger ist, wie bei der Beurteilungsanweisung auch expliziert wurde.

Der Vergleich zwischen den Ratern über die Handhabung der Konzepte zeigt, dass die einzelnen Konzepte in unterschiedlichem Maße ausgeprägt beurteilt wurden. So fällt z. B. auf, dass alle drei Beurteiler das Konzept ‚Aggressive Übertragung‘ in 11 bzw. 8 der 55 Stunden mit absent und in 44 bzw. 47 mit präsent einstufen. Dagegen wird das Konzept ‚Diffuse Angst‘ extrem divergent beurteilt, nämlich von A in 12 zu 43, von B in 27 zu 28 und von C 38 zu 17 Stunden als absent bzw. präsent beurteilt. Übereinstimmend wird die Skala ‚Schuldangst‘ gehandhabt, von A mit 37 zu 18, von B mit 35 zu 20, von C mit 37 zu 18 als absent bzw. präsent und 20 als nicht präsent.

Relativ ähnlich wird die Verteilung der Präsenz der ‚Verletzungsangst‘ in dem Sample beurteilt. Das Konzept ‚Trennungsangst‘ wird von den Beurteiler A und B übereinstimmend gehandhabt, während das Konzept ‚Beschämungsangst‘ deutliche Variabilität zwischen den Beurteilern aufweist. Die Überprüfung der Verteilungen auf die Nullhypothese mit dem Chi-Quadrat-Test zeigt, dass hier signifikante Abweichungen zwischen den Beurteilern vorliegen.

Dieses Ergebnis muss dahingehend interpretiert werden, dass die Beurteiler eine unterschiedliche Vorstellung von dem jeweiligen Konzept haben, bzw. dass ihr „Schwellenwert“ für die Wahrnehmung der „dynamischen Relevanz“ unterschiedlich ausgeprägt ist. Da über die diagnostische Einordnung der Störung des Patienten als Angstneurose keine Zweifel bestehen, und wiederum das Trennungsthema mit dem klinischen Bild der Angstneurose auf das engste verbunden ist, müssen wir daraus den Schluss ziehen, dass der Therapeut durch die Arbeit mit dem Patienten hinsichtlich dieses Konzeptes eine sehr differenzierte Vorstellung hatte und der Beurteiler C, der über relativ wenig klinische Erfahrung verfügt, dagegen sehr viel häufiger und vermutlich auch auf mehr unspezifische Cues eingegangen ist.

Ein weiterer Schritt zur Klärung der Handhabung der Beurteilungsskalen ergibt die Darstellung der Verteilungen auf der Skala: Grad der Bewusstheit. Hierbei gehen wir jeweils von Zahlen der mit + bewerteten Intensitätsstunden aus (Tab. 6):

Konzept	Rater	n	1	2	3	4	5	6	7
Todesangst	A	14	1	3	–	–	5	4	1
	B	5	1	1	–	–	–	3	–
	C	7	4	1	1	1	–	–	–
Verletzungsangst	A	39	28	10	1	–	–	–	–
	B	39	24	5	4	2	1	–	3
	C	33	8	11	7	3	–	4	–
Trennungsangst	A	20	2	6	3	2	4	3	–
	B	23	5	1	5	3	4	1	4
	C	32	6	11	6	3	6	–	–
Schuldangst	A	18	1	5	3	2	3	3	1
	B	20	2	2	3	3	2	3	5
	C	18	1	2	3	4	4	3	1
Beschämungsangst	A	21	0	4	2	5	4	6	–
	B	39	3	3	5	1	5	8	14
	C	33	–	5	5	6	8	9	–
Diffuse Angst	A	43	–	2	2	5	9	21	4
	B	28	–	–	1	2	7	8	10
	C	17	–	–	–	1	5	6	5
Libidinöse Übertragung	A	35	4	3	6	1	15	3	3
	B	43	11	3	1	2	10	6	10
	C	34	1	5	7	3	11	7	–
Aggressive Übertragung	A	44	4	9	7	2	8	13	1
	B	47	7	4	5	3	11	11	6
	C	47	4	13	13	6	6	5	–

Tab. 6: Bewusstheitsgrad: Häufigkeiten
 Medianwert: blaues Feld : Medianwert eindeutig
 blauer Balken | : Medianwert liegt zwischen den beiden angrenzenden Werten

Diese Verteilungen, was bislang wenig in der Literatur berücksichtigt wurde, zeigen ebenfalls eine person-gebundene Variabilität, für die eine Lösung zu suchen war.

6.4.5 Die Inter-Beurteiler-Reliabilität der Einstufungen

Die Bestimmung der Inter-Beurteiler-Reliabilität der Beurteilungen komplexer Sachverhalte ist von entscheidender Bedeutung. Der Hamburger Psychosomatiker Meyer (1967) hat als Exempel für die Bedeutung der Inter-Beobachter Übereinstimmung gerne auf die paradigmatische Kontroverse zwischen dem Leiter der Sternwarte von Greenwich, Maskelyne, und seinem Assistenten hingewiesen⁸⁶.

⁸⁶ Als Hofastronom empfahl Maskelyne mit Erfolg der Regierung, Beobachtungen des Greenwich Observatoriums zum öffentlichen Eigentum zu erklären und jährlich zu publizieren. 1776-1811 erschienen bisherige Beobachtungen in vier Bänden und konnten jetzt weltweit genutzt werden. Durch Organisationstalent schaffte er die im Observatorium anfallenden Arbeiten (die Katalogisierung von rund 90.000 Notizen) mit einem einzigen Assistenten! Er beschränkte sich dazu auf Sonne, Mond, Planeten und 36 ausgewählte Fixsterne, die er bis 1790 in einem Referenzkatalog erfasste. Allerdings konnten sich beide mehrere Male nicht bzgl. des genauen Durchgang eines Sternes einigen. Information durch Wikipedia, Stichwort Maskelyne.

Umso mehr ist es in der psychotherapeutischen Forschung, wo in der Regel sehr komplexe Konzepte verhandelt werden, unerlässlich zumindest einen minimalen Konsens über den Gebrauch dieser Konzepte sicherzustellen.

Wie Wallerstein und Sampson (1971) herausstellen, ist speziell in der Psychoanalyse das „Konsensus-Problem“ (Seitz 1966) von zentraler Bedeutung, weil die psychoanalytische Beobachtung sich auf zu interpretierende Daten stützt. In der Regel findet sich eine deutliche Abhängigkeit zwischen Beobachtungsnähe und der Inter-Beurteiler-Übereinstimmung, wie dies schon Strupp et al. (1966) aufgezeigt haben.

Die statistische Überprüfung der Interbeurteiler-Übereinstimmung ergibt für die Intensität der Angst- und Übertragungsskalen folgende Kappa-Werte (Tab. 7):

Rank	Konzept	A–B	B–C	A–C	gesamt
1	Trennungsangst	.58	.40	.37	.45
2	Libidinöse Übertragung	.48	.29	.47	.41
3	Diffuse Angst	.38	.46	.22	.35
4	Schuldangst	.28	.28	.34	.30
5	Todesangst	.33	.25	.25	.28
6	Aggressive Übertragung	.43	.12	.18	.24
7	Verletzungsangst	.38	.13	-.03	.16
8	Beschämungsangst	.27	.05	.03	.12
	gesamt	.39	.25	.23	.29

Tab. 7: Reliabilität. Kappa-Koeffizienten für dichotomisierte Ratings (vorhanden/nicht vorhanden) N = 55 Sitzungen; Kappa-Koeffizienten für dichotomisierte Ratings (vgl. Tab. 1). Letzte Spalte / Zeile enthält die Mittelwerte der Koeffizienten. Zeilen sortiert nach dem mittleren Kappa: die beste Übereinstimmung gibt es für das Konzept der „Trennungsangst“, gefolgt bei der „libidinösen Übertragung“ usw. Auch Spalten sind sortiert nach dem mittleren Kappa: Demzufolge herrscht die beste Übereinstimmung zwischen den Ratern A und B.

Die statistische Überprüfung der Interbeurteiler-Übereinstimmung ergibt für den Grad der Bewusstheit der Angst- und Übertragungsskalen folgende Kappa-Werte (Tab. 8):

Rank	Konzept	A-B		A-C		B-C		gesamt rho
		n	rho	n	rho	n	rho	
–	Todesangst	4	–	2	–	4	–	
1	Aggressive Übertragung	41	.31	41	.40	39	.29	.34
2	Beschämungsangst	19	.03	24	.35	13	.48	.29
3	Diffuse Angst	27	.47	15	.47	17	-.09	.28
4	Verletzungsangst	32	-.02	25	.40	23	.34	.24
5	Trennungsangst	16	.52	19	.02	17	.11	.20
6	Libidinöse Übertragung	33	.23	30	.14	27	.04	.14
7	Schuldangst	10	.41	10	-.35	10	-.00	.02
	gesamt		.28		.20		.17	.21

Tab. 8: Reliabilität. Spearman Rang-Koeffizienten rho für Ratings des Konzeptes „bewusst“
N = 55 Sitzungen; Spearman-Koeffizienten für das Rating des Bewusstheitsgrades (vgl. Tab. 1).
Letzte Spalte / Zeile enthält die Mittelwerte der Koeffizienten. Zeilen sortiert nach dem Mittelwert der Spearman-Koeffizienten: die beste Übereinstimmung gibt es für das Konzept der „Aggressive Übertragung“. Auch Spalten sind sortiert nach dem mittleren rho: Demnächst herrscht die beste Übereinstimmung wieder zwischen den Ratern A und B.

Aufgrund dieser wenig befriedigenden Werte haben wir deshalb nochmals den Beurteilungsprozess daraufhin betrachtet, welche Abläufe im Einzelnen die Beurteilungen festlegen. Ohne Zweifel legt der Beurteiler zunächst fest, welchen Intensitätsgrad eines Konzeptes er einer Stunde zuordnen soll. Damit wird gewissermaßen die übergeordnete Klasse bestimmt, dann erst wird der Grad der Bewusstheit eines Konzeptes bestimmt. Damit gewinnt die Zuordnung des Grades der Bewusstheit den Charakter einer sekundären Unterteilung der Intensitätsklassen. Die bisher zugrunde gelegte Unabhängigkeit der Intensitäts- und Bewusstheitsskalen wird dadurch von einer Über- bzw. Unterordnung der Konzepte ersetzt.

Diese Überlegungen führten zu einer neuen Ordnung, in der die beiden Skalen-Intensität und Bewusstheit zusammengefasst werden können (Tab. 9):

Konzept	Bewusstheitsgrad	Score
0	–	0
1	1	1
1	2	2
1	3	3
1	4	4
1	5	5
1	6	6
1	7	7
2	1	8
2	2	9
2	3	10
2	4	11
2	5	12
2	6	13
2	7	14
3	1	15
3	2	16
3	3	17
3	4	18
3	5	19
3	6	20
3	7	21

Tab. 9: Bildung des zusammengefassten Scores

Für die numerische Verarbeitung wurden die so entstandenen Werte in eine Rangreihe mit den Werten 1-21 transformiert und mit diesen Rangreihen die Beurteiler-Übereinstimmung graphisch dargestellt.

Für das weitere Vorgehen wird diese Kodierung verwendet und wir werden im Folgenden nicht weiter gesondert auf die beiden Unter-Skalen ‚Intensität‘ und den ‚Grad der Bewusstheit‘ eingehen.

Für die sechs Angstformen ergeben sich in graphischer Darstellung folgende Werte (Abb. 13):

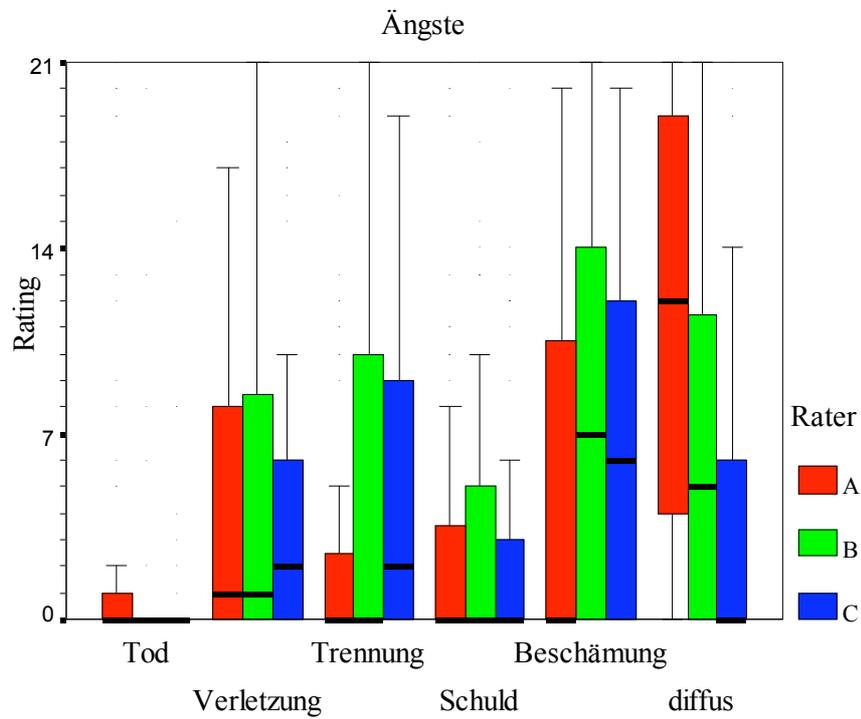


Abb. 13: Sechs Angstformen transformiert; N = 55

Für die beiden Übertragungskonzepte stellen sich die Verhältnisse folgendermaßen dar (Abb. 14):

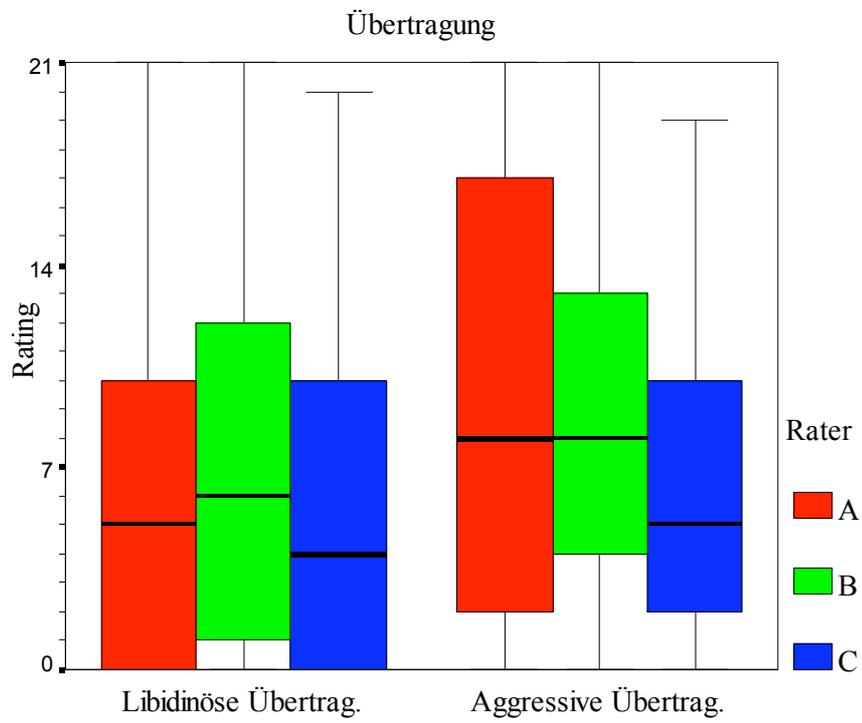


Abb. 14: Übertragung transformiert N = 55

Die Beurteilung der vier Arbeitsskalen, bei denen die Unterscheidung ‚bewusst / nicht bewusst‘ entfällt, zeigt der Gebrauch der Skalen – zumindest was den Median angeht – im Grossen und Ganzen zufriedenstellende Befunde, was sich auch in der graphischen Darstellung verdeutlichen lässt (Abb. 15).

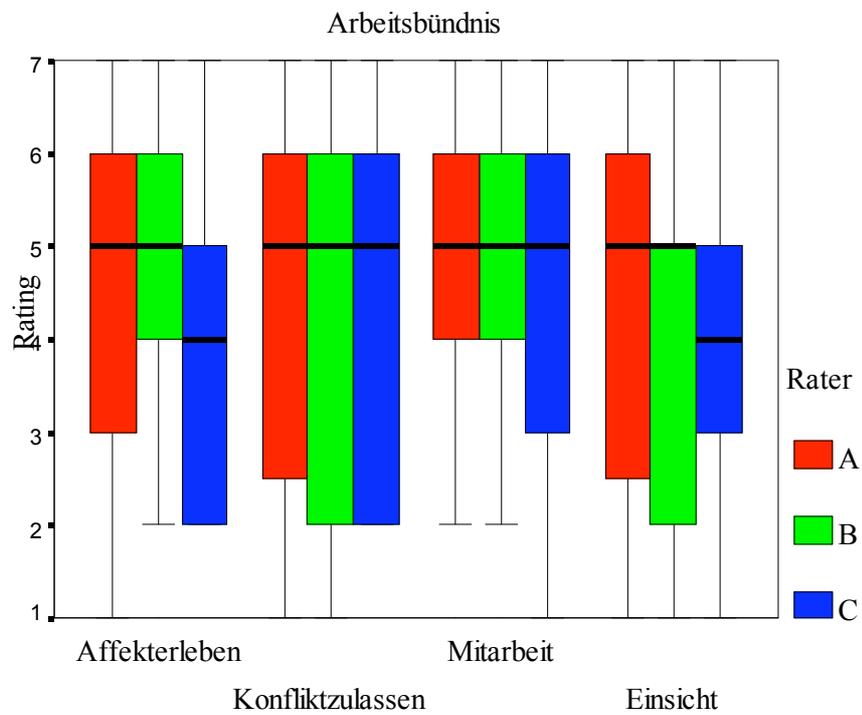


Abb. 15: Arbeitsbündnis N=55

Für die integrierten Werte ergeben sich folgende Kappa-Werte (Tab. 10):

Rank	Konzept	A–B	B–C	A–C	gesamt
1	Diffuse Angst	.58	.52	.51	.54
2	Mitarbeit	.43	.61	.51	.52
3	Trennungsangst	.57	.53	.42	.51
4	Libidinöse Übertragung	.49	.54	.35	.46
5	Aggressive Übertragung	.51	.34	.43	.42
6	Konfliktzulassen	.37	.49	.37	.41
7	Einsicht	.36	.37	.32	.35
8	Schuldangst	.34	.37	.31	.34
9	Verletzungsangst	.45	.21	.31	.32
10	Todesangst	.45	.25	.23	.31
11	Affekterleben	.24	.14	.05	.14
12	Beschämungsangst	.23	.01	.06	.09
	gesamt	.42	.36	.32	.37

Tab. 10: Reliabilität. Spearman's Rang-Koeffizienten rho für Ratings der integrierten Konzepte (Intensität + Grad der Bewusstheit) N = 55 Sitzungen

6.4.6 Die faktorielle Struktur der Beurteilungen

Bisher wurde die Übereinstimmung zwischen den drei Beurteilern hinsichtlich der einzelnen Konzepte mitgeteilt. Es ist nun denkbar, dass das Maß einer möglichen Übereinstimmung von dem vorher bestehenden theoretischen Orientierungsrahmen abhängig ist, über den die einzelnen Beurteiler bereits vor den Einstufungen verfügen (Halo-Effekt).

So ist für psychoanalytisch geschulte Beurteiler ein bestimmtes Beziehungsnetz zwischen den Variablen anzunehmen, nach denen er seinen Beurteilungsprozess strukturiert. In der Testpsychologie wird von dieser Einstellung als dem „logischen Fehler“ (Bortz u. Döring 2006, S.183ff) gesprochen, ohne dass damit geklärt ist, inwieweit sich dieser Fehler überhaupt vermeiden lässt.

Um diesem Fehler gegenzusteuern, da offenkundig die Beurteiler die verschiedenen Konzepte nicht durchgängig gleichsinnig verwendet haben, wurde die Methode der Faktorenanalyse angewendet, die als deskriptives Vorgehen die gemeinsame Varianz der Variablen auf Strukturen höherer Ordnung als die der Variablen zurückzuführen sucht:

„Bei der eigentlichen Faktorenanalyse sucht man die beobachteten Variablen auf Faktoren (Fi) zurückzuführen, die allen Variablen gemeinsam sind; daneben werden Faktoren definiert, die nur für eine einzige Variable von Bedeutung sind“ (Baumann 1974, S. 84).

Die Anwendung einer Faktorenanalyse auf das vorliegende Datenmaterial erfordert zunächst einige einschränkende Bemerkungen über den Stellenwert des Verfahrens für die Fragestellung. Einerseits sind bei der Berechnung Zeittrends zu berücksichtigen, denn die erhobenen Einstufungen bewegen sich entlang einer Zeitachse, dem Behandlungsverlauf. Um diesen Einfluss zu kontrollieren, wurden die 55 Sitzungen in einer randomisierten Reihenfolge beurteilt. Auf die mit Zeitserien verbundenen Probleme haben wir früher hingewiesen (Schaumburg et al. 1974). Außerdem waren serielle Abhängigkeiten in Rechnung zu stellen, der ein Mitarbeiter der Arbeitsgruppe ebenfalls eine spezielle Darstellung gewidmet hat (Grünzig 1988).

Sieht man von diesen Einschränkungen ab und verwendet die P-Faktorenanalyse nur als ein Mittel zur Deskription der Kovariation von Beurteilungen, so ist ihre Anwendung sehr hilfreich – eine methodologische Innovation, die Luborsky (1953) in die Psychotherapieforschung eingebracht hat⁸⁷. Eine Möglichkeit sich über das Ausmaß der in der Kovariation enthaltenen Zeittrends zu vergewissern, besteht darin, die einzelnen Variablen mit der Zeitachse (z. B. der Sitzungs-Nr.) zu korrelieren.

⁸⁷ Im deutschen Sprachraum hat besonders Czogalik dieses methodischen Ansatz weiter verfolgt (s.d. Czogalik u. Russell 1995).

Im Folgenden stelle ich die Ergebnisse einer Principal-Factor Analysis dar, bei der die 12 Variablen der drei Beurteiler einer gemeinsamen Analyse unterzogen wurden⁸⁸.

Die orthogonale Rotation der Faktormatrix führte zu verschiedenen Faktorenlösungen; auf der Grundlage des Scree-Tests (Abb. 16) wurde eine fünf-Faktorenlösung gewählt⁸⁹:

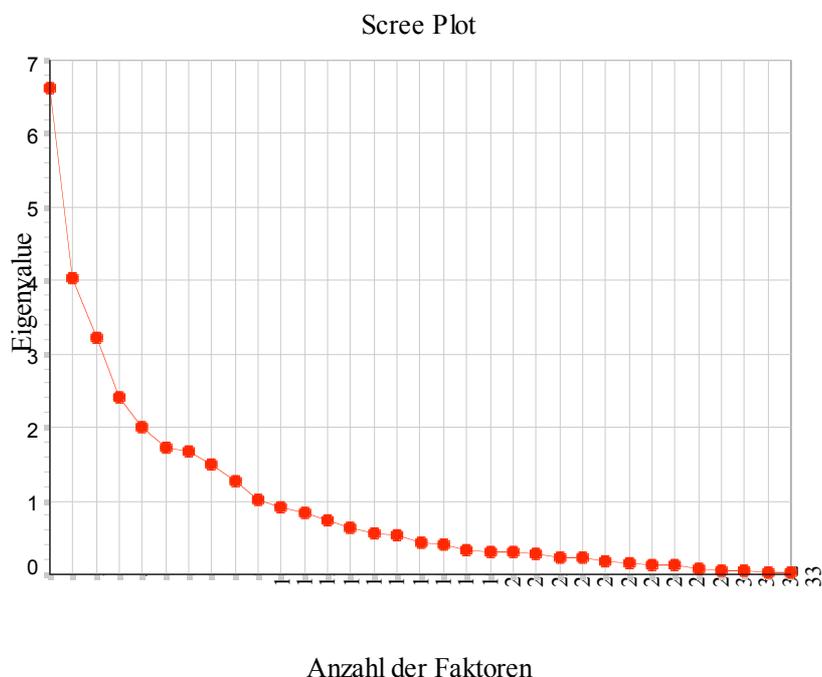


Abb. 16: Scree-Plot

Faktor	Eigenwert	erklärte Varianz	erklärte Varianz kumulativ
1	6.61	20.0	20.0
2	4.03	12.2	32.3
3	3.23	9.8	42.0
4	2.42	7.3	49.4
5	1.99	6.0	55.4
6	1.73	5.2	60.7
7	1.68	5.1	65.8
8	1.49	4.5	70.3
9	1.28	3.9	74.2
10	1.01	3.1	77.2
11	.90	2.7	80.0
12	.84	2.5	82.5
...
Gesamt	33.00	100 %	–

Tab. 11: Faktorenanalyse, Faktoren-Eigenwerte. 33 Items, N = 55 Sitzungen
Extraction Method: Principal Component Analysis.

⁸⁸ Gerechnet mit SPSS, Version 16.0

⁸⁹ Die alternativen Lösungen können beim Verfasser eingesehen werden.

Die gewählte Lösung sieht folgendermassen aus, wobei der Buchstaben vor der Variablen-Nummer jeweils die Kennung des Beurteilers bezeichnet, dessen Variable jeweils auf den Faktor lädt (Tab. 12):

Rater / Konzept	F1	F2	F3	F4	F5
A02 Trennungsangst	+ .83	+ .09	- .02	+ .09	- .06
A06 Libidinöse Übertragung	+ .73	- .21	+ .04	+ .33	+ .10
B02 Trennungsangst	+ .64	+ .16	- .26	- .10	+ .04
B06 Libidinöse Übertragung	+ .51	- .04	+ .06	- .13	+ .07
C02 Trennungsangst	+ .74	- .02	+ .02	+ .00	- .13
C06 Libidinöse Übertragung	+ .81	+ .08	- .05	+ .05	+ .18
A05 Diffuse Angst	- .06	+ .78	- .03	+ .05	- .15
A07 Aggressive Übertragung	- .02	+ .72	+ .08	- .15	+ .13
B05 Diffuse Angst	+ .17	+ .68	- .08	- .21	- .19
B07 Aggressive Übertragung	- .15	+ .63	+ .09	- .27	+ .05
C05 Diffuse Angst	- .03	+ .69	- .28	+ .01	- .27
C07 Aggressive Übertragung	+ .22	+ .39	+ .11	- .41	+ .20
A01 Verletzungsangst	- .20	+ .07	+ .32	- .14	+ .17
A03 Schuldangst	- .15	- .10	+ .71	+ .10	- .10
B01 Verletzungsangst	- .36	+ .03	+ .44	+ .28	+ .24
B03 Schuldangst	- .16	+ .18	+ .68	+ .12	+ .29
C03 Schuldangst	+ .24	+ .13	+ .52	+ .04	+ .03
A04 Beschämungsangst	- .19	- .07	- .28	+ .65	- .01
A08 Affekterleben	+ .02	+ .22	- .07	+ .81	+ .19
A09 Konfliktzulassen	+ .11	- .13	+ .17	+ .83	+ .31
A10 Mitarbeit	+ .13	- .16	+ .27	+ .76	+ .40
A11 Einsicht	+ .12	- .11	+ .23	+ .77	+ .37
B08 Affekterleben	- .14	+ .34	- .02	+ .07	+ .67
B09 Konfliktzulassen	+ .09	- .11	- .02	+ .08	+ .74
B10 Mitarbeit	- .14	- .12	+ .17	+ .13	+ .81
B11 Einsicht	- .11	+ .04	+ .07	+ .10	+ .77
C08 Affekterleben	+ .33	- .24	- .33	+ .13	+ .35
C09 Konfliktzulassen	+ .30	- .03	+ .00	+ .32	+ .59
C10 Mitarbeit	+ .25	- .15	+ .06	+ .37	+ .65
C11 Einsicht	+ .37	- .31	+ .23	+ .09	+ .51
B04 Beschämungsangst	- .38	+ .26	- .57	+ .19	+ .06
C01 Verletzungsangst	+ .00	+ .28	+ .11	+ .18	+ .16
C04 Beschämungsangst	- .07	- .34	- .12	- .16	+ .04
erklärte Varianz	12.6%	10.5%	7.6%	11.8%	13.0%

Tab. 12: Faktorenanalyse, 5-Faktoren-Lösung, Varimax-Rotation. N = 55 Sitzungen.

Diskussion der Ergebnisse der Faktorenanalyse:

Der erste Faktor vereinigt die Konzepte „libidinöse Übertragung“ und „Trennungsangst“ aller drei Beurteiler. Beide Konzepte lassen sich mit dem Namen „Prägenitale Objektbeziehung“ fassen, womit ausgedrückt werden soll, dass dieses der inhaltliche gemeinsame Aspekt ist, der sich in den beiden Variablen ausdrückt. Die Übereinstimmung zwischen allen drei Beurteilern ist eindrucksvoll.

Der zweite Faktor wird als „Aggressive Objektbeziehung“ überschrieben. Alle drei Beurteiler weisen eine positive Korrelation zwischen dem Konzept der „aggressiven Übertragung“ und dem der „diffusen Angst“ auf. Hier ist allerdings eine überraschende Beobachtung zu vermerken. Das Konzept der „diffusen Angst“ war bei der Konzeption des Untersuchungsansatzes eher als Kontrapunkt der manifesten Aggressionsthematik angesetzt worden. Die klinische Überlegung geht nämlich davon aus, dass in dem Maße, wie eine aggressive Beziehung zum Analytiker (= aggressive Übertragung) hergestellt werden kann, die Notwendigkeit, diffuse Angstanfälle zu produzieren sich mindert. Das Ergebnis der Einstufungsuntersuchung zeigt jedoch, dass mit dem Konzept „diffuse Angst“ kein zur Aggression alternatives Konzept beurteilt wurde, sondern im Gegensatz ein parallel sich entwickelndes Konzept erfasst wurde. Auf diese Eigenart werden wir bei der Verlaufsbeschreibung noch gesondert einzugehen haben.

Der dritte Faktor fasst Schuldangst und Verletzungsangst speziell der Beurteiler A und B zusammen; ihn als Kastrationsangst-Faktor zu überschreiben, dürfte passend sein.

Der vierte Faktor fasst die Einschätzung der Arbeitsbeziehung aus der Sicht des behandelnden Analytikers zusammen, der mit seiner Einschätzung der Beschämungsangst kovariert;

Der fünfte Faktor hingegen besteht aus den Skalen zur Arbeitsbeziehung der Beurteiler B und C. Damit wird eine unterschiedliche Einschätzung zwischen dem behandelnden Analytiker und den beiden externen Beurteilern aufgedeckt.

Bei der Beschreibung des Behandlungsverlaufes mit den Faktorscores gehe ich auf die unterschiedliche Konzeptualisierung des Arbeitsbündnisses dann noch ausführlicher ein.

6.4.7 Klinische Evaluierung der Faktoren anhand von Extremwertstunden

Um die klinische Validität dieser fünf Faktoren zu überprüfen, werden im Folgenden einige Behandlungsstunden betrachtet, die extreme Faktorscores aufweisen. Als extremen Faktorscores werden hierzu Werte definiert, die grösser bzw. kleiner als 1.00 sind (Tab. 13):

Rank	Sitzung	F1	Sitzung	F2	Sitzung	F3	Sitzung	F4	Sitzung	F5
1	202	3.08	202	2.42	5	2.41	105	2.60	452	1.94
2	152	2.68	352	1.87	252	2.05	403	1.47	201	1.41
3	155	1.76	201	1.83	305	1.84	155	1.44	53	1.39
4	151	1.58	404	1.67	253	1.83	251	1.38	202	1.34
5	302	1.56	401	1.50	3	1.52	154	1.37	103	1.25
6	203	1.42	504	1.47	255	1.50	404	1.29	51	1.21
7	401	1.37	351	1.47	201	1.47	454	1.15	253	1.17
8	304	1.26	354	1.34	254	1.25	255	1.12	52	1.15
9	305	1.24	254	1.18	6	1.22	151	1.04	5	1.06
10	205	1.14	405	1.11	2	1.19	102	1.00	252	1.03
...
46	454	-0.93	402	-0.96	104	-0.93	503	-1.01	504	-1.10
47	252	-0.98	152	-1.00	505	-0.94	455	-1.02	205	-1.16
48	403	-0.98	204	-1.02	102	-1.03	204	-1.13	105	-1.18
49	153	-1.00	151	-1.04	155	-1.03	304	-1.14	304	-1.23
50	251	-1.03	52	-1.11	154	-1.04	504	-1.24	401	-1.51
51	451	-1.06	355	-1.13	52	-1.08	502	-1.29	151	-1.56
52	105	-1.07	103	-1.17	452	-1.36	355	-1.39	354	-1.57
53	103	-1.09	101	-1.28	404	-1.38	505	-1.54	351	-1.76
54	455	-1.17	55	-1.48	405	-1.38	54	-2.00	6	-1.98
55	404	-1.19	6	-1.59	354	-1.77	101	-2.24	204	-2.07

Tab. 13: Sitzungen mit extrem hohen / niedrigen Faktorscores

Faktor 1

In der vierten Periode (Std. 151-155) zeigt der Faktor 1 in drei der fünf Sitzungen sehr positive Ladungswerte. Vergleicht man dies mit der systematischen Beschreibung, so zeigt sich, dass diese mit den Einschätzungen gut übereinstimmt:

Periode IV:

Der Patient hat in dieser Periode eine sehr positive Einstellung zum Analytiker: Er versucht, auf ihn einzugehen, bemüht sich mitzuarbeiten. Er fragt nach der Herkunft seiner Zärtlichkeitswünsche, möchte sie bearbeiten. Dabei wird der Analytiker ein Stückweit als wichtige reale Person gesehen. Auf der Übertragungsebene besteht eine prägenitale Übertragung, eine Mutterübertragung. Wenn die Mutter geht, ist alles Gute weg. Nur die Anwesenheit des Objektes stellt die Liebe und Gewährung sicher. In diesem Sinne ist es zu sehen, wenn der Patient auf magische Art und Weise, durch Auswendiglernen, versucht, den Analytiker zu verlebendigen, um ihn immer zur Verfügung zu haben. Der Patient ahnt das Ziel wohl schon, weiß aber noch nicht genau, wie er den Analytiker in sich aufnehmen soll. Dadurch bleibt das Objekt „Analytiker“ noch sehr äußerlich und ist extrem gefährdet. Verschmelzungsphantasien.

Faktor 2

Der typische Beginn einer Sitzung, in der Faktor 2 hoch positiv lädt, wird durch den Beginn der Sitzung 352 exemplarisch illustriert:

P.: ja mir ist äh gerade wieder ziemlich schlecht geworden weil die da eine Frau vorbeigefahren haben dahinter zu Ihrem, Kollegen und der ist doch Gesichtsverletzter das ist einfach blödsinnig wenn immer ich so was sieh, haut's mich um gleich ist es Herzklopfen Brechreiz was weiß ich was. aber ich äh, kann da einfach nicht verfolgen was, abläuft, für mich. - ich weiß nur dass äh dann, ich gleich auch äh irgendwas hab oder in der Vorstellung, jemand der mir wichtig ist oder so, ich habe einfach dann die Angst, mir passiert das auch und äh was nützt mir wenn ich weiß äh, im Moment hab ich „nix“ es bleibt einfach die Angst mir könnte das, irgendwann auch mal was passieren ich bin ja, nicht, irgendwie immun gegen was weiß ich was. ---- ich werd da einfach immer, verzweifelter wenn mir dann hm, offenbar n-; ich weiß ganz einfach „nix“. ich hab eben die Angst mir passiert was und, da hört's für mich auf. ---- na es quält mich jetzt natürlich, erst recht die Vorstellung weil ich jetzt da wissen will was los ist und, / ich weiß „nix“ und äh, es bedrängen mich dann immer irgendwelche Phantasien warum's mir irgendwie schlecht geht. --- irgendwie wehr ich mich da mit, aller Gewalt gegen das was ich da, an Krankheit oder Verletzung was weiß ich was, haben könnte. ---- aber ich weiß eben ganz einfach nicht wo ich äh Sie da unterbringen könnte oder was ich da von Ihnen will und so weiter. überhaupt was, was los ist. --

- T.: der andere soll ja dann eine, Schutzfunktion, sicherlich übernehmen und zwar, derart dass, er oder sie, durch ihre Vollkommenheit und was immer es ist, eine, Bestätigung dafür gibt dass kein, Zerfall, dass keine Beschädigung eintreten, darf und kann. ----
- P.: hm ja ja das, das wissen wir ja auch aber ich kann mich ja wohl nicht damit abfinden dass ich eben, /(äh Jetzt), was weiß ich, - so nackt und hilflos bin wie ich eben bin ganz einfach. ----- na ja und dann, wie oft erzählen einem dann die Leute wie, wie's denen schlecht geht oder, da ist jemand gestorben oder schwerkrank und prompt hat's, mich wieder erwischt. ---- (hustet) na ich will einfach nicht dass, dass das mir so nahe geht so dass es mir auch schlecht wird. - ----- ha ich weiß ganz einfach nicht wie ich äh, mit der Ohnmacht die mir nun mal in Dreiteufelsnamen so unangenehm, und unausweichlich aufgefallen ist zurechtkommen soll, denn sie spukt mir im Kopf rum und, wie soll ich damit fertigwerden mir ist's erst recht schlecht davon. -- --- das hat ja die lustige Konsequenz, dass ich mich am liebsten aus Angst vor dem Sterben umbringen möchte. --

Typisch an diesem Auftakt, der sich dann über die Sitzung hinweg fortsetzt, ist die Thematisierung von Verletzungssituationen, die dem Patient die Möglichkeit der Beschädigung, die Bedrohung der eignen Unversehrtheit zu signalisieren scheinen und auf die er mit heftigen negativen Affekten reagiert.

Faktor 1 und 2

Beide Faktoren zeigen die extremste Ausprägung in der Sitzung 202, die auch als Lehrbuchbeispiel (Thomä & Kächele 2006b, Kap. 9) dient:

„Am Ablauf des Geschehens wird folgendes deutlich: Der Patient kommt schon mit einer Unruhe von der Station und hat sich vorher von dem Stationsarzt die Versicherung geholt, dass nichts passieren könne. Dann kommt er vor das Sprechzimmer, und das Schild ist vorgezogen: „Bitte nicht eintreten“. Er erlebt diesen Moment als abruptes Verlassenwerden, auf das sich eine reaktive Wut entwickelt, die, da sie ihr Ziel nicht erreichen darf, in den Beschwerden stecken bleibt.

Entscheidend ist, dass der Analytiker das auslösende Moment „der verschlossenen Tür“ selbst einbringt und auch die befürchteten Konsequenzen für den Patienten ausmalt. Er übernimmt stellvertretend die Verbalisierung der aggressiven Phantasie und benennt das Motiv, weshalb der Patient nicht toben und schreien kann. Natürlich ist mit diesem ersten Schritt das Problem nicht gelöst, wenn es auch dem Patienten erstmals ad oculos demonstriert werden kann. Dies lässt sich am weiteren Fortgang der Stunde deutlich machen, in der ein Widerstand gegen die weitere Assimilation der vorwiegend vom Analytiker vorbereiteten Einsicht eintritt“ (Thomä u. Kächele 2006b, S. 386).

Diese Sitzung zeigt die Ko-Präsenz von Sehnsucht und Schutzlosigkeit, Trennungserfahrung mit den entsprechenden Wünschen nach Anklammerung und die Entbindung von heftiger Wut bei bestehenden diffusen Ängsten.

Faktor 3

Der Faktor 3 zeigt seine höchste positive Ausprägung in der Sitzung 5. Es geht um die körperlichen Belastungen während des sexuellen Verkehrs; eine typische Äußerung aus dieser Sitzung war die folgende:

P.: Und hinterher war's mir auch ab und zu übel, ich kann nicht sagen, ob das so eine Art Ekel war oder irgendwas aus der Reue, aus Schuldgefühl.

Den Kontext bildete die Vorgeschichte, der Verdacht auf Myokarditis, der seine körperliche Verletzlichkeit fixierte. Als der dann zwei Jahre vor Behandlungsbeginn den Entschluss gefasst hatte, seine keusche Haltung aufzugeben, habe ihm das – mit seinen eigenen Worten – einen ziemlichen Kampf gekostet, an dem er fast zerbrochen sei:

P.: Ich hatte damals zum ersten Mal diese heftigen Herzrhythmusstörungen und solche Extrasystolen, und zwar ziemlich heftige, die ich bis zum Hals herauf spürte – damals bekam ich natürlich höllische Angst davor.

Faktor 4

Die Sitzung 105 erhält den höchsten positiven Wert für die Arbeitsbeziehung aus der Sicht des Analytikers. Die Sitzung wird vom Patient mit einer anerkennenden Bemerkung eröffnet:

P.: Sie hatten gestern vollkommen Recht, als Sie sagten, ich sei ärgerlich, wenn Sie in einer Sache recht haben, ich empfinde das offensichtlich als störend.

In diesem Tenor geht es in der Sitzung weiter. Der Patient zeigt Einsichten, die dem Analytiker einleuchten und er fühlt sich in seiner Tätigkeit offensichtlich anerkannt. Ähnlich anerkennend äußert sich der Patient in der IV. Periode (Std. 151, 154 u. 155) und auch IX. Periode (Std. 403 u. 404).

Faktor 5

Als Beispiel für eine Äußerung des Patienten, die in den Augen der externen Beurteiler B und C zu einer guten Arbeitsbeziehung, d. h. dem Faktor 5, beiträgt, dürfte der Beginn der 51. Stunde gelten:

P.: Ich habe mir darüber Gedanken gemacht, warum es mir so schwer fällt, mich anzuvertrauen. Ich bin auf Folgendes gekommen. Erstmals ist es mir ja, wie Ihnen bekannt, von Anfang an schwer gefallen ... mir selbst klar zu machen, dass es für mich wichtig ist, dass ich Ihnen gefalle.

Der Patient berichtet dann seine Überlegungen, dass er zum Mädchen gemacht werden könne und dass er sich dann sich „*in einem solchen Falle ausgeliefert fühlen würde*“; in psychoanalytischer Terminologie meint dies, er könne zum Analytiker in eine passiv-feminine Position geraten. Durch diese Eröffnung des Patienten fühlt sich der Analytiker auch offensichtlich angeregt, sehr stark interpretierend auf ihn zuzugehen, wobei die Ausführlichkeit der Interpretation sicher zugleich ein anstiftendes Moment beinhaltet. Es geht dann aus dem weiteren Verlauf der Stunde hervor, dass der Patient am Tag zuvor Selbstmordabsichten gehabt hat, der Analytiker aber nicht auf der Kranken-Station, wo der Patient untergebracht ist, interveniert hat. Es geht dabei um das Thema der Beschämung, die es für den Patienten bedeuten würde, wenn der Analytiker hier eingreifen würde, weil das Ideal ‚Selbst ist der Mann‘ für ihn sehr wichtig ist.

Auf diese Deutung hin folgt nach einer langen Pause wieder eine, für die Arbeitsbeziehung sehr charakteristische Äußerungsform des Patienten:

P.: Ich habe mir auch gestern überlegt, warum ich wohl in diese Verzweiflung reingeschlittert bin ...

und der Patient formuliert dann abschließend:

P.: Sicher, ich hab die Einsicht gewonnen, dass da in meiner Vorstellung immer irgend jemand ist, der mir eins draufgeben will, wenn ich das und das tue, wie etwa meine Mutter früher zu mir gesagt hat: „Der liebe Gott sieht alles und straft dich dafür.“

Die verbindliche, warmherzige Stimmung, welche die ganze Stunde durchzieht, hat offensichtlich die Einstufung einer fruchtbaren Stunde im Sinne der Arbeitsbeziehung beigetragen.

Die 53. Stunde, die ebenfalls eine positive Ladung auf dem Faktor 5 aufweist, wird vom Patienten folgendermaßen begonnen:

P.: Heute habe ich eigentlich gar nichts zu jammern, es geht mir gut – nichts zu beklagen. Ich will versuchen, mich mit dem Thema zu befassen, das ich am letzten Freitag angeschnitten habe und das scheinbar von gewisser Penetranz ist ...

Es folgt dann vom Analytiker die Anregung über das Heimfahren und die Bedeutung des Zuhausees nachzudenken und nach dem Hinweis des Analytikers, dass der Patient über diesen Bereich der gegenseitigen Liebe und engen Bindung mit den Eltern wenig mitgeteilt hat, kommentiert der Patient: *„Das kann zweierlei heißen: entweder habe ich Angst davon zu sprechen oder es ist nicht wichtig“*. Dann wird direkt das Thema der Mitarbeit vom Analytiker insofern thematisiert als deutlich wird, dass der Patient nicht über zuhause reden will, weil er damit möglicherweise der Mutter untreu wird. Auf diese Deutung der Untreue fällt dem Patienten eine Erinnerung ein, die aus der Pubertät stammt, dass er woandershin verschlagen wird. Darauf folgt die Übertragungsdeutung, dass gut mitarbeiten, d. h. sich anstrengen usw. das gleiche wäre, wie ein ordentlicher Patient zu sein. Die Stunde ist dann weiter erfüllt von einer Aufarbeitung der Vergangenheit, es kommen auch sehr viele Erinnerungen, die ganze Beziehung zum Großvater wird erarbeitet, der Analytiker fühlt sich sehr aktiv in die damalige Situation ein und ergänzt für den Patienten vieles. Entsprechend fallen dem Patienten auch immer wieder ergänzende Erinnerungen ein, welche die Richtigkeit der Rekonstruktion bestätigen. Die Übertragungsdeutung, dass auch die Abwesenheit vom Analytiker über das Wochenende dazu führt, dass es dem Patienten sehr schlecht geht, weil es eine lange Unterbrechung ist, wird vom Patienten sehr positiv beantwortet.

In der 103. Stunde, die ebenfalls von der extern beurteilten Arbeitsbeziehung her als positiv eingestuft wurde, kann das Thema der heftigen, zupackenden Aktivität in einer erotischen Beziehung angesprochen werden. Der Zusammenhang zwischen dem Symptom der Übelkeit und dem Besitz ergreifen wollen kann sehr deutlich herausgearbeitet werden. Der Analytiker verfolgt dabei Kastrationsangstthemen, wobei die Thematik des Substanzverlustes sicher über die ödipale Seite hinaus noch mehr beinhaltet.

Gleiches gilt für die Stunde 201, die zwar mit heftigen Klagen des Patienten über einen (Angst-) Anfall beginnt, den er auf der Station erlebte, aber dann kommt schnell die damit zum Ausdruck kommende Kampfsituation zwischen Patient und Analytiker zum Ausdruck. Der Patient gibt dann auch zu dabei, dass der Analytiker Züge seines Vaters annimmt,

P.: der immer auf seiner Meinung beharrte und meine Meinung immer als Rechthaberei abqualifizierte.

Es knüpfte daran die Frage:

P.: Aber warum sehe ich das als meinen Fehler an oder was mache ich überhaupt falsch?

Den maximalen positiven Wert durch die externen Beurteiler B und C erhält die 452. Stunde. Diese zeigt, dass der Analytiker zwar sehr intensiv interpretative Anstrengungen unternimmt, der Patient aber auf seinem Nichtverstehen seiner Wut beharrt:

P.: Ich weiß nur, dass ich furchtbar wütend werde, wenn ich nicht kriege was ich will und dass mir einfach nicht gelingt, die Wut wegzulassen, so unnützlich sie ist, das weiß ich wohl.

Am Ende der Stunde lautet dann der Kommentar des Patienten trotz der vielen interpretativen Angebote:

P.: Jetzt bin ich wieder so blöde, so müde geworden. Da will ich dann auch hier nichts mehr hören und nicht mehr selber nachdenken, das passiert da, bin einfach faul.

Nachträglich betrachtet scheint die Interpretation dieser Stunde als maximal gute Arbeitsbeziehung im Sinne des Faktor 5 zumindest problematisch. Vergleicht man nun auch die Einstufung der Beurteiler B und C, deren Beurteilung für den Faktor 5 verantwortlich ist, mit der Beurteilung dieser Stunde durch den Therapeuten, so sieht man, dass der Faktor 4 auf dieser Stunde eine neutrale Ladung aufweist.

Betrachtet man übrigens die verbale Aktivität dieser Sitzung, so zeigt sich, dass der Analytiker mit 187 Zeilen weitaus mehr gesprochen hat als der Patient mit 119 Zeilen⁹⁰. Es wäre eine interessante Frage, zu klären, ob die jeweilige verbale Aktivität der beiden Dialogpartner die Beurteilung von guter oder schlechter Arbeitsbeziehung ko-determiniert⁹¹.

Solche Differenzen könnten ein gutes Ausgangspunkt für klinische Diskussion darstellen, bei denen die Binnenperspektive und die Außenperspektive fruchtbar miteinander verglichen werden könnten.

Es folgen nun einige Auszüge aus den Stunden, die eine negative Ladung auf dem Faktor 5 „Arbeitsbeziehung“ haben. In der 151. Stunde ist der Patient sehr auf das fixiert,

⁹⁰ Unsere Auswertungen haben ergeben, dass die Zeilenlänge des Verbatimprotolles mit der Zahl gesprochener Wörter sehr hoch korreliert, weshalb dieses Maß hier genannt wird.

⁹¹ Seit den Studien der Giessener Arbeitsgruppe zur automatischen Analyse des Sprechverhaltens mit der Giessener Sprachanalyseanlage ist der Zusammenhang von Kommunikationserleben und verbaler Aktivität ein Thema der Therapieforchung (Junker u. Zenz 1970; Junker et al. 1974; Brähler 1976).

was ihn noch immer einschränkt, so z. B. die Wunschvorstellung viele Mädchen zu haben. Zu den Deutungen des Analytikers sagt er dann:

P.: Da kann ich nichts mit anfangen, ich kann mir nicht helfen, aber das einzige was mir die ganze Zeit über mich während der letzten Tage bewegt hat, war eben die sattsam bekannte Tatsache, dass ich nicht in die Stadt kann, nicht arbeiten kann, kein Mädchen haben kann usw.

Die Stunde 304 wird mit dem Patienten folgendermaßen begonnen:

P.: Ich weiß natürlich nicht, ob das zur Zeit viel Sinn hat, da noch irgendwelche Dinge zu überlegen ... Wie soll ich dazu sagen, dass ich gar keinen großen Sinn und Wert darin sehe, hier die Behandlung fortzusetzen, weil, ich kann mir nicht helfen, aber mir scheint, da guckt nicht viel dabei raus.

Die lange Eingangsklage setzt sich fort und er berichtet vom Tiefschlag, den ihm der Analytiker versetzt hat, als dieser ihm offensichtlich nahe zu bringen versuchte, dass dessen Vorstellung, dass alles durch die Therapie weggenommen werden könne, gar nicht realistisch sei. Der Analytiker reagiert auf diese heftige Klage mit großer Zurückhaltung und interveniert erst ganz spät (Patient hat 111 Zeilen bereits gesprochen, als der Analytiker wieder eingreift). Die hier thematisierte Klage, dass nichts passiert ist, dass der Patient „keine Wurst gekriegt hat“, hängt mit einem organisatorischen Problem im Krankenhaus zusammen. Deswegen kann der Patient gegen den Vater klagen und der Analytiker deutet auch das in der Übertragung. Die ganze bisherige Arbeit wird entwertet, was letzten Endes auf die Deutung hinausläuft, dass alles, was der Analytiker macht, auch manchmal Scheiße ist. Und dass dieses für den Patient eine Kränkung darstellt. Wenn man die Stunde liest, dann bekommt man den Eindruck, dass sie so schlecht nicht ist, wie sie in der Einstufung weggekommen ist. Es ist sicher so, dass der lange Anfangsmolog die aggressive Stimmung des Patienten verdeutlicht; aber durch die Arbeit daran kann der Übertragungskontext deutlich heraus gearbeitet werden. Zwar hellt sich die Stimmung des Patienten nicht ganz auf, so ist er doch dem Analytiker weitgehend gefolgt. Auch hier ist die Einstufung der Arbeitsbeziehung als problematisch zu bezeichnen. Vergleichen wir die Bewertung des Analytikers dieser Stunde, so zeigt sich, dass auch dieser bei der Beurteilung eine ziemlich skeptische Bewertung gegeben hat.

Die Stunde 351 ist offensichtlich die erste Stunde nach einer Ferienunterbrechung und der Patient klagt und jammert, dass es ihm schlecht geht. Er hat unterwegs einen Unfall gesehen und er fühlt sich wieder ganz voller Ängste und ewig ist ihm übel. Und so jammert er denn über die Beeinträchtigungen durch Regen und Kälte, durch fehlende Taxis usw.. Es zeigt sich, dass der Patient zwar einige Einsichten aufgreifen kann:

P.: Und das ist eben der Punkt, wo ich mich mit der Schutzlosigkeit nicht abfinden kann, dass das bei mir die Angst macht.

Aber insgesamt bleibt er in der klagenden, jammernden Stimmung und es hat den Anschein, dass dieser Seite der Stunde die Beurteiler zu der negativen Einstufung veranlasst haben. Es fällt auch auf, dass in dieser Stunde die quantitativen Textverhältnisse so sind, dass der Patient 172 Zeilen, der Analytiker nur 64 Zeilen spricht.

Die Stunde 401 wird beherrscht von einer „hässlichen Missstimmung“ des Patienten. Er hat wieder üble Laune, quält sich mit seinen Wünschen nach Mädchen und kann sich doch kaum welche erfüllen. Der Analytiker versucht dem Patienten zu zeigen, dass er in den ersten Moment zu viel hineinpackt und deswegen die Erwartungsspannung zu groß ist. Der Patient kann aber nur wenig davon profitieren und sieht immer nur, dass er noch immer alles falsch macht, dass es ewig dasselbe ist.

6.4.8 Zur Konstruktvalidität der Angstkonzepte

Neben dem bisher ausführlich behandelten Reliabilitätsaspekt der Angst- und Übertragungsbeurteilung nimmt die Frage nach der Gültigkeit dieser Beurteilungen einen wichtigen Platz ein. Die hier anstehenden Unterscheidungen von Reliabilität und Validität wurden besonders für den Bereich der psychologischen Testtheorie entwickelt (s. d. Lienert 1969), sind aber als Konzepte für alle messenden Verfahren in den Sozialwissenschaften relevant.

Einen ersten Eindruck von der Validität der Schätz-Skalen lässt sich gewinnen, wenn wie oben beispielhaft exemplifiziert, die skalierte Beurteilung mit dem Originalstundenmaterial oder/und mit der systematischen Beschreibung verglichen wird. Stimmt die Beschreibung der interaktionellen Situation des Behandlungsgeschehens gut mit dem aus den Einstufungen zu erschließenden Befunden, so spricht das für eine gewisse inhaltliche Gültigkeit (content validity) der „guided clinical judgments“, wie Luborsky u. Crits-Christoph (1998, S. 124) diese Arbeitsweise bezeichnet haben.

Wir haben aber auch empirische Untersuchungen zur Validierungsfrage der Angstkonzepte in Angriff genommen. Dabei handelt es sich kurz skizziert um folgenden Ansatz:

Es wird angenommen, dass die theoretisch skizzierten Angstkonzepte sich anhand kurzer Äußerungen des Patienten identifizieren lassen. Die von unserer Forschergruppe (Kächele, Schaumburg und Thomä) entwickelten operationalen Definitionen der Angstkonzepte wurden im Rahmen eines Programms zur Konstruktvalidierung auf ihre intersubjektive Verbindlichkeit und Praktikabilität hin überprüft. Hierzu wurde aus den 8 Sit-

zungen, die von den 55 untersuchten Sitzungen die extremsten Ratingwerte erhalten hatten, 200 Äußerungen des Patienten ausgewählt. Dann wurden durch ein Gruppendiskussionsverfahren 40 Äußerungen als exemplarisch im Sinne der operationalen Definitionen bestimmt. Diese 40 Äußerungen wurden aus dem Kontext der Sitzungen gelöst, in eine zufällige Reihenfolge gebracht

Diese Untersuchung wurde zunächst an einer Gruppe von Ulmer Kollegen (N= 21) durchgeführt. Als Folge der ersten Ergebnisse führten wir eine Itemrevision durch und legten dann das überarbeitete Set von 40 Items in einer Gruppe von 25 auswärtigen Psychoanalytikern vor.

Diese Untersuchung ergab, dass für die vier Angstkonzepte sich zwar unterschiedliche, aber respektable prozentuale Übereinstimmungen mit unseren Festlegungen gefunden wurden (Tab. 14):

Konzept	Prozentuale Übereinstimmung
Trennungsangst	82.9
Kastrationsangst	72.9
Schuldangst	68.5
Beschämungsangst	60.4

Tab. 14: Prozentuale Übereinstimmung der auswärtigen Psychoanalytiker (N= 25) mit der Forschergruppe

Mit diesem Ansatz konnte überprüft werden, dass das Verständnis unserer Gruppe von den operationalen Definitionen der Ängste von unabhängigen Beurteilern mit unterschiedlichen theoretischen und praktischen Kenntnissen so vermittelt werden kann, – d. h. so präzise formuliert ist –, dass eine weitgehende Übereinstimmung erreicht werden kann.

Der als Konstruktvalidierung bezeichnete Forschungsprozess (Cronbach u. Meehl 1955) ist ein iterativer Vorgang Schritte. Weitere validierende Schritte zur Sicherung der konzeptuellen Dimensionen, wurden entsprechend durchgeführt (Grünzig et al. 1978; Plewa et al. 1978; Kächele et al. 1979).

6.5 Die Verlaufsbeschreibung anhand der Prozessfaktoren

6.5.1 Vorbemerkungen zur Verlaufsbeschreibung

6.5.2 Die Verläufe der 5 Faktoren über die 11 Perioden

6.5.3 Entwurf eines Phasenmodells der Behandlung

6.5.1 Vorbemerkungen zur Verlaufsbeschreibung

Nach den bisher dargestellten methodischen Vorarbeiten steht nun die Beschreibung des Behandlungsverlaufes an, wie er mit Hilfe der Einstufungen durch Rating-Skalen möglich wird. Damit ist eine Beschränkung gegeben, denn wie ohne weiteres ersichtlich ist, wird bei der Verwendung von solchen Schätz-Skalen auf viel Information verzichtet, um dafür aber weniger Information gesicherter auswerten zu können. Aus diesem Grunde ist die nun folgende Beschreibung immer auf dem Hintergrund der in Kapitel 5 dargelegten systematischen klinischen Beschreibung zu sehen.

In diesem Teil der Untersuchung kommt besonders jene Einschränkung zum Tragen, die eingangs mit der Notwendigkeit, vereinfachte Annahmen über den Prozess zu erforschen, begründet wurde.

6.5.2 Die Verläufe der 5 Faktoren über die 11 Perioden

Die in Kapitel 6.4 beschriebene faktorielle Isolierung von 5 Dimensionen, auf die sich die 3 x 12 klinischen Konzepte der drei Beurteiler abstrahieren lassen, bringt für die Verlaufsbeschreibung einen entscheidenden Gewinn.

Anstatt fragwürdige Mittelwerte der drei Wertereihen pro Konzept zu verwenden, die angesichts der numerischen nicht besonders hohen Inter-Beurteiler-Übereinstimmung auch inhaltlich problematisch sind, können nun die faktoriell gewonnenen Dimensionen verwendet werden. Dadurch ist sowohl eine Vereinfachung der Beschreibung als auch eine qualitativ-bessere Beschreibungsmöglichkeit möglich.

Allerdings bleibt bestehen, dass die Varianzaufklärung der Faktoren insgesamt recht bescheiden ist, weshalb es angemessen sein dürfte, von einer schwachen, aber robusten Beschreibung so sprechen.

Bei der Betrachtung des Verlaufs der Behandlung durch die fünf Faktoren sollte im Auge behalten werden, dass das Ziel der Untersuchung war, systematische Veränderungsprozesse zu identifizieren; wie gezeigt werden wird, trifft das nur auf zwei der fünf Faktoren (F 2 und F 3); die anderen Faktoren (F1, F4 u. F5) zeigen eher einen wellenförmigen Verlauf. Darüber hinaus ist gefragt, wie konsistent die einzelnen Faktoren innerhalb der untersuchten Perioden ausgeprägt sind. Bei der graphischen Wiedergabe des Verlaufs wurde auf die Imputation von Zwischenlinien bewusst verzichtet, da streng genommen keine Aussagen über die nicht untersuchten Zwischenräume möglich sind.

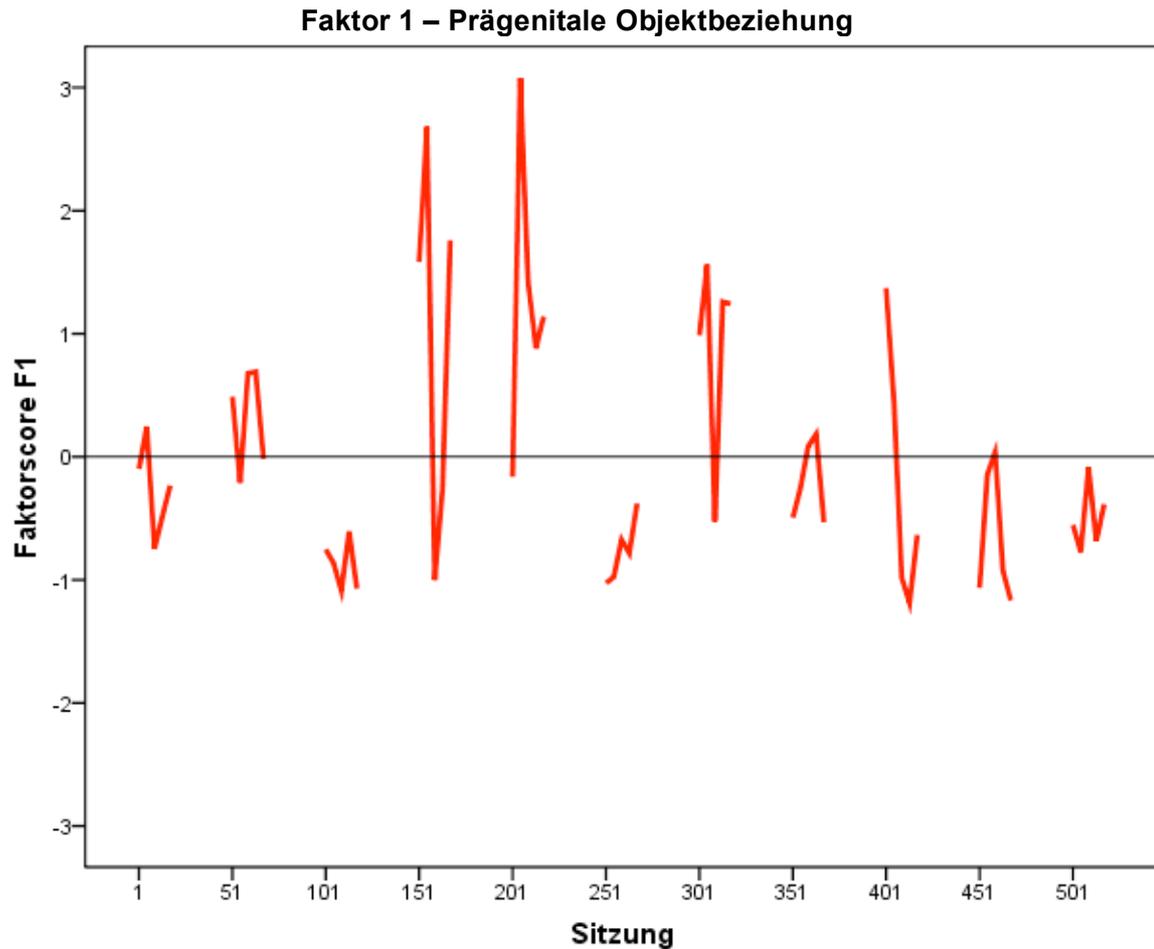


Abb. 17: Verlauf des Faktors 1

Der Verlauf des Faktors 1 zeigt eine Zuspitzung in den beiden Perioden IV (Std. 151-155) und V (Std. 201-205), um dann deutlich zurückzugehen.

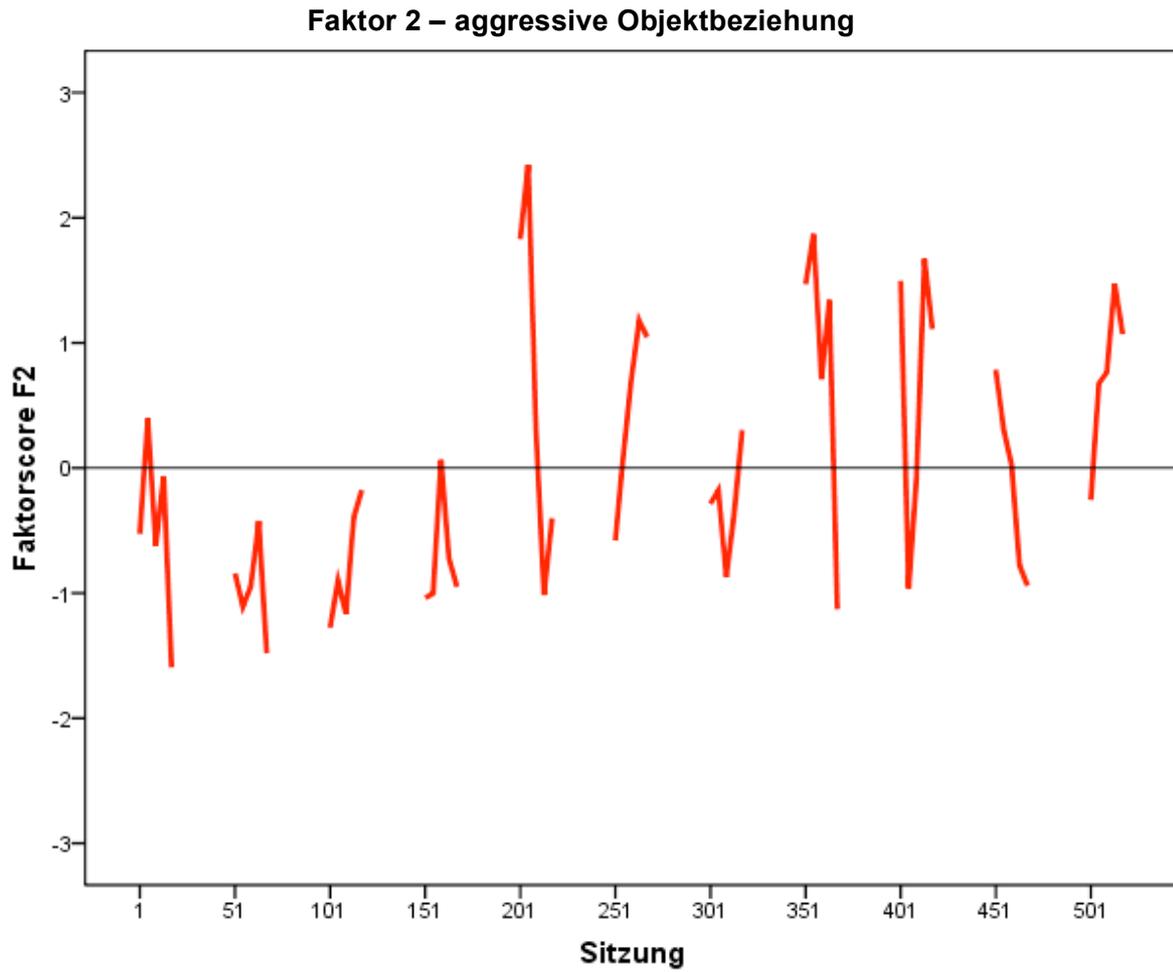


Abb. 18: Verlauf der Faktors 2

Der Faktor 2 weist einen ersten Gipfel in der Periode V auf, und bleibt im zweiten Teil des Beobachtungszeitraumes weitgehend im positiven Bereich.

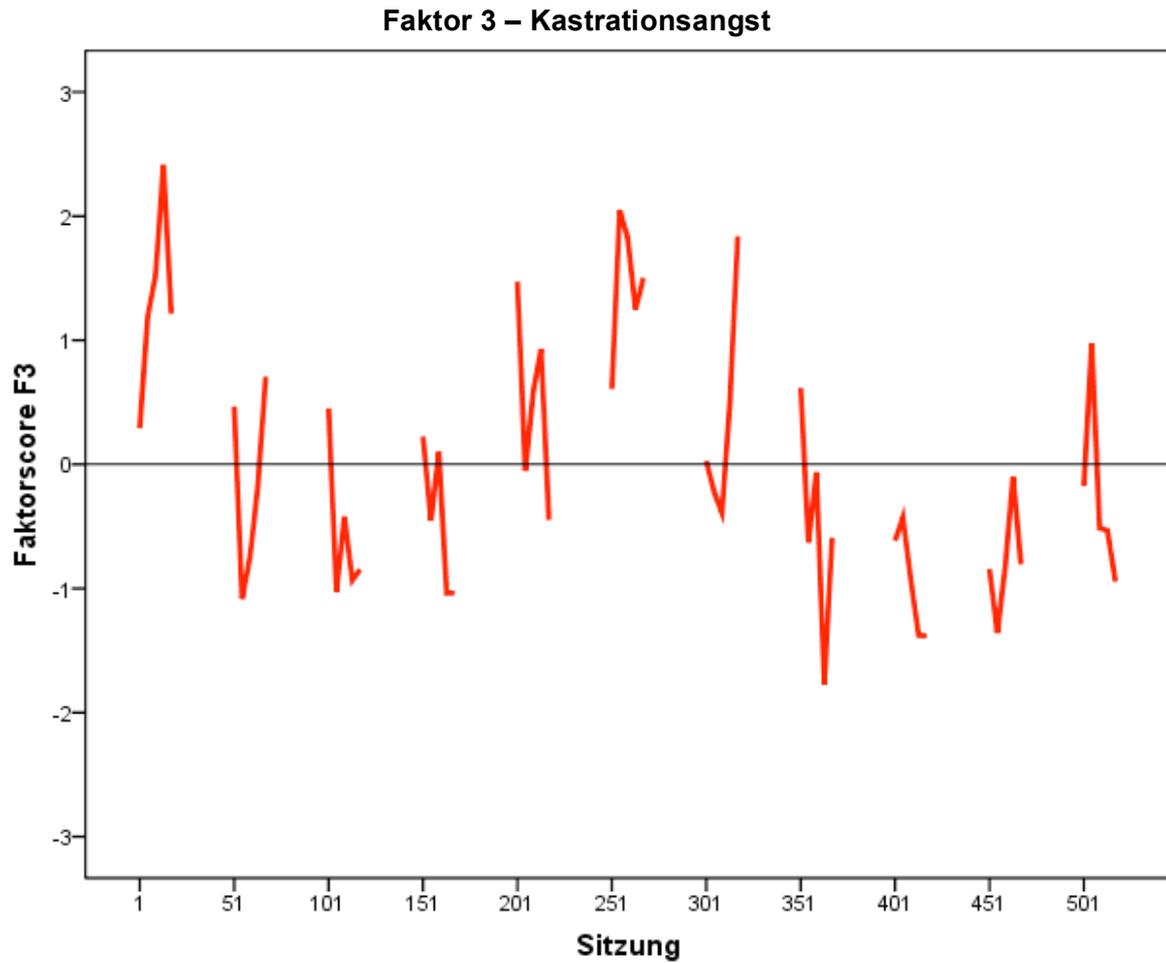


Abb. 19: Verlauf des Faktors 3

Der Faktor 3 zeigt einen wellenförmigen Verlauf; er bewegt sich zwischen ausgeprägter Verletzungsthematik am Anfang, Mitte und Ende und Abschnitten mit zwischenzeitlichem Rückgang dieser Thematik.

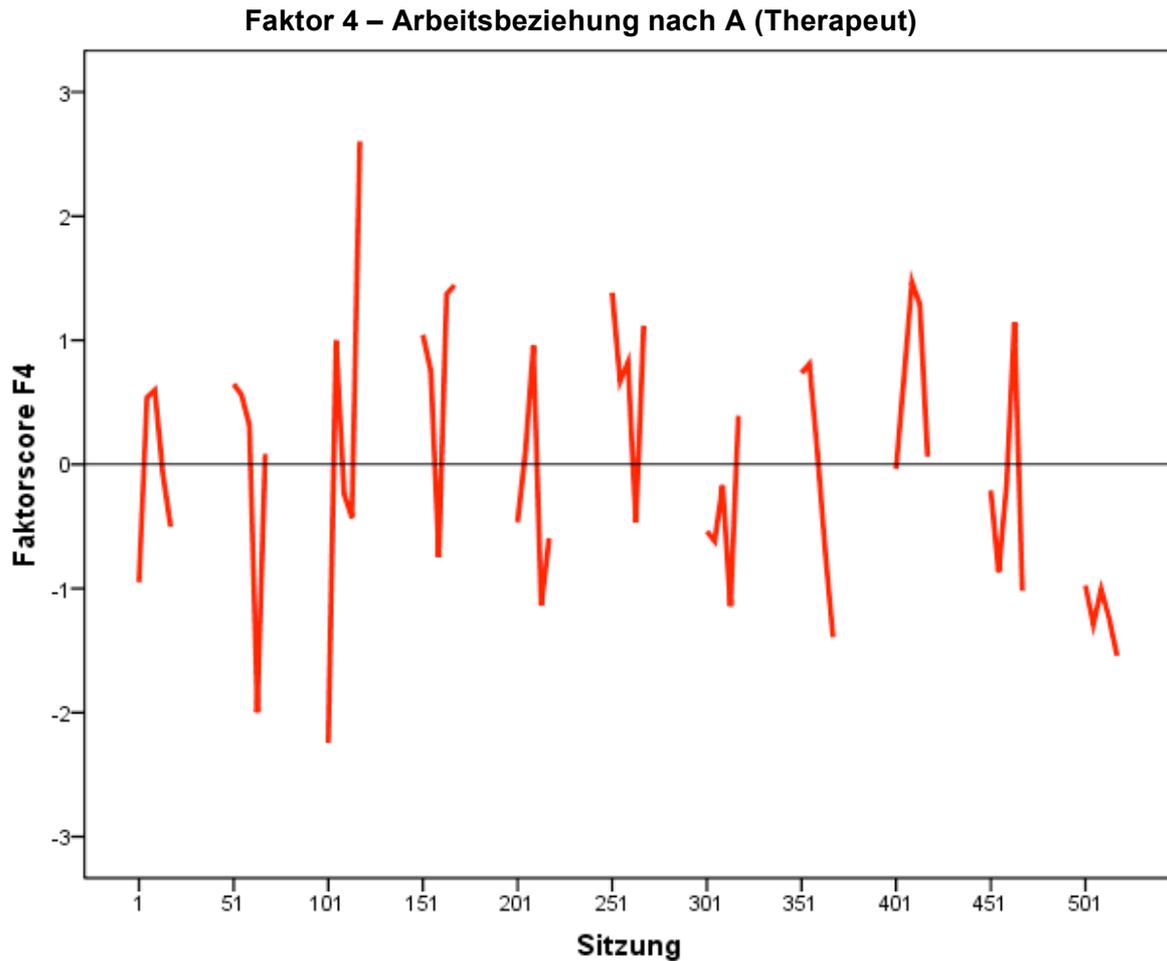


Abb. 20: Verlauf des Faktors 4

Der Faktor 4 – Arbeitsbeziehung aus der Sicht des Analytikers – zeigt viele Wechsel bei einer Tendenz zur Verschlechterung des Arbeitsbündnisses aus der Sicht des Analytikers gegen Ende dieser Stichprobe.

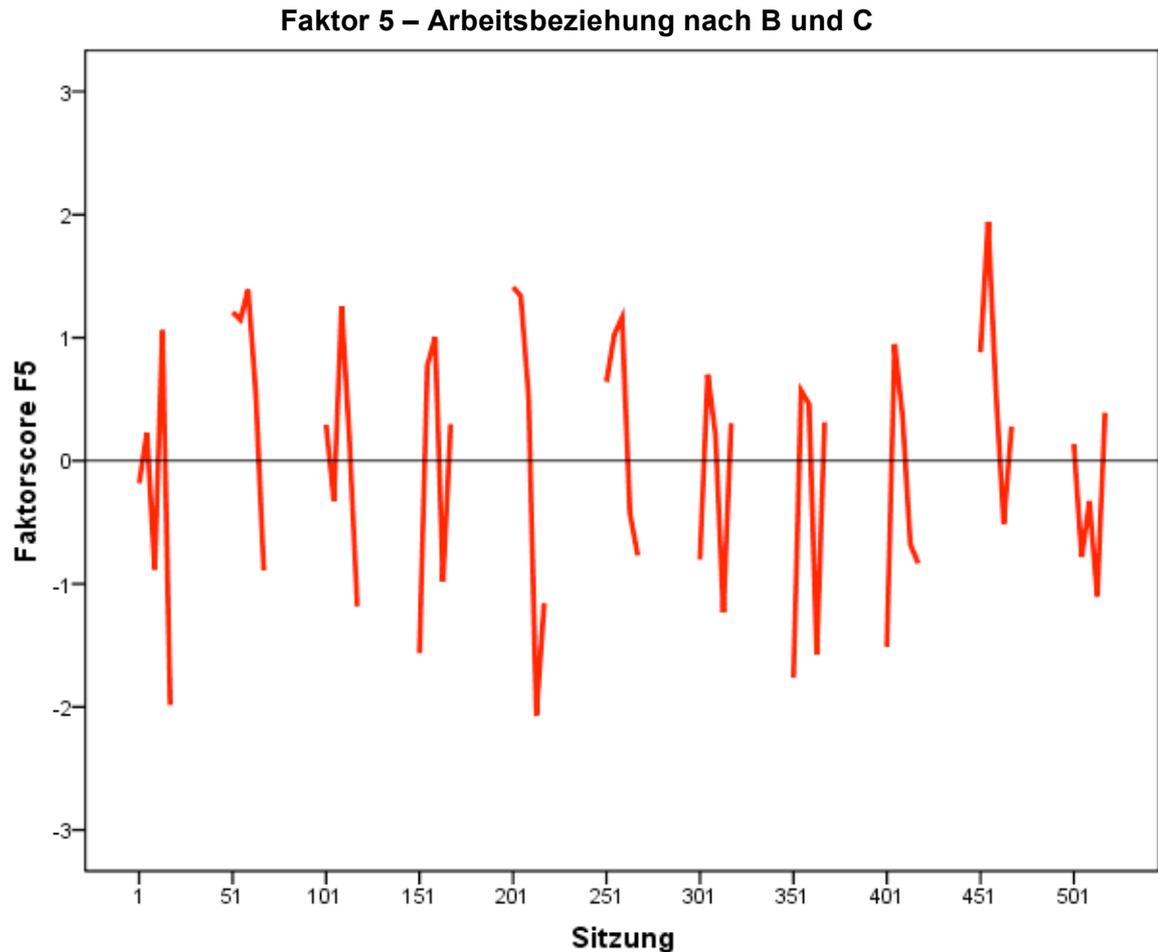


Abb. 21: Verlauf des Faktors 5

Der Faktor 5 – Arbeitsbeziehung aus der Sicht der externen Beurteiler B und C – schwankt ebenfalls, dabei besteht keine Verlaufs-gebundene erkennbare Tendenz.

Auch wenn die Beurteilung der 55 Sitzungen in randomisierter Darbietung durchgeführt wurde, war nicht auszuschließen, dass anhand des Stundenmaterials Hinweise auf die Positionierung der Sitzungen im Verlauf zu gewinnen waren. Die Überprüfung auf mit der Behandlungsdauer verbundene zeitliche lineare Trends im Verlauf wurde zunächst für die drei Beurteiler A, B und C getrennt berechnet, wobei sich unterschiedliche Effekte feststellen lassen⁹² (Tab. 15):

⁹² Das Konzept ‚Todesangst‘ wurde wegen geringer Ausprägung nicht weiter berücksichtigt.

rho	A	B	C	D
01 Verletzungsangst	-.13	-.33 *	-.08	-.25 ~
02 Trennungsangst	-.06	-.03	.02	.00
03 Schuldangst	-.37 **	.00	-.29 *	-.25 ~
04 Beschämungsangst	-.20	.37 **	-.21	.04
05 Diffuse Angst	.43 **	.29 *	.32 *	.45 ***
06 Libidinöse Übertragung	-.31 *	-.11	-.24 ~	-.26 ~
07 Aggressive Übertragung	.41 **	.26 ~	.20	.38 **
08 Affekterleben	.07	.12	-.08	.02
09 Konfliktzulassen	-.25 ~	-.10	-.21	-.23 ~
10 Mitarbeit	-.42 **	-.13	-.29 *	-.35 **
11 Einsicht	-.35 **	-.10	-.36 **	-.34 *

Tab. 15: Zeittrends der Konzepte durch die drei Beurteiler – Spearman-Korrelation mit der Zeit
 Konzepte 01-07: zusammengesetzte Scores (Range 0-21), s. Tab. 12
 Konzepte 08-11: Range 1-7
 D = Mittelwert der Ratings von A, B, C, „Zeit“ = Sitzung
 ~ $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Die nachfolgende Überprüfung der Zeittrends der fünf Faktoren belegt signifikante Verlaufseffekte für zwei der fünf Faktoren (Tab. 16):

Faktor	rho
F1 Prägenitale Objektbeziehung	-.19
F2 Aggressive Objektbeziehung	.48 ***
F3 Kastrationsangst	-.33 *
F4 Arbeitsbündnis nach A	-.20
F5 Arbeitsbündnis nach B und C	-.11

Tab. 16: Zeittrends – Spearman-Korrelation der Faktorscores mit der Zeit
 „Zeit“ = Sitzung
 ~ $p < .1$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

6.5.3 Entwurf eines Phasenmodells der Behandlung

Die bisherigen Darlegungen beruhten auf der Betrachtung der einzelnen 5-Stunden-Blöcke, wie sie die Grundlage der klinischen Einstufung war. Das hier angestrebte Ziel einer Prozessbeschreibung muss aber über diese Stufe noch hinaus vervollständigt werden, indem nämlich die jeweils für die einzelnen 5-Stunden-Blöcke ermittelten klinischen Festlegungen zur Typisierung von angenommenen Behandlungsphasen verwendet werden. Damit soll erreicht werden, dass sich Aussagen über den Behandlungsprozess ergeben, die dann auch Gültigkeit über die hier verwendeten Stunden hinaus haben sollen. Aus unserer Kenntnis des Behandlungsverlaufes haben wir hierzu folgende vier Behandlungsphasen – tentativ – angenommen:

Phase 1: Der Beginn der Behandlung (Perioden I, II, III):

Die ersten hundert Stunden werden vorwiegend von der freundlichen, gefassten Haltung des Patienten bestimmt, in der er mit viel Interesse und guter Abwehr sich in den analytischen Prozess einlässt. Die Trennungsproblematik wird in der Übertragung nur ansatzweise sichtbar, die aggressive Übertragungskonstellation ist vorwiegend unbewusst und wenig stark ausgeprägt. Schuld- und Kastrationsthemen sind wechselnd ausgeprägt.

Phase 2: Intensivierung und Bewusstwerdung der frühen positiven Objektbeziehung in der Übertragung (Perioden IV, V)

Dieser Zeitraum umfasst grob angegeben, die nächsten hundert Stunden und wird vorwiegend von der Trennungsproblematik in der Analysensituation bestimmt. Die aggressive Übertragungslinie bleibt noch sehr verhalten und zeigt sich nur in einzelnen Stunden.

Phase 3: Wechsel von prägenitaler positiver Übertragung und aggressiver Triebangstproblematik in der Übertragung (Perioden VI, VII, VIII)

In dieser dritten Phase kann das therapeutische Ziel, eine Reaktivierung der den Ängsten zugrunde liegenden aggressiven Regungen so umgesetzt werden, dass eine Durcharbeitung und Veränderung der Übertragungskonstellation sichtbar wird. Besonders der Wechsel der beiden Übertragungsformationen steht im Mittelpunkt dieser Ebene.

Phase 4: Konsolidierung der aggressiven Übertragung und Übergang in die Symbioseproblematik (Perioden IX, X XI)

Hier steht der deutliche Rückgang der freundlichen anklammernden Objektbeziehung zum Analytiker im Mittelpunkt. Stattdessen etabliert sich eine unfreundliche, lustlose Arbeitssituation, die aber von der Übertragung her nicht mehr als durchgängig aggressive Thematik angesprochen werden kann. Eine neue Thematik – klinisch als Symbiose zu kennzeichnen - scheint sich zu entwickeln.

Varianzanalytisch geprüft wurde, ob sich die vier Phasen in der Ausprägung der fünf Faktoren unterscheiden:

Faktor 1: prägenitale Objektbeziehung

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	-0.27	1.11	-0.02	-0.45
Standardabweichung	0.60	1.29	0.87	0.69

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifi- kanz
Zwischen den Gruppen	16.478	3	5.493	7.465	< .001
Innerhalb der Gruppen	37.522	51	0.719		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 2: Aggressive Objektbeziehung

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	-0.74	-0.05	0.36	0.42
Standardabweichung	0.55	1.12	0.92	0.89

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifi- kanz
Zwischen den Gruppen	12.861	3	4.287	5.315	.003
Innerhalb der Gruppen	41.139	51	0.807		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 3: Kastrationsangst

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.20	0.03	0.44	-0.66
Standardabweichung	1.07	0.82	1.10	0.60

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifi- kanz
Zwischen den Gruppen	9.946	3	3.315	3.838	.015
Innerhalb der Gruppen	44.054	51	0.864		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 4: Arbeitsbeziehung von Rater A

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.00	0.27	0.07	-0.25
Standardabweichung	1.19	0.96	0.88	0.85

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifi- kanz
Zwischen den Gruppen	1.718	3	0.573	.559	.645
Innerhalb der Gruppen	52.282	51	1.025		
Gesamt	54.000	54			

Faktor 5 Arbeitsbeziehung Rater B u. C

Phase	I, II III	IV, V	VI, VII, VIII	IX, X, XI
Stichprobe	15	10	15	15
Mittelwert	0.12	-0.04	-0.08	-0.02
Standardabweichung	1.02	1.28	0.95	0.92

ANOVA	Quadrat-Summe	Fg	Quadrat-Mittelwert	F	Signifi- kanz
Zwischen den Gruppen	0.337	3	0.112	.107	.956
Innerhalb der Gruppen	53.663	51	1.052		
Gesamt	54.000	54			

Tab. 17: Varianzanalysen der Faktorscores

Die Überprüfung zeigt, dass drei der fünf Faktoren sich den vier Phasen signifikant unterscheiden. Inhaltlich macht dies ausgesprochen Sinn. Faktor 1 „prägenitale Objektbeziehung“ kann als die Abwehrseite des Patienten aufgefasst werden und entsprechend muss Faktor 2 „Aggressive Objektbeziehung“ als Basis der symptomatischen konfliktiven Grundlage des Geschehens betrachtet werden.

Der Verlauf der beiden Faktoren F1 und F2, den beiden Übertragungsfaktoren her, bestätigt den angenommenen Verlauf. Der Faktor 1 „prägenitale Objektbeziehung“ zeigt in der ersten Phase eine schwache Ausprägung, fehlt aber nicht ganz mit einigen Schwankungen, in der zweiten Phase dominiert er deutlich, in der dritten geht er mit großen Schwankungen wieder auf den Mittelbereich zurück und wird in der vierten Phase eher negativ. Der Faktor 2 „Aggressive Objektbeziehung“ ist zunächst kaum ausgeprägt (Phase 1), schwankt in der zweiten zwischen positiven und negativen Werten deutlich und stabilisiert sich dann in der dritten und vierten Phase.

Bei dem Faktor 3 „Kastrationsangst“ ist besonders der Kontrast zwischen der dritten und der vierten Phase offenkundig, der auf ein Vorherrschen der Schuldthematik in der vierten Phase hinweist.

Der Faktor 5 „Arbeitsbeziehung“ der beiden externen Beurteiler B und C zeigt über den Verlauf keine nennenswerten Veränderungen, während die Beurteilung der Arbeitsbeziehung durch den Therapeuten (Faktor 4) in der vierten Phase eine negative Nachschwankung aufweist, was sich im Zusammenhang mit der oben angedeuteten Veränderung der Einstellung des Patienten zur Behandlung in dieser 4. Phase sehen kann.

6.6 Fazit

Mit der Identifizierung von vier Phasen der Behandlung, in denen unterschiedliche psychodynamische Konstellationen vorherrschen, kommt diese Untersuchung zu einem Ende. Das Fenster der Beobachtung wird durch die Methodik der Einstufung klinischer Konzepte im Vergleich zu den beiden anderen methodischen Zugängen – Fallstudie und systematische Beschreibung – sehr eingeeengt; der Gewinn besteht in einem Zuwachs an intersubjektiver Verlässlichkeit der Beurteilung. Allerdings sind hierbei doch Einschränkungen zu benennen: Die Aufgabe randomisiert präsentierte Verbatimtexte von psychoanalytischen Sitzungen zu lesen, stellte an die Beurteilergruppe erhebliche Anforderungen. Systematische Beurteilungsfehler waren nicht auszuschließen, wie sich beim Vergleich zwischen dem beteiligten Analytiker und die beiden unterschiedlich Vorgebildeten externen Beobachtern zeigen ließ. Der methodische Kunstgriff einer faktoranalytischen Dimensionalität mag hier manches abgeschwächt haben, aber ausmerzen lässt sich eine solche (Fehler-)Varianz wohl nicht. Klinische Konzepte, auch wenn deren Beurteilung geschult wird, aus Transkripten zu extrahieren, ist immer ein riskantes Unternehmen, so groß ist die kontextuelle Einbettung des Geschehens. Nur durch den immer möglichen Verweis auf die anderen Ebenen der Untersuchung können solche vereinfachenden Verfahren justiert werden.

Zusammenfassung

Begonnen wurde diese Arbeit mit einer Übersicht über Stadien der (psychoanalytischen) Therapieforschung. Ich habe ausgeführt, dass unter den verschiedenen methodischen Zugängen sorgfältige deskriptive Untersuchungen in Form von „research-informed case studies“ sensu Grawe im Kontext eines klinischen Fallverständnisses besonders einleuchtend sind.

Nach der orientierenden Übersicht über Forschungszugänge, von denen jeder für bestimmte Fragestellungen Vorzüge und Nachteile aufweist, wurde im zweiten Kapitel das Feld dieser Untersuchung durch einen kursorischen Rückblick auf die Geschichte der psychoanalytischen Kultur der Kasuistik (bps. Falldarstellung) näher bestimmt. Dann waren exemplarisch im dritten Kapitel einige – durchaus nicht alle – aktuelle Forschungsinstrumente zu beleuchten, wie sie die bisherige kurze Geschichte der Therapieprozessforschung hervorgebracht hat. Dieser Streifzug zeigte auch auf, wie gering der Personalbestand in diesem Forschungsfeld ist; nur wenige Psychoanalytiker haben sich aus einem eingegrenzten hermeneutischen Selbstmissverständnis – um Habermas' Verdikt eines szientistischen Selbstmissverständnisses (1968) umzukehren – befreit. So sehr die klinische Arbeit des Psychoanalytikers von hermeneutischer Kompetenz lebt (s. d. Rubovits-Seitz 1998), so sehr hat diese auch, wie Thomä u. Kächele (1973) ausführlich diskutiert haben, auch ihre Grenzen. Mein deutscher Mentor in Sachen Therapieforschung, A. E. Meyer (Hamburg), pflegte die Begrenztheit des hermeneutischen Gesichtspunktes auch schon in der klinischen Arbeit mit dem Hinweis zu kommentieren: „Der Patient ist kein Text, denn er kann antworten“. Psychoanalyse vollzieht sich vor allem in Dialogen (was neuerdings Hahndungsdialoge einschließt); diese sind glücklicherweise durch technische Hilfsmittel konservierbar, so dass die klinische Arbeit von Patient und Psychoanalytiker Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung sein kann. Die Entfaltung diskursanalytischer, konversationaler Therapieforschung, die sich besonders in der BRD schon früh entwickelt hat (Goeppert u. Goeppert 1973; Flader u. Wodak-Leodolter 1979; Flader et al. 1982; Boothe 1991; Streeck 2004), nutzt diesen Umstand. Trotzdem ist es eine zentrale Aufgabe psychoanalytischer Therapieforschung, das Band zwischen Subjektivität und Objektivität nicht unnötig zu zerschneiden, wie schon Helen Sargent, die Chefmethodologin des Menninger Psychotherapy Research Projektes ausgeführt hat (Sargent 1961). Ohne die Erkenntnismöglichkeiten der klinischen Arbeit unnötig abzuwerten

(Kächele 1990), ist es doch meine Überzeugung, dass die Evaluierung von Prozess und Ergebnis psychoanalytischer Arbeit nur im Kontext objektivierender Methodik gelingen kann. Seitdem sich mit Beginn der siebziger Jahre eine zwar kleine, doch durchaus potente Gruppe von Psychoanalytikern auf den Weg gemacht hat, evaluative Forschung nach den Standards sozialwissenschaftlicher Forschung zu etablieren, braucht psychoanalytische Therapieforschung keine spezielle Methodologie, wie Galatzer-Levy et al. (2001) meinen (s. d. meine Kritik, Kächele 2001), sondern kann auf die in der Psychotherapieforschung allgemein etablierten Verfahren zurückgreifen (Lambert 2004). Diese Position ist nicht unumstritten, was nicht verwundert. Man studiere hierzu nur die Kontroverse zwischen Fonagy als dem Vertreter der anglo-amerikanischen Position und Perron als dem Vertreter der französischen Position, der eine radikal anti-empirische Haltung einnimmt, wie sie in der 2. Auflage der Forschungsberichts „An Open Door Review of the Outcome of Psychoanalysis“ (Fonagy et al. 2002) dargestellt wurde.

Meine Untersuchung eines umfangreichen Ausschnittes aus einer psychoanalytischen Behandlung präsentiert eine Drei-Ebenen-Methodik (s. d. Kächele u. Thomä 1993); die vierte Ebene dieses Ulmer Forschungs-Modells an dem vorliegenden Fall – nämlich computer-gestützte Textanalyse – war bereits früher dargestellt worden (Kächele 1976). Die erste Ebene wird durch klinische Fallstudien realisiert. In diesem konkreten Falle war ein besonderes Problem zu lösen. Üblicherweise verfügt nur der Psychoanalytiker als Folge seiner unvermeidlichen Verwicklung in Übertragung und Gegenübertragung über jene intime Kenntnis, die von Spence (1981) als die privilegierte Kompetenz – im Unterschied zur normativen Kompetenz – bestimmt wurde. Dieses privilegierte Wissen wird in Fallstudien unter Verwendung bestimmter Aspekte des Materials verarbeitet, so dass im Regelfall eine novellenartige Erzählfolie zustande kommt, der dann persuasive Aufgaben aufgebürdet werden. Dies hatte früh schon Glover (1952) als die Achillesferse der Psychoanalyse moniert. Nur selten schwingt sich ein Psychoanalytiker zu einem Romanwerk auf, wie es z. B. die britische Analytikerin Milner (1969) in dem Bericht über eine Psychoanalyse kunstvoll zelebrierte. Da in der hier untersuchten Behandlung, – der ersten Ulmer Tonband-Psychoanalyse – der Analytiker selbst nie eine solche traditionelle Fallstudie verfasst hatte, war es eine Herausforderung, eine solche vikariierend zu komponieren. Im Gegensatz zu der fiktiven Psychoanalyse, die Kohut (1979) in dem psychoanalytischen Narrativ des Mr. Z der psychoanalytischen Welt geschenkt hat, konnte ich als jahrelanger Leser von Hunderten von Verbatimprotokollen der Behandlung von Christian Y zwar kein Märchen „von Einem, der auszog, das Fürchten zu lernen“, aber doch eine Geschichte von „Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit“ erzählen, die in besonderer

Weise den Niederschlag der Thematik in den Traumberichten des Patienten und der daran sich anschließenden gemeinsamen Arbeit im Verlauf des hier untersuchten Behandlungsabschnittes ausführt. Der Kommentierung eines mit Traumarbeit besonders erfahrenen Kollegen (H. Deserno, Sigmund-Freud-Institut Frankfurt) verdanke ich eine gewisse Bestätigung, dass diese Fallstudie die typischen generischen Merkmale einer klinischen Mitteilung aufweist.

Im nächsten methodischen Schritt galt es dann, eine methodische Innovation erneut zu illustrieren, die wir bereits bei unserem Musterfall Amalie X erprobt hatten (Kächele et al. 2006), nämlich eine systematische Beschreibung des Therapieverlaufes vorzulegen, bei der ausgewählte, klinisch relevante Gesichtspunkte im Verlauf beschrieben wurden. Mit der Methode des Gruppendiskussionsverfahrens haben drei Leser mit je unterschiedlicher klinischer Vorerfahrung teilgenommen, die sich auf eine Lesart einigen mussten. Zwei Wege der Darstellung waren denkbar; entweder die ausgewählten Behandlungsabschnitte synchron zu präsentieren, oder eine diachrone Darstellungsform zu wählen. In vorliegendem Fall habe ich die synchrone Form gewählt, d. h. über den Verlauf wurden zu jedem ausgewählten Zeitpunkt alle ausgewählten Gesichtspunkte dargestellt, wodurch sich eine Verlaufsgestalt ergibt, bei der die einzelnen Gesichtspunkte sich wechselseitig beleuchten. Der methodologisch entscheidende Gesichtspunkt, der diese systematische Beschreibung vom Verfahren einer Fallstudie unterscheidet, ist die Einführung einer systematischen Zeitstichprobe. Nicht aus klinischer Sicht selektierte Höhepunkte oder Tiefpunkte des analytischen Behandlung bestimmen die Auswahl – deren Auswahl doch nur der subjektiven, allerdings professionellen Sicht des Behandlers entstammt –, sondern die Annahme, dass in regelmäßigen Distanzen Entwicklungen beschrieben werden können, die in ihrer Gesamtheit relevante Aspekte des Prozesses abzubilden vermögen.

Methodisch nachgeordnet, aber der Durchführung der systematischen Beschreibung zeitlich vorgeordnet, folgt dann die Erfassung ausgewählter, klinisch relevanter Konzepte durch sog. „Guided Clinical Judgments“, ein Ausdruck, den der (aus meiner Sicht unbestrittene) Senior der psychoanalytischen Therapieforschung⁹³, Lester Luborsky, eingeführt hat. Um dem Ziel, eine klinisch bewährte, neurosentheoretische Annahme der klinischen Psychoanalyse zu prüfen, wurden die Konzepte „Angst“, „Übertragung“ und „Arbeitsbeziehung“ von einer Beurteilergruppe, die aus dem behandelnden Psychoanalytiker und zwei Mitgliedern der Forschergruppe bestand, eingestuft; die nachfolgende systematische Beschreibung wurde dann ohne Beteiligung des Analytikers durchgeführt. Es ließ sich zeigen, dass im Behandlungsverlauf zwei Konstellationen bestimmend waren, eine

⁹³ Eine Würdigung seiner Verdienste habe ich mit einem fiktiven Interview versucht, das von seinem Sohn, Peter Luborsky, dem inzwischen nicht mehr forschungsaktiven Vater vorgetragen, und von diesem wenigstens durch Kopfnicken bestätigt wurde (Kächele 2008b).

Abwehrkonstellation, die als „prägenitale Objektbeziehung“ gekennzeichnet wurde, und eine abgewehrte, verdrängte Triebkonstellation, die als „aggressive Objektbeziehung“ zu charakterisieren war. Es war zu vermuten, dass in dem Maße, wie die „aggressive Objektbeziehung“ sich in der Übertragung zu entfalten vermochte, eine Besserung der symptomatischen Befindlichkeit des Patienten zu erwarten war. Unter Rückgriff auf die klinische Beschreibung, insbesondere der Veränderung der äußeren Situation des Patienten, konnte dieser Zusammenhang plausibilisiert werden. Ein offenkundiger Mangel dieser Studie bzw. ein Mangel in der Datenerhebung zur Zeit der Durchführung der Behandlung in den frühen siebziger Jahren war, dass damals noch keine von der Behandlung unabhängigen Verhaltensdaten erhoben wurden, was heute zum „state of the art“ gehören dürfte (Schulte 1993; Fydrich 2008). Allerdings kann hier darauf hingewiesen werden, dass die weitere Entwicklung des Patienten diese Feststellung bestätigte (Thomä u. Kächele 2006b). Leuzinger-Bohleber (1989), die in ihrer Studie zur Entwicklung kognitiv-affektiver Prozesse anhand der Traumberichte in fünf Psychoanalysen die hier untersuchte Behandlung von Christian Y als nicht erfolgreich klassifizierte, berücksichtigte diesen Umstand nicht ausreichend.

Offenkundig wäre es ein großes Desiderat, den hier vorgelegten Studienansatz auf die nachfolgenden, viele Jahre überspannenden 700 Nach-Sitzungen anzuwenden – eine Aufgabe, die noch auf jüngere psychoanalytische Therapieforscher wartet. Zur Verfügung steht das reichhaltige Verbatim-Material (ULMER TEXTBANK), an dem auch neue Fragestellungen bearbeitet werden können. Weiterhin könnten einige der im dritten Kapitel skizzierten neueren Untersuchungsinstrumente zur gezielten Mikroanalyse (wie das PQS von Jones oder die ‚analytic process scales‘ von Waldron) der durch die systematische Beschreibung und die Rating-Untersuchung herausgearbeiteten Phasen des Verlaufes herangezogen werden. Gleiches gilt auch für die Mikroanalyse der Übertragungskonstellationen, die mit Luborskys ZBKT, den FRAMES von Dahl, oder mit dem Gill-Hoffmanschen PERT-Instrument analysiert werden könnten, um ein vertieftes Verständnis der lokalen Prozesse zu erarbeiten; allerdings ist der Arbeitsaufwand für diese Verfahren noch erheblich, sodass mit diesen Methoden in der Regel nur wenige Sitzungen analysiert werden. Alle hier durchgeführten oder nur vorgestellten Methoden können Facetten des Geschehens beleuchten, die in ihrer Gesamtheit wohl den „psychoanalytischen Prozess“ ausmachen, aber jeweils nur einzelne Prozessaspekte beleuchten können. Methoden sind wie Brillen, durch die nur jeweils einzelne Dimensionen zu erfassen sind, aber ohne solche Brillen sähe man gar nichts, oder zumindest sähe man vieles nur sehr verschwommen.

Die Aufgabe von empirischer Forschung, klinisch verdichtetes Wissen zu prüfen und neues Wissen über ein komplexes Geschehen wie eine psychoanalytische Behandlung zu generieren, sollte in dieser Untersuchung illustriert werden. Ich hoffe, dass dies teilweise gelungen ist.

Bibliographie

- Abend S (1986) Some problems in the evaluation of the psychoanalytic process. In: Richard AD, Willick MS (Hrsg.) *Psychoanalysis. The science of mental conflict*. Analytic Press, Hillsdale, NJ, S 209-228
- Abend SM (1990) The psychoanalytic process: Motives and obstacles in the search for clarification. *Psychoanal Q* 59: 532-549
- Ablon SJ, Jones EE (2005) On analytic process. *J Am Psychoanal Ass* 53: 541-568
- Adler A (1928) *Die Technik der Individualpsychologie. Band 1: Die Kunst eine Lebens- und Krankengeschichte zu lesen*. Bergmann, München
- Akthar S (2007) Diversity without fanfare: Some reflections on contemporary psychoanalytic technique. *Psychoanal Inq* 27: 690-704
- Albani C, Ablon JS, Levy RA, Mertens W, Kächele H (Hrsg.) (2008b) *Das „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen*. Ulmer Textbank Verlag, Ulm
- Albani C, Blaser G, Jacobs U, Jones E, Geyer M, Kächele H (2000) Die Methode des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychiatrie* 48: 151-171
- Albani C, Blaser G, Jones E, Thomä H, Kächele H (2001) Amalia X im Lichte des „Psychotherapie-Prozess Q-Sort“. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart, S 215-223
- Albani C, Geyer M, Pokorny D, Kächele H (2003b) Beziehungsstrukturen in der Psychotherapieforschung. Eine innerdeutsche Beziehungsgeschichte. In: Geyer M, Plöttner G, Villmann T (Hrsg.) *Psychotherapeutische Reflexionen gesellschaftlichen Wandels*. VAS, Frankfurt, S 189-240
- Albani C, Kächele H, Pokorny D (2003a) Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. *Psychotherapeut* 48: 388-402
- Albani C, Pokorny D, Blaser G, Grüninger S, König S, Marschke F, Geißler I, Körner A, Geyer M, Kächele H (2002) Re-formulation of Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) categories: The CCRT-LU category system. *Psychother Res* 12: 319-338
- Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H (2008a) *Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte. Theorie, Klinik und Forschung*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Albani C, Volkart R, Humbel J, Blaser G, Geyer M, Kächele H (2000) Die Methode der Plan-Formulierung: Eine exemplarische deutschsprachige Anwendung zur „Control Mastery Theory“ von Joseph Weiss. *Psychother Psychol Med* 50: 470-471
- Alexander F, French TM (1946) *Psychoanalytic therapy. Principles and applications*. Ronald. joun Wiley New York; reprint New York 1974
- Alexander FG (1937) *Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937*. Institute for Psychoanalysis, Chicago.
- Allport G (1942) The use of personal documents in psychological science. *Social Science Research Council Bulletin*, New York, Band 49

- Altmeyer, M, Thomä H (2006). Einführung: Psychoanalyse und Intersubjektivität. In Altmeyer M, Thomä H (Hrsg.) Die vernetzte Seele. Die intersubjektive Wende in der Psychoanalyse. Klett-Cotta, Stuttgart, S 7-31.
- Andreasen N, O'Leary D, Cizadlo T, Arndt S, Rezai K, Watkins G, Ponto L, Hichwa R (1995) Remembering the past: Two facets of episodic memory explored with positron emission tomography. *Am J Psychiatry* 152: 1576-1585
- Anthony EL (1974) Book Review: F. Dolto: Dominique. The analysis of an adolescent. New York 1971. *Psa Quarterly* 43: 681-684
- Anz T (1999) Die Seele des Kriegsschauplatz. Psychoanalytische und literarische Beschreibungen eines Kampfes. In: Anz T (Hrsg.) Psychoanalyse in der modernen Literatur. Kooperation und Konkurrenz. Würzburg, Königshausen & Neumann, S 97-108
- Arbeitskreis OPD (1996) Operationalisierte psychodynamische Diagnostik. Huber, Bern
- Arnold EG, Farber BA, Geller JD (2004) Termination, posttermination, and internalization of therapy and the therapist: Internal representation and psychotherapy outcome. In: Charman DP (Hrsg..) Core processes in brief psychodynamic psychotherapy. Erlbaum, Mahwah/NJ
- Auerbach AH, Luborsky L (1968) Accuracy of judgments of psychotherapy and the nature of the „good“ hour. In: Shlien J, Hunt H, Matarazzo J, Savage C (Hrsg.) Research in psychotherapy. American Psychological Association, Washington, DC, S 155-168
- Auerbach JS, Blatt SJ (2001) Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology* 18: 427-450
- Balint M, Ornstein PH, Balint E (1973) Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Bateman AW, Fonagy P (2004) Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation-based treatment. Oxford University Press, Oxford; dt. Psychosozial-Verlag Giessen 2008
- Bauer, J. (2005). Warum ich fühle, was Du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hoffmann und Campe, Hamburg
- Bauer S (2004) Ergebnismonitoring und Feedback: Mittel zur Optimierung stationärer Psychotherapie? Dissertation Dr. phil. Eberhard-Karls-Universität Tübingen
- Baumann U (1974) Gruppierung und Klassifikation: Statistische Problem in der klinischen Psychologie. In: Schraml WJ, Baumann U (Hrsg.) Klinische Psychologie II. Huber, Stuttgart - Bern, S 77-113
- Beck AT, Bhar SS (2009) Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 301: 931
- Beckmann, D. (1974). Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Beckmann D, Müller-Braunschweig H, Plaum FG (1974) Forschung in der Psychoanalyse. In: Schraml WJ, Baumann U (Hrsg.) Klinische Psychologie II. Huber, Stuttgart - Bern, S 168-207
- Beckmann D, Richter HE, Scheer JW (1969) Kontrolle von Psychotherapieresultaten. *Psyche - Z Psychoanal* 23: 805-823
- Beenen F, Stoker J (2001) Psychoanalytic process visualised, first version (available only in Dutch, no English publication yet): Dutch Psychoanalytic Institute (NPI), Amsterdam.

- Beermann S (1983) Linguistische Analyse psychoanalytischer Therapiedialoge unter besonderer Berücksichtigung passivischer Sprechmuster. DiplomArbeit, Universität Hamburg
- Bellak L (1961) Free association. Conceptual and clinical aspects. *Int J Psychoanal* 42: 9-20
- Bellak L, Smith MB (1956) An experimental exploration of the psychoanalytic process. *Psychoanal Q* 25: 385-414
- Berdach E, Bakan P (1967) Body position and the free recall of early memories. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 4: 101-102
- Bergin A (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg..) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 1st ed. Wiley and Sons, New York, S 217-270
- Bergin A, Garfield S (Hrsg.) (1994) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3rd ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Bernardi RE (2002) The need for true controversies in psychoanalysis. The debates on Melanie Klein and Jacques Lacan in the Rio de la Plata. *Int J Psychoanal* 83: 851-873
- Bernstein SB, Bornstein M, et al. (2008) The writing cure: The effect of clinical writing on the analyst and analysis: Prologue. *Psychoanal Inq* 28: 401-403
- Betan EJ, Heim AK, et al. (2005) Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *Am J Psychiat* 162: 890-898
- Betan EJ, Westen (2009). Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In Levy RA, Ablon J S (Hrsg.) *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy. Bridging the Gap Between Science and Practice..* Humana Press, New York, S 179-198
- Bibring E (1937) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. *Int J Psychoanal* 23: 18-42
- Block J (1961) *The Q-sort method in personality assessment and research*. Charles C. Thomas, Springfield, Ill
- Bodamer J (1953) Zur Entstehung der Psychiatrie als Wissenschaft im 19. Jahrhundert. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihre Grenzgebiete* 21: 511-535
- Boehm F (1942) Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen. *Zbl Psychother* 14: 17-24
- Boesky D (1990) The psychoanalytic process and its components. *Psychoanal Q* 59: 550-584
- Bohleber W (1982) Spätadoleszente Entwicklungsprozesse. Ihre Bedeutung für Diagnostik und psychotherapeutische Behandlung von Studenten. In: Krejci E, Bohleber W (Hrsg.) *Spätadoleszente Konflikte. Indikation und Anwendung psychoanalytischer Verfahren bei Studenten*. Verlag für Medizinische Psychologie, Göttingen, S 11-52
- Bolland J, Sandler J (1977) *Die Hampstead Methode*. Kindler, München
- Boothe B (1991) Analyse sprachlicher Inszenierungen – Ein Problem der Psychotherapieforschung. *Psychother Psychol Med* 41: 22-30
- Bordin ES (1966) Free association: An experimental analogue to the psychoanalytic situation. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 189-208
- Bortz J, Döring N (2006) *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

- Boston Process Change Study Group (BPCSG), Stern DN, Sander LW, Nahum JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, Bruschiweiller-Stern N (1998) Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal* 79: 903-1006
- Bouchard MA, Normandin L, Seguin MH (1995) Countertransference as instrument and obstacle: a comprehensive and descriptive framework. *Psychoanal Q* 64: 717-745
- Bowlby J (1961) Die Trennungsangst. *Psyche - Z Psychoanal* 15: 411-464
- Bowlby J (1969) Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. Basic Books, New York; Dt. (1975) Bindung. Kindler, München.
- Bowlby J (1973) Attachment and loss: Vol. 2: Separation. Anxiety and anger. Basic Books, New York; dt. (1976) Trennung. Angst und Zorn. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. Kindler, München.
- Bowlby J (1980) Attachment and loss: Vol. 3: Loss, sadness and depression. Basic Books, New York; dt. Verlust, Trauer und Depression. Kindler, München 1980
- Brähler E (1976) Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Giessener Sprachanalyseanlage. Dr. rer biol hum, Universität Ulm
- Brakel LA (1993) Shall drawing become part of free association? Proposal for a modification in psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Ass* 41: 359-394
- Breuer J, Freud S (1895) Studien über Hysterie. Deuticke, Leipzig Wien
- Bromley DB (1986) The case-study method in psychology and related disciplines. Wiley & Sons, New York
- Bucci W (1988) Converging evidence for emotional structures: Theory and method. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 29-49
- Bucci W (1997) Pattern of discourse in good and troubled hours. *J Am Psychoanal Ass* 45: 155-188
- Bucci W (1997) *Psychoanalysis & cognitive science*. The Guilford Press, New York
- Bucci W (2007) Four domains of experience in the therapeutic discourse. *Psychoanal Inq* 27: 617-639
- Bucci W, Miller NE (1993) Primary process: A new formulation and an analogue measure. In: Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty J (Hrsg.) *Psychodynamic Treatment Research*. Basic Books, New York, S 381-406
- Buchheim A, Kächele H, Cierpka M, Münte T, Kessler H, Wiswede D, Taubner S, Bruns G, Roth G (2008) Psychoanalyse und Neurowissenschaften: Neurobiologische Veränderungsprozesse bei psychoanalytischen Behandlungen von depressiven Patienten – Entwicklung eines Paradigmas. *Nervenheilkunde* 5: 441-445
- Calef V, Weinshel EM (1980) The analyst as the conscience of the analysis. *Int Rev Psychoanal* 7: 279-290
- Cannon WB (1920) Bodily changes in pain, hunger, fear and rage. Appleton, New York
- Cartwright R (1966) A comparison of the response to psychoanalytic and client-centered psychotherapy. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 517- 529

- Caston J (1977) Manual on how to diagnose the plan. In: Weiss J, Sampson H, Caston J, Silberschatz G (Hrsg.) Research on the psychoanalytic process – A comparison of two theories about analytic neutrality. The Psychotherapy Research Group, Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center, San Francisco, S 15-21
- Ciampi L (1986) Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der „Affektlogik“. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE, Müller C, Strömngren E (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart. Band 1. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *Am J Psychiatry* 164: 922-928
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2000) Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit. Manual zur Transference-Focused Psychotherapy (TFP). Schattauer, Stuttgart
- Colby KM (1960) Experiment on the effects of an observer's presence on the imago system during free association. *Behav Sci* 5: 216-232
- Colby KM, Stoller R (1988) Cognitive science and psychoanalysis. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Compton A (1972a) The study of the psychoanalytic theory of anxiety. *J Am Psychoanal Ass* 20: 3-44
- Compton A (1972b) The study of the psychoanalytic theory of anxiety. *J Am Psychoanal Ass* 20: 341-394
- Compton A (1990) Psychoanalytic process. *Psychoanal Q* 59: 585-598
- Cooper AM (2008) American psychoanalysis today: A plurality of orthodoxies. *J Am Psychoanal Ass* 36: 235-253
- Cooper, S., M. Bond, et al. (1998) Psychodynamic Intervention Rating Scale. unpublished. McGill University.
- Cremerius J (1969) Schweigen als Problem der psychoanalytischen Technik. *Jahrb Psychoanal* 6: 69-103
- Crits-Christoph P, Demorest A, Connolly MB (1990) Quantitative assessment of interpersonal themes over the course of psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 513-521
- Cronbach LJ, Meehl PE (1955) Construct validity in psychological tests. *Psychol Bull* 52: 281-302
- Curtis JT, Silberschatz G, Sampson H, Weiss J (1994) The plan formulation method. *Psychother Res* 4: 197-207
- Cutler R, Bordin ES, Williams J, Rigler D (1958) Psychoanalysts as expert observers of the therapy process. *J Con Psychol* 22: 335-340
- Dahl H, Teller V, Moss D, Trujillo M (1978) Countertransference examples of the syntactic expression of warded-off contents. *Psychoanal Q* 47: 339-363
- Dahlbender RW, Thomä H, Kächele H (2004) Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster. In: Klüwer R, Lachauer R (Hrsg.) Der Fokus. Perspektiven für die Zukunft. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S 96-128
- Daudert E (2002) Die Reflective Self Functioning Scale. In: Strauß B, Buchheim A, Kächele H (Hrsg.) Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse. Schattauer, Stuttgart, New York, S 54-67

- Davison GC, Lazarus AA (1994) Clinical innovation and evaluation. *Clin Psychol* 1: 157-167
- Deri S (1990) Case presentation. Pathologic use of word symbols. *Psychoanal Rev* 77: 535-554
- Deserno H (1990) Die Analyse und das Arbeitsbündnis. Verlag Internationale Psychoanalyse, München-Wien
- Deserno H (1992) Zum funktionalen Zusammenhang von Traum und Übertragung. *Psyche - Z Psychoanal* 46: 959-978
- Deserno H (1999) Der Traum im Verhältnis zu Übertragung und Erinnerung. In: Deserno H (Hrsg.) *Das Jahrhundert der Traumdeutung. Perspektiven psychoanalytischer Traumforschung*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 375-396
- Deutsch F (1949) *Applied psychoanalysis. Selective objectives of psychotherapy*. Grune & Stratton, New York
- Dewald PA (1972) *The psychoanalytic process. A case illustration*. Basic Books, New York London
- Dieckmann H (1978) *Träume als Sprache der Seele*. Bonz, Fellbach
- Dilthey W (1894) Ideen über eine beschreibende und zergliedernde Psychologie. In: Dilthey W (Hrsg.) *Gesammelte Schriften* 5. Teubner, Leipzig, S 139-240
- Dilthey W (1924) *Beiträge zum Studium der Individualität. Gesammelte Schriften* 5. Teubner Verlag, Leipzig
- Dittmann AT, Wynne LC (1961) Linguistic techniques and the analysis of emotionality in interviews. *J Abnorm Social Psychol* 63: 201-204
- Döll-Hentschker S (2008) Die Veränderung von Träumen in psychoanalytischen Behandlungen. *Affekttheorie, Affektregulierung und Traumkodierung*. Brandes & Apsel, Frankfurt a. M.
- Dollard J (1935) *Criteria for the life-history*. Yale University Press, New Haven
- Dreher S (1998) *Psychoanalytische Konzeptforschung*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Dührssen A (1953) Katamnestische Untersuchungen bei Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychother Med Psychol* 3: 167-170
- Dührssen A (1962) Katamnestische Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychoanal* 8: 94-113
- Dührssen A (1972) *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dührssen A, Jorswieck E (1962) Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychotherapeut* 10: 329-342
- Dührssen AM, Jorswieck E (1965) Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Nervenarzt* 36: 166-169
- Eagle M (1988) *Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse: Eine kritische Würdigung*. Verlag Internationale Psychoanalyse, München Wien
- Eagle M (1993) Enactments, transference, and symptomatic cure: a case history. *Psychoanal Dial* 3: 93-110
- Eckert J, Biermann-Ratjen EM, Höger D (2006) *Gesprächspsychotherapie – Lehrbuch für die Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

- Edelson M (1983) Is testing psychoanalytic hypotheses in the psychoanalytical situation really impossible? *Psychoanal Study Child* 38: 61-109
- Edwards AL, Cronbach LJ (1952) Experimental design for research in psychotherapy. *J Clin Psychol* 8: 51-59
- Eissler KR (1953) The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J Am Psychoanal Ass* 42: 875-882
- Erikson EH (1965) *Kindheit und Gesellschaft*. E. Klett, Stuttgart
- Ermann M (1992) Die sogenannte Realbeziehung. *Forum Psychoanal* 8: 281-294
- Ermann M (2008) *Erinnern, Gedächtnis, Psychoanalyse. Prozedurale und deklarative Modi des Erlebens*. *Psychotherapeut* 53: 380-386.
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Con Psychol* 16: 319-324
- Fäh M, Fischer G (Hrsg.) (1998) *Sinn und Unsinn der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Faller H, Frommer J (Hrsg.) (1994) *Qualitative Psychotherapieforschung*. Asanger, Heidelberg
- Fara G, Cundo P (1983) *Psychoanalyse, ein bürgerlicher Roman*. Stroemfeld, Roter Stern, Frankfurt a. M.
- Farrell BA (1981) *The standing of psychoanalysis*. Oxford University Press, Oxford
- Fenichel O (1945) *The psychoanalytic theory of neurosis*. Norton, New York; dt. (1977) *Psychoanalytische Neurosenlehre, Bd 3*. Walter, Olten Freiburg
- Ferenczi S (1913) *Wem erzählt man seine Träume? Erfahrungen und Beispiele aus der psychoanalytischen Praxis*. In: Ferenczi S (Hrsg.) *Bausteine zur Psychoanalyse, Bd III*. Int Psychoanal Verlag, Leipzig Wien Zürich 1938; Nachdruck Huber, Bern 1964, S 47
- Ferenczi S (1927) *Bausteine der Psychoanalyse, Band 2*. Nachdruck Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1964
- Fertuck EA, Target M, Mergenthaler E (2004a) The development of a computerized linguistic analysis instrument of the Reflective Functioning Measure. *J Am Psychoanal Ass* 52: 473-476
- Fertuck EA, Target M, Mergenthaler E, Clarkin JF (2004b) Initial validity of a computerized text analysis measure of reflective function. *J Am Psychoanal Ass* 52: 1215-1217
- Fischer C (1979) *Der Traum in der Psychotherapie. Ein Vergleich Freud'scher und Jung'scher Patiententräume*. Minerva Publikation Saur GmbH, München
- Fischer C, Kächele H (1980/2009) Comparative analysis of patients' dreams in Freudian and Jungian treatment. *Int J Psychother*, in press
- Fischer G (1989) *Dialektik der Veränderung in Psychoanalyse und Psychotherapie*. Asanger, Heidelberg
- Fischer-Kern M, Tmej A, et al. (2008). Mentalisierungsfähigkeit bei depressiven Patientinnen: Eine Pilotstudie. *Z psychosom Med Psychother* 54: 368-380.
- Fishmann D (1999) *The case for a pragmatic psychology*. New York University Press, New York

- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg.) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg.) (1979) Therapeutische Kommunikation. Scriptor, Königstein
- Fonagy P (1999) The process of change and the change of process: What can change in a „good” analysis. Paper presented at the spring meeting of Division 39 (Psychoanalysis) of the American Psychological Association, New York, N. Y.
- Fonagy P (2004) Miss A. *Int J Psychoanal* 85: 807-814
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M (2004) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fonagy P, Kächele H, Krause R, Jones E, Perron E, Lopez D (Hrsg.) (2002) On open door review of the outcome of psychoanalysis. 2nd ed. International Psychoanalytic Association, London
- Fonagy P, Target M (2007) The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *J Am Psychoanal Ass* 55: 411-456
- Förstl H, Hautzinger M, Roth A (Hrsg.) (2006) Neurobiologie psychischer Störungen. Springer, Berlin
- Free NK, Winget CN, Whitman RM (1993) Separation anxiety in panic disorder. *Am J Psychiatry* 150: 595-599
- Freedman N, Lasky R, Hurvich M (2003) Two pathways towards knowing psychoanalytic process. In: Leuzinger-Bohleber M, Dreher AU, Canestri J (Hrsg.) *Pluralism and unity? Methods of research in psychoanalysis*. International Psychoanalytical Association, London, S 207-221
- Freeman M (2007) Psychoanalysis, narrative psychology, and the meaning of „science”. *Psychoanal Inq* 27: 583-601
- French TM (1954) *The integration of behavior*. Vol. II: The integrative process in dreams. University of Chicago Press, Chicago
- Freud A (1936) *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Freud A (1977) Vorwort. In: Bolland J, Sandler J (Hrsg.) *Die Hampstead Methode*. Kindler Verlag., München, S 11-12
- Freud S (1893) Charcot. *GW Bd I*, S 21-35,
- Freud S (1895a {1950}) Entwurf einer Psychologie. In: Richards A (Hrsg.) *GW. Nachtragsband*. S. Fischer Verlag, Frankfurt, S 375-486
- Freud S (1895b) Über die Berechtigung von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomenkomplex als Angstneurose abzutrennen. *GW Bd I*, S 313-342,
- Freud S (1895d) Studien zur Hysterie. *GW Bd I*, S 75-312
- Freud S (1909b) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knabens. *GW Bd VII*, S 379-463
- Freud S (1909d) Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. *GW Bd 7*, S 381-463
- Freud S (1911) Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia. *GW Bd VIII*, S 239-320
- Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. *GW Bd VIII*, S 363-374

- Freud S (1913c) Zur Einleitung der Behandlung. GW Bd VIII, S 453-478,
- Freud S (1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XI
- Freud S (1918b) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose. GW Bd XII, S 27-157
- Freud S (1923a) „Psychoanalyse“ und „Libidotheorie“. GW Bd XIII, S 209-233,
- Freud S (1923c) Bemerkungen zur Theorie und Praxis der Traumdeutung. GW Bd XIII, S 299-314,
- Freud S (1926d) Hemmung, Symptom und Angst. GW Bd XIV, S 111-205
- Freud S (1926e) Die Frage der Laienanalyse. GW Bd XIV, S 207-296
- Freud S (1933a) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XV
- Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd XVI, S 57-99,
- Freud S (1937d) Konstruktionen in der Analyse. GW Bd XVI, S 41-56
- Freud S (1940a) Abriss der Psychoanalyse. GW Bd. XVII, S 63-147
- Freud S (1955a) Original record of the case of obsessional neurosis (the 'Rat Man'). SE 10: 259-318; Originalnotizen zu einem Fall von Zwangsneurose {Rattenmann (1909d)}. GW Nachtrag S. 509-569
- Frommer J, Langenbach M (1998) Fallstudien in der Psychotherapie. In: Jüttemann G, Thomae H (Hrsg.) Biographische Methoden in den Humanwissenschaften. Beltz, Weinheim, S 383-401
- Frommer J, Langenbach M (2001) The psychoanalytic case study as a source of epistemic knowledge. In: Frommer J, Rennie DL (Hrsg.) Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology. Pabst, Lengerich, S 50-68
- Frommer J, Rennie DL (Hrsg.) (2001) Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology. Pabst, Lengerich
- Fürstenau P (2004) Jenseits der Empathie beginnt die Mystifikation. Forum Psychoanal 20: 240-243
- Fydrich T (2008) Wie lässt sich die Wirksamkeit verhaltenstherapeutischer Langzeitbehandlungen wissenschaftlich erfassen. PTT Persönlichkeitsstörungen 12: 38-45
- Galatzer-Levi RM, Bachrach H, Skolnikoff A, Waldron W (2001) Does psychoanalysis work? Yale University Press, New Haven
- Gallese V (2001) The „shared manifold“ hypothesis: From mirror neurons to empathy. J Consciousness Studies 8: 33-50.
- Gallas C, Kächele H, Kraft S, Kordy H, Puschner B (2008) Inanspruchnahme, Verlauf und Ergebnis ambulanter Psychotherapie: Befunde der TRANS-OP Studie und deren Implikationen für die Richtlinienpsychotherapie. Psychotherapeut 53: 414-423
- Garduk EL, Haggard EA (Hrsg.) (1972) Immediate effects on patients of psychoanalytic interpretations: Monograph 28. International Universities Press, New York
- Garfield SL, Bergin AE (Hrsg.) (1978) Handbook of psychotherapy and behavior change. An empirical analysis, 2nd ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Gerber AJ, Fonagy P, Target M, Bateman A, Higgitt A (2004) Structural and symptomatic change in psychoanalysis and psychodynamic psychotherapy of young adults: A quantitative study of treatment process and outcome. unveröffentlichtes Ms

- Giampieri-Deutsch P (Hrsg.) (2002) Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Band 1 Europäische Perspektiven. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Giampieri-Deutsch P (Hrsg.) (2004) Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Band 2 Anglo-amerikanische Perspektiven. Kohlhammer Verlag, Stuttgart
- Giampieri-Deutsch P (Hrsg.) (2005) Psychoanalysis as an empirical interdisciplinary science: collected papers on contemporary research {3rd International Symposium Psychoanalysis as Empirical, Interdisciplinary Science}. Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien
- Gill MM (1954) Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J Am Psychoanal Ass* 2: 771-797
- Gill MM (1984) Psychoanalysis and psychotherapy: A revision. *Int Review Psychoanal* 11: 161-179
- Gill MM (1991) Indirect suggestion: A response to Oremland's Interpretation and Interaction. In: Oremland JD (Hrsg.) *Interpretation and Interaction. Psychoanalysis or Psychotherapy*. The Analytic Press, Hillsdale, NJ, S 137-163
- Gill MM (1996) *Die Übertragungsanalyse*. Fischer, Frankfurt am Main
- Gill MM, Hoffman IZ (1982) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J Am Psychoanal Ass* 30: 137-167
- Gill MM, Simon J, Fink G, Endicott NA, Paul IH (1968) Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. *J Am Psychoanal Ass* 16: 230-244
- Glover E (1952) Forschungsmethoden in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psychoanal* 6: 481-493
- Glover E (1952) Research methods in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 33: 403-409
- Glover E (1955) Common technical practices: A research questionnaire. In: Glover E (Hrsg.) *The technique of psychoanalysis*. Baillière Tindall & Cox, London, S 259-350
- Glover E (1955) *The technique of psychoanalysis*. International Universities Press, London
- Goeppert S, Goeppert HC (1973) *Sprache und Psychoanalyse*. Rowohlt, Reinbek
- Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) (1966) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton Century Crofts, New York
- Gottschalk LA, Gleser GC (1969) The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behaviour. California University Press, Berkeley
- Graff H, Luborsky L (1977) Long-term trends in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. *J Am Psychoanal Ass* 25: 471-490
- Grande T, Rudolf G, Oberbracht C (1997) Die Praxisstudie Analytische Langzeittherapie. Ein Projekt zur prospektiven Untersuchung struktureller Veränderungen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg.) *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamnesenforschung*. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 415-431
- Grawe K (1988b) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Z Klin Psychol* 17: 4-5
- Grawe K, Donati R, Bernauer F (1994) *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen

- Greenacre P (1968) The psychoanalytic process, transference and acting-out. *Int J Psychoanal* 49: 211-218
- Greenberg L, Safran J (1987) *Emotion in psychotherapy. Affect, cognition, and the process of change.* The Guilford Press, New York, London
- Greenson RR (1967) *The technique and practice of psychoanalysis.* International Universities Press, New York; Dt.: (1973) *Technik und Praxis der Psychoanalyse, Bd 1.* Klett, Stuttgart
- Grenyer BFS, Luborsky L (1996) Dynamic change in psychotherapy. Mastery of interpersonal conflicts. *J Con Clin Psychol* 64: 411-416
- Grünzig HJ (1988) Time-series analysis of psychoanalytic treatment processes: Sampling problems and first findings in a single case. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic process research strategies.* Springer, Berlin, S 213-226
- Grünzig HJ, Kächele H, Thomä H (1978) Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Med Psychol* 4: 138-152
- Habermas J (1968) *Erkenntnis und Interesse.* Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Hamilton V (1996) *The analyst's preconscious.* Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Hartmann H (1955) Notes on the theory of sublimation. *Psychoanal Study Child* 10: 9-29; dt. (1972) Bemerkungen zur Theorie der Sublimierung. In: Hartmann H (Hrsg.) *Ich-Psychologie. Studien zur psychoanalytischen Theorie.* Klett, Stuttgart, S 212-235
- Haubl R, Mertens W (1996) *Der Psychoanalytiker als Detektiv. Eine Einführung in die psychoanalytische Erkenntnistheorie.* Kohlhammer, Stuttgart
- Heigl F, Triebel A (1977) *Lernvorgänge in psychoanalytischer Therapie. Die Technik der Bestätigung. Eine empirische Untersuchung.* Huber, Bern Stuttgart
- Heimann P (1969) Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Psychoanalytikers. *Psyche - Z Psychoanal* 23: 2-24
- Hempel CG (1952) Problems of concept and theory formation in the social sciences. In: American Philosophical Association – Eastern Division (Hrsg.) *Science, language, and human rights: papers for the symposia held at the annual meeting, at the College of the City of New York, December 29-31, 1952.* University of Pennsylvania Press, Philadelphia, S 65-86; dt. (1972) Typologische Methoden in den Sozialwissenschaften. In: Topitsch E (Hrsg.) *Logik der Sozialwissenschaften.* Kiepenheuer & Witsch, Köln, S 1985-1103
- Henseler H (1974) *Narzißtische Krisen – Zur Psychodynamik des Selbstmords.* Rowohlt, Reinbek
- Hentschel U, Smith G, Ehlers W, Draguns J (Hrsg.) (2004) *Defense mechanisms, Theoretical, research and clinical perspectives.* Elsevier, Amsterdam
- Herold G (1995) *Übertragung und Widerstand.* Ulmer Textbank, Ulm
- Hoffman I, Gill MM (1988) A scheme for coding the patient's experience of the relationship with the therapist (PERT): Some applications, extensions, and comparisons. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic Process Research Strategies.* Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 67-98
- Hoffmann SO (1987) Buchbesprechung von *Panic and Phobias.* Hand I, Wittchen HU (Hrsg.). Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo. *Nervenarzt* 58: 528
- Hoffmann SO (2001) Können klassische Psychoanalysen auch ineffektiv, unökonomisch oder gar schädlich sein? In: Bohleber W, Drews S (Hrsg.) *Die Gegenwart der Psychoanalyse und die Psychoanalyse der Gegenwart.* Klett-Cotta, Stuttgart, S 598-605

- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 53: 4-16
- Hohage R (1986) Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht. *Habilitationsschrift Medizinische Fakultät, Universität Ulm*; <http://sip.medizin.uni-ulm.de>
- Hohage R, Kächele H (2006). Emotionale Erfahrung und Übertragung. In H. Thomä und H. Kächele (Hrsg.) *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 198-205.
- Hölzer M, Heckmann H, Robben H, Kächele H (1988) Die freie Assoziation als Funktion der Habituellen Ängstlichkeit und anderer Variablen. *Zsch Klin Psychol* 17: 148-161
- Horowitz L (1969) *Therapist's personality and level of competence*. American Psychiatric Association, New York
- Horowitz MJ (1979) *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. Plenum Medical Books, New York, London
- Horvath AO, Bedi RP (2002) The alliance. In: Norcross JC (Hrsg.) *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. Oxford University Press, New York, S 37-70
- Huber D, Klug G, Rad M (2001) Die Münchner Prozess-Outcome Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapie-spezifischer Ergebnisse. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart, S 260-270
- Huber H (1978) Kontrollierte Fallstudie. In: Pongratz LJ (Hrsg.) *Handbuch der Psychologie*. Band Klinische Psychologie. Hogrefe, Göttingen, S 1153-1199
- Isaacs KS, Haggard EA (1966) Some methods used in the study of affect in psychotherapy. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 226-239
- Isaacs S (1939) Criteria for interpretation. *Int J Psychoanal* 20: 853-880
- Jakobsen T, Knauss C, Agarwalle P, Schneider R, Hunziker H, Küchenhoff J (2007) Eine komparative Kasuistik auf der Grundlage quantitativer Ergebnismessungen und qualitativer Prozessbeschreibung als Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 9: 119-142
- Jiménez JP (2008) Theoretical plurality and pluralism in psychanalytic practice. *Int J Psychoanal* 89: 579-599
- Johnson J, Miller S (1990) Attributional, life-event, and affective predictors of onset of depression, anxiety, and negative attributional style. *Cogn Ther Res* 14: 417-430
- Jones E (1936) *Report of the clinic work: 1926-1936*. London Clinic of Psychoanalysis, London.
- Jones EE (2000) *Therapeutic action: A guide to psychoanalytic therapy*. Jason Aronson, Northvale, N. J.
- Jones EE (1985) *Manual for the psychotherapy process Q-set* (Unpublished Manuscript). University of California – Campus Berkeley.
- Jones EE (1993) How will psychoanalysis study itself? *J Am Psychoanal Ass* 41: 91-108
- Jones EE, Windholz M (1990) The psychoanalytic case study: Toward a method for systematic inquiry. *J Am Psychoanal Ass* 38: 985-1016

- Josephs L, Anderson E, Bernard A, Fatzer K, Streich J (2004) Assessing progress in analysis interminable. *J Am Psychoanal Ass* 52: 1185-1214
- Junker H, Overbeck G, Brähler E (1974) Vergleich und Interpretation des formalen Sprechverhaltens (On-Off-Pattern) zweier Psychotherapien. *Psychother Psychol Med* 24: 163-174
- Junker H, Zenz H (1970) Der Einsatz datenverarbeitender Apparate für die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse. *Psyche - Z Psychoanal* 24: 692-705
- Jüttemann G (Hrsg.) (1983) *Psychologie in der Veränderung. Perspektiven für eine gegenstandsangemessene Forschungspraxis.* Beltz, Weinheim
- Jüttemann G (Hrsg.) (1990) *Komparative Kasuistik.* Asanger Verlag, Heidelberg
- Kächele H (1971) Zur Dimensionalität klinisch-psychoanalytischer Stundenbeurteilungen. Unveröffentlichter Bericht. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.
- Kächele H (1976) Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung. Habilitationsschrift Medizinische Fakultät, Universität Ulm. PSZ-Verlag, Ulm 1988
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jb Psychoanal* 12: 118-177
- Kächele H (1985) Zwischen Skylla und Charybdis. Erfahrungen mit dem Liegungsrückblick. *Psychother Psychol Med* 35: 306-309
- Kächele H (1990) Welche Methoden für welche Fragen? In: Argelander H (Hrsg.) *Empirische Forschung in der Psychoanalyse.* SFI, Frankfurt a. M., S 73-89
- Kächele H (1992a) Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In: Stuhr H, Denecke FW (Hrsg.) *Die Fallgeschichte.* Asanger Verlag, Heidelberg, S 32-42
- Kächele H (1992b) Narration and observation in psychotherapy research. Reporting on a 20 year long journey from qualitative case reports to quantitative studies on the psychoanalytic process. *Psychother Res* 2: 1-15
- Kächele H (1995) Ein dimensionales Modell psychoanalytischer Therapie. Ulm, unveröffentlicht
- Kächele H (1999) Eine multizentrische Studie zu Aufwand und Erfolg bei psychodynamischer Therapie von Eßstörungen. Studiendesign und erste Ergebnisse. *Psychother Psychol Med* 49: 100-108
- Kächele H (2001) Book Review: Does psychoanalysis work? By Robert M. Galatzer-Levi, Henry Bachrach, Alan Skolnikoff, and Sherwood Waldron, New Haven, Yale University Press. *J Am Psychoanal Ass* 49: 1041-1047
- Kächele H (2005) Laudatio für Ulrich Moser. Zürich, unveröffentlicht
- Kächele, H. (2008a) Eine Kapuzinerpredigt. Kommentar zu Orlinsky. *Psychoth Psychol Med* 58: 355-256
- Kächele H (2008b) Ein (fiktives) Interview mit Lester Luborsky. *Psychother Psychol Med* 58: 403-404
- Kächele H, Albani C, Buchheim A, Hölzer M, Hohage R, Mergenthaler E, Jiménez JP, Leuzinger-Bohleber M, Neudert-Dreyer L, Pokorny D, Thomä H (2006a) The German specimen case Amalia X: Empirical studies. *Int J Psychoanal* 87: 809-826; dt. (2006b) Psychoanalytische Verlaufsforschung: Ein deutscher Musterfall Amalia X: Analyse einer 30-jährigen Frau mit einem Hirsutismus, depressiven Verstimmungen und einer zwangsneurotischen Symptomatologie. *Psyche – Z Psychoanal* 60:387-425

- Kächele H (2009) Das Logbuch des Therapeuten. In: H. Kächele & F. Pfäfflin (Hrsg.) *Behandlungsberichte & Therapiegeschichten*. Psychosozial-Verlag, Giessen, im Druck
- Kächele H, Deserno H (2009) Macht und Ohnmacht in der psychoanalytischen Arbeit – eine Fallstudie. *Forum Psychoanal* 25: 161-183
- Kächele H, Eberhardt J, Leuzinger-Bohleber M (1999) Expressed relationships, dream atmosphere & problem solving in Amalia's dreams – Dream series as process tool to investigate cognitive changes – A single case study. In: Kächele H, Mergenthaler E, Krause R (Hrsg.) *Psychoanalytic Process Research Strategies II*. <http://sip.medizin.uni-ulm.de/psychotherapie/>, Ulm
- Kächele H, Eckert J (2008) Editorial: Lob und Tadel der Psychotherapieforschung. *PTT Persönlichkeitsstörungen* 12: 1-2
- Kächele H, Kordy H, Richard M, für die Studiengruppe MZ -ESS (2001) Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic psychotherapy of eating disorders. Results of a multi center study across Germany. *Psychother Res* 11: 239-257
- Kächele H, Mergenthaler E (1984) Auf dem Wege zur computerunterstützten Textanalyse in der psychotherapeutischen Prozessforschung. In: Baumann U (Hrsg.) *Psychotherapie: Makro/Mikroperspektive*. Hogrefe, Göttingen, S 223-239
- Kächele H, Pfäfflin F (Hrsg.) (2009) *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Kächele H, Richter R (2008) „Studientherapeuten“ – ein neues Qualitätsmerkmal? *PsychotherapeutenJournal* 7: 241-243
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973) Angst, Wut und Lust – eine psychoanalytische Mikrowelt. DFG-Bericht. Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm.
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973) Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. *Psyche - Z Psychoanal* 27: 902-927
- Kächele H, Thomä H (1993) Psychoanalytic process research: Methods and achievements. *J Am Psychoanal Ass* 41 (Suppl.): 109-129
- Kächele H, Thomä H (1995) Psychoanalytic process research. In: Shapiro T, Emde RN (Hrsg.) *Research in psychoanalysis. Process, development, and outcome*. International Universities Press, Madison, S 109-130
- Kächele H, Thomä H (2008) Die psychoanalytische Sicht der therapeutischen Beziehung. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg.) *Handbuch der therapeutischen Beziehung*. Band 2. DGVT-Verlag, Tübingen, S 1179-1194
- Kächele H, Thomä H, Ruberg W, Grünzig H-J (1988) Audio-recordings of the psychoanalytic dialogue: scientific, clinical and ethical problems. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 179-194
- Kächele H, Thomä H, Schaumburg C (1975) Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie* 116: 197-228
- Kakar S (1988) *Kindheit und Gesellschaft in Indien*. Nexus, Frankfurt a. M.
- Kakar S (1997) *Culture and psyche*. Oxford University Press, Delhi
- Kandell ER (1998) A new intellectual framework for psychiatry. *Am J Psychiatry* 155: 457-469
- Kanzer M (1955) The communicative function of the dream. *Int J Psychoanal* 36: 260-266

- Kaplan F (1966) Anxiety and defense in a therapy-like situation. *J Abnorm Psychology* 71: 449-458
- Karlsson R, Kermott A (2006) Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychother Theory Res Pract* 43: 65-84
- Kernberg OF (1999) Psychoanalysis, psychoanalytic therapy and supportive psychotherapy: Contemporary controversies. *Int J Psychoanal* 80: 1075-1091
- Kernberg OF, Bursteine ED, Coyne L, Appelbaum AH, Horwitz L, Voth H (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. *Bull Menninger Clinic* 36: 3-275
- Kiesler D (1973) The process of psychotherapy: Empirical foundations and systems of analysis. Aldine, Chicago
- Klann G (1977) Psychoanalyse und Sprachwissenschaft. In: Hager F (Hrsg.) *Die Sache der Sprache*. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, S 129-167
- Klann G (1979) Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstruktur. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg.) *Therapeutische Kommunikation*. Scriptor, Königstein, S 117-155
- Klauber J (1968) Über die Verwendung geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Methoden in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psychoanal* 22: 518-533
- Klauber J (1969) Über die Bedeutung des Berichtens von Träumen in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psychoanal* 23: 280-294
- Klein GS (1976) *Psychoanalytic theory. An exploration of essentials*. International Universities Press, New York
- Klein M (1962) *Das Seelenleben des Kleinkindes*. Klett, Stuttgart
- Kline P (1972) *Fact and fantasy in Freudian theory*. Methuen, London. 2. Auf. 1981
- Kline P (2004) A critical perspective on defense mechanisms. In: Henschel U, Smith G, Ehlers W, Draguns J (Hrsg.) *Defense mechanisms. Theoretical, research and clinical perspectives*. Elsevier, Amsterdam, S 43-54
- Klug G, Henrich G, Kächele H, Sandell R, Huber D (2008) Die Therapeutenvariable – Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut* 53: 83-91
- Klug G, Huber D, Kächele H (2006) *Fragebogen zur Therapeutischen Haltung (FTHa)*. München, Unveröffentlichtes Ms
- Knapp PH, Greenberg RP, Pearlman CH, Cohen M, Kantrowitz J, Sashin J (1975) Clinical measurement in psychoanalysis: an approach. *Psychoanal Q* 44: 404-430
- Knapp PH, Mushatt C, Nemetz SJ (1966) Collection and utilization of data in a psychoanalytic psychosomatic study. In: Gottschalk LA, Auerbach A (Hrsg.) *Methods in psychotherapy research*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 401-422
- Knekt P, Lindfors O (Hrsg.) (2004) *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. Kela: The Social Insurance Institution, Finland, Helsinki
- Knekt P, Lindfors O, Härkänen T, Välikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, Marttunen M, Kaipainen M, Rendlund C, Helsinki Psychotherapy Study Group (2008) Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychol Med* 38: 689-703

- Knight RP (1941) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am J Psychiatry* 98: 434-446
- Koch U, Schöfer G (1986) Sprachinhaltsanalyse in der psychosomatischen und psychiatrischen Forschung. Psychologie Verlagsunion, Weinheim München
- König H (2000) Gleichschwebende Aufmerksamkeit und Modellbildung. Eine qualitativ-systematische Studie zum Erkenntnisprozess des Psychoanalytikers. Ulmer Textbank. Ulm
- Koenigsberg HW, Kernberg OF, Rockland L, Appelbaum AH, Carr AC, Kernberg P (1988) Therapist verbal intervention inventory (TVII). In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin, S 147-162
- Kohut H (1979) The two analyses of Mr. Z. *Int J Psychoanal* 60: 3-27
- Kordy H (1986) Über den Umgang mit Beobachtungen in der Psychologie: Zum Verhältnis von Beobachtungen, Modellkonstruktion und Strukturkenntnis. Peter Lang, Frankfurt - Bern
- Kordy H, Hannover W, Richard M (2001) Computer-assisted feedback-driven quality management for psychotherapy. *J Con Clin Psychol* 69: 173-183
- Kordy H, Puschner B (2000) Aktive ergebnis-orientierte Qualitätssicherung als Mittel zur Optimierung psychotherapeutischer Versorgung. In: Freyberger HJ, Heuft G, Ziegenhagen DJ (Hrsg.) *Ambulante Psychotherapie. Transparenz, Effizienz, Qualitätssicherung*. Schattauer, Stuttgart
- Körner J (1990) Die Bedeutung kasuistischer Darstellung in der Psychoanalyse. In: Jüttemann G (Hrsg.) *Komparative Kasuistik*. Asanger, Heidelberg, S 93-103
- Koukkou M, Leuzinger-Bohleber M, Merten W (Hrsg.) (1998) Erinnerung von Wirklichkeiten. *Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Krause R (1983) Zur Onto- und Phylogenese des Affektsystems und ihrer Beziehungen zu psychischen Störungen. *Psyche - Z Psychoanal* 37: 1016-1043
- Krause R, Steimer-Krause E, Ullrich B (1992) Anwendung der Affektforschung auf die psychoanalytisch-psychotherapeutische Praxis. *Forum Psychoanal* 8: 238-253
- Kris E (1956a) On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 37: 445-455
- Kriz J (2008) Welches sind adäquate wissenschaftstheoretische Grundlagen der Psychotherapieforschung? *PTT Persönlichkeitsstörungen* 12: 3-11
- Kroth JA (1970) The analytic couch and response to free association. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* 7: 206-208
- Kroth JA, Forrest MS (1969) Effects of posture and anxiety level on effectiveness of free association. *Psychol Rep* 25: 725-726
- Kubie LS (1952) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin E (Hrsg.) *Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis*. Basic Books, New York, S 46-124
- Kubie LS (1958) Research into the process of supervision in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 27: 226-236
- Kvale S (2001) The psychoanalytic interview as qualitative research. In: Frommer J, Rennie DL (Hrsg.) *Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology*. Pabst, Lengerich, S 9-31

- Labov W, Fanshel D (1977) *Therapeutic discourse. Psychotherapy as conversation*. Academic Press, New York
- Lachmann FM, Beebe B (1983) Consolidation of the self: A case study. *Dynamic Psychotherapy* 1: 55-75
- Lambert MJ (2001) Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *J Con Clin Psychol* 69: 147-149
- Lambert MJ, Barley DE (2002) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (Hrsg.) *Psychotherapy relationships that work*. Oxford University Press, Oxford, S 17-32
- Lambert MJ (Hrsg.) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane
- Lambert MJ, Ogles B (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 139-193
- Lange-Kirchheim A (1999) Die Hysterikerin und ihr Autor. Arthur Schnitzlers Novelle Fräulein Else im Kontext von Freuds Schriften zur Hysterie. In: Anz T (Hrsg.) *Psychoanalyse in der modernen Literatur. Kooperation und Konkurrenz*. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 111-134
- Leichsenring F (2004a) „Empirically supported treatments“: Wissenschaftstheoretische und methodische Aspekte kontrollierter vs. naturalistischer Studien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 52: 209-222
- Leichsenring F (2004b) Randomized controlled vs. naturalistic studies. A new research agenda. *Bull Menninger Clinic* 68: 115-129
- Leichsenring F, Biskup J, Kreische R, Staats H (2005) The Göttingen study of psychoanalytic therapy. *Int J Psychoanal* 86: 433-455
- Leichsenring F, Rabung S, Leibing E (2004) The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 61: 1208-1216
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA* 300: 1551-1565.
- Leuzinger-Bohleber M (1987) *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 1 Eine hypothesengenerierende Einzelfallstudie*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
- Leuzinger-Bohleber M (1989) *Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche - Z Psychoanal* 49: 434-480
- Leuzinger-Bohleber M, Mertens W, Koukkou M (Hrsg.) (1998) *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart
- Leuzinger-Bohleber M, Rüger B (2002) Wie sehen ehemalige Patienten, ihre Analytiker und psychoanalytische und nicht-psychoanalytische Experten die Behandlungserfolge? In: Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stühr U, Beutel M (Hrsg.) „Forschung und Heilen“ in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, S 130-153

- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg.) (1997) *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2001) *Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesenstudie*. *Psyche - Z Psychoanal* 44: 193-276
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2003) *How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study*. *Int J Psychoanal* 84: 263-290
- Levy R, Ablon SL (Hrsg.) (2008) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice*. Humana Press, New York
- Lienert G (1969) *Testaufbau und Testanalyse*. Beltz, Weinheim
- Loch W (Hrsg.) (1972) *Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse*. Fischer, Frankfurt
- Loch W, Jappe G (1974) *Die Konstruktion der Wirklichkeit und die Phantasien*. *Psyche - Z Psychoanal* 28: 1-31
- Luborsky L (1953) *Intraindividual repetitive measurements (P-technique) in understanding psychotherapeutic change*. In: Mowrer OH (Hrsg.) *Psychotherapy – Theory and research*. Ronald Press, New York, S 389-413
- Luborsky L (1976) *Helping alliance in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome*. In: Claghorn JL (Hrsg.) *Successful psychotherapy*. Brunner, Mazel, New York, S 92-116
- Luborsky L (1977) *Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme*. In: Freedman N, Grand S (Hrsg.) *Communicative structures and psychic structures*. Plenum Press, New York, S 367-395
- Luborsky L, Crabtree L, Curtis H, Ruff G, Mintz J (1975) *The concept „space“ of transference for eight psychoanalysts*. *Brit J Med Psychol* 48: 65-70
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1998) *Understanding transference*. 2nd ed. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Friedman SH, Mark D, Schaffler P (1991) *Freud's transference template compared with the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT): Illustrations by the two specimen cases*. In: Horowitz M (Hrsg.) *Person schemas and maladaptive interpersonal behavior*. University of Chicago Press, Chicago, S 167-195
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) *Who will benefit from psychotherapy?* Basic Books, New York
- Luborsky L, Diguier L (1990) *The reliability of the CCRT measure: Results from eight samples*. In: Luborsky L, Crits-Christoph P (Hrsg.) *Understanding transference: the CCRT method*. Basic Books, New York, S 97-108
- Luborsky L, Graff H, Pulver S, Curtis H (1973) *A clinical-quantitative examination of consensus on the concept of transference*. *Arch Gen Psychiatry* 29: 69-75
- Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, Christoph P, Bachrach H, Todd T, Johnson M, Cohen M, O'Brien CP (1980) *Predicting the outcomes of psychotherapy. Findings of the Penn psychotherapy project*. *Arch Gen Psychiatry* 37: 471-481

- Luborsky L, Spence D (1971) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin A, Garfield S (Hrsg.) Handbook of psychotherapy and behavior change. 1st ed. Wiley & Sons, New York, S 408-438
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield S, Bergin A (Hrsg.) Handbook of psychotherapy and behavior change. 2nd ed. Wiley & Sons, New York, S 331-368
- Luborsky L, Stuart J, Friedman S, Diguier L, Seligman DA, Bucci W, Pulver S, Krause ED, Ermold J, Davison WT, Woody G, Mergenthaler E (2001) The Penn psychoanalytic treatment collection: A set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. *J Am Psychoanal Ass* 49: 217-234
- Mahony PJ (1989) Freud als Schriftsteller. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Malan DH (1973) Vorwort. In: Balint M, Ornstein PH, Balint E (Hrsg.) Fokalthherapie. Ein Beispiel angewandter Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt a. M., S 3-5
- Malcolm J (1980) Psychoanalysis: The impossible profession. Knopf, New York; dt. (1983) Fragen an einen Psychoanalytiker. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Marcus S (1974) Freud und Dora – Roman, Geschichte, Krankengeschichte. *Psyche - Z Psychoanal* 28: 32-79
- Margraf J, Schneider S (1996) Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf J (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 1-28
- Marsden G (1971) Content analysis studies of psychotherapies. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) Handbook of psychotherapy and behavior change. 2nd ed. Wiley & Sons, New York, S 345-407
- Martini P (1953) Methodenlehre der therapeutisch-klinischen Forschung. Springer, Berlin Göttingen Heidelberg
- Mayman M, Faris M (1960) Early memories as expressions of relationship paradigms. *Am J Orthopsychiatry* 30: 507-520
- Meltzoff J, Kornreich M (1970) Research in psychotherapy. Atherton, Chicago
- Mentzos S (1984) Angstneurose. Fischer, Frankfurt a. M.
- Mergenthaler E (1986) Die Ulmer Textbank – Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der Angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Mergenthaler E, Kächele H (1993) Locating text archives for psychotherapy research. In: Miller N, Luborsky L, Barber J, Docherty J (Hrsg.) Psychodynamic treatment research – A handbook for clinical practice. Basic Books, New York, S 54-62
- Mergenthaler E, Kächele H (1994) Die Ulmer Textbank. *Psychother Psychol Med* 44: 29-35
- Mertens W (1994) Psychoanalyse auf dem Prüfstand? Eine Erwiderung auf die Meta-Analyse von Klaus Grawe. Quintessenz-Verlag, München
- Mertens W, Haubl R (1996) Der Psychoanalytiker als Archäologe. Eine Einführung in die Methode der Rekonstruktion. Kohlhammer, Stuttgart
- Meyer AE (1962a) Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen. *Med Welt* 47: 2439-2445

- Meyer AE (1962b) Grundsätzliche Möglichkeiten außerhalb des psychoanalytischen Dialoges zur Verifizierung und Validierung psychoanalytischer Thesen. *Med Welt* 48: 2513-2522
- Meyer AE (1971) Klassifikation von neurotisch Kranken (Taxonomien) und von Neurose-Symptomen (Nosologie). In: Kielholz KP, Meyer JE, Müller M, Strömngren H (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart*, Band @. Springer, Berlin Heidelberg, S 663-685
- Meyer AE (1981) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom* 35: 77-220
- Meyer AE (1981) Psychoanalytische Prozessforschung zwischen der Skylla der „Verkürzung“ und der Charybdis der „systematischen akustischen Lücke“. *Zsch Psychosom Med Psychoanal* 27: 103-116
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 273-290
- Meyer AE (1994) Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. *Z Psychosom Med Psychoanal* 40: 77-98
- Meyer AE, Otte H, Seeberger HJ, Speidel H, Zenker R (1969) Die Inter-Beobachter-Übereinstimmung für die psychoanalytische Einordnung von Charakter- und Verhaltensbeschreibungen. *Psyche - Z Psychoanal* 23: 824-837
- Michels R (2000) The case history. *J Am Psychoanal Ass* 48: 355-375
- Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP (Hrsg.) (1993) *Psychodynamic treatment research. A handbook for clinical practice*. Basic Books, New York
- Milner M (1969) *The hands of the living god. An account of a psychoanalytic treatment*. Hogarth, London
- Milrod BL, Busch FN, et al. (1997) *Manual of panic-focused psychodynamic psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington
- Milrod, B. L., A. Leon, et al. (2007) A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy for panic disorder. *Am J Psychiatry* 164: 265-272.
- Mintz J, Luborsky L (1971) Segments versus whole sessions: which is the better unit for psychotherapy process research? *J Abnor Psychol* 78: 180-191
- Morgenthaler F (1986) *Der Traum*. Qumran, Frankfurt a. M.
- Moser U (1991) On-Line und Off-Line, Praxis und Forschung, eine Bilanz. *Psyche - Z Psychoanal* 45: 315-334
- Moser U (2005) *Psychische Mikrowelten – Neue Aufsätze*. hrg. von M. Leuzinger-Bohleber u. I. von Zeppelin, Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Moser U, von Zeppelin I (1996) Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche - Z Psychoanal* 50: 32-84
- Moser U, von Zeppelin I (1999) *Der geträumte Traum. Wie Träume entstehen und sich verändern*. Kohlhammer, Stuttgart
- Mowrer O (Hrsg.) (1953) *Psychotherapy: Theory and research*. Ronald Press, New York
- Müller FH, Kais E (2004) Die Q-Methode. Ein innovatives Verfahren zur Erhebung subjektiver Einstellungen und Meinungen. *Forum Qualitative Sozialforschung* 5: Art. 34 <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/32-04/32-04muellerkals-d.htm>
- Muschg W (1930) Freud als Schriftsteller. *Die psychoanalytische Bewegung* 2: 467-509

- Neudert L, Hohage R, Grünzig H (1987) Das Leiden als Prozeßvariable in einer psychoanalytischen Behandlung. Eine Einzelfallstudie. *Z Klin Psychol* 16: 99-114
- O'Malley SS (1983) Vanderbilt Psychotherapy Process Scales (VPPS). Unveröff. Ms
- Öngür D, Farabaugh A, Iosifescu DV, Perlis R, Fava M (2005) Tridimensional personality questionnaire factors in major depressive disorder: Relationship to anxiety disorder comorbidity and age of onset. *Psychother Psychosom* 74: 173-178.
- Orlinsky DE (2008) Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung – Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychother Psychol Med* 58: 345-354
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks R (1994) Process and outcome in psychotherapy-noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. Wiley & Sons, New York, S 270-376
- Orlinsky DE, Howard KI (1967) The good therapy hour: Experiential correlates of patients' and therapists' evaluations of therapy sessions. *Arch Gen Psychiatry* 16: 621-632
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert MJ (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5th ed. Wiley & Sons, New York, S 307-389
- Paivio A (1986) *Mental representations: A dual coding approach*. Holt, Rinehardt & Winston, New York
- Perrez M (1972) *Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft?* Huber, Bern Stuttgart Wien
- Perron R (2002) Reflection on psychoanalytic research problems – A French-speaking view. In: Fonagy P, Allison L, Clarkin JF, Jones EE, Kächele H, Krause R, Lopez D, Perron R (Hrsg.) *An open door review of the outcome of psychoanalysis*. 2nd edition. International Psychoanalytic Association, London, S 3-9
- Perry JC, Augusto F, Cooper SH (1989) Assessing psychodynamic conflicts: I Reliability of the Ideographic Conflict Formulation (ICF) Method. *Psychiatry* 52: 289-301
- Persons JB, Curtis JT, Silberschatz G (1991) Psychodynamic and cognitive-behavioral formulations of a single case. *Psychotherapy* 28: 608-617
- Persons JB, Silberschatz G (1998) Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *J Con Clin Psychol* 66: 126-135
- Petermann F, Hehl FJ (1979) *Einzelfallanalyse*. Urban & Schwarzenberg, München
- Piechotta B (2003) Qualitätsmanagement für Psychoanalytiker. Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos? *Forum Psychoanal* 19: 129-148
- Piers G, Singer MB (1953) *Shame and guilt*. Thomas, Springfield, Ill
- Piper WE, Debbane EG, Carufel F, Bienvenu JP (1987) A system for differentiating therapists interpretations from other interventions. *Bull Menninger Clinic* 51: 532-550
- Pittenger RE, Hockett CF, Danehy JJ (1960) *The first five minutes: A sample of microscopic interview analysis*. Paul Martineau, Ithaca, N. Y.
- Plewa A, Grünzig H-J, Kächele H (1978) Zur Dimensionalität von Angstäußerungen aus einer psychoanalytischen Behandlung. *Med Psychol* 4: 32-52
- Pulver SE (1987) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. *Psychoanal Inq* 7: 141 - 299

- Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2007) Course of improvement over two years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychol Psychother* 80: 51-68
- Rad M von, Senf W, Bräutigam W (1998) Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamneseprojektes. *Psychother Psychol Med* 48: 88-100
- Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg.) (1930) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien
- Raguse H (1998) Psychoanalytische Hermeneutik – Weltanschauung oder Regelkorpus. *Psyche - Z Psychoanal* 52: 648-702
- Rangell L (1981) From insight to change. *J Am Psychoanal Ass* 29: 119-141
- Rank O (1929) *The trauma of birth*. Routledge & Kegan, London. Reprint Harper & Row, New York, 1973
- Richter HE (1990) Der schwierige Weg einer kritischen Psychosomatik. *Psychother Psych Med* 40: 318-323
- Rief W, Exner C, Martin A (2006) *Psychotherapie. Ein Lehrbuch*. Kohlhammer, Stuttgart
- Rief W, Hofmann S (2009) Die Psychoanalyse soll gerettet werden. Mit allen Mitteln? *Nervenarzt* 80: 593–597
- Roffman J, Gerber A (2009) Neural models of psychodynamic concepts and treatments: Implications for psychodynamic psychotherapy. In Levy RA, Ablon SJ (Hrsg.) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice*. Humana Press, New York, S 305-338
- Rogers CR (1942) The use of electrically recorded interviews in improving psychotherapeutic techniques. *Am J Orthopsychiatry* 12: 429-434
- Rogers CR (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal relationships. In: Koch S (Hrsg.) *Psychology: A study of a science*. McGraw Hill, New York, S 184-256
- Rogers CR (1965) The therapeutic relationship: recent theory and research. *Austral J Psychol* 17: 95-108
- Rosenkötter L (1969) Über Kriterien der Wissenschaftlichkeit in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psychoanal* 23: 161-169
- Roth G (2003) *Aus der Sicht des Gehirns*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Rubovits-Seitz PFD (1998) *Depth-psychological understanding. The methodologic grounding of clinical interpretations*. Analytic Press, Hillsdale, NJ
- Rudolf G (1991) *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Rudolf G (2004) *Strukturbezogene Psychotherapie*. Schattauer, Stuttgart
- Rudolf G, Manz R, Öri C (1994) Ergebnisse der psychoanalytischen Therapien. *Zsch psychosom Med Psychoanal* 40: 25-40
- Rycroft C (1972) *A critical dictionary of psychoanalysis*. Penguin Books, Harmondsworth
- Sackett DL, Roseberg WM, Muir JA, Haynes R, Richardson WS (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal* 312: 71-72

- Sammons M, Siegel P (1999) A comparison of FRAMES with CCRT and computerized referential activity. In: Kächele H, Mergenthaler E, Krause R (Hrsg.) *Psychoanalytic process research strategies II*. Ulmer Textbank, Ulm
- Sandell R (1999) Wiederholte Langzeitkatamnesen von Langzeit-Psychotherapien und Psychoanalysen. Erste Ergebnisse des „Stockholmer Outcome of Psychotherapy (STOP) Project“. *Zsch psychosom Med Psychother* 45: 43-56
- Sandell R (2001a) Jenseits von Spekulationen. Empirisch gesicherte Unterschiede zwischen Psychoanalyse und psychodynamischer Psychotherapie. In: Bohleber W, Drews S (Hrsg.) *Die Psychoanalyse der Gegenwart - die Gegenwart der Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 473-490
- Sandell R (2001b) Multimodale Analyse von temporären Interaktionen in der Wirksamkeit von Psychoanalysen und Langzeit-Psychotherapien. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart, S 203-214
- Sandell R (2005) Structural change and its assessment. Experiences from the Stockholm Outcome on Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). In: Giampieri-Deutsch P (Hrsg.) *Psychoanalysis as an empirical, interdisciplinary science. Collected papers on contemporary psychoanalytic research*. Austrian Academy of Sciences Press, Wien, S 269-284
- Sandell R (2007) Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In: Springer A, Münch K, Munz D (Hrsg.) *Psychoanalyse heute?! Psychosozial-Verlag, Giessen*, S 461-481
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J (2001) Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojektes. *Psyche - Z Psychoanal* 55: 277-310
- Sandell R, Carlson J, Schubert J, Broberg J, Lazar A, Blomberg J (2004) Therapists attitudes and patient outcome. I. Development and validation of the Therapeutic Attitude Scales (TASC II). *Psychother Res* 14: 469-484
- Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlson J, Schubert J, Broberg J (2006) Therapists' attitudes and patient outcomes: III A latent class (LC) analysis of therapies. *Psychol Psychother* 79: 629-647
- Sandell R, Lazar A, Grant J, Carlson J, Schubert J, Broberg J (2007) Therapists' attitudes and patient outcomes: II Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother Res* 17: 201-211
- Sandler J (1983a) Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *Int J Psychoanal* 64: 35-45
- Sandler J (1983b) Die Beziehung zwischen psychoanalytischen Konzepten und psychoanalytischer Praxis. *Psyche - Z Psychoanal* 37: 577-595
- Sandler J, Joffe WG (1967) Die Persistenz in der psychischen Funktion und Entwicklung mit besonderem Bezug auf die Prozesse der Fixierung und Regression. *Psyche - Z Psychoanal* 22: 138-151
- Sargent H (1961) Intrapsychic change: Methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24: 93-108
- Schacht TE, Binder JL, Strupp HH (1984) The dynamic focus. In: Strupp HH, Binder JL (Hrsg.) *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Book, New York, S 65-109

- Schachter J (2006) *Leben verändern: Analytiker und Patienten berichten von ihren Erfahrungen mit der Psychoanalyse und ihrer Wirksamkeit*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Schachter J, Kächele H (2007) *The analyst's role in healing: Psychoanalysis-PLUS*. *Psychoanal Psychol* 34: 429-444
- Schafer R (1976) *A new language for psychoanalysis*. Yale University Press, New Haven
- Schaumburg C, Kächele H, Thomä H (1974) *Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung*. *Psyche - Z Psychoanal* 28: 353-374
- de Schill S, Lebovici S, Kächele H (Hrsg.) (1997) *Psychoanalyse und Psychotherapie. Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart
- Schlesinger HJ (1974) *Problems of doing research on the therapeutic process*. *J Am Psychoanal Ass* 22: 3-13
- Schmithüsen G (2004) „Die Zeit steht still in rasender Eile“. Eine psychoanalytische Einzelfallstudie zu frühem Trauma und Zeiterleben. *Psyche - Z Psychoanal* 58: 293-320
- Schönau W (1968) *Sigmund Freud's Prosa. Literarische Elemente seines Stils*. Metzlersche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart
- Schönau W (2007) *Freud als Sprachschöpfer. Der Prozess seines Schreibens*. In: *Jahrbuch für Literatur und Psychoanalyse*. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 245-254
- Schüle J (1999) *Die Logik der Psychoanalyse*. Psychosozial-Verlag, Giessen
- Schulte D (1993) *Wie soll Therapieerfolg gemessen werden?* *Z Klin Psychol* 22: 374-393
- Schulte D (2001) *Mut zu scheitern. Kommentare zur DPV-Katamnese-Studie und zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapie*. In: *Bohleber W, Drews S (Hrsg.) Die Gegenwart der Psychoanalyse und die Psychoanalyse der Gegenwart*. Klett-Cotta, Stuttgart, S 591-597
- Seitz P (1966) *The consensus problem in psychoanalysis*. In: *Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) Methods of research in psychotherapy*. Appleton Century Crofts, New York, S 209-225
- Seligman MEP (1995) *The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports Study*. *American Psychologist* 50: 965-974
- Shadish WR, Navarro AM, Matt GE, Phillips G (2000) *The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis*. *Psychol Bull* 126: 512-529
- Shakow D (1960) *The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis*. *Psychoanal Q* 29: 82-97
- Shapiro T (1981) *Empathy: A critical re-evaluation*. *Psychoanal Inq* 1: 423
- Sherwood M (1969) *The logic of explanation in psychoanalysis*. Academic Press, New York
- Shevrin H (2004) *Die experimentelle Untersuchung von unbewusstem Konflikt, unbewusstem Affekt und unbewusster Signalangst*. In: *Giamperi-Deutsch P (Hrsg.) Psychoanalyse im Dialog der Wissenschaften. Band 2. Anglo-amerikanische Perspektiven*. Kohlhammer, Stuttgart, S 114-142
- Silberschatz G, Curtis JT, Nathans S (1989) *Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy*. *Psychotherapy* 26: 40-46

- Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT (1986a) How do interpretations influence the process of psychotherapy? *J Consult Clinic Psychol* 54: 646-652
- Simon J (1968b) Psychoanalytic research and the concept of analytic work. Appendix A: Topic Index. New York: Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn,.
- Simon J, Fink G, Endicott NA, Paul IH, Gill M (1968a) Psychoanalytic research and the concept of analytic work, New York: Department of Psychiatry, Brookdale Hospital Center, Brooklyn,
- Simon J, Fink G, Gill MM, Endicott NA, Paul IH (1970) Studies in audio-recorded psychoanalysis. II. The effect of recording upon the analyst. *J Am Psychoanal Ass* 18: 86-101
- Singer B A, Luborsky L (1977) Countertransference: The status of clinical versus quantitative research. In Gurman, AS, Razin, AM (Hrsg.) *Effective psychotherapy*. Pergamon Press, Oxford, S 433-451
- Specht EK (1981) Der wissenschaftstheoretische Status der Psychoanalyse. Das Problem der Traumdeutung. *Psyche - Z Psychoanal* 35: 761-787
- Spence D (1987) *The Freudian metaphor. Towards paradigm change in psychoanalysis*. W.W. Norton, New York London
- Spence DP (1981) Psychoanalytic competence. *Int J Psychoanal* 62: 113-124
- Spence DP (2007) Perils and pitfalls of memory-based reporting: How case histories can become more evidence-based. *Psychanal Inq* 27: 602-616
- Spence DP, Dahl H, Jones EE (1993) Impact of interpretation on associative freedom. *J Con Clin Psychol* 61: 395-402
- Spielberger CD (1980) *Streß und Angst*. Beltz, Weinheim
- Spitzer M (1996) *Geist im Netz. Modell für Lernen, Denken und Handeln*. Spektrum Akademischer Verlag, Heidelberg
- Stein M (1988) Writing about psychoanalysis: II. Analysts who write, patients who read. *J Am Psychoanal Ass* 36: 393-408
- Stephenson W (1953) *The study of behavior: Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press, Chicago
- Sterba RF (1934) Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int Z Psychoanal* 20: 66-73
- Stern DN (1998) The process of therapeutic change involving implicit knowledge: some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health* 19: 300-308
- Stern DN (2002) Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. *Psyche - Z Psychoanal* 56: 974-1006
- Stern MM (1972) Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod. *Psyche - Z Psychoanal* 26: 901-928
- Stern W (1911) *Die differentielle Psychologie in ihren methodischen Grundlagen*. Barth, Leipzig. Nachdr. der 2. Aufl. Huber, Bern 1994
- Stierlin H (1971) *Das Tun des einen ist das Tun des anderen*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Stiles WB (1999) Signs and voices in psychotherapy. *Psychother Res* 9: 1-21

- Stiles WB, Elliott R, Llewelyn SP, Firth-Cozens JA, Margison FR, Shapiro DA, Hardy GE (1990) Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 411-420
- Stoller R (1973) *Splitting. A case of female masculinity*. Quadrangle, New York
- Stone L (1961) *The psychoanalytic situation. An examination of its development and essential nature*. International Universities Press, New York
- Strauch I, Meier B (2004) *Den Träumen auf der Spur. Ergebnisse der experimentellen Traumforschung*. Hans Huber, Bern-Göttingen-Toronto
- Streeck U (1994) Psychoanalytiker interpretieren „das Gespräch, in dem die psychoanalytische Behandlung besteht“. In: Buchholz MB, Streeck U (Hrsg.) *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S 179-224
- Streeck U (2004) *Auf den ersten Blick – Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strian F (1983) *Angst. Grundlagen und Klinik*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Strotzka H (1978) *Fallstudien zur Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Strupp HH (1960) *Psychotherapists in action: Explorations of the therapist's contribution to the treatment process*. Grune & Stratton, New York
- Strupp HH (1973) *Psychotherapy. Clinical, research, and theoretical issues*. Aronson, New York
- Strupp HH, Binder JL (1984) *Psychotherapy in a new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Books, New York; dt. (1991) *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Strupp HH, Chassan JB, Ewing JA (1966) *Toward the longitudinal study of the psychotherapeutic process*. In: Gottschalk LA, Auerbach AH (Hrsg.) *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century-Crofts, New York, S 361-400
- Stuhr U (2001) *Methodische Überlegungen zur Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden in der psychoanalytischen Katamneseforschung und Hinweise zu ihrer Integration. Oder: Rhetorische Sprachfiguren als Stolpersteine auf dem Wege zur Einheitswissenschaft*. In: Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart, S 133-148
- Stuhr U (2004) *Klinische Fallstudien*. In: Hau S, Leuzinger-Bohleber M (Hrsg.) *Psychoanalytische Therapie. Eine Stellungnahme für die wissenschaftliche Öffentlichkeit und für den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie*. *Forum Psychoanal* 20: 63-67
- Stuhr U, Denecke F-W (Hrsg.) (1993) *Die Fallgeschichte*. Asanger, Heidelberg
- Stuhr U, Höppner-Deymann S, Oppermann M (2002) *Zur Kombination qualitativer und quantitativer Daten – „Was nur erzählt werden kann“*. In: Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stuhr U, Beutel M (Hrsg.) *„Forschung und Heilen“ in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart, S 154-179
- Stuhr U, Leuzinger-Bohleber M, Beutel M (Hrsg.) (2001) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Kohlhammer, Stuttgart
- Szecsödy I (2009) *A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis*. *Scan Review Psychoanal*
- Taft J (1933) *The dynamics of therapy*. Macmillan Company, New York

- Tausch R (1974) Gesprächspsychotherapie. Verlag für Psychologie. Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen
- Thomä H (1961) Anorexia nervosa. Geschichte, Klinik und Theorie der Pubertätsmagersucht. Huber/Klett, Bern/Stuttgart
- Thomä H (1967) Konversionshysterie und weiblicher Kastrationskomplex. *Psyche - Z Psychoanal* 21: 827-847
- Thomä H (1981) Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Thomä H (2002) Sitzt die Angst in den Mandelkernen? In: Roth G, Opolka H (Hrsg.) *Angst, Furcht und ihre Bewältigung. bis*, Oldenburg, S 87-123
- Thomä H, Grünzig H, Böckenförde H, Kächele H (1976) Das Konsensusproblem in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psychoanal* 30: 978-1027
- Thomä H, Kächele H (1973) Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Psyche - Z Psychoanal* 27: 205-236, 309-355
- Thomä H, Kächele H (2006a) *Psychoanalytische Therapie. Grundlagen: Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2006b) *Psychoanalytische Therapie. Praxis: Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (Hrsg.) (2006c) *Psychoanalytische Therapie. Forschung: Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2007) Comparative psychoanalysis on the basis of a new form of treatment report. *Psychoanal Inq* 27: 650-689
- Thomä H, Künzler E, Henseler H (1968) *Intervention und Reaktion – Ein Pilotprojekt*. unveröffentlicht.
- Thomä H, Rosenkötter L (1969) *Ulmer Sitzungs-Fragebogen*. unveröffentlicht.
- Thomae H (1952) Die biographische Methode in den anthropologischen Wissenschaften. *Studium Generale* 5: 163-177
- Thomae H (1968) *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie*. Hogrefe, Göttingen
- Tress W, Fischer G (1991) Psychoanalytische Erkenntnis am Einzelfall: Möglichkeiten und Grenzen. *Psyche – Z Psychoanal* 45: 612-628
- Truax CB (1961) A scale for the measurement of accurate empathy. *Psychiatric Institute Bulletin*, University of Wisconsin.
- Tuckett D (1994) The conceptualization and communication of clinical facts in psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 75: 865-870
- Tuckett D (2000) Commentary on Michels's „The case history“. *J Am Psychoanal Ass* 48: 403-411
- Vaughan S, Roose S (1995) The analytic process: Clinical and research definitions. *Int J Psychoanal* 76: 343-356
- Vaughan S, Spitzer R, Davies M, Roose S (1997) The definition and assessment of analytic process: Can analysts agree? *Int J Psychoanal* 78: 959-973
- Waelder R (1970) Hemmung, Symptom und Angst – vierzig Jahre später. *Psyche - Z Psychoanal* 24: 81-100

- Waldron S (1989) New York Psychoanalytic Research Consortium
- Waldron S, Scharf RD, Crouse J, Firestein SK, Burton A, Hurst D (2004a) Saying the right thing at the right time: A view through the lens of the analytic process scales (APS). *Psychoanal Q* 73: 1079-1125
- Waldron S, Scharf RD, Hurst D, Crouse J, Firestein SK, Burton A (2004b) What happens in a psychoanalysis? A view through the lens of the Analytic Process Scales. *Int J Psychoanal* 85: 443-466
- Wallerstein RS (1988) The assessment of structural change in psychoanalytic psychotherapy and research. *J Amer Psychoanal Ass* 36 (Suppl.): 241-261
- Wallerstein RS (1995) *The talking cures. The psychoanalyses and the psychotherapies.* Yale University Press, New Haven
- Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy.* Guilford, New York
- Wallerstein RS, Robbins LL, Sargent H, Luborsky L (1956) *The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation: Rationale, method and sample use. First report.* *Bull Menninger Clinic* 20: 221-278
- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52: 11-50; dt. (1997) Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung. In: Schill S, Lebovici S, Kächele H (Hrsg.) *Psychoanalyse und Psychotherapie. Herausforderungen und Lösungen für die Zukunft.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S 132-154
- Weinshel E (1990) Further observations on the psychoanalytic process. *Psychoanal Q* 59: 629-649
- Weiss J (1993) *How psychotherapy works. Process and technique.* Guilford Press, New York London
- Weiss J, Sampson H, Group TMZPR (Hrsg.) (1986) *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation, and empirical research.* Guilford Press, New York
- Weizsäcker V von (1935) *Studien zur Pathogenese.* Thieme, Leipzig
- Wellendorf F (1999) *Jenseits der Empathie.* *Forum Psychoanal* 15: 9-24
- Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H (2004) The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled trials. *Psychol Bull* 130: 631-663
- Wilson A (2000) Commentary on Michels's „The case history“. *J Am Psychoanal Ass* 48: 411-417
- Winnicott DW (1954) *Withdrawal and regression.* In: Winnicott DW (Hrsg.) *Collected papers: Through pediatrics to psychoanalysis.* Tavistock, London, S 205-215
- Wolman BB (Hrsg.) (1972) *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy.* The Macmillan Company, New York
- Wyatt F (1990) *Die Psychoanalyse am Ende ihres ersten Jahrhunderts.* *Merkur* 44: 891-914
- Yazmajian RV (1964) First dreams directly representing the analyst. *Psychoanal Q* 33: 536-551
- Zeeck A, Hartmann A, Orlinsky DE (2004) *Inter-Session Prozesse – Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung.* *Psychother Psychol Med* 54: 236-242

- Zeul M (2003) Der Balken über dem Abgrund. Weibliche Gegenübertragung als Erkenntnisinstrument in der Behandlung einer schwer traumatisierten Patientin. *Psyche – Z Psychoanal* 57: 426-443
- Zimmermann, F., J. Vogel-Kircher, et al. (2006) Der Analysand träumt von seinem Analytiker – Eine empirische Studie über Träume, Übertragungsträume und Sitzungsträume als Folge von Störungen des psychoanalytischen Rahmens. *Forum Psychoanal* 22: 44-58

Anhang

Abbildungen

- Abb. 1 Das Ulmer Fokus-Modell (S. 4)
- Abb. 2 Sechs Stadien der Therapieforschung (S. 7)
- Abb. 3 Das „Generic Model of Psychotherapy“ (S. 10)
- Abb. 4 Der Ulmer Interventions-Reaktions-Katalog (S. 47)
- Abb. 5 Analytische Produktivität (S. 48)
- Abb. 6 Interventions-Reaktions-Katalog (S. 62)
- Abb. 7 Ein dimensionales Modell psychoanalytischer Therapie (S. 69)
- Abb. 8 Anstieg der verbalen Redundanz (S. 165)
- Abb. 9 Gebrauch des unspezifizierten Ausdrucks „Mädchen“ im Verlauf der Behandlung (S. 167)
- Abb. 10 Angst-Schätz-Skalen (S. 198)
- Abb. 11 Übertragungs-Schätz-Skalen (S. 199)
- Abb. 12 Arbeitsbeziehungs-Schätz-Skalen (S. 200)
- Abb. 13 Sechs Angstformen transformiert N = 55 (S. 210)
- Abb. 14 Übertragungskonzepte transformiert N = 55 (S. 211)
- Abb. 15 Arbeitsbündnis-Konzepte (S. 212)
- Abb. 16 Scree-Plot (S. 215)
- Abb. 17 Verlaufs des Faktors 1 (S. 230)
- Abb. 18 Verlaufs des Faktors 2 (S. 231)
- Abb. 19 Verlaufs des Faktors 3 (S. 232)
- Abb. 20 Verlaufs des Faktors 4 (S. 233)
- Abb. 21 Verlaufs des Faktors 5 (S. 234)

Tabellen

- Tab. 1 Instrumente zur Erfassung von Beziehungsmustern (S. 58)
- Tab. 2 Definitionen eines Analytischen Prozesses (Vaughan et al. 1997) (S. 67)
- Tab. 3 Übersicht über Perioden und Sitzungen der Behandlung (S. 114)
- Tab. 4 Segment versus ganzer Sitzung; N = 10 Sitzungen (S. 203)
- Tab. 5 Merkmale Angst u. Übertragung: Präsenz in den Sitzungen; N = 55 Sitzungen (S. 204)
- Tab. 6 Bewusstheitsgrad: Häufigkeiten (S. 206)
- Tab. 7 Reliabilität. Kappa-Koeffizienten für dichotomisierte Ratings (vorhanden / nicht vorhanden); N = 55 Sitzungen (S. 207)
- Tab. 8 Reliabilität. Spearman Rang-Koeffizienten rho für Ratings des Konzeptes „bewusst“; N = 55 Sitzungen (S. 208)
- Tab. 9 Bildung des zusammengefassten Scores (S. 209)
- Tab. 10 Reliabilität. Spearman Rang-Koeffizienten rho für Ratings der integrierten Konzepte (Intensität + Grad der Bewusstheit); N = 55 Sitzungen (S. 213)
- Tab. 11 Faktorenanalyse, Faktoren-Eigenwerte. 33 Items; N = 55 Sitzungen (S. 215)
- Tab. 12 Faktorenanalyse, 5-Faktoren-Lösung, Varimax-Rotation; N = 55 Sitzungen (S. 216)
- Tab. 13 Sitzungen mit extrem hohen/niedrigen Faktorscores (S. 218)
- Tab. 14 Prozentuale Übereinstimmung der auswärtigen Psychoanalytiker (N= 25) mit der Forschergruppe (S. 227)
- Tab. 15 Zeittrends der Konzepte durch die drei Beurteiler – Spearman-Korrelation mit der Zeit (S. 235)
- Tab. 16 Zeittrends – Spearman-Korrelation der Faktorscores mit der Zeit (S. 235)
- Tab. 17 Varianzanalysen der Faktorscores (S. 237)

Curriculum vitae

Horst Kächele, geb. 1944

Studium der Medizin in Marburg (1963-1965), Leeds (1967), München (1965-1969)

Promotion Dr. med. 1969 an der Medizinischen Fakultät der Universität München bei Prof. Seitz. Zum Thema: Der Begriff „psychogener Tod“ in der medizinischen Literatur. (Z Psychosom Med Psychoanal 16: 105-129, 202-223, 1970)

Psychotherapeutische-psychoanalytische Weiterbildung in Ulm 1970-1975

Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm (1976) zum Thema „Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung“

Leiter der Sektion Psychoanalytische Methodik Universität Ulm 1977-1989

Leiter der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart 1988-2004

Lehrstuhl und Leitung der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm 1990-1996

Ärztl. Direktor der Universitätsklinik Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm 1. April 1997 bis 30. September 2009

Wissenschaftliche Auszeichnungen:

Merckle-Preis der Universität Ulm (zusammen mit Prof. Thomä und Dipl.-Psych. Schaumburg 1973

Merckle-Preis der Universität Ulm (zusammen mit Dr. Mergenthaler) 1986

Sigmund-Freud-Preis der Stadt Wien (zusammen mit Prof. Thomä) 2000

Mary Sigourney Award der American Psychoanalytic Association (zusammen mit Prof. Thomä) 2004

Visiting Professor der Psychoanalysis Unit, University College London 1995-2000; 2009

Profesor Visitante permanente der Universidad da Chile, Santiago – Chile seit 2005