

**Psychoanalytische (Einzelfall-)  
Psychotherapieprozeßforschung mit den  
Methoden der Plananalyse und des  
„Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“**

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie  
an der Fakultät für Psychologie und Pädagogik der

Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von **Katrin Dorber**

München, September 2007

Erstgutachter: Professor Dr. Wolfgang Mertens  
Zweitgutachterin: Professor Dr. Thea Bauriedl

Datum der mündlichen Prüfung: 30. Januar 2008

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis .....</b>	<b>3</b>
<b>Vorwort und Danksagung .....</b>	<b>5</b>
<b>Einleitung .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Theoretischer Kontext der Studie.....</b>	<b>9</b>
1.1 Psychoanalytische Behandlungs- und Prozeßtheorien: Ein Überblick .....	9
1.1.1 Freud über Psychotherapie .....	9
1.1.2 Die „Control Mastery Theory“ (CMT) von Weiss & Sampson.....	11
1.1.3 Die Interaktionsstruktur-Theorie von Ablon & Jones.....	12
1.1.4 Andere Behandlungs- und Prozeßtheorien und deren Wirkfaktoren .....	13
1.2 Einbettung der vorliegenden Studie innerhalb dieser theoretischen Konzeptionen .....	14
<b>2 Aktueller Stand der Forschung.....</b>	<b>17</b>
2.1 Analytische Psychotherapie-Prozeßforschung.....	17
2.1.1 Prozeßforschung mit den Methoden der Plananalyse und des Psychotherapie-Prozeß Q-Sort (PQS) .....	21
2.2 Zur Kontroverse zwischen Prozeß- und Outcome-Forschung .....	23
<b>3 Forschungsrahmen der vorliegenden Arbeit.....</b>	<b>27</b>
3.1 Die Münchener bindungs- und traumororientierte Psychoanalysestudie .....	27
3.2 Stichprobe und angewandte Methoden .....	28
3.2.1 Verwendete Stichprobe .....	28
3.2.2 Die Methode der Plananalyse.....	29
3.2.3 Die Methode des Psychotherapie-Prozeß Q-Sort (PQS).....	33
3.3 Grundlegende Fragestellungen.....	37
3.3.1 Der Bedeutung psychotherapeutischer Vorgänge für strukturelle Entwicklungsprozesse .....	37
3.3.2 Behandlungstechnische Wirkmechanismen im psychotherapeutischen Prozeß.....	41
3.3.3 Grundlegende Fragestellung .....	43
3.3.4 Die mikroanalytische Untersuchung des Psychotherapieprozesses mit Hilfe zweier sich ergänzender Meßinstrumente .....	45
3.3.5 Design der vorliegenden Arbeit .....	49
<b>4 Diskussion der Untersuchungsergebnisse .....</b>	<b>51</b>
4.1 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der vorliegenden Stichprobe .....	51
4.1.1 Patient 1.....	52

Inhaltsverzeichnis	4
<hr/>	
4.1.2 Patient 2.....	57
4.1.3 Patient 3.....	62
4.1.4 Patient 4.....	65
4.1.5 Vergleich der Verteilungen idealtypischer Items an den Polen .....	71
4.1.6 Vergleichende Betrachtung der „besonderen Momente“ im Psychotherapieprozeß und ihrer Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung.....	73
4.2 Zusammenfassende und abschließende Interpretation der Ergebnisse .....	81
4.2.1 Zur Kombinierbarkeit der verwendeten Methoden.....	82
4.2.2 Diskussion der Hypothesen.....	85
4.3 Vergleich der Ergebnisse mit Befunden anderer empirischer Studien .....	91
4.3.1 Die Anwendung der Methoden in anderen empirischen Studien.....	91
4.3.2 Vergleich mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien zur Wirksamkeitsforschung in analytischen Psychotherapien .....	94
4.4 Verdeutlichung des Stellenwertes der vorliegenden Ergebnisse im weiteren Forschungsumfeld .....	98
4.5 Weiterführende Fragestellungen für die zukünftige Forschung.....	101
<b>5     Schlußwort .....</b>	<b>103</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>105</b>
<b>Anhang A: Das Psychotherapieprozeß Q-Sort (PQS) von Enrico E. Jones.....</b>	<b>112</b>
Deutsche Übersetzung der Items und ihrer Erläuterungen (von K. Dorber).....	112
<b>Anhang B: Item-Verteilungen der PQS-Ratings pro Patient über alle Meßzeitpunkte .....</b>	<b>145</b>
Anhang B1: Patient 1.....	145
Anhang B2: Patient 2.....	146
Anhang B3: Patient 3.....	147
Anhang B4: Patient 4.....	148
<b>Lebenslauf .....</b>	<b>149</b>

## Vorwort und Danksagung

Wenn mir jemand zu Beginn meines Psychologiestudiums vor sieben Jahren (oder auch vor nur vier Jahren) prophezeit hätte, daß ich einmal im Fach Klinische Psychologie promovieren würde, hätte ich demjenigen wohl jeglichen Realitätssinn abgesprochen. Aufgewachsen in armen Verhältnissen, geprägt von zwanzig Jahren DDR-Kollektivismus und kruden Vorstellungen über weibliche Intelligenz, wäre mir ein solches Vorhaben unverfroren, ja geradezu ketzerisch erschienen. Gleichzeitig aber hätte sich unter die Gedanken der sicher geglaubten Unmöglichkeit auch klammheimlich die mir altbekannte Sehnsucht nach Wissen und Verstehen gemischt. Dieses fast gierige Bedürfnis wurde im Laufe der Jahre zu einem Motor, der mich so manchen Verzicht hat in Kauf nehmen lassen und letztendlich mit dafür verantwortlich war, daß ich eine Arbeit dieses Umfangs in nur knapp zwei Jahren schreiben konnte. Der Wunsch zu verstehen und die Suche nach dem (psychodynamischen) Kern der Dinge haben mich beim Hören der Tonbänder, aber auch später während der Arbeit an den Studententranskripten mehr als einmal fast zur Verzweiflung getrieben und gleichzeitig eine kreative Kraft in mir wiedererweckt, die ich längst verloren glaubte. Ohne die hervorragende, psychoanalytisch fundierte Ausbildung im Rahmen des Studiums hätte ich diese Prozesse sicher nicht als die Herausforderung und Bereicherung begreifen können, die sie heute für mich darstellen. Mein erster und größter Dank gilt deswegen meinem Mentor und Lehrer **Professor Dr. Wolfgang Mertens**, ohne dessen unerschütterliches Vertrauen in mein intellektuelles Potential, ohne dessen Unterstützung, Ermunterungen, Förderung und Zuneigung ich heute sicherlich weder diese Arbeit vorlegen könnte, noch mich der (vor allem finanziellen) Herausforderung der Ausbildung zur analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin gestellt hätte. In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei der **Steger-Hain-Stiftung** der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. bedanken, die mir durch die Gewährung eines Promotionsstipendiums ein freies, selbstbestimmtes und unbeschwertes Arbeiten und Forschen ermöglicht hat.

Voller Dankbarkeit seien hier aber auch diejenigen erwähnt, deren Freundschaft und Hilfsbereitschaft mich nicht an den kleinen und großen Widrigkeiten, die ein solches Projekt unweigerlich mit sich bringt, haben verzweifeln lassen: **Hakan Evcin**, dessen kritischer Geist und hervorragende Kochkünste mich in den zwei Jahren begleitet und

sowohl Wissenslücken als auch chronischen Vitaminmangel ausgeglichen haben; **Eva Brendel**, die mir im Laufe der Jahre unter vielem anderen auch ihre Studienausgabe vererbt hat, ohne die ich mich sicher erst viel später an Freud herangewagt hätte; **Ralf Hiller**, der mir mit unerschütterlicher Geduld aus so mancher computertechnischen Patente geholfen hat und dem ich ein inzwischen ansehnliches Repertoire an Tricks und Kniffen aus dieser Branche verdanke; **Doreen Schmidt** und **Christa Kick**, die mir trotz eigener straffer Terminpläne mit viel Kreativität bei der grafischen Präsentation dieser Arbeit geholfen haben; meine liebe Freundin **Iris Erlacher**, die das ihre zu einer ausgewogenen Ernährung beigetragen, aber auch durch so manchen Freundschaftsdienst für Ausgleich und den nötigen Abstand zur einsamen Arbeit zu Hause gesorgt hat.

Sie alle haben mich in meiner Faszination angesichts wachsender Seitenzahlen, zunehmenden Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten und tiefgreifender Selbsterkenntnisse begleitet und sind so – jeder auf seine Art – zu einem Teil dieser Arbeit geworden.

In tief empfundener Dankbarkeit und herzlichem Andenken möchte ich meine Doktorarbeit aber einer Frau widmen, die mich, obwohl sie meinem Vorhaben, „nun auch noch zu promovieren“, nicht ohne Skepsis gegenüberstand, nicht davon abzuhalten versuchte, sondern nach Kräften unterstützt hat:

**Marion Kunz** (\* 03.12.1930 † 16.12.2005).

München, im Frühjahr 2007

Katrin Dorber

## Einleitung

Angesichts immer lauter werdender Kritik an randomisiert-kontrollierten Studien zur Effektivität unterschiedlicher Therapieverfahren, die an der Realität von Patienten und therapeutischer Praxis vorbeigehen, hat sich die psychoanalytische empirische Forschung in den letzten Jahren vermehrt eines Designs bedient, das sich nicht mehr allein auf Endergebnisse von Untersuchungen fixiert, sondern mit einer reichhaltigen Methodenvielfalt den psychotherapeutischen *Prozeß* zu ergründen versucht. Hierbei werden sowohl die Perspektive des Patienten als auch die des Therapeuten und die durch beide Persönlichkeiten gestaltete Beziehung in die Analyse des Geschehens einbezogen.

In der vorliegenden Arbeit sollen ein mikro- und ein makroanalytisches Verfahren gemeinsam zum Einsatz kommen: Die aus der „Control Mastery Theory“ (CMT) von Josef Weiss entstandene Methode der Plananalyse und die von Enrico E. Jones entwickelte Methode des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS). Da beide Verfahren in ihren theoretischen Grundannahmen unterschiedliche Schwerpunkte des psychotherapeutischen Prozesses beleuchten, ist durch einen systematischen Methodenvergleich auch die Bandbreite der Erfassung sequentieller Veränderungen gewachsen. Auf diese Art könnte ermittelt werden, welche Interventionen bei welchem Patienten geeignet sind, um Therapie effektiv zu gestalten; gleichzeitig besteht auf diesem Wege aber auch die Möglichkeit, einer Antwort auf die bisher noch nicht zufriedenstellend geklärte Frage nach dem Wie bzw. Wodurch der Wirkmächtigkeit psychotherapeutischer Interventionen näherzukommen. In diesem Sinne soll hier anhand von audiografierten und transkribierten Therapiesitzungen, die im Rahmen der „Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ unter Leitung von Professor Dr. Wolfgang Mertens am Department für Psychologie der Ludwig-Maximilians-Universität München und in Zusammenarbeit mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. bei zwanzig Patienten zu jeweils fünf Meßzeitpunkten aufgezeichnet wurden, untersucht werden, in welchem Zusammenhang

- unbewußte Entwicklungspläne des Patienten und deren Berücksichtigung in den Interventionen der Analytiker (pro- bzw. antiplan-orientierte Deutungen);
- einzelne Prozeßmerkmale, wie z.B. empathische Zuwendung, Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, Widerstände, kathartische Erkenntnisse und die Entwicklung der therapeutischen Beziehung, die mittels PQS erhoben werden;

- Zeitpunkt, Qualität und Quantität dieser Interventionen und prozeßhaften Veränderungen

miteinander stehen und zu einer positiven Entwicklung des Patienten und damit einem erfolgreichen Abschluß analytischer Psychotherapien führen.

Auch wenn bei einer solchen, sich in der Prozeßforschung zwangsläufig ergebenden, Abtrennung einzelner Sequenzen vom therapeutischen Gesamtgeschehen die Gefahr besteht, durch die Synthese der Abläufe ein verfälschtes Bild der Entwicklungen zu erhalten, so wird durch die Kombination der beiden Methoden einer solchen Entstellung entgegengewirkt. Zweifelsohne sind die Verfahren von Weiss und Jones in ihrer Anwendung bzw. Auswertung sehr aufwendig. Nichtsdestotrotz scheint es jedoch sinnvoller zu sein, sich der Mikroanalyse des analytischen Therapieprozesses zu bedienen, um die Wirkung der oben genannten Bestandteile unter Beachtung der Individualität von Patienten und Therapeuten zu entschlüsseln, als durch sogenannte kontrollierte Studien die Komplexität intersubjektiven Erlebens unzulässig zu reduzieren. Deswegen sollen gleichzeitig auch beide Methoden in ihrer Reliabilität und Kombinierbarkeit auf den Prüfstand.

HINWEIS: Aus Datenschutzgründen konnte der empirische Teil meiner Arbeit mit seinem schweigepflichtgebundenen Patienten- und Therapeutenmaterial nicht veröffentlicht werden. Er ist für Mitarbeiter des Forschungsprojektes der „Münchner Bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ nach Rücksprache mit Professor Mertens einsehbar. Die in Kapitel 4 diskutierten Untersuchungsergebnisse wurden deswegen nochmals anonymisiert; dazu wurden u. a. das Geschlecht von Therapeuten und Patienten vereinheitlicht (männliche Fassung), die Patientencodes weggelassen und durch eine schlichte Numerierung (eins bis vier) ersetzt.



# 1 Theoretischer Kontext der Studie

## 1.1 Psychoanalytische Behandlungs- und Prozeßtheorien: Ein Überblick

### 1.1.1 Freud über Psychotherapie

Freud betonte in seinem Aufsatz „Zur Einleitung der Behandlung: Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I“ (1913) „die außerordentliche Verschiedenheit der in Betracht kommenden psychischen Konstellationen, die Plastizität aller seelischen Vorgänge“ und den „Reichtum an determinierenden Faktoren“, die eine „Mechanisierung“ der psychoanalytischen Technik verunmöglichten. Seine „Regeln für die Einleitung der Kur“ wußte er deshalb lieber als „Ratschläge“ verstanden, die „keine unbedingte Verbindlichkeit“ beanspruchen (Ergänzungsband, S. 183). Die Heilung von Psychoneurosen erfolge über die Persönlichkeit des Arztes, mit der er psychischen Einfluß ausübt und die Kranken in einen „Zustand der gläubigen Erwartung“ (ebd., S. 110) versetzt. Später (1937) betont Freud in „Die endliche und die unendliche Analyse“ die wechselseitige Beeinflussung von Patient und Arzt und legte damit den Grundstein für heutige (sogenannte moderne) Prozeßtheorien.

„Nicht nur die Ichbeschaffenheit des Patienten, auch die Eigenart des Analytikers fordert ihre Stelle unter den Momenten, die die Aussichten der analytischen Kur beeinflussen und dieselbe nach Art der Widerstände erschweren.“ (ebd., S. 387)

Um die Wirkmechanismen der Psychoanalyse zu verdeutlichen, bedient er sich der Metapher der Bildhauerei: Die psychoanalytische Kur nimmt (pathogene Ideen) weg, sie führt, im Unterschied zur Suggestivtechnik, nichts Neues ein, wirkt nicht durch Hinzufragen, sondern durch Aufdeckung. Die Entschleierung und Übersetzung des Unbewußten geht aber unter ständigem Widerstand vor sich, d.h. sie ist mit Unlust verbunden. Voraussetzung für die Beseitigung dieser anfänglichen Widerstände sind empathische Zuwendung und ernsthaftes Interesse, die eine enge Beziehung zwischen Therapeut und Patient, ähnlich der früher Bezugspersonen, und damit die Übertragung ermöglichen.

Freud beschreibt die psychoanalytische Behandlung als „Nacherziehung zur Überwindung innerer Widerstände“ (ebd., S. 118) und über die selektive „Macht der Analyse“:

„Gewiß vermag der analytische Arzt viel, aber er kann nicht genau bestimmen, was er zustande bringen wird. Er leitet einen Prozeß ein, den der Auflösung der bestehenden Verdrängung, 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.“ (ebd., S. 190)

Als positiv wirkende Momente im therapeutischen Geschehen benennt Freud (1940) in „Die psychoanalytische Technik“ (Ergänzungsband, S. 407 ff.):

- das durch Leiden motivierte Bedürfnis nach Genesung,
- intellektuelles Interesse und
- die positive Übertragung.

Analog dazu formuliert er auch die sich negativ auswirkenden Faktoren:

- negative Übertragung;
- ein Verdrängungswiderstand des Ichs (im Sinne von Unlust);
- Schuldgefühle aus dem Über-Ich und
- ein Krankheitsbedürfnis im Sinne eines nach innen gewendeten Destruktionstriebes.

Unter Beachtung dieser Anzeichen und Regeln sowie der strikten Einhaltung psychotherapeutischer Abstinenz sollte es dem Arzt möglich sein, sich als Projektionsfläche für frühkindliche Beziehungserfahrungen zur nachholenden Befriedigung infantiler (Trieb-)Wünsche zur Verfügung zu stellen. Durch die assoziative Nähe zu frühen Bezugspersonen des Patienten, respektive durch Idealisierung und eine positive Übertragungsbeziehung zum Therapeuten, entsteht der für die emotionale Aufarbeitung benötigte Rahmen. Dabei versucht der Analytiker sich „soweit es nur angeht die Lösung ihrer Rätsel von den Untersuchten selbst sagen zu lassen“ (Bd.1, S. 117).

Ziel der Freudschen Psychoanalyse ist also die Aufdeckung und Übersetzung unbewußter intrapsychischer Prozesse in bewußte. Nur wer um seine inneren Konflikte weiß, hat die Wahl zwischen verschiedenen Handlungsalternativen und neuen Lebensentwürfen.

### 1.1.2 Die „Control Mastery Theory“ (CMT) von Weiss & Sampson

Weiss & Sampson (1986; Weiss 1993) gehen in ihrer „Control Mastery Theory“ (CMT) von der Hypothese aus, daß sich aus traumatischen Erfahrungen in der Kindheit pathogene Überzeugungen oder Erwartungen entwickeln können, die der Verwirklichung wünschenswerter Ziele im Wege stehen und zur Aufrechterhaltung von Symptomen beitragen. In der Therapie wird der Analytiker dann zum Bündnispartner, der dem Patienten helfen soll, diese hemmenden Überzeugungen zu widerlegen bzw. zu korrigieren. Patienten treten ihren Therapeuten also mit einer unbewußten Bewältigungsmotivation, quasi einem unbewußten Behandlungsplan, gegenüber. Die CMT beherbergt demnach zwei grundlegende Konzepte: Jedem Patienten werden einerseits unbewußte Kontrollmöglichkeiten (control) über seine Abwehrstrategien zugesprochen, andererseits der unbedingte Wunsch, seine Probleme mit Hilfe eines empathischen Therapeuten zu meistern (mastery).

Grundlage dieser theoretischen Annahmen ist die späte Ich-Psychologie Freuds, in der die unbewußte Regulation von Abwehr nach den Prinzipien von Sicherheit versus Gefahr erfolgt und damit der Anpassung an die Realität dient. In der „Control Mastery Theory“ bedeutet dies, daß die Patienten unbewußt entscheiden, ob die therapeutische Beziehung genügend Sicherheit bietet, um bis dahin verdrängte Inhalte bewußt werden zu lassen bzw. pathogene Erwartungen aufgeben zu können. Ist dies der Fall, steht also der Therapeut als Bündnispartner zur Verfügung, können in der Übertragung diese frühen Beziehungskonstellationen reinszeniert werden, um ihre Gültigkeit zu prüfen und bei Bedarf alternative Bewältigungsmöglichkeiten zu finden.

Die „Control Mastery Theory“ ist demnach in geistiger Nähe zu kognitionspsychologischen Überlegungen (wie z.B. von Beck und Ellis) angesiedelt, bei denen (negative) Überzeugungen und Einstellungen am besten durch überzeugungsinkongruente reale Erfahrungen verändert werden. Nach Weiss & Sampson ist der Therapieverlauf deswegen durch eine permanente Wiederholung von sequentiellen Bewährungsproben (Übertragungs- oder Rollenumkehrtests) und den Reaktionen des Therapeuten (pro- oder antiplan-orientierten Deutungen) gekennzeichnet, die zwangsläufig zu einer Bestätigung oder Verwerfung pathogener Überzeugungen beim Patienten führen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht also in erster Linie darin, den unbewußten Plan des Patienten und seine pathogenen Überzeugungen bereits zu Beginn der Therapie bzw. in den Vorgesprächen zu erfassen, die zu erwartenden Tests zu antizipieren und den Patienten in seiner Funktion als aktiver Gestalter der Therapie wahrzunehmen. Sind diese Vorausset-

zungen erfüllt und richtet sich der Therapeut in seinen Reaktionen nach diesem unbewußten Behandlungsplan, kann ihn der Patient als Bündnispartner erkennen und seine Hilfe bei der Überwindung maladaptiver Erwartungen in Anspruch nehmen.

### 1.1.3 Die Interaktionsstruktur-Theorie von Ablon & Jones

Ablon & Jones betonen in ihrer theoretischen Konzeption vor allem die Einzigartigkeit des analytischen Prozesses für jede Patienten-Analytiker Dyade (Ablon & Jones 2005; Jones 1997 und 2000). Jede dieser Zweierbeziehungen verfügt über typische, sich im Laufe der Therapie wiederholende Muster der Beziehungsgestaltung, die sich gegenseitig beeinflussen und den jeweiligen psychotherapeutischen Prozeß unverwechselbar machen. Diese Interaktionsstrukturen, wie Ablon & Jones (ebd.) sie nennen, sind über die Zeit relativ stabile Modelle, die sich nur überaus langsam ändern lassen. *Den* analytischen Prozeß gibt es also nicht. Die Autoren bemerken dazu:

„For example, conceptualizations of analytic process now extend a focus on the mind of the patient to include the psychology and experience of the analyst, as well as the interactive dimensions inherent in the relation between analyst and analysand.“ (Ablon & Jones 2005, S. 542)

Ablon et al. verabschieden sich in ihren theoretischen Überlegungen von unidirektionalen Erklärungsansätzen des therapeutischen Prozesses, die die Persönlichkeit und Interventionen des Therapeuten oder aber strukturelle Gegebenheiten und Selbstreflexionskompetenzen des Patienten zur einseitigen Erklärung von Veränderungen bzw. der Lösung unbewußter Konflikte heranziehen. Sie betonen statt dessen die Reziprozität des Einflusses in der therapeutischen Dyade, ohne deren Asymmetrie zu leugnen. In ihrer Theorie verbinden Ablon & Jones die heilende Wirkung von Einsicht und Beziehungseffekten miteinander und schlagen Brücken zwischen konzeptionellen Polaritäten. Sie schaffen damit

„a new framework, which emphasizes the presence and meaning of repetitive patterns of interaction in the ongoing therapeutic process. Interaction structures – repeated, mutually influencing interactions between therapist and patient – are a fundamental aspect of therapeutic action.“ (ebd., S. 565)

Die Untersuchung von Interaktionsstrukturen kann demnach einen Weg aufzeigen, empirisch jene Aspekte eines therapeutischen Prozesses zu formulieren bzw. zu operationalisieren, die sich auf die Bereiche „responsiveness, transference-countertransference,

enactments and intersubjectivity“ (Jones 2000, S. 16) beziehen und somit psychologische Strukturen sowohl des Therapeuten als auch des Patienten reflektieren. Wenn sich diese im Laufe des therapeutischen Prozesses mittels Übertragungs-/Gegenübertragungsanalyse ändern, ist dies ein Indiz für strukturelle Änderungen beim Patienten.

In Anlehnung an Fonagys (2004) Konzepte zur Mentalisierung und Affektregulierung, nach denen die Wahrnehmung der Urheberschaft des Selbst und Reflexionsfähigkeit nur durch adäquate Spiegelung erreicht werden können, unterstreichen Ablon & Jones (2005) die sich ergänzenden Wirkmechanismen von Beziehung und Einsicht und betonen gleichzeitig den theoretischen Einfluß aller psychoanalytischen Schulrichtungen auf ihre „pantheoretische“ (ebd., S 566) Perspektive.

#### **1.1.4 Andere Behandlungs- und Prozeßtheorien und deren Wirkfaktoren**

Heutige Prozeßmodelle, wie die von Ablon & Jones (2005), Rudolf (2000), Mertens (1993; 1996) und Thomä & Kächele (1996) betonen erneut die reziproken Einflüsse therapeutischer Interaktionen. Mertens (1993) unterstreicht die „psychischen Vorgänge im Patienten als Wirkfaktoren“, die als Lernvorgänge aber „nicht losgelöst von der Person des Lehrenden“ (ebd., S. 214) (d.h. des Analytikers) vonstatten gehen und hebt damit die Aktualität der Freudschen Hypothese hervor, daß der Patient in der Lösung seiner Konflikte nur so weit komme, wie der Analytiker „seine eigenen Komplexe und inneren Widerstände“ (Ergänzungsband, S. 126) einigermaßen erfolgreich bewältigt hat. Als die drei grundlegenden Wirkfaktoren therapeutischer Veränderungsprozesse benennt Mertens (1993) von Affekten begleitete Einsichten, die Internalisierung (von Aspekten der analytischen Beziehung) und die durch die empathische Haltung des Analytikers ermöglichten qualitativ neuen Beziehungserfahrungen.

Auch Rudolf (2000) fordert eine stärkere Einbeziehung des Therapeuten als Interaktionspartner und die Betrachtung des Gesamtvorganges der Psychotherapie als Sequenz von mikro- und makroprozeßhaftem Geschehen. Um den therapeutischen Prozeß an sich zu verstehen, müssen anhand von Einzelfallanalysen Mikroprozesse (Interaktions-episoden) auf ihre intrapsychische und interaktionelle Regulation hin untersucht werden. So können das Zusammenspiel der Patienten- und Therapeutenpersönlichkeit und damit die Wirkung therapeutischer Interventionen erfaßt werden. Rudolf versteht jeden „Kommunikationsprozeß als ein Multikanalgeschehen (...), in dem sich die inneren Zustände des einen Interaktionspartners in körperlichen und sprachlichen Verhaltensweisen unterschiedlicher zeitlicher Dauer konkretisieren“ (ebd., S. 536). Auch dürfe das

Geschehen außerhalb der Therapiesitzungen (Makroprozesse) in der Psychotherapieprozeßforschung nicht gänzlich außer acht gelassen werden.

Ähnliche Schwerpunkte setzen Thomä & Kächele (1996) in ihrem „Ulmer Prozeßmodell“, in dem sie auch die impliziten modellhaften Überzeugungen praktizierender Psychotherapeuten zum Forschungsgegenstand machen. Diese Konzepte prägen die Erwartungen des Analytikers und haben somit ebenso Einfluß auf die durch Interaktion gestaltete Wahl von sich wiederholenden thematischen Foki innerhalb des therapeutischen Prozesses. Die „Control Mastery Theory“ von Weiss & Sampson wird hier quasi um die Person des Therapeuten mit seinen bewußten, vorbewußten, aber auch unbewußten Plänen, Erwartungen und Überzeugungen erweitert: Das, was dieser für deskriptiv hält, setzt er im therapeutischen Handeln präskriptiv um. Thomä & Kächele fordern deshalb einen heuristisch-kreativen (und nicht algorithmischen) Umgang mit Prozeßmodellen, d.h. der Psychoanalytiker sollte vor allem auf diejenigen Informationen und Ereignisse innerhalb des therapeutischen Prozesses achten, die *nicht* mit seinen impliziten Prozeßmodellen konform gehen, um sein Prozeßverständnis entsprechend der Persönlichkeit seines Patienten modifizieren zu können. Trotz der emotionalen Belastung, die eine permanente Überprüfung des eigenen Modells für den Therapeuten mit sich bringt, ist dies doch als Steuerungsinstrument und Kontinuitätsgarant innerhalb des Therapieprozesses unerlässlich.

## **1.2 Einbettung der vorliegenden Studie innerhalb dieser theoretischen Konzeptionen**

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich in ihren theoretischen Grundannahmen vor allem auf den Aspekt der Multidirektionalität innerhalb des therapeutischen Geschehens. Auch wenn die „Control Mastery Theory“ von Weiss & Sampson diese nicht zur Gänze teilt, so soll dennoch versucht werden, die Methode der Plananalyse im Sinne moderner Prozeß- und Behandlungstheorien anzuwenden. Aus diesem Grunde wurde das Verfahren um zwei Module erweitert:

1. Um dem in der Planformulierung vernachlässigten Aspekt der Erfassung der Psychodynamik des Patienten besser gerecht werden zu können, wurde das Kapitel „Diskussion alternativer Hypothesen“ (Dorber 2005) hinzugefügt. Darin wird anhand der zur Verfügung stehenden Erstinterviews die vermutete Psychodynamik ausführlich besprochen und ein Ausblick auf die mögliche Gestaltung der therapeu-

tischen Beziehung und der Entwicklung des Patienten gegeben. Parallel dazu finden sich unter diesem Absatz Hypothesen, die sich auf mögliche Schwierigkeiten, die dem Analytiker begegnen könnten, beziehen und von entscheidender Bedeutung für die Formung und Entfaltung der Patienten-Analytiker Dyade und die Behandlung auftretender Prozeßmerkmale, wie Widerstände, Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, sind.

2. Des Weiteren wurden die einzelnen pathogenen Überzeugungen mit einer vermuteten Chronologie ihrer Entstehung ausgestattet (Dorber 2005). Diese ist als Orientierungshilfe bezüglich des zu erwartenden Auftauchens (in umgekehrter Reihenfolge) dieser Überzeugungen im therapeutischen Prozeß gedacht. In Anlehnung an die Annahmen Kohuts, daß „der Prozeß der Analyse von der Oberfläche zur Tiefe fortschreitet“ (zit. nach Thomä & Kächele 1996, S. 432), können so Parallelen zum Zeitpunkt des Einsatzes der formulierten Tests gezogen werden. Diese Antizipation einzelner Prozeßmerkmale ermöglicht eine Überprüfung bestimmter, aus der Psychodynamik des Patienten gewonnener, theoretischer Überlegungen zum Verlauf des psychotherapeutischen Prozesses und seiner inhärenten Wirkmechanismen, die jeweils in der, die einzelnen Patienten betreffenden, Zusammenfassung diskutiert werden.

Mit jenen Änderungen wurde die Anwendung der Methode der Plananalyse im Sinne der oben formulierten theoretischen Grundannahmen möglich. Diese fließen dadurch nicht nur in die Planerstellung ein, sondern manifestieren sich auch in den Einschätzungen pro- oder antiplanorientierter Deutungen, sowie progressiver oder regressiver Reaktionen seitens der Patienten (vgl. dazu auch Kapitel 3.2.2).

Dem quasi entgegengesetzt verhält sich die Einbettung der Methode des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS), das zwar in den ihm zugrundeliegenden theoretischen Ansätzen mit den Konzepten dieser Arbeit weitestgehend konform geht, aber von Jones et al. als therapievergleichendes Verfahren designed wurde. Die an der Entwicklung des PQS beteiligten erfahrenen Psychotherapeuten setzten sich zu etwa gleichen Teilen aus psychodynamischen bzw. kognitiv-behavioralen Praktikern zusammen. Zwangsläufig bildet das PQS also einen Pool aus prototypischen Items beider Therapierichtungen. Da die „Münchener Psychoanalysestudie“ aber vor allem an bindungs- und strukturbezogenen Aspekten des *analytischen* Psychotherapieprozesses arbeitet, schien ein Rating der zwanzig als prototypisch für kognitiv-behaviorale Therapien benannten Items (Ablon &

Jones 1998) eher überflüssig. Entgegen meinen Erwartungen erwies sich die Auswertung dieser Items aber gerade dann als überaus hilfreich, wenn sich die therapeutische (Übertragungs-)Beziehung im analytischen Sinne schwierig gestaltete, so daß auf die Anwendung einer ursprünglich geplanten neuen Version, einem bindungsorientierten Q-Sort-Verfahren (BQS; Dorber 2006; unveröffentlicht), verzichtet werden konnte.

Durch die Kombination und Kreuzvalidierung beider Verfahren soll sich der Frage nach den ursächlichen Wirkmechanismen psychotherapeutischer Arbeit unter der Prämisse angenähert werden, daß sich der Entwicklungsprozeß analytischer Psychotherapien (vor allem) innerhalb des Dreiecks Patient - Therapeut - Beziehung vollzieht. Die Persönlichkeiten beider Protagonisten und das durch ihre Erfahrungen, Erwartungen, Menschenbilder und Lebenskonzeptionen gestaltete Bündnis bieten den Rahmen, in dem sich strukturelle Veränderungen vollziehen können. In welchem Maße dyadetypische Interaktionsstrukturen, dem Patienten immanentes unbewußtes Wissen um seine Gesundheit oder aber andere Faktoren dabei eine Rolle spielen, soll durch die Anwendung der Methoden der Plananalyse von Weiss & Sampson und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ von Jones et al. eruiert werden.



## 2 Aktueller Stand der Forschung

Einen „aktuellen“ Stand der Forschungsarbeiten auf dem Gebiet der Psychotherapie zu vermitteln, ist kein leichtes Unterfangen. Zum einen kann die moderne empirische Prozeßforschung, unabhängig von der Anzahl der eingesetzten Methoden, doch immer nur einen kleinen, fokussierten Aspekt des therapeutischen Geschehens ermitteln, zum anderen ist der Gegenstand solcher Arbeiten natürlich in hohem Maße von dem zugrundeliegenden Menschenbild bzw. der therapeutischen Schulrichtung abhängig. Dementsprechend möchte ich im ersten Teil dieses Kapitels einen kurzen historischen Überblick über die Entwicklung speziell der analytischen Psychotherapieforschung geben, um dann in einem zweiten Teil auf die Kontroverse zwischen Einzelfall- und evidenzbasierten Kontrollgruppenstudien einzugehen.

### 2.1 Analytische Psychotherapie-Prozeßforschung

Eine der bekanntesten Aussagen des „Entdeckers“ der Psychoanalyse zum Zusammenhang zwischen Psychotherapie und Forschung findet sich in seinem „Nachwort zur Frage der Laienanalyse“. Sigmund Freud schreibt hier 1927:

"In der Psychoanalyse bestand von Anfang an ein Junktim zwischen Heilen und Forschen, die Erkenntnis brachte den Erfolg, man konnte nicht behandeln, ohne etwas Neues zu erfahren, man gewann keine Aufklärung, ohne ihre wohltätige Wirkung zu erleben." (Ergänzungsband, S. 347)

Damit holte er die Forschung in die Therapiezimmer und machte die Einzelfallstudie zum Nonplusultra wissenschaftlicher Erkenntnishaltung. Das Augenmerk lag hier zunächst vor allem auf der Erbringung des Nachweises, daß die „psychoanalytische Kur“ (ebd., S. 123) überhaupt wirkt. Dieser individuellen Outcome-Forschung lag eine Ein-Personen-Psychologie zugrunde, in der die Psychodynamik des Patienten im Vordergrund stand und der Arzt seine Gegenübertragung nicht nur zu reflektieren, sondern vor allem zu bewältigen hatte. Aus heutiger Sicht steht diese Form der Erkenntnishaltung vor allem bei der Überprüfung und zur Validierung patientenbezogener Hypothesen in analytischen Psychotherapien im Vordergrund und stellt somit ein probates Mittel zur Aufrechterhaltung der von Freud geforderten gleichschwebenden Aufmerksamkeit und einer permanenten Reflexion des eigenen intrapsychischen Geschehens seitens des The-

rapeuten dar. Obwohl aus psychoanalytischer Sicht die Einzelfallforschung wie schon zu Freuds Zeiten ein unverzichtbarer Bestandteil wissenschaftlicher Arbeit geblieben ist, so gilt es, zur Überprüfung theoretischer Annahmen das „Junktim“ *auch* aus den Therapiezimmern heraus einer offline-Perspektive zugänglich zu machen.

Die Untersuchung und Beforschung der psychoanalytischen Technik blieb über viele Jahrzehnte Fokus wissenschaftlicher Arbeit. In ihrer Überblicksarbeit zur Prozeßforschung zitiert Bucci (2005, S. 321ff.) unter anderem Wallerstein und seine Unterteilung der Prozeßforschung in *vier Generationen*. Unter Verwendung von zumeist transkribiertem Stundenmaterial war es das Anliegen der *ersten Generation*, anhand von Einzelfällen geeignete, d.h. objektive Erhebungsmethoden zur Beleuchtung des Psychotherapieprozesses zu entwickeln. Der Fokus auf bestimmte Aspekte innerhalb des therapeutischen Geschehens war dabei für die Validierung und Reliabilität dieser Erhebungsmethoden unerlässlich. Das Interesse galt hier weniger dem Verhalten bzw. den Symptomen der Patienten als vielmehr ihrer allgemeinen psychischen Verfassung, ihren Beziehungsmustern, ihren (unbewußten) Erwartungen und der Interpretation ihrer Wahrnehmungen – kurz ihrer psychischen Struktur. Um diese einschätzen und damit eine geeignete Therapieform für den Patienten finden zu können, wurden zum einen Methoden entwickelt, die sich auf spezielle (problematische) Themen bezogen und diese operationalisiert zu erfassen suchten (z.B. das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema – ZBKT“ von Luborsky 1977 oder die Methode der Plananalyse von Weiss et al. 1986), zum anderen wurde nach neuen Wegen und Möglichkeiten gesucht, um die therapeutische Dyade mit ihren Interaktionsmustern näher zu beleuchten (z.B. das „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ von Jones 2000). Letztere beziehen sich vor allem auf die therapeutische Interaktion und deren Wechselwirkungen mit Themenwahl, Interventionsmethoden, die weitere Ausgestaltung der therapeutischen Beziehung etc. Weiss & Sampson hingegen betonten mit ihrer „Control Mastery Theory“ (CMT), aus der später die Methode der Plananalyse hervorging (vgl. hierzu auch die Kapitel 1.1.2 und 3.2.2), besonders die Bedeutung früh erlernter Beziehungsmuster, die in der Kindheit der Anpassung in der Beziehung und damit dem (psychischen) Überleben dienten, sich im weiteren Lebenskontext aber als maladaptiv und entwicklungshemmend erwiesen. Dieser Methodentypus fokussiert also eher die Psychodynamik des Patienten. Ziel dieser ersten Generation war die Untersuchung struktureller Entwicklungen und Veränderungen des Patienten durch die therapeutische Interaktion mit Hilfe objektiver Methoden und auf der Datenbasis von Einzelfällen.

Die *zweite Generation* der Prozeßforschung zeichnete sich nach Bucci (2005) durch eine konsequente Kombination verschiedener, auf ihre Validität und Reliabilität hin bereits genügend geprüfter Erhebungsmethoden der ersten Generation aus. In Ansätzen wurden hier auch erste Untersuchungen über die Zusammenhänge zwischen Prozeß und Outcome durchgeführt. In mehreren großen Studien wurde die Konstruktvalidität dieser Methoden untersucht. Sie faßt die Anliegen dieser Studien wie folgt zusammen:

„The development of instruments continued and expanded in new ways in this second generation. The collaborative approach enabled researchers to build the construct validity of the measures in several ways: to demonstrate to what extent a) different methods that claim to measure the same underlying variables converge; b) the measures are assessing what they claim to measure; and c) the mini-outcomes defined with process measures are associated with treatment effects defined in traditional behavioral and symptomatic terms.” (ebd., S. 325)

Da die Methoden der ersten Generation eine weitgehende Operationalisierung des Übertragungsbegriffs ermöglicht hatten, konnten nun die Einflüsse bewußter und unbewußter mentaler (Übertragungs-)Prozesse auf Gestaltung und Verlauf der therapeutischen Interaktionen untersucht werden. Eine besondere Herausforderung stellte hierbei die Koordination der verschiedenen Meßergebnisse mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten dar. Wie auch in der vorliegenden Arbeit bestand die Schwierigkeit vor allem darin, die Ergebnisse der heterogenen Herangehensweisen mit ihren unterschiedlichen Foki in Bezug auf das zu untersuchende Stundenmaterial und der daraus resultierenden Fülle an Informationen miteinander zu vergleichen und in einem einheitlich strukturierten Schema darzustellen. Eine systematische Kreuzvalidierung war also zunächst nicht möglich. Die Lösung dieses Problems erschloß sich aus dem Rating von vorwiegend jenen Therapiesequenzen, die Berichte über Interaktionen mit anderen Menschen zum Inhalt hatten. Im analytischen Verständnis beinhalten solche Narrative Repräsentanzen von unbewußten Erfahrungen bzw. Erwartungen und Beziehungsmustern, die so mit Hilfe unterschiedlicher Methoden herausgefiltert, analysiert und aus denen Schlußfolgerungen über die inneren Arbeitsmodelle des Patienten hergeleitet werden können. Auf diese Weise wurden auch strukturelle Veränderungen im Verlauf einer Therapie faß- und meßbar.

In aktuellen Studiendesigns der *dritten Forschungsgeneration* rückt nach Bucci (2005) nun zunehmend auch die Persönlichkeit des Psychoanalytikers mit seiner subjektiven

Erfahrungswelt ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Außerdem ist eine partielle Rückkehr zur Freudschen Jungtimforderung zu beobachten, die Forschung und klinische Arbeit verstärkt zu integrieren versucht. Hatte die zweite Generation ihr Interesse noch ausschließlich auf „objektive“, d.h. meßbare Indikatoren des therapeutischen Geschehens gelenkt, so wird durch die Hinzuziehung der Analytiker als teilhabender Forscher das Spektrum derjenigen Faktoren, die Veränderungen hervorrufen und etablieren, um einen wesentlichen erweitert. Die „Münchner bindungs- und traumororientierte Psychoanalysestudie“ ist in ihrem Design im großen und ganzen an diesen elementaren Überlegungen ausgerichtet und hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Übergang in eine *vierte Generation* von Psychotherapieprozeßforschung zu bereiten und Erkenntnisse über das Wie von Veränderungen durch therapeutische Interventionen innerhalb der Beziehung zu erbringen. Bucci (2005) fordert für künftige Forschungsarbeiten dazu:

„The fundamental goal of process research may be stated as identification and validation of the factors leading to change in maladaptive emotion schemas (defined psychoanalytically as structural change).“ (ebd., S. 329)

Sie formuliert außerdem sechs Forderungen, die ihr im Hinblick auf den wissenschaftlichen und gesellschaftspolitischen Beitrag, den die Psychoanalyse in Verbindung mit anderen Disziplinen leisten kann, unerlässlich erscheinen und die ich hier deshalb kurz zusammenfassen will:

1. Integrative Kombination unterschiedlicher reliabler und validierter Meßinstrumente, die sowohl eine mikro- als auch eine makroanalytische Betrachtung des Datenmaterials ermöglichen
2. Einbeziehung der subjektiven Eindrücke des behandelnden Analytikers
3. Hinzuziehung von erfahrenen Klinikern, die das Datenmaterial auf einer eher makroanalytischen Ebene systematisch beurteilen
4. Rückmeldung an die behandelnden Therapeuten
5. Festlegung des theoretischen Rahmens mit operationalisierten psychoanalytischen Konzepten
6. Veröffentlichung der Forschungsergebnisse im Hinblick auf die Wegbereitung für künftige prospektive und katamnestic Designs im Sinne einer psychoanalytischen Prozeß-Outcome-Forschung

Da besonders die Punkte 2 und 3 einen erheblichen zusätzlichen Zeit- und Kraftaufwand für psychoanalytische Forschungsdesigns bedeuten und aus diesem Grunde mitunter vernachlässigt werden, stellen vielleicht gerade sie die maßgebliche Herausforderung für die *vierte Generation* der Prozeßforschung dar und damit auch für die „Münchener bindings- und traumororientierte Psychoanalysestudie“, in deren Rahmen die vorliegende Arbeit eingebettet ist. Diese verfolgt mit dem Anliegen einer multimethodischen Prozeßforschung das anspruchsvolle Ziel, trotz einer zwangsläufigen Partialisierung des Gesamtgeschehens, gültige Aussagen über das therapeutische (Prozeß-)Geschehen zu formulieren und damit auch einen Beitrag zur Wirkmächtigkeit des analytischen Verfahrens (immer in Abhängigkeit vom jeweiligen Patienten, seinen vorherrschenden Konflikten und seinem Strukturniveau) zu leisten.

### **2.1.1 Prozeßforschung mit den Methoden der Plananalyse und des Psychotherapie-Prozeß Q-Sort (PQS)**

Eine erste deutschsprachige Reliabilitätsstudie zur Methode der Planformulierung liegt von Cornelia Albani, Reto Volkart et al. bereits vor. Die Ergebnisse dieser Forschergruppe der Universität Ulm entsprechen trotz „minimalen gemeinsamen Trainings“ (Albani 2000, S. 7) denen der San Francisco Psychotherapy Research Group und werden angesichts dessen als „gut“ bewertet (ebd.). In dieser Arbeit findet sich auch ein guter Überblick über die Ergebnisse von Reliabilitäts- und empirischen Studien aus dem englischsprachigen Raum.

Eine aufgrund personeller Gegebenheiten allerdings modifizierte Anwendung der Methode der Planformulierung stellt Reto Volkart in seiner Arbeit „Patient und Therapeut zwischen Skylla und Charybdis“ (Volkart 1995) vor. Die dort geschilderten Einschränkungen kamen im wesentlichen auch in der vorliegenden Arbeit zum Tragen und sind zusammen mit den hier vorgenommenen Änderungen in Kapitel 1.2 näher erläutert.

Enrico E. Jones hat mit seiner Methode des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“<sup>1</sup> (PQS) hingegen ein standardisiertes Forschungsinstrument geschaffen, das zur Erfassung und zum Vergleich des Geschehens in analytischen *und* kognitiv-behavioralen Psychotherapien geeignet ist. Erfahrene Psychotherapeuten beider Schulrichtungen wurden gebeten, das Geschehen idealtypischer Therapiestunden anhand eines PQS-Fragebogens zu be-

---

<sup>1</sup> Basis für die Entwicklung eines therapiespezifischen Q-Sort-Verfahrens war die von Stephenson 1953 und von Block 1961 weiterentwickelte Q-Sort-Methode.

schreiben. Aus der Auswertung dieser Arbeiten entstand dann der Prototyp des hier vorgestellten Verfahrens. Erste Untersuchungen von Jones et al. ergaben dazu Interrater-Reliabilitäten von .83 bis .89 (Ablon & Jones 2005, S. 548). Das PQS wurde bisher vor allem bei Untersuchungen von Einzelfällen (z.B. von Albani et al. 2000; Jones 1997 und 2000; Ablon & Jones 2005), aber auch im direkten Vergleich verschiedener Therapierichtungen (z.B. Ablon & Jones 1998; Jones 2000) eingesetzt. Ein guter und ausführlicher Überblick über den Stand der Forschung mit dem PQS in diesen Anwendungen findet sich bei Albani et al. (2005).

Eine Kombination der Methoden des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ und der Plananalyse, wie sie in der hier vorgestellten Arbeit zum Einsatz kommt, existiert meiner Kenntnis nach noch nicht. Aber angesichts von Befunden, daß psychodynamische und kognitiv-behaviorale Therapieverfahren eine vergleichbare Effektivität aufweisen – obgleich beide Verfahren dem Ziel nach unterschiedliche Techniken einsetzen – und ausgehend von der Erkenntnis, daß Psychotherapie in der Mehrzahl der Fälle wirkt, ohne daß man bislang genau weiß, was wirkt, ist es dringend geboten, den therapeutischen Prozeß mikro- und makroanalytisch genauer zu untersuchen. Alleinige Outcome-Analysen sind somit nicht mehr ausreichend. Deshalb muß in einem einzelfallmethodologischen Vorgehen mit Hilfe von geeigneten Methoden ein Aufschluß darüber gewonnen werden, welche psychoanalytischen und -dynamischen Methoden bei welchem Patienten angemessen sind. Der Vorteil dieses Design liegt – trotz der Defizite der verwendeten Methoden (vgl. dazu Kapitel 1.2, 3.3.4 und 3.3.5) – in den Möglichkeiten gegenseitiger Ergänzung. So darf – grob zusammengefaßt – festgestellt werden, daß die Plananalyse sowohl biografische Daten als auch die Psychodynamik des therapeutischen Geschehens mikroanalytisch erfaßt; das PQS hingegen eher makroanalytisch den Therapieprozeß „unabhängig von speziellen Therapietheorien“ (Albani et al. 2000, S. 152) untersucht. Dergestalt sollte es also möglich sein, anhand der Erstellung des Patientenplans eine Hypothese über den Verlauf des PQS-Ratings entwerfen und somit auch einen direkten Methodenvergleich anstellen zu können. Auch wenn der Aufwand dafür ein beträchtlicher ist, so scheint er doch angemessen. Denn nur durch eine multimethodische Betrachtung psychotherapeutischer Prozesse, wie sie Bucci (2005) für die Prozeßforschung vorschlägt, können letztlich Fragen nach der Angemessenheit verschiedener Methoden beantwortet und die Wirkmechanismen analytischer Psychotherapien in einem dichten Verstehensprozeß auch erforscht werden. Die Bewertung bzw. Einschätzung einer therapeutischen Intervention läßt sich schließlich nicht losgelöst von

der Kenntnis dyadespezifischer Interaktionsmuster und der diesen zugrundeliegenden Psychodynamik vornehmen. Gedo (1999) wirft hierbei die Frage auf, wie eine „erfolgreiche“ Intervention empirisch definiert werden soll: „When the participant-observer and outside judge perspectives differ, to which should we give precedent?“ (ebd., S. 275 f.), und schlägt vor, beide Perspektiven einzubeziehen, um vorschnelle Rückschlüsse zu vermeiden. Entscheidend sei dabei, die gemeinsame Sprache, die Therapeut und Patient im Laufe des Therapieprozesses entwickelt haben, systematisch in solche Bewertungsentscheidungen einzureihen, um die Bedeutung von zunächst unwichtig erscheinenden Episoden, die für einen tieferen Verstehensprozeß des weiteren therapeutischen Geschehens aber von maßgeblicher Bedeutung sein können, nicht zu vernachlässigen, „because crucial therapeutic events are multidimensional, we need to take several dimensions into account statistically“ (ebd., S. 277). Er zitiert dabei eine Forderung von Geertz, der das Ziel empirischer Forschung nicht in der Generalisierung „across cases“ (ebd., S. 278), sondern in der Generalisierung innerhalb einer Einzelfallstudie sieht. Nur durch Einzelfallstudien, so Gedo (1999), werde eine Annäherung an die vielschichtigen, multidimensionalen und in ihrer Komplexität nur schwer faßbaren Vorgänge psychotherapeutischer Prozesse möglich sein.

## 2.2 Zur Kontroverse zwischen Prozeß- und Outcome-Forschung

Daß Forschung schon immer vor allem von gesellschaftspolitischen Zwängen und Weltbildern dominiert wurde und im Falle der Psychotherapieforschung besonders die Frage nach der künftigen Finanzierbarkeit durch Krankenkassen im Vordergrund steht, ist nicht weiter verwunderlich. Kontraproduktiv sind in dieser Hinsicht jedoch zwei Aspekte: Zum einen die Forderung nach reinen Effizienznachweisen<sup>2</sup> seitens der Kostenträger, die nachhaltige oder gar präventive Gesichtspunkte meist außer acht lassen. Zum anderen die über lange Jahre vermißte analytische Psychotherapieforschung in Deutschland, die nach ihrer Aufnahme in der Leistungskatalog der Krankenkassen 1967 zunächst wenig diesbezüglichen Handlungsbedarf sah und so der rein empirischen psychologischen Forschung der kognitiv-behavioristischen Therapierichtungen mit ihren randomisierten Kontrollgruppendesigns viel von der Domäne überließ (zumal deren

---

<sup>2</sup> Die Begriffe „efficacy“, „effectiveness“, „efficiency“ stammen aus der Evaluationsforschung, die im Gesundheitswesen eine immer größere Rolle spielen. Mit „efficacy“ bezeichnet man die Wirksamkeit, wie sie sich unter Laborbedingungen einstellt, mit „effectiveness“ die Effektivität unter naturalistischen Bedingungen und mit „efficiency“ schließlich die Effizienz. Die Untersuchungen zur Effizienz berücksichtigen zusätzlich zur Wirksamkeit oder Effektivität eben auch den Kosten-Nutzen-Gesichtspunkt.

Forschungsgegenstand mit wesentlich weniger Aufwand zu ergründen ist). So bedurfte es erst der „vernichtenden“ Kritik eines Klaus Grawe zu Beginn der 1990er Jahre, um psychoanalytischen Forschergeist im deutschsprachigen Raum wieder auf den (gesellschaftspolitisch relevanten) Plan zu rufen. Der globale Trend hin zu einer ökonomisch dominierten Betrachtung von Mensch und Gesellschaft tut ein übriges: Das Verführungspotential von kurzen, wissenschaftlich und finanziell leicht überschaubaren Therapien ist immens, so daß es nicht verwundert, daß so komplexe Aspekte wie der therapeutische Prozeß oder die Art und Weise, zwischenmenschliche Beziehungen unbewußt zu gestalten, drohen, in den Hintergrund gedrängt zu werden. Zwar ist die Psychoanalyse eine der am häufigsten empirisch untersuchten Theorien im 20. Jahrhundert (vgl. auch Kapitel 2.1) und die therapeutische Landschaft in Deutschland (noch) zu etwa gleichen Teilen zwischen Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie bzw. Psychoanalyse aufgeteilt, ein Liebäugeln in den Reihen der Entscheidungsträger mit den pragmatischeren Betrachtungsweisen, wie sie kognitiv-behaviorale Therapierichtungen anbieten, aber offenkundig.

Dabei ist es unbestreitbar, daß erst das Verständnis des mikroprozeßhaften Geschehens von Therapien Aussagen darüber zulassen würde, *wie* überhaupt Psychotherapie wirkt und wie die Ergebnisse der Erfolgsforschung in ihrem jeweiligen Kontext verstanden werden können. Das Ziel psychoanalytischer Einzelfallstudien, wie der hier in Kapitel 3.1 vorgestellten „Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ von Mertens, ist es demnach, die Prozesse, die zwischen Patient und Therapeut ablaufen, deren Auswirkungen auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und damit auf (strukturelle) Veränderungen beim Patienten zu beleuchten und in einen konkreten Zusammenhang mit den Ergebnissen der jeweiligen Therapie zu stellen. Eine vereinheitlichte Forschung bzw. normierte Psychotherapien können dieser Aufgabe nicht gerecht werden. Eine, wie mir scheint, wesentliche Forderung von Bänninger-Huber (Sonnenmoser 2002), betrifft dementsprechend auch den Wunsch nach „mehr Studien aus dyadischer Perspektive“ (ebd., S. 154). So blieb bei aktuellen Untersuchungen bisher einzig die Frage nach der Wirksamkeit bestimmter Therapie- bzw. Interventionsformen bei bestimmten Störungsbildern relevant, die nach dem Warum dieser Ergebnisse aber weiterhin unbeantwortet. Bänninger-Huber (2001) sieht innerhalb der präferierten Erfolgsforschung den „Schwerpunkt bei psychosomatischen und gesundheitspolitischen Aspekten“ (ebd., S. 349). Im Vergleich zu Arbeiten der Prozeßforschung fänden z.B. der An-



teil des Therapeuten an der Beziehung oder die Reziprozität in der therapeutischen Interaktion dort wenig Beachtung.

Kriz (2004) formuliert seine Kritik ganz ähnlich, indem er feststellt, „daß durch ein extrem restriktives und lobbyistisches Feststellungsverfahren eine blühende Psychotherapielandschaft faktisch zerstört wurde“ (ebd., S. 8) und gleichzeitig auf die Übermacht amerikanischer Wissenschaftsstandards in ihrer (quantitativen) Einseitigkeit verweist. Wie die meisten psychoanalytischen Autoren vertritt er vehement die Auffassung, daß - wenn überhaupt - nur qualitative Forschungsmethoden das Wesen des Menschen mit seinen Beziehungen, subjektiven Wahrheiten und Sinnzusammenhängen erfassen bzw. rekonstruieren können und weigert sich, „die zu untersuchende ‚Welt‘ [...] quasi ins Labor zu sperren“ (ebd., S. 28). Auch Neukom (2004) argumentiert in dieser Richtung, wenn er fordert, daß ernstzunehmende Wirksamkeitsnachweise aufzeigen sollten, „inwieweit die festgestellten Wirkungen tatsächlich auf das jeweilige Verfahren zurückzuführen sind“ und auch „Aussagen zu unerwünschten Wirkungen der Therapie“ (ebd., S. 34) treffen müßten. Außerdem hebt er nochmals die Zusammenhänge zwischen Forschungsansatz und dem Verständnis von Störungen hervor:

„In der klinischen Praxis ist die Erfahrung alltäglich, daß Symptome und Störungsbilder schlagartig verschwinden oder sich verwandeln können, ohne daß es den Patientinnen oder Patienten subjektiv besser gehen würde. Diese Fälle legen es nahe, psychische Störungen nicht nur als ärgerliche Störungen, sinnlose Defekte oder bloßes Indiz einer mangelhaften Entwicklung von kognitiven oder emotionalen Fähigkeiten aufzufassen. Tatsächlich können Symptome *auch* als mehr oder weniger gut geglückte Versuche einer Selbstheilung angesehen werden, als Ergebnisse eines Prozesses, in den das Subjekt als Ganzes involviert ist.“ (ebd., S. 42)

Im Rahmen standardisierter Designs kann die therapeutische Beziehung mit ihrem Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen, den Reflexionen und Erwartungshaltungen sowie den damit einhergehenden unbewußten Prozessen nicht erfaßt werden. Mertens (2004) verweist in diesem Zusammenhang auf einen zunehmenden „Mangel an gehaltvollen Theorien aufgrund der Überbewertung eines empirischen Prüfkriteriums und des Überhandnehmens einer phantasielosen empirischen Forschungspraxis“ (ebd., S. 50) und mahnt die analytische Psychotherapieforschung an, ihren inzwischen vielfältigen, gut validierten Methoden und Theorien durch deren kreative Anwendung in ein-

zelfallmethodologischen Untersuchungen zu mehr „öffentlicher Reputation und interdisziplinärer Anerkennung“ (ebd., S. 60) zu verhelfen.

Desgleichen wird Buchholz (z.B. 2004, 2005) nicht müde, sich über das (klassische) Welt- und Menschenbild des „methodischen Imperialismus empirischer Forschung“ (Buchholz 2005, S. 1) zu empören, der mit Begriffen wie „Kontrolle, Homogenität, Geschichtslosigkeit, Linearität, mechanischer Kausalität und Statik“ (Buchholz 2004, S. 3) hantiert und diese seinen Untersuchungen zugrundelegt. Jenes kontextgelöste Denken würde dann sowohl Behandlungskonzepten als auch Störungsbildern unterstellt werden, um (naturwissenschaftlichen) Forderungen nach Objektivität, Validität und Reliabilität gerecht werden zu können. Ebenso kritisiert er die Verleugnung von Komorbiditäten, die nicht nur zu Verzerrungen von Forschungsergebnissen führt, sondern auch erhebliche ethische Probleme bei der Auswahl von Probanden aufwirft. Ein weiterer wichtiger Punkt seiner Kritik an der empirischen Psychotherapieforschung bezieht sich auf die durch herkömmliche Methoden nicht mehr zu erfassende Komplexität interpersonellen Geschehens im therapeutischen Setting, die sich einer Beschreibung auf der Verhaltensebene entzieht (Buchholz 2005).

Möglicherweise ist die Forderung nach einem ganzheitlichen Menschenbild in Medizin und Psychotherapie schon zu oft und nur halbherzig erhoben worden, um sie hier noch einmal zu stellen. Dennoch denke ich, daß die Partialisierung menschlicher Erlebnisweisen in gut systematisierbare „Häppchen“ uns in unserem Bestreben nach wirklichem Verstehen von psychischen Zusammenhängen nicht weiterbringt. Dazu bedarf es meiner Ansicht nach des Mutes zur Offenheit (im Sinne von wertschätzender Unvoreingenommenheit), des unängstlichen Eingeständnisses eigenen Nichtverstehens und des Vertrauens auf die dynamische Durchsetzungsfähigkeit des Unbewußten – sowohl des eigenen als auch der unserer Patienten – ohne die menschliche Innenwelt in ihrer Subjektivität und Flexibilität deshalb fatalistisch als unerfaßbar abtun zu müssen. Diesen Überlegungen folgend ist der Versuch der vorliegenden Arbeit, (psychotherapeutische) interpersonelle Phänomene so präzise wie möglich zu erfassen und zu verstehen, ein tiefenhermeneutischer, am Einzelfall orientierter und multimethodischer. Gedo (1999) merkt dazu passenderweise an: „Perhaps in order to understand the ‘general case’, we first need a more thorough and subtle understanding of the single case.“ (ebd., S. 278).

### **3 Forschungsrahmen der vorliegenden Arbeit**

#### **3.1 Die Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie**

Im Rahmen prozeß- und strukturorientierter Psychotherapieforschung wurde die „Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalysestudie“ von Mertens vom Department für Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München in Zusammenarbeit mit der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V. konzipiert und unter Mitarbeit zahlreicher versierter Diplomanden und Doktoranden im Fach Klinische Psychologie bearbeitet.

Mit ihrem prospektiven und quasiexperimentellen Design untersucht die Studie das Material von zwanzig über mehrere Meßzeitpunkte hinweg audiografierten und anschließend transkribierten analytischen Psychotherapien. Ein weiterer katamnestic Meßzeitpunkt zwei Jahre nach Therapieende ist geplant. Erfasst wurden in der Regel die fünf Erstgespräche und anschließend im Abstand von ca. 75 bis 80 Therapiestunden jeweils weitere fünf Sitzungen bis zum Abschluß der analytischen Psychotherapien. Da Anzahl und Abstand zwischen den Meßzeitpunkten und die Vielfalt der eingesetzten qualitativen und quantitativen Meßinstrumente mit ihren unterschiedlichen Schwerpunkten relativ groß sind, konnte die Datenbasis als hinreichend gesättigt betrachtet und damit auf eine größere Stichprobe verzichtet werden.

Die Therapeuten der untersuchten Stichprobe wurden in eine sogenannte Bindungs- und eine Traumgruppe unterteilt. Die Psychoanalytiker der Bindungsgruppe erhielten vorab umfangreiche Informationen zur aktuellen Bindungsforschung und wurden speziell zum Thema Bindungsstatus geschult. In der Kontrollgruppe wurde der Initialtraum der jeweiligen Patienten off- und online, d.h. von einem unabhängigen Rater, der anhand des Traummaterials eine Einschätzung struktureller Dispositionen vornahm, von den behandelnden Therapeuten und einer Supervisionsgruppe diskutiert. Durch diese quasiexperimentelle Anordnung soll der Frage nachgegangen werden, ob eine spezifische Berücksichtigung bindungstheoretischer Erkenntnisse zur Effizienzsteigerung analytischer Psychotherapien beitragen kann. Mittels zum Teil leicht modifizierter Meßinstrumente

(z.B. des OPD-Interviews) werden die Interventionen der Therapeuten der beiden Gruppen im Hinblick auf diese Fragestellung untersucht.

Zur Erstdiagnostik wurde die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik“ (OPD) als Schwerpunktverfahren eingesetzt. Weitere Meßinstrumente sind

- die „Heidelberger Umstrukturierungsskala – HUSS“ von Rudolf, Grande & Oberbracht
- die Methode der „Plananalyse“ von Josef Weiss
- das „Zentrale Beziehungskonflikt-Thema - ZBKT“ von L. Luborsky
- das „Adult Attachment Interview – AAI“ von Mary Main
- das „Adult Attachment Projektive - AAP“ von Carol George
- die „Selbstreflexionsskala –SRF“ von Peter Fonagy
- das „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort - PQS“ von Enrico E. Jones
- die „Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens – SASB“ von Lorna S. Benjamin.

Die Vielzahl der Methoden soll die Erfassung unterschiedlicher Perspektiven des psychotherapeutischen Prozesses ermöglichen. So werden sowohl die subjektive Perspektive des Patienten, die online-Perspektive des Therapeuten und die offline-Perspektive des Forschers, als auch die Registrierung und Evaluation der Ergebnisse der einzelnen Therapien zur Beleuchtung prozeßhafter Veränderungen miteinbezogen. In der vorliegenden Arbeit soll dementsprechend auch eine Einschätzung konkreter Resultate und deren intertherapeutischer Vergleich vorgenommen werden, da die hier verwendeten Methoden der Plananalyse und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ speziell für die Prozeß-Outcome-Forschung konzipiert wurden (vgl. auch Kapitel 2.1).

## **3.2 Stichprobe und angewandte Methoden**

### **3.2.1 Verwendete Stichprobe**

Für diese Arbeit konnten aufgrund der Datenfülle, die die Verwendung zweier Untersuchungsmethoden hervorbrachte, nur vier Patienten aus dem Pool der „Münchener Bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ entnommen werden. Die Auswahl erfolgte zufällig und wurde vom leitenden Assistenten des Forschungsprojektes vorgenommen.

### 3.2.2 Die Methode der Plananalyse

Die Methode der Plananalyse von Weiss & Sampson (1986; Weiss 1993) ist aus der in Kapitel 1.1.2 beschriebenen „Control Mastery Theory“ in Zusammenarbeit mit der San Francisco Psychotherapy Research Group hervorgegangen. Sie beschreibt eine therapeutische Interventionstechnik und Psychotherapieprozeß-Forschungsmethode, die sich in ihren Grundlagen auf uneingeschränkt progressive, im Patienten unbewußt vorhandene Bewältigungsstrategien bezieht, die dieser als „Behandlungsplan“ in die Therapie einbringt. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, diesen Plan zu identifizieren und seine Interventionen in der Gestaltung einer Sicherheit, Schutz und Unterstützung bietenden Beziehung danach auszurichten.

Für die Erfassung des Plans haben Weiss et al. fünf Kategorien als rahmengebend benannt, die im folgenden vorgestellt werden sollen.

#### Pathogene Überzeugungen

Pathogene Überzeugungen (pathogenic beliefs) sind unbewußte interaktionelle Erwartungshaltungen, die als adaptive Bewältigungsmuster zumeist in der frühen Kindheit entstanden sind und als innere Arbeitsmodelle die Beziehungsgestaltung des Patienten prägen. Ihren Ursprung haben sie in traumatischen Erfahrungen dieser Zeit oder aber in der (vermeintlichen) Gefährdung wesentlicher Beziehungen durch inakzeptable Triebe und Wünsche. „Pathogen“ werden sie wegen ihrer behindernden Auswirkung auf die Lebensgestaltung und Selbstverwirklichung genannt. In einen engen psychodynamischen Zusammenhang mit der Entstehung solcher Überzeugungen werden zwei Arten von unbewußten Schuldgefühlen gebracht:

1. Mit der *Trennungsschuld* (separation guilt) sind narzißtisch-omnipotente Phantasien der Abhängigkeit des Objekts und dessen Vernichtung/Zerstörung durch eigene Autonomiebestrebungen assoziiert. Sie stellt demnach eine Abwehr des Individuationstriebes dar. Eine Realisierung solcher Loslösungstendenzen würde den Patienten in eine „Falle“ zwischen unerträglichen Schuldgefühlen und einer tiefen Beschämung durch den Verlust narzißtischer Zufuhr bringen. Das Konzept der Trennungsschuldgefühle ist wohl am ehesten mit dem passiven Abwehrmodus des Autonomie-/ Abhängigkeitskonfliktes der OPD zu vergleichen.

2. Die *Überlebensschuld* (survival guilt) läßt konzeptuelle Parallelen zum aktiven Bewältigungsmodus des Versorgungs-/Autarkiekonfliktes (OPD) erkennen. Hier geht es um Selbstversagungen aufgrund der unbewußten Annahme, daß es nur eine „beschränkte Menge von Gütern“ (Volkart 1995, S. 131) gäbe, die durch eigene Beanspruchung anderen vorenthalten werden. Das Konzept bezieht sich sowohl auf Themen zwischenmenschlicher Beziehungen, wie z.B. Geborgenheit, Zuwendung, Glück und Liebe, als auch auf berufliche oder materielle Gegebenheiten und ist eng an das Empfinden eigener Minderwertigkeit, der „Güter“ im Vergleich zu anderen nicht wert zu sein, gekoppelt.

Solche unbewußten Überzeugungen werden in der Verknüpfung mit den eben beschriebenen Schuldgefühlen in jeder Beziehung reinszeniert, um sie auf ihre Gültigkeit hin zu testen. Gleichzeitig hofft der Patient in seinem Wiederholungszwang, sie mit Hilfe eines besseren Objektes widerlegen und korrigierende Beziehungserfahrungen machen zu können. Pathogene Erwartungen und ihre Reinszenierung durch sogenannte „Tests“ sind die wesentlichen Bestandteile des unbewußten Plans der Patienten. Ihre Erfassung und korrekte, d.h. am Plan orientierte, Beantwortung sollten nach Weiss & Sampson die Grundlage jeglicher therapeutischer Interventionsarbeit darstellen.

Um sich konflikthaften und realtraumatisierenden Ursachen bei der Entstehung solcher pathogenen Erwartungshaltungen nähern zu können, wurde bereits in einer ersten Arbeit mit der Methode der Plananalyse (Dorber 2005) ein gesondertes Kapitel („Diskussion alternativer Hypothesen“) eingeführt. Darin werden hypothetische Annahmen über die Psychodynamik des Patienten (z.B. Strukturniveau und Grundkonflikte) und den Verlauf der Therapie ebenso diskutiert wie zu erwartende Schwierigkeiten in der Gestaltung und Weiterentwicklung der therapeutischen Beziehung. Diese umfassendere Beschäftigung mit der Persönlichkeit des Patienten ermöglichte in der vorliegenden Arbeit zum einen ein besseres Verständnis des therapeutischen Prozesses bei der Plananalyse, zum anderen bildete sie aber auch die Grundlage für die Verlaufsprognose des PQS.

### Tests

Als Tests werden die meist unbewußt wiederholten Mechanismen zur Beziehungsgestaltung bezeichnet, die zu einer Entkräftung pathogener Überzeugungen und damit zu einer größeren Entscheidungsfreiheit im Umgang mit gebotenen Möglichkeiten führen sollen. Der Therapeut, respektive das Objekt, werden solchen Tests in der Hoffnung

unterzogen, das unbewußte Wissen um die Maladaptivität solcher Erwartungen zu bestätigen und sie im Sinne einer positiven Erwartungshaltung aufarbeiten zu können. Weiss & Sampson unterscheiden drei Arten von Tests:

1. *Übertragungstests* (transference tests) sind Reinszenierungen erlebter Beziehungserfahrungen, in denen der Patient seine damalige Rolle beibehält und sich vom Therapeuten eine proplan-orientierte, respektive positive, den Selbstwert stärkende und die Beziehung erhaltende Reaktion erwartet, um die zugrundeliegende pathogene Überzeugung aufgeben zu können.
2. Durch einen *Rollenumkehrtest* (passive-into-active test) bringt sich der Patient in die vermeintlich sicherere Position seines damaligen Beziehungsobjekts und weist dem Therapeuten die eigene, meist hilflose Rolle zu, in der Hoffnung, mittels dieser Projektion eine korrigierende Erfahrung machen zu können (Lernen am Modell). Die Reaktion des Therapeuten, sein Umgang mit der traumatisierenden Hilflosigkeit ermöglicht dem Patienten eine Lernerfahrung aus genügend großer Distanz, um einer Retraumatisierung zu entgehen.

Vom Patienten verwendete Tests werden in der Plananalyse immer auch im Hinblick auf die Reaktion des Therapeuten hierauf begutachtet: Erkennt dieser das Agieren des Patienten als Test, sollte er in der Lage sein, proplan-orientiert darauf zu reagieren. Dies müßte nach Weiss & Sampson wiederum eine progressive Reaktion des Patienten zur Folge haben. Werden Tests vom Therapeuten antiplan-orientiert beantwortet, reagiert der Patient regressiv und/oder unterzieht ihn einem

3. *Vereinfachten Retest*. Dieser stellt eine vereinfachte Form von schon bestandenen Übertragungstests und somit einen Rückzug auf bereits gesichertes Beziehungsterrain dar.

Die therapeutische Interaktion gestaltet sich also, der „Control Mastery Theory“ (CMT) zufolge, als Präsentation und Reinszenierung pathogener Überzeugungen mittels diverser Tests, die durch eine verstehende Orientierung des Therapeuten am unbewußten Plan des Patienten bestanden werden können und diesem damit die Möglichkeit zur Aufgabe untauglicher Bewältigungsmuster gibt. Wiederholte erwartungskorrigierende Beziehungserfahrungen im Rahmen eines von Sicherheit und unbedingter positiver Wertschätzung geprägten Settings gestatten es dem Patienten, seine bis dato inhibierten Ziele und Lebenspläne zu verwirklichen.

### Ziele bzw. Pläne

Hiermit sind solche Möglichkeiten in der Lebensgestaltung des Patienten gemeint, die er – aufgrund seiner traumatisierenden Erfahrungen und den daraus entstandenen pathogenen Beziehungserwartungen – bisher nicht verwirklichen konnte, die aber unbewußt als brachliegender Plan in ihm existieren und zur Umsetzung kommen wollen. Diese ungenutzten Ressourcen stellen die treibende Kraft bei der Bewältigung frühkindlicher Traumatisierungen in der Therapie dar.

Um die bevorstehenden therapeutischen Aufgaben besser einschätzen zu können, wurde diese Kategorie im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit unter Bezugnahme auf die hypothesengenerierende Diskussion der Psychodynamik des Patienten nochmals in eine Auflistung bewußter und unbewußter Ziele und Pläne unterteilt.

### Traumata

In dieser Kategorie erfolgt eine Aufstellung realer Traumatisierungen, Deprivationen, Kränkungen und unverarbeiteter Erlebnisse mit primären und sekundären Bezugspersonen, deren Auswirkungen bei den pathogenen Überzeugungen sichtbar werden. Schwere, Häufigkeit und Kumulation solcher Erfahrungen bestimmen deren Resistenz und lassen Vermutungen über den quantitativen Wiederholungsbedarf an proplanorientierten Reaktionen auf eingesetzte Tests zu. Da die zum Zeitpunkt der Traumatisierung erlernten Bewältigungsstrategien der Adaption bzw. dem Beziehungserhalt dienen, geht deren Bearbeitung immer auch mit der damals erlebten Angst (z.B. vor Objektverlust) einher.

### Hilfreiche Einsichten

Da die Methode der Plananalyse auch kognitiv konzeptualisiert ist, wurde mit dieser Kategorie eine Möglichkeit zur Formulierung von Lern- bzw. Therapiezielen geschaffen. Solche Einsichten stehen in direktem Zusammenhang mit den zuvor beschriebenen pathogenen Überzeugungen und stellen das rationale Pendant zur emotionalen Aufgabe dieser Erwartungen dar. Diese Kategorie kann für den Therapeuten als Leitlinie überaus hilfreich sein.

Die Manifestierung des unbewußten Plans in diesen fünf Kategorien bietet nun eine Handhabe, mit der dieser im weiteren Verlauf der Therapie überprüft und analysiert



werden kann. Hierbei werden alle Äußerungen des Patienten und Therapeuten auf ihre Funktion als aktive oder reaktive Tests bzw. pro- oder antiplan-orientierte Deutungen hin untersucht und die Bedeutung dieser Interaktionen für die Bearbeitung pathogener Überzeugungen und damit die Annäherung bzw. Entfernung des Patienten von seinen Zielen festgehalten. Wird die Methode der Plananalyse von Praktikern angewandt, kann die Planformulierung diesem bei der Überprüfung und Objektivierung des therapeutischen Prozesses nach Weiss & Sampson ein hilfreiches Mittel sein. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit stellt sie jedoch in erster Linie eine Möglichkeit zur mikroanalytischen Betrachtung und Interpretation des Interaktionsgeschehens dar.

### 3.2.3 Die Methode des Psychotherapie-Prozeß Q-Sort (PQS)

Die sogenannte Q-Sortiertechnik wurde 1953 von William Stephenson als Präferenz-Einschätzungsverfahren entwickelt, in dem der Rater eine bestimmte Anzahl von Items in Form einer Normalverteilungskurve ordnen soll. Jones et al. verwendeten diese quantitative Methode als Grundlage für ihr „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS). Theoretischer Ausgangspunkt war das in Kapitel 1.1.3 beschriebene Interaktionsstruktur-Modell von Ablon & Jones (1998, 2005; Jones 2000). Auf dieser Basis wurden von erfahrenen Psychotherapeuten verschiedener Schulrichtungen einhundert Items, die den therapeutischen Prozeß interaktiv beschreiben, entwickelt. Die Methode sollte vor allem in der vergleichenden Psychotherapieprozeßforschung zum Einsatz kommen.

Die einhundert PQS-Items gliedern sich zu etwa gleichen Teilen in solche auf, die jeweils die Aktionen von Patient und Therapeut, aber auch die Beziehung der beiden zueinander beschreiben. Das Rating erfolgt auf einer neunstufigen Skala (1 – 9), wobei an den beiden Extrem-Polen (Kategorie 1 und 9) je 5 Items positioniert werden sollen. Die mittlere, neutrale Kategorie 5 beherbergt 18 Items. In den dazwischen liegenden Kategorien 2 bis 4 und 6 bis 8 werden auf- bzw. absteigend je 8, 12 und 16 Items gelegt. Dabei fallen in Kategorie 1 die als „extrem uncharakteristisch“ und in Kategorie 9 die als „extrem charakteristisch“ bewerteten Items. Beim Rating ist die genaue Unterscheidung zwischen diesen drei wichtigen Kategorien unerlässlich:

- Als *neutral* sind solche Items zu bewerten, die in der Stunde und der therapeutischen Dyade keine Rolle spielen. Besonders wichtig ist hier die Abgrenzung zum Rating

- am *uncharakteristischen Pol*: Hierher gehören die Items, die z.B. als Widerstände im Sinne einer bewußten oder unbewußten Vermeidung als untypisch für die jeweilige Stunde eingeschätzt wurden. Darunter fallen aber auch diejenigen Aspekte, die aufgrund von Entwicklungs- und strukturellen Reifungsprozessen in der Therapie nicht mehr auftauchen, d.h. vorher eher charakteristisch waren.
- *Charakteristische Items* beschreiben das therapeutische Geschehen in seinen urreigensten Merkmalen. Auch hier gelten die Richtlinien (mit reziprokem Vorzeichen) für die Verteilung am uncharakteristischen Pol.

Die Zwischenkategorien beschreiben eine entsprechende Abstufung zwischen den Polen und der „neutralen Mitte“. Bei der Entscheidungsfindung sollten die operationalisierten Erläuterungen zu jedem Item (Jones 2000; vgl. Anhang A; Übersetzung von KD) regelmäßig hinzugezogen werden. (Auf der Vorderseite der zu verteilenden Kärtchen sind deshalb die Items notiert, auf der Rückseite finden sich die dazugehörigen Erläuterungen.) Wesentlich für das Rating des PQS-Pools ist, daß der Gutachter eine objektive Außenperspektive innehat, d.h. bei der Einschätzung und Verteilung der einzelnen Items unabhängig von der eigenen psychotherapeutischen Schulrichtung bleibt und dementsprechend auf wertende (im Sinne von methodisch „richtig“ oder „falsch“) Zuordnungen verzichtet.

Die festgelegte Anzahl von Items pro Kategorie zwingt den Rater zu einer genauen Abwägung und Analyse des therapeutischen Prozesses. Jones et al. (2000) haben deshalb empfohlen, die Itemkärtchen vorab nur grob auf drei Kategorien (uncharakteristisch, neutral und charakteristisch) aufzuteilen und erst anschließend das exakte Rating vorzunehmen. Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit hat sich die Vorverteilung auf fünf Kategorien bewährt.

Wie in Kapitel 3.3.5 beschrieben, wurde das endgültige PQS-Rating zeitlich nach der Plananalyse und einem nochmaligen Hören der Bandaufzeichnung der entsprechenden Stunde vorgenommen. Dieses Procedere erwies sich deswegen als sinnvoll, da durch die nochmalige Rückbesinnung auf die Originalstunde ein genügend großer Abstand zur Methode der Plananalyse und deren Beurteilung des Geschehens geschaffen, das psychodynamische Verständnis des Prozesses aber übernommen und gleichwohl aufgefrischt werden konnte. Die abschließende Itemverteilung wurde in der vorliegenden Arbeit pro Meßzeitpunkt und Patient vollständig in den Anhang übernommen (vgl. Anhang B).

### 3.2.3.1 Beziehungsorientierte Items des PQS

Da in den Arbeiten von Jones zum „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ keine näheren Angaben dazu gefunden werden konnten, welche Items als „beziehungsorientiert“ zu gelten haben, Untersuchungsgegenstand in der oben beschriebenen Studie (vgl. Kapitel 3.1) aber auch vor allem die Bindungsqualität ist, wurden von der Autorin nach angemessener Erfahrung im Umgang mit dem PQS diejenigen Items gesondert aufgelistet und betrachtet, die sich ihrer Meinung nach speziell auf die therapeutische Beziehung und hier vor allem auf das Bindungsverhalten, d.h. die Art der Beziehungsgestaltung durch den Patienten beziehen.

- Item 1:** Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).
- Item 6:** Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.
- Item 8:** Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).
- Item 9:** Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).
- Item 10:** Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.
- Item 14:** Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.
- Item 18:** Der Therapeut vermittelt Wertschätzung.
- Item 19:** Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.
- Item 20:** Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.
- Item 24:** Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.
- Item 33:** Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.
- Item 34:** Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.
- Item 39:** Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.

- Item 40:** Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.
- Item 42:** Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).
- Item 44:** Der Patient ist wachsam und mißtrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).
- Item 47:** Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.
- Item 49:** Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.
- Item 51:** Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.
- Item 52:** Der Patient verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme des Patienten löst.
- Item 53:** Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.
- Item 63:** Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.
- Item 64:** Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.
- Item 75:** Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.
- Item 78:** Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.
- Item 83:** Der Patient ist fordernd.
- Item 87:** Der Patient kontrolliert.
- Item 95:** Der Patient fühlt sich unterstützt.
- Item 98:** Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.
- Item 100:** Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.

### 3.3 Grundlegende Fragestellungen

#### 3.3.1 Der Bedeutung psychotherapeutischer Vorgänge für strukturelle Entwicklungsprozesse

Im Lichte neuerer Gedächtnisforschung ergeben sich sowohl für die analytische Metapsychologie als auch für psychoanalytische Behandlungskonzepte Konsequenzen, die in diesem Kapitel dargestellt und diskutiert werden sollen. Zum einen spielen in diesem Zusammenhang Erkenntnisse über die Speicherung von Informationen innerhalb verschiedener Gedächtnissysteme eine entscheidende Rolle, zum anderen sind Lernprozesse und damit einhergehende strukturelle Veränderungen unabdingbar für das Verständnis psychotherapeutischer Wirkmechanismen. Beide Themenbereiche sind in ihrem Bedeutungsgehalt für die Psychotherapieprozeßforschung aufs engste miteinander verbunden.

Da sich die grundlegende Fragestellung der vorliegenden Arbeit in erster Linie auf das Wie durch Psychotherapie bedingter (struktureller) Veränderungen bezieht, soll nun zunächst der Frage nachgegangen werden, *wo und wodurch* sich solche Modifikationen vollziehen. Kandel (2006) hat in seinen bahnbrechenden Arbeiten im Bereich der Hirnforschung, für die er im Jahr 2000 den Nobelpreis für Medizin oder Physiologie erhielt, festgestellt, daß langfristige strukturelle Veränderungen auf Änderungen innerhalb neuronaler Netzwerke beruhen: Der Umbau synaptischer Verschaltungen durch Lernen führt dabei zu veränderten Erregungsmustern. Da psychische Strukturen, wie z.B. Selbst- und Objektrepräsentanzen, Interaktionsstrukturen oder unbewußte Erwartungen und Überzeugungen, im impliziten (oder prozeduralen) Gedächtnis verankert und damit dem Bewußtsein nicht symbolisch zugänglich sind, liegt die Annahme nahe, daß Veränderungen (pathogener) impliziter Gedächtnisinhalte nicht aus der Aufhebung von psychodynamisch Verdrängtem per se resultieren (Fonagy et al. 2003). Vielmehr scheint das Erinnern scham-, angst- und/oder schuldbesetzter Gedächtnisinhalte in der therapeutischen Beziehung, (also in der Übertragung gegenüber dem Objekt, dessen Verlust im situativen Kontext der Erinnerung gefürchtet wurde) strukturelle Veränderungen dadurch zu bewirken, daß es die „aktive Konstruktion einer neuen Art und Weise, das Selbst-mit-dem-Anderen zu erleben“ (ebd., S. 841) ermöglicht - das (Übertra-gungs-)Objekt verläßt/bestraft im therapeutischen Kontext nicht, sondern bietet eine positive und damit erwartungswidrige Beziehungserfahrung an, die u. U. die Grundlage für eine „bewußte Ausarbeitung vorbewußter Beziehungsrepräsentationen“ (ebd., S.

845) bilden kann. Da „das Strukturniveau, so wie es sich im aktuellen Erleben und Verhalten manifestiert, nicht irgendwo als bestimmte gut, mäßig oder sonstwie integrierte Fähigkeit statisch abgespeichert ist“ (Henningsen 2000), sondern im aktuellen (interaktionalen) Kontext unter Bezugnahme auf frühere Erfahrungen immer wieder aufs Neue aktiviert und aktualisiert werden muß, können auf dem Wege neuer Beziehungserfahrungen im therapeutischen Kontext auch eben jene Koppelungen im impliziten Gedächtnissystem verändert werden, die bis dato für die Aufrechterhaltung maladaptiver Bewältigungsmuster und Überzeugungen verantwortlich waren. Kandel (2006) schreibt dazu:

„Die Psychotherapie funktioniert vermutlich dadurch, daß sie eine Umgebung schafft, in der Menschen lernen, sich zu verändern.“ (ebd., S. 319)

„Es ist eine faszinierende Vorstellung, daß die Psychoanalyse, sofern es ihr gelingt, Einstellungen, Gewohnheiten und bewußtes und unbewußtes Verhalten dauerhaft zu verändern, dies dadurch erreicht, daß sie Veränderungen in der Genexpression hervorbringt, die ihrerseits zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen.“ (ebd., S. 165)

Neue (Lern-)Erfahrungen, insofern sie von ausreichend stabiler, beständiger und (emotional) bedeutsamer Natur sind, bewirken also die Aktivierung von Genmaterial, das für die Anpassung neuronaler Netzwerke an veränderte Umweltbedingungen verantwortlich zeichnet. Daniel Stern und die Bostoner Process of Change Study Group (1998) weisen in ihrer oft zitierten Arbeit zu dem „Etwas-Mehr als Deutung“ auf die Bedeutung emotional dichter Begegnungen zwischen Analytiker und Analysand hin:

„Entscheidend sind jene interaktionellen Prozesse, die zu implizitem Beziehungswissen führen. In der analytischen Beziehung beinhaltet dieser Bereich intersubjektive Momente zwischen Patient und Analytiker („Momente der Begegnung“), die neue Organisationen in den interagierenden Personen schaffen oder die Beziehung zwischen ihnen neu organisieren können, die aber auch das implizite Wissen des Patienten und seine Art, mit anderen zu sein, verändern können.“ (ebd., S. 974)

Stern und Fonagy stellen mit ihren Überlegungen allerdings nicht die Wirkmächtigkeit von Deutungsarbeit und Bewußtmachung verdrängter (deklarativer) Gedächtnisinhalte per se in Frage, sondern betonen die immense Bedeutung des gemeinsamen emotionalen Prozesses, der dieser psychotherapeutischen Arbeit zugrunde liegen muß, um sich strukturell zu manifestieren. Empathische und andere professionelle Fähigkeiten des

Analytiker haben für sich genommen also nicht die Macht, frühkindliche Traumata und Deprivationen zu kompensieren, sondern sind erst durch die Rekontextualisierung vergangener Erfahrungen in „Momenten der Begegnung“ in der Lage, etwas Neues zu schaffen, das es dem Patienten ermöglicht, „von einer anderen mentalen Landschaft ausgehend“ (Stern et al. 1998, S. 1002) operieren zu können. So scheint also die Modifikation impliziter (oder prozeduraler) Beziehungsrepräsentanzen in der therapeutischen (Übertragungs-)Beziehung (Waldvogel 2007) durch die unmittelbare, persönliche und gewohnter therapeutisch-hierarchischer Rollenmuster enthobenen Begegnung zwischen Analytiker und Patient einer der entscheidenden Wirkfaktoren psychotherapeutischer Interventionen zu sein. Die den „Momenten der Begegnung“ innewohnende hohe Emotionalität und affektive Bedeutsamkeit bewirken, daß sich diese Erfahrungen auch im Repräsentanzensystem manifestieren.

Kächele (2005) spricht in einem ähnlichen Zusammenhang von „korrigierenden emotionalen Erfahrungen“ und benennt unter Berufung auf eine Studie von Lambert und Bergin als positive Wirkfaktoren folgende Hauptkategorien:

- „Unterstützung: Katharsis, Identifikation mit dem Therapeuten, weniger Einsamkeit, Bestätigung, Spannungsverminderung, Haltgebung, Therapeutische Allianz, Wärme, Respekt, Empathie, Akzeptanz
- Lernen: Affektives Erleben, Korrigierende emotionale Erfahrung, Erfahrung der persönlichen Wirksamkeit, Entdeckung der eigenen Subjektivität, kognitives Lernen, Einsicht, Vernünftigkeit, Ratgeben
- Handeln: Verhaltensregulation, kognitive Bewältigung, Ermutigung zur Exposition, Risiken eingehen, Bewältigungsbemühungen, Modelllernen, Übung, Realitätstestung, Erfahrung von Erfolg, Durcharbeiten“ (ebd., S. 7)

Ziel therapeutischer Interventionen sollte es also sein, auf einer von Empathie, Unterstützung und Sicherheit bietenden Interaktionsbasis durch neue (Lern-)Erfahrungen implizites intersubjektives Beziehungswissen in explizites, innerhalb *und* außerhalb des therapeutischen Settings aktivierbares umzuwandeln. Da wir Gelerntes nur aufgrund neuer, andersartiger Eindrücke langfristig abspeichern, sich strukturelle Veränderungen also nur in der Begegnung mit erwartungswidrigen interaktionellen Erfahrungen bilden, ist die genauere Betrachtung dessen, was in dieser Hinsicht in Psychotherapien geschieht von entscheidender Bedeutung. Patienten, die sich (oft nach langen und konfliktreichen Entscheidungsprozessen) entschlossen haben, eine Psychotherapie zu be-

ginnen, treten in die therapeutische Beziehung mit konkreten Erwartungshaltungen ein: Nach Weiss et al. (1986) sind dies in erster Linie unbewußte Behandlungspläne (vgl. Kapitel 1.1.2); aber auch die Suche nach Sicherheit, einem empathischen Zuhörer, ungeteilter Aufmerksamkeit, Verständnis, Schutz und unspezifische Heilserwartungen müssen in den Katalog der Hoffnungen und Wünsche aufgenommen werden. Analytiker entsprechen also durch ihre professionelle Grundhaltung zunächst diesen Erwartungshaltungen, so daß in dieser Phase das therapeutische Geschehen recht einseitig durch die Bedürfnisse des Patienten bestimmt ist. Strukturelle Veränderungen sind im Stadium solcher basaler, beziehungsstiftender Prozesse folglich noch nicht zu erwarten. Diese können aber im Rahmen positiver erwartungsinkongruenter, d.h. neuer (kognitiver und emotionaler) Erfahrungen auf der Interaktionsebene stattfinden. Um also aus einem „now moment“, einem affektiv aufgeladenen Brennpunkt im therapeutischen Prozeß, einen „moment of meeting“ (Stern et al. 1998) werden zu lassen, bedarf es nicht nur des gemeinsamen Erfassens dieses Momentes (vgl. dazu auch die einleitenden Bemerkungen zu Kapitel 4.1.6), sondern einer von beiden Protagonisten geforderten antwortenden, intersubjektiven Kreativität im Sinne einer Offenheit für Neues und Unerwartetes im Selbst und im Anderen. Solche Prozesse sind dann in der Lage, implizites Beziehungswissen langfristig zu verändern. Moser (2001) betont, daß erst „eine gewisse Automatisierung“ anfänglicher Regulierungsprozesse „die Priorität der Aufmerksamkeit für die Prozesse der psychoanalytischen Mikrowelt<sup>3</sup> [schafft]“ (ebd., S. 105). Die Erweiterung des therapeutischen Miteinanders um den Aspekt der direkten Beziehungsarbeit, d.h. der Arbeit an der „realen Beziehung zwischen Analytiker und Analysand“ (ebd., S. 99), die bisher lediglich Träger einer „psychoanalytischen Mikrowelt“ war, ist, wie die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen (vgl. Kapitel 4.2.2), nicht selbstverständlich. So wie für das Erleben eines „moment of meeting“ das Verlassen hierarchischer Ebenen und die Aufgabe schützender Rollenmuster unerläßlich ist, so bedarf es dieser Positionen auch für die Arbeit an der realen Beziehung. (Die Begrifflichkeiten beider Autoren weisen also durchaus Parallelen auf.) Hinderlich sind hierbei vor allem Gegenübertragungswiderstände seitens des Therapeuten und ein nicht hinreichend gesättigtes Sicherheitsbedürfnis beim Patienten. Können diese Blockaden nicht überwunden werden, so verbleibt die therapeutische Arbeit auf der Ebene der „psychoanalytischen Mikrowelt“; gemeinsame Erlebnisse eines neuen subjektiven Umgangs mit dem Anderen, die die

---

<sup>3</sup> Dieser von Moser (2001) kreierte Begriff umfaßt die „Prozesse der Übertragung, Gegenübertragung, Interpretation, Erinnern usw.“ (ebd., S. 99)



Grundlage für die „Wiedergewinnung einer zuvor nicht erinnerbaren Vorstellung“ (Fonagy et al. 2003, S. 850) bilden, bleiben hier beiden Akteuren verwehrt. Im folgenden Kapitel sind deswegen einige eigene Überlegungen zu behandlungstechnischen Wirkmechanismen dargelegt, die sich mit dieser Problematik auseinandersetzen.

### **3.3.2 Behandlungstechnische Wirkmechanismen im psychotherapeutischen Prozeß**

Die analytische Psychotherapieforschung hat ihr Augenmerk in den letzten Jahren vor allem auf die Entwicklung von Prozeßmodellen gelegt. Einige davon wurden bereits in Kapitel 1.1 kurz vorgestellt. In der vorliegenden Arbeit soll neben einer Überprüfung gegenseitiger Ergänzbarkeit zweier Forschungsmethoden (vgl. dazu Kapitel 3.3.4) vor allem der Frage nach den entscheidenden, strukturelle Veränderungen und Entwicklung hervorrufenden Wirkmechanismen analytischer Therapiearbeit nachgegangen werden. Die mehrperspektivische mikro- bzw. makroanalytische Untersuchung von Stundenmaterial könnte einen Beitrag auf der Suche nach diesen ausschlaggebenden Einflüssen leisten.

In modernen psychoanalytischen Prozeßkonzeptionen liegt der theoretische Schwerpunkt auf der (asymmetrischen) Reziprozität (Ablon & Jones 2005) allen therapeutischen Geschehens. Durch das regressionsförderliche Setting analytischer Psychotherapien sind aber die üblichen Komponenten einer Beziehungsgestaltung in ihrer Wirkmächtigkeit potenziert. Patient und Therapeut begegnen sich hier auf zwei Ebenen: auf der Übertragungsebene (im Sinne einer sich wiederholenden Eltern-Kind-Beziehung) und auf der Ebene eines Arbeits- bzw. realen Bündnisses (Ermann 2004) oder einer Arbeitsbeziehung (Körner 1989), d.h. der Begegnung zweier, auf ihre Art gereiften Persönlichkeiten mit eigenen Geschichten und den dazugehörigen inneren Arbeitsmodellen<sup>4</sup>. Diese eingebrachten Erwartungen und Überzeugungen prägen den Charakter der therapeutischen Beziehung und nehmen in entscheidendem Maße Einfluß auf prozeßgestaltende Faktoren wie Themenwahl, Art des Übertragungsgeschehens, Widerstände und Kontrollmechanismen etc. Neben frühkindlichen Bindungs-, Interaktions- und Bewältigungsmustern des Patienten wirken also sowohl dessen Aktualpersönlichkeit als auch die - durch den (vor allem beruflichen) Werdegang geprägte - des Therapeuten. Da

---

<sup>4</sup> Gemeint sind hier nicht nur die inneren Arbeitsmodelle im Sinne von Bowlby, sondern die Gesamtheit der gewachsenen psychischen Strukturen in Form von bewußten und unbewußten Erwartungen, Überzeugungen, Bewältigungsstrategien, Selbst- und Objektrepräsentanzen, Beziehungsmustern etc.

auf der Übertragungsebene, wie von Freud formuliert, eine „Nacherziehung“ (Ergänzungsband, S. 414) stattfindet, liegt die Vermutung nahe, daß dabei Entwicklung und Wandlung des Therapeuten, die er durch seine theoretische und praktische Ausbildung erfahren hat, eine entscheidende Rolle spielen: Als Stellvertreter früher Bezugspersonen und der damit übertragenen Rolle des Nacherziehers müssen diese die Therapeutenpersönlichkeit prägenden Faktoren auf strukturelle Reifungsprozesse des Patienten in ähnlichem Maße einwirken wie die seiner ehemals realen Erzieher. Da diesem nachholenden, „pseudo-elterlichen“ Einfluß aber kein in seiner Persönlichkeit noch unausgereiftes Kind, sondern ein (wenn auch oft regredienter) Erwachsener gegenübersteht und der analytische Psychotherapieprozeß in seiner Konzeption auf das Wesen des Patienten ausgerichtet ist, relativiert sich die Einseitigkeit dieser Einflüsse. Das dem Nacherzieher entgegengesetzte Persönlichkeitspotential des Patienten, gepaart mit einer konstanten empathischen Grundhaltung des Analytikers, vermindert die in früheren Prozeßmodellen vermutete Dominanz des Einflusses des Therapeuten und ermöglicht somit eine bilaterale Entwicklung in der und durch die Beziehung. Fonagy et al. (2003) merken in diesem Zusammenhang an:

„Die Konzeptualisierung der Übertragung als „Gesamtsituation“ hilft, das Risiko einer ausschließlichen Konzentration auf infantile Selbst- und Objektrepräsentationen ohne Berücksichtigung der Komplexität der Entwicklung zu reduzieren.“ (ebd., S. 849)

Folgt man diesen programmatischen Überlegungen, so scheint in der therapeutischen Arbeit folgenden Punkten eine wesentliche Bedeutung zuzukommen:

- Akzeptanz des Patienten als eigenständige Person mit eigener Geschichte (Dazu bedarf es einer permanenten Reflexion der Gegenübertragung.)
- Wahrnehmung und Beachtung seines emotionalen und strukturellen Entwicklungsstandes (Dies ermöglicht es dem Analytiker, das rechte Maß zwischen supportiven und konfrontativen Interventionen abzuwägen.)
- Konfrontative Deutungsarbeit auf Grundlage einer unbedingt wertschätzenden Haltung (Diese Interventionsform bedarf einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung – umgekehrt schafft das gemeinsame Erleben und Bearbeiten von Frustrationen und Konflikten durch eine empathisch-konfrontative Arbeit aber auch die Grundlage für eine intensivere Beziehung, auch im Sinne von genutzten „now moments“.)

- Begreifen und Zulassen von Frustrationen als Entwicklungsmotor (Unter Beachtung der zuvor geschilderten Punkte hat Desillusionierung, z.B. des eigenen Opferstatus, innerhalb einer zugleich schützenden Beziehung eine strukturelle Reifung und Anerkennung der „Urheberschaft des Selbst“ (Fonagy 2004) zur Folge.)
- Falsche Rücksichtnahme im Sinne vermiedener Konfrontation führt zu entwicklungs hemmender Frustration (Der Verzicht auf emotionale oder kognitive „Zunehmungen“ führt zu einer langfristigen Unterforderung des Patienten und damit zu Enttäuschungsaggressionen und einer schleichenden Lösung aus der therapeutischen Beziehung.)

Das in dieser Arbeit zur Verfügung stehende therapeutische Material wurde auch im Hinblick auf diese axiomatischen Überlegungen ausgewertet. Ziel ist es, anhand a) der methodischen Einzelergebnisse, b) deren Vergleich innerhalb des jeweiligen Stundenmaterials und c) einer Gegenüberstellung der einzelnen Therapien Gemeinsamkeiten der Therapieprozesse herauszufiltern und in Zusammenhang mit einer Einschätzung der Wirksamkeit der jeweiligen Therapie zu bringen. In die abschließende und vergleichende Betrachtung des prozeßhaften Geschehens sollen dabei sowohl die hier kommentierten behandlungstechnischen Wirkmechanismen einbezogen werden, als auch die in Kapitel 3.3.1 vorgestellten Erkenntnisse der Gedächtnisforschung in Bezug auf strukturelle Veränderungen in Therapieprozessen.

### 3.3.3 Grundlegende Fragestellung

Zwei Hypothesen<sup>5</sup> zum prozeßhaften Geschehen innerhalb der hier bearbeiteten vier analytischen Psychotherapien sollen im Auswertungsteil (Kapitel 4) untersucht und Rückschlüsse auf eine mögliche Generierung dieser Vermutungen gezogen werden.

1. In therapeutischen Beziehungen (analytischer Psychotherapien) sollte sich etwa bis zur 100. bzw. 150. Stunde ein ausreichend tragfähiges Fundament herausgebildet haben. Innerhalb dieses Zeitraums beginnt die aktive Beziehungsarbeit, Konflikte werden ausgetragen statt angedeutet, frustrierende und konfrontative

---

<sup>5</sup> Nach Abschluß des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit ergab sich aus dem bearbeiteten Material ein charakteristisches Gesamtbild, das zu deren Formulierung führte.

*Deutungen* ersetzen zunehmend stützendes und mitfühlendes *Verstehen*<sup>6</sup>. Der Zeitpunkt dieser Weichenstellung hängt sowohl von der Stundenfrequenz, als auch vom Strukturniveau des Patienten und dem bis dahin gebildeten Dyadetypus ab.<sup>7</sup> Entscheidend für die fortführende Arbeit und den erfolgreichen Abschluß der analytischen Psychotherapie scheint dabei in erster Linie der Umgang des Therapeuten mit den veränderten Anforderungen an ihn zu sein: „Versagt“ er als bessere Mutter/besserer Vater zu oft oder werden auftretende Übertragungs- und Beziehungskonflikte (etwa im Sinne einer affektiven Unnahbarkeit des Therapeuten) nicht adäquat bearbeitet, weil der Analytiker den Wendepunkt in der therapeutischen Beziehung nicht mitvollzogen hat, entwickelt sich der therapeutische Prozeß im weiteren Verlauf eher unbefriedigend. Erfolgt hingegen eine aktive Arbeit *in* und *an* der Übertragungsbeziehung (Körner 1989), können positive Entwicklungen sowohl auf der Struktur- als auch auf der Konfliktebene verzeichnet werden.

2. Pathogene Überzeugungen werden in chronologisch reziproker Reihenfolge ihrer Entstehung im Therapieverlauf bearbeitet. Die (unbewußte) thematische Strukturierung der Stunden erfolgt seitens des Patienten also von der „Oberfläche“ hin zu frühen und grundlegenden Störungen und Konflikten. (vgl. auch Punkt 2, Kapitel 1.2)

Bei der Untersuchung dieser Hypothesen sollen auch die in Kapitel 3.3.4 aufgeworfenen Fragen zum Vergleich der beiden angewandten Methoden miteinbezogen werden.

---

<sup>6</sup> Die Betonung liegt hier vor allem auf der *Kontinuität* aktiver Beziehungsarbeit im dyadischen Geschehen: Je nach theoretischer Ausrichtung können Analytiker natürlich zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten damit beginnen, die Übertragungsbeziehung anzusprechen und in ihr zu arbeiten; m. E. ist dieses Vorgehen aber zu Beginn einer Therapie, d.h. ohne die Sicherheit bietende Grundlage einer gewachsenen Arbeitsbeziehung, in der für strukturelle Änderungen nötigen Konsequenz und beiderseitigen Authentizität nicht möglich. (vgl. auch Moser 2001, S. 105, sowie Kap. 3.3.1)

<sup>7</sup> Inwieweit das Ende des ersten Therapieblockes zur 160. Stunde und die Entscheidung um eine Fortführung der Therapie Auswirkungen auf diesen hypothetischen Wendepunkt hat, konnte in der vorliegenden Arbeit aufgrund der geringen Stichprobe nicht untersucht werden.

### **3.3.4 Die mikroanalytische Untersuchung des Psychotherapieprozesses mit Hilfe zweier sich ergänzender Meßinstrumente**

Die in dieser Arbeit zur Anwendung gebrachten Verfahren der Plananalyse von Josef Weiss und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS) von Enrico E. Jones bilden durch die Unterschiedlichkeit ihrer theoretischen Grundlagen und der damit einhergehenden differenzierten Betrachtungsperspektive des therapeutischen Geschehens ein sich gegenseitig ergänzendes Methodenpaar. Die Kombination beider Verfahren ermöglicht eine detailgenaue Untersuchung und Analyse des dyadischen Prozesses. Eine ausführliche Beschreibung der Methoden findet sich in Kapitel 3.2. Hier sollen ihre Anwendungsbereiche und –möglichkeiten, aber auch Schwachstellen diskutiert werden.

Mit der Plananalyse steht der analytischen Prozeßforschung ein Verfahren zur Verfügung, das durch die Formulierung pathogener Erwartungen und Überzeugungen und die Antizipation von Tests eine überaus detaillierte Beleuchtung therapeutischer Deutungsarbeit und der Beziehungsgestaltung seitens des Patienten zuläßt. Sequenz für Sequenz, manchmal Satz für Satz, werden die Äußerungen beider Protagonisten auf ihre Tauglichkeit zur Korrektur bzw. Widerlegung maladaptiver, durch frühkindliche Traumata bedingter Bewältigungsmuster hin untersucht. Die Auflistung von Zielen, respektive Lebensplänen des Patienten schafft eine Möglichkeit zur Überprüfung und Abgleichung des Therapieergebnisses mit subjektiv empfundenen Veränderungs- und Entwicklungsprozessen und steckt gleichzeitig den Rahmen dafür ab. Die Komplettierung des Verfahrens durch die Diskussion hypothetischer Annahmen zur Psychodynamik und Struktur des Patienten (die in der eher kognitiv-affektiv orientierten Theoriebasis der Plananalyse ignoriert wurden) erlaubte eine tiefergehende Betrachtung der Vorgänge und stellt in dieser Arbeit analog dazu ein wichtiges Bindeglied zur Anwendung des PQS dar.

Darüber hinaus vernachlässigt die Methode der Plananalyse jedoch sowohl den Einfluß der Therapeutenpersönlichkeit auf die Übertragungsbeziehung als auch das Streben des Patienten danach, seine gewohnten Bewältigungsmuster beizubehalten und aus einem „Schuldgefühl oder Schuldbewußtsein“ heraus in der Krankheit zu verbleiben, wie Freud es in „Die psychoanalytische Technik“ (Ergänzungsband, S. 418) ausführt. Hier klafft sicherlich auch eine theoretische Lücke in der Methode, da Widerstände, d.h. regressive Reaktionen, vom Patienten demgemäß nur aufgrund antiplan-orientierter Deutungen eingesetzt werden und er ansonsten mit einer positiven Grundeinstellung und unter Aufbietung aller Ressourcen an der Bewältigung seiner Traumata arbeitet. Damit

wird eine wichtige Perspektive therapeutischen Geschehens, die z.B. die Rollenumkehr unter Umständen als Abwehrmechanismus bzw. Widerstand und nicht als Test im Weiss'schen Sinne entlarven würde, beschnitten (Dorber 2005). Ebenso erscheint die prinzipielle Unterscheidung von Test versus Reaktion mitunter als eine unzulässige Reduzierung: Alle „Reaktionen“ des Patienten implizieren immer auch einen Test, d.h. die Hoffnung, daß z.B. durch einen (regressiven) Rückzug die Beziehung diesmal nicht gefährdet wird, sich das Objekt also zu- statt abwendet. Ebenso stellen Tests immer auch eine Reaktion auf die Beziehungsangebote des Objekts (hier die Deutungsarbeit des Therapeuten) dar und sind somit ihrem Wesen nach auch *reaktive* Beziehungsangebote.

Weitere kritische Überlegungen beziehen sich auf die Funktion des Testens als Wiederholung von Interaktionsmustern: Der Methode der Plananalyse zufolge werden Tests vom Patienten unbewußt eingesetzt, um durch die (positiven) Reaktionen bzw. eine proplan-orientierte Deutungsarbeit des Therapeuten pathogene Überzeugungen widerlegen und damit maladaptive Bewältigungsstrategien aufgeben zu können. Freud (Ergänzungsband, S. 211) hingegen beantwortet in seiner behandlungstechnischen Schrift „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“ die Frage, „was wiederholt oder agiert“ (ebd.) wird, im Sinne eines Widerstandes:

„Die Antwort lautet, er wiederholt alles, was sich aus den Quellen seines Verdrängten bereits in seinem offenkundigen Wesen durchgesetzt hat, seine Hemmungen und unbrauchbaren Einstellungen, seine pathologischen Charakterzüge. Er wiederholte ja auch während der Behandlung alle seine Symptome.“ (ebd.)

„Der Kranke holt aus dem Arsenal der Vergangenheit die Waffen hervor, mit denen er sich der Fortsetzung der Kur erwehrt und die wir ihm Stück für Stück entwenden müssen.“ (ebd.)

Ähnliche Überlegungen finden sich bei Sandler (Fonagy 2006), der das Bedürfnis nach Sicherheit in den Mittelpunkt seiner Konzeptionen zur Beziehungsgestaltung rückt. Demnach werden Interaktionsmuster wiederholt, weil die klaren Repräsentanzen altgedienter Rollenmuster vertraut sind und damit ein „größeres Sicherheitsgefühl“ erzeugen als unvertraute Rollen, für die „die entsprechenden Repräsentanzen der Rollenbeziehungen fehlen“ (ebd., S. 89). Auch Weiss (1997) betont diesen Aspekt in seinem Aufsatz über die Rolle pathogener Überzeugungen in der psychischen Realität; er schreibt dazu:

„People tend to change their beliefs about themselves and their world slowly. It would be maladaptive to change them rapidly, for a person needs a stable set of beliefs to make and carry out plans. Even a relatively poor guide may be better than a constantly changing one.” (ebd., S. 429)

Die beobachtete Tendenz, aus dem Bedürfnis nach innerer Stabilität heraus pathogene Erwartungen beibehalten zu wollen, findet in der Methode der Plananalyse aber keinen Niederschlag. Allerdings zeichnet sich in der Betonung der Schwierigkeit und Langwierigkeit, solche unbewußten Überzeugungen und die daraus resultierenden Verhaltensmuster aufzugeben, ein gemeinsamer Nenner mit der Interaktionsstruktur-Theorie von Jones et al. (vgl. Kapitel 1.1.3) ab. Auch wenn diese (theoretischen) Einschränkungen in der Methode der Plananalyse zu abweichenden Bewertungen führen müssen, so behält das Augenmerk auf die Wirkmächtigkeit unbewußter Überzeugungsprozesse doch seine Dominanz und liefert eine hervorragende Methode, diese mikroanalytisch zu erfassen.

Da die Plananalyse als Interventionsmethoden nur pro- und antiplan-orientierte Deutungen anerkennt, vergibt sie sich damit eine weitere Chance zur differenzierten Betrachtung therapeutischen Handelns. Ebensolches gilt auch für Aktivitäten des Patienten, wenn dessen „vereinfachte Retests“ als Reaktion auf antiplan-orientierte Deutungen des Therapeuten bewertet werden müssen, ohne der Wichtigkeit vielfacher Wiederholungen zur Änderung fixierter Muster die gebührende Aufmerksamkeit zu schenken. Diese methodischen Lücken lassen sich durch die Verlaufsbeobachtung des PQS-Ratings sehr gut füllen: Es erweitert nicht nur das Interaktionsrepertoire, sondern berücksichtigt auch (neurotisch) gewachsene und sich erst nach und nach verändernde Beziehungsstrukturen als Folge ausreichender Durcharbeitung. So kann nicht nur ermessen werden, ob eine pathogene Überzeugung mit den dazugehörigen Interaktionsstrukturen aufgegeben wurde; auch Widerstände und Gegenübertragungsreaktionen sind (wenn auch von Jones et al. nicht als solche benannt) erfaßbar und ermöglichen so eine „gleichgewichtigere“ Beleuchtung des therapeutischen Geschehens.

Allerdings scheitert das PQS, wenn es um die Mikroanalyse des Stundenverlaufs geht: Weder können damit Anlässe für Veränderungen der Itemverteilung erfaßt werden, noch differenziert das Verfahren zwischen Verschiebungen als Folge von pro- bzw. antiplan-orientierten Deutungen. Hier greift die Plananalyse ergänzend ein; außerdem wurde auf der Grundlage der dort diskutierten Psychodynamik der Verlauf der Items über alle Meßzeitpunkte in dieser Arbeit im einzelnen erörtert.

Ähnlich gestalten sich die Schwierigkeiten, wenn es um eine adäquate Zuordnung „qualitativer“ Items geht. Damit sind solche gemeint, die Zustände beschreiben, deren situative Wesensart entscheidend für die Klassifikation ist; z.B.

- **Item 12:** In der Stunde wird geschwiegen.

Welcher Natur das Schweigen ist, d.h. ob es sich hier um einen Widerstand, einen Test oder um eine kreative Denkpause handelt, kann innerhalb des Ratings nicht eingeschätzt werden. Wohl aber ist eine szenisch detaillierte Erörterung innerhalb der Plananalyse möglich.

- **Item 24:** Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.

Auch hier kann nicht zwischen unreflektierter Gegenübertragung und dem Therapeuten immanenten Konflikten differenziert werden. Auch steht die Analyse der Reaktion des Patienten auf solche Störungen in keinem direkten Bezug zur Klassifikation des Items, sondern kann erst in der nachträglichen Diskussion beschrieben und auf ihre Folgen hin untersucht werden. (Generell ist das Rating dieses Items nur dann möglich, wenn dabei die Gegenübertragung des Raters hinzugezogen wird, was allerdings Objektivitätseinbußen nach sich zieht.)

Die Einschätzung und Verteilung solcher Items liegt demnach in besonderem Maße im Ermessensspielraum des Raters und ist in erster Linie vom Grad der Durchdringung psychodynamischer Vorgänge innerhalb der Therapiestunden abhängig - und damit auch von seiner theoretischen Einstellung. Um die in diesem Verfahren implizierte „Objektivität“ größtmöglich zu erhalten, wurden im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit Gedanken, Gegenübertragung und interpretative Ambivalenzen zu fast jedem Item in den Kapiteln zur Auswertung des PQS dargelegt, diskutiert und somit für spätere (Co-)Ratings nachvollziehbar gemacht.

Die Kombination beider Methoden erlaubt demnach bei der Analyse des psychotherapeutischen Prozesses eine Beleuchtung folgender Fragen:

1. Welche Parameter/Items verschieben sich bei gehäuften pro- bzw. antiplanorientierten Deutungen über die Meßzeitpunkte? Wie zeitlich konstant sind solche Verschiebungen?
2. Können diese Verschiebungen durch gegensätzliche Deutungen wieder „rückgängig“ gemacht werden?



3. Gibt es Gemeinsamkeiten in der Itemverteilung zwischen den Patienten? Wenn ja, was verbindet diese außer der analytischen Psychotherapie?

Durch die Beantwortung dieser Fragen sollen Rückschlüsse auf das Wie der Wirkmächtigkeit analytischer Psychotherapien gezogen werden.

### **3.3.5 Design der vorliegenden Arbeit**

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wurde für jede Patienten-Therapeuten Dyade anhand der aufgezeichneten Erstgespräche, so sie denn vorlagen, die Planformulierung nach den Konzepten von Weiss & Sampson mit dem bereits beschriebenen Zusatzkapitel „Diskussion alternativer Hypothesen“ (vgl. Kapitel 1.2) durchgeführt, um anschließend das PQS-Rating und eine Prognose über dessen Verlauf zu erstellen. Ab dem zweiten Meßzeitpunkt wurde das Material einer ausgewählten Stunde der mikroanalytischen Betrachtung mit der Plananalyse unterzogen. Die anderen Stunden wurden inhaltlich und interpretativ zusammengefaßt. Die Auswahlentscheidung erfolgte nach dem Anhören aller Tonbänder eines Meßzeitpunktes und wurde nach Abwägungen in Bezug auf die inhaltliche Brisanz gefällt. Die Bandaufzeichnung dieser sogenannten Schwerpunktstunde des jeweiligen Meßzeitpunktes wurde anschließend noch einmal gehört und dann mit dem PQS beurteilt. Besondere Aufmerksamkeit galt anschließend den beiden äußeren Kategorien der Pole (1 & 2 sowie 9 & 8): Die dort positionierten Items wurden gesondert aufgelistet und kurz diskutiert. Nach der Betrachtung und Bearbeitung aller Meßzeitpunkte mit beiden Methoden konnte die Plananalyse abschließend zusammengefaßt und die PQS-Ratings über alle Meßzeitpunkte ausgewertet werden. Dazu wurden die von Ablon & Jones (1998) für psychodynamische bzw. kognitiv-behaviorale Therapien klassifizierten je zwanzig prototypischen Items herangezogen und auf ihre erwartete und untypische Positionierung an den Polen hin untersucht und interpretiert. Besondere Aufmerksamkeit galt hier der Darstellung von möglichen Zusammenhängen dieser Phänomene mit der Beurteilung des Therapieergebnisses durch die Plananalyse. Nunmehr wurden sowohl all jene Items, die sich in ihrem Verlauf über alle Meßzeitpunkte um mehr als drei Intervalle auf der neunstufigen Skala verschoben, als auch solche, die sich als relativ schwankungsresistent erwiesen hatten, im einzelnen aufgelistet und kurz interpretiert. Die anschließende Diskussion nahm wiederum vor allem Bezug auf die Zugehörigkeit der Items zu den oben bereits erwähnten Prototypen. Nach einer zusammenfassenden Erörterung des PQS-Ratings in seinem Verlauf, innerhalb deren auch auf die Entwicklung und Positionierung der von der Autorin als bezie-

hungsrelevant eingestuften Items (vgl. Kapitel 3.2.3.1) eingegangen wurde, konnten die Ergebnisse der Plananalyse und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ nun abschließend verglichen und interpretiert werden.

Diese Reihenfolge in der Anwendung der beiden Methoden erwies sich insofern als angemessen, als das Wissen aus der intensiven Beschäftigung mit der Psychodynamik des Patienten durch die Bearbeitung mit der Plananalyse in die gewissenhafte und detailgenaue Verteilung der PQS-Items nutzbringend eingebracht werden konnte. Da das Anliegen dieser Arbeit in erster Linie nicht eine Methodvalidierung sondern die mikro- und makroanalytische Untersuchung des psychotherapeutischen Prozesses ist, die Verfahren außerdem unterschiedliche Aspekte erfassen und in ihren Anwendungsmodalitäten stark voneinander abweichen, konnten beide von ein und demselben Rater angewandt werden, ohne daß sich in diesem Falle mangelnde Unabhängigkeit negativ auf den Forschungsgegenstand auswirkte.

Nichtsdestotrotz stellt das fehlende Co-Rating bei beiden Methoden die wissenschaftliche Achillesferse der vorliegenden Arbeit dar. Die Ergebnisse des (unveröffentlichten) empirischen Teils und deren anschließende Diskussion im hiesigen Kapitel 4 sind deshalb unbedingt als *vorläufige* zu betrachten. Zum Zwecke der Validierung (oder Falsifizierung) sind in Kürze Konsens-Ratings mit anderen Mitarbeitern des Forschungsprojektes geplant, deren Ergebnisse dann in die abschließende Veröffentlichung des Forschungsprojektes einfließen werden.

## 4 Diskussion der Untersuchungsergebnisse<sup>8</sup>

### 4.1 Vergleich der Ergebnisse innerhalb der vorliegenden Stichprobe

Zunächst werden in diesem Kapitel die Ergebnisse der einzelnen analytischen Psychotherapien, die Gegenstand des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit waren, in tabellarischen Übersichten dargestellt. Dazu wurden die in den Schwerpunktstunden der Meßzeitpunkte (MZP) am häufigsten angewandten Tests der Plananalyse noch einmal sowohl inhaltlich erwähnt, als auch die Häufigkeit ihres Auftauchens notiert. Anschließend wurden die diesen Tests zugrundeliegenden pathogenen Überzeugungen benannt. (Die vorangestellten Nummern sind mit den in der Planformulierung verwendeten identisch.) Die beiden unteren Zeilen der Tabellen stellen einen Versuch dar, die in den Extremkategorien 1 bzw. 9 gerateten Items des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS) in eine sinnlogische Verbindung mit Tests und pathogenen Überzeugungen der Plananalyse zu bringen. Die fünf Items der genannten PQS-Kategorien wurden somit auf ihre inhaltliche Passung mit den Einschätzungen der Plananalyse überprüft. Die rot markierten Items stellen dabei kontraindizierte Interventionen des Therapeuten dar, die angesichts der Psychodynamik (bzw. im Umgang mit den pathogenen Überzeugungen) des Patienten in der Plananalyse als „antiplan-orientiert“ geratet worden wären. Den Auswertungsübersichten vorangestellt ist eine Verlaufsdiskussion der jeweiligen Psychotherapie, in der auch das PQS-Rating der Extremkategorien zum 1. MZP zur Sprache kommen und in Verbindung mit den konkordanten pathogenen Überzeugungen der Plananalyse gebracht werden soll.

---

<sup>8</sup> Siehe abschließenden Hinweis im Kapitel „Einleitung“ (S. 8)

#### 4.1.1 Patient 1

(Tabelle 1 bis Tabelle 3; S. 53-55)

Zunächst fällt bei diesem Patienten die zunehmende Verwendung des 5. Tests und die damit abgewehrte Angst vor Verstrickung und Abhängigkeit vom Therapeuten auf. Konkordante Begleiter sind dabei zu jedem Meßzeitpunkt (MZP) die PQS-Items 98 und 100 in Kategorie 1. Bemerkenswert ist hier besonders, daß die Plananalyse gerade bei diesem Test, der sich auf pathogene Erwartungen hinsichtlich der Erlangung von Unabhängigkeit und Eigenständigkeit bezieht, fast ausschließlich proplan-orientierte Reaktionen des Therapeuten verzeichnete (ausgenommen je eine antiplan-orientierte Deutung zu MZP 3 und 4). Das heißt, daß die proplan-orientierte Arbeit an der pathogenen Erwartung des Patienten bei gleichzeitigem Ausschluß einer Arbeit an der Übertragungsbeziehung *nicht* zur Widerlegung dieser Überzeugung führen konnte. Ausgehend von der Überlegung, daß Konstanz und Häufigkeit eines Tests die damit verbundene pathogene Überzeugung als dominant im Plan des Patienten kennzeichnet, verweist dessen forcierte Verwendung über die MZP auf eine nicht genügend bearbeitete maladaptive Interaktionsstrategie. Die fehlende Einbeziehung des Aktualgeschehens in der Therapie bei der Deutungsarbeit an der 2. pathogenen Überzeugung manifestierte sich innerhalb des PQS-Ratings durch die konstante Assoziation der Items 98 und 100 am uncharakteristischen Pol. In engem Zusammenhang damit scheint die Omnipräsenz des 3. Übertragungstests zu stehen. Die hierdurch thematisierte 6. pathogene Überzeugung des Patienten wurde über alle MZP am häufigsten und konsequentesten mit antiplan-orientierten Deutungen seitens des Therapeuten bedacht. Auch das PQS verzeichnete zum 2. und 3. MZP kontraindizierte Interventionen in Bezug auf den Wunsch nach exklusiver Nähe und Aufmerksamkeit. Die zum 3. MZP gehäufte Verwendung dieses Tests und das anschließende Nachlassen zum 4. MZP scheinen eng mit der fehlenden Arbeit an der therapeutischen Beziehung und dem nahenden Ende der Therapie verknüpft zu sein. Hier fällt auf, daß Test und pathogene Überzeugung der Plananalyse im PQS stets durch andere Items (ausgenommen Item 91) vertreten sind; der Patient testet den Therapeuten also in der Hoffnung auf proplan-orientierte Antworten mit immer neuen Mitteln. Item 91 erfährt hierbei eine für analytische Psychotherapien irritierende Entwicklung, wenn es sich vom charakteristischen Pol zu MZP 2 nach Kategorie 1 (MZP 4) verschiebt: Das plötzliche Fehlen von Narrativen aus der Kindheit fällt hierbei in gleichem Maße auf wie die Abwehr einer (negativen) Übertragungsbeziehung seitens des Therapeuten.

Patient 1	Test 1 (1 x)	Test 3 (1 x)	Test 5 (1 x)
	Der Patient wird sich der therapeutischen Arbeit immer wieder direkt oder indirekt verweigern, um zu testen, inwieweit er sich der unbedingten Zuneigung und Wertschätzung des Therapeuten sicher sein kann.	Der Patient wird immer wieder versuchen, ein „guter“ Patient zu sein, weil er glaubt, nur so genügend Aufmerksamkeit, Liebe und Beachtung bekommen zu können.	Der Patient wird die direkte Übertragung (d.h. Bindung und Abhängigkeit) vermeiden, um nicht darin verstrickt zu werden.
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<b>3:</b> Der Patient glaubt, daß er seinen Eltern nicht trauen kann, da diese ihn nur für ihre Zwecke benutzen bzw. ihn gar nicht wahrnehmen und kennen. [1]	<b>6:</b> Der Patient glaubt, daß seine Mutter ihn am meisten mag und liebt im Vergleich zu seinen Geschwistern. [1]	<b>2:</b> Der Patient glaubt, daß Eigenständigkeit und Unabhängigkeit mit Opposition gleichzusetzen sind und nur durch permanenten Kampf erlangt werden können. [2]
<b>Items aus Kategorie 1</b>		<b>Item 82:</b> Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden läßt.	<b>Item 48:</b> Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken. <b>Item 89:</b> Der Therapeut stärkt die Abwehr. <b>Item 98:</b> Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<b>Item 3:</b> Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern. <b>Item 25:</b> Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.	<b>Item 91:</b> Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (frühen und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs.	<b>Item 6:</b> Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch. <b>Item 40:</b> Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.

Tabelle 1: Auswertungsübersicht Patient 1 (MZP 2: T 80)

Patient 1	Test 3 (4 x)	Test 2 (2 x)	Test 5 (2 x)
	Der Patient wird immer wieder versuchen, ein „guter“ Patient zu sein, weil er glaubt, nur so genügend Aufmerksamkeit, Liebe und Beachtung bekommen zu können.	Der Patient wird sich Hilfe und Bestätigung auch außerhalb der therapeutischen Beziehung suchen, um nicht zu abhängig vom Therapeuten zu werden.	Der Patient wird die direkte Übertragung (d.h. Bindung und Abhängigkeit) vermeiden, um nicht darin verstrickt zu werden.
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<b>6:</b> Der Patient glaubt, daß seine Mutter ihn am meisten mag und liebt im Vergleich zu seinen Geschwistern. [1]	<b>5:</b> Der Patient glaubt, daß er allein im Leben steht und auf die Hilfe und Unterstützung durch seine Familie nicht vertrauen kann. [4]	<b>2:</b> Der Patient glaubt, daß Eigenständigkeit und Unabhängigkeit mit Opposition gleichzusetzen sind und nur durch permanenten Kampf erlangt werden können. [2]
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<b>Item 13:</b> Der Patient ist lebhaft oder aufgeregt. <b>Item 79:</b> Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.	<b>Item 74:</b> Es geht humorvoll zu.	<b>Item 98:</b> Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen und zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<b>Item 12:</b> In der Stunde wird geschwiegen. <b>Item 90:</b> Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.	<b>Item 40:</b> Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten.	<b>Item 20:</b> Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. <b>Item 50:</b> Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung).

Tabelle 2: Auswertungsübersicht Patient 1 (MZP 3: T 164)

<b>Patient 1</b>	<b>Test 5 (6 x)</b>	<b>Test 2 (1 x)</b>	<b>Test 3 (1 x)</b>
	Der Patient wird die direkte Übertragung (d.h. Bindung und Abhängigkeit) vermeiden, um nicht darin verstrickt zu werden.	Der Patient wird sich Hilfe und Bestätigung auch außerhalb der therapeutischen Beziehung suchen, um nicht zu abhängig vom Therapeuten zu werden.	Der Patient wird immer wieder versuchen, ein „guter“ Patient zu sein, weil er glaubt, nur so genügend Aufmerksamkeit, Liebe und Beachtung bekommen zu können.
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<b>2:</b> Der Patient glaubt, daß Eigenständigkeit und Unabhängigkeit mit Opposition gleichzusetzen sind und nur durch permanenten Kampf erlangt werden können. [2]	<b>5:</b> Der Patient glaubt, daß er allein im Leben steht und auf die Hilfe und Unterstützung durch seine Familie nicht vertrauen kann. [4]	<b>6:</b> Der Patient glaubt, daß seine Mutter ihn am meisten mag und liebt im Vergleich zu seinen Geschwistern. [1]
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<b>Item 75:</b> Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert. <b>Item 98:</b> Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.		<b>Item 84:</b> Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus. <b>Item 91:</b> Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (frühen und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs.
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<b>Item 29:</b> Der Patient spricht davon, daß er Trennung oder Distanz will. <b>Item 34:</b> Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.	<b>Item 23:</b> Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus. <b>Item 69:</b> Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	<b>Item 41:</b> Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.

Tabelle 3: Auswertungsübersicht Patient 1 (MZP 4: T 246)

Dieser Zusammenhang scheint mir ursächlich für den über die MZP aufrechterhaltenen Übertragungswiderstand des Patienten, der in seinen angstbesetzten Individuationstendenzen anscheinend zu wenig Unterstützung im Therapieverlauf erfahren hat. Hierauf kann zum Teil sicher auch das abrupte Verschwinden des 1. Tests nach einer einzigen Anwendung zu MZP 2 (gefolgt von einer proplan-orientierten Deutung) zurückgeführt werden. Das tiefe Mißtrauen, das den Interaktionsmustern des Patienten immanent ist, fließt ab dem 3. MZP möglicherweise in die Vermeidung einer direkten Übertragung (vgl. Test 5) ein. Der Patient scheint also zwischen dem 2. und 3. MZP eine Wende in der Beziehung zum Therapeuten vorgenommen zu haben: Weg von der Verweigerungshaltung (Test 1) hin zu einem Bemühen um konstruktive, planorientierte Arbeit; dabei versucht er die negative Übertragung als vermeintlichen Störfaktor wahrscheinlich intuitiv zu vermeiden. Wie oben bereits ausgeführt, stellt sich der Therapeut in diesem Kampf um Eigenständigkeit und Unabhängigkeit (vgl. 2. pathogene Überzeugung) leider nicht in ausreichendem Maße als Beziehungs- und Übertragungsobjekt zur Verfügung. Auch merkt er nicht, daß der Patient sich ab dem 3. MZP verstärkt einer (positiven) Außenübertragung zuwendet und dort Unterstützung und Bestätigung sucht (vgl. Test 2). Die stets antiplan-orientierten Deutungen zu MZP 3 und 4 darauf, runden das Bild einer „verpaßten Chance“ bei der Schaffung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung, in der auch Konflikte und Opposition Raum gefunden hätten, ab.

Die vermutete Chronologie bei der Bearbeitung pathogener Überzeugungen (vgl. Punkt 2 in Kapitel 3.3.3) hat sich bei diesem Patienten nicht bestätigt: Bereits zum 2. MZP werden primäre pathogene Überzeugungen (1 und 3, sowie 5) durch Narrative und die Art der Beziehungsgestaltung getestet. Ab dem 3. MZP scheint sich der Patient altbewährter, später entwickelter Interaktionsmuster (Test 2) als Reaktion auf einen konfliktvermeidenden Therapeuten, der trotzige Opposition und Aggressivität vermeintlich genauso wenig halten kann wie die frühen Bezugspersonen des Patienten, zu bedienen. Auch die PQS-Items, die zum 1. MZP geratet wurden, lassen auf einen allgegenwärtigen Einfluß früher pathogener Überzeugungen auf die Gestaltung von Objektbeziehungen schließen: Unzureichende gute Objektrepräsentanzen und die damit zusammenhängende Ablösungsproblematik (etwa im Sinne der 2., 3. und 8. pathogenen Überzeugung) manifestieren sich m. E. im Rating der Items 11 und 96 am uncharakteristischen und des Items 63 am charakteristischen Pol.



### 4.1.2 Patient 2

(Tabelle 4 bis Tabelle 6; S.58 bis 60)

Bei der Gegenüberstellung der tabellarischen Zusammenfassungen der einzelnen Meßzeitpunkte (MZP) dieses Patienten fallen zunächst die zahlreichen unterschiedlichen Tests zu MZP 2 und die Reduzierung dieses Agierens auf hauptsächlich zwei Tests zu den MZP 3 und 4 auf. Einzig Test 2 und die damit verbundene 2. pathogene Überzeugung bleiben über alle MZP präsent. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, daß die drei als kontraindiziert gekennzeichneten Interventionen (Items 36 und 81 in Kategorie 1) zu den MZP 2 bzw. 3 innerhalb des PQS-Ratings allein diesen Test betreffen. Die emotionale Zurücknahme darf deshalb als gesichert dominant im Plan des Patienten angesehen werden. Zwar wurde die überwiegende Mehrheit dieses Tests mit proplanorientierten Deutungen beantwortet, die Kernproblematik konnte aber anscheinend *nicht* bearbeitet werden. Gründe hierfür sind zum einen sicher in den begrenzten Möglichkeiten der Plananalyse zu suchen (vgl. Kapitel 3.3.4), zum anderen im Ausmaß der frühen Beziehungsstörungen dieses Patienten, das bis zum hier vorgestellten 4. MZP (244 Therapiestunden) nicht umfassend durchdrungen werden konnte.<sup>9</sup> Einen Hinweis darauf geben die zahlreichen Wiederholungen des Tests und deren Konstanz, aber sicher auch die im PQS-Rating deutlich gewordenen Mängel bei den Interventionsmethoden des Therapeuten, der die Weigerung des Patienten, eine innige und von Abhängigkeit geprägte Beziehung zu ihm aufzubauen, zuweilen als persönliche Kränkung zu erleben schien. So gab er auf die insgesamt sechs Rollenumkehrtests zu MZP 2 je drei pro- und drei antiplanorientierte Deutungen. Dieser 3. Test, der vom Patienten vermehrt erst zum 4. MZP wieder ins Stundengeschehen eingebracht wurde, erfuhr nun auch eine adäquatere Beantwortung durch den Therapeuten in Form von konsequent proplanorientierten Deutungen.

Abgesehen von einer Reduzierung in Bezug auf Häufigkeit und Variation der Tests zwischen dem 2. und 3. MZP fällt vor allem das plötzliche Auftauchen des 7. Übertragungstests zum 3. MZP auf. Hier stehen zwei Interpretationsmöglichkeiten zur Option:

---

<sup>9</sup> Informationsstand Januar 2007: Die Therapie wurde bis zur 340. Stunde verlängert und läuft zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch. Interessant wäre in diesem Zusammenhang sicher eine anknüpfende Beleuchtung des therapeutischen Geschehens mit beiden Methoden in weiterführenden Arbeiten.

Patient 2	Test 2 (7 x)	Test 4 (7 x)	Test 1 (6 x)	Test 3 (6 x)
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	Der Patient glaubt, daß Gefühle ein Unsicherheitsfaktor sind und man sie deswegen nur sehr sparsam und kontrolliert zulassen sollte. [1]	7: Der Patient glaubt, daß er andere mit seiner Biographie überfordert. Er hat Angst, daß diese nicht stark genug sein könnten, um seine Leidensgeschichte zu verkraften und möchte sie davor schützen. [4]	1 & 6: Der Patient glaubt, daß er letztendlich immer allein im Leben steht und sich nur auf sich selbst verlassen kann und daß er deswegen auch allein die Verantwortung für die Gestaltung seiner Beziehungen zu anderen Menschen trägt. [1] bzw. [3]	9 & 10: Der Patient glaubt, daß er sich nicht zu sehr an andere binden sollte, da er sowieso wieder verlassen und enttäuscht wird bzw. sich trennen muß. Er glaubt, daß man für alles, was man bekommt, einen entsprechenden Preis bezahlen muß. [2] bzw. [1]
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<b>Item 81:</b> Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.	<b>Item 12:</b> In der Stunde wird geschwiegen. <b>Item 25:</b> Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.	<b>Item 22:</b> Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten. <b>Item 58:</b> Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.	
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<b>Item 20:</b> Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.	<b>Item 31:</b> Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicher Schilderung.	<b>Item 17:</b> Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (z.B. strukturiert und/oder führt neue Themen ein). <b>Item 63:</b> Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.	<b>Item 96:</b> Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.

Tabelle 4: Auswertungsübersicht Patient 2 (MZP 2: T 82)

<b>Patient 2</b>	<b>Test 7 (4 x)</b>	<b>Test 2 (3 x)</b>
	<p>Der Patient wird versuchen, sich auch in der Beziehung zum Therapeuten einen „Notausgang“ freizuhalten, indem er diese regelmäßig trianguliert. Er arbeitet damit an seiner pathogenen Überzeugung, daß völlige Abhängigkeit von <i>einer</i> Person ein zu großer Unsicherheitsfaktor ist und nicht genügen Schutz bietet.</p>	<p>Der Patient wird seine Emotionen nur sehr kontrolliert zulassen, sich immer wieder zurücknehmen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er immer wieder wegen seiner „negativen“ Gefühle im Stich gelassen wird.</p>
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<p><b>3:</b> Der Patient glaubt, daß er vor anderen Menschen auf der Hut sein, sich in acht nehmen sollte. Deswegen muß er sich in jeder zwischenmenschlichen Beziehung einen „Notausgang“ freihalten; nur so kann er sich bedingt einlassen und sicher genug fühlen. [1]</p>	<p><b>2:</b> Der Patient glaubt, daß Gefühle ein Unsicherheitsfaktor sind und man sie deswegen nur sehr sparsam und kontrolliert zulassen sollte. [1]</p>
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<p><b>Item 10:</b> Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.  <b>Item 34:</b> Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.  <b>Item 52:</b> Der Patient verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme des Patienten löst.</p>	<p><b>Item 36:</b> Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, z.B. Ungesehenmachen, Verleugnung.  <b>Item 81:</b> Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.</p>
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<p><b>Item 17:</b> Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (z.B. strukturiert und/oder führt neue Themen ein).  <b>Item 63:</b> Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.  <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.</p>	<p><b>Item 31:</b> Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.  <b>Item 43:</b> Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.</p>

Tabelle 5: Auswertungsübersicht Patient 2 (MZP 3: T 164)

<b>Patient 2</b>	<b>Test 3 (4 x)</b>	<b>Test 2 (3 x)</b>
	<p>Der Patient wird den Therapeuten über die Qualität seiner Beziehung zu ihm und Bindung an ihn im Ungewissen lassen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er von außen keine Hilfe erwarten kann, da andere ihn in der Not hilflos sich selbst überlassen. (Rollenumkehrtest)</p>	<p>Der Patient wird seine Emotionen nur sehr kontrolliert zulassen, sich immer wieder zurücknehmen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er immer wieder wegen seiner „negativen“ Gefühle im Stich gelassen wird.</p>
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<p><b>9 &amp; 10:</b> Der Patient glaubt, daß er sich nicht zu sehr an andere binden sollte, da er sowieso wieder verlassen und enttäuscht wird bzw. sich trennen muß. Er glaubt, daß man für alles, was man bekommt, einen entsprechenden Preis bezahlen muß. [2] bzw. [1]</p>	<p><b>2:</b> Der Patient glaubt, daß Gefühle ein Unsicherheitsfaktor sind und man sie deswegen nur sehr sparsam und kontrolliert zulassen sollte. [1]</p>
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<p><b>Item 10:</b> Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.  <b>Item 78:</b> Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.</p>	<p><b>Item 5:</b> Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.  <b>Item 12:</b> In der Stunde wird geschwiegen.  <b>Item 15:</b> Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.</p>
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<p><b>Item 1:</b> Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).  <b>Item 42:</b> Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).</p>	<p><b>Item 22:</b> Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.  <b>Item 39:</b> Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.  <b>Item 71:</b> Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.</p>

Tabelle 6: Auswertungsübersicht Patient 2 (MZP 4: T 243)

Erstens wäre denkbar, daß die therapeutische Beziehung bis zu diesem Zeitpunkt eine ausreichende Etablierung erfahren hat, die es dem Patienten ermöglicht, diesen frühen und angstbesetzten Test nun einzubringen. Zweitens – und dies scheint mir wahrscheinlicher – wäre vorstellbar, daß z.B. zu wenige proplan-orientierte Deutungen auf die Tests des 2. MZP eben jene 3. pathogene Überzeugung reaktiviert hat und der hier formulierte Test eigentlich eine regressive Reaktion im Sinne eines resignativen Selbstschutzmechanismus darstellt. Für dieses Modell sprächen sowohl die drei antiplan-orientierten, also unstimmigen Deutungen des Therapeuten auf diesen „Test“, als auch die Tatsache, daß er zum 4. MZP nicht mehr auftaucht. Ein ähnlicher Erklärungsansatz böte sich möglicherweise auch für die Entwicklung der Tests 4 bzw. 1 an. Bezüglich des PQS-Ratings zum 1. MZP und einer Zuordnung der entsprechenden pathogenen Überzeugungen fällt auch bei diesem Patienten auf, daß früh etablierte Interaktionsstrukturen von Anfang an in die therapeutische Beziehung in Form idiosynkratischer Erwartungshaltungen einfließen. Hier wurden vor allem die Positionierung der Items 29 und 34 zu diesem MZP am uncharakteristischen Pol mit den pathogenen Überzeugungen 1 und 9 assoziiert, die in ihrem Nebeneinander einen Grundkonflikt der Nähe (Rudolf 2000) zum Ausdruck bringen. Als ein weiterer Beleg für kontraindizierte Interventionen des Therapeuten angesichts der Affektisolierung des Patienten muß das Rating von Item 79 in Kategorie 1 angesehen werden. Die „aktiveren“ Items der Kategorie 9 (Items 31, 88 und 91) stehen stellvertretend vor allem für die später entstandenen pathogenen Erwartungen 5, 6, 7 und 8, nehmen aber auch Bezug auf die basal gestörten Interaktionsmuster (Items 17 und 63), verdeutlicht in der 1. pathogenen Überzeugung.

Ein weiteres, entscheidendes Indiz stellen m. E. auch die zahlreichen Ungereimtheiten bei der Aufeinanderfolge von Deutungen und Reaktionen bzw. Tests innerhalb der Plananalyse dar. Unter Berufung auf die „Control Mastery Theory“ (CMT) von Weiss & Sampson (1986; Weiss 1993) sollten im Regelfall auf proplan-orientierte Deutungen entweder progressive Reaktionen oder neue Tests folgen; umgekehrt werden der CMT zufolge antiplan-orientierte Deutungen mit regressiven Reaktionen oder vereinfachten Retests beantwortet (vgl. Kapitel 1.1.2 und 3.2.2). Bei dem hier vorgestellten Patienten wurden solche sinnlogischen Abfolgen immer wieder unterbrochen, d.h. auf proplan-orientierte Deutungen lieferte der Patient des öfteren vereinfachte Retests oder regressive Reaktionen. Einerseits wird hier der Bedarf an Co-Ratings deutlich, zum anderen liefern diese Unstimmigkeiten aber auch wichtige Hinweise auf die Art der therapeutischen Beziehung, den Dyadentypus, den Patient und Therapeut miteinander gebildet ha-

ben: Möglicherweise hat der Analytiker übersehen, daß emotionale Zurücknahme und reaktive Unkalkulierbarkeit wichtige Schutzmechanismen für den Patienten darstellen, die es ihm ermöglichen, Beziehungen (auf ausreichendem Abstand) zu halten.

Besonders bei diesem Patienten wird in der Methodenauswertung deutlich, wie sorgfältig die Einzelergebnisse miteinander verglichen und Zusammenhänge aufeinander abgestimmt werden müssen, um ein genügend differenziertes und zuverlässiges Bild von Entwicklungsprozessen innerhalb eines Therapieverlaufs konstruieren zu können. Auch wenn hier proplan-orientierte Deutungen auf die meisten der zur Anwendung gebrachten Tests überwogen, zeigte die ergänzende Betrachtung des PQS-Ratings doch, daß die therapeutische Beziehung zu jedem MZP eine künstlich distanzierte war und die Ursachen für diese ängstliche Zurückhaltung seitens des Patienten, aber auch z. T. unbewußte Gegenübertragungsprozesse beim Therapeuten, m. E. nicht ausreichend bearbeitet, respektive reflektiert werden konnten.

#### **4.1.3 Patient 3**

(Tabelle 7 und Tabelle 8; S. 63 - 64)

Die Verlaufsbetrachtung des therapeutischen Prozesses bei diesem Patienten ist in zweierlei Hinsicht außergewöhnlich: Zum einen standen insgesamt nur drei Meßzeitpunkte (MZP) statt der üblichen vier zur Verfügung, zum anderen konnte dem 4. Test zum 3. MZP dank struktureller Reifungsprozesse ein positives Äquivalent (Test 4a) zugeordnet werden. Diese neue Variante stellt gleichzeitig ein Gegenstück zum 3. Rollenumkehrtest dar, mit dessen Hilfe sich der Patient nun selbst primären Wünschen nach Spiegelung annähern und diese bearbeiten kann. Somit dürfen die pathogenen Überzeugungen 1 und 7, die vorrangig die narzißtische Problematik des Patienten beschreiben, als dominant in seiner Psychodynamik und damit seinem Plan angesehen werden. So ist es auch nicht verwunderlich, daß die diesbezüglichen Tests (und darunter fallen m. E. auch die Tests 1 und 2) den gesamten Therapieprozeß beherrschen. Die fast ausschließlich proplan-orientierten Deutungen des Therapeuten auf den 3. Rollenumkehrtest, d.h. das (Aus-)Halten narzißtischer Aggressionen, dürfte bei der Ingangsetzung eines Trauerprozesses wohl die entscheidende Rolle gespielt haben. Betrachtet man den therapeutischen Umgang mit dem 4. Übertragungstest, so scheinen die zum 2. MZP noch relativ gleichmäßig verteilten pro- und antiplan-orientierten Reaktionen des Analytikers auf die oft verzweifelt wirkenden Anpassungsversuche des Patienten ausschlaggebend für die Einführung des neuen Tests 4(a) gewesen zu sein. Zum 3. MZP überwogen dann auch

<b>Patient 3</b>	<b>Test 3 (7 x)</b>	<b>Test 4 (7 x)</b>	<b>Test 1 (4 x)</b>
	Der Patient wird Deutungen des Therapeuten immer wieder zurückweisen, um zu testen, ob dieser ihn trotzdem akzeptiert und annimmt. (Rollenumkehrtest)	Der Patient wird immer wieder versuchen, ein „guter“, angepaßter Patient zu sein, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er Zuwendung und Anerkennung nur bekommt, wenn er den Erwartungen anderer entspricht.	Der Patient wird immer wieder die Aufgaben bzw. den Part des Therapeuten im Sinne einer intellektualisierenden Kontrollübernahme und Rollenkehr übernehmen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er Zuwendung und Anerkennung nur durch Manipulationen bekommt.
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<b>1:</b> Der Patient glaubt, daß er immer wieder verlassen wird, wenn andere ihn erst richtig kennen und er für immer einsam sein wird, weil er nicht „richtig“ ist und nicht das geben kann, was diese brauchen. [1]	<b>7:</b> Der Patient glaubt, daß er die Erwartungen anderer erfüllen, sich anpassen muß, um akzeptiert und geliebt zu werden. [2]	<b>10:</b> Der Patient glaubt, daß er andere manipulieren muß, um die Zuwendung, die er braucht, zu bekommen. Wenn er sagen würde, wie er wirklich empfindet, würde es „katastrophal“ werden. [2]
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<b>Item 9:</b> Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert). <b>Item 32:</b> Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.	<b>Item 68:</b> Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.	<b>Item 56:</b> Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen. <b>Item 70:</b> Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<b>Item 63:</b> Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema. <b>Item 84:</b> Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.	<b>Item 34:</b> Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein. <b>Item 69:</b> Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.	<b>Item 62:</b> Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.

Tabelle 7: Auswertungsübersicht Patient 3 (MZP 2: T 78)

Patient 3	Test 3 (8 x)	Test 4(a) (7 x)	Test 2 (6 x)	Test 4 (6 x)
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<p>Der Patient wird Deutungen des Therapeuten immer wieder zurückweisen, um zu testen, ob dieser ihn trotzdem akzeptiert und annimmt. (Rollenumkehrtest)</p> <p><b>1:</b> Der Patient glaubt, daß er immer wieder verlassen wird, wenn andere ihn erst richtig kennen und er für immer einsam sein wird, weil er nicht „richtig“ ist und nicht das geben kann, was diese brauchen. [1]</p>	<p>Der Patient wird (zu späteren Meßzeitpunkten) immer wieder testen, ob er auch dann akzeptiert und anerkannt wird, wenn er authentisch ist, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er verlassen wird, wenn er sich so gibt, wie er wirklich ist.</p> <p><b>1:</b> Der Patient glaubt, daß er immer wieder verlassen wird, wenn andere ihn erst richtig kennen und er für immer einsam sein wird, weil er nicht „richtig“ ist und nicht das geben kann, was diese brauchen. [1]</p>	<p>Der Patient wird immer wieder versuchen, den Therapeuten intellektuell zu übertrumpfen oder gar bloßzustellen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er verlassen und nicht akzeptiert wird, weil er nicht „richtig“ ist und damit seinen Selbstwert stabilisieren. (Rollenumkehrtest)</p> <p><b>3 &amp; 4:</b> Der Patient glaubt, daß er nicht attraktiv und begehrenswert genug ist und deswegen nicht akzeptiert und wertgeschätzt wird. <b>beide</b> [1]</p>	<p>Der Patient wird immer wieder versuchen, ein „guter“, angepaßter Patient zu sein, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er Zuwendung und Anerkennung nur bekommt, wenn er den Erwartungen anderer entspricht.</p> <p><b>7:</b> Der Patient glaubt, daß er die Erwartungen anderer erfüllen, sich anpassen muß, um akzeptiert und geliebt zu werden. [2]</p>
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<p><b>Item 33:</b> Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.</p>	<p><b>Item 89:</b> Der Therapeut stärkt die Abwehr. <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.</p>	<p><b>Item 56:</b> Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.</p>	<p><b>Item 15:</b> Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.</p>
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<p><b>Item 62:</b> Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.</p>	<p><b>Item 35:</b> Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.</p>	<p><b>Item 59:</b> Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen). <b>Item 69:</b> Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.</p>	<p><b>Item 68:</b> Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.</p>

Tabelle 8: Auswertungsübersicht Patient 3 (MZP 3: T 171)



proplan-orientierte Deutungen auf beide Varianten dieses Tests. In diesem Zusammenhang muß auch die positive Einschätzung der Positionierung des PQS-Items 100 in Kategorie 1 zum 3. MZP gesehen werden: Direkte Übertragungsdeutungen hätten bei der Problematik dieses Patienten zu diesem frühen Zeitpunkt eine Überforderung dargestellt. Hier lag also keine Abwehr einer Übertragungsbeziehung seitens des Therapeuten vor, sondern ein bewußtes, empathisches Eingehen auf die Möglichkeiten des Patienten. Die Einschätzungen der Plananalyse mit der überwiegend als proplan-orientiert eingestuften Deutungsarbeit sind in dieser Hinsicht also konkordant mit dem Rating des PQS, bei dem keine kontraindizierten Interventionen in der makroanalytischen Betrachtung des Stundengeschehens festgestellt werden konnten. Trotz des auf drei MZP begrenzten Materials zeichneten sich also bei diesem Patienten erste Entwicklungsprozesse und damit einhergehende Änderungen in der Beziehungsgestaltung zwischen dem 2. und 3. MZP, also zwischen der 80. und 170. Therapiestunde ab.

Eine weitere Besonderheit bei diesem Patienten (im Vergleich zu den anderen hier vorgestellten) ist der ungewöhnlich hohe Anteil früh entwickelter pathogener Überzeugungen, die das Beziehungs- und therapeutische Geschehen, wie oben bereits angedeutet, maßgeblich beeinflussen. Die Dominanz narzißtisch gestörten Erlebens wird bereits zum 1. MZP durch die Positionierung der Items 63, 64 und 71 am charakteristischen Pol und der Items 12, 15 und 29 in Kategorie 1 deutlich; dieses Rating spiegelt vor allem die pathogenen Überzeugungen 1 bis 4 und 9, aber auch 7 und 10 wider. Die proplan-orientierte Haltung des Therapeuten, sein permanentes Containing narzißtischer Wut- und Schamgefühle manifestieren sich dabei im konsequenten Rating des 66. Items am uncharakteristischen Pol (Kategorie 1-3).

#### **4.1.4 Patient 4**

(Tabelle 9 bis Tabelle 11; S. 67 bis 69)

Bei der Diskussion des Psychotherapieprozesses dieses Patienten stehen vor allem die konstante Präsenz des 2. Tests und die z. T. ambivalenten Deutungen des Therapeuten darauf im Vordergrund. Dieser ödipal konnotierte Übertragungstest findet sich zu jedem Meßzeitpunkt (MZP) unter den häufigsten, entfaltet aber erst zum 4. MZP seine volle Dominanz. Die Deutungsarbeit des Therapeuten speziell auf diesen Test ist zum 2. MZP noch konsequent proplan-orientiert. Zum 3. MZP taucht zum ersten Mal eine jener Deu-

tungen auf, die im empirischen Teil als „unterlassene Übertragungsdeutungen“<sup>10</sup> klassifiziert wurden; außerdem überwiegen in dieser 3. Schwerpunktstunde die antiplan-orientierten (vier) gegenüber den proplan-orientierten Deutungen (insgesamt drei). Zum 4. MZP dominiert dieser Test dann das Stundengeschehen vollständig: Von insgesamt dreizehn Anwendungen reagiert der Therapeut auf elf proplan-orientiert - davon sind allerdings sieben jene „unterlassenen Übertragungsdeutungen“. Auch im PQS-Rating schlägt sich die gesteigerte Ambivalenz erst zu diesem letzten MZP in der als kontraindiziert begriffenen Positionierung der Items 79 und 100 in Kategorie 1 nieder, wohingegen die vier antiplan-orientierten Deutungen zu MZP 3 kein Äquivalent durch PQS-Items gefunden haben. Die diesem Test zugrundeliegenden, später entwickelten pathogenen Erwartungen 5 bis 8 und ihre Dominanz über alle MZP stehen m. E. in engem Zusammenhang mit der prägnanten Verteilung der anderen Tests im Stundenverlauf: Zu MZP 2 konzentrierte sich der Patient zunächst auf die Bearbeitung früh entwickelter pathogener Überzeugungen (1 und 4); der 2. Test taucht erst nach ca. einem Drittel der Stunde auf. Der dominante 6. Test des 3. MZP wird vom Patienten erst in der 2. Hälfte der Stunde eingeführt; zuvor werden die früheren pathogenen Überzeugungen 2 bis 4 bearbeitet.

Möglicherweise sind diese Phänomene und die Beherrschung des 4. MZP durch die (später entwickelte) ödipale Thematik auf die gemischte Deutungsarbeit des Therapeuten in Bezug auf die zunächst eingebrachten frühen Beziehungsängste des Patienten zurückzuführen. Sein partielles „Versagen“ angesichts der vehementen Symbiose- und Versorgungswünsche und die zunehmende Verweigerung einer aktiven Arbeit an der therapeutischen Beziehung triggerten im Patienten unter Umständen Aggressionen, die er durch forcierte Hilf- und Harmlosigkeit abzuwehren versuchte. Ebenso müssen die eklatante Zunahme von Tests zum 3. und 4. MZP, die immer auch ein Beziehungsangebot an den Therapeuten implizierten, und das damit einhergehende gesteigerte Kontrollbedürfnis des Patienten auf dessen ambivalente Versagungen zurückgeführt werden. Denkbar wäre auch, daß der Patient jegliche Form von Lebendigkeit (also nicht nur seine sexuell-aggressiven Selbstanteile) durch diesen 2. Test zu unterdrücken versuchte, indem er den Anschein kastrierter Gefährlosigkeit erweckte.

---

<sup>10</sup> Es schien mir nicht im Sinne der CMT und der Plananalyse, eine *vermiedene bzw. unterlassene* (Übertragungs-)Beziehungsdeutung als „antiplan-orientiert“ zu bewerten, da dies einer Beurteilung aus schulispezifischer Sicht gleichkäme, die aber den Rahmen der Methode sprengen würde.

<b>Patient 4</b>	<b>Test 3 (5 x)</b>	<b>Test 2 (4 x)</b>	<b>Test 5 (4 x)</b>
	<p>Der Patient wird versuchen, ein interessanter und gehaltvoller Analysand zu sein, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er nur geliebt, versorgt und akzeptiert wird, wenn er sich den Bedürfnissen anderer anpaßt.</p>	<p>Der Patient wird sich besonders hilflos und unterstützungsbedürftig geben, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er mit seiner sexuellen Potenz und Aggression für andere eine Bedrohung darstellt und deswegen verlassen oder mit Liebesentzug bestraft wird.</p>	<p>Der Patient wird immer wieder in die Außenübertragung ausweichen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß Konflikte Beziehungen gefährden und er deswegen verlassen wird, wenn er deren „Harmonie“ durch eigene Bedürfnisse oder negative Gefühle verdirbt.</p>
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<p><b>4:</b> Der Patient glaubt, daß er verlassen wird, wenn er sich nicht unterordnet und anpaßt. Er darf nichts einfordern, sich nicht durchsetzen, anderen nichts (auch keine Grenzen) zumuten. [1]</p>	<p><b>5-8:</b> Der Patient empfindet sich in seiner Sexualität für beide Geschlechter bedrohlich. [3]</p>	<p><b>1:</b> Der Patient glaubt, daß „jemanden zu lieben“ bedeutet, bedingungs- und selbstlos für einander da zu sein und daß wahre Gemeinsamkeit nur in der Symbiose möglich ist. [1]</p>
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<p><b>Item 13:</b> Der Patient ist lebhaft oder aufgeregt.</p>	<p><b>Item 84:</b> Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.</p>	<p><b>Item 1:</b> Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).  <b>Item 14:</b> Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.  <b>Item 20:</b> Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung.</p>
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<p><b>Item 56:</b> Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.  <b>Item 81:</b> Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.  <b>Item 97:</b> Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.</p>	<p><b>Item 11:</b> Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.  <b>Item 90:</b> Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.</p>	

Tabelle 9: Auswertungsübersicht Patient 4 (MZP 2: T 92)

<p><b>Patient 4</b></p>	<p><b>Test 6 (10 x)</b></p> <p>Der Patient wird Ansprüche, Forderungen, Wünsche und eigene Bedürfnisse immer nur indirekt (z.B. hinter Metaphern versteckt) formulieren, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er selbst keine Ansprüche stellen oder Wünsche haben darf, wenn er geliebt und nicht verlassen werden will.</p>	<p><b>Test 2 (7 x)</b></p> <p>Der Patient wird sich besonders hilflos und unterstützungsbedürftig geben, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er mit seiner sexuellen Potenz und Aggression für andere eine Bedrohung darstellt und deswegen verlassen oder mit Liebesentzug bestraft wird.</p>	<p><b>Test 7 (6 x)</b></p> <p>In Momenten, wo der Patient sich nicht vom Therapeuten verstanden fühlt, wird er auf andere Helfer (z. B. seinen früheren Analytiker, Freunde etc.) und/oder den Abbruch jener Therapie zu sprechen kommen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß Nichtfunktionieren in zugewiesenen Rollen mit Liebesentzug und dem Abbruch der Beziehung bestraft wird. (Rollenumkehrtest)</p>
<p><b>Pathogene Überzeugungen</b></p>	<p><b>2 und 4:</b> Der Patient glaubt, daß er verlassen wird, wenn er sich nicht unterordnet und anpaßt. Er darf nichts einfordern, sich nicht durchsetzen, anderen nichts (auch keine Grenzen) zumuten. <b>beide</b> [I]</p>	<p><b>5-8:</b> Der Patient empfindet sich in seiner Sexualität für beide Geschlechter bedrohlich. [3]</p>	<p><b>3 und 4:</b> Der Patient glaubt, daß er verlassen wird, wenn er sich nicht unterordnet und anpaßt. Er darf nichts einfordern, sich nicht durchsetzen, anderen nichts (auch keine Grenzen) zumuten. Andere nutzen diese Bemühungen dann aus. [2]; [I]</p>
<p><b>Items aus Kategorie 1</b></p>	<p><b>Item 13:</b> Der Patient ist lebhaft oder aufgeregt. <b>Item 50:</b> Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung).</p>	<p><b>Item 84:</b> Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.</p>	<p><b>Item 98:</b> Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs. <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.</p>
<p><b>Items aus Kategorie 9</b></p>	<p><b>Item 56:</b> Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.</p>	<p><b>Item 90:</b> Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.</p>	<p><b>Item 10:</b> Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an. <b>Item 34:</b> Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein. <b>Item 52:</b> Der Patient verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme des Patienten löst.</p>

Tabelle 10: Auswertungsübersicht Patient 4 (MZP 3: T 188)

<b>Patient 4</b>	<b>Test 2 (13 x)</b>	<b>Test 1 (4 x)</b>
	<p>Der Patient wird sich besonders hilflos und unterstützungsbedürftig geben, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er mit seiner sexuellen Potenz und Aggression für andere eine Bedrohung darstellt und deswegen verlassen oder mit Liebesentzug bestraft wird.</p>	<p>Der Patient wird die Deutungen des Therapeuten besonders schnell und willig annehmen und ihm zustimmen, um an seiner pathogenen Überzeugung zu arbeiten, daß er verlassen wird und ungeliebt bleibt, wenn er sich abgrenzt.</p>
<b>Pathogene Überzeugungen</b>	<p><b>5-8:</b> Der Patient empfindet sich in seiner Sexualität für beide Geschlechter bedrohlich. [3]</p>	<p><b>1 und 4:</b> Der Patient glaubt, daß „jemanden zu lieben“ bedeutet, bedingungs- und selbstlos für einander da zu sein und daß er verlassen wird, wenn er sich nicht unterordnet und anpaßt. Er darf nichts einfordern, sich nicht durchsetzen, anderen nichts (auch keine Grenzen) zumuten, da wahre Liebe und Gemeinsamkeit nur in der Symbiose möglich sind. <b>beide</b> [1]</p>
<b>Items aus Kategorie 1</b>	<p><b>Item 70:</b> Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.  <b>Item 79:</b> Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.  <b>Item 100:</b> Der Therapeut stellt Verbindungen zwischen der therapeutischen Beziehung und anderen Beziehungen des Patienten her.</p>	<p><b>Item 42:</b> Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).  <b>Item 98:</b> Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.</p>
<b>Items aus Kategorie 9</b>	<p><b>Item 34:</b> Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.  <b>Item 56:</b> Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen.  <b>Item 59:</b> Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).  <b>Item 68:</b> Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.</p>	<p><b>Item 33:</b> Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.</p>

Tabelle 11: Auswertungsübersicht Patient 4 (MZP 4: T 284)

In diesem Fall würde es sich nicht um einen Test, sondern um eine Form des Widerstands und der intrapsychischen Abwehr früher Konflikte durch höher strukturierte Bewältigungsstrategien bzw. um „regressive Reaktionen“ auf nicht beantwortete Beziehungsangebote handeln. Diese Version böte eine wesentlich schlüssigere Erklärung für die auffällige Verteilung der Tests innerhalb der Stundenverläufe und die eigentümliche Reduzierung des interaktiven Geschehens zum 4. MZP auf diesen „Test“. Betrachtet man in diesem Zusammenhang auch die anderen Tests und deren Einsilbigkeit und Kurzlebigkeit über alle MZP (außer „Test“ 2 findet sich kein anderer Test mehr als einmal unter den am häufigsten genannten) sowie das plötzliche Dominieren des 6. Tests zu MZP 3, entsteht ein relativ klares Bild der Beziehungsdynamik zwischen Patient und Therapeut, das durch die als kontraindiziert klassifizierten PQS-Interventionen noch geschärft wird. Die Items 50 und 79 spiegeln dabei unterlassene Affektdeutungen, die Items 98 und 100 hingegen die „emotionale Unerreichbarkeit“ des Therapeuten wider.<sup>11</sup> Die therapeutische Beziehung scheint also von einer Blockade des emotionalen Austauschs geprägt zu sein, denn auch der Patient ist in hohem Maße affektisoliert. Unter Einbeziehung der pathogenen Überzeugungen, die mit den zu MZP 1 in den Kategorien 1 und 9 gerateten Items assoziiert werden konnten, wird deutlich, daß sich der Patient bereits in diesem frühen Stadium auf primäre maladaptive Erwartungen konzentriert und diese Interaktionsstrukturen in die Beziehung zum Therapeuten einfließen läßt. Mit der Positionierung der Items 14, 29 und 84 in Kategorie 1 und dem Rating der Items 33 und 78 in Kategorie 9 wurden vor allem die 1. pathogene Überzeugung in Zusammenhang gebracht; die Items 13 und 42 am uncharakteristischen und die Items 56, 94 und 97 am charakteristischen Pol scheinen hingegen eher für die 4. pathogene Erwartung zu stehen. Abgesehen von Item 29 („Der Patient spricht davon, daß er Trennung oder Distanz will.“) finden sich alle anderen Items zum 2. MZP in nahezu identischen Kategorien wieder.

Mit dem erstmaligen Auftauchen kontraindizierter Interventionen im PQS-Rating und der sogenannten „unterlassenen Übertragungsdeutungen“ zum 3. MZP zeichnet sich also auch bei dieser Dyade eine Veränderung in der Qualität der therapeutischen Beziehung zwischen dem 2. und 3. MZP ab. Jedoch scheint der Therapeut den Bedürfnissen

---

<sup>11</sup> Interessant ist hierbei vor allem das Rating von Item 24 („Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.“) über alle MZP: Seine Positionierung in den eher neutraleren Kategorien 4 und 5 (ausgenommen zu MZP 3) stellt möglicherweise eine nicht reflektierte Gegenübertragung meinerseits in Bezug auf den Therapeuten dar.

des Patienten nicht gerecht werden zu können. In diesem Zusammenhang verwundert es auch nicht, daß die Therapie bereits nach 320 Stunden beendet wurde, obwohl keine relevanten Entwicklungsprozesse auf der Konflikt- und/oder Strukturebene mit den verwendeten Methoden festgestellt werden konnten.

#### **4.1.5 Vergleich der Verteilungen idealtypischer Items an den Polen**

Eine andere Form der vergleichenden Übersicht findet sich in Tabelle 12: Die alleinige Betrachtung der von Ablon & Jones (1998) benannten prototypischen Items erwies sich allerdings als wenig hilfreich für eine aussagekräftige Beurteilung des Psychotherapieprozesses. Bereits in den Kapiteln der Einzeldiskussionen im empirischen Teil (vgl. Hinweis im Kapitel „Einleitung“) wurde deutlich, daß allein die quantitative Untersuchung solcher Items wenig erhellendes Material über die Qualität der Psychotherapien liefert. Erst die Hinzuziehung des Inhalts der Items in Beziehung zum MZP, der Psychodynamik der Patienten und dyadespezifischer Dispositionen brachte Licht in das Wirrwarr zwischen erwartungskonformen Ratings (psychodynamische Items am charakteristischen, kognitiv-behaviorale Items am uncharakteristischen Pol) und solchen, die unter schulenspezifischen Gesichtspunkten als kontraindiziert angesehen wurden (also kognitiv-behaviorale Items am charakteristischen, psychodynamische Items am uncharakteristischen Pol). In der Übersicht auf S. 72 wurden jeweils an erster Stelle diejenigen Prototypen aufgelistet, die für die hier besprochenen analytischen Psychotherapien an den Polen zu erwarten waren; an zweiter Stelle finden sich die für diese Psychotherapien untypischen Positionierungen der Prototypen. Außerdem wurde der 3. Patient aus der Reihenfolge, in der das Stundenmaterial im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit ausgewertet wurde, ausgeklint und zur besseren Abgrenzung gegenüber den anderen drei Therapien in der äußeren rechten Spalte untergebracht.

Bei der vergleichenden Betrachtung der Verteilungen konnten weder bei der Gegenüberstellung der Mengenverhältnisse von psychodynamischen Items am charakteristischen versus am uncharakteristischen Pol, noch im Verhältnis von psychodynamischen versus kognitiv-behavioralen Items am charakteristischen Pol Regelmäßigkeiten festgestellt werden. Auch sind keine eklatanten Veränderungen zum 3. MZP aufgefallen. Ebenso wenig konnte der als positiv eingeschätzte Therapieverlauf des 3. Patienten in signifikanter Weise von den anderen drei Therapien abgegrenzt werden:

	Patient 1	Patient 2	Patient 4	Patient 3
<b>MZP 1</b>	Charakteristischer Pol: ■ 4 pd. Items ■ 3 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 4 kb. Items ■ 2 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 2 pd. Items ■ 6 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 1 kb. Item ■ 2 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 5 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 1 pd. Item	Charakteristischer Pol: ■ 2 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 2 pd. Items
<b>MZP 2</b>	Charakteristischer Pol: ■ 3 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 2 kb. Items ■ 6 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 2 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 1 kb. Item ■ 2 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 4 pd. Items ■ 5 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 1 pd. Item	Charakteristischer Pol: ■ 4 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 2 pd. Items
<b>MZP 3</b>	Charakteristischer Pol: ■ 4 pd. Items ■ 4 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 2 kb. Items ■ 4 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 3 pd. Items ■ 4 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 1 kb. Item ■ 4 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 1 pd. Item ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 1 kb. Item ■ 4 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 5 pd. Items ■ 3 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 5 pd. Items
<b>MZP 4</b>	Charakteristischer Pol: ■ 1 pd. Item ■ 4 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ 1 kb. Item ■ 4 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ 2 pd. Items ■ 2 kb. Items Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 1 pd. Item	Charakteristischer Pol: ■ 3 pd. Items ■ Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 6 pd. Items	Charakteristischer Pol: ■ ■ Uncharakteristischer Pol: ■ ■ 6 pd. Items

Tabelle 12: Vergleichende Übersicht der Verteilung idealtypischer Items an den Polen (pd. = für *psychodynamische* Psychotherapien prototypische Items; kb. = für *kognitiv-behaviorale* Psychotherapien prototypische Items)

Das Verhältnis der Prototypen an den Polen wies außer dem „Fehlen“ kognitiv-behavioraler Items am uncharakteristischen Pol keine erkennbaren Unterschiede im Vergleich zu den anderen drei Patienten auf.



Dies bedeutet nun allerdings nicht, daß die in dieser Arbeit diskutierten Ergebnisse revidiert werden müssen, sondern lediglich, daß eine Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der Prototypizität, losgelöst vom Kontext der therapeutischen Prozesse, nicht zwingend aussagekräftig ist (vgl. dazu auch die Diskussion in Kapitel 4.2.1).

#### **4.1.6 Vergleichende Betrachtung der „besonderen Momente“ im Psychotherapieprozeß und ihrer Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung**

Eine, die oben diskutierten Ergebnisse ergänzende Perspektive bei der Beleuchtung des prozeßhaften Geschehens stellt die differenzierte Betrachtung des therapeutischen Umgangs mit „now moments“ (Stern et al. 1998) dar. Deswegen sollen in diesem Kapitel noch einmal separat jene intimen Momente in den bearbeiteten Psychotherapien zitiert werden, die diesem Phänomen gerecht werden. (Eine ausführlichere Besprechung findet sich in den jeweiligen Abschnitten im empirischen Teil der Arbeit; vgl. Hinweis im Kapitel „Einleitung“) Dabei geht es in erster Linie um einen qualitativen Vergleich des Umgangs mit der Emotionalität dieser Szenen und mögliche Auswirkungen sowohl auf die weitere Gestaltung der therapeutischen Beziehung als auch auf die von mir vorgenommene Einschätzung der Therapieergebnisse im Hinblick auf die in der 1. Hypothese vertretenen Annahmen (vgl. Kapitel 3.3.3).

Es scheint mir an dieser Stelle noch einmal wichtig zu betonen, daß das „Etwas-Mehr als Deutung“ im Aufsatz von Stern et al. (ebd.) in der vorliegenden Arbeit nicht als Konkurrenz zur psychoanalytischen Deutungsarbeit verstanden, sondern die besonderen (intimen, emotional dichten) Momente zwischen Analytiker und Patient als eine notwendige Ergänzung angesehen wurden, die der Deutungsarbeit einen affektiven Rahmen geben. Wenn eine „Deutung so formuliert wurde, daß sie die affektive Teilnahme des Analytikers vermittelt, kann gleichzeitig auch ein „Moment der Begegnung“ aufgetaucht sein“ (ebd., S. 994). Das heißt, wenn sich ein Therapeut in einer Deutung im Hier und Jetzt als Person einbringt und damit konkret die Beziehung zwischen sich und dem Patienten in ihrer momentanen Emotionalität anzusprechen versteht, kann dies durchaus als ein „now moment“ mit der Chance, sich zu einem „Moment der Begegnung“ zu entfalten, bezeichnet werden.

Natürlich können auch traditionelle Übertragungsdeutungen oder Konfrontationen zu erschütternder emotionaler Dichte führen; dies steht außer Zweifel (vgl. Kap. 3.3.2). Zu wahren Erkenntnissen, die strukturelle Veränderungen beim Patienten bewirken können, werden solche Szenen m. E. aber erst dann, wenn a) *beide* Protagonisten (außerhalb des

Übertragungsgeschehens) emotional ergriffen sind, d.h. auch der Therapeut „als Person [...] ins Spiel gebracht“ (ebd. S. 995) wird, und b) das Gemeinsame dieses Moments (wann auch immer) aufgegriffen und als solches benannt wird. In diesem Punkt widerspreche ich also Stern et al., die „sowohl die Momente einer authentischen Begegnung als auch das Ausbleiben oder Scheitern solcher Begegnungen“ als „Schlüsselereignisse“ (ebd., S. 975) postulieren. M. E. ist dies eine zu einseitige Betrachtung psychotherapeutischen Prozeßgeschehens: Weder nonverbal/implizite noch symbolisierungsfähig/ explizite Szenen allein haben *die* Effekte, die ihre Kombination bewirken können. Unter diesem Aspekt betrachtet, ist die Kritik von Vivona (2006), die durch das Stern'sche Entwicklungsmodell die Rolle der Sprache im therapeutischen Setting mit Erwachsenen vernachlässigt sieht, eine hilfreiche und notwendige Ergänzung. Sie setzt sich in ihrem Artikel dezidiert mit der Bedeutung der Sprache im Zusammenhang mit der emotionalen und kognitiven Entwicklung auseinander und beanstandet Stern's deutliche Abgrenzung zwischen implizitem Beziehungs- und explizitem Wissen, das auf Sprache basiert (Stern 2005b). Allerdings scheint sie - in gleichem Maße wie Stern die Bedeutung der emotionalen Begegnung zwischen Analytiker und Patient - die Sprache als alles entscheidenden Wirkfaktor zu favorisieren. Ihre Befürchtungen um die Reputation des Herzstücks der Psychoanalyse sind gut nachvollziehbar. Dennoch erscheint mit eine Polarisierung im Sinne eines Entweder-Oder wenig sinnvoll; vielmehr wäre, wie auch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, ein Sowohl-Als-auch angezeigt. Wenn ein Psychoanalytiker (aus welchen Gründen auch immer) nicht bereit ist, sich mit einem „spezifischen Aspekt seiner Individualität“ einzulassen und die Begegnung mit dem Patienten nicht auch „relativ ungeschützt durch [...] gewohnte therapeutische Rollen“ (Stern et al. 1998, S. 992) gestalten kann, wird er für seinen Patienten weitestgehend anonym bleiben. Erst wenn der Therapeut zum Individuum wird, eben weil er sich auch als Person einbringt, wird er einmalig und damit *unaustauschbar*; dadurch entsteht Bindung und Deutungen erhalten ein ganz anderes Gewicht. *Ohne* Deutungen, d.h. ohne die Benennung (und Durcharbeitung) dessen, was im therapeutischen Kontext (emotional) geschieht, würden allerdings sowohl die Macht der Affekte als auch Möglichkeiten und Wirkmächtigkeit der menschlichen Sprache ungenutzt bleiben.

#### 4.1.6.1 Patient 1

In dieser therapeutischen Dyade wurde ein besonderer, „intimer“ Moment zum ersten Mal zum 4. MZP (T 246) mit Hilfe der Plananalyse konstatiert. In dieser Sequenz eröff-

net sich eine echte Begegnungsmöglichkeit zwischen beiden Protagonisten, weil der Therapeut „erschöpft, resigniert“<sup>12</sup> und ratlos gegenüber der „distanzierenden Abwehr“ des Patienten ist; er zeigt sich in diesem Moment zum ersten Mal nicht als überlegener, „ewig verstehender und duldender Therapeut“, sondern als Mensch, der genauso hilflos und frustriert sein kann wie der Patient. Die dichte Emotionalität und Unmittelbarkeit des Moments wird aber nach kurzem von beiden als bedrohlich ambivalent wahrgenommen, nicht thematisiert und abgewehrt. Der Patient schafft es nicht, „das Hilfsangebot anzunehmen und eine tiefgehende Beziehung, auf deren Grundlage eine effektive therapeutische Arbeit möglich wäre, mit dem Therapeuten einzugehen“. Die Szene muß deshalb als „gescheiterter now moment“ (Stern et al. 1998, S. 997) bewertet werden.

Kurz darauf ergibt sich erneut die Gelegenheit für eine Begegnung: Der Therapeut ist „kämpferisch“, latent ungehalten, scheint sich nach der Ratlosigkeit der oben beschriebenen Szene wieder aufzurappeln und sich für den Patienten und die Beziehung zu ihm einzusetzen. Dieser reagiert daraufhin „ganz weich, fast zart“ und beide scheinen die Vertrautheit des Augenblicks zu genießen. Plötzlich aber schwenkt der Therapeut um, wird wieder sachlich, „als wäre er mit der gezeigten Verletzlichkeit des Patienten überfordert und sucht deswegen Zuflucht in rationalen Sachverhalten“. Wegen der Zerstörung der Intimität durch den Therapeuten ist auch diese Sequenz als „gescheiterter now moment“ zu bewerten.

Möglicherweise hat der Therapeut bemerkt, daß er vor der zum Patienten entstandenen Nähe zurückgeschreckt ist, denn direkt im Anschluß an die oben besprochene Sequenz unternimmt er einen neuen Versuch, das „potentiell Destruktive“ (Stern et al. 1998, S. 997) der vorangegangenen Szenen zu beheben. Er wirkt in seiner Deutung regelrecht entschlossen und tatkräftig, bringt die Dinge auf den Punkt; der Patient „nimmt dieses Angebot dankbar an“ und beide treffen sich in einer humorvollen Bemerkung; „es entsteht der Eindruck großer Verbundenheit“. Wahrscheinlich möchte der Therapeut die Vertrautheit des Momentes nutzen und kommt so auf ein unabgeschlossenes Thema vom Beginn der Stunde zu sprechen, zerstört damit aber die affektive Verbindung, „die Atmosphäre zwischen beiden wirkt jetzt zäh und bemüht“. Auch hier muß also von einem „gescheiterten now moment“ gesprochen werden.

---

<sup>12</sup> Die Zitate ohne Quellenangaben sind dem empirischen Teil, und hier der Bearbeitung des Stundenmaterials mit der Methode der Plananalyse entnommen. (vgl. Hinweis im Kapitel „Einleitung“)

Dies war die letzte Sequenz der letzten aufgezeichneten Stunde. Das Therapieergebnis wurde innerhalb der plananalytischen Bearbeitung, aber auch in der Gesamtbewertung (vgl. Kapitel 4.1.1) als unbefriedigend in Bezug auf die Bearbeitung maladaptiver Interaktionsmuster und die Entkräftung pathogener Erwartungen eingestuft. Hierfür wurde vor allem die mangelnde Arbeit mit (Übertragungs-)Beziehungsdeutungen in Zusammenhang mit der Abwehr des negativen Übertragungsgeschehens seitens des Therapeuten benannt. Das Schicksal der drei „now moments“ unterstreicht diese Einschätzungen, auch wenn dadurch keine Rückschlüsse auf Kausalbeziehungen gezogen werden können. Da schon der „Wendepunkt“ zwischen dem 2. und dem 3. MZP vom Therapeuten nicht mitvollzogen (vgl. Kapitel 4.2.2) und auch die hier beschriebenen Momente emotionaler Nähe nicht genutzt werden konnten, dürfte sich in den abschließenden 84 Therapiestunden in dieser Hinsicht nicht viel verändert haben. [Informationsstand Januar 2007: Der Patient hat die Therapie nach 330 Stunden abgeschlossen.]

#### 4.1.6.2 Patient 2

In dieser therapeutischen Dyade fanden (Übertragungs-)Beziehungsdeutungen zwar schon ab dem 2. MZP statt, die Emotionalität dieser Momente konnte aber in dem zur Verfügung stehenden Material m. E. nicht genutzt werden.

In T 82 gibt der Therapeut „eine wunderbare Übertragungsdeutung“, die den Patienten zwar „überrascht“, die er aber sehr gut annehmen kann. Es entsteht daraufhin eine durch „reflektierte Zurückhaltung gekennzeichnete Nähe in der Beziehung“, die eine weitere Übertragungsdeutung ermöglicht. Der Therapeut reagiert angesichts dieses Erfolges allerdings „wie euphorisiert von dem Gefühl des inneren Zugangs zum Patienten“, so daß dieser sich zunächst veranlaßt sieht, ihn „hinsichtlich seiner Vertrauenswürdigkeit und Ehrlichkeit zu testen“. Tests, progressive Reaktionen und proplan-orientierte Deutungen gehen eine Weile Hand in Hand, aber „der Grat zwischen Progression und Abwehr, auf dem sich beide bewegen, bleibt schmal“. Am Ende dieser Phase verliert der Therapeut seine Haltung der gleichschwebenden Aufmerksamkeit, scheint nur noch mit der Produktion hervorragender Deutungen und der Betonung seiner Fähigkeiten beschäftigt zu sein, so daß sich der Patient enttäuscht zurückzieht. Da Nähe und Vertrautheit aber über einen relativ langen Zeitraum aufrechterhalten werden konnten, ohne sie jedoch therapeutisch-kreativ zu nutzen, wird diese Sequenz als „verpaßter now moment“ (Stern et al. 1998, S. 996 f.) bewertet.

Gegen Ende dieser Schwerpunktstunde wiederholt sich eine ähnliche Szene: Auch hier blüht der Patient nach einer überaus gelungenen Deutung des Therapeuten regelrecht auf, „es sprudelt förmlich aus [ihm] heraus“, er offenbart „all seine Ablenkungsmanöver, Sicherheitsvorkehrungen vor zu großer Nähe und Abhängigkeit, die erneute Verletzungen und Traumatisierungen präventiv verhindern sollten“. Obwohl von dieser Stunde kein Tonbandmaterial zur Verfügung stand, entstand der Eindruck eines kathartischen Augenblickes. Aber auch hier unterbricht der Therapeut den ergreifenden Moment und das Erleben des Patienten und drängt sich mit einer neuen (inhaltlich hervorragenden) Deutung in den Vordergrund, so daß diese Sequenz als „gescheiterter now moment“ eingeschätzt werden muß.

Zum 3. MZP konnten mit Hilfe der Plananalyse keine emotional bedeutsamen Szenen festgestellt werden. Der Therapeut „idealisiert und überschätzt [...] die Qualität der therapeutischen Beziehung“, deren Charakter eher „kognitiver“ Natur, „intellektualisiert und affektreduziert“ ist.

Erst zum letzten MZP können erneut affektiv aufgeladene Szenen identifiziert werden, in denen sich aber nichtsdestotrotz die Einschätzungen des 2. MZP wiederfinden. Auch hier bringt der Therapeut wieder eine sehr schöne Deutung, in der er die Bedeutung der Therapie aufgreift. Der Patient spricht daraufhin davon, was „wir“ geschafft haben, gerät dadurch aber auch in einen Konflikt. Ein paar Minuten lang kann der Therapeut die Ambivalenz dieser Situation halten, dann intellektualisiert er, hält einen sachlichen Vortrag über „Überlebensschuldgefühle“ und verschenkt damit den emotional so wertvollen Moment, so daß auch diese Sequenz als „gescheiterter now moment“ klassifiziert werden muß. Am Ende der Stunde gelingt es dem Therapeuten erneut, mit einer präzisen Deutung „die unbewußten Botschaften“ des Patienten zu erfassen und diesen damit in die Regression zu begleiten. Wahrscheinlich hatte der Therapeut dies aber gar nicht beabsichtigt und erschrickt über die Folgen seiner Deutung zu diesem Zeitpunkt, „läßt sich von der ‚gefährlichen‘ Emotionalität des Patienten erneut verunsichern und versucht, die Situation durch eine witzige Bemerkung zu entschärfen“. In diesem Falle ist es also auf ein ungeschicktes Versehen des Therapeuten zurückzuführen, daß erneut ein „now moment“ gescheitert ist.

Auch diese Psychotherapie wurde in den abschließenden Auswertungen (vgl. Kapitel 4.1.2) als unbefriedigend im Hinblick auf die Bearbeitung pathogener Überzeugungen und die Arbeit an der (Übertragungs-)Beziehung beurteilt. Obwohl dieser Therapeut

schon früh an der Übertragung arbeitete und entsprechende Deutungen gab, haben diese Bemühungen ohne das begleitende emotionale Miteinander nicht zu evidenten Veränderungen führen können (vgl. auch Fußnote 6, S. 44). Der „verpaßte“ und die beiden „geseiterten now moments“ unterstreichen hier vor allem das fachlich-kognitive Einfühlungsvermögen des Therapeuten, legen aber auch Zeugnis von einer eingeschränkten, weil narzißtisch gefärbten, emotionalen Empathiefähigkeit ab.

#### 4.1.6.3 Patient 3

Erste Anzeichen für eine aktive Beziehungsarbeit finden sich bei dieser therapeutischen Dyade ab der Mitte der Schwerpunktstunde des 2. MZP (T 78) und in der zusammenfassend beschriebenen nachfolgenden 79. Stunde. Aufgrund seines defizitären Strukturniveaus und der daraus resultierenden mangelnden Empathiefähigkeit waren bei diesem Patienten weder Übertragungsdeutungen noch „Momente der Begegnung“ im Stern'schen Sinne möglich. Emotional bedeutsam wurden Szenen vor allem dann, wenn sich der Analytiker persönlich-engagiert in das Stundengeschehen einbrachte; der Patient reagierte in solchen Momenten zwar meistens mit einer Abwehrreaktion, seine „Betroffenheit“ angesichts der unmittelbaren Wertschätzung wurde in der Gegenübertragung aber dennoch spürbar.

In der entsprechenden Sequenz in T 78 wirkt der Therapeut zunächst „latent verärgert, ein wenig gereizt und frustriert“ angesichts der permanenten Ablehnung und Entwertung seitens des Patienten. In seiner Verzweiflung ist er sehr authentisch, so daß sich der Patient nach und nach, trotz massiver Ängste, auf die Deutungen des Analytikers einlassen und sich der für ihn überaus schmerzhaften Erkenntnis der Selbsturheberschaft annähern kann. Am Ende dieser Sequenz „bemerkt [der Therapeut] in seiner empathisch-aufmerksamen Haltung, daß sie nun an die Kapazitätsgrenzen des Patienten gelangt sind und nimmt sich in seiner konfrontativen Deutungsarbeit zurück, um die Szene zu entlasten, ohne dabei jedoch die Thematik an sich zu vermeiden. Der Patient beruhigt sich auch sofort, wirkt in seiner Schilderung direkt friedlich“. In diesem Abschnitt wird deutlich, wie sehr sich der Therapeut von seinem Patienten berühren läßt. Deutungsinhalte sind hier oft zweitrangig, da es in erster Linie um das Miteinander im Hier und Jetzt, um die Ausarbeitung einer gemeinsamen Streitkultur geht. Gegen Ende der Stunde scheint sich tatsächlich die Kommunikationsstruktur zwischen beiden verändert zu haben. Diese Auffälligkeit könnte einen Hinweis darauf liefern, daß zahlreiche vorangegangene und von der Struktur her ähnliche „now moments“, in die beide affektiv in-

volviert waren, zu guter Letzt eine solche Veränderung in den Interaktionsstrukturen des Patienten bewirken konnten.

Die „Tendenz zur empathischen Geradlinigkeit“ setzt sich in der letzten Stunde dieses 2. MZP (T 79) fort. Hier wird die „neue Qualität der therapeutischen Beziehung“ noch einmal deutlich: „In diesem Rahmen verlieren Deutungen über abgelehnte Verantwortung für eigene Wünsche, Projektionen von Minderwertigkeitsgefühlen und den Einfluß eigenen Verhaltens auf Beziehungen wegen ihrer Direktheit den Schrecken und fallen beim Patienten auf wesentlich fruchtbareren Boden. Dieser liefert Anerkennung und wertschätzenden Respekt nicht frei Haus, sondern fordert den Analytiker immer wieder dazu auf, sich seinen Status als Fachmann zu erkämpfen und sich als würdig zu erweisen. Der Therapeut hat diese Herausforderung nun angenommen.“

Die sehr persönlich konnotierte Direktheit des Therapeuten verstärkte sich dann in der nächsten Schwerpunktstunde (T 171) des 3. MZP: In einer ersten Szene erzürnt der Therapeut über die massive Selbstentwertung des Patienten, tritt für ihn ein und verbittet sich – im übertragenen Sinne – eine derartige Beleidigung seines Gegenübers. „Die tiefe Überzeugung und das Engagement, die in dieser Erklärung stecken, werden [...] auch vom Patienten wahrgenommen worden sein und dürften damit ihren Zweck, frühe Strukturen zu verändern, erfüllen.“ Auch hier findet sich im Anschluß keine, mit der Methode der Plananalyse erfaßbare Reaktion des Patienten, die auf einen „Moment der Begegnung“ schließen ließe, wohl aber wird spürbar, daß der Patient berührt ist und diese Sequenzen speichert.

In einer zweiten Szene wiederholt sich eben dieses Muster noch einmal: Der Therapeut signalisiert sein tiefes Erschrecken angesichts des Ausmaßes an Selbstentwertung seitens des Patienten; dieser wehrt nach außen hin sofort „die spürbare Nähe, die durch die letzte Deutung des Therapeuten entstanden ist“, ab. Den „now moment“ hat er aber sehr wohl registriert.

Mit seinem unfehlbaren Gespür für den richtigen Moment, gibt der Therapeut in einer dritten Szene dieser Stunde eine Deutung von hoher „Brisanz“ und „Tragweite“: „In dieser Szene wird spürbar, wie sehr die Beziehung zwischen beiden inzwischen gewachsen ist: Der Therapeut kann die Belastbarkeit des Patienten relativ verläßlich einschätzen; dieser muß sich solchen Deutungen nicht mehr sofort entziehen, sondern kann sich weit genug darauf einlassen, um darüber reflektieren zu können.“ Die Art und Weise, wie die beiden in den folgenden Sequenzen miteinander interagieren, ist ein perma-

netes Wechselspiel zwischen Beziehungsangeboten seitens des Therapeuten und einer überaus konflikthafter Nähe-Distanz-Regulierung beim Patienten – aber er nähert sich dem Analytiker eben immer wieder an. Der Therapeut weiß, daß sowohl Übertragungsdeutungen als auch „Momente der Begegnung“ den Patienten zu diesem Zeitpunkt völlig überfordert hätten, läßt sich dadurch aber nicht irritieren, sondern bereitet den Boden für beides. Da von dieser Psychotherapie leider nur drei MZP zur Verfügung standen, konnte eine abschließende Ergebnisbewertung nicht vorgenommen werden. Was allerdings die Einschätzung der Qualität der therapeutischen (Übertragungs-)Beziehung und die Entwicklung des Patienten betraf, wurde diese Arbeit durchweg positiv beurteilt (vgl. Kapitel 4.1.3).

Auch sei hier nochmals angemerkt, daß der Analytiker in der letzten Schwerpunktstunde auch die Unterscheidung zwischen erwartungskonformer (also proplan-orientierter) und (positiver) erwartungsinkongruenter Deutungsarbeit getroffen hat. Eine ausführlichere Diskussion dieser Differenzierung findet sich in Kapitel 4.2.2.

#### 4.1.6.4 Patient 4

Auch in dieser analytischen Psychotherapie war es schwierig, „now moments“, wie Stern et al. sie beschrieben haben, zu klassifizieren. Allerdings lag diesem Problem eine andere Dynamik, als die im vorangegangenen Kapitel 4.1.6.3 beschriebene, zugrunde: Die therapeutische Beziehung scheint hier von Anfang an von einer (negativen) Mutterübertragung geprägt gewesen zu sein. Der Patient paßt sich willfährig den vermeintlichen Bedürfnissen des Therapeuten an; im Gegenzug kann aber auch der Analytiker seinen Patienten nicht allein aktiv sein lassen, d.h. hier werden „now moments“ durch unreflektiertes Übertragungsgeschehen im Keim erstickt, bevor sie sich richtig entfalten können. Beispielhaft für dieses Geschehen steht eine Sequenz in der zweiten Hälfte der Stunde: In diesem „verpaßten now moment“, bleibt der Therapeut psychoanalytisch abstinenter, „beide [sind] ganz aufeinander eingestimmt, aber nicht verstrickt“. Diese angenehme Atmosphäre bleibt für einige Sequenzen erhalten, verblaßt aber gegen Ende der Stunde und löst sich in nichts auf.

Während der Schwerpunktstunde des 3. MZP hat sich an dieser Form des Miteinanders nicht viel geändert. Auch zum 4. MZP, in T 284, werden das Agieren und die Qualität der therapeutischen Beziehung in einer Form beschrieben, die sich durch nichts von der des 2. MZP zu unterscheiden scheint, z.B.: „Der Patient stimmt lakonisch-automatisiert zu und ignoriert ihn gleichzeitig; der Therapeut darf als eigenständiges Objekt nicht



existieren. Dies dürfte auch seine zunehmend spürbar werdende Frustration erklären.“; ebenso ist die Rede von einem „Übertragungsagieren [...], dessen sich der Therapeut nicht bewußt ist“.

Am Ende dieser Stunde entbrennt „eine regelrechte Diskussion unter Erwachsenen“, „der Therapeut nimmt kein Blatt vor den Mund, steigt voll in die Diskussion ein“ und auch „der Patient schlägt sich wacker, läßt sich nicht irritieren und agiert (bzw. argumentiert) als eigenständige, losgelöste Person“. Es entsteht eine Atmosphäre, in der beide miteinander zu schwingen scheinen, aufeinander ein- und abgestimmt sind. Aber auch dieser „now moment“ scheitert am Rückzug des Therapeuten, der die entstandene Vertrautheit mit einer zynischen Bemerkung zunichte macht.

In der abschließenden Bewertung dieser Psychotherapie (vgl. Kapitel 4.1.4) wurden vor allem die unterlassenen (Übertragungs-)Beziehungsdeutungen und das Verharren des Therapeuten in einer der Freudschen Spiegelmetapher entlehnten Grundhaltung bemängelt; das Therapieergebnis wurde als unbefriedigend eingestuft (vgl. auch Tabelle 13). Die oben zitierten Beispiele belegen in eindrucklicher Weise, wie sehr die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen auf die emotionale und persönliche Beteiligung des Analytikers *in Kombination* mit einer professionellen Deutungsarbeit (und diese hat der Therapeut in beeindruckendem Maße geliefert) angewiesen ist.

## **4.2 Zusammenfassende und abschließende Interpretation der Ergebnisse**

In diesem Kapitel soll unter Bezugnahme auf Tabelle 13 (S. 83) zunächst auf die in Kapitel 3.3.4 zur Disposition gestellten Fragen zur methodischen Vergleichbarkeit von Plananalyse und „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ (PQS) eingegangen werden, um dann anhand des hier zusammengefaßten Materials die Hypothesen (vgl. Kapitel 3.3.3) dieser Arbeit zu diskutieren.

Die in Kapitel 4.1 dargestellten und einzeln interpretierten Ergebnisse der vier in dieser Arbeit untersuchten analytischen Psychotherapien werden an dieser Stelle nun auf einige ausgewählte Merkmale reduziert und einander gegenübergestellt. Hierbei wurde besonderes Augenmerk auf die dominante, d.h. am konsequentesten über die MZP bearbeitete, pathogene Überzeugung der Patienten und die unmittelbare (pro- oder antiplanorientierte) Reaktion der Therapeuten darauf, gelegt. Des weiteren wurde eingeschätzt, inwieweit diese grundlegende Problematik im Verlauf der Therapien bearbeitet werden

konnte. Anschließend finden sich in den Zeilen 4 und 5 der Tabelle solche PQS-Items, die die Qualität der (pro- oder antiplan-orientierten) Interventionen des Therapeuten widerspiegeln. Die beiden letzten Zeilen sind vor allem der in Kapitel 3.3.3 aufgestellten 1. Hypothese geschuldet: Hier wurde zum einen eine Einschätzung der Beziehungsarbeit seitens der Therapeuten unter besonderer Beachtung des Beziehungsgeschehens vorgenommen (vgl. auch Kapitel 4.1.6) und zum anderen auf damit in Zusammenhang stehende Auffälligkeiten des 3. Meßzeitpunktes (MZP) hingewiesen.

#### **4.2.1 Zur Kombinierbarkeit der verwendeten Methoden**

Hinsichtlich der zu untersuchenden Kombinierbarkeit der verwendeten Methoden wurde in Kapitel 3.3.4 zunächst die Frage gestellt, welche Parameter, respektive Items sich bei gehäuften pro- bzw. antiplan-orientierten Deutungen verschieben und wie zeitlich konstant diese Veränderungen sind. Die damit verbundenen Schwierigkeiten wurden im Zuge der Diskussion der Einzelergebnisse in den Kapiteln 4.1.1 bis 4.1.4 bereits mehrfach angesprochen: Zwar gab es in jeder der hier bearbeiteten Psychotherapien Tests, denen die Analytiker gehäuft pro- bzw. antiplan-orientiert begegneten, generalisierbare Rückschlüsse auf die Positionierung bestimmter, davon abhängiger PQS-Items konnten jedoch nicht gezogen werden. Ganz im Gegenteil: Bei den Patienten 1, 2 und 4 schienen sich die Ratings der einzelnen MZP mit den beiden Methoden zunächst teilweise zu widersprechen, da trotz (vorwiegend) proplan-orientierter Deutungsarbeit und einer relativen Ausgewogenheit zwischen konkordanten indizierten und kontraindizierten Items die Bearbeitung der dominanten pathogenen Erwartung nur als unzureichend konstatiert werden konnte. Parallel dazu lieferte die langsame, aber sukzessive Verschiebung einiger Items vom charakteristischen zum uncharakteristischen Pol bzw. umgekehrt Hinweise auf mögliche strukturelle Veränderungen, in denen sich auch die theoretischen Überlegungen von Ablon & Jones (2005) von nur schwer zu ändernden Interaktionsstrukturen widerspiegelten. Insofern gelangten beide Methoden zwar zu vergleichbaren Einschätzungen der Ergebnisse der jeweiligen Psychotherapie, der methodologische Vergleich der Beurteilungen des Prozesses ließ jedoch meistens nur wenige sinnlogische Zusammenhänge sichtbar werden. Erst die Hinzuziehung des Aspektes der therapeutischen (Übertragungs-)Beziehung und die im Verlauf der Therapien vollzogene Arbeit an dieser boten die Möglichkeit, die Zwischenergebnisse der Methodenauswertungen überzeugend miteinander zu verknüpfen. Wie bereits in Kapitel 4.1 erwähnt, konnten tiefsitzende Ängste, die die Interaktionsmuster dieser Patienten von frühester

	<b>Patient 1</b>	<b>Patient 2</b>	<b>Patient 3</b>	<b>Patient 4</b>
<b>Dominante pathogene Überzeugung</b>	Angst vor Verstrickung und Abhängigkeit	Angst vor Affektüberflutung	Angst vor Selbst- und Objektverlust; narzisstisch-ödipale Aggression	(ödipale) Rivalitäts- und Verlassensangst; Versorgungs- und Symbiosewünsche
<b>Unmittelbare Deutungsarbeit</b>	proplan-orientiert	vorwiegend proplan-orientiert	proplan-orientiert	ambivalent: vorwiegend proplan-orientiert unter Ausparung von Übertragungsdeutungen
<b>Bearbeitung</b>	unzureichend	unzureichend	konstant ab 1. MZP	Unzureichend
<b>Konkordante kontraindizierte PQS-Items</b>	in Kategorie 1: Items 98 & 100 zu MZP 2-4	in Kategorie 1: Item 81 zu MZP 2 und 3 sowie Item 36 zu MZP 3	-----	in Kategorie 1: Item 50 zu MZP 3, Items 98 & 100 zu MZP 3 und 4 sowie Item 79 zu MZP 4
<b>konkordante indizierte PQS-Items</b>	in Kategorie 1: Items 48 und 89 zu MZP 2	in Kategorie 9: Item 31 zu MZP 3 sowie Item 22 zu MZP 4	zu MZP 3: Items 89 & 100 in Kategorie 1 sowie Items 35 & 68 in Kategorie 9	in Kategorie 9: Item 81 zu MZP 2 sowie Item 68 zu MZP 4
<b>Arbeit an der (Übertragungs-) Beziehung (Therapeut)</b>	Nein (Abwehr einer negativen Übertragung)	Nein (narzisstische Kränkung wegen affektiver Distanzierung des Patienten)	Nein (wegen möglicher Überforderung des Patienten)	Nein (Verweigerung einer emotionalen Anbindung)
<b>Auffälligkeiten ab MZP 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ positive Außenübertragung als Reaktion auf konfliktvermeidenden Therapeuten</li> <li>▪ Wunsch nach konstruktiver, proplan-orientierter Arbeit bei gleichzeitiger Vermeidung einer negativen Übertragung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ aktive Triangulierung der therapeutischen Beziehung durch den Patienten (Selbstschutz)</li> <li>▪ kontraindizierte Interventionen (PQS) betreffen allein dominante pathogene Überzeugung zu MZP 2 + 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ erster positiv konnotierter Test ab MZP 3</li> <li>▪ erste latente Änderungen von Interaktionsstrukturen</li> <li>▪ Zunahme selbstreflexiver Kompetenzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ quantitative Zunahme von Tests (Kontrollbedürfnis als Antwort auf ambivalente Deutungen)</li> <li>▪ ödipale Rivalitätsangst als regressive Reaktion auf unbeantwortete Beziehungsangebote</li> <li>▪ Erstmaliges Auftauchen kontraindizierter Interventionen und unterlassener Übertragungsdeutungen</li> </ul>

Tabelle 13: Vergleich ausgewählter Merkmale im therapeutischen Geschehen

Kindheit an prägten, nicht bearbeitet werden, solange sich die Therapeuten der Arbeit an der (negativen) Übertragung entzogen.<sup>13</sup> Die Psychotherapie des 3. Patienten bildete hier die einzige Ausnahme: Die Arbeit *an* der Übertragungsbeziehung hätte den Patienten mit seiner narzißtisch geprägten Grundstruktur im Zeitraum der begutachteten Stunden überfordert, so daß der Therapeut diese zunächst zurückstellte; die Arbeit *in* der Übertragung fand hingegen sehr wohl statt. (Bereits zum 3. MZP unternahm er einige zaghafte Versuche, das Agieren des Patienten in der Übertragung zu deuten, stieß dabei aber auf völliges Unverständnis.) Hier kann also *nicht* von einer abgewehrten Übertragungsbeziehung seitens des Analytikers gesprochen werden. Dementsprechend fehlten auch konkordante kontraindizierte Items; gleichzeitig wurde die Bearbeitung der narzißtischen Problematik als konstant und mit ersten Erfolgen eingeschätzt.

Zusammenfassend kann hier also zu diesem ersten Punkt festgestellt werden, daß sich konkordante Items bei gehäuften proplan-orientierten Deutungen sehr langsam, aber konsequent verschieben können. Dies gilt allerdings nur eingeschränkt für diejenigen Items, die die primäre Konfliktdynamik des Patienten beschreiben; hier reicht eine schlichte Zählung der Häufigkeit pro- oder antiplan-orientierter Deutungen bzw. die Betrachtung der Verschiebungen ausgesuchter Items nicht aus, um die Bearbeitungsqualität und Effizienz von Deutungsarbeit schlüssig beurteilen zu können. Nur unter Hinzuziehung des Aspektes der therapeutischen Beziehung – und hier bieten sich zur Begutachtung m. E. vor allem die PQS-Items 1, 98 und 100 an – mit Hilfe *beider* Methoden kann ein adäquater Eindruck vom prozeßhaften Geschehen um die Bearbeitung pathogener Überzeugungen im Verlauf einer Therapie gewonnen werden. Das PQS als quantitatives Meßinstrument pointiert dabei vor allem die außergewöhnlichen Ereignisse einer Therapiestunde; die Plananalyse beleuchtet – das PQS sozusagen begleitend – den Entstehungsprozeß solcher Phänomene unter Berücksichtigung der dyadespezifischen Besonderheiten (z.B. Sprachstil) und gibt der Statistik so ihren Kontext wieder (Gedo 1999).

Was nun die Umkehr solcher Verschiebungen bei gegenläufigen Deutungen anbelangt (vgl. Punkt 2; Kapitel 3.3.4), so hat sich diese Fragestellung als hinfällig erwiesen. Im Zuge der Anwendung der Methode der Plananalyse hat sich gezeigt, daß Patienten im Falle gehäufter antiplan-orientierter Deutungen ihre Bearbeitungsversuche zwar in Form

---

<sup>13</sup> Welche Bedeutung dabei möglicherweise der Aspekt der Teilnahme an einem Forschungsprojekt hat, wird in Kapitel 4.2.2 näher erörtert werden.

vereinfachter Retests wiederholen, dies aber nicht beliebig oft bzw. über einen längeren Zeitraum hinweg tun. Halten die antiplan-orientierten Deutungen an bzw. erfahren die Beziehungsangebote keine adäquate Antwort seitens des Therapeuten, so suchen Patienten nach alternativen Möglichkeiten, ihren „Behandlungsplan“ zu verwirklichen. Insofern können zwar Verschiebungen von PQS-Items, wie oben ausgeführt, bei einer konstanten proplan-orientierten Deutungsarbeit festgestellt, entsprechende (z.B. rückläufige) Veränderungen bei resistenten antiplan-orientierten Deutungen, auch wenn die Tests zunächst proplan-orientiert beantwortet wurden, aber nicht nachvollzogen werden (vgl. auch Punkt 1 des o. g. Kapitels bezüglich gehäufte antiplan-orientierter Deutungen).

Als letztes wurde in Kapitel 3.3.4 die Frage nach den Gemeinsamkeiten in den Itemverteilungen der untersuchten analytischen Psychotherapien gestellt. Manifeste Übereinstimmungen der Positionierung bzw. Bewegung bestimmter Items, die Rückschlüsse auf generalisierbares psychotherapeutisches Geschehen zugelassen hätten, konnten nicht festgestellt werden; wohl aber zeichneten sich bei allen vier Therapieprozessen übereinstimmende Tendenzen ab, die die erste der in dieser Arbeit untersuchten Hypothesen betreffen und in Kapitel 4.2.2 diskutiert werden sollen.

#### **4.2.2 Diskussion der Hypothesen**

Um die 1. der in Kapitel 3.3.3 vorgestellten Hypothesen untersuchen zu können, muß zunächst auf das in Tabelle 13 (S. 83) zusammengefaßte Datenmaterial zurückgegriffen werden. Hierbei sind vor allem die beiden letzten Zeilen 6 und 7 bedeutsam: In Zeile 7 wurden dabei diejenigen beziehungsrelevanten Besonderheiten der vier Psychotherapien notiert, die zwischen dem 2. und 3. Meßzeitpunkt (MZP) zutage traten, d.h. zum 3. MZP zum ersten Mal mit Hilfe der beiden angewandten Methoden erfaßt werden konnten. Hierbei fällt auf, daß bei den beiden Patienten (1 und 2) mit einer ausgeprägten Näheangst und Abgrenzungsproblematik, bei denen zudem die Bearbeitung der dominanten pathogenen Überzeugung als unzureichend eingeschätzt und eine direkte Beziehungsarbeit seitens der Therapeuten aus verschiedenen Gründen abgewehrt wurde (vgl. auch Kapitel 4.1.6.1 und 4.1.6.2), ab dem 3. MZP erstmalig seitens der Patienten Tendenzen auftraten, die therapeutische Beziehung mittels Außenübertragung zu triangulieren und damit zu schützen. Dies könnte, unabhängig von den oben erwähnten Begleitumständen, durchaus auch als Reifungsprozeß (z.B. Beginn einer Loslösung) interpretiert werden, scheint aber unter Hinzuziehung der Aktivitäten der Therapeuten (vgl. Zeilen 4 und 5 der Tabelle) eher ein Selbstschutzmechanismus der Patienten gewesen zu

sein: In diesen Fällen wurde auf deren (Übertragungs-)Beziehungsangebote nicht oder nur partiell eingegangen, so daß beziehungsgefährdende, negative Übertragungsphänomene durch die Verlagerung nach außen abgewehrt werden mußten. Hier bildeten die Psychodynamik der Patienten sowie Gegenübertragungswiderstände und/oder intrapsychische Konflikte der Therapeuten eine kollusive Barrikade, die auch ein Erspüren sich verändernder Bedürfnisse verhinderte. Damit sind vor allem Wünsche nach konstruktiver, d.h. im positiven Sinne erwartungswidriger Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die Ermöglichung einer proplan-orientierten Arbeit an konflikthaften Themen gemeint.

Wenn auch inhaltlich anders, so erwies sich dennoch ebenso bei den anderen beiden Patienten (4 und 3) der 3. MZP als entscheidend für den weiteren Verlauf des therapeutischen Prozesses. Patient 4 mit seiner Angst, die versorgende Symbiose (mit der Mutter) zu verlassen, reagierte mit forcierten Beziehungsangeboten und einer verstärkten Zurücknahme eigener Bedürfnisse. Auch hier verweigerte sich der Therapeut, ähnlich wie die der Patienten 1 und 2, konsequent einer Arbeit *in* der Übertragungsbeziehung und emotionalen Anbindung (vgl. Kapitel 4.1.6.4). Das erstmalige Rating kontraindizierter Interventionen mittels PQS und die in der Plananalyse immer wieder angemahnten fehlenden (Übertragungs-) Beziehungsdeutungen ab dem 3. MZP scheinen auch hier die unbewußte, aber kollusive Abwehr des Therapeuten widerzuspiegeln. Inwieweit bei diesen Patienten schon die Wahl des Therapeuten eine Form der Abwehr bzw. ein Ausdruck für den Wunsch, in der Krankheit zu verharren, um mühsam aufrechterhaltene Strukturen nicht zu gefährden, ist, kann anhand des vorliegenden Materials nicht erörtert werden. Allerdings wurde auf diese Möglichkeit im Rahmen der Planformulierung bei Patient 2 bereits hingewiesen.

Bei Patient 3 gestaltet sich die Bedeutung des 3. MZP in wieder anderer Weise: Hier fand zwar wegen der Psychodynamik des Patienten auch keine direkte Übertragungsarbeit statt, allerdings konnte die primäre Problematik in und durch die Beziehung zum Therapeuten ansatzweise bearbeitet werden. (Nach einer Unterbrechung ca. zur 200. Stunde wurde die Therapie wieder aufgenommen und befindet sich zur Zeit [Stand Januar 2007] im Stadium der 330. Sitzung.) Hier deutete sich bereits kurz nach der Schwerpunktstunde des 2. MZP an, daß die therapeutische Beziehung auf eine Wende in Bezug auf den Umgang miteinander zusteuerte. Es entwickelte sich in dieser Zeit zunehmend eine Streitkultur, die sich deutlich von der zu Beginn einer Therapie üblichen (und erwartungskonformen) freundlichen, empathischen und verständnisvollen

Zuwendung des Therapeuten abhob und zunehmend Raum für Konflikte, Auseinandersetzungen und auch negative Übertragung ließ. Entscheidend war für den Patienten hier wohl die Erfahrung, daß Beziehung, trotz unterschiedlicher Meinungen und Charaktere, möglich ist und wirksam gestaltet werden kann, daß er in seiner narzißtisch-aggressiven Art mehr geschätzt und gewollt wird als in seinen Konformitätsbestrebungen. Dieser Entwicklungsprozeß schlug sich dann deutlich in dem zum 3. MZP erstmals auftretenden „positiven“ Übertragungstest 4(a) nieder. So ist es nicht verwunderlich, daß diese Therapie als einzige eine uneingeschränkt positive Bewertung bezüglich der Bearbeitung primärer Konflikte und dominanter pathogener Überzeugungen erfahren hat.

Verknüpft man nun diese Beobachtungen mit den in Kapitel 3.3.2 diskutierten behandlingstechnischen Wirkmechanismen psychotherapeutischer Prozesse, so entsteht ein relativ präzises Bild der Entwicklungsstadien, die therapeutische Beziehungen analytischer Psychotherapien im allgemeinen zu durchlaufen scheinen: Während der ersten 100 bis 150 Stunden dreht sich die Interaktion zwischen Patient und Therapeut hauptsächlich um Fragen der Sicherheit, des Vertrauens, des Aufeinanderabstimmens und Kennenlernens, des gegenseitigen Erprobens und Testens und der eigenen Positionierung in der therapeutischen Dyade<sup>14</sup>. Am Ende dieser *Anlaufphase* stehen beide Protagonisten vor der Entscheidung, wie und unter welchen Prämissen die Beziehung fortgeführt werden soll. Die Patienten scheinen zu diesem Zeitpunkt unbewußt zu spüren, daß die freundliche, empathische und verständnisvolle Zuwendung des Therapeuten zwar für die immens wichtige Grundlage ernsthafter therapeutischer Arbeit gesorgt hat, die eigentliche (langfristig heilende) Behandlung aber auf einem anderen, darauf aufbauenden Niveau stattfinden muß:<sup>15</sup> In der Anlaufphase soll sich der Therapeut erwartungskonform (eben wie ein Therapeut) verhalten, in der darauf folgenden *Arbeitsphase* muß er, um z.B. pathogene Überzeugungen nachhaltig verändern zu können, den Erwartungen des Patienten (im positiven) Sinne widersprechen, er muß frustrieren und konfrontieren, dabei (aus-)halten und schützen, den Patienten und sich selbst in jeder Stunde aufs Neue die eigene Position in der therapeutischen Dyade aushandeln lassen. Hierbei

---

<sup>14</sup> Inwieweit es sich bei diesem Postulat eher um eine Anpassung an deutsche Kassenleistungen (vgl. dazu auch Fußnote 7, S. 44) handelt oder aber entwicklungspsychologische Phänomene ihren Niederschlag finden, kann in dieser Arbeit aus Kapazitätsgründen nicht untersucht werden.

<sup>15</sup> In diesem Sinne findet die „Control Mastery Theory“ (CMT) hier also durchaus auch ihre Bestätigung. Weiss (1997) beschreibt ähnliche Befunde der San Francisco Psychotherapy Research Group: „during the first 100 sessions the patient became progressively more able to fight with the analyst, to disagree with him, and to be independent of him“ (ebd., S. 432).

wird dem Therapeuten sukzessive ein Mehr an affektiver Erreichbarkeit abverlangt, das jenseits von Verständnis und Wohlwollen auf einer professionellen und gleichzeitig realen Beziehungsebene angesiedelt ist. Diese Form des Miteinanders ermöglicht es letztendlich, aus der therapeutischen Übertragungsbeziehung eine wahrhaftige wachsen zu lassen. Die wiederholten (überzeugungsinkongruenten) neuen Beziehungserfahrungen in der Therapiestunde bilden dabei zusammen mit Übertragungsdeutungen, der Bewußtmachung unbewußter (konflikthafter) Prozesse und des Erlebens gemeinsamer „Momente der Begegnung“ (Stern et al. 1998) die Grundlage für die Persistenz veränderter Interaktionsstrukturen (vgl. Kapitel 4.1.6).

Problematisch für den weiteren Behandlungsverlauf wurde es dann, wenn sich der Therapeut den neuen, am Plan des Patienten orientierten Anforderungen nicht zu stellen vermochte, die gemeinsame Weichenstellung versäumte und den Umgang mit dem Patienten weiterhin so gestaltete wie in der Anlaufphase. Die Beispiele der Patienten 1, 2 und 4 haben gezeigt, wie die ab dem 3. MZP zum Teil neu gestalteten Beziehungsangebote immer wieder im Sande verliefen oder aber vom Therapeuten mißverstanden bzw. abgelehnt wurden. Diese hemmenden Frustrationen, das wiederholte „Versagen“ im Umgang mit unbewußten Selbstheilungsstrategien des Patienten führten letztendlich dazu, daß die den maladaptiven Interaktionsmustern zugrundeliegenden primären pathogenen Überzeugungen nicht befriedigend bearbeitet werden konnten (vgl. Tabelle 13). Dafür wäre m. E. eine Kombination von analytischer Deutungs- und unmittelbarer Beziehungsarbeit erforderlich gewesen. Wie wirkungsvoll ein solches persönliches Engagement sein kann, auch wenn es Nichtverstehen oder Resignation zum Ausdruck bringt, hat der Entwicklungsprozeß des 3. Patienten in der (passenden) Beziehung zu seinem Therapeuten gezeigt.

In diesem Zusammenhang stellt sich natürlich auch die Frage, inwieweit die in der Plananalyse postulierten „proplan-orientierten“ Deutungen konzeptionell mit solchen im positiven Sinne „erwartungswidrigen“ Deutungen übereinstimmen, die in entsprechender Permanenz nötig sind, um strukturelle Veränderungen bewirken zu können (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.1). Proplan-orientierte Deutungen nach Weiss et al. sind erwartungswidrig in Bezug auf unbewußte Annahmen und Überzeugungen, also intrapsychische Phänomene. Auf der Interaktionsebene sind sie allerdings erwartungskonform: Der Patient kommt mit der vorbewußten Hoffnung, respektive Erwartungshaltung, daß der Therapeut ihm hilft, seine pathogenen Überzeugungen zu widerlegen. Hier handelt es sich also um ein unidirektionales Konzept. Davon unterscheiden sich m. E. „erwar-



tungswidrige“ Deutungen: Diese sollen v. a. auf der Interaktionsebene erwartungsinkongruent sein, um dadurch intrapsychische, maladaptive Erwartungshaltungen zu verändern. Hier wird folglich, im Gegensatz zu Weiss et al., von einem bilateralen interaktionalen Geschehen ausgegangen. Diese Differenzierung bietet eine schlüssige Erklärung, warum trotz überwiegend proplan-orientierter Deutungsarbeit in den Therapien der Patienten 1, 2 und 4 kein wirkliches Durcharbeiten stattgefunden hat: Die Analytiker haben in diesen Fällen den unbewußten Beziehungserwartungen an sie mit ihrem Deutungsstil weitestgehend entsprochen und dadurch zwar wesentlich zur Stabilisierung ihrer Patienten, nicht aber zu einer dauerhaften Korrektur pathogener Überzeugungen beitragen können.<sup>16</sup> Mit anderen Worten: Die Therapeuten haben die Hoffnungen ihrer Patienten auf ein verstehendes, wohlwollendes und stützendes Gegenüber (proplan-orientiert) erfüllt, sich den Herausforderungen einer gereiften Beziehung in der Arbeitsphase aber nur marginal gestellt.

Das psychodynamisch Konflikthafte, das Hin- und Hergerissensein zwischen dem Bedürfnis nach psychischer Sicherheit und Stabilität und den damit zusammenhängenden (unbewußten) Wünschen, etablierte Interaktionsmuster in der Therapie bestätigt zu bekommen und den ebenso unbewußten Bestrebungen nach psychischer Gesundung durch die Bearbeitung maladaptiver, traumainduzierter Erwartungen darf bei der Betrachtung psychotherapeutischer Prozesse nicht außer Acht gelassen werden. Beide Seiten dieses ubiquitären Konfliktes sind permanent wirksam; in diesem Sinne steht die Anlaufphase analytischer Psychotherapien also immer auch vor der Aufgabe, den Sicherheits- und Stabilitätsbedürfnissen (erwartungskonform) Rechnung zu tragen, damit in der Arbeitsphase eine konstruktive und kreative Auseinandersetzung mit diesen Ängsten, aber auch ein vertrauensvolles Loslassen möglich wird, um Zugang zu unbewußten progressiven Bewältigungsstrategien zu finden.

Für die hier diskutierte 1. Hypothese können anhand des bearbeiteten Materials nun folgende Schlüsse gezogen werden: Bis zur 100./150. Therapiestunde bedarf es in analytischen Psychotherapien eher einer Deutungsarbeit im Weiss'schen Sinne, also eine proplan-orientierte, Sicherheit und Stabilität schaffende, auf den Patienten und seine (pathogene) Erwartungshaltung konzentrierte, im großen und ganzen unidirektionale

---

<sup>16</sup> Das heißt aber nicht, daß antiplan-orientierte Deutungen, weil der Therapeut darin nicht den Erwartungen des Patienten entspricht, nun die eigentlich innovativen Interventionen sind, die strukturelle Veränderungen bewirken: Antiplan-orientiert sind Deutungen dann, wenn der Therapeut den unbewußten *pathogenen* Erwartungen des Patienten entspricht und diese damit stabilisiert.

Gestaltung der Dyade. Ist somit ein tragfähiges Beziehungsfundament entstanden und kann der Patient sicher sein, daß es wirklich um ihn geht (dies wäre eine Bestätigung seiner maßgeblichen Erwartungshaltung an die Therapie und den Therapeuten), dann wird er auch in der Lage sein, sich seinem Gegenüber und dessen (Deutungs-) Angeboten zu öffnen und die therapeutische Beziehung aktiv mitzugestalten. Ab diesem Wendepunkt der therapeutischen Arbeit sollten sogenannte (positive) „erwartungswidrige“ Deutungen die proplan-orientierten sukzessive ersetzen und damit der Übertragungsbeziehung die Möglichkeit geben, zu einer realen, bilateral ausgehandelten zu reifen.

Die Ergebnisse der hier vorgestellten Psychotherapien mit der z. T. auffälligen Abwehr negativer Übertragungen seitens der Analytiker muß aber noch unter einem anderen Aspekt betrachtet werden: Die Teilnahme der Therapeuten an der Münchner Psychoanalysestudie stellte für jeden von ihnen sicher eine besondere Herausforderung und die Möglichkeit dar, das eigene Können in diesem Forschungsprojekt unter Beweis zu stellen und damit öffentlich zu machen. In diesem besonderen Kontext wurde eine negative Übertragungsbeziehung von manchen von ihnen möglicherweise als „Versagen“ empfunden und deshalb vermieden.

In seiner Darstellung des Falls „Amalie“ beschreibt ein (anonymisierter) Psychoanalytiker (Anon 2005) dieses Gefühl wie folgt:

„Ich habe mich verpflichtet, diese beiden aufeinander folgenden Sitzungen an den IJP zu schicken und jetzt zu kneifen, würde heißen, die Idee zu verraten, daß die Sitzungen im voraus ausgewählt werden sollten, bevor wir wissen, was in ihnen geschehen wird. So bin ich mir eines Publikums bewußt (...)“ [Übersetzung: Dr. Christiane Warnholtz-Hoting]

Die somit entstandene, für den Patienten aber nicht zwingend nachvollziehbare, Triangulierung der therapeutischen Situation darf in ihren Auswirkungen nicht unterschätzt werden: Der Analytiker läuft Gefahr, sich durch die Verbindung mit dem „Publikum“ (bzw. seinen Kollegen) der therapeutischen Beziehung zu entziehen und den Patienten aus dieser Dyade auszuschließen. An dieser Stelle sei für alle folgenden psychoanalytischen Forschungsprojekte also die Empfehlung ausgesprochen, die teilnehmenden Therapeuten sehr ausführlich über die Bedeutung des Tonbandes und der damit einhergehenden Omnipräsenz eines Dritten (des Forschers) auf die therapeutische Arbeit aufzuklären und zu sensibilisieren. Der dadurch möglicherweise entstehende Konflikt zwischen narzißtischer Zufuhr und Leistungsdruck sollte keinesfalls unterschätzt werden. In

diesem Sinne kann die Frage nach den verbindenden Gemeinsamkeiten der untersuchten analytischen Psychotherapien (vgl. Punkt 3 in Kapitel 3.3.4) also nicht nur im Hinblick auf die oben diskutierte Bedeutung der akkuraten Wahrnehmung veränderter Anforderungen an die Beziehungsarbeit beantwortet werden, sondern auch unter Berücksichtigung der außergewöhnlichen Umstände und Einflüsse, die der Status als Forschungsobjekt für Patienten und Therapeuten mit sich bringt.

Eine weitere Gemeinsamkeit zeichnete sich bei der Betrachtung der Bearbeitungschronologie pathogener Überzeugungen ab: Die in Kapitel 3.3.3 geäußerte 2. Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Alle Patienten brachten bereits zum 1. MZP sehr früh entstandene maladaptive Erwartungen in das therapeutische Geschehen szenisch in Form von Beziehungsangeboten ein. (Eine ausführliche Beschreibung dieser Vorgänge findet sich in den Kapiteln 4.1.1 bis 4.1.4 zur Einzelauswertung der bearbeiteten Psychotherapien.) Damit haben die Begriffe „Überzeugung“ bzw. „Erwartung“ unversehens eine aktive Note bekommen: Durch ihre (pathogenen) Erwartungshaltungen prägten die Patienten die dyadespezifischen Interaktionsmuster von Anfang an unbewußt mit und erfuhren so schon in diesem frühen Stadium durch die Reaktionen der Therapeuten eine (wenn auch eher passive) Form der Bearbeitung. Die Formulierung dieser Hypothese kollidiert parallel dazu allerdings auch mit den Möglichkeiten der Methode der Plananalyse: Zum 1. MZP ist hier lediglich eine Planformulierung vorgesehen und keine Analyse von Tests. Die Feststellung, welche pathogenen Überzeugungen bereits während der Erstgespräche in die therapeutische Interaktion einfließen, wurde vom PQS-Rating des 1. MZP abgeleitet. Der Rückschluß von Items der Kategorien 1 bzw. 9 auf zugrundeliegende pathogene Erwartungen ist im Sinne der Plananalyse sicher nicht zulässig, stellt aber m. E. eine akzeptable Verknüpfung und Erweiterung beider Methoden dar.

### **4.3 Vergleich der Ergebnisse mit Befunden anderer empirischer Studien**

#### **4.3.1 Die Anwendung der Methoden in anderen empirischen Studien**

Der Versuch, den psychotherapeutischen Prozeß unter paralleler und sich ergänzender Verwendung der Methoden der Plananalyse von Weiss & Sampson (Weiss et al. 1986; Weiss 1993) und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ von Ablon & Jones (1998; Jones 2000) näher zu beleuchten, ist m. W. in dieser Form noch nicht unternommen worden. Auch sind Untersuchungen, in denen die Methoden in anderer Kombination zum Ein-

satz kamen, überaus rar. In diesem Kapitel sollen zwei Forschungsarbeiten, deren Design und zugrundeliegende Fragestellungen denen der vorliegenden Arbeit nicht unähnlich sind, kurz vorgestellt werden. Einen ausführlichen Überblick über sonstige Anwendungen der Methoden liefern die Artikel von Albani et al. (1999 und 2000), ebenso wie Band 3 des Lehrbuches von Thomä & Kächele (2006).

Pole & Jones (1998) versuchten unter Zugrundelegung der „Control Mastery Theory“ und unter Verwendung des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ sowie zweier computergestützter inhaltsanalytischer Verfahren zu ergründen, in welchem Zusammenhang dyadespezifische sprachliche Merkmale und das Therapieergebnis stehen. Auch wenn die Methode der Plananalyse keinen direkten Eingang in den Forschungsprozeß fand, so wurde doch die Therapeutin gebeten, grundlegende pathogene Überzeugungen ihrer Patientin zu formulieren. Diese lieferten die Grundlage für die Ausarbeitung von vier Kernthemen (key topics), deren Entwicklung im Verlauf der Therapie näher untersucht werden sollte. Die ansatzweise Verknüpfung von Plananalyse und PQS erwies sich insofern als hilfreich, als auf der Basis dieser vier wesentlichen pathogenen Überzeugungen auch konkrete Hypothesen über den Verlauf des Therapieprozesses bei Anwendung bestimmter psychotherapeutischer Interventionsmethoden formuliert werden konnten. Das PQS lieferte hierzu einen Itempool, anhand dessen mittels Faktorenanalyse diejenigen Items herausgefiltert wurden, die hypothesenkonforme Interventionen der Therapeutin widerspiegelten. Einer der Faktoren betraf den Einsatz psychodynamischer Techniken, ein anderer umfaßte die akzeptierende, wertschätzende und neutrale Grundhaltung der Therapeutin.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind die Ergebnisse dieser Studie vor allem in zweierlei Hinsicht interessant: Zum einen konnte die Verwendung psychodynamischer Interventionstechniken unmittelbar mit einer Zunahme der Reflexionsfähigkeit und einer Verbesserung der Symptome (gemessen mit SCL-90) in Zusammenhang gebracht werden; zum anderen läßt sich das Phänomen einer Symptomverbesserung bei gleichzeitig nachlassender Akzeptanz und Neutralität seitens der Therapeutin gut mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit in Einklang bringen. Die Therapeutin gab hierbei nicht etwa ihre Wertschätzung gegenüber der Patientin auf, sondern lediglich ihre neutrale Haltung gegenüber den Kernthemen (pathogenen Überzeugungen). Hier finden also die in Kapitel 3.3.2 aufgestellten Forderungen nach angemessener Konfrontationsarbeit auf der Grundlage eines soliden Arbeitsbündnisses eine empirische Bestätigung. Zudem stellte sich in den Untersuchungen von Pole & Jones heraus, daß erste struktu-

relle Veränderungen, d.h. die Aufgabe maladaptiver Interaktionsstrukturen, nach ca. einem Jahr (gemessen in der 96. Stunde) stattfanden. Dieses Phänomen scheint mir in direktem Zusammenhang mit der oben beschriebenen wertschätzenden psychoanalytischen Grundhaltung der Therapeutin einerseits und der Entwicklung eines konstruktiven und kreativen Miteinanders, das andererseits erst die Bearbeitung pathogener Erwartungen und der damit einhergehenden Schuldgefühle ermöglichte, zu stehen (vgl. dazu auch Kapitel 4.3.2).

Als ebenso sinnvoll (und praktikabel) erwies sich die Kombination der Plananalyse mit anderen Methoden in einer Untersuchung von Silberschatz, Curtis & Nathans (1989). Auch dieser Einzelfallstudie lag eine, unabhängig vom Therapeuten erstellte, Planformulierung (vgl. Kapitel 3.2.2) zugrunde. Unabhängige Rater beurteilten auf einer 7-Punkte-Skala anhand von 46 ausgewählten Episoden die Qualität der therapeutischen Interventionen als unmittelbare Reaktion auf Tests des Patienten. Außerdem wurde mit Hilfe der sogenannten „Experiencing Scale“ von Klein et al. und einer Methode zur Klassifizierung von emotionalen Begriffen nach Dahl & Stengel versucht, das Erleben des Patienten unmittelbar vor und nach einem Test zu erfassen. Die Ergebnisse dieser Messungen wurden mehrfach mit weiteren Methoden zur Erfassung des Psychotherapieprozesses (z.B. der „Vanderbilt Psychotherapy Process Scale - VPPS“ und der „Penn Helping Alliance Rating Method – PHARM“) und einer eigens von den Autoren entwickelten „Plan Attainment Scale“ korreliert, um den Einfluß der Deutungsarbeit auf die Gestaltung des therapeutischen Prozesses und das Ergebnis der Therapie näher zu beleuchten.

Auch hier erwiesen sich zwei Ergebnisse vor dem Hintergrund der vorliegenden Arbeit als besonders relevant: Wie erwartet stiegen die Werte der „Experiencing Scale“ nach proplan-orientierten Deutungen an und fielen nach antiplan-orientierten. Unerwartet hingegen schien auf den ersten Blick die Feststellung, daß sich diese Änderungen durch die Art der Deutung (Übertragungsdeutung versus keine Übertragungsdeutung) *nicht* vorhersagen ließen. Silberschatz et al. zogen daraus die Schlußfolgerung, daß die Erfassung von Prozeßmerkmalen und Therapieergebnissen, *unabhängig* von ihrem Bedeutungsgehalt für den jeweiligen Patienten, keine konsistenten Resultate über die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen liefern können. In dieser Hinsicht stimmt der Tenor dieser Arbeit mit den Ergebnissen der oben vorgestellten Studie von Pole & Jones überein; beide gehen dabei in dem Anliegen konform, neben der Erforschung psy-

chotherapeutischer Wirkmechanismen auch die Forderung nach individualisierter, einzelfallgestützter Psychotherapieforschung evident zu unterstützen.

### **4.3.2 Vergleich mit den Ergebnissen anderer empirischer Studien zur Wirksamkeitsforschung in analytischen Psychotherapien**

In diesem Abschnitt sollen zwei Studien vorgestellt werden, die sich mit Varianzen psychotherapeutischer Wirkmechanismen befaßt haben. Außerdem wird auf eine Arbeit der Boston Change Process Study Group um Daniel Stern verwiesen, die sich der Herausforderung einer Auseinandersetzung mit unvorhersagbaren, ungeordneten Seiten eines so komplexen Systems, wie sie (psychotherapeutische) Interaktionen darstellen, auch im Lichte aktueller neuropsychologischer Erkenntnisse, stellte.

Die schwedische Forschungsgruppe um Rolf Sandell veröffentlichte 1999 eine Arbeit, in der die Wirksamkeit von Psychoanalysen und analytischen bzw. psychodynamischen Psychotherapien anhand einer überwältigenden Fülle von Fallmaterial miteinander verglichen wurde. Hier erwiesen sich besonders die Therapeutenvariablen als überaus komplex und widersprüchlich in Bezug auf die Therapieergebnisse. Ein für die Psychoanalyse erfreuliches Resultat der Untersuchungen war zunächst, daß 12% bis 70% der Psychoanalyse-Patienten, aber nur 30% bis 55% der Psychotherapie-Patienten Verbesserungen aufwiesen (ebd., S. 339). Diese Ergebnisse wurden mit allgemeinen Therapeutenvariablen in Zusammenhang gebracht: Vor allem erwiesen sich längere Berufserfahrung in einer eigenen Praxis und damit auch das Lebensalter der Therapeuten als besonders günstig für einen positiven Therapieverlauf. Allerdings zeigte sich, daß, obwohl „sich die Psychoanalyse der Psychotherapie gegenüber generell überlegen erwies“ (ebd., S. 341), Psychoanalytiker nicht per se gute Therapieergebnisse erzielten, sondern dies nur bei ihren Psychoanalyse-Patienten, nicht aber bei den Psychotherapie-Patienten konnten. (Ähnliche Phänomene berichtet auch Berns (2004) in seiner nachfolgend vorgestellten Veröffentlichung.) Um diese Resultate richtig interpretieren zu können, muß zunächst auf Sandells Versuch hingewiesen werden, die Psychoanalytiker ihrer Haltung und Werteinstellung, ihrem Stil und ihrer Vorstellungen über intrapsychische Prozesse und Wirkfaktoren nach in unterschiedliche Gruppen einzuteilen. Die Gruppe der „klassischen Analyse“ bewertete nach Auswertung der Ergebnisse eines Fragebogens zur therapeutischen Identität (TherId), „Mastery, Unterstützung, Freundlichkeit und Offenheit vergleichsweise gering (...), wohingegen sie technische Neutralität und Einsicht hoch bewerteten“ (ebd., S. 342). Die Forscher kamen nun zu dem Schluß, daß positive

Beziehungsaspekte aufgrund der von der Psychoanalyse geforderten Abstinenz im klassischen psychoanalytischen Setting keine allzu große Rolle zu spielen scheinen und deshalb von den Analyse-Patienten auch nicht vermißt wurden. In Psychotherapien hingegen seien Freundlichkeit, persönliche Zuwendung und Besorgtheit von entscheidender Bedeutung; da klassische Psychoanalytiker diese Eigenschaften aber aufgrund ihrer professionellen Überzeugung nicht in die therapeutische Beziehung einbringen konnten, verliefen diese Therapien nur mit mäßigem Erfolg.

Mir scheint diese schlußfolgernde Argumentation, auch wenn Sandell et al. darauf hinweisen, daß sie keine Kausalbeziehungen aus ihren Auswertungen ableiten konnten, unzureichend. Es ist unbestritten, daß Überzeugung und Liebe zum Beruf wesentliche Bestandteile erfolgreicher Psychotherapeuten sind (vgl. dazu auch Berns [2004]). Wendet man diese Ergebnisse aber eins zu eins auf die der vorliegenden Arbeit an, entstehen auf den ersten Blick Ungereimtheiten, die sich so nicht schlüssig erklären lassen. Nach den Befunden von Sandell et al. müßten die Ergebnisse der Psychotherapien der „Münchener bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ alle mäßig sein, da sich hier die Psychoanalytiker ausschließlich mit psychotherapeutischen Behandlungsfällen einbrachten. In der kleinen Stichprobe meiner Arbeit war das bei drei von vier Therapien auch tatsächlich der Fall; bis eben auf eine Ausnahme – der 3. Patient. Warum war gerade bei diesem Patienten, bei dem eine stringente psychoanalytische Arbeit aufgrund struktureller Dispositionen kontraindiziert gewesen wäre und deswegen vom Analytiker auch nicht eingenommen wurde, der Therapieverlauf so positiv? Meines Erachtens ist der Grund dafür in einer therapeutischen Flexibilität zu suchen, die die Arbeit dieses Analytikers besonders auszeichnete. Dies würde bedeuten, daß sich therapeutische Ideale und Einstellungen nur dann als Störfaktor erweisen, wenn sie unflexibel, und nicht auf den Patienten und dessen Bedürfnisse und Möglichkeiten abgestimmt, gehandhabt werden - und zwar unabhängig davon, welcher „Schule“ sie zuzurechnen sind.<sup>17</sup> In diesem Lichte betrachtet wird einmal mehr deutlich, wie entscheidend persönliche Passung, profunde Professionalität und Authentizität das prozeßhafte Geschehen eines (analytischen) Psychotherapieprozesses beeinflussen.

---

<sup>17</sup> Berns (2004) spricht in diesem Zusammenhang von „Adhärenz“, d.h. dem „Ausmaß, in dem der Therapeut die Interventionstechniken anwendet und nutzt, die als spezifisch wirksame und sinnvolle der je spezifischen Therapieform verstanden werden“ (ebd.; S. 289), der er aber als Konzeption einer Ein-Personen-Psychologie keine therapeutische Wirksamkeit zugesteht. Thomä (1995) konstatiert in diesem Zusammenhang: „Der Aufbau einer hilfreichen Beziehung, der sich im günstigen Fall Hand in Hand mit der Wirksamkeit von Deutungen vollzieht, wird erleichtert, wenn der Analytiker keinen Ausschließlichkeitsanspruch stellt und anderes und andere gelten läßt.“ (ebd., S. 1057 f.)

Die bereits mehrfach erwähnte Arbeit von Berns (2004) ist in mancherlei Hinsicht ungewöhnlich, bedrängt er doch mit seinen Ausführungen die narzißtisch stark besetzte Bedeutsamkeit psychoanalytischer Behandlungskonzepte. Er diskutiert in seinem Aufsatz drei der einstmals von Rosenzweig aufgestellten *generellen* Wirkfaktoren, die für die Psychoanalyse von besonderer Bedeutung sind (das Arbeitsbündnis, die Allegianz und die Wirkungen der Therapeutenpersönlichkeit), unter der Prämisse einer „umfassenden Studie Wampolds, die belegt, daß sämtliche Psychotherapieverfahren im Wesentlichen aufgrund genereller Wirkfaktoren ungefähr gleich wirksam sind“ (ebd., S. 285). Den Varianzanteil des Arbeitsbündnisses veranschlagt er nach Wampolds Studie mit 5%; der Allegianz, also dem „Ausmaß, in dem der Therapeut von der Wirksamkeit der von ihm durchgeführten Therapie überzeugt ist“ (ebd., S. 290), muß seines Erachtens ein größerer Bedeutungsgehalt für das Therapieergebnis zugeschrieben werden als spezifischen Interventionsformen; und schließlich wird der Persönlichkeit des Therapeuten ein Varianzanteil von 6-9% zugestanden. (Zum Vergleich: Wampold gibt die Varianz der Behandlungsmethoden als *spezifischen* Wirkfaktor mit lediglich 1% an.) Berns zieht aus diesen Untersuchungsergebnissen die Schlußfolgerung, daß Forderungen nach therapeutischer Adhärenz<sup>17</sup> ebenso wenig Sinn machen wie differentielle Indikationsstellungen, „sei es für ein bestimmtes Therapieverfahren, sei es für spezifische Interventionen“ (ebd., S. 291). In der Konsequenz sei deshalb die „Passung von Patient und Therapeut und von Patient und Verfahren bei der Indikationsstellung als entscheidende, Prognose relevante Kriterien anzustreben“ (ebd., S. 292). Berns appelliert also – und zitiert in diesem Sinne auch Einschätzungen der DPV-Katamnese-Studie von Leuzinger-Bohleber – an die Gemeinschaft der Psychoanalytiker, sich von einer eventuellen Idealisierung der eigenen Interventionstechniken zu distanzieren und sie dennoch „allegiant“ (ebd., S. 294), engagiert und zum Wohl des Patienten anzuwenden. Gleichzeitig weist Berns auf die Möglichkeit hin, generelle Wirkfaktoren durch spezifische psychoanalytische Interventionen zu realisieren und stellt sich am Ende seiner Arbeit der strikten Trennung bzw. Gegensätzlichkeit von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren entgegen, da „die sog. unspezifischen Faktoren in Wirklichkeit integrale, bedeutsame Bestandteile der Technik sind“ (Cramer 2003; zit. nach Berns 2004, S. 294)

Was Berns in der zitierten Arbeit argumentativ eindrucksvoll und unter Bezugnahme auf mehrere Studien zur Psychotherapieprozeßforschung zusammenfaßt, muß bei jedem („allegianten“) Psychoanalytiker zunächst auf empörte Ablehnung stoßen. Betrachtet man Berns' Argumentation jedoch genauer, wird folgendes deutlich: Die von ihm (und



Wampold) veranschlagten 70% Varianz genereller Wirkfaktoren erscheinen weniger erschreckend, wenn man bedenkt, wie überaus spezifisch und miteinander verwoben die unspezifischen Wirkfaktoren eigentlich sind. (Insofern ist seine Forderung nach der Aufhebung dieser konzeptionellen Differenzierung nur zu unterstützen!) Eine quantitative Valenzbestimmung erscheint mir aufgrund der geringen Trennschärfe, z.B. zwischen Therapeutenpersönlichkeit, Empathiefähigkeit und Allegianz, auch zweifelhaft. Andererseits sind die Gemeinsamkeiten mit den Ergebnissen anderer Studien (z.B. der oben diskutierten von Sandell et al.) nicht zu übersehen und haben auch in der hier vorliegenden Arbeit eine Bestätigung gefunden. Die Auswertung der einzelnen Therapien und ihre Gegenüberstellung (vgl. Kapitel 4.1 und 4.2) haben gezeigt, daß weder ein „gemischter“ therapeutischer Stil (wie z.B. in der Therapie des 2. Patienten), noch ein konsequent psychoanalytischer (wie der des Therapeuten von Patient 4) allein, d.h. ohne die dazugehörige und stets aufs Neue ausgehandelte Passung zwischen den Protagonisten, zu positiven Therapieergebnissen führen.

Unterstützung finden sowohl diese Befunde als auch die Zweifel an der tatsächlichen Trennbarkeit und Unabhängigkeit einzelner Wirkfaktoren, die in psychotherapeutischen Prozessen zum Tragen kommen, in einer neueren Arbeit der Boston Change Process Study Group (BCPSG) um Daniel Stern (2005a), die diesem Geschehen Eigenschaften wie „indeterminacy, or sloppiness“, „fuzzy intentionalizing, unpredictability, improvisation, variation, and redundancy“ (ebd., S. 693) zuschreiben und damit Zustände wiedergeben, die sich im Verlauf meiner Arbeit mit der Plananalyse immer wieder abzeichneten. Dies sind, so Stern et al., sofern sie zugelassen werden können, aber eben jene Faktoren, die die (Co-)Kreativität eines therapeutischen Prozesses ausmachen und damit beziehungsstiftenden und –gestaltenden Momenten Raum geben, die nötig sind, um wirkliche strukturelle Veränderungen hervorzubringen (vgl. auch Kapitel 3.3.1). Den Auffassungen der „Control Mastery Theory“ widersprechend, aber im Einklang mit modernen Gedächtnis- und Strukturkonzepten (z.B. Henningsen 2000) stellen die Autoren fest:

„Neither analyst nor patient can know in any specific detail what the two of them will need to do together to reach their goals. Indeed, both analyst and patient can only grapple with the immediate dilemma of what to do to take the next step in the interactive process.“ (BCPSG 2005a, S. 699)

“However, we feel the analyst’s openness to the sloppiness of the therapeutic process and the need to join directions with the patient through a process of dialogue and negotiation is necessary to the successful emergence of a shared direction and therefore to a successful analysis. The local level<sup>18</sup> of the patient-analyst dialogue is the crucial matrix for this process of co-creation and recognition.” (ebd., S. 720)

In diesem Lichte betrachtet war die Verwendung zweier unterschiedlicher Methoden zur Untersuchung des prozeßhaften Geschehens in (analytischen) Psychotherapien also überaus sinnvoll: Mit Hilfe der Plananalyse konnte der gemeinsame Weg von Patienten und ihren Therapeuten en detail mitverfolgt werden, ihr Ringen um gegenseitiges und eigenes Verstehen und ein konstruktives Miteinander; das „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ half parallel dazu, die Datenfülle in ihrer „Ungeordnetheit“ übersichtlich darzustellen und trug damit zum Verständnis des interaktiven Geschehens bei. Eine Methode allein hätte der Aufgabe, mikroprozeßhafte Entwicklungen zu erfassen *und* in einem verstehbaren Rahmen zu ordnen, wohl kaum gerecht werden können.

#### **4.4 Verdeutlichung des Stellenwertes der vorliegenden Ergebnisse im weiteren Forschungsumfeld**

Die analytische Psychotherapieforschung hat in den letzten 15-20 Jahren eine anregende Bandbreite an empirisch belegten und metapsychologisch relevanten Erkenntnissen über psychische Prozesse in Interaktionssituationen gewonnen. Gegenstand der Forschungsarbeiten von Fonagy, Stern, Jones, Kächele, Leuzinger-Bohleber, Sandell, um nur einige wenige Namen zu nennen, war und ist die geistige Werdung des Menschen. Mit unterschiedlichen Ansätzen und Methoden ging es in diesen Arbeiten letztendlich vor allem um das Verstehen intersubjektiver Prozesse im (psychoanalytischen) therapeutischen Setting. Auch die aktuelle Münchner Psychoanalyse-Studie von Mertens, in die die vorliegende Arbeit eingebettet ist, ist nicht nur um eine Validierung psychoanalytischer Behandlungstechniken und deren zugrundeliegender Metapsychologie bemüht, sondern sieht sich auch gegenüber der Prozeßforschung in der Pflicht. Auch wenn sich die einzelnen Beiträge aufgrund der großen Datenfülle, die die Auswertung mit qualitativen Methoden mit sich bringt, auf kleine Stichproben beschränken müssen, so sind sie,

---

<sup>18</sup> Als „local level“ bezeichnen die Autoren den permanenten Austausch von verbalen und nonverbalen Interaktionsmustern zwischen Patient und Therapeut.

dank der komplexen Qualität des gewonnenen Materials, dennoch in der Lage, wesentliche Entwicklungen im Prozeß analytischer Psychotherapien tendenziell zu erfassen.

So war die Kapazität der vorliegenden Arbeit von vorneherein durch die Verwendung zweier so unterschiedlicher Methoden wie der Plananalyse und des „Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“ auf die Untersuchung des Materials von nur vier Psychotherapien begrenzt. Ungeachtet dessen könnten die Ergebnisse einen wichtigen Beitrag zum Verständnis therapeutischer Prozesse leisten: Die Auswertungen haben eine entscheidende Phase in der Entwicklung therapeutischer Beziehungen aufzeigen können, die von Praktikern immer wieder beschrieben wurde und deren achtsame Handhabung einen wesentlichen Einfluß auf das Behandlungsergebnis haben dürfte. Der diagnostizierte Wendepunkt, an den therapeutische Beziehungen nach ca. 100 Sitzungen in analytischen Psychotherapien nach meiner Einschätzung gelangen, eröffnet die Möglichkeit, gewachsene Strukturen für den Beginn eines spontaneren, kreativen bilateralen Prozesses des Erkennens, Verstehens, der Trauer und Reifung und neuer Erfahrungen im Miteinander zu nutzen. Für beide, Therapeut und Patient, offenbart sich hier eine enorme Herausforderung, der sie sich auf einer zuvor geschaffenen, sicheren und vertrauensvollen Basis stellen *wollen* müssen. Wird diese Chance verpaßt, steht einer weiteren empathischen und verständnisvollen analytischen Arbeit zwar nichts im Wege, die Aussicht auf eine wirkliche Neuorganisation bis dato maladaptiver Beziehungsrepräsentanzen ist aber um ein Vielfaches kleiner geworden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit lassen sich problemlos mit modernen intersubjektiven und entwicklungspsychologischen Theoriekonzeptionen in Einklang bringen. Aber auch zeitgenössische Forderungen von an der klassischen Psychoanalyse orientierten Forschern fanden in der Herausstellung der immensen Bedeutung von Übertragungs- bzw. Beziehungsdeutungen und einer abstinenteren, aber sich einlassenden, emotionalen Erreichbarkeit seitens der Therapeuten ihre Berechtigung. Gleichzeitig bedient diese Arbeit (und die Münchner Psychoanalyse-Studie) die lange vernachlässigte Notwendigkeit psychoanalytischer Forschung. Eric Kandel (2006) äußerte seine diesbezügliche Kritik ganz unverblümt:

„In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts revolutionierte die Psychoanalyse unser Verständnis des Geisteslebens. Sie lieferte eine bemerkenswerte Menge von neuen Einsichten über unbewußte geistige Prozesse, psychischen Determinismus, kindliche Sexualität und, vielleicht am allerwichtigsten, über die Irrationalität der mensch-

lichen Motivation. Im Gegensatz zu diesen Fortschritten waren die Leistungen der Psychoanalyse in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts weniger beeindruckend. Obwohl das psychoanalytische Denken weiterhin Fortschritte machte, gab es relativ wenige brillante neue Einsichten, ausgenommen vielleicht bestimmte Fortschritte auf dem Gebiet der Kindesentwicklung. Am wichtigsten und enttäuschendsten ist die Tatsache, daß die Psychoanalyse sich wissenschaftlich nicht weiterentwickelt hat. Insbesondere hat sie keine objektiven Methoden zur Prüfung ihrer aufregenden Ideen entwickelt, die sie früher formuliert hatte. Als Ergebnis hiervon schwindet der Einfluß der Psychoanalyse bei ihrem Eintritt ins 21. Jahrhundert.

Dieses Schwinden ist zu bedauern, da die Psychoanalyse immer noch die kohärenteste und intellektuell befriedigendste Sicht des Geistes darstellt. Wenn sie ihre intellektuelle Kraft und ihren Einfluß wiedererlangen will, wird sie mehr als den Anreiz brauchen, der sich aus der Reaktion auf feindliche Kritiker ergibt. Diejenigen, denen etwas an ihr liegt und denen es um eine anspruchsvolle und realistische Theorie der menschlichen Motivation geht, werden sich auf konstruktive Weise mit ihr befassen müssen.“ (ebd., S. 120)

Möglicherweise bietet die vorliegende Arbeit einen Ansatz, Kandels Ratschläge fruchtbar mit den Ansichten mancher psychoanalytischer Forscher, daß Interaktionsprozesse zu komplex seien, um sie zur Gänze erfassen und beschreiben zu können, zu verknüpfen. Die Verwendung zweier unterschiedlicher Methoden aus unterschiedlichen Epochen mit unterschiedlichen theoretischen Grundlagen hat gezeigt, daß die Heranziehung verschiedener Perspektiven bei der Betrachtung intersubjektiven Geschehens sehr wohl einen Beitrag zum Verständnis dieser Prozesse leisten kann. Es bleibt zu hoffen, daß Ansatz und Ergebnisse der Münchner Psychoanalyse-Studie nicht nur in der Lage sein werden, dem Ruf nach „objektiven“ Prüfmethoden angemessen nachzukommen, sondern vor allem dem der Psychoanalyse inhärenten Anspruch auf ein der Komplexität des menschlichen Geistes gerechtwerdendes Verständnis therapeutischer Heilungsprozesse.

#### 4.5 Weiterführende Fragestellungen für die zukünftige Forschung

Weiterführende Forschungsarbeiten sollten sich angesichts der hier vorgestellten Ergebnisse meines Erachtens vor allem auf zwei Schwerpunkte konzentrieren: Zum einen bedarf es einer größeren Stichprobe, um die Hypothesen dieser Arbeit und die daraus abgeleiteten Schlußfolgerungen, vorwiegend bezüglich ihrer Relevanz für die Behandlungspraxis, auch statistisch abzusichern. Dafür bietet die „Münchener bindungs- und traumorientierte Psychoanalyse-Studie“ einen geeigneten Rahmen. Hier wird durch die Untersuchung des Fallmaterials mit anderen Methoden sowie durch eine Überprüfung der Interraterreliabilität analysiert werden, inwieweit sich die hiesigen Erkenntnisse auch anderweitig bestätigen lassen. Dabei sollten vor allem auch die hier vorgenommenen Einschätzungen der Behandlungsergebnisse dringend weiter diskutiert werden.

Zum anderen erscheint mir eine nähere Untersuchung bestimmter Therapeutenvariablen dringend geboten. Während der Analyse der hier vorgestellten vier therapeutischen Dyaden entstand der Eindruck, daß einige der Therapeuten an der klassisch-freudianischen Spiegelmetapher<sup>19</sup> in ihrer Behandlungstechnik festhielten. Die in Kapitel 4.3.2 vorgestellte Studie von Sandell et al. (1999) untermauert diese Vermutungen durch die Ergebnisse des Fragebogens zur therapeutischen Identität (TherId), in dem sich die befragten Psychoanalytiker vor allem der technischen Neutralität verpflichtet fühlten, zwischenmenschlich positive Beziehungsaspekte wie Offenheit, Freundlichkeit etc. hingegen als wenig relevant für ihre Arbeit beurteilten. Möglicherweise zeichnet sich hier ein Aspekt der von Buchholz (2004) beklagten Divergenz zwischen Forschung und Praxis ab. Die Auffassungen über ein zulässiges und nötiges Ausmaß affektiver Beteiligung in der psychotherapeutischen Arbeit haben sich dank späterer psychoanalytischer Forschungsarbeiten inzwischen, spätestens seit Beginn der 1980er Jahre, grundlegend gewandelt; das Postulat der Freudschen Spiegelmetapher (das er selber so gar nicht praktizierte) wurde verworfen. Der Psychoanalytiker der Moderne ist heute als aktiver Mitgestalter der therapeutischen Beziehung gefordert, der sich von seinem Patienten ergreifen und verwandeln läßt, sich einbringt (ohne freilich die Grundregel der Abstinenz zu verletzen) und fähig ist, mit diesem *in* und *an* der (Übertragungs-) Beziehung aktiv zu arbeiten (vgl. dazu auch Kapitel 3.3.1 und 4.2.2). Eine weiterführende Untersuchung bezüglich der Einstellungen der Therapeuten zur behandlungstechnischen

---

<sup>19</sup> Freud (1912) empfahl dem Arzt in seinen behandlungstechnischen Schriften, „undurchsichtig für den Analysierten (zu) sein und wie eine Spiegelplatte nichts anderes (zu) zeigen, als was ihm gezeigt wird“ (Ergänzungsband, S. 178).

---

Grundhaltung könnte möglicherweise einen ergänzenden Erklärungsansatz für das Fehlen tiefgreifender Veränderungen bei drei der hier vorgestellten Psychotherapien liefern, gleichzeitig käme den Ergebnissen einer solchen Befragung (z.B. mit dem TherId) für Behandlungspraxis und Ausbildung eine immense Bedeutung zu.

## 5 Schlußwort

Neben vielen Einzelbefunden zum psychotherapeutischen Prozeß, zur Anwendung der Methoden, zur Psychodynamik der Patienten und dyadespezifischen Interaktionsstrukturen hat die vorliegende Arbeit vor allem einen Bereich behandlungstechnischer Wirkmechanismen in den Fokus der Betrachtung gerückt: die Fähigkeit der Psychoanalytiker, sich in der Beziehung zu ihren Patienten auf dem schmalen Grat zwischen opaker Neutralität und individuellem Enactment zu bewegen. Dieses flexible, auf den Patienten abgestimmte Können und Wollen hat sich in allen vier vorgestellten Psychotherapien als Dreh- und Angelpunkt intersubjektiven Geschehens erwiesen; ihm kommt m. E., zusammen mit der Qualität der Deutungsarbeit, deswegen auch bezüglich der Einschätzung der Therapieergebnisse die unangefochtene Schlüsselrolle zu. Sich auf den Patienten *und* in die Beziehung zu ihm einzulassen, bedeutet für jeden Psychotherapeuten (und nicht nur für die, die an Forschungsprojekten teilnehmen) ein Risiko, das möglicherweise nur allzu leicht unterschätzt wird: Negative Aspekte der Übertragung, die sachgemäß einen Großteil jedes psychotherapeutischen Prozesses dominieren, bergen jenseits einer chirurgischen oder spiegelnden Haltung, wie Freud sie noch (theoretisch) gefordert hatte, unter Umständen eine enorme psychische Verletzungsgefahr. Wie kann sich ein Therapeut vor der Macht anbrandender Affekte schützen und sich gleichzeitig von ihnen – im Gegensatz zu einem „reflektierenden Spiegel“ – berühren, ergreifen und verändern lassen? Müssen wir die Freudsche Spiegelmetapher vielleicht durch eine des „Fels’ in der Brandung“ ersetzen? Der Psychoanalytiker als Fels, der standhält, zurückwirft und, wenn auch zunächst unmerklich, dennoch verändert und geformt wird vom Ansturm der Emotionen? Vielleicht gleicht der psychotherapeutische Prozeß eher diesem Austausch der Elemente, bei dem jedes abgibt, erhält und sich den Gegebenheiten anpaßt, ohne dabei seinen eigenen Charakter zu verlieren. Die Assoziationen zu diesem Bild sind reich an Parallelen zur Gegenseitigkeit erfolgreicher analytischer Psychotherapien: Der Fels als unzerstörbare, grenzsetzende Institution, der jeder Brandungswelle ein wenig von sich selbst mitgibt und das, was das Meer ihm bringt, in seine Strukturen integriert.

Die Analogie zu den bereits diskutierten Befunden von Stern et al. (2005a) und den Erkenntnissen von Berns (2004) liegt nahe: Auf der einen Seite steht der therapeutische Prozeß als Durcheinander, als ein ungenauer, nicht vorhersagbarer Austausch von im-

plizitem Wissen, Erfahrung und Erwartungen; auf der anderen Seite wird deutlich, wie immens wichtig die explizite Überzeugung des Therapeuten in dieser Ungewißheit ist, daß das, was er tut, richtig und wirksam ist. In der Kombination beider Aussagen liegt m. E. der Schlüssel zur oben beschriebenen „sicheren“ Gratwanderung. Therapie kann sich, wie jeder kreative Akt, nicht ohne Konflikte, Verwirrung und Durchdrungenwerden entfalten. Therapie, die heilen will, muß sich „verwandeln“ (Hübner 2006), berühren lassen können. Diese Prozesse machen Angst, verunsichern, deshalb soll Therapie auch auf theoriegeleitete Überzeugungen bauen und sich solider handwerklicher Fähigkeiten bedienen, ohne jedoch von ihnen dominiert oder in ihrem Fluß künstlich beschränkt zu werden. Gabbard & Westen (2003) haben hierfür eine passende Allegorie gefunden:

„It is useful to acknowledge that we are often sailing without a reliable compass, but it is not useful to be rudderless.“ (ebd., S. 826)

Auch wenn uns die Freudsche Spiegelmetapher heute bei unserer Arbeit nicht mehr dienlich ist, so ist es seine Forderung nach „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ (Freud 1912; Ergänzungsband, S. 171) doch um so mehr. Sie ist die Pforte zu einer (therapeutischen) Kreativität, die, aus dem Chaos entstehend, Neues schafft. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung ist der Rahmen, innerhalb dessen auch alle anderen Interventionstechniken auf struktureller Ebene wirksam werden: Keine (kognitive und/oder emotionale) Erkenntnis ohne verlässlichen Schutz in regressiven Phasen; kein Trauerprozeß ohne die Gewißheit emotionaler Anteilnahme; kein (Wieder-)Erleben narzißtischer Wut ohne die standhaltende Sicherheit des „Fels’ in der Brandung“. Gerade auch das „Versagen“ des Therapeuten in diesen Funktionen, das unweigerlich stattfindet, kann, wenn es authentisch in die Beziehungsarbeit integriert wird, eben jene Basis der Zuverlässigkeit schaffen, die Heilung braucht. Dieser Mut zur Offenheit – im doppelten Sinne von Unvoreingenommenheit und der Bereitschaft, sich einzulassen – braucht Psychoanalytiker, die ihn dank einer hervorragenden, wissenschaftlich fundierten und aktualisierten Ausbildung immer wieder aufs Neue wagen können. In diesem Sinne bleibt zu hoffen, daß die Forschungsergebnisse der „Münchener bindings- und traumorientierten Psychoanalyse-Studie“ nicht nur publiziert, sondern auch mit niedergelassenen Therapeuten und solchen, die es werden wollen, psychoanalytisch-kreativ diskutiert werden.



## Literaturverzeichnis

**Ablon, J. S., Jones, E. E.** (1998): How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 8(1), 71-83.

**Ablon, J. S., Jones, E. E.** (2005): On analytic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(2), 541-568.

**Ablon, J. S.; Levy, R. A.; Katzenstein, T.** (2006): Beyond brand names of Psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (2), 216-231.

**Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., und Kächele, H.** (1999): Die "Control Mastery"-Theorie: Eine kognitiv orientierte psychoanalytische Behandlungstheorie von Joseph Weiss. *Forum der Psychoanalyse* (15), 224-236.

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

**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 Josef Weiss. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2000, 50. (Datum des Zugriffs: 04. November 2004):

[http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/Band\\_III/4.TheResearchCase/4.12/4.12.html](http://sip.medizin.uni-ulm.de/abteilung/buecher/Band_III/4.TheResearchCase/4.12/4.12.html)

**Altmeyer, M.** (2000): Narzißmus, Intersubjektivität und Anerkennung. *Psyche*, 54, 143-171.

**Anon** (2005): The Analyst at Work: Two hours at work, with Amanda. *International Journal of Psychoanalysis*, 86, 233-240.

**Arbeitskreis OPD (Hrsg.)** (1996): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.

**Bänninger-Huber, E. & Widmer, C.** (1997): Affektive Beziehungsmuster. Was kann die differenzierte Betrachtung der Beziehungsmuster zum Verständnis psychotherapeutischer Veränderungen beitragen? *Psychotherapeut*, 42, 356-361.

**Bänniger-Huber, E.** (2001): Von der Erfolgsforschung zur Prozeßforschung – und wieder zurück? Zum aktuellen Stand der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum. *Psychotherapeut*, 46, 348-352.

**Beenen, F.** (2001): Der Psychotherapieforscher als Seiltänzer. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 434 – 443). Stuttgart: Kohlhammer.

**Berns, U.** (2004): Spezifische psychoanalytische Interventionen. Kaum wirksam, doch unverzichtbar? *Forum der Psychoanalyse*, 20, 284-299.

**Boston Change Process Study Group** (2005a): The „something more“ than interpretation revisited: Slowness and co-Creativity in the psychoanalytic encounter. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 693-729.

**Boston Change Process Study Group** (2005b): Response to commentaries. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53(3), 761-769.

**Bucci, W.** (2005): Process research. In E. S. Person, A. M. Cooper & G.O. Gabbard (Eds.), *Textbook of psychoanalysis* (pp. 317 – 333). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

**Buchholz, M.B.** (2004): Psychotherapie – empirisch informiert. *Psycho-News-Letter*, 25. (Datum des Zugriffs: 25.02.007):

[www.dgpt.de/dokumente/PNL-25%20Psychotherapie%20-%20empirisch%20informiert.pdf](http://www.dgpt.de/dokumente/PNL-25%20Psychotherapie%20-%20empirisch%20informiert.pdf)

**Buchholz, M.B.** (2005): Profession und empirische Forschung – Souveränität und Integration. (Datum des Zugriffs: 25.02.2007):

[www.dpg-stuttgart.de/Profession%20und%20empirische%20Forschung\\_MBB.pdf](http://www.dpg-stuttgart.de/Profession%20und%20empirische%20Forschung_MBB.pdf)

**Bürgin, D.** (2001): Psychoanalytische Langzeitbehandlungen – Eine Herausforderung für die klinische und empirische Forschung. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 425 – 433). Stuttgart: Kohlhammer.

**Ermann, M.** (2004): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. (Kapitel 15, S. 385-413). Stuttgart: Kohlhammer.

**Dorber, K.** (2005): Die Plananalyse in der analytischen Psychotherapie. Diplomarbeit im Fach klinische Psychologie. (unveröffentlicht).

- Fonagy, P.; Target, M.** (2001): Die Ergebnisse von Psychoanalysen – Die Arbeit des Anna Freud Centre. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 71 – 92). Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonagy, P., Target, M., Allison, L.** (2003): Gedächtnis und therapeutische Wirkung. *Psyche*, 57, 841-856.
- Fonagy, P. et al.** (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fonagy, P.** (2006): Bindungstheorie und Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Freud, S.** : Studienausgabe, Bd. 1: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Und neue Folge. Frankfurt: S. Fischer (1969).
- Freud, S.**: Studienausgabe, Ergänzungsband: Behandlungstechnik. Frankfurt: S. Fischer (1969).
- Gabbard, G.O.; Westen, D.** (2003): Rethinking therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 823-841.
- Gedo, P.M.** (1999): Single Case Studies in Psychotherapy Research. *Psychoanalytic Psychology*, 16(2), 274-280.
- Hau, S.** (2005): Empirische Forschung in der Psychoanalyse. *Psychotherapeutenjournal* (2), 123-127.
- Henningsen, P.** (2000): Vom Gehirn lernen? Zur Neurobiologie von psychischer Struktur und innerer Repräsentanz. *Forum der Psychoanalyse*, 16, 99-115.
- Hübner, W.** (2006): Jenseits der Worte. Versuch über projektive Identifizierung und ästhetische Erfahrung. *Psyche - Z Psychoanal*, 60, 319–348.
- Huber, D.; Klug, G.; von Rad, M.** (2001): Die Münchner Prozeß-Outcome-Studie – Ein Vergleich zwischen Psychoanalysen und psychodynamischen Psychotherapien unter besonderer Berücksichtigung therapiespezifischer Ergebnisse. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 260 – 270). Stuttgart: Kohlhammer.
- Jones E. E., Windholz, M.** (1990): Die psychoanalytische Fallstudie als Methode für systematische Forschung. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 985-1015.

- Jones, E. E.** (1997): Modes of therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis* (78), 1135-1150.
- Jones, E. E.** (2000): *Therapeutic Action. A guide to psychoanalytic therapy.* Northvale, N.J.: Aronson.
- Jones, E. E.** (2001): Interaktion und Veränderung in Langzeittherapien. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 224 – 237). Stuttgart: Kohlhammer.
- Kächele, H.** (2005): Korrigierende emotionale Erfahrungen – ein Lehr- und Lernprozeß. Plenarvortrag am 13. April 2005 im Rahmen der 55. Lindauer Psychotherapiewochen 2005. [www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf](http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2005/kaechele.pdf). (Datum des Zugriffs: 25.02.07)
- Kandel, E.** (2006): *Psychiatrie, Psychoanalyse und die neue Biologie des Geistes.* Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kernberg, O.** (2001): Aktuelle Herausforderungen an die Psychoanalyse. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): *Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler* (S. 61 – 70). Stuttgart: Kohlhammer.
- Körner, J.** (1989): Arbeit *an* der Übertragung? Arbeit *in* der Übertragung! *Forum der Psychoanalyse*, 5, 209-223.
- Kriz, J.** (2004): Methodologische Aspekte von “Wissenschaftlichkeit” in der Psychotherapie-forschung. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 6 (1), 6-31.
- Leuzinger-Bohleber, M.; Stuhr, U.; Rüger, B.; Beutel, M.** (2003): How to study the Quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patient’s well-being. *International Journal of Psychoanalysis* (84), 263-290.
- Litowitz, B. E.** (2005): When „something more“ is less: Commentary on the Boston Change Process Study Group. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 751-759.
- Mertens, W.** (1993): *Einführung in die psychoanalytische Therapie.* Bd. 3, 192-227. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mertens, W.** (1996): *Psychoanalyse.* Stuttgart: Kohlhammer.

- Mertens, W.** (2004): Plädoyer für eine methodenplurale psychoanalytische Forschung – wider einen unfruchtbaren Dogmatismus theoretischer und methodischer Art. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 6 (1), 48-66.
- Moser, U.** (2001): „What is a Bongaloo, Daddy? Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel “früher Störungen”. *Psyche*, 55, 97-136.
- Neukom, M.** (2004): Die Ausgangslage der Debatte um die Kriterien der Wissenschaftlichkeit von Psychotherapien in Deutschland und in der Schweiz. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften* 6 (1), 32-47.
- Perry, J. C.; Luborsky, L.; Silberschatz, G.; Popp, C.** (1989): An Examination of Three Methods of Psychodynamic Formulation Based on the Same Videotaped Interview. *PSYCHIATRY*, 52, 302-323.
- Pole, N.; Jones, E.** (1998): The Talking Cure Revisited: Content Analyses of a two-year Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 8(2), 171-189.
- Porcerelli, J. H.; Dauphin, V. B.; Ablon, J. S.; Leitman, S.** (2007): Psychoanalysis with Avoidant Personality Disorder: A systematic case study. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (1), 1-13.
- Price, P. B.; Jones, E. E.** (1998): Examining the alliance using the Psychotherapy Process Q-Set. *Psychotherapy*, 35 (3), 392-404.
- Rohde-Dachser, C.** (2003): Psychoanalyse und Persönlichkeitsstörungen: Bestätigung durch Neurowissenschaften. *Deutsches Ärzteblatt*, 2003 (9), 415-417.
- Rudolf, G.** (2000): Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage. Stuttgart: Thieme.
- Rudolf, G., Grande, T. & Oberbracht, C.** (2000): Die Heidelberger Umstrukturierungsskala. Ein Modell der Veränderung in psychoanalytischen Therapien und seine Operationalisierung in einer Schätzskaala. *Psychotherapeut* (45), 237 – 246.
- Rudolf, G.; Grande, T.; Dilg, R. et al.** (2001): Strukturelle Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – Zur Praxisstudie analytischer Langzeittherapien (PAL). IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 238 – 259). Stuttgart: Kohlhammer.

- Sandell, R., Blomberg, J. Lazar, A., Schubert, J., Carlsson, J. & Broberg, J.** (1999). Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 327 – 347.
- Schlessinger, N., Robbins, F.** (1975): The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego functions. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- Silberschatz, G.; Curtis, J. T.; Nathaus, S.** (1989): Using the patient's plan to assess progress in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26(1), 40-46.
- Sonnenmoser, M.** (2002): Stiefkind Prozeßforschung. *Deutsches Ärzteblatt* (4), S. 153-154.
- Stern, D.N. et al.** (1998): Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie. Das „Etwas-Mehr“ als Deutung. *Psyche* 56, 2002, 974-1006.
- Stuhr, U.** (2001): Methodische Überlegungen zur Kombination qualitativer und quantitativer Methoden in der psychoanalytischen Katamneseforschung und Hinweise zu ihrer Integration. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 133 – 148). Stuttgart: Kohlhammer.
- Thomä, H.** (1995): Über die psychoanalytische Theorie und Therapie neurotischer Ängste. *Psyche – Z Psychoanal*, 11, 1043-1067.
- Thomä, H., Kächele, H.** (1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1. Berlin: Springer.
- Thomä, H., Kächele, H.** (2006): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 3: Forschung. Berlin: Springer.
- Vivona, J. M.** (2006): From developmental metaphor to developmental model: The shrinking role of language in the talking cure. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 54, 877–902.
- Volkart, R.** (1995): Patient und Therapeut zwischen Skylla und Charybdis! Die Interpretation eines Transkriptes mit dem Psychotherapie-Prozeß-Modell von JOSEPH WEISS. (S. 127-172). In Buchholz, M.B. (Hrsg.) *Psychotherapeutische Interaktion*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Waldvogel, B.** (2007): Neuere Gedächtnistheorien und ihre Bedeutung für die Psychoanalyse. Vorlesung zum WS 2006/07 an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e.V. am 13.02.07. [www.bruno-waldvogel.de](http://www.bruno-waldvogel.de) (Datum des Zugriffs: 14.02.07)
- Wallerstein, R. S.** (2001): Die Generationen der Psychotherapieforschung – Ein Überblick. IN: Stuhr, U.; Leuzinger-Bohleber, M.; Beutel, M. E. (Hrsg.): Langzeitpsychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler (S. 38 – 60). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weiss, J., Sampson, H., Mount Zion Psychotherapy Research Group** (1986): The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research. New York: Guilford.
- Weiss, J.** (1993): How psychotherapy works. Process and technique. New York: Guilford.
- Weiss, J.** (1997): The Role of Pathogenic Beliefs in Psychic Reality. *Psychoanalytic Psychology*, 14(3), 427-434.
- Wendl-Kempmann, G.** (1978): Behandlungstechnische Überlegungen zur Bearbeitung der aktuellen Beziehung und der mitgeteilten Inhalte in der Psychoanalyse. *Praxis der Psychotherapie* (23), 1-11.

## **Anhang A: Das Psychotherapieprozeß Q-Sort (PQS) von Enrico E. Jones**

Deutsche Übersetzung der Items und ihrer Erläuterungen (von K. Dorber)

**Item 1: Der Patient äußert negative Gefühle (zum Beispiel Kritik, Feindseligkeit) in Bezug auf den Therapeuten (vs. bewundernde oder anerkennende Bemerkungen).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle wie Kritik, Abneigung, Neid, Verachtung, Ärger oder Gegnerschaft zum Therapeuten verbalisiert; z.B. weist der Patient den Therapeuten zurecht, weil dieser nicht genügend Anweisungen in der Therapie gibt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient positive oder freundliche Gefühle gegenüber dem Therapeuten ausdrückt; z.B. macht er ihm scheinbar Komplimente.

**Item 2: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten, z.B. auf Körperhaltung oder Gesten.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf das nonverbale Verhalten des Patienten richtet, wie z.B. Mimik, Erröten, Lachen, Räuspern oder Bewegungen; z.B. weist der Therapeut darauf hin, daß der Patient lacht, obwohl er sagt, er sei ärgerlich.

Am *uncharakteristischen* Pol bei geringem oder gar keinem Fokus auf nonverbales Verhalten plazieren.



**Item 3: Die Äußerungen des Therapeuten zielen darauf, dem Patienten das Erzählen zu erleichtern.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Antworten und das Verhalten des Therapeuten zeigen, daß er dem Patienten zuhört und ihn ermuntert fortzufahren, z.B. durch mm-hmm, ja, sicher, richtig etc.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht auf eine Art und Weise reagiert, die dem Patienten das Erzählen erleichtert. (Das Item bezieht sich nicht auf Fragen und Erklärungen).

NB: Das Item bezieht sich auf die Intention des Therapeuten und nicht auf die Erleichterung, die sie dem Patienten beim Erzählen bringt.

**Item 4: Die Therapieziele des Patienten werden besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn darüber gesprochen wird, was der Patient mit der Therapie erreichen möchte. Diese Wünsche/Ziele können sich auf innere Veränderungen beziehen (z.B. "Ich begann die Therapie, um meine Depression zu überwinden.") oder auf eine Veränderung der Lebensumstände ("Vielleicht kann ich durch die Therapie doch noch heiraten.").

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn es keine Bezugnahme oder Anspielung seitens des Therapeuten oder Patienten auf mögliche Konsequenzen der Therapie gibt.

**Item 5: Der Patient hat Schwierigkeiten, die Bemerkungen des Therapeuten zu verstehen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient verwirrt über die Bemerkungen des Therapeuten zu sein scheint. Dies kann defensiv oder aufgrund von Unklarheiten in den Bemerkungen des Therapeuten sein; z.B. fragt der Patient wiederholt "Was?" oder ähnliches, das zeigt, daß der Patient nicht weiß, was der Therapeut meint.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient die Bemerkungen des Therapeuten leicht erfassen kann.

**Item 6: Der Therapeut ist einfühlsam, auf den Patienten eingestellt, empathisch.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut die Fähigkeit zeigt, die "private Welt" des Patienten als etwas ihm Eigenes wahrzunehmen; er ist einfühlsam und kann sein Verständnis in der Zuwendung zum Patienten zum Ausdruck bringen; z.B. zeigt der Therapeut, daß er versteht, wie sich der Patient in einer bestimmten Situation gefühlt hat.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut kein einfühlsames Verständnis für die Gefühle und Erfahrungen des Patienten zu haben scheint.

**Item 7: Der Patient ist ängstlich oder angespannt (vs. ruhig und entspannt).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Anzeichen von Anspannung, Angst oder Beunruhigung zeigt. Dies kann in direkten Bemerkungen zum Ausdruck kommen, wie z.B. "Ich fühle mich heute nervös." oder indirekt durch Stammeln, Stottern etc. oder andere Verhaltensweisen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient ruhig oder entspannt scheint oder ein Gefühl von Wohlbefinden vermittelt.

**Item 8: Der Patient ist besorgt oder beunruhigt wegen seiner Abhängigkeit vom Therapeuten (vs. fühlt sich wohl mit der Abhängigkeit oder will Abhängigkeit).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient besorgt oder unangenehm berührt von seiner Abhängigkeit wirkt; z.B. zeigt er das Bedürfnis, sich vom Therapeuten zurückzuziehen oder verrät auf andere Art und Weise seine Beunruhigung darüber, von der Therapie abhängig zu werden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich in der Abhängigkeit wohlfühlen scheint. Dies kann sich in Äußerungen von Hilflosigkeit zeigen oder der Patient fühlt sich wohl oder zufrieden in seiner abhängigen Beziehung zum Therapeuten.

*Neutral* raten, wenn der Patient eine relative Unabhängigkeit in der therapeutischen Beziehung empfindet.

**Item 9: Der Therapeut ist distanziert, unbeteiligt (vs. empfänglich und affektiv involviert).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut sich dem Patienten gegenüber kühl, formell und unberührt gibt oder seine Position von Rückzug oder Loslösung gekennzeichnet ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut wirklich aufgeschlossen und affektiv involviert ist.

**Item 10: Der Patient strebt eine größere Nähe zum Therapeuten an.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient wünscht oder versucht, die therapeutische Beziehung in eine sozialere, persönlichere oder nähere Beziehung umzuwandeln; z.B. bringt er seine Sorge um den Therapeuten zum Ausdruck oder versucht, Informationen über das Privatleben des Therapeuten einzuholen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine größere Nähe zum Therapeuten anzustreben scheint.

**Item 11: Sexuelle Gefühle und Erfahrungen werden besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Sexualität des Patienten diskutiert wird. Dies kann in Form einer Diskussion über sexuelle Probleme oder sexuelle Gefühle oder Phantasien des Patienten geschehen oder im Gespräch über aktuelle sexuelle Erfahrungen; z.B. wenn der Patient sagt, daß er öfter Sex mit einem Partner haben möchte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient nicht über sexuelle oder erotische Themen spricht.

**Item 12: In der Stunde wird geschwiegen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn es in der Stunde viele Schweigephasen oder Pausen oder einige wenige ausgedehnte Schweigephasen gibt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn in der Stunde selten geschwiegen wird.

NB: Kurze Sprechpausen sollten nicht als Schweigen geratet werden, es sei denn, sie sind sehr häufig oder länger als einige Sekunden.

**Item 13: Der Patient ist lebhaft oder aufgeregt.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient direkt oder durch sein Verhalten ein Gefühl von Aufgeregtheit ausdrückt oder anders erregt zu sein scheint; z.B. wird der Patient lebhaft in seiner Reaktion auf die Deutungen des Therapeuten.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient gelangweilt, abgestumpft oder unbeteiligt erscheint.

**Item 14: Der Patient fühlt sich vom Therapeuten nicht verstanden.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient besorgt ist oder das Gefühl vermittelt, mißverstanden worden zu sein oder er annimmt, daß der Therapeut ihn nicht verstehen kann; z.B. bezweifelt eine Witwe die Fähigkeit des Therapeuten zu verstehen, daß sie sich in einer bisher nicht gekannten Notlage befindet.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient irgendwie das Gefühl vermittelt, daß der Therapeut seine Erfahrungen oder Gefühle versteht; z.B. reagiert er auf eine Deutung des Therapeuten mit den Worten "Ja, das ist genau das, was ich meine."

**Item 15: Der Patient initiiert keine Themen, ist passiv.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine Themen initiiert und keine Probleme zur Sprache bringt oder es auf andere Art und Weise unterläßt, die Verantwortung für die Stunde zu übernehmen; z.B. sagt er, daß er nicht weiß, worüber er reden soll.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient bereit ist, Schweigen zu brechen oder entweder spontan Themen liefert oder aber als Antwort auf Deutungen des Therapeuten und ausführlich und intensiv auf diese eingeht.

**Item 16: Es wird über Körperfunktionen, körperliche Symptome oder Gesundheit gesprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn somatische Beschwerden oder physische Symptome zur Sprache kommen; z.B. kann sich der Patient über Erschöpfung, Krankheit, Kopfschmerzen, Menstruationsbeschwerden, Appetitlosigkeit usw. beklagen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn körperliche Beschwerden im Gespräch keine große Rolle spielen.

**Item 17: Der Therapeut kontrolliert die Interaktion aktiv (z.B. strukturiert und/oder führt neue Themen ein).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut häufig interveniert. Dieses Item ist nicht im Hinblick auf Wahrnehmungsvermögen oder Angemessenheit der Intervention zu raten. Sehr charakteristisch wäre z.B., wenn der Therapeut so aktiv ist, daß er häufig unterbricht oder interveniert, um Fragen zu stellen oder Feststellungen zu treffen oder die Themen der Stunde in hohem Maße beeinflußt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut relativ selten interveniert, sich nur wenig bemüht, die Interaktion zu strukturieren oder dazu tendiert, dem Patienten zu folgen; z.B. gestattet er diesem, die Hauptthemen zu wählen und hilft dem Patienten, seinen Gedankengängen zu folgen.

**Item 18: Der Therapeut vermittelt Wertschätzung. (NB: Am uncharakteristischen Pol plazieren bei Anzeichen von Mißbilligung oder Intoleranz.)**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut jede offene oder subtile Verurteilung des Patienten unterläßt; "unakzeptables" oder problematisches Verhalten wird untersucht, dabei aber das Gefühl von Wertschätzung und bedingungsloser Akzeptanz vermittelt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Bemerkungen oder die Stimme des Therapeuten Kritik, einen Mangel an Akzeptanz vermitteln. Weiter außen am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Eindruck vermittelt, der Charakter des Patienten oder seine Persönlichkeit seien irgendwie unangenehm, anstößig oder störend.

**Item 19: Die therapeutische Beziehung hat eine erotische Färbung.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die therapeutische Beziehung sexualisiert zu sein scheint. Das kann von einer warmen, erotisch getönten Beziehung, über geziertes oder verführerisches Verhalten seitens des Patienten bis hin zu offen eingestandenen Wünschen nach sexueller Befriedigung gehen; z.B. spricht der Patient über sexuelle Erfahrungen in einer Weise, die das sexuelle Interesse des Therapeuten wecken müssen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die therapeutische Beziehung weitestgehend nicht sexualisiert zu sein scheint. Weiter außen am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn Therapeut oder Patient Themen oder Verhalten vermeiden, die als sexuelles Interesse interpretiert werden könnten; gleiches gilt für Versuche, erotische Gefühle zu unterdrücken.

**Item 20: Der Patient provoziert, testet die Grenzen der therapeutischen Beziehung. (NB: Die Plazierung am uncharakteristischen Pol bedeutet, daß der Patient compliance zeigt.)**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich auf einer Art und Weise verhält, die beim Therapeuten eine emotionale Reaktion hervorruft; z.B. fordert der Patient eine Zurückweisung durch den Therapeuten heraus, indem er ihn verärgert oder den einen oder anderen Aspekt des Therapievertrages verletzt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient weitestgehend entgegenkommend oder ehrerbietig ist oder die Rolle des "guten Patienten" zu spielen scheint, indem er den Therapeuten umwirbt.

**Item 21: Therapeutische Selbstöffnung**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten persönliche Informationen oder Reaktionen verrät; z.B. erzählt er ihm, wo er aufgewachsen ist oder sagt "Ich finde, Sie sind ein sehr liebenswürdiger Mensch."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut solche Selbstöffnungen unterläßt. Eine Plazierung weiter außen am uncharakteristischen Pol bedeutet, daß der Therapeut sich selbst dann nicht öffnet, wenn der Patient Druck auf ihn ausübt; z.B. würde der Therapeut die Frage, ob er verheiratet sei, nicht direkt beantworten.

**Item 22: Der Therapeut fokussiert die Schuldgefühle des Patienten.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut fokussiert bzw. die Aufmerksamkeit irgendwie auf die Schuldgefühle des Patienten richtet, besonders wenn die Neigung besteht, solche Gefühle abzuschwächen; z.B. bemerkt der Therapeut, daß sich der Patient immer dann schuldig fühlt, wenn er einer der unaufhörlichen Hilferufe seiner Tochter einmal nicht nachgekommen ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut die Schuldgefühle des Patienten nicht anspricht.

**Item 23: Das Gespräch hat einen spezifischen Fokus.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn sich die Interaktion auf einen oder mehrere wichtige Foki konzentriert; z.B. wenn das Hauptthema der Stunde das Gefühl des Patienten ist, daß er im Laufe seines Lebens und auf verschiedene Art und Weisen an den Erwartungen seines Vaters gescheitert ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn verschiedene Themen diskutiert werden oder das Gespräch etwas diffus zu sein scheint.

**Item 24: Die emotionalen Konflikte des Therapeuten stören die Beziehung.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten auf eine ineffektive oder unpassende Weise zu begegnen scheint; diese ist nicht Teil der therapeutischen Beziehung, sondern stammt einzig und allein von den eigenen emotionalen oder psychologischen Konflikten des Therapeuten (d.h. Gegenübertragungsreaktionen); z.B. wenn der Therapeut von gewissen Affekten, die der Patient ausdrückt oder ausdrücken möchte, ablenkt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Gegenübertragung des Therapeuten nicht in unpassender Art und Weise in die therapeutische Beziehung einfließt.

**Item 25: Der Patient hat Schwierigkeiten, die Stunde zu beginnen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Anzeichen von Beunruhigung oder Peinlichkeit in den ersten Momenten oder Minuten der Sitzung zeigt; z.B. sagt er nach einem längeren Schweigen: "Ja, ich weiß gar nicht, worüber ich heute reden soll."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient die Stunde direkt und ohne längere Pause oder einleitende Fragen des Therapeuten beginnt.

**Item 26: Der Patient empfindet unangenehme oder schmerzliche Gefühle.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle wie Scham, Schuld, Angst, Traurigkeit im Verlauf der Sitzung ausdrückt. Eine Plazierung weiter außen am charakteristischen Pol verdeutlicht die Intensität der Affekte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine solchen unangenehmen Gefühle ausdrückt bzw. Gefühle von Entspannung und Zufriedenheit zeigt.

**Item 27: Der Therapeut gibt explizit Ratschläge und Anleitungen (vs. weigert sich, dies zu tun, selbst wenn er dazu gedrängt wird).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut explizit Ratschläge gibt oder besondere Vorschläge macht und es dem Patienten freisteht, diese zu akzeptieren oder zu ignorieren; z.B. sagt der Therapeut: "Wissen Sie, es wäre vielleicht hilfreich, wenn Sie wegen Ihrer Erbschaft einen Anwalt konsultieren würden.". Oder der Therapeut könnte den Patienten anleiten, über eine Reihe von Alternativen nachzudenken und jede davon abzuwägen; z.B. weist der Therapeut auf Möglichkeiten hin, die der Patient übersehen hat und weist den Patienten an, mögliche Konsequenzen jeder Handlungsmöglichkeit zu erkunden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn es der Therapeut unterläßt, Ratschläge zu erteilen. Weiter außen am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut selbst dann keine Anleitungen gibt, wenn er vom Patienten dazu aufgefordert wird.

**Item 28: Der Therapeut nimmt den therapeutischen Prozeß richtig wahr.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut das Erleben der therapeutischen Beziehung von seiten des Patienten akkurat wahrnimmt. Dieser Eindruck kann anhand der Kommentare des Therapeuten, seiner Intervention oder seiner generellen Einstellung gegenüber dem Patienten gewonnen werden. Die Beurteilung sollte unabhängig von der therapeutischen Methode (d.h. kognitiv-behavioral, psychoanalytisch) erfolgen. Der Rater sollte versuchen, die Art der Therapie einzuschätzen.



Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut den emotionalen Zustand des Patienten, seine Absichten und das Wesen der Beziehung nicht richtig wahrnimmt oder ein Problem unzutreffend formuliert.

**Item 29: Der Patient spricht davon, daß er Trennung oder Distanz will.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient mehr Distanz oder das Gefühl von Unabhängigkeit von jemandem (außer dem Therapeuten) möchte; z.B. möchte er endlich frei vom Einfluß seiner Eltern sein.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine Trennung, Unabhängigkeit oder Loslösung möchte.

**Item 30: Die Diskussion ist um kognitive Themen zentriert, d.h. Gedanken oder Überzeugungen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn sich das Gespräch vor allem um bewußte Gedanken, Überzeugungen oder Konstrukte zur Bewertung anderer, der eigenen Person oder der Welt dreht; z.B. schlägt der Therapeut vor, sich mehr mit dem Gedanken oder der Überzeugung des Patienten zu beschäftigen, daß er, obwohl sehr erfolgreich, wertlos ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn sich die Diskussion wenig oder gar nicht um solche Gedanken oder Konstrukte dreht.

**Item 31: Der Therapeut fragt nach mehr Informationen oder ausführlicherer Schilderung.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut Fragen stellt, die dem Patienten Informationen entlocken sollen oder ihn drängt, einen Vorfall näher zu beschreiben; z.B. fragt der Therapeut nach der persönlichen Geschichte des Patienten oder fragt ihn, welche Gedanken ihm durch den Kopf gehen, wenn er zufällig einen Bekannten auf der Straße trifft.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten nicht aktiv Informationen entlockt.

**Item 32: Der Patient gewinnt ein neues Verständnis oder Einsicht.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn im Verlauf der Stunde neue Verbindungen oder Einstellungen oder abgewehrte Inhalte auftauchen; z.B. wird der Patient auf eine Bemerkung des Therapeuten hin nachdenklich und sagt: "Ich glaube, das stimmt. So habe ich die Situation noch nie betrachtet."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn im Verlauf der Stunde keine offensichtlich neuen Einsichten oder Bewußtwerden auftauchen.

**Item 33: Der Patient spricht von Nähe oder vom Wunsch nach Nähe oder davon, jemanden zu brauchen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient von dem Wunsch spricht, jemandem nahe oder mit jemandem (den Therapeuten ausgenommen) vertraut zu sein; z.B. erzählt der Patient, daß er einsam ist und mit jemandem zusammen sein möchte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine Aussagen darüber macht, daß er jemandem nahe oder mit jemandem vertraut sein möchte.

**Item 34: Der Patient beschuldigt andere oder äußere Umstände, für (seine) Schwierigkeiten verantwortlich zu sein.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient zum Externalisieren neigt, andere Menschen oder äußere Umstände für Schwierigkeiten verantwortlich macht; z.B. behauptet der Patient, daß seine Probleme in der Arbeit von seinem Pech mit Arbeitgebern herrühren.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient die Verantwortung für seine Probleme übernimmt; z.B. stellt er fest, daß Unzufriedenheit in Partnerschaften durch die Wahl eines ungeeigneten Partners entstehen könnte.

**Item 35: Das Selbstbild ist ein Fokus des Gesprächs.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn das Selbstkonzept des Patienten oder Gefühle, Einstellungen und Wahrnehmung des eigenen Selbst, ob positiv oder negativ, Gesprächsthemen sind; z.B. spricht der Patient davon, wie schwierig es manchmal ist, für sich selbst einzustehen, weil er sich dann als zu aggressiv erlebt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn das Selbstbild nur eine geringe oder gar keine Rolle im Gespräch spielt.

**Item 36: Der Therapeut weist auf Abwehrmechanismen des Patienten hin, z.B. Ungeschehenmachen, Verleugnung.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn ein Hauptthema Kontrolle ist: Der Patient wehrt so das Bewußtwerden von bedrohlichen Informationen oder Gefühlen ab; z.B. macht der Therapeut darauf aufmerksam, daß sich der Patient jedes Mal, nachdem er eine kritische Bemerkung über seinen Vater gemacht hat, zwingen muß, seine Liebe zu ihm zu betonen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn solche Interpretationen oder Abwehrmechanismen nur eine kleine oder gar keine Rolle in der Stunde spielen.

**Item 37: Der Therapeut verhält sich "lehrerhaft".**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Einstellung des Therapeuten gegenüber dem Patienten der eines Lehrers gegenüber einem Schüler gleicht. Das kann unabhängig vom Inhalt bewertet werden, d.h. der Therapeut kann Informationen mitteilen oder Vorschläge machen, muß sich dabei aber nicht "lehrerhaft" verhalten; alternative Interpretationen können aber in Form von Anweisungen vorgebracht werden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht die Rolle eines Tutors in der Beziehung zum Patienten einnimmt.

**Item 38: Es werden spezifische Aktivitäten oder Aufgaben besprochen, die der Patient außerhalb der Sitzungen in Angriff nehmen soll.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn sich das Gespräch um eine bestimmte Aktivität dreht, die der Patient außerhalb der Therapie in Angriff nehmen soll, wie die Zulässigkeit eines bestimmten Verhaltens zu testen oder sich anders als sonst zu verhalten oder ein Buch zu lesen; z.B. wird darüber gesprochen, daß der Patient sich einer angstmachenden Situation oder einem angstausslösenden Objekt stellen soll, die er normalerweise meidet.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn nicht darüber gesprochen wird, daß der Patient irgendwelche besonderen Aktivitäten oder Aufgaben außerhalb der Therapie in Angriff nehmen soll.

**Item 39: Die Beziehung hat rivalisierenden Charakter.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Patient oder Therapeut mit dem jeweils anderen zu rivalisieren scheinen. Das kann in Form von Prahlerei geschehen oder indem derjenige sich selbst herausstellt bzw. den anderen erniedrigt; z.B. kann der Patient andeuten, daß Leben und Arbeit des Therapeuten draußen in der realen Welt sehr weltabgeschieden sind.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn es zwischen Patient und Therapeut nur wenig oder gar keine Rivalität gibt.

**Item 40: Der Therapeut bezieht sich in seinen Interpretationen auf konkrete Personen im Leben des Patienten. (NB: Am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut allgemeine oder unpersönliche Interpretationen gibt.)**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn sich die Interpretationen des Therapeuten auf bestimmte Personen beziehen, die der Patient kennt; z.B. sagt der Therapeut: "Sie fühlen sich verletzt und wütend, wenn Ihre Mutter sie kritisiert hat."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn sich Interpretationen nicht auf bestimmte Personen oder aber auf andere Aspekte im Leben des Patienten beziehen; z.B. sagt der Therapeut: "Sie scheinen dazu zu neigen sich zurückzuziehen, wenn andere sich annähern."

**Item 41: Die Ziele und Vorhaben des Patienten sind Gegenstand des Gesprächs.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient über Lebensprojekte, Ziele oder Wünsche in Bezug auf Erfolg oder Status redet; z.B. spricht der Patient über seine Hoffnung, Anwalt zu werden und gut zu verdienen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient eingeschränkte Zukunftserwartungen in der Diskussion über realistische Pläne zeigt oder Wunschenken.

**Item 42: Der Patient weist die Bemerkungen und Beobachtungen des Therapeuten zurück (vs. er nimmt sie an).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient normalerweise nicht mit den Vorschlägen, Beobachtungen oder Interpretationen des Therapeuten übereinstimmt oder diese ignoriert; z.B. bemerkt der Patient nach einer wichtigen Deutung des Therapeuten ganz zwanglos, daß er diese nicht für so ganz zutreffend halte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich im großen und ganzen mit den Bemerkungen des Therapeuten einverstanden zeigt.

**Item 43: Der Therapeut macht Vorschläge, wie das Verhalten anderer Personen zu verstehen sei.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, die Bedeutung des Verhaltens anderer Menschen im Leben des Patienten zu interpretieren; z.B. behauptet der Therapeut, daß der Lebenspartner des Patienten ein Problem mit Nähe hat.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Deutungen darüber liefert, was das Verhalten anderer Menschen bedeuten könnte.

**Item 44: Der Patient ist wachsam und mißtrauisch (vs. vertrauensvoll und sicher).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber wachsam, mißtrauisch oder argwöhnisch zu sein scheint; z.B. fragt sich der Patient, ob der Therapeut ihn wirklich mag oder ob dessen Deutungen eine andere, versteckte Bedeutung enthalten.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient vertrauensvoll und arglos erscheint.

**Item 45: Der Therapeut nimmt eine supportive Haltung ein.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut eine supportive, zustimmende Haltung gegenüber dem Patienten einnimmt. Dies kann in Form von Zustimmung zu etwas, was der Patient getan hat, geschehen oder durch Bestärkung, z.B. des Durchsetzungsvermögens des Patienten. Oder der Therapeut stimmt mit einer positiven Selbstbe-

schreibung des Patienten überein oder betont dessen Stärke/Kraft, z.B.: "Sie haben das in der Vergangenheit getan und Sie können es wieder tun."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut keine supportive Rolle dieser Art einnimmt.

**Item 46: Der Kommunikationsstil des Therapeuten ist klar und verständlich.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten eindeutig, direkt und leicht verständlich ist. Als sehr charakteristisch raten, wenn der verbale Stil des Therapeuten evokativ und von Frische in Wortwahl und Formulierung gekennzeichnet ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Sprache des Therapeuten diffus, übermäßig abstrakt, überladen mit psychologischen Termini oder stereotyp ist.

**Item 47: Wenn die Beziehung mit dem Patienten schwierig ist, stellt sich der Therapeut darauf ein, um die Beziehung zu verbessern.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut willens und offen für Kompromisse und Entgegenkommen zu sein scheint, wenn Unstimmigkeiten auftauchen oder wenn Konflikte in der therapeutischen Beziehung entstehen; z.B. wenn der Patient sich über den Therapeuten ärgert, versucht dieser, den Patienten zu besänftigen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nichts unternimmt, um die Lage zu bessern, wenn die Interaktion schwierig wird.

**Item 48: Der Therapeut ermutigt den Patienten zur Unabhängigkeit im Handeln oder Denken.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten ermutigt, selbständig zu denken und nach eigener Überzeugung zu handeln; z.B. bemerkt der Therapeut, daß er nun vom Patienten gehört hat, was seine Mutter und die Kollegen denken, das er tun sollte, aber unklar geblieben ist, was der Patient will oder denkt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut die Punkte Unabhängigkeit oder Eigeninitiative nicht als Themen in die Diskussion einführt.

**Item 49: Der Patient erlebt dem Therapeuten gegenüber ambivalente oder widersprüchliche Gefühle.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient dem Therapeuten gegenüber gemischte Gefühle ausdrückt oder das offen Ausgesprochene stimmt nicht mit Ton, Verhalten oder der allgemeinen Art des Patienten überein oder es scheinen Gefühlsabweichungen zu bestehen; z.B. stimmt der Patient einer Deutung des Therapeuten fröhlich zu und beginnt dann, seine Feindseligkeit gegenüber Menschen zum Ausdruck zu bringen, die ihm sagen, was er tun soll.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn es geringe Anzeichen von Ambivalenz des Patienten gegenüber dem Therapeuten gibt.

**Item 50: Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf Gefühle, die der Patient für inakzeptabel hält (z.B. Wut, Neid oder Aufregung).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut Gefühle des Patienten kommentiert oder betont, die dieser für falsch, unpassend oder gefährlich hält; z.B. bemerkt der Therapeut, daß der Patient manchmal einen eifersüchtigen Haß auf seinen erfolgreicheren Bruder empfindet.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Gefühlsreaktionen hervorhebt, die für den Patienten schwierig anzuerkennen oder zu akzeptieren sind.

**Item 51: Der Therapeut verhält sich herablassend oder behandelt den Patienten von oben herab.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten gegenüber herablassend erscheint, ihn behandelt, als sei er schwer von Begriff, vollendet oder geistreich ist. Dies kann aus der Art, wie der Therapeut Kommentare liefert oder Ratschläge gibt, geschlossen werden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut durch Art, Stimmlage oder Kommentare vermittelt, daß er keine überlegene Position einnimmt.

**Item 52: Der Patient verläßt sich darauf, daß der Therapeut die Probleme des Patienten löst.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Probleme auf eine Art und Weise an den Therapeuten heranzutragen scheint, die die Hoffnung oder Erwartung vermittelt, daß der Therapeut spezifische Vorschläge oder Ratschläge zur Lösung des Problems anbietet; z.B. gesteht der Patient Unentschlossenheit darüber, ob er sich von seinem Partner trennen soll oder nicht und fragt den Therapeuten, was er tun soll. Hierbei muß die Forderung nach Lösungsvorschlägen nicht explizit ausgesprochen werden, sondern kann auch durch die Art, wie der Patient das Problem zur Sprache bringt, impliziert sein.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich weder implizit noch explizit darauf zu verlassen scheint, daß der Therapeut seine Probleme löst.

**Item 53: Der Patient ist damit beschäftigt, was der Therapeut von ihm denkt.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient damit beschäftigt zu sein scheint, was der Therapeut von ihm denken mag oder wie er von diesem beurteilt wird; z.B. könnte der Patient sagen: "Sie denken sicher, daß es ziemlich dumm war, das zu tun.". Dies kann auch aus dem Verhalten des Patienten geschlossen werden, z.B. prahlt der Patient mit einer Leistung, um den Therapeuten positiv zu beeindrucken.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient nicht darüber nachzudenken scheint, welchen Eindruck er auf den Therapeuten macht oder sich nicht darum kümmert, wie er vom Therapeuten beurteilt wird.

**Item 54: Der Patient ist in seiner Ausdrucksweise klar und strukturiert.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Ausdrucksweise des Patienten leicht verständlich, relativ klar und flüssig ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Ausdrucksweise des Patienten weit-schweifig, häufig abschweifend und vage ist. Dies kann manchmal dadurch festgestellt werden, daß der Rater den Zusammenhängen zwischen den Themen, die der Patient bespricht, nicht folgen kann.



**Item 55: Der Patient drückt positive Erwartungen bezüglich der Therapie aus.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient die Hoffnung oder Erwartung ausdrückt, daß die Therapie ihm helfen wird. Weiter außen am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient unrealistische positive Erwartungen hat, d.h. daß die Therapie alle seine Probleme lösen und ihn vor künftigen Schwierigkeiten bewahren wird; z.B. könnte der Patient seine Hoffnung zum Ausdruck bringen, daß die Therapie schnelle Resultate liefern wird.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Kritik an der Therapie äußert; z.B. bringt er das Gefühl von Enttäuschung darüber zum Ausdruck, daß die Therapie nicht effektiver oder erfreulicher ist. Weiter außen am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient Skepsis, Pessimismus oder Desillusionierung darüber ausdrückt, was in der Therapie erreicht werden kann.

**Item 56: Der Patient spricht affektiv unbeteiligt über seine Erfahrungen. (NB: Als neutral beurteilen, wenn ein Affekt und dessen Bedeutung zwar offensichtlich klar, aber abgewandelt ist.**

Das Item verweist auf die Einstellung des Patienten gegenüber dem gesprochenen Material, d.h. sowohl wie sehr er darauf achtet, was er sagt, als auch, wie offen er seine Gefühle zeigt. Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient wenig Sorge oder Gefühle zeigt, affektiv eher flach, unpersönlich, halbherzig oder gleichgültig ist (Spannung kann auftreten, muß aber nicht).

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn Affekt und Bedeutung offensichtlich klar sind, aber abgewandelt und durch gefühlsneutraleres Material ausgeglichen wurden. Weiter außen am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Patient sehr deutliche Affekte oder Gefühlsausbrüche zeigt und sich tief betroffen fühlt.

**Item 57: Der Therapeut erläutert das Rational seiner Technik oder seines Behandlungsansatzes.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut dem Patienten gewisse Aspekte der Therapie erklärt oder Fragen zum therapeutischen Prozeß beantwortet; z.B. kann der Therapeut als Reaktion auf eine direkte Frage oder Aufforderung des Patienten antworten, daß er lieber nicht direkt antworten möchte, da sich so eine bessere Mög-

lichkeit böte, Gedanken oder Gefühle, die mit dieser Frage assoziiert sind, zu erkunden. Das Item soll die Vorschläge, die der Patient aufnimmt, bzw. die Erläuterungen zum therapeutischen Geschehen erfassen; z.B. schlägt der Therapeut vor, daß der Patient sich während der Stunde auf seine Gefühle konzentrieren oder die Augen schließen und versuchen soll, sich eine bestimmte Szene vorzustellen oder aber in der Phantasie ein Zwiegespräch mit jemandem halten soll.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Anstrengungen unternimmt, das Rationale seiner Behandlungstechnik zu erläutern, auch dann nicht, wenn er unter Druck gerät oder eine Erklärung hilfreich wäre.

**Item 58: Der Patient weigert sich, sich mit eigenen Gedanken, Reaktionen oder Motiven, die mit seinen Problemen in Zusammenhang stehen, auseinanderzusetzen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient nur widerwillig die eigene Rolle überprüft, die er bei der Aufrechterhaltung von Problemen spielt; z.B. durch Hemmung, Vermeidung, Blockierung oder wiederholte Themenwechsel immer dann, wenn ein bestimmtes Thema zur Sprache kommt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient aktiv nachdenkt und in der Lage ist, Gedankengängen, die emotional belastend oder beunruhigend sind, nachzugehen.

**Item 59: Der Patient fühlt sich unzulänglich und unterlegen (vs. effektiv und überlegen).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Unzulänglichkeit, Unterlegenheit oder Ineffizienz ausdrückt; z.B. stellt er fest, daß nichts, was er versucht, so wird, wie er es sich erhofft hatte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Gefühle von Effektivität, Überlegenheit oder sogar Triumph ausdrückt; z.B. zählt er persönliche Leistungen auf oder lenkt die Aufmerksamkeit auf persönliche Eigenschaften oder Fertigkeiten.

**Item 60: Der Patient hat eine kathartische Erfahrung. (NB: Als uncharakteristisch beurteilen, wenn das emotionale Erleben nicht von einem Gefühl der Erleichterung gefolgt ist.)**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Erleichterung verspürt, nachdem er unterdrückten oder verdrängten Gefühlen freien Lauf gelassen hat; z.B. weint er intensiv über den Tod eines Elternteils und teilt dem Therapeuten dann mit, daß er sich dadurch, daß er seine Gefühle herausgelassen hat, nun besser fühlt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Erfahrung eines starken Affekts nicht von einem Gefühl der Entspannung oder Erleichterung gefolgt ist.

*Neutral* raten, wenn kathartische Erfahrungen nur eine kleine oder gar keine Rolle in der Stunde spielen.

**Item 61: Der Patient fühlt sich schüchtern und verlegen (vs. selbstbewußt und selbstsicher).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient schüchtern, verlegen oder selbstunsicher oder, im Extremfall, feindselig behandelt oder gedemütigt wirkt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient selbstbewußt, selbstsicher oder in sich selbst ruhend wirkt.

**Item 62: Der Therapeut benennt ein sich in der Erfahrung oder dem Verhalten des Patienten wiederholendes Thema.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut sich wiederholende Muster in Erfahrungen oder im Verhalten des Patienten betont; z.B. bemerkt der Therapeut, daß der Patient sich Sexualpartnern immer wieder auf dem Silbertablett serviert und dadurch den anderen dazu verleitet, ihn schäbig zu behandeln.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut solche Themen oder sich wiederholende Muster nicht benennt.

**Item 63: Die zwischenmenschlichen Beziehungen des Patienten sind ein Hauptthema.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Hauptthemen des Gesprächs die sozialen oder Arbeitsbeziehungen oder persönliche Verstrickungen des Patienten sind (nicht gemeint sind die therapeutische Beziehung [siehe Item 98] und Liebes- oder Partnerbeziehungen [siehe Item 64]); z.B. spricht der Patient sehr ausführlich über seine Verzweiflung wegen eines Konfliktes mit seinem Chef.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn ein Großteil der Stunde Themen gewidmet ist, die nicht in direkter Beziehung zu zwischenmenschlichen Beziehungen stehen; z.B. die Arbeitswut des Patienten oder Leistungsdruck oder die ständige Beschäftigung mit Nahrung und Essen.

NB: Das Item bezieht sich nicht auf lang zurückliegende Beziehungen. (siehe Item 91, Erinnerungen oder Rekonstruktionen von Kindheit und Jugend sind Gesprächsthemen.)

**Item 64: Liebes- oder romantische Beziehungen werden besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn romantische oder Liebesbeziehungen im Laufe der Stunde besprochen werden; z.B. spricht der Patient über Gefühle für einen Partner.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn das Thema Liebesbeziehung nicht auftaucht.

NB: Dieses Item bezieht sich auf die Qualität der Beziehung im Gegensatz zum rein ehelichen Status; z.B. würde ein Gespräch über eheliche Beziehungen, das Liebe und Romantik nicht mit einbezieht, nicht als charakteristisch geratet werden.

**Item 65: Der Therapeut klarifiziert, formuliert neu oder wiederholt mit anderen Worten, was der Patient sagt.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn ein Aspekt therapeutischer Intervention darin besteht, im Gegensatz zur reinen Wiedergabe einer Bedeutung, Gefühlszustände, Aussagen oder Überzeugungen des Patienten in einer erkennbareren Form neu zu formulieren oder zu wiederholen; z.B. bemerkt der Therapeut: "Was Sie mir scheinbar

sagen wollen, ist, daß Sie sich Sorgen darüber machen, wie es in der Therapie sein wird."

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn diese Art der Klarifizierung im Laufe der Stunde selten verwendet wird.

**Item 66: Der Therapeut beruhigt den Patienten. (NB: Am uncharakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut dazu tendiert, nicht direkt für Beruhigung zu sorgen.)**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, die Ängste des Patienten direkt zu verringern und die Hoffnung vermittelt, daß die Dinge wieder besser werden; z.B. sagt der Therapeut dem Patienten, daß kein Grund zur Sorge besteht und er sicher sei, daß das Problem gelöst werden kann.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut es unterläßt, auf diese Art direkt für Beruhigung zu sorgen, selbst wenn er dazu gedrängt wird.

**Item 67: Der Therapeut interpretiert verdrängte oder unbewußte Wünsche, Gefühle oder Überzeugungen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut die Aufmerksamkeit des Patienten auf Gefühle, Gedanken oder Impulse lenkt, die nicht eindeutig bewußt sind. Der Rater muß versuchen, die Qualität des mentalen Inhalts (d.h. das Ausmaß, in dem der Inhalt bewußt ist) aus dem Kontext der Stunde zu erschließen (ausgenommen ist die Interpretation von Abwehrmanövern; siehe Item 36).

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut auf Material fokussiert, das dem Patienten eindeutig bewußt ist.

**Item 68: Reale vs. phantasierte Bedeutungen von Erfahrungen werden aktiv unterschieden.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Therapeut oder Patient zwischen auftretenden Phantasien des Patienten und der objektiven Realität differenzieren; z.B. betont der Therapeut, daß, obwohl der Patient einem Verstorbenen den Tod wünschte, er dessen Herzinfarkt nicht verursacht hat. Verzerrungen und falsche Annahmen sollten mit ein-

bezogen werden; z.B. fragt der Therapeut, woher der Patient die Überzeugung nimmt, wenn er die Welt immer wieder als gefährlich schildert.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn sich mit Realitätsverzerrungen in der Stunde nur wenig beschäftigt wird.

**Item 69: Die aktuelle oder kurz zurückliegende Lebenssituation des Patienten wird besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Patient oder Therapeut sehr kurz zurückliegende oder aktuelle Lebensereignisse ansprechen; z.B. spricht der Patient über Depressionen wegen des jüngsten Todes seiner Frau.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Diskussion aktueller Lebensereignisse kein wichtiger Aspekt der Stunde ist.

**Item 70: Der Patient ringt darum, Gefühle oder Impulse zu kontrollieren.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient versucht, mit starken Emotionen oder Impulsen zurechtzukommen oder diese zu kontrollieren; z.B. kämpft der Patient mit den Tränen, während er offensichtlich niedergeschlagen ist.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient scheinbar keine Anstrengungen unternimmt, Gefühle zu kontrollieren, zurückzuhalten oder abzuschwächen oder er nur geringe oder gar keine Schwierigkeiten hat, die Kontrolle über diese wiederzuerlangen.

**Item 71: Der Patient klagt sich selbst an, äußert Scham oder Schuld.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Selbstanklagen, Scham oder Schuld äußert; z.B. klagt der Patient, daß seine Frau möglicherweise keinen Selbstmord begangen hätte, wenn er ihrer gedrückten Stimmung mehr Aufmerksamkeit gezollt hätte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient keine Bemerkungen macht, die auf Selbstanklagen, Schuldgefühle oder Gewissensbisse schließen ließen.

**Item 72: Der Patient versteht das Wesen der Therapie und was von ihm erwartet wird.**

Eine Platzierung am *charakteristischen* Pol reflektiert das Ausmaß, in dem der Patient zu erfassen scheint, was in der Situation von ihm erwartet wird und was in der Therapie passiert.

Am *uncharakteristischen* Pol platzieren, wenn der Patient unsicher oder verwirrt ist oder seine Rolle in der Therapie und was in der Situation erwartet wird, mißversteht.

**Item 73: Der Patient fühlt sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet.**

Am *charakteristischen* Pol platzieren, wenn der Patient sich der therapeutischen Arbeit verpflichtet zu fühlen scheint. Dies sollte die Bereitschaft des Patienten, in Bezug auf Zeit, Geld oder Unbequemlichkeiten Opfer für die Fortführung der Therapie zu bringen, mit einbeziehen, ebenso wie den echten Wunsch, trotz psychologischer Beschwerlichkeiten, die eine Therapie mit sich bringen kann, mehr von sich selbst zu verstehen; z.B. ist der Patient so daran interessiert, die Therapie zu beginnen, daß er willens ist, sein wöchentliches Golfspiel aufzugeben, um einen Termin zu erhalten.

Am *uncharakteristischen* Pol platzieren, wenn der Patient der Therapie ambivalent gegenübersteht oder nicht willens ist, die emotionale Not, die eine Therapie mit sich bringen kann, zu tolerieren. Dies kann durch Beschwerden über die Kosten der Therapie, Schwierigkeiten mit der Zeitplanung, Zweifel über die Effektivität der Therapie oder Unsicherheit darüber, den Therapeuten wechseln zu wollen, zum Ausdruck gebracht werden.

**Item 74: Es geht humorvoll zu.**

Am *charakteristischen* Pol platzieren, wenn Therapeut oder Patient Humor im Verlauf der Stunde zeigen. Dies kann beim Patienten als Abwehr-/Copingmechanismus auftauchen; oder der Therapeut könnte Witz oder Ironie benutzen, um etwas herauszustellen oder die Entwicklung der Arbeitsbeziehung zum Patienten zu erleichtern; z.B. zeigt der Patient die Fähigkeit, über sich selbst oder seine Notlage zu lachen.

Am *uncharakteristischen* Pol platzieren, wenn die Interaktion ernst, streng oder trist wirkt.

**Item 75: Unterbrechungen in der Behandlung oder das Therapieende werden thematisiert.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Patient oder Therapeut über Unterbrechungen oder Pausen in der Behandlung reden; z.B. wegen Urlaubs oder Krankheit oder des Therapieendes. Dies umfaßt alle Bezugnahmen auf die Unterbrechung oder Beendigung der Behandlung, d.h. egal, ob diese gewünscht, gefürchtet oder angedroht werden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn Themen wie die Unterbrechung der Behandlung oder das Therapieende vermieden werden; z.B. wird die bevorstehende längere Sommerpause nur nebenbei erwähnt und weder der Patient noch der Therapeut verfolgen dieses Thema weiter.

*Neutral* raten, wenn auf die Unterbrechung der Behandlung oder das Therapieende nicht Bezug genommen wird.

**Item 76: Der Therapeut legt dem Patienten nahe, die eigene Verantwortung für seine Probleme zu akzeptieren.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut versucht, den Patienten davon zu überzeugen, daß er die Dinge selber in die Hand nehmen bzw. etwas ändern muß, damit sich seine Schwierigkeiten verbessern; z.B. sagt der Therapeut: "Lassen Sie uns überlegen, was Sie getan haben könnten, um diese Reaktion hervorzurufen (bei einer anderen Person).".

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Interventionen des Therapeuten im allgemeinen nicht darauf abzielen, den Patienten davon zu überzeugen, daß er mehr Verantwortung übernehmen muß oder der Therapeut deutet an, daß der Patient schon zuviel Verantwortung auf sich genommen hat.

**Item 77: Der Therapeut ist taktlos.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten auf eine Art formuliert zu sein scheinen, die vom Patienten wahrscheinlich als verletzend oder abfällig empfunden wird. Dieser Mangel an Takt oder Sensibilität ist nicht das Produkt von Verärgerung oder Irritation des Therapeuten, sondern resultiert eher aus einem Mangel an Technik, Höflichkeit oder Ausdrucksmöglichkeiten.



Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Kommentare des Therapeuten Liebesswürdigkeit, Rücksicht oder Sorgfalt erkennen lassen.

**Item 78: Der Patient sucht die Zustimmung, Zuneigung oder Sympathie des Therapeuten.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich auf eine Art verhält, die den Therapeuten ihm gleich machen soll oder dessen Aufmerksamkeit oder Rückversicherung zu gewinnen sucht.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich nicht in dieser Art und Weise verhält.

**Item 79: Der Therapeut spricht eine Veränderung in der Stimmung oder dem Affekt des Patienten an.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut häufige oder hervorstechende Kommentare über Veränderungen der Stimmung oder der Qualität des Erlebens des Patienten liefert; z.B. bemerkt der Therapeut, daß der Patient die Art, auf seine Kommentare zu reagieren, von einer oberflächlichen Einstellung hin zu einem Gefühl des Verletztseins verändert hat, aber nun ernsthafter an seinen Problemen arbeiten kann.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht dazu neigt, Änderungen der Gemütsverfassung des Patienten im Laufe der Stunde anzusprechen.

**Item 80: Der Therapeut bietet eine Erfahrung oder ein Ereignis aus einer anderen Perspektive an.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut das, was der Patient beschrieben hat, so umformuliert, daß der Patient die Situation wahrscheinlich in einem anderen Licht beurteilen kann (Neubewertung oder kognitive Umstrukturierung). Einer Begebenheit wurde eine neue (normalerweise positivere) Bedeutung gegeben; z.B. nachdem der Patient sich selbst gescholten hat, weil er einen häßlichen Streit mit seinem Partner angezettelt hat, sagt der Therapeut: "Vielleicht ist das Ihre Art auszudrücken, was Sie in dieser Beziehung brauchen." Um dieses Item zu raten, sollte die Neubewertung eines besonderen Ereignisses oder einer Erfahrung identifizierbar sein.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn dies keinen wichtigen Aspekt der therapeutischen Arbeit im Verlauf der Stunde darstellt.

**Item 81: Der Therapeut betont die Gefühle des Patienten, um ihm zu helfen, diese intensiver zu erleben.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut den emotionalen Inhalt dessen betont, was der Patient erzählt, um ihn zum Erleben von Affekten zu ermutigen; z.B. behauptet der Therapeut, daß die Interaktion, die der Patient gerade wie eine Geschichte erzählt hat, ihn vielleicht wütend gemacht hat.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht das Gefühlserleben betont oder nur an objektiven Beschreibungen des Patienten interessiert zu sein scheint.

**Item 82: Der Therapeut benennt das Verhalten des Patienten in der Stunde auf eine Art und Weise, die bisher nicht explizit wahrgenommene Aspekte dieses Verhaltens deutlich werden läßt.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut im Laufe der Stunde häufige oder besonders auffallende Bemerkungen über das Verhalten des Patienten macht, die ein neues Licht auf dieses werfen; z.B. behauptet der Therapeut, daß das Zuspätkommen des Patienten eine Bedeutung für die Stunde haben könnte; oder der Therapeut bemerkt, daß, wann immer der Patient beginnt, über emotionale Themen zu sprechen, er dann schnell zu anderen Themen wechselt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nicht dazu tendiert, das Verhalten des Patienten in der Therapie zu benennen.

**Item 83: Der Patient ist fordernd.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient mehr als die durchschnittliche Anzahl von Anforderungen oder Bitten an den Therapeuten stellt oder diesen dazu drängt, eine Frage zu beantworten; z.B. bittet der Patient um einen Termin am Abend, um Medikamente oder wünscht sich mehr Struktur oder mehr Aktivität von Seiten des Therapeuten.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient nur widerwillig oder zögerlich Anforderungen, die normal und angemessen wären, an den Therapeuten stellt; z.B. unterläßt er es, nach einem anderen Termin zu fragen, obwohl er wegen eines anderen, sehr wichtigen Ereignisses deswegen in Termenschwierigkeiten kommt.

**Item 84: Der Patient drückt Ärger oder aggressive Gefühle aus.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient Groll, Ärger, Bitterkeit, Haß oder Aggression zum Ausdruck bringt (nicht gemeint sind solche Gefühle dem Therapeuten gegenüber; siehe Item 1).

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn Gefühle dieser Art gar nicht zum Ausdruck gebracht werden oder der Patient Zuneigung oder Liebe ausdrückt.

**Item 85: Der Therapeut ermuntert den Patienten, neue Verhaltensweisen im Umgang mit anderen auszuprobieren.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut Alternativen zum Umgang mit anderen vorschlägt; z.B. fragt der Therapeut den Patienten, was er denkt, was wohl passieren würde, wenn er seiner Mutter direkter sagte, wie sehr es ihn angreift, wenn sie nörgelt. Weiter außen am charakteristischen Pol plazieren, wenn der Therapeut den Patienten direkt anleitet, wie er mit anderen interagieren soll oder neue Verhaltensweisen probt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut keine Vorschläge zum Umgang mit anderen macht.

**Item 86: Der Therapeut ist zuversichtlich oder selbstsicher (vs. unsicher oder defensiv).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut zuversichtlich, sicher und nicht defensiv erscheint.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut unsicher, peinlich berührt oder in Verlegenheit zu sein scheint.

**Item 87: Der Patient kontrolliert.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient versucht, die Stunde zu beherrschen oder direkten Einfluß zu nehmen; z.B. dominiert der Patient die Interaktion durch zwanghaftes Reden oder unterbricht den Therapeuten des öfteren.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient die Situation nicht kontrolliert, mit dem Therapeuten in einer eher kooperativen Art zusammenarbeitet.

**Item 88: Der Patient bringt relevante Themen und Material zur Sprache.**

Eine Plazierung am *charakteristischen* Pol bedeutet, daß der Rater das, was der Patient im Laufe der Stunde zur Sprache bringt bzw. das, worüber er spricht, als wichtig in Bezug auf die psychologischen Konflikte des Patienten beurteilt oder für Themen von entscheidender Bedeutung hält.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Diskussion ohne Bezug zu oder weit weg von Themen von zentraler Bedeutung zu sein scheint.

**Item 89: Der Therapeut stärkt die Abwehr.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Haltung des Therapeuten durch Ruhe und aufmerksames Eingehen auf den Patienten gekennzeichnet ist und vermeiden soll, daß dessen emotionales Gleichgewicht ins Wanken gerät; oder wenn der Therapeut aktiv interveniert, um dem Patienten zu helfen, störende Vorstellungen oder Gefühle zu vermeiden.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut nichts unternimmt, um die Abwehr zu stärken oder lästige Gedanken oder Gefühle zu unterdrücken.

**Item 90: Träume und Phantasien des Patienten werden besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient über Terminvereinbarungen oder -verschiebungen (Zeiten, Daten etc.) für die Therapiestunde sprechen oder über Honorar, Zahlungsziel und so weiter gesprochen wird.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn diese Themen nicht zur Sprache kommen.

**Item 91: Erinnerungen oder Rekonstruktionen der (frühen und späteren) Kindheit sind Gegenstand des Gesprächs.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn ein Teil der Stunde von Gesprächen über die Kindheit oder Erinnerungen an frühe Lebensjahre beansprucht wird.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn dem Gespräch über diese Themen nur wenig oder gar keine Zeit gewidmet wird.

**Item 92: Gefühle oder Wahrnehmungen werden mit Situationen oder Verhalten in der Vergangenheit verknüpft.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn einige Verknüpfungen oder besondere Verbindungen zwischen dem momentanen emotionalen Erleben oder der Wahrnehmung von Ereignissen des Patienten mit solchen in der Vergangenheit hergestellt werden; z.B. betont der Therapeut (oder erkennt der Patient), daß aktuelle Ängste oder Verzicht auf dem Verlust eines Elternteils während der Kindheit beruhen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn Momentane und vergangene Erfahrungen besprochen, aber nicht direkt miteinander verknüpft werden.

*Neutral* raten, wenn diese Themen nur wenig oder überhaupt nicht besprochen werden

**Item 93: Der Therapeut ist neutral.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut es unterläßt, Meinungen oder Sichtweisen über Themen, die der Patient zur Sprache bringt, kundzutun. Der Therapeut nimmt die Rolle eines neutralen Kommentators ein und die Sicht des Patienten hat Vorrang im Gespräch; z.B. fragt der Therapeut, wie es dem Patienten gehen würde, wenn er (der Therapeut) den Patienten ermutigen würde, seinem Ärger freien Lauf zu lassen und ihn anschließend fragt, wie es für ihn wäre, wenn er dies ablehnte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut seine Meinung sagt oder explizit oder implizit Position bezieht; z.B. sagt der Therapeut dem Patienten, daß es sehr wichtig sei, seinen Ärger zum Ausdruck zu bringen oder erklärt, daß die Beziehung, in der der Patient momentan steckt, keine gute ist und daß er erwägen solle, diese zu beenden.

NB: Neutralität ist kein Synonym für Passivität. Der Therapeut kann aktiv sein und trotzdem einen neutralen Standpunkt beibehalten.

**Item 94: Der Patient fühlt sich traurig oder deprimiert (vs. fröhlich oder heiter).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die Stimmung des Patienten melancholisch, traurig oder depressiv zu sein scheint.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient erfreut oder fröhlich scheint oder irgendwie ein Gefühl von Wohlbefinden oder Glück vermittelt.

**Item 95: Der Patient fühlt sich unterstützt.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient irgendwie das Gefühl vermittelt, daß er sich unterstützt, erleichtert oder ermutigt fühlt.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient sich entmutigt durch den Verlauf, den die Therapie nimmt, oder frustriert oder kontrolliert fühlt. (NB: Das Item bezieht sich nicht auf Ereignisse außerhalb der Therapie.)

**Item 96: Terminvereinbarungen oder das Honorar werden besprochen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn Therapeut und Patient über Terminvereinbarungen oder -verschiebungen (Zeiten, Daten etc.) für die Therapiestunde sprechen oder es wird über Honorar, Zahlungsziel und so weiter gesprochen.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn diese Themen nicht zur Sprache kommen.

**Item 97: Der Patient ist introspektiv, er ist bereit, Gedanken und Gefühle zu erforschen.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Patient ungeschützt offen und relativ frei von Blockaden zu sein scheint. In diesem Zustand bahnt sich der Patient seinen Weg durch gewöhnliche Beschränkungen, Schutzvorrichtungen, Unschlüssigkeiten oder wunde Punkte, indem er Gedanken und Gefühle erforscht und prüft.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn die Äußerungen des Patienten zögerlich oder gehemmt erscheinen, Beschränkungen, Vorbehalte oder ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis aufweisen und nicht gelöst, frei oder ungeprüft sind.

**Item 98: Die therapeutische Beziehung ist ein Fokus des Gesprächs.**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn die therapeutische Beziehung besprochen wird; z.B. lenkt der Therapeut die Aufmerksamkeit auf Interaktionsmerkmale oder den interpersonellen Prozeß zwischen dem Patienten und ihm selbst.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn weder Therapeut noch Patient das Wesen ihrer Beziehung kommentieren, d.h. sich eher auf Inhalte konzentrieren.

**Item 99: Der Therapeut hinterfragt die Sichtweise des Patienten (vs. bestätigt die Wahrnehmungen des Patienten).**

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut auf irgendeine Weise die Sicht des Patienten bezüglich einer Erfahrung oder eines Ereignisses infrage stellt; z.B. könnte der Therapeut sagen: "Ist das so?" oder "Das wundert mich." oder nur ein einfaches "Oh?" äußern. Dieses Item bezieht sich nicht auf Deutungen oder Neubewertungen in dem Sinne, daß den Äußerungen des Patienten eine neue oder differenzierte Bedeutung verliehen wird, sondern meint statt dessen ganz einfach das Infragestellen seiner Sichtweisen auf irgendeine Art und Weise.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut das Gefühl von Übereinstimmung, Zustimmung vermittelt oder die Perspektive des Patienten bestätigt; z.B. könnte der Therapeut sagen: "Ich denke, Sie haben da völlig recht." oder "Sie scheinen einen ziemlich guten Einblick in diese Dinge zu haben."

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

Am *charakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut mehrere oder besonders hervorstechende Bemerkungen macht, die die Gefühle des Patienten dem Therapeuten gegenüber mit Gefühlen gegenüber anderen wichtigen Bezugspersonen verknüpfen. Hier sind aktuelle Beziehungen, aber auch die Elternbeziehung in Vergangenheit und Ge-

genwart gemeint (Elternübertragung); z.B. bemerkt der Therapeut, daß er denkt, daß der Patient manchmal Angst hat, daß der Therapeut ihn wie seine Mutter kritisieren könnte.

Am *uncharakteristischen* Pol plazieren, wenn der Therapeut im Laufe der Stunde nur wenige oder gar keine Versuche unternimmt, den interpersonellen Aspekt der Therapie mit Erfahrungen in anderen Beziehungen zu verknüpfen.





Anhang B2: Patient 2

<b>E1</b>				100						<b>T</b>				94				
				98						<b>82</b>				90				
			95	96	94								85	89	91			
			92	80	82								76	88	87			
			90	75	81								74	80	82			
			85	68	78								70	77	78			
		93	72	67	73	84						95	68	72	71	100		
		87	57	65	70	77						93	56	61	69	92		
		86	51	60	66	71						86	51	57	67	83		
		83	49	59	64	55						73	48	54	65	75		
	99	76	48	47	62	50	97				79	66	46	52	55	64	99	
	42	74	38	39	61	35	89				59	36	41	50	44	60	98	
	28	56	37	30	53	33	69				47	30	38	34	43	53	97	
79	20	52	36	22	44	26	54	91		81	42	29	37	32	26	45	84	96
58	15	46	27	21	41	24	45	88		58	28	18	35	27	21	39	62	63
34	14	43	19	10	40	11	23	63		25	15	11	16	23	8	33	49	31
29	9	32	8	5	13	6	18	31		22	14	10	5	19	2	24	40	20
12	3	25	2	1	7	4	16	17		12	9	6	3	4	1	7	13	17
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

<b>T</b>				90						<b>T</b>				96				
<b>164</b>				76						<b>243</b>				85				
			96	75	94								94	76	99			
			86	74	80								84	75	91			
			85	68	73								83	60	90			
			83	59	67								74	57	80			
		98	82	58	66	99						100	72	55	64	92		
		91	78	57	64	95						98	70	48	46	88		
		88	71	51	49	87						95	65	41	45	81		
		77	60	41	48	84						93	54	38	43	69		
	97	72	46	38	39	56	89				97	89	53	37	32	67	87	
	93	70	23	37	33	55	69				82	86	51	29	31	62	79	
	92	65	13	32	27	54	62				77	73	44	27	24	58	68	
81	79	50	12	25	26	47	45	100		78	66	50	36	25	18	56	63	71
52	61	42	6	22	21	44	40	63		15	61	47	34	21	17	40	49	42
36	53	15	4	19	18	35	29	43		12	59	35	13	19	7	26	30	39
34	28	9	2	16	11	30	24	31		10	52	33	11	16	6	20	23	22
10	14	7	1	5	8	20	3	17		5	9	28	2	4	3	8	14	1
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

Anhang B3: Patient 3

<b>E1</b>				92					<b>T</b>					96				
				90					<b>78</b>					90				
			100	85	99								100	77	99			
			98	82	97								98	75	94			
			96	75	94								91	65	83			
			95	65	83								82	57	80			
		76	81	62	80	93						95	78	52	73	93		
		73	79	57	78	88						88	64	51	47	92		
		72	77	48	55	86						81	60	46	45	87		
		70	53	46	54	74						74	55	41	44	86		
	89	67	52	42	47	58	84				97	72	53	40	43	76	58	
	68	56	51	40	45	41	69				89	66	50	39	33	71	54	
	61	44	50	39	31	33	59				85	61	49	27	30	67	28	
91	60	36	27	38	30	28	35	87		70	79	31	48	24	29	59	18	84
66	49	22	25	37	7	26	34	71		68	25	22	38	21	26	42	13	69
29	43	17	19	24	4	18	20	64		56	12	17	37	19	20	36	6	63
15	32	9	10	21	3	16	13	63		32	10	16	15	4	11	35	3	62
12	14	1	5	8	2	6	11	23		9	5	14	8	2	7	23	1	34
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

<b>T</b>				88				
<b>171</b>				85				
			96	83	97			
			93	81	95			
			91	73	87			
			86	72	84			
		92	75	64	78	94		
		90	57	60	74	80		
		70	55	52	71	76		
		61	47	45	63	65		
	98	58	41	43	53	49	99	
	82	51	38	32	50	46	67	
	79	37	22	31	48	44	54	
100	77	34	21	29	42	40	30	69
89	66	27	19	25	28	39	23	68
56	36	14	16	20	26	12	18	62
33	24	10	4	17	7	8	13	59
15	5	9	2	11	3	1	6	35
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>

Anhang B4: Patient 4

<b>T</b>										<b>T</b>									
<b>6</b>				88						<b>92</b>					96				
				85											77				
			96	79	99									100	75	83			
			92	77	93									98	59	79			
			76	69	91									92	51	71			
			66	68	86									91	48	69			
		89	60	57	72	98						99	87	43	65	95			
		87	49	53	71	81						74	85	41	63	94			
		80	46	51	65	75						64	76	38	62	93			
		58	32	48	54	63						54	70	37	60	80			
	90	45	30	38	52	61	100				89	52	68	31	55	78	88		
	83	44	27	37	50	59	95				82	49	61	30	39	50	86		
	74	34	25	36	47	55	82				66	45	57	26	34	46	73		
84	70	26	19	28	41	43	73	97		84	58	44	53	24	32	36	72	97	
42	39	23	17	24	31	40	67	94		20	42	27	47	21	12	35	67	90	
29	20	22	9	21	12	35	64	78		14	15	22	40	17	9	29	33	81	
14	8	15	4	16	5	18	62	56		13	8	19	25	16	5	23	28	56	
13	1	7	2	10	3	6	11	33		1	7	3	10	4	2	6	18	11	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	

<b>T</b>										<b>T</b>									
<b>188</b>				96						<b>284</b>				96					
				93										94					
			99	82	91									95	86	99			
			97	77	87									81	85	89			
			85	70	86									66	72	88			
			81	64	80									60	61	77			
		92	76	61	71	89							97	55	57	73	93		
		88	66	60	69	73							91	53	48	52	92		
		75	65	51	62	72							64	51	46	49	87		
		68	58	48	59	67							63	36	41	44	83		
	95	63	57	41	45	54	94				84	50	25	38	37	80	90		
	79	55	37	38	44	53	83				82	47	24	31	30	78	76		
	74	47	26	32	43	36	78				75	45	23	27	22	71	67		
100	42	46	21	22	40	31	49	90		100	74	28	18	26	20	69	58	68	
98	39	28	16	19	35	30	27	56		98	39	19	17	21	12	65	43	59	
84	29	23	11	18	33	24	25	52		79	32	6	15	16	10	62	35	56	
50	20	7	9	15	12	5	17	34		70	13	3	7	14	8	54	29	34	
13	8	4	3	2	6	1	14	10		42	11	2	5	4	1	40	9	33	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	

## Lebenslauf

Name : Dorber

Vorname : Katrin

Wohnort : Daphnestr. 32/309

81925 München

Tel.-Nr.: 089/30 00 27 03

e-Mail: [katrindorber@alice-dsl.de](mailto:katrindorber@alice-dsl.de)

Geburtsdatum: 13.08.1967 in Erfurt (Thüringen)

1974 - 1984 Allgemeinbildende Oberschule in Erfurt

1984 - 1986 Erweiterte Oberschule in Erfurt (Gymnasium)

1986 im Juni Abitur

ab September Lehramtsstudium Französisch und Russisch an der  
Karl-Marx-Universität Leipzig (Abbruch Dezember 1990)

1991 - 1993 Ausbildung zur Hotelfachfrau in München

1993 – 2005 Diverse Tätigkeiten als Hotelfachfrau in Deutschland, in der  
Schweiz und England (Jersey/Channel Island)

2000 – 2005 Psychologiestudium (Diplom) an der Ludwig-Maximilians-  
Universität München

- 
- 2005 im November Beginn der Ausbildung zur analytischen Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin an der Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie München e.V.
- 2005 – 2007 Promotion im Fach klinische Psychologie im Rahmen der „Münchner bindungs- und traumorientierten Psychoanalysestudie“ unter Leitung von Professor Dr. Mertens zum Thema  
*„Psychoanalytische (Einzelfall-) Psychotherapieprozeßforschung mit den Methoden der Plananalyse und des Psychotherapie-Prozeß Q-Sort“*
- Erstgutachter: Professor Dr. Wolfgang Mertens
- Zweitgutachterin: Professor Dr. Theodore Bauriedl
- Prüfer für das Nebenfach: Professor Dr. Rudolf Tippelt