

Aus der Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie"
des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete
(Leitung: Prof. Dr. P. Götze)
der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
(Direktor: Prof. Dr. D. Naber)
Zentrum für Psychosoziale Medizin,
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Psychotherapien suizidaler Patienten im Rückblick
Ergebnisse einer systematischen qualitativen Studie

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

dem Fachbereich Medizin der Universität Hamburg vorgelegt von

Claas Happach

aus Wittmund

Hamburg 2005

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Universität Hamburg

am:

11. April 2006

Veröffentlicht mit Genehmigung des Fachbereiches Medizin der Universität Hamburg

Prüfungsausschuß, der/die Vorsitzende:

Prof. Dr. F. Jöke

Prüfungsausschuß, 2. Gutachter/in:

Prof. Dr. U. Stuhr

Prüfungsausschuß, 3. Gutachter/in:

Prof. Dr. K. Pischel

	1
1.	Einleitung 2
1.1.	Einführung in die Thematik 2
1.2.	Theoretischer Überblick und Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes 2
1.2.1.	Suizidalität 2
1.2.1.1.	Psychodynamisches Verständnis..... 4
1.2.1.2.	Die spezifische therapeutische Situation in der Behandlung Suizidaler 6
1.2.2.	Der psychotherapeutische Prozeß..... 7
1.2.2.1.	Therapeutische Beziehung, Deutung und Internalisierung - „Was wirkt in der Psychotherapie?“ 7
1.2.2.2.	Übertragung und Gegenübertragung 15
1.2.3.	Gedächtnis und Erinnerung..... 17
1.2.4.	Psychotherapieforschung und psychoanalytische Therapien..... 19
1.2.4.1.	Katamneseforschung..... 19
1.2.4.2.	Qualitative Forschung als gegenstandsadäquater Zugang 25
2.	Material und Methode..... 39
2.1.	Klinische Voraussetzungen dieser Untersuchung 39
2.1.1.	Das TZS und sein psychotherapeutischer Ansatz im Verständnis von Suizidalität. 39
2.1.2.	Das Katamneseprojekt des TZS 40
2.1.3.	Die Therapeuten des TZS 41
2.1.4.	Die Patienten des TZS – Diagnosen, Behandlung und demografische Daten 41
2.1.5.	Der Untersucher 41
2.2.	Die untersuchten Patienten..... 42
2.2.1.	Auswahlkriterien der untersuchten Patienten..... 42
2.2.2.	Soziodemografische Daten und Diagnosen nach ICD-10 44
2.3.	Durchführung der Interviews 45
2.4.	Fallrekonstruktion..... 46
2.5.	Fallkontrastierung und Identifikation prototypischer Fälle 47
3.	Ergebnisse 48
3.1.	Prototypen der Erinnerung an die Therapie und den Therapeuten..... 48
3.2.	Strukturverstehen..... 51
3.2.1.	Gendermatching Patient-Therapeut..... 51
3.2.2.	Therapiedauer und Katamnesezeitraum..... 53
3.2.4.	Schicksal der Suizidalität und weitere psychotherapeutische Behandlung 57
3.3.	Triangulation 60
3.3.1.	Kommunikative Validierung..... 60
3.4.	Klinisch relevante Aspekte der Untersuchung 61
3.4.1.	Was wird als hilfreich erinnert und was nicht? 61
3.4.2.	Die Abstinenz 62
3.4.3.	Die Beendigung der Behandlung 63
3.4.4.	Das Setting 64
4.	Diskussion 66
4.1.	Klinische Relevanz der Ergebnisse 66
4.2.	Methodische Bewertung 68
4.2.1.	Die Methode der Verstehenden Typenbildung in der Situation des Einzelforschers 70
4.2.2.	Der Einbezug der Gegenübertragung 71
4.2.3.	Überlegungen zu weiterer quantitativer Triangulation..... 71
5.	Zusammenfassung 73
6.	Literaturverzeichnis 74
7.	Anhang 85
	Danksagung..... 100
	Lebenslauf..... 101
	Erklärung..... 102

1. Einleitung

1.1. Einführung in die Thematik

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, wie Patienten, die sich wegen Suizidalität in psychotherapeutische Behandlung begeben hatten, im Rückblick diese Therapie und ihren Therapeuten erleben. Die untersuchten Behandlungen wurden im Therapie- und Forschungszentrum für Suizidgefährdete (TZS) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) durchgeführt.

Als Anfang der 90er Jahre die Forschungskonzeption des TZS (Fiedler 1998) entwickelt wurde, stand kein adäquates Untersuchungsinstrument zur Erfassung des Therapieerlebens zur Verfügung. In den zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung ausgegebenen Fragebögen wurde zwar in freier Form danach gefragt, wie die Therapie und der Therapeut erlebt wurden, eine systematische Untersuchung stand jedoch aus. Das Forschungsanliegen des Evaluationskonzeptes eines erweiterten Verständnisses des Niederschlags der Behandlungen erforderte eine explorative Studie, die den Erinnerungen der Patienten durch psychoanalytisch orientierte Interviews nachspüren sollte. Zur in der Hermeneutik geforderten Erfassung psychologischer Phänomene (einschließlich unbewusster Prozesse) mit psychologischen Mitteln, der "Sinnadäquanz" (Stuhr 2001, S.140) bot sich die den Ideen von Max Weber (Weber 1904) und Uta Gerhardt (Gerhardt 1995, 2001) folgende, von Stuhr, Deneke und Mitarbeitern entwickelte bzw. weiterentwickelte "Verstehende Typenbildung" (Stuhr 1995, 1997, S.177f) als qualitative Methodik, die sich bereits in früheren Katamnesestudien (Leuzinger-Bohleber et al. 2002; Wachholz und Stuhr 1999) bewährt hatte, an.

Aus dem Zusammentreffen des Forschungsdesiderates der Mitarbeiter des TZS, der dem Gegenstand angemessen erscheinenden Methodologie und eines Forschers, der als erfahrener Psychiater und psychoanalytisch ausgebildeter Psychotherapeut die erforderliche Feldkompetenz besaß, entstand schließlich das Konzept der hier vorgelegten Untersuchung.

1.2. Theoretischer Überblick und Erfassung des wissenschaftlichen Umfeldes

1.2.1. Suizidalität

Die Selbstmordgefährdung eines Patienten stellt Psychiater und Psychotherapeuten¹ vor eine besondere Herausforderung, ist doch die Beziehungsaufnahme regelhaft von einer tiefgreifenden Ambivalenz geprägt. Der Wunsch nicht, oder zumindest "nicht so", weiterleben zu wollen, sich jedoch gleichzeitig nicht selten aggressiv, entwertend und anmaßend der angebote-

¹ In dieser Arbeit werden zur Vereinfachung der Lesbarkeit die Wörter "Patient" und "Patienten", "Therapeut" und "Therapeuten" als geschlechtsneutrale Begriffe verwendet und nur dann nach Geschlecht differenziert, wenn über eine bestimmte Person berichtet wird.

nen Hilfe zu verweigern, greift das Selbstverständnis des Helfers direkt an. Der vollendete Suizid konfrontiert die Zurückbleibenden mit ihrer Unzulänglichkeit, löst jedoch nicht selten neben Schuldgefühlen auch intensive aggressive Affekte aus.

Wolfersdorf (Wolfersdorf 2000) definiert Suizidalität als "die Summe aller Denk- und Handlungsweisen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln oder passives Unterlassen oder durch Handelnlassen den eigenen Tod anstreben bzw. als mögliches Ereignis einer Handlung in Kauf nehmen. Suizidalität ist grundsätzlich allen Menschen möglich, tritt jedoch häufig in psychosozialen Krisen und bei psychischer Erkrankung auf" (a.a.O. S.18).

Die epidemiologische Bedeutung unterstreicht Wolfersdorf, wenn er feststellt, dass in Deutschland jährlich ein Drittel mehr Menschen durch Suizid als im Strassenverkehr sterben (Wolfersdorf et al. 2002). Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes starben im Jahr 2003 11.150 Menschen durch Suizid, davon waren 8.179 (73,4%) Männer und 2.971 (26,6%) Frauen. Die Suizidrate (Suizide je 100.000 Einwohner) steigt bei älteren Menschen und besonders bei Männern im höheren Lebensalter deutlich an. Bei den Suizidversuchen überwiegen dagegen die jüngeren Altersgruppen und dabei die Frauen mit einer dreifachen Häufigkeit gegenüber den Männern. Eine Geschlechterdifferenz zeigt sich auch bei den Methoden, mit denen der Suizid versucht bzw. begangen wird. Bei den Suizidversuchen kommen am häufigsten Vergiftungen, dann Schnittverletzungen und Stürze vor. Suizide werden von beiden Geschlechtern am häufigsten durch Erhängen begangen, bei den Männern folgen Vergiftungen und Feuerwaffen, bei den Frauen Sturz aus großer Höhe.

Nach Daten der WHO sterben mit nahezu 1.000.000 Toten weltweit mehr Menschen durch Suizid als durch Kriege und Totschlag zusammen (WHO 2004), damit ist der Suizid eine der drei führenden Todesursachen unter den 15-bis 34-jährigen.

Ein Zusammenhang von Suizidalität und psychischer Erkrankung ist evident und durch psychologische Autopsiestudien, die nachweisen, dass über 90% der Suizidenten zum Zeitpunkt ihres Todes eine psychische Erkrankung hatten, rechnerisch belegt (Cavanagh et al. 2003). In einer Übersichtsarbeit (Bertolote et al. 2004), die zwischen 1959 und 2001 publizierte Studien aus Europa, Nordamerika, Asien und Australien mit insgesamt 15.629 Suiziden umfasste, waren zwar wie zu erwarten, affektive Erkrankungen am häufigsten mit Suizid assoziiert, letztlich jedoch lediglich bei 38,1% der Fälle. Die Autoren schließen daraus, dass eine Suizidpräventionsstrategie, die ausschließlich auf die Erkennung und Behandlung einzelner Erkrankungen, z.B. der Depression ausgerichtet ist, zu kurz greife. Sie rechnen vor, dass bei einer effektiven Behandlung der drei am häufigsten mit Suizid verbundenen Erkrankungen - Depressionen, Alkoholabhängigkeit und Schizophrenie - die Suizidrate bezogen auf die o.g. Datenbasis um 20,5% von 15,1 auf 12 pro 100.000 gesenkt werden könnte. Dies würde zwar eine große Zahl verhinderter Suizide bedeuten, sei jedoch nicht besonders eindrucksvoll. Die

Autoren betonen, dass eine Beschränkung der Behandlung etwa der Depression auf die Gabe von Antidepressiva nicht ausreicht und die psychosozialen Faktoren unberücksichtigt lassen und empfehlen daher die Kombination mit einer psychotherapeutischen Behandlung. Auch wenn die Wahrscheinlichkeit durch Suizid zu sterben unter psychisch Kranken gegenüber der gesunden Bevölkerung deutlich erhöht ist (Winokur und Tsuang 1975), läßt sich Suizidalität nicht allein durch psychische Erkrankung erklären. In einem Stress-Diathese-Modell formuliert Mann (2003; Mann et al. 1999), welche klinischen und neurobiologischen Faktoren auf komplexe Weise zu einer suizidalen Entwicklung führen können.

1.2.1.1. Psychodynamisches Verständnis

Auch wenn die Psychoanalyse in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nicht mehr ganz so wie in der ersten Hälfte das Verständnis des Seelenlebens revolutioniert habe, so stelle sie, so der Nobelpreisträger Eric Kandel, für ihn dennoch die einheitlichste und intellektuell befriedigendste Auffassung des Seelenlebens dar (Kandel 1999). Im folgenden soll die Entwicklung der psychoanalytischen Konzeption der Suizidalität kurz nachgezeichnet werden.

Der Grundgedanke Freuds des Suizides als Mord am introjizierten Objekt findet sich in seinem Aufsatz „Trauer und Melancholie“ (Freud 1916-1917b) in der Formulierung „Der Schatten des Objekts fiel so auf das Ich, welches nun von einer besonderen Instanz wie ein Objekt, wie das verlassene Objekt beurteilt werden konnte“ (a.a.O., S. 435). Auf den Punkt bringt es Götze, wenn er formuliert: „Der Suizid ist der psychische Mord an einer Objektrepräsentanz im Subjekt durch reale Selbsttötung“ (Götze und Schneider 1995)

Federn erweiterte das Konzept Freuds, indem er diesem hinzufügte, dass „wenn es allgemein gilt, dass nur der sich mordet, der einen anderen zu töten wünscht, so muß man hinzufügen, dass – (in der Regel) – nur der sich mordet, den ein anderer tot wünscht“ (Federn 1929, S. 388). Die Aggressionsthematik wurde von Menninger als Manifestation des Todestriebes verstanden und 1938 in der Arbeit „Man Against Himself“ (Menninger 1938) in Verbindung mit verschiedenen, selbstschädigenden Verhaltensweisen gebracht. Der Selbstmord, so Menninger, sei Ausdruck von drei Tendenzen: dem Wunsch, zu töten, dem Wunsch, getötet zu werden und dem Wunsch, tot zu sein (Menninger 1974).

Unter Bezugnahme auf das Narzissmuskonzept von Kohut (1973) stellt Henseler (1974) den Aspekt der narzißtischen Störung in den Vordergrund und sieht damit die primäre Konflikthaftigkeit nicht in der Aggressionsproblematik, wie die eher triebdynamisch bzw. objektbeziehungstheoretisch orientierten Konzepte zuvor. Aus selbstpsychologischer Sicht droht Gefahr, „wenn das Selbst sich vollkommen hilflos, irritiert und gekränkt fühlt, das heißt gelähmt, während es gleichzeitig in höchstem Maße aufgewühlt ist und damit in tödlicher Ge-

fahr, seine Integrität zu verlieren. Ein solcher Selbstzustand ist unerträglich und muß geändert werden. Das beleidigende Selbstobjekt oder das vollständig beschämte Selbst muß zum Verschwinden gebracht werden, notfalls auch mit Gewalt und wenn die ganze Welt dabei in Flammen aufgeht. “ (Wolf 1996, S. 107). Henseler (a.a.O.) postuliert einen phantasierten Rückzug in einen harmonischen Primärzustand als Reaktion auf eine solche Bedrohung. Die Suizidhandlung, so Henseler, stelle ein Agieren dieser Phantasien dar, der Rückzug führe zu einer Wiederherstellung des Selbstgefühles. Der damit verbundene Gewinn an Sicherheit, Geborgenheit und Ruhe werde unter Verzicht auf Individualität und - im Äußersten - auf das physische Leben in Kauf genommen. In einer Neubetrachtung dieser Konzeption nahm Henseler 25 Jahre später (Henseler 2000) auf, dass durch die Erfahrung des verlassenden und kränkenden Objektes traumatische kindliche Beziehungserfahrungen wiederbelebt werden und dadurch die regressive Dynamik weitere Energie erhält.

In einem an der Objektbeziehungstheorie orientierten Modell beschreibt Kind (1992) die suizidale Entwicklung als einen „komplexen psychischen Reorganisationsvorgang“, in dem pathologische frühkindliche Objektbeziehungserfahrungen aktualisiert werden. Er differenziert drei Ebenen der Suizidalität, die fusionäre und antifusionäre Suizidalität, wie sie im Übergangsbereich zwischen präpsychotischem und Borderline-Niveau zum Ausbalancieren von Nähe und Distanz benötigt wird, die manipulative Suizidalität, die auf einer etwas reiferen Ebene mittels projektiver Identifikation zur Sicherung und Veränderung des Objektes eingesetzt wird und drittens die wiederum reifere Suizidalität der depressiven Position, bei der bereits Schuldgefühle erlebt und Objekte ambivalent wahrgenommen werden können. Kind beschreibt jeweils korrespondierende Gegenübertragungsdynamiken.

Die verschiedenen Phasen des suizidalen Zusammenbruchs werden von Maltzberger (2004) unter dem Aspekt der Regression des Ichs geschildert.

Aus der klinisch-psychotherapeutischen Arbeit am Therapie- und Forschungszentrum für Suizidgefährdete des UKE entwickelten die dort tätigen Therapeuten und Forscher die These, „dass die den Suizidversuch/Suizid motivierenden äußeren Anlässe i.S. einer konflikthaften Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Objekterfahrungen und internalisierter Selbstbilder bedeutet. Das heißt, versagen die herkömmlichen Abwehrmuster, um mit einer auslösenden Konfliktsituation fertig zu werden, dann werden spezifische Regressionsmechanismen in Gang gesetzt – insbesondere Spaltungsprozesse, die zu einer Dissoziation von psychischem und Körper selbst oder zu konfliktreichen Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Selbstanteilen führen können – und sich i.d.R. zu einem Kernkonflikt zwischen Fusions- und Abgrenzungswünschen verdichten“ (Gerisch et al. 2000). Der Suizidalität sei ein „fundamentaler Ambivalenzkonflikt“ immanent, der sich „um den Wunsch nach Verbindung und den Angriff auf Verbindung“ zentriere. Jeder Suizidhandlung könne demnach „eine interakti-

onelle Funktion“ immanent sein. Ein „Konglomerat von materieller und psychischer Realität“ induziere eine „zugespitzte innere Dynamik“, die dem Patienten i.d.R. nicht bewußt sei und im suizidalen Erleben und Handeln manifest und zu bewältigen versucht werde.

Das aus dieser Konzeption abgeleitete Therapieverständnis soll im folgenden Abschnitt dargestellt werden.

1.2.1.2. Die spezifische therapeutische Situation in der Behandlung Suizidaler

Suizidalität wird von vielen Psychotherapeuten als Kontraindikation zur Aufnahme einer psychotherapeutischen Behandlung angesehen, entsprechend schwierig ist es für Patienten in einer solchen Situation rasch Hilfe zu erhalten. Das psychiatrische Vorgehen (Wolfersdorf 2000) ist zunächst ein diagnostisches und auf die Abschätzung des Risikos einer gefährlichen Handlung ausgerichtet. Im Mittelpunkt, so die Empfehlung, sollte die „Herstellung einer hilfreichen Beziehung“ (a.a.O. S. 122) stehen, in der über die Klärung der Art der Suizidalität, des Ausmaßes des Handlungsdrucks und die Erhebung der Vorgeschichte bezüglich früherer suizidaler Krisen die Akuität der Suizidalität beurteilt werden soll. Die unmittelbare Behandlung orientiert sich an der diagnostizierten psychiatrischen Grunderkrankung und besteht in einer Krisenintervention bzw. einer entsprechenden Medikation (Lindner und Duru 1996).

Die besonderen Herausforderungen der Begegnung zwischen suizidalem Patient und Arzt bzw. Psychotherapeut liegen jedoch in der Gestaltung der Beziehung, in der sich regelhaft die innere Konfliktthematik des Patienten mit den korrespondierenden turbulenten negativen Gefühlen auf den Arzt überträgt und bei diesem eine entsprechende Gegenübertragung auslöst, die dann der Herstellung einer „hilfreichen Beziehung“ entgegenstehen kann. Die therapeutische Position ist durch diese Gefühle bzw. Impulse, sich abzuwenden und abweisend zu reagieren bedroht. Der Therapeut muß daher das sich in der ersten Begegnung nicht selten stürmisch (Lindner 2003) in Szene setzende Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen (Maltzberger und Buie 1974); als zunächst notwendige Verwicklung ertragen und in der Folge im Schutz des therapeutischen Raumes durcharbeiten. Die Gewalt, die sich in der suizidalen Phantasie, wie in der aggressiven Handlung gegen sich selbst aber auch andere richtet, wird von Fonagy und Target (1995) so verstanden, dass sie durch den Wunsch, Gedanken in sich selbst oder in anderen anzugreifen, motiviert ist. So verstehen sie auch selbstverletzendes Verhalten als Versuch, unerträgliche Gedanken oder Bilder im eigenen Inneren auszulöschen. In diesem Zusammenhang fassen Fonagy und Target die psychotherapeutische Herausforderung in der Frage "How can a pathological organisation focused on the destruction of empathy and compassion be changed using a technique based on just these qualities?" (ebd., S. 489) zusammen. In einer von Perelberg (1999) herausgegebenen Sammlung von Fall- und Behand-

lungsgeschichten zu sechs intensiven, d.h. fünfständig durchgeführten psychoanalytischen Behandlungen von jungen Erwachsenen wird auf beeindruckende Weise deutlich, mit welchen Techniken diese Beziehungen aufrecht erhalten und hilfreich werden konnten. Von zentraler Bedeutung war bei allen die sorgfältige Analyse der Gegenübertragung, das Zulassen der Aktualisierung von Aspekten der inneren Welt der Patienten in der Übertragung sowie eine Bevorzugung der Deutung des Gegenwarts-Unbewußten gegenüber dem Vergangenheits-Unbewußten.

Die psychoanalytische Konzeptualisierung von Suizidalität, wie sie im TZS vorgenommen wurde, bedeutet, "dass diese im Kontext einer kontinuierlichen Analyse des Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesses i.S. der Reaktivierung spezifischer frühkindlicher Selbst- und Objekterfahrungen in der Therapeut-Patient-Beziehung verstanden wird. Psychoanalytisch orientierte Psychotherapie mit Suizidgefährdeten bedeutet dann nicht nur die Bewußtmachung individuell geprägter konflikthafter Beziehungsmuster, sondern sie bietet durch ihr stabiles und kontinuierliches Setting auch die Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen erleben und günstigenfalls strukturell integrieren zu können" (Gerisch et al. 2000, S. 19).

Das konkrete Therapieangebot ist darauf ausgerichtet, in einer eher kürzeren Behandlungsdauer möglichst flexibel auf die krisenhaft zugespitzte Suizidalität zu reagieren und gegebenenfalls die Motivation für eine anschließende längere (Richtlinien-) Psychotherapie zu erarbeiten.

1.2.2. Der psychotherapeutische Prozeß

1.2.2.1. Therapeutische Beziehung, Deutung und Internalisierung - „Was wirkt in der Psychotherapie?“

Eine psychotherapeutische Behandlung soll zu Veränderung führen. Dieser Wunsch steht sowohl bei dem Patienten als auch beim Therapeuten am Anfang. Über die Art der Veränderung und insbesondere, wie sie erreicht werden soll besteht in der Regel zu Beginn der Behandlung kein eindeutiger Konsens.

Die Vorstellungen Freuds

Zur Frage, was denn in der psychoanalytischen Behandlung zu Veränderung führt, äußerte sich Freud erstmals explizit 1913 (Freud 1913) "Somit erübrigen Übertragung und Unterweisung (durch Mitteilung) als die neuen Kraftquellen, welche der Kranke dem Analytiker verdankt. Der Unterweisung bedient er sich aber nur, insofern er durch die Übertragung dazu bewogen wird (...)" (ebd., S.478) und 1915 (Freud 1915) "Man hält die Liebesübertragung fest, behandelt sie aber als etwas Unreales, als eine Situation, die in der Kur durchgemacht werden soll und dazu verhelfen muß, das Verborgenste des Liebeslebens der Kranken dem

Bewußtsein und damit der Beherrschung zuzuführen" (ebd., S.315). Freud stellte keine Rangfolge her, sowohl die therapeutische Beziehung, hier noch ganz einseitig als Liebesübertragung der Patientin auf den Analytiker konzeptualisiert, als auch die Deutung ("Mitteilung") sah er als die heilenden Wirkfaktoren.

Im Folgejahr (Freud 1916-1917) schrieb er: "Es ist ausgeschlossen, daß wir den aus der Übertragung folgenden Forderungen des Patienten nachgeben (...) Auf solche Weise nötigen wir ihn, seine Wiederholung in Erinnerung zu verwandeln. Dann wird die Übertragung (...) zum besten Werkzeug (...), mit dessen Hilfe sich die verschlossensten Fächer des Seelenlebens öffnen lassen." (ebd., S.462) Und weiter: "Den Ausschlag (...) gibt (...) nicht seine intellektuelle Einsicht (...) sondern einzig sein Verhältnis zum Arzt" (ebd., S.463). In einer seiner letzten technischen Arbeiten "Die endliche und die unendliche Analyse" (Freud 1937a) beschrieb Freud die therapeutische Beziehung als libidinöse Bindung des Patienten an den Therapeuten und stellte fest, dass diese positive Übertragung „das stärkste Motiv für die Beteiligung des Analysierten an der gemeinsamen Arbeit ist“ (ebd., S.78). Dies wurde von Loewenstein (1958) in seiner Bemerkung aufgenommen: "Ich bezweifle, dass jemand jemals eine Analyse zu einem therapeutisch erfolgreichen Ende geführt hat, ohne etwas anderes als Deutungen gegeben zu haben."

Die Ich-psychologische Sicht

Seit diesen Arbeiten gibt es zeitweise leidenschaftlich geführte Debatten darum, welche dieser beiden Dimensionen des therapeutischen Prozesses die entscheidendere ist. In der amerikanischen Psychoanalyse dominierte seit den 30er Jahren die Ansicht, dass die zu Verstehen und Einsicht führende Deutung die wesentliche verändernde Kraft der Psychoanalyse sei (Strachey 1934; Bibring 1954; Hartmann 1956). In seinen Essays über die Ich-Psychologie führte Hartmann hierzu aus, dass "im Prozess der Analyse die Beziehungen den Patienten zur inneren und äußeren Realität neu strukturiert, Verzerrungen aufgelöst und durch ein „objektiveres“ Bild ersetzt werden (...) Analyse bedeute ein größeres Wissen um die Realität, sowohl innere als äußere, in einem engeren, objektiven Sinne" (S.265, zit. n. Blatt und Behrends 1987, Übers. C.H.). Die implizite Annahme dieser theoretischen Orientierung, so Blatt und Behrends in dieser Arbeit weiter, sei „die Ansicht, dass der Ort des therapeutischen Geschehens in erster Linie im Patienten liege und weniger in der entstehenden Beziehung zwischen Patient und Analytiker“ (ebd., S.279, Übers. C.H.).

In den 50 er und 60er Jahren wurde eine heftige Debatte darum geführt, ob die psychoanalytische Behandlung eine "korrigierende emotionale Erfahrung" (Alexander und French 1946) bedeuten könne. Bedenken wurden geäußert, dass es zu einer Übertragungs-Heilung komme, anstatt zu einer wirklichen Änderung. Blatt (Blatt und Behrends 1987) präzisiert diese Dis-

kussion, indem er herausstellt, dass es dabei weniger um die Frage gehe, ob die Beziehung zwischen Analytiker und Analysand zu Veränderung führe, als darum, ob der Analytiker versucht, die therapeutische Beziehung so zu manipulieren, dass sie einen angenommenen Mangel in den frühen Erfahrungen des Patienten ausgleichen könne. Er betont, dass dieser Gebrauch oder genauer Missbrauch der Beziehung zur Herstellung kompensatorischer Erfahrungen von einem Prozess zu unterscheiden sei, in dem der Analytiker dem Analysanden ermöglicht, die Beziehung in einer Weise zu gestalten, die *vorübergehend* kindlichen Bedürfnissen entspricht, um dem Patienten dann eine Deutung dieser Konstrukte geben zu können (ebd., S. 281f).

Einflüsse der Bindungsforschung

Fonagy (1999b) hält die Dichotomie zwischen Deutung und Einsicht einerseits und Veränderung durch Beziehung andererseits für falsch. Es handele sich um eine Verwechslung von Mitteln und Zweck. Verbale Interventionen durch den Analytiker können die Repräsentanzen im Inneren des Patienten verändern und wenn wir wollen, können wir solche Veränderungen als Einsicht bezeichnen, so lange der Begriff auf innere Zustände beschränkt ist, die als Anregungen für Verhaltensweisen in sich selbst und bei anderen erfahren werden. Genauso wie Beziehungen können Deutungen zu Veränderungen in den Strukturen der Repräsentanzen führen. Beim Beobachten des Verhaltens des anderen, so Fonagy, deuten wir unwillkürlich, schließen auf innere Zustände und verändern und möglicherweise bereichern unsere Vorstellungen davon, wie wir unser Selbst mit den anderen interagieren sehen. Die Wahrnehmung des Analytikers als mit Empathie ausgestattet oder mit heilsamen Absichten, könne durch die gleichen Veränderungsmechanismen wie Deutungen zu Veränderungen in den Objektrepräsentanzen führen. Es gebe daher keinen qualitativen Unterschied zwischen den Mitteln, mit denen therapeutische Veränderung erreicht werde, ob durch Deutung oder durch eine therapeutisch wirkende Beziehung.

Diese Position Fonagys stellt derzeit diejenige Position in der internationalen psychoanalytischen Diskussion dar, die sich am weitesten gegenüber den Einflüssen aus der Bindungsforschung geöffnet hat.

Das Konzept der Internalisierung

In Bezug auf die Forschungsfrage nach der Erinnerung an die Therapie und den Therapeuten erscheint es sinnvoll und notwendig, die Entwicklung des Internalisierungskonzeptes nachzuzeichnen. Auf welchem Weg gelangen Vorstellungen aus der Außenwelt in das Innere und werden dort wirksam?

Loewald (1973) weist darauf hin, dass bereits 1887 Friedrich Nietzsche, dessen direkter und indirekter Einfluß auf Freud und seine frühen Nachfolger allgemein unterschätzt worden sei, in seiner Streitschrift "Die Genealogie der Moral" den Vorgang der Internalisierung im Zusammenhang mit dem "Ursprung des schlechten Gewissens" beschrieb. "Alle Instinkte, die sich nicht nach außen entladen, wenden sich nach innen. Dies ist das, was ich die Verinnerlichung des Menschen nenne: damit wächst erst das an dem Menschen heran, was man später seine 'Seele' nennt" (Nietzsche 1887). Bei Freud liest sich dies 1937 so: "Wir nehmen doch an, dass auf dem Weg der Entwicklung vom Primitiven zum Kulturmenschen eine sehr erhebliche Verinnerlichung, Einwärtswendung der Aggression stattfindet, und für die Außenkämpfe, die dann unterbleiben, wären die inneren Konflikte sicherlich das richtige Äquivalent" (Freud 1937b, S.90). Wie sich dieser Vorgang der Verinnerlichung, der in das 5./6. Lebensjahr datiert wird, vollzieht, beschreibt Freud in dem nach seinem Tod herausgegebenen "Abriß der Psychoanalyse": "Ein Stück der Außenwelt ist als Objekt, wenigstens partiell, aufgegeben und dafür (durch Identifizierung) ins Ich aufgenommen, also ein Bestandteil der Innenwelt geworden. Diese neue psychische Instanz setzt die Funktionen fort, die jene Personen der Außenwelt ausgeübt hatten, sie beobachtet das Ich, gibt ihm Befehle, richtet es und droht ihm mit Strafen, ganz wie die Eltern, deren Stelle es eingenommen hat" (Freud 1940, S.136).

Der Aspekt der Regulation des Handelns wird von der amerikanischen Ich-Psychologie in der Definition: "Wir sprechen von Internalisierung, wenn Steuerungen, die zuvor in der Interaktion mit der Außenwelt stattfanden, durch innere Steuerungen ersetzt werden" (Hartmann und Loewenstein 1962) aufgenommen. Damit wird das Konzept der Internalisierung über Freuds "Verinnerlichung" in Bezug auf die Über-Ich Entwicklung hinaus erweitert.

Loewald (1973) bezieht sich auf die Ausführungen von Freud sowie Hartmann und Loewenstein und stellt fest, dass deren Versuche, Internalisierung von Identifizierung, Inkorporierung und Introjektion zu unterscheiden, nicht überzeugen. Für Loewald bezieht sich der Begriff Internalisierung auf diejenigen Prozesse, die daran beteiligt sind, eine innere Welt und die sich daraus ergebenden Strukturen zu errichten und nicht auf die Ausformung innerer Modelle, Schemata oder Landkarten, die Abbilder der äußeren Welt der Objekte und deren Beziehungen sind. Bei der Internalisierung gehe es darum, das Verhältnis [relation] zum Objekt in

eine innere, intrapsychische, depersonifizierte Beziehung [relationship] umzuwandeln und damit die psychische Struktur zu stärken und zu bereichern. Die Identität mit dem Objekt werde aufgegeben. Internalisierung als abgeschlossener Prozeß läuft auf eine Befreiung vom Objekt hinaus (Loewald 1973, S.15). Loewald beschreibt seine Vorstellung von einem idealen Ausgang eines Internalisierungsprozesses, wobei er ausdrücklich auch die therapeutische Analyse als einen solchen bezeichnet, als Identität im Sinne von "self-sameness" als Individuum und nicht als Identifikation und Identität mit Objekten (ebd., S.16). Mit der Betonung des Verhältnisses zum Objekt, also der Beziehung, geht Loewald über das Konzept von Schafer (Schafer 1968, 1976) hinaus. Dieser betont, dass das, was angeeignet wird, konkretisierbar sein müsse, um Gegenstand einer unbewußten Phantasie werden zu können, also bereits symbolisiert sein müsse.

Blatt und Behrends (1987) beschreiben die Internalisierung als den grundlegenden Prozess, durch den alle psychologische Entwicklung stattfindet (ebd., S.283). Sie postulieren, dass es dieselben Mechanismen sind, die Wachstum auf der einen Stufe der Persönlichkeitsentwicklung antreiben, wie auf einer anderen, von der Geburt bis ins hohe Alter. Der erste wesentliche Bestandteil des Internalisierungsvorganges sei die Herstellung einer befriedigenden Beziehung die ihre grundlegenden Vorläufer in der ausreichend guten Mutter-Kind-Beziehung habe. Die Mutter-Kind Einheit sei auf einem entsprechenden Entwicklungsniveau der Prototyp der affektiven Bindung, die für die Internalisierung notwendig sei. Unvermeidliche, fortlaufende und winzig kleine Beeinträchtigungen der Gestalt der ursprünglichen Mutter-Kind Beziehung sind jedoch ebenso wesentlich für Internalisierung, Selbst-Objekt-Differenzierung und Individuation. Die zweite Voraussetzung sei eine gewisse Störung dieser befriedigenden Beziehung. Wenn die Störungen nicht zu groß sind und nicht die adaptativen Möglichkeiten des Kindes übersteigen, bewältigt das gesunde Kind diese Versagungen in der Mutter-Kind Beziehung durch den Prozess der Internalisierung (ebd., S.283). In dieser Arbeit geben die Autoren folgende Definition von Internalisierung:

"Prozesse durch die Individuen verlorene oder unterbrochene regulierende, befriedigende Interaktionen mit anderen wiederherstellen, die entweder real oder phantasiert gewesen sein können, indem diese Interaktionen sich angeeignet werden und in eigene, bleibende, selbst erzeugte Funktionen und Eigenschaften umgewandelt werden" (ebd. S.286, Übers. C.H.).

Seelische Entwicklung findet in einer Abfolge von Erfahrungen einer befriedigenden Beziehung und Erfahrungen, dass diese gestört wird, erfahrenen Dissonanzen, statt. Die Veränderungskraft der Analyse stamme aus der anhaltenden Spannung zwischen Nähe und Distanz. Wiederholte Abfolgen von befriedigender Anteilnahme, erfahrener Unvereinbarkeit und Internalisierung, so Blatt und Behrends, sind grundlegend für den therapeutischen Verände-

rungsprozeß. Psychisches Wachstum findet in einer wiederholten, spiralförmigen Aufeinanderfolge dieser Schritte über die gesamte Lebensspanne statt.

Im weiteren setzen sie sich mit der Frage auseinander, ob beide Faktoren für die Internalisierung notwendig sind oder ob sie durch die Beziehung oder durch Deutungen allein möglich ist. Man könne sich schwer vorstellen, warum jemand den Verlust von Aspekten einer Beziehung durch Internalisierung zu bewältigen versuchen sollte, wenn *der Zweck* der Beziehung nicht in einem gewissen Ausmaß und auf eine gewisse Weise befriedigend gewesen ist. Umgekehrt würde, wenn die befriedigende Beziehung nie durch die Erfahrung einer Unvereinbarkeit (z.B. eine Deutung) unterbrochen worden wäre, die Person einfach versuchen, die affektive Verbindung so aufrechtzuerhalten, wie sie ist. Solche Erfahrungen von Dissonanz und Inkompatibilität müssen nicht nur von außen durch den Therapeuten als dessen Deutungen oder Abwesenheit kommen, sondern können auch im Patienten selbst entstehen, wenn er zunehmend unzufrieden damit wird, wie befriedigend seine Beziehungen sind. Die erlebten Unvereinbarkeiten bringen Patient und Therapeut dazu, die therapeutische Beziehung auf ein neues Niveau zu bringen.

Für Blatt und Behrends stellt die therapeutische Beziehung den Nährboden für die Internalisierung bereit. Die Neudefinition des Selbst und Umgestaltung der Beziehung nimmt manchmal ungestüme und dramatische Formen an, manchmal verläuft der Prozess aber auch subtil und kaum wahrnehmbar von Moment zu Moment. Blatt und Behrends grenzen sich somit von Therapeuten ab, die die hauptsächliche Arbeit der Analyse in der Deutung und Konfrontation sehen und die betonen, wie wichtig es ist, sich davor zu hüten, die Bedürfnisse des Patienten zu befriedigen. Auch wenn Kernberg hier nicht explizit genannt wird, ist es offensichtlich seine Position, gegen die sich Blatt und Behrends an dieser Stelle wenden. Gleichzeitig möchten sie sich von denen abgrenzen, die die Hauptaufgabe der Analyse darin sehen, eine empathische Verbundenheit herzustellen und die die Notwendigkeit betonen, die narzißtischen Allmachtsvorstellungen in der therapeutischen Beziehung nicht zu zerstören. Hier ist offenbar die Position der Selbstpsychologie Kohuts angesprochen.

Beide Faktoren, sowohl die Deutung als auch die therapeutische Beziehung, erscheinen letztlich als unverzichtbare Bestandteile des psychoanalytisch orientierten psychotherapeutischen Prozesses. Der Patient verinnerlicht nicht nur die Deutungsbemühungen des Analytikers, sondern auch dessen Feinfühligkeit, sein Mitgefühl und seine Anerkennung; außerdem aber auch seine eigene Aktivität in Bezug auf den Therapeuten, wie die freie Assoziation. In Bezug auf die Psychotherapie der Suizidalität, in der die Ambivalenz des Patienten eine besonders große Rolle spielt, ist der Therapeut in der Herstellung und Aufrechterhaltung der therapeutischen

Beziehung stark gefordert und unterliegt gleichzeitig der Gefährdung, seine Grundhaltung einer relativen Abstinenz preiszugeben.

Kritik der Gleichsetzung von psychischer Entwicklung und psychotherapeutischem Prozeß

Die Gleichsetzung der Mechanismen einer normalen psychischen Entwicklung und denen des psychotherapeutischen Prozesses, wie sie Blatt und Behrends vornehmen, ist verbreitet und erscheint plausibel, wird jedoch auch kritisch betrachtet. Mayes und Spence (1994) weisen aus einer entwicklungspsychopathologischen Perspektive darauf hin, dass in Bezug auf den psychoanalytischen Therapieprozess die Entwicklungsmetapher für solche Patienten problematisch sei, die in ihrer frühen Kindheit keine Beziehungserfahrungen gemacht haben, an die sie in der psychoanalytischen Therapiesituation anknüpfen könnten und daher den Bedingungen dieser besonderen Kommunikation nicht gewachsen sind. Sie beschreiben die Situation in der analytischen Therapie, wenn ein Analysand sorgfältig darauf hört, wie sein Therapeut eine neue Mitteilung aufnimmt und diese Prüfung ganz und gar von den linguistischen und paralinguistischen Inhalten der Antwort des Analytikers abhängt und eben nicht visuelle und taktile Hinweise, wie in der Situation des kleinen Kindes gegenüber der Mutter, gegeben werden. Für Patienten, die aufgrund defizitärer Entwicklungsbedingungen kein inneres Gefühl von Kontingenz und Vorhersagbarkeit entwickelt haben, kann der Entzug der gewohnten visuellen Anhaltspunkte für das Verständnis des Gesagten dazu führen, daß er auf eine frühere Form des Verstehens regrediert. Das Sprachverständnis, so Mayes und Spence, ist vorübergehend aufgehoben und der Analysand hört die Stimme des Analytikers als eine Folge von Geräuschen, manchmal positiv, manchmal negativ und manchmal wie das knarrende Geräusch, wie es in den Charlie-Brown-Filmen dargestellt wird, wenn ein Erwachsener spricht (ebd., S.807).

Säuglingsbeobachtung und Internalisierung

Während die referierte Arbeit von Blatt und Behrends sich Ende der achtziger Jahre mit der Theoriebildung innerhalb der Psychoanalyse auseinandersetzte, entstand in dieser Zeit parallel hierzu eine neue Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung, die aus empirischen Studien der frühen Kindesentwicklung und besonders der Beobachtung der Interaktionen von Säuglingen und ihren Betreuungspersonen ihren Ausgang nahm. Die Auffassung von einem "kompetenten Säugling" läßt die ersten drei Lebensjahre in einem neuen Licht erscheinen. Grundlegend für diese neuen psychoanalytischen Konzepte sind unter anderen die Untersuchungen von Stern (1985), Beebe (1994; Beebe und Lachmann 1988), Lachmann (Lachmann und Beebe 1996), Emde, Lichtenberg (Lichtenberg, 1983, 1987, 1990), die "Boston Change

Process Study Group" (Boston Change Process Study Group et al. 2002; Tronick 1998), Tronick (1989, 2003) und Sander (1962, 1988) um nur eine Auswahl zu nennen.

Auch wenn sich in diesem sich rasant entwickelnden Feld zwischen Neurowissenschaften, Bindungsforschung und Psychoanalyse Differenzen, Abgrenzungen (Tronick 2003) und Widersprüche zeigen, wird deutlich, dass aus dieser Perspektive die therapeutische Veränderung im Bereich dyadischer Bewußtseinszustände stattfindet und dass diese Veränderung eher durch die Internalisierung der Prozesses der wechselseitigen Regulation innerer Zustände geschieht als durch die Verinnerlichung von Objekt- oder Teilobjektrepräsentanzen. Hierin ist eine Weiterentwicklung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, wie sie etwa von Kernberg vertreten wird, zu erkennen. Das therapeutische Geschehen wird konsequent als ein gemeinsames Unterfangen verstanden, in dem sich beide Beteiligten darüber verständigen, wie sich Erfahrungen mit anderen ("schema-of-being-with" nach Stern 1998) für den Patienten anfühlen.

Hierin liegt ein entscheidender Unterschied in der Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses. Nicht die Erinnerung an vergangene Ereignisse führt zu Veränderung, sondern die bewußte Erarbeitung vorbewußter Beziehungsrepräsentanzen und dies in erster Linie durch die Ausrichtung der Aufmerksamkeit des Analytikers auf das Übertragungsgeschehen (Fonagy 1999a).

Sandlers "representational world"

Ein zentrales theoretisches Konstrukt verschiedener Bereiche der Psychologie, nicht nur der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie, der Bindungstheorie und -forschung, sondern auch der Entwicklungspsychologie oder der Sozialpsychologie ist das der intrapsychischen Repräsentation [mental representation].

Joseph Sandler, britischer Psychoanalytiker und Schüler Anna Freuds, stellt in seinen Arbeiten zur Vorstellungswelt [representational world] (Sandler und Rosenblatt 1984, orig. 1962) eine Verbindung zwischen dem psychoanalytischen Strukturmodell und der Objektbeziehungstheorie her. Sandler bezieht sich dabei auf das Werk von Piaget (1937), auf Jacobsons Konzept der Selbstrepräsentanz (Jacobson 1954) und Heads und Schilders Arbeiten zum Körperschema bzw. Körperbild. In einer Metapher vergleicht er die Vorstellungswelt mit der Bühnenszenarie in einem Theater: "Die Figuren auf der Bühne stellen sowohl die verschiedenen Objekte des Kindes als auch das Kind selbst dar. (...) Das Theater, das die Bühne enthält, entspricht den Ich-Aspekten; die verschiedenen Funktionen wie Szenenwechsel, Heben und Senken des Vorhangs, die ganze Hilfsmaschinerie für die ablaufende Bühnenproduktion entsprechen jenen Ich-Funktionen, die wir normalerweise nicht gewahren" (Sandler und Ro-

senblatt 1984, S.241). In dieser Arbeit differenzieren Sandler und Rosenblatt auch die häufig austauschbar verwendeten Begriffe Introjektion, Inkorporation und Identifikation.

Internalisierung und Strukturbildung

Seidler (1995) führt aus, dass das Konzept der Internalisierung historisch auf Hartmann (1939) zurückgeht, dieser habe ihn auch mit dem Begriff der Strukturbildung in Zusammenhang gesetzt. Früher noch, nämlich 1909 wurde von Ferenczi der Begriff der Introjektion eingeführt (Ferenczi 1909). Introjektion sei der Vorgang, in dem der Neurotiker "...einen möglichst großen Teil der Außenwelt in das Ich aufnimmt und zum Gegenstande unbewußter Phantasien macht" (Ferenczi, 1909 zit. n. Seidler, 1995) Seidler betont, dass die klassische Verwendung des Begriffes von der "Aufnahme von Inhalten" und damit auf Vorgänge, die eine Symbolisierung voraussetzen, ausgehe und macht sein eigenes Anliegen deutlich, diejenigen Beziehungsprozesse zu konzeptualisieren, die "gerade (...) noch nicht, nicht mehr und präreflexiv als basale Prozeßgeschehen prinzipiell nie symbolisiert(en)" sind. Seidler kritisiert am früheren Internalisierungskonzept, dass es "reifungs- oder entwicklungspsychologisch 'zu hoch' ansetzt" (ebd., S.96).

1.2.2.2. Übertragung und Gegenübertragung

Nach Laplanche und Pontalis (1972) bezeichnet Übertragung „in der Psychoanalyse den Vorgang, wodurch die unbewussten Wünsche an bestimmten Objekten im Rahmen eines bestimmten Beziehungstypus, der sich mit diesen Objekten ergeben hat, aktualisiert werden. Dies ist in höchstem Maße im Rahmen der analytischen Beziehung der Fall.“ (ebd., S. 550).

Erstmals von Freud als „falsche Verknüpfungen“ (Freud 1895), die den Beziehungswunsch mit ihm statt mit einer anderen Person aus der Vergangenheit der Patientin in Verbindung brachten, beschrieben, ermöglichte ihm dieses Konzept, die heftigen Übertragungswünsche und –gefühle ernstzunehmen, gerade weil er sie als eine „Täuschung“ betrachtete, die von der „unanstößigen“ Übertragung, wie er später schrieb, zu unterscheiden war (Körner 1989). Diese Differenzierung in zwei Übertragungsformen, so führt Körner aus, erwies sich als äußerst fruchtbar für die Fortentwicklung der psychoanalytischen Behandlungstechnik und sei eine „differentia specifica“ zu allen anderen therapeutischen Methoden (ebd., S. 211). Allerdings, so Körner weiter, habe sich die Trennung in Arbeitsbündnis („working alliance“ Greenson 1967) und Übertragungsbeziehung wie sie in dem Konzept der „therapeutischen Ich-Spaltung“ (Sterba 1934) zum Ausdruck kommt, eher hemmend auf die Betrachtung des Beitrages des Analytikers zum therapeutischen Geschehen ausgewirkt. Hatte Freud empfohlen, die Gegenübertragung „niederzuhalten“ (Freud 1915, zit. n. Körner 1989) und gefordert, dass

der Arzt die „Gegenübertragung in sich erkennen und bewältigen“ müsse (Freud 1910, zit. n. Körner 1989), galt die Gegenübertragung über lange Zeit als Störvariable, die einen verzerrenden Einfluß auf die als anzustrebend postulierte Objektivität des Analytikers ausübte. Auch wenn Ferenczi bereits 1919 (Ferenczi 1919) anstößigerweise eine aktivere Rolle des Therapeuten in der Behandlung empfohlen hatte, dauerte es etwa 30 Jahre bis diese Auffassung als Abwehr des Analytikers gegen ein tieferes Involviertwerden in die Interaktion mit seinem Patienten im Sinne der „Rationalisierung eines Gegenübertragungswiderstandes“ (Körner 1989, S.212) beschrieben wurde. Besonders die Arbeit von Paula Heimann (1950), in der sie erklärte, dass das Konzept der Gegenübertragung alle Gefühle umfassen solle, die der Analytiker seinem Patienten gegenüber empfindet, gilt als der Wendepunkt in der Betrachtungsweise dieses Konzeptes. Sie betonte nachdrücklich den positiven Wert der Gegenübertragung als „eines der wichtigsten Werkzeuge“ für die Arbeit des Analytikers und als „Forschungsinstrument in Hinblick auf das Unbewußte des Patienten“ (Heimann 1996, Orig. 1950). Auch wenn Heimann ihre Ansichten später (Heimann 1960) dadurch ergänzte, dass die Gegenübertragung nicht ausschließlich auf das Material des Patienten zurückzuführen sei, sondern auch Aspekte beinhalte, die der Therapeut einbringe und die er in seiner eigenen Therapie bearbeiten müsse um den eigenen Gegenübertragungswiderstand erkennen zu können. Aus der interaktionellen Sicht, die Strupp in seinen empirischen Forschungen zum therapeutischen Prozess vertritt (Strupp 1996) handelt es sich bei Übertragung und Gegenübertragung nicht um zeitlich aufeinanderfolgende Vorgänge, wobei die Gegenübertragung als eine Reaktion auf die Übertragung folgt, sondern es ist als ein im Patienten und im Therapeuten gleichzeitig ablaufendes Geschehen intrapsychischer und intrapersoneller Organisations- und Reorganisationsabläufe zu betrachten. In ähnlicher Weise versteht auch die oben dargestellte, aus der Beobachtung der frühen Mutter-Kind-Interaktion abgeleitete Forschung der Boston Study Group of Change um Stern und Tronick (Stern 1985; Stern et al. 2002; Tronick 1998) das Geschehen zwischen Patient und Therapeut.

In einer empirisch angelegten Studie einer Stichprobe von 21 Patienten, die 5 Jahre nach Beendigung einer analytischen Gruppenpsychotherapie untersuchte Rüger (1977) die Fragen, ob die Gegenübertragungsreaktion des Nachuntersuchers erstens wichtige Hinweise auf mögliche aktuelle Konflikte gibt, zweitens eine sichere Unterscheidung zwischen aktueller Konfliktproblematik und alter Konfliktproblematik aus der Zeit vor der Therapie zuläßt und drittens ob Art und Ausmaß der Gegenübertragungsreaktion Hinweise auf den Schweregrad von noch vorhandenen neurotischen Störungen des Patienten gibt. Rüger kategorisierte die vom Interviewer notierten Gegenübertragungsgefühle nach einem Selbstrating hinsichtlich Stärke, Richtung, Antriebsbereich und Form. Ein interessantes Ergebnis der Untersuchung ist, dass sich die Gegenübertragungsreaktion "als qualitativer Hinweis auf ehemalige oder noch vor-

handene neurotische Erlebnis- oder Verhaltensweisen" (ebd., S.141) benutzen läßt. Im übrigen fand Rüger die Feststellung Freuds (1937b) bestätigt, dass es in einer analytischen Psychotherapie nicht zu einer völligen Auflösung ehemals pathogener Strukturen kommt, sondern dass die "alten Strukturen" des Patienten "bei der Gegenübertragungsreaktion des Nachuntersuchers wirksam zu werden [scheinen]" (Rüger 1977, S.141).

1.2.3. Gedächtnis und Erinnerung

Was bedeutet es, gefragt zu werden: "Woran erinnern Sie sich in Bezug auf Ihre Therapie und Ihren Therapeuten?"

Die psychologischen und besonders die psychoanalytischen Konzepte von den Erinnerungs- und Gedächtnisvorgängen haben durch einen fruchtbaren Austausch mit den Neurowissenschaften in den letzten Jahren wesentliche Neuformulierungen erfahren. Dabei ist das Erinnern ein zentrales Thema in Psychotherapie und Psychoanalyse seit Freuds Arbeit "Über Deckerinnerungen" (Freud 1899), in der er beschrieb, dass das Gedächtnis keineswegs mechanisch funktioniere. Er stellte bereits damals fest, dass Erinnerung Rekonstruktion bedeute. Gleichwohl hielt Freud in der Archäologen-Metapher (Freud 1937b) an der Vorstellung fest, dass "alles Wesentliche (...) erhalten [ist], selbst was vollkommen vergessen scheint, ist noch irgendwie und irgendwo vorhanden, nur verschüttet, der Verfügung des Individuums unzugänglich gemacht. (...) Es ist nur eine Frage der analytischen Technik, ob es gelingen wird, das Verborgene vollständig zum Vorschein zu bringen" (ebd., S.46f).

Fonagy und Target (1997) stellen fest, dass zeitgenössische Psychoanalytiker und Psychotherapeuten oft noch dieser "mechanischen" oder "archivarischen" Vorstellung von den Gedächtnisfunktionen als einem erschöpfenden Speicher aller Erfahrung anhängen, welche jedoch nicht der empirischen Evidenz entspreche (ebd., S.185). Diese weise vielmehr darauf hin, dass z.B. Kindheitserinnerungen im Dienste der psychischen Entwicklung durch Phantasie und Abwehr entstellt werden, dass sich Erinnerungen im Laufe der Zeit so verändern, dass der Einzelne mehr in den Mittelpunkt rückt und Informationen seinen Erfahrungen angepaßt werden. Das Abrufen von Informationen aus dem Speicher entspricht einer erneuten Wahrnehmung und unterliegt auf die gleiche Weise Einflüssen wie sich für die primäre Wahrnehmung gezeigt hat. Das Gedächtnis wird von den Erwartungen, was erinnert werden soll, genauso beeinflusst, wie jene Erwartungen, was wahrgenommen werden wird, das beeinflussen, was gesehen und gehört wird.

Fonagy und Target (ebd., S.189) postulieren, dass die Anfälligkeit von Erinnerungen für Suggestionen damit zu tun habe, dass Erinnerungen in Strukturen eingebettet sind, die allgemeine psychische Erfahrungen repräsentieren und daher die Aktivierung solcher Erfahrungen wie-

derum neuronale Strukturen aktiviere, die virtuelle Empfindungen hervorrufen. Eine Reihe von experimentellen Untersuchungen hat gezeigt, dass gesunde Versuchspersonen dazu neigen, Erinnerungen eingebildeter Ereignisse mit Erinnerungen an reale Ereignisse zu verwechseln. Dieses Phänomen ist nicht auf experimentelle Situationen beschränkt, sondern hat in der Diskussion um die Authentizität von Erinnerungen an traumatisch erlebte Kindheitsereignisse, besonders an sexuellen Mißbrauch in der Kindheit und die Frage der Suggestibilität in psychotherapeutischen Behandlungen eine breite Aufmerksamkeit erfahren. Gleichzeitig hat diese Debatte die Auseinandersetzung der Psychotherapie und Psychoanalyse mit den kognitiven Neurowissenschaften vorangebracht.

Aus der neurobiologischen Traumaforschung kommt die Erkenntnis, dass normale und traumatische Erfahrungen als Erinnerungen unterschiedlich gespeichert werden. Die traumatische Erfahrung wird vielmehr und vorwiegend im limbischen System als sensomotorisches, visuelles und affektives Gedächtnis gespeichert. Die exzessive Stimulierung verhindert das Aufsteigen der Aktivierung in den Neokortex, und damit ist die kognitive Bewertung der Erfahrung und ihre semantische Repräsentation gestört. (Spiegel 1997)

Leuzinger-Bohleber kommt in ihrer Auseinandersetzung mit den Kognitionswissenschaften (Leuzinger-Bohleber und Pfeifer 2002) zu der Einschätzung, daß das Wiedererkennen ein konstruktiver innerer Prozess sei, der eine vergangene Erfahrung in Beziehung zu einer aktuellen Situation setzt. Das Gedächtnis könne nur in der Interaktion eines Organismus mit seiner Umgebung verstanden werden (ebd., S.11). Erinnerungen können danach nicht als einzeln Abrufe bestimmter historischer Ereignisse gesehen werden, sondern als ein kontinuierlicher, sich verändernder Prozess des ganzen Organismus in Interaktion mit seiner Umgebung. Zugespitzt verändert jeder Prozess des sich Erinnerns das Gedächtnis, auch wenn gleichzeitig dieser Vorgang keine willkürliche Konstruktion, sondern einen komplexen Prozess der Annäherung an die historische Wahrheit früherer Entwicklungserfahrungen darstellt (ebd., S.16). Aus diesem Verständnis heraus betont Leuzinger-Bohleber, dass therapeutische Veränderung nicht durch die Aufdeckung der Traumatisierungen der frühen Kindheit (der "Archäologie-Metapher"), durch "reine Einsicht im Kopf des Patienten", zustande komme, sondern dass das Durcharbeiten in der Übertragungsbeziehung zum Analytiker (einschließlich der sensomotorischen und affektiven Erfahrungen in der therapeutischen Interaktion im Sinne einer "Verkörperung") der entscheidende Faktor sei (ebd., S.28).

Fonagy (1999a) geht noch einen Schritt weiter, wenn er behauptet, dass das therapeutische Handeln in der Psychoanalyse nicht mit dem "Aufdecken" von Kindheitsereignissen, seien sie traumatisch oder neutral, zu tun habe (ebd., S.216). Er führt weiter aus, dass die einzige Weise, zu erfahren, was im Inneren unserer Patienten vorgehe, was ihnen geschehen sein könnte, sei, wie sie mit uns in der Übertragung sind. Sie kommen zu uns mit einer Art Mo-

dell, einem Netzwerk unbewußter Erwartungen oder innerer Modelle von Beziehungen des Selbst zu Anderen (ebd., S.217).

1.2.4. Psychotherapieforschung und psychoanalytische Therapien

Psychotherapieforschung läßt sich in einem ersten Zugang in Untersuchungen zum therapeutischen Prozess und solche zum Ergebnis unterscheiden. In einer zweiten Perspektive lassen sich quantitativ empirische von qualitativen Ansätzen differenzieren. Psychotherapieprozessforschung betrieb u.a. Strupp mit seinen empirischen Untersuchungen zum Beitrag des Therapeuten zum Behandlungsprozeß (Strupp 1955, 1958).

1.2.4.1. Katamneseforschung

Als erste Forschungsbeiträge der entstehenden Psychoanalyse Freuds sind seine Kasuistiken, die "klassischen Falldarstellungen" (Freud 1895, 1905, 1909a, 1909b, 1918) anzusehen, aus denen er wesentliche Theorieschritte ableitete.

Die empirische Psychotherapieforschung hat sich seit den ersten Katamneseuntersuchungen in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts mit der Frage nach der Wirkungsweise und der Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen beschäftigt (Übersicht hierzu bei Garfield und Bergin 1986).

In psychoanalytischen Zusammenhängen trafen empirische Studien wie etwa die 1930 von Fenichel, Rado und Müller-Braunschweig veröffentlichte Untersuchung (Fenichel, 1930) über die ersten 10 Jahre des Berliner Psychoanalytischen Institutes auf Freuds Skepsis gegenüber einer statistischen Beschreibung der Behandlungsverläufe "...solche Statistiken sind überhaupt nicht lehrreich, das verarbeitete Material ist so heterogen, daß nur sehr große Zahlen etwas besagen würde. Man tut besser, seine Einzelerfahrungen zu befragen" (Freud 1933, S.163f).

Die Kontroverse, ob die Einzelfallstudie oder die Methoden der empirischen Sozialforschung geeignete Instrumente zur Erforschung psychoanalytischer Behandlungen anbieten, ist seit dieser Zeit lebendig geblieben. Leuzinger-Bohleber (1995) formuliert das Dilemma, indem sie Kernberg mit seinem Anspruch bezüglich der Gültigkeit der Objektbeziehungstheorie zitiert. Diese versuche, "die objektive, wissenschaftliche Erforschung der Persönlichkeit zu erweitern ohne die subjektive Einmaligkeit des Individuums aus dem Auge zu verlieren" (Kernberg, 1992, S.135).

Wallerstein (2001) nennt als die zentralen Forschungsfragen in der Psychoanalyse und in den expressiven und supportiven psychoanalytischen Therapien:

- Welche Veränderungen finden während und als Folge der Therapie statt? (d.h. die Ergebnisfrage) und
- Wie kommt es zu diesen Veränderungen oder wie werden sie erzielt, d.h. durch die Wechselwirkung welcher Faktoren des Patienten, des Therapeuten, der Therapie, und der entstehenden Lebenssituation des Patienten? (d.h. die Prozessfrage).

Einen umfassenden Überblick über psychoanalytische Ergebnisuntersuchungen gibt die von Fonagy herausgegebene Übersicht (Fonagy 2002). Eine Übersicht über die Forschung zur Effektivität psychodynamischer und psychoanalytischer Therapien hat Leichsenring (2005) kürzlich vorgelegt.

Überblick über einige Katamneseuntersuchungen

Pfeffer (1959, 1961, 1963) untersuchte Patienten nach psychoanalytischer Behandlung in einem Setting, das er an der früheren Therapie orientierte. Er interviewte sie im Sitzen, einmal pro Woche und zwischen zwei und sieben Mal. Pfeffer bearbeitete das Material in Bezug auf initiale und auftauchende Probleme sowie den Verlauf der Analyse. Er erarbeitete eine Formulierung der zentralen Probleme des Patienten und die im analytischen wie therapeutischen erreichten Ziele. Eine vom vorbehandelnden Analytiker formulierte Prognose, in welcher Verfassung der Patient zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung sein würde, bezog er, um eine unbeeinflusste Sicht zu behalten, erst vor dem letzten dieser Interviews ein.

Pfeffer stellte fest, dass die Patienten vorübergehend auf die psychische Repräsentanz des früher behandelnden Analytikers und der damaligen Situation regredierten. Er unterschied dabei die Situation, in der nach einer unvollständigen Analyse noch Übertragungsreste bestehen, die sich die Person und das Bild des Analytikers organisieren und gegebenenfalls als fortbestehende Psychopathologie einer weiteren Behandlung bedürfen. Andererseits fand Pfeffer ein Übertragungsgeschehen, das er auf eine Wiederholung der analytischen Erfahrung selbst zurückführte. Er beobachtete, wie sich die Konflikte, wegen denen damals die Analyse begonnen wurde, zumindest in Andeutungen wieder aufdrängten, wie sich auch die Ich- und Über-Ich-Veränderungen, die zu neuen Lösungen für die alten Konflikte führten, wieder zeigten. Allerdings lösten sich diese im Verlauf der Katamneseinterviews rasch auf und verschwanden wieder. Pfeffer sah diese Fähigkeit zu regredieren und neue Situationen zu besetzen, mit ihnen umzugehen und sie zu bewältigen, als Zeichen einer erfolgreichen Behandlung an.

Die Arbeitsgruppe um Kantrowitz (Kantrowitz et al. 1990) führte eine Langzeitkatamnese (**Boston Psychoanalytic Institute Study**) zu der weiteren Entwicklung von Patienten nach psychoanalytischer Behandlung durch. Ein besonderer Fokus lag dabei auf der Untersuchung der Beziehung zwischen der Auflösung der Übertragung und der Passung (match) zwischen Patient und Analytiker. In den 5–10 Jahre nach Beendigung der Analyse durchgeführten Interviews zeigte sich, dass die Ergebnisse der Behandlungen, wie sie von den Patienten berichtet wurden, deutlich abhängig davon waren, wie die Beziehung zwischen Patient und Analytiker geschildert wurde. Die Studie geht von einer Konzeption der psychoanalytischen Behandlung als interaktionelles Geschehens aus, zu dem Patient und Analytiker beitragen und sich somit auch wechselseitig beeinflussen (Kantrowitz 1997). Diese Vorstellung liegt auch der vorliegenden Untersuchung zugrunde.

Mit der **internalisierten Repräsentanz des Therapeuten** hat sich die Arbeitsgruppe um Geller in einer Reihe empirischer Studien (Geller et al. 1982; Geller und Farber 1993) auseinandergesetzt. Das von ihm entwickelte Therapist Representation Inventory (TRI) besteht aus mehreren Antwortskalen, mit denen erstens die Fähigkeit, eine Vorstellung des Therapeuten zu formulieren, erfasst wird, zweitens eine Skala, auf der die bildlichen, die haptischen und die konzeptuellen Modi (Therapist Embodiment Scale) registriert werden und drittens eine Skala, die Fragen enthält, die sich auf die Funktion der Repräsentanz des Therapeuten für den Patienten beziehen, die Therapist Involvement Scale.

In mehreren Untersuchungen (Farber und Geller 1994; Orlinsky und Geller 1993) wurde dieses Instrument eingesetzt, um sowohl während der laufenden Therapie, als auch katamnestisch die Entwicklung einer inneren Vorstellung vom Therapeuten zu untersuchen. Mit seinem Instrument wurde den kognitiv-affektiven Niederschlägen des Therapeuten und der therapeutischen Erfahrung nachgespürt.

Die, sowohl was den zeitlichen Umfang als auch den methodischen Einsatz betrifft, aufwendigste Katamnese studie ist die von Wallerstein (1986) veröffentlichte **Menninger-Studie**, eine Untersuchung von 42 psychotherapeutischen bzw. psychoanalytischen Behandlungen des Psychotherapieforschungsprojektes der Menninger Stiftung. Ziel dieser Studie war, so Wallerstein in einem Rückblick zur Entwicklung der psychotherapieforschung, herauszufinden, "1. *welche* Veränderungen tatsächlich in der Psychoanalyse und anderen psychoanalytischen Psychotherapien stattfinden (Ergebnisfrage) und 2. *wie* diese Veränderungen im Zeitverlauf zustande kommen - durch die Interaktion welcher Variablen beim Patienten, in der Therapie und bei den Therapeuten und in der entstehenden Lebenssituation des Patienten und wie sie zusammen diese Veränderungen determinieren (Prozessfrage)" (Wallerstein 2001). Es stellte

sich heraus, dass die Ergebnisse der psychoanalytischen und der psychotherapeutischen Behandlungen eher konvergierten, dass die Behandlungen insgesamt mehr supportive Elemente enthielten, als ursprünglich angenommen und diese zudem mehr der erzielten Veränderungen erklärten. Insgesamt ergab sich eine Aufwertung der Bedeutung der stützenden Aspekte in psychotherapeutischen Behandlungen und stellte die Annahme in Frage, dass Veränderungen in Behandlungen eng mit der Interventionsmethode - hier expressiv bzw. supportiv - zusammenhängen.

Im **deutschsprachigen Raum** haben u.a. Dührssen (1962) aus dem Berliner Zentralinstitut für Psychogene Erkrankungen, Rudolf (Rudolf et al. 1994) die Berliner Psychotherapiestudie, sowie Heinzl (Heinzl et al. 1998), von Rad (Rad et al. 1998), Rüger (1976, 1991) und Senf (1986) Nachuntersuchungen von stationären und ambulanten psychoanalytisch orientierten Psychotherapien vorgelegt. Dabei handelte es sich ganz überwiegend um empirische, d.h. messend, evaluative Psychotherapieforschung, d.h. es sollte "die Stabilität von Behandlungsergebnissen" und "die Weiterentwicklung von Patienten nach Abschluß einer Behandlung" (Rüger 1991) verfolgt werden.

In diesen Studien wird ein quantitatives Forschungsparadigma verfolgt. In der Regel wurden Patienten mit Fragebögen oder in halbstrukturierten Interviews zu ihrer zurückliegenden Behandlung befragt und die Antworten nach festgelegten Kriterien sortiert und einer Berechnung zugeführt.

Aus dem **Heidelberger-Katamnese-Projekt** (Engel et al. 1979) stammt eine Untersuchung, die über die Frage nach dem Erfolg der Behandlungen und ihren Wirkfaktoren (Bräutigam et al. 1990) hinaus, nach den "Beziehungserfahrungen mit dem Therapeuten" forscht (Senf und Schneider-Gramann 1990). Mittels der Methodik der strukturierenden Inhaltsanalyse von Mayring werteten die Autoren "Verbatimaussagen zu interessierenden Themen" aus. Dabei zeigte sich ihnen erstens "die herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung", zweitens die "Befähigung des Patienten, das zu verstehen, in Worte zu fassen und zu handhaben, was ihm bisher unverständlich, unaussprechbar und nicht handhabbar war", drittens "neue Schritte" zu wagen, um "neue Erfahrungen zu machen" und viertens gehe es um "das neue Selbstverständnis, das der Patient durch den therapeutischen Prozess gewinnt" (a.a.O. S48f). In einer weiteren Arbeit zu diesem Thema betont Senf (1992) erneut die "herausragende Bedeutung der therapeutischen Beziehung" (ebd., S. 280) und postuliert die Herausbildung einer spezifischen intersubjektiven Realität, die, wie er an den Aussagen von Teilnehmern einer Gruppentherapie zeigt, nicht der äußeren Realität entsprechen müsse. Selbstkritisch vermerkt er, dass die Methodik solcher katamnestischer Untersuchungen noch weiter disku-

tiert werden müsse: "Wichtig scheinen uns qualitative Ansätze als eine notwendige Ergänzung (...)" (ebd., S.281).

Die Katamnesestudie des Hamburger Kurzpsychotherapievergleichsprojektes

Eine der vorliegenden Untersuchung ähnliche und dieser als Vorbild dienende Studie wurde von Wachholz und Stuhr (1999) vorgelegt. Es wurde eine Gruppe von Patienten nachuntersucht, die 12 Jahre zuvor in der Ambulanz der Psychosomatischen Abteilung des Universitätskrankenhauses Eppendorf um Therapie nachgesucht hatten, für geeignet befunden und randomisiert entweder einer maximal 30-stündigen konfliktzentrierten psychodynamischen (n=34) oder einer klientenzentrierten Kurzzeitpsychotherapie (n=34) zugeteilt worden waren; eine weitere Untergruppe (n=19) lehnte das Angebot ab und erhielt keine Behandlung. Es gelang den Autoren, mit 70,5% dieser Patienten Katamnese-Interviews zu führen, weitere 12% waren bereit, wenigstens den Persönlichkeits-Fragebogen zu beantworten. Wachholz und Stuhr verwendeten im qualitativen Teil ihrer Untersuchung der Interview-Transkripte die Methode der Verstehenden Typenbildung (s. Abschnitt 3.4 dieser Arbeit) und fanden acht Cluster von Idealtypen der Erinnerung an ihren damaligen Therapeuten:

Der Therapeut als

Idealtyp 1 "reifes, mütterliches Objekt",

Idealtyp 2 "symbiotisches mütterliches Objekt",

Idealtyp 3 "unzulängliches mütterliches Objekt",

Idealtyp 4 "unerreichbares väterliches Objekt",

Idealtyp 5 "unerbittlich forderndes väterliches Objekt",

Idealtyp 6 "narzisstisch entwertetes Objekt",

Idealtyp 7 "verdrängtes Objekt" und

Idealtyp 8 "unerreichbares idealisiertes Objekt".

Die Untersucher fanden eine geschlechtsspezifische Häufung, sowohl die Therapeuten als auch die Patienten betreffend: der Idealtyp 1 „reifes mütterliches Objekt“ war ausschließlich durch weibliche Therapeuten und überwiegend männliche Patienten repräsentiert und der Typ 5 „unerbittlich forderndes väterliches Objekt“ fand sich nur bei der Konstellation männlicher Therapeut und weibliche Patientin. Die Idealtypen 1 und 2 waren mit eher positiven Therapieeffekten verknüpft, während die Typen 3, 5 und 6 offenbar als Folge der negativen Übertragungsbeziehung, eher mit einem ungünstigen Ergebnis der Behandlung verbunden waren. Dabei fand sich der Typ 5 „Therapeut als unerbittlich forderndes väterliches Objekt“ nur bei der Konstellation männlicher Therapeut und weibliche Patientin, während der Typ 6 „Thera-

peut als narzisstisch entwertetes Objekt“ nicht bei einer Paarung weibliche Therapeutin und männlicher Patient vorkam. Wachholz und Stuhr schließen daraus, dass sich das Geschlecht des Therapeuten auf das Ergebnis von Kurzzeittherapie auswirken kann. Jedoch auch die therapeutische Ausrichtung erscheint maßgeblich, so fanden sich unter dem Idealtyp 2 „symbiotisches mütterliches Objekt“ männliche Psychotherapeuten, die jedoch durch ihre klientenzentrierte Technik offenbar eher weibliche Aspekte zum Ausdruck brachten, während sich unter dem Idealtyp 5 ausschließlich männliche Therapeuten mit psychoanalytischer Ausrichtung fanden. In Hinblick auf die Anfang der siebziger Jahre durchgeführten Behandlungen stellt sich die Frage, inwieweit sich in diesen geschlechtsspezifischen Unterschieden damalige gesellschaftliche Prägungstypen widerspiegeln. Jedenfalls zeigt sich in diesen Ergebnissen eine deutliche Abhängigkeit von der Therapeutenvariablen. In einer Zusammenfassung der Ergebnisse deutete sich an, dass "unterschiedliche Geschlechtskombinationen zu unterschiedlichen Objektrepräsentanzen führen, die auch zu unterschiedlichen Erfahrungen im posttherapeutischen Partnerschaftsbereich führen. Über die Therapieform hinaus bestätigt sich der Eindruck, dass gegengeschlechtliche Geschlechtskombinationen in der Kurztherapie in dem Sinne, dass heterosexuelle Partnerschaft möglicherweise 'geprobt' werden kann, mehr verwertbare Erfahrungen für die Patienten erbringen, besonders scheinen männliche Patienten bei weiblichen Psychoanalytikerinnen zu profitieren" (Stuhr und Wirth 1990).

Die qualitative Methodik dieser Untersuchung wurde auch in der Katamneseuntersuchung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (Leuzinger-Bohleber et al. 2001; Stuhr 2001), der **DPV-Studie** verwendet. Bei dieser Studie wurde in einem mehrschrittigen Vorgehen zunächst ein Interview geführt, das mit einem offenen Teil begann und im zweiten Teil durch den Untersucher aktiver strukturiert wurde. Anschließend ließ sich der Untersucher kollegial supervidieren und klärte so seine Eindrücke, Gegenübertragungsphantasien und Hypothesen zur Psychodynamik. In einem zweiten Katamneseinterview wurde dann wiederum zunächst ein offener Raum angeboten und danach ein halbstandartisierter Interviewteil angefügt. Parallel wurde der Analytiker, der die Behandlung durchgeführt hatte, interviewt. In einer Gruppendiskussion der lokalen Forschungsgruppe wurde dann in einem weiteren Schritt das Material zusammengeführt, eine qualitative Einschätzung des Therapieerfolges sowie eine Einschätzung der strukturellen Veränderungen auf den Scales of Psychological Capacities vorgenommen und schließlich eine psychodynamische Sicht des katamnesticen Erfolges sowie des durchlaufenen psychoanalytischen Prozesses formuliert. Die Ergebnisse dieses qualitativen Vorgehens wurden dann noch mit quantitativen Instrumenten (SCL-90R, SOC, Fragen zur Lebenszufriedenheit) in Beziehung gesetzt. Von den befragten Patienten (n=154) waren

etwa drei Viertel mit ihrer im Mittel mehr als sechs Jahre zurückliegenden Behandlung (Psychotherapie n=74, Psychoanalyse n=80) zufrieden. 70-80% berichteten positive und anhaltende Veränderungen in Bezug auf Wohlbefinden, persönliche Entwicklung und Beziehungen zu Anderen. Mit den behandelnden Analytikern bestand eine gute Übereinstimmung bezüglich der Einschätzungen der Behandlungsergebnisse, wenngleich diese sie tendenziell kritischer werteten. Die Symptombelastung lag zum Katamnesezeitpunkt im Bereich derjenigen der Allgemeinbevölkerung. Zwischen den psychotherapeutischen und den psychoanalytischen Behandlungen konnten keine Unterschiede in der Ergebniszufriedenheit gefunden werden. Die Forscher schließen aus der hohen Zufriedenheit in beiden Gruppen, dass die jeweilige Indikation "richtig" gestellt worden war (Beutel und Rasting 2001, S.199).

Aus den statistisch errechneten 7 Untergruppen der quantitativen Erfolgskonstellationen (Leuzinger-Bohleber et al. 2001, S. 225) wählten Stuhr und Mitarbeiter (Stuhr et al. 2002) für eine weitere qualitative Untersuchung die beiden Gruppen aus, die sich in der quantitativen Analyse extrem zueinander verhielten. Aus den beiden Clustern "Die auf der ganzen Linie therapeutisch Erfolgreichen" und "Die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten" geben die Autoren in einem "Werkstattbericht" exemplarisch anhand von drei Fällen "Einblick in die Erstellung von Fällen, die der Identifikation von Prototypen dienen" (ebd., S. 161ff). Die weiteren Schritte der Verstehenden Typenbildung sind bislang noch nicht veröffentlicht worden, Stuhr et al. weisen quasi um Nachsicht bittend auf den "nach wie vor sehr aufwändigen" (ebd., S.161) Prozess dieser Methodik hin.

1.2.4.2. Qualitative Forschung als gegenstandsadäquater Zugang

Qualitative Forschung ist historisch in der Sozialforschung von Soziologie, Sozialpsychologie, Ethnologie, Geschichtswissenschaften und Volkswirtschaftslehre lokalisiert. Sie vertritt den Anspruch, "Lebenswelten 'von innen heraus' aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben" und will zu einem "besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Diese "bleiben Nichtmitgliedern verschlossen, sind aber auch den in der Selbstverständlichkeit des Alltags befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewußt" (Flick et al. 2000, S.14). Qualitative Forschung beansprucht, "in ihren Zugangsweisen zu den untersuchten Phänomenen häufig offener und dadurch 'näher dran' als andere Forschungsstrategien, die eher mit großen Zahlen und stark standardisierten, dadurch auch stärker objektivistischen Methoden und Konzepten arbeiten" (Flick et al. 2000, S.17), zu sein.

Wesentliche Kennzeichen der Praxis qualitativer Forschung sind nach (Flick et al. 2000, S.22f)

- die **Vielfalt des methodischen Spektrums**, so dass je nach Fragestellung ein unterschiedlicher Ansatz ausgewählt werden kann,
- die **Gegenstandsangemessenheit** der verwendeten Methoden. D.h. "dass der untersuchte Gegenstand und die an ihn herangetragene Fragestellung den Bezugspunkt für die Auswahl und Bewertung von Methoden darstellen und nicht (...) das aus der Forschung ausgeschlossen bleibt, was mit bestimmten Methoden nicht untersucht werden kann"
- die **Kontextualität**: Daten werden in ihrem natürlichen Kontext erhoben und Aussagen im Kontext einer längeren Antwort oder Erzählung, des Interviewverlaufs insgesamt analysiert,
- die **Berücksichtigung der Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Beteiligten** und das Verständnis der **Reflexivität des Forschers** über sein Handeln und seine Wahrnehmung im untersuchten Feld als ein wesentlicher Teil der Erkenntnis und nicht als eine zu kontrollierende bzw. auszuschaltende Störquelle,
- das **Verstehen von komplexen Zusammenhängen** i.S. eines Nachvollzugs der Perspektive des anderen als vorrangiges Erkenntnisprinzip und weniger die Isolierung einer einzelnen Beziehung,
- das **Prinzip der Offenheit**, z.B. werden in der Datenerhebung Fragen offen formuliert,
- die **Wahl des Zuganges über die Analyse oder die Rekonstruktion von (Einzel-) Fällen**, von wo aus diese Fälle vergleichend und verallgemeinernd zusammengefasst und gegenübergestellt werden,
- die **Auffassung von der Konstruktion der Wirklichkeit**, den subjektiven Konstruktionen der Untersuchten und dem **Vorgehen der Forschung als konstruktivem Akt**,
- das **Medium des Textes** ob als transkribiertes Interview oder als ethnographische Feldnotizen und
- ihre **Zielsetzung als eine entdeckende Wissenschaft**.

Wesentliche Unterschiede zu quantitativ-standardisierter Forschung sehen Flick u.a. (a.a.O.) darin, "welche Formen von Erfahrung als methodisch kontrollierbar angesehen und in der Folge als erlaubte Erfahrung zugelassen werden", was sich "wesentlich an der Rolle des Forschers und am Grad der Standardisierung des Vorgehens" festmache (ebd., S.24f). In der quantitativen Forschung werde der Unabhängigkeit des Beobachters vom Forschungsgegenstand ein zentraler Stellenwert eingeräumt. Qualitative Forschung greife dagegen auf "die (methodisch kontrollierte) subjektive Wahrnehmung der Forscher als Bestandteil der Erkenntnis" zurück. Quantitative Forschung ist für ihre vergleichend-statistischen Auswertungen auf ein

hohes Maß an Standardisierung der Datenerhebung angewiesen, z.B. in vorgegebenen Fragebögen, während qualitative Interviews flexibler seien und sich dem Einzelfall mehr anpassen. Zur Frage der differentiellen Indikation, also bei welcher Fragestellung eine qualitative und bei welcher eine quantitative Methodik angemessen ist, führen Flick et al. weiter aus: "Qualitative Forschung ist immer dort zu empfehlen, wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereichs ('Felderkundung') mit Hilfe von 'sensibilisierenden Konzepten' geht. Durch den Einsatz von 'naturalistischen' Methoden, wie teilnehmender Beobachtung, offenen Interviews oder Tagebüchern, lassen sich erste Informationen zur Hypothesenformulierung für anschließende standardisierte und repräsentative Erhebungen gewinnen. Hier bilden qualitative Studien, wenn nicht eine Voraussetzung für, so zumindest eine sinnvolle Ergänzung zu quantitativen Studien" (ebd., S.25).

Die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung legte aus verschiedenen Gründen die Verwendung einer qualitativen Methodik nahe. Die Forschungsfrage "Woran erinnern Sie sich in Bezug auf Ihre damalige Therapie und Ihre Therapeutin/Ihren Therapeuten?" sollte sich auf das subjektive Erleben richten, d.h. dahinter stand die explorative Frage "Was gibt es dort (in der Innenwelt der früheren Patienten)?". Die vorliegende Literatur bot hierzu kaum Material an, so dass es galt, "von innen heraus aus der Sicht der handelnden Menschen" (ebd. S.14) eine Erkundung dieses offenbar wenig begangenen Feldes vorzunehmen. Das offene, nicht-standardisierte Interview als Gesprächsangebot durch den nicht zur Therapieeinrichtung gehörenden "weiterziehenden Fremden" (Simmel 1957, zit. n. Bude 2000) erschien besonders geeignet, die damalige therapeutische Situation aufzugreifen, forderte jedoch einen in der Gesprächsführung und v.a. der Wahrnehmungseinstellung besonders erfahrenen Untersucher.

Qualitative Forschung in der Medizin

In der medizinischen Forschung dominiert ein naturwissenschaftliches, quantitatives Forschungsparadigma, als "Goldstandard" gilt die randomisierte, kontrollierte Doppelblindstudie. Als Zugang zu klinischem Wissen im Sinne von Fakten, die empirisch durch die biomedizinische Methodik belegbar sind, erweist sich dieses Konzept jedoch als begrenzt, da es nur Fragen und Phänomene einschließt, die kontrolliert, gemessen, gezählt und mit statistischen Methoden analysiert werden können. Malterud (2001) hat die Rolle qualitativer Forschungsmethodik für die Medizin aus der Sicht der klinischen Praxis beschrieben. Die Aufgabe des Arztes sei eine zweifache: den Patienten zu verstehen und die Krankheit zu verstehen. Für das Verstehen von Krankheiten gebe es eine gut untersuchte klinische Methode, für das Verstehen der Patienten jedoch nicht. Die Diagnostik einer Erkrankung werde durch die persönliche Erfahrung des Arztes wesentlich beeinflusst und es gehe nicht allein um objektive, beobachtbare

Fakten. Die Schwierigkeit für die Medizin als Disziplin, so Malterud, sei vielleicht nicht, dass es diese Subjektivität gebe, sondern dass die medizinische Forschungstradition keine Strategien für die Untersuchung von Auswertungsvorgängen (interpretive action), ihrer Dynamik und Konsequenzen habe. Sie zitiert Leders Annahme (Leder 1990, zit.n. Malterud 2001) dass die moderne Medizin mangelhaft sei, weil sie sich anzuerkennen weigere, dass die Ergebnisse von Forschung Folgen von Deutungen sind. In einem Versuch, aller deutenden Subjektivität zu entkommen, läuft die Medizin Gefahr, ihr primäres Subjekt auszumerzen - den lebendigen, erlebenden Patienten. Malterud stellt die Kombination qualitativer und quantitativer Methoden im Sinne einer Triangulierung als Möglichkeit dar, den Unzulänglichkeiten beider Konzeptionen, zu entgehen. Durch die Betrachtung eines Gegenstandes aus verschiedenen Blickwinkeln könne eine genauere oder angemessenere Beschreibung abgegeben werden. Malterud stellt detaillierte Standards und Leitlinien für qualitative Forscher und ihre Untersuchungen dar. Dabei nimmt sie besonders Bezug auf Fragen der Reflexivität im Sinne einer Haltung der systematischen Beachtung des Kontextes der Wissenskonstruktion, besonders der Einwirkung des Untersuchers auf den Untersuchungsgegenstand, auf das Problem der Übertragbarkeit, die sie an die Seite des Konzepts der Validität in quantitativen Studien stellt und auf die Aufgabe der Interpretation und Analyse, für die sie auf eine genaue Beschreibung des Vorgehens bei der Ordnung, dem Vergleich und der Bewertung alternativer Auslegungen fordert.

Die Gegenübertragung als Fokus der Wahrnehmung

In seiner im Original "From anxiety to method in the behavioral sciences" betitelten und in der deutschen Übersetzung etwas ungenau "Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften" lautenden Arbeit weist Devereux (1976) darauf hin, dass die wissenschaftliche Erforschung des Menschen "Angst und infolgedessen Gegenübertragungsreaktionen hervorruft, die wiederum die Wahrnehmung und Deutung von Daten verzerren und Gegenübertragungswiderstände hervorbringen, die sich als Methodologie tarnen und somit weitere Verzerrungen sui generis verursachen. Da die Existenz des Beobachters, seine Beobachtungstätigkeit und seine Ängste Verzerrungen hervorbringen, die sich sowohl technisch als auch logisch unmöglich ausschließen lassen, muß jede taugliche verhaltenswissenschaftliche Methodologie diese Störungen als die signifikantesten und charakteristischsten Daten der Verhaltenswissenschaften behandeln und sich die aller Beobachtung inhärente Subjektivität als den Königsweg zu einer eher authentischen als fiktiven Objektivität dienstbar machen" (ebd., S.17f).

Mit Leuzinger-Bohleber davon ausgehend, dass "in katamnestic Interviews eine intensive Wiederbelebung zentraler Übertragungskonstellationen stattfindet" (Leuzinger-Bohleber 2001, S.165) war zu postulieren, dass die Gegenübertragungsreaktion des geschulten Unter-

suchers relevantes, auf die damalige therapeutische Situation verweisendes Material enthalten würde.

Psychotherapie verstanden als interaktiver Prozeß

Die Psychotherapieforschung habe sich gegenüber qualitativen Ansätzen in dem Maße geöffnet, so postulieren Frommer und Streeck (2003), wie Psychotherapie als interaktiver Prozeß verstanden wurde. Dies sei eher selten aus der Einsicht heraus geschehen, dass "sich die Untersuchung von Psychotherapie nicht auf Kategorien stützen kann, die der Forscher den von ihm untersuchten Prozessen von außen auferlegt, sondern die Perspektive der Akteure selbst aufnehmen muß, wenn sie ihren Untersuchungsgegenstand nicht verfehlen will" (ebd. S.75). Die Autoren unterscheiden zwischen qualitativ-quantifizierenden Ansätzen, bei denen die "hermeneutische Beurteilung des Materials durchgängig mittels vorgegebener Kategorien" vorgenommen werde und die "meist auf numerische Relationen" abzielen und qualitativ-induktiven Ansätzen, bei denen "Qualitäten und damit auch Kategorien in der Auseinandersetzung mit dem empirischen Material allererst gewonnen werden", bei denen "unterschiedliche Beurteilerergebnisse reflexiv in den Forschungsprozess einbezogen werden und numerische Relationen angesichts der jeweiligen Fragestellung nicht von Interesse" sind (ebd. S.75). Nach Buchholz und Streeck (1994) bietet sich hier die qualitative Forschung an, die den "Unterschied zwischen Forscher und Erforschtem zu einem nur noch graduellen [reduziert]; der Beforschte wird 'kompetent', die wissenschaftliche Methodik erscheint nicht mehr substantiell verschieden von den Methoden, mit denen die Menschen ihre alltägliche Welt 'beforschen', um sie zu bewältigen, sondern nur noch nach dem Grade an Präzision und Kohärenz nach" (ebd. S.79).

Bezogen auf die vorliegende Untersuchung forderte die Beforschung der früheren therapeutischen Beziehung ehemaliger Patienten, sie ebenso wie den Untersucher selbst in den Forschungsprozess einzubeziehen. Dies geschah durch das Angebot einer Beziehungskonstellation, die der damaligen Situation im Äußeren wie auch in der Einstellung des Untersuchers weitgehend ähnelte. Gleichzeitig stellte sich der Untersucher mit seinem Erleben des Beziehungsgeschehens zwischen ihm und dem Probanden zur Verfügung, um hieraus auf das "damals" Rückschlüsse ziehen zu können.

Das Konzept des Idealtypus

Das ursprünglich von Max Weber in seiner Schrift "Die 'Objektivität' sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis" erstmals 1904 (Weber 1988) entwickelte Konzept des Idealtypus steht im engen Zusammenhang mit seinem Wissenschaftsverständnis: "Die Sozialwis-

senschaft, die wir betreiben wollen, ist eine Wirklichkeitswissenschaft. Wir wollen die uns umgebende Wirklichkeit des Lebens, in welches wir hineingestellt sind, in ihrer Eigenart verstehen - den Zusammenhang und die Kulturbedeutung ihrer einzelnen Erscheinungen in ihrer heutigen Gestaltung einerseits, die Gründe ihres geschichtlichen So-und-nicht-anders-Gewordenseins andererseits" (Weber 1988, S.170). Weber trennt nach Klotter (1994) "in zwei Arten der Erkenntnis: natur- und kulturwissenschaftlich. Die kulturwissenschaftliche Richtung geht immer von einem Bedeutungszusammenhang aus, aus dem das Erkenntnisinteresse erwächst, und sie zielt auf einen anderen Gegenstand: auf das, wie es Weber nennt, 'historische Individuum'. Es meint ein einmaliges historisches Ereignis, es meint jedoch keine Einzelperson (ebd. S.300)". Um sich diesem "historischen Individuum" anzunähern, wählte Weber den methodischen Begriff der Idealtypenbildung. "Für die Forschung will der idealtypische Begriff das Zurechnungsurteil schärfen: er ist keine 'Hypothese', aber er will der Darstellung eindeutige Ausdrucksmittel verleihen... Er wird gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluß einer fülle diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht, vorhandener Einzelercheinungen, die sich zu jenen einseitig herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem in sich einheitlichen Gedankenbilde. In seiner begrifflichen Reinheit ist dieses Gedankenbild nirgends in der Wirklichkeit empirisch vorfindbar, es ist eine Utopie, und für die historische Arbeit erwächst die Aufgabe, in jedem einzelnen Falle festzustellen, wie nahe oder wie fern die Wirklichkeit jenem Idealbild steht..." (Weber 1988, S.190f). Der Idealtypus soll also der Veranschaulichung, dem Verständlichmachen dienen und "zielt nicht auf Totalität, also nicht auf die sogenannte Erfassung aller Zusammenhänge eines Gegenstandes" (Klotter 1994, S.310).

Uta Gerhardt hat das Webersche Konzept des idealtypischen Verstehens für die Auswertung biographischer Daten mit einem interpretierenden Verfahren weiterentwickelt, das sie "Analyse von Prozeßstrukturen" oder "Verstehende Strukturanalyse" (Gerhardt 1995) nennt. In ihrer Untersuchung der Patientenkarrerien chronisch Kranker hat sie über die Arbeitsschritte Fallrekonstruktion und Fallkontrastierung, Ermittlung "reiner" Fälle, Einzelfallverstehen und zuletzt Strukturverstehen eine Typologie von sozialökonomischen Copingmustern ermittelt. Für Gerhardt wird dieses Verfahren dem "historischen Charakter des biographischen Interviewmaterials gerecht" und bedeute trotzdem "- mit Max Weber gesprochen - eine Parteinahme weder für eine nomothetische (auf soziale Gesetzmäßigkeiten zielende) noch für eine idiographische (auf individualisierende Beschreibung zielende) Theorie" (Gerhardt 1986), S.78). Die methodologische Herleitung des Konzeptes vom Idealtypus hat Gerhard unter Bezugnahme auf Simmel, Schütz und Talcott Parsons vorgelegt (Gerhardt 2001).

Die Verstehende Typenbildung wurde von Stuhr und Wachholz in ihrer bereits erwähnten Katamnesestudie (Wachholz und Stuhr 1999) in Bezug auf die frühere therapeutische Beziehung und den ehemaligen Behandler für die Psychotherapieforschung nutzbar gemacht. Die Methodik kam auch in der Untersuchung über das Selbstkonzept von Gesunden (Stuhr et al. 2001), in der Katamnesestudie der DPV (Leuzinger-Bohleber et al. 2001) sowie in der Untersuchung zur Gegenübertragungsdiagnostik in der Psychotherapie suizidaler Männer (Lindner 2003) zur Anwendung.

Die Fallgeschichte als Forschungsinstrument

In der vorliegenden Arbeit wird das Narrativ der ehemaligen Patienten verwendet, um daraus eine Geschichte der therapeutischen Beziehung im Sinne einer Fallgeschichte zu formulieren. Im folgenden soll der Bedeutung der Fallgeschichte für die Psychotherapieforschung nachgegangen werden.

Kächele (Kächele et al. 1993) stellt Freud's psychoanalytische Fallstudien in einen wissenschaftshistorischen Zusammenhang einerseits der Ablösung der romantischen Verherrlichung des Individuums der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch die Auffassung Wundts, dass alle Menschen im Hinblick auf die interessierenden Merkmale mehr oder weniger gleich seien und andererseits der Gegenbewegung der „verstehenden Psychologie“ Diltheys, die ihre Norm in der Darstellung des Singularen finden sollte. Neben der Ausfaltung der naturwissenschaftlichen Psychologie stoße man, so Kächele (ebd., S.32) auch auf eine Blütezeit der Individualitäts-Thematik. Damit stünden Freud's Kasuistiken im Kontext einer wissenschaftlich-biographischen Forschung, die um die Jahrhundertwende in Psychiatrie und Psychologie einsetzte.

In seinem pointiert mit „Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte“ überschriebenen Buchbeitrag (Meyer 1993) trat A.E. Meyer sehr entschieden dafür ein, sich von der psychoanalytischen „Novellenkultur“ der Freud'schen Fallgeschichten zu verabschieden. Er argumentiert, dass die Psychoanalyse sich weiterentwickelt habe, indem sie ihr Indikationsspektrum auch auf weniger „ungewöhnliche“ und insbesondere „die ‚frühen‘ und die ‚narzisstischen‘ Störungen“ ausgeweitet hat, sich ihre Behandlungstechnik auf die Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung verlagert hat sowie indem sie dem Beitrag des Analytikers zum therapeutischen Geschehen größere Aufmerksamkeit schenkte (als dies Freud mit seinem „Hüh-hott-Kurs“ [ebd., S.66ff] tat). Da es für ihn um die „soziale Pflicht des Öffentlichmachens“ (ebd., S.74) gehe und Wissenschaft eine Bringschuld sei, schlägt Meyer unter anderem die Erstellung einer Basisdokumentation, in der als „Erhebungsprotokoll“ enthalten sein solle, „Wer, wann, wo, wie, was beobachtet, bzw. hernach

welchen Eingriff vorgenommen und anschließend wer, wann, welche Veränderung wie beobachtet und wie festgehalten und wer diese auf welche Weise verdichtet hat“ (ebd., S.75). Eine zentrale Anforderung an diese Dokumentation und ihre „Interaktions-Berichte“, so führt Meyer aus, sei es, die durch sie produzierte „Informations-Überflut“ durch „beobachterübereinstimmende und valide Verdichtungs-Operationalisierungen“ einzudämmen. Ein weiterer Vorschlag Meyer's bezieht sich auf seinen Standpunkt, „dass unsere traditionelle Weise der wissenschaftlichen Argumentation mit Novellen, Krankengeschichten und Vignetten keinen Beweiswert, und Überzeugungskraft nur für die diesbezüglich ohnehin schon Gläubigen“ (ebd., S. 79) habe. Er fordert, dass an deren Stelle „systematische Untersuchungen“ treten sollten, die so angelegt sein sollten, dass „auch die Null-Hypothese oder gar die Gegenhypothese eine Chance“ (ebd., S.79) habe. Meyer schließt seine Ausführungen mit einem Beispiel, wie er sich einen „behandlungsrelevanten Verbatim-Interaktionsbericht (...) entscheidend ergänzt durch das dort-und-damals aktualisierte Wissen und die Emotionen(!) des Behandlers“ (S. 81) vorstellt, ab.

Die „nacherzählend gedeutete Fallgeschichte“

Die Nutzbarmachung der Gegenübertragung für den Erkenntnisprozeß des Forschers erfordert nach Kvale eine "reflektierte Subjektivität" (Kvale 1985). Für Kvale erfordert der Schritt von einem Verständnis von Wissen als Übereinstimmung mit einer objektiven Wirklichkeit zu einem von Wissen als soziales Konstrukt der Wirklichkeit eine Akzentverschiebung weg von einer Beobachtung hin zu einer Konversation und Interaktion mit der sozialen Welt. Der Anspruch auf Wissen muß sich im Dialog beweisen. In der therapeutischen Arbeit mit dem Patienten validiert der Therapeut seine Hypothesen, indem er die Reaktionen seines Patienten auf gegebene Deutungen oder Klarifikationen beobachtet. Das Problem der Validierung stellt sich in der qualitativen Forschung auf besondere Weise, wenn sie sich dem Vorwurf der Subjektivität und Beliebigkeit ausgesetzt sieht. In der vorliegenden Arbeit war es erforderlich, das im Interview erhobene Material, was einerseits aus den gesprochenen und im nächsten Schritt transkribierten Worten und andererseits aus der Gegenübertragungsreaktion des Untersuchers bestand, einem Verdichtungsprozeß zu unterwerfen. Hierfür bot sich die in der Meyer'schen Tradition in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf entwickelte Methode der nacherzählend gedeuteten Fallgeschichte an.

An einem ausführlichen Fallbeispiel erläutert Deneke (1993) seine Antwort auf die Frage: „Wie kommt der Fall zu seiner Geschichte?“, mit der er seinen Artikel in dem von U. Stuhr und ihm herausgegebenen Buch über die Fallgeschichte überschreibt. Deneke geht es um die

Beziehung, die Patient und Analytiker mit dem Eintreten in die Behandlungssituation eingehen: „So erzählt der Patient seine Geschichte deshalb, weil er vom Analytiker Klärung und Hilfe erhofft. Und der Analytiker kann beides nicht leisten, wenn er den Patienten nicht auch in der Beziehung erlebt, um somit über eigene Vorstellungsbilder und Gefühle, die der Patient mit seiner Geschichte in ihm auslöst, einen Zugang zu dem Ungesagten zu finden, das auch zur Geschichte gehört, dem Patienten aber unter Umständen nicht unmittelbar zugänglich ist“ (ebd., S.120). Mit einem Exkurs in die Entwicklungspsychologie des Aufbaues der Repräsentanzenwelt führt Deneke aus, wie in einer aufdeckenden Psychotherapie diejenigen „Erfahrungsmatrizen, die sich aus einzelnen episodischen Beziehungserfahrungen herleiten, die dann als fundamentale Strukturierungs- und Organisationsprinzipien spätere Beziehungen nach ihrem Muster gestalten (...) nacherlebend bewußt werden“ (ebd., S.129). Entsprechend, so Deneke weiter, werde der Patient seine Beziehung zum Analytiker nach den entsprechenden Mustern gestalten, „mit der Konsequenz, dass er in seiner Phantasie oder real alte Episoden als neue inszeniert, sich somit das unbewußte Gestaltungsprinzip gewissermaßen materialisiert.“ Diese Überlegungen wendet Deneke seinen Artikel abschließend auf das eingangs dargestellte Fallbeispiel einer Erstuntersuchung an, in dem er eine deutende Nacherzählung vornimmt. Dabei versucht er „nahe am (vermuteten) Erleben des Patienten“ zu bleiben und sich an einen umgangssprachlichen Duktus zu halten. So werde „1. eine Geschichte der Beziehungen des Patienten, 2. eine Geschichte der Schicksalsverläufe seiner Wünsche und Affekte im Rahmen dieser Beziehungen und 3. eine Geschichte der Funktionen, die er entwickelt hat, um seine Beziehungen, seine Wunschbefriedigungen und Affekte jederzeit so beeinflussen zu können, daß er in den Kernelementen seines Identitätsselbst nicht bedroht wird“ (ebd., S.137). Dem aus seiner Sicht berechtigten Einwand der Subjektivität dieser Hypothesen hält Deneke das von ihm so genannte „kognitiv-emotionale Evidenzgefühl des Patienten“ entgegen. Damit meint er „die Art und Weise, wie der Patient einem Deutungsangebot zustimmt: Seine Betroffenheit, ernste Nachdenklichkeit, seine Freude, sein Schmerz oder seine Dankbarkeit und das im Analytiker daraufhin ausgelöste Evidenzgefühl, daß diese Reaktion des Patienten authentisch ist, authentischer Ausdruck dessen, dass der Patient eine Aussage als auf ihn persönlich zutreffend, als „richtig“ anerkannt hat. Diese Evidenzgefühle sind eine Erfahrung von Gewißheit, die Patient und Analytiker miteinander erlebt haben. Objektiv zu machen sind sie nicht. Objektive Beweiskraft haben sie auch nicht“ (ebd., S.137). Abschließend plädiert Deneke dafür, dass die Analytiker, statt die Fallgeschichte wegen ihrer fraglichen wissenschaftlichen Dignität zu verwerfen, Anstrengungen unternehmen sollten, „methodisches Rüstzeug zu erarbeiten, das ihre Gültigkeits- und Aussagekraft erhöht“, so könne z.B. „die Supervision als Selbstkontrollinstrument genutzt werden, wenn Patienten im Rahmen von Forschungsvorhaben klinisch-analytisch untersucht werden“, wobei „u.a. die Erklärungs-

hypothesen gegen Alternativhypothesen argumentativ vertreten werden“ müssten, also die Falsifizierbarkeit von Hypothesen gegeben sein sollte.

Bisherige Forschungen mit der Verstehenden Typenbildung und der nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichte

In drei Forschungsprojekten sind die beiden oben beschriebenen Konzepte in Verbindung zur Anwendung gekommen: in der Studie aus der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zum Selbstkonzept von „Gesunden“ (Stuhr et al. 2001), in der Studie von Lindner „Idealtypen suizidaler Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie (Lindner 2004) und in der Untersuchung ebenfalls aus dem Therapiezentrum für Suizidgefährdete des UKE zur inneren Welt und den äußeren Lebensbedingungen suizidaler älterer Menschen, die sich bisher nicht in Behandlung begeben hatten (Lindner et al. 2004). Diese drei Untersuchungen sollen aufgrund der Nähe zu der hier vorgelegten Arbeit etwas detaillierter beschrieben werden.

Die „Gesundenstudie“

Die Studie von Stuhr und Mitarbeitern (Stuhr et al. 2001) untersuchte 21 Menschen, die in einem psychoanalytischen Interview berichteten, wie sie glaubten, gesund geblieben bzw. geworden zu sein. Aus diesen Interviews fertigten die Untersucher einen Bericht über die gewonnenen biographischen Daten und eine „nacherzählend gedeutete Lebensgeschichte“, die diese Daten strukturtheoretisch zusammenfaßte. Beide Berichte wurden in einer Supervisionsgruppe, die aus den sieben Untersuchern bestand, diskutiert und die Voten der Diskutanten in die Interviewerversion der „nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichte“ mittels Indices eingefügt. Nach einem weiteren Schritt, in dem diese Version erneut den Diskutanten vorgelegt wurde, um diesen die Möglichkeit zur Abgabe eines Sondervotums zu geben, lag die Endfassung zur qualitativen Auswertung vor. Die verstehende Typenbildung wurde dann in der Gruppe der Untersucher nach den Schritten

„A) Fallrekonstruktion und Fallkontrastierung“ mit der Erstellung einer Liste fallspezifischer Merkmale und einer Reduktion der Komplexität der Beschreibungen in der gemeinsamen Diskussion ,

„B) Ermittlung ‚reiner‘ Fälle“, der optimalen Grenzfälle oder Prototypen, aus denen dann „die idealtypischen, d.h. von konkreten Einzelfällen abstrahierenden Typen konstruiert“ wurden. Diese „sind quasi Konstrukte, die den Hypothesen über ‚Gesundheit‘ den Weg weisen, sie repräsentieren Teil- oder Strukturaspekte über ‚Gesundheit‘ dieser Stichprobe“ (ebd., S. 107),

„C) Einzelfallverstehen“, in dem alle Einzelfälle mit den vorläufig gültigen, bereits definierten sieben Idealtypen konfrontiert wurden. Dabei wurde ein weiterer, bis dahin nicht definierter Idealtypus bestimmt. In diesem Schritt wurde ein „Zielscheibenrating“ durchgeführt, über das die Ähnlichkeiten bzw. Differenzen der jeweiligen Fälle zu den gefundenen Idealtypen visualisiert wurden (ebd., S. 108f) und

„D) Strukturverstehen“ mit der Erstellung einer Rangfolge der Idealtypen, je nach Zahl der Ähnlichkeiten mit anderen Fällen.

In einer abschließenden Gesamtschau schränken die Autoren u.a. ein, dass die Anzahl der untersuchten Probanden gering war, dass diese über eine Zeitungsanzeige gewonnen wurden und damit eine Stichprobe „forciert Gesunder“ darstellen, sowie dass durch die retrospektive Anlage der Studie offen bleiben müsse, ob die Probanden gesund und damit das Merkmal „gesund“ zeitstabil sein wird.

Als letztes werden der Forschungsansatz bewertet und einzelne methodische Schritte kritisch kommentiert. Dabei wird die Darstellung der individueller lebensgeschichtlicher Entwicklungen in Form der „nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichte“ als insgesamt realisierbar befunden. Die Kontrolle der diagnostischen Befunde eines Psychoanalytikers durch einen Super- bzw. Intervisionsprozeß einer Gruppe von Psychoanalytikern zu kontrollieren sei sinnvoll und notwendig um die Validität der Befunde zu erhöhen und die Gefahr einzugrenzen, dass diese durch persönliche Wahrnehmungs- und Beurteilungstendenzen verzerrt werden. Der typologische Forschungsansatz wird als „grundsätzlich (...) sehr fruchtbar“ beurteilt, besonders der Erhalt des lebendigen klinischen Bezugs zur Lebenswirklichkeit der Probanden der Stichprobe wird hervorgehoben. Kritisch wird in Frage gestellt, ob die Idee des Idealtypus „angesichts der hochgradigen Komplexität und Individualspezifität lebensgeschichtlicher Entwicklungs- und Strukturierungsprozesse (...) nicht doch einer zu starke Abstraktion darstellt“, so dass man es realistischer- und bescheidenerweise bei der Ebene der Prototypen bewenden lassen würde.

Die Kombination dieses qualitativen mit einem empirisch-quantitativen Forschungsansatz, wie er in der parallel durchgeführten Befragung der Probanden mit dem Narzissmus-Inventar (Deneke et al. in Vorbereitung) realisiert wurde, stelle eine sinnvolle Ergänzung dar.

Das „Männerprojekt“

Die Studie von Lindner (2004) untersucht die Suizidalität und die Beziehung zwischen suizidalen Männern und ihren Psychotherapeuten. Dafür wurde aus den männlichen Patienten des TZS eine Zufallsstichprobe von 20 Patienten gezogen. Ausgewählt wurden die letzten fünf Patienten von jedem der vier Psychotherapeuten, die vor einem bestimmten Stichtag zu mindestens fünf Therapiestunden erschienen waren. Dieses Vorgehen stellte sicher, dass weder

Therapeut noch Patient während der Behandlungsstunden wußten, dass diese Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung sein würden.

Es gehört zur klinischen Praxis des TZS, dass nach jeder Stunde ein Stundenprotokoll von etwa einer DIN-A-4-Seite verfasst wird, somit lagen diese Protokolle bereits vor. In einem weiteren Schritt verfassten alle Therapeuten zu jedem Fall aus diesen ersten fünf Stundenprotokollen einen Fallbericht, der die Abschnitte „Verlauf der ersten fünf Therapiestunden unter Berücksichtigung von Übertragung und Gegenübertragung“, „Suizidalität“ und „Biografie“ enthielt (ebd., S. 105). Die biografischen Angaben erfolgten in Anlehnung an das Prinzip der „nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichte“ wie bereits oben beschrieben. Dabei wurde entsprechend der geschlechtsbezogenen Ausgangsfragestellung besonders auf Aspekte der männlichen Identitätsentwicklung abgehoben.

Als nächster Schritt folgte eine Forschungsfallsupervision, an der die beteiligten Therapeuten, der Leiter des TZS und der für die wissenschaftliche Begleitforschung zuständige Diplom-Psychologe teilnahmen. An diese waren einige Tage zuvor die oben beschriebenen Fallberichte ausgehändigt worden. In der Fallsupervision wurde das Gegenübertragungserleben der Mitglieder geklärt, die Bedeutung und Funktion des die Suizidalität auslösenden Konfliktthemas diskutiert, die Beziehungsvorstellungen des Patienten und Hinweise auf das Schicksal der Entwicklung der Geschlechtsidentität und ihres Zusammenhanges mit der aktuellen Problematik erfasst, außerdem Überlegungen zum Zusammenhang von Struktur und Regression angestellt und Erinnerungen an ähnlich erscheinende Patienten aufgenommen. Bezogen auf das „Dreieck der Einsicht“ von Menninger und Holzmann bestehend aus „therapeutischer Beziehung“, „Symptomatik“ und „Biografie“ wurde anschließend in „fallkondensierenden Zweier-Diskussionen“ (ebd., S.106) eine weitere Verdichtung des Materials erreicht.

Der nächste Schritt, wiederum in einer Gruppendiskussion diente der Fallkontrastierung und Identifizierung prototypischer Fälle.

Mittels des von Stuhr und Kollegen beschriebenen Zielscheibenratings wurde dann jeder einzelne Fall mit jedem der gefundenen Prototypen hinsichtlich Ähnlichkeit bzw. Differenz verglichen. Auch dieser Schritt wurde in einem Diskussionsprozess durchgeführt, bis eine gemeinsame Einschätzung gefunden wurde.

Der letzte Schritt der qualitativen Auswertung bestand in der „Strukturanalyse und Bildung idealtypischer Steigerungen“ (ebd., S.108) mit den Unterschriften des idealtypenbildenden Strukturverstehens, das von einer grafischen Darstellung ähnlicher Prototypen zu idealtypischen Clustern führte und des anschließenden hypothesenprüfenden Strukturverstehens, bei dem verschiedene Fragestellungen wie Alter, Familienkonstellation, Bedeutung des Körpers, Fremdaggressivität u.ä. in den verschiedenen Idealtypen untersucht wurden (ebd., S.109).

Die Triangulation in der Studie von Lindner fand über „Between-Method-Triangulation“ (Verknüpfung aus unterschiedlichen Quellen erhobener Daten), „Investigator-Triangulation“ (Überprüfung der Ergebnisse des einzelnen Untersuchers durch die Supervisionsgruppe) und die „Theorien-Triangulation“ (Diskussion nicht-kompatibler theoretischer Grundannahmen über den untersuchten Gegenstand und die Methode) statt. Des Weiteren wurde der gesamte Forschungsprozess durch eine kontinuierliche Forschungssupervision und durch Diskussionen mit anderen Expertengruppen begleitet.

Das „Altenprojekt“

Aus der klinischen Praxis des Therapiezentrums für Suizidgefährdete entstand die Frage, warum einerseits die Suizidraten im höheren und hohen Lebensalter dramatisch ansteigen, sich jedoch nur relativ wenige ältere Menschen ratsuchend an das TZS wenden. Um über die innere Welt und die äußeren Lebensbedingungen suizidaler älterer Menschen, die sich bisher nicht in Behandlung begeben hatten, mehr zu erfahren, wurde ein Forschungsprojekt konzipiert. In der hier darzustellenden explorativen Vorstudie wurden in einer Verknüpfung qualitativer und quantitativer Methoden 30 Menschen ab einem Alter von 60 Jahren untersucht. Dabei fand sowohl das Konzept der „nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichte“ als auch das der Verstehenden Typenbildung in den folgenden Teilschritten Anwendung:

1. Durchführung von Tiefeninterviews durch zwei klinisch-psychiatrisch sehr erfahrene Psychotherapeuten mit tiefenpsychologischer Ausbildung mit 30 Probanden, die sich spontan auf eine Pressemitteilung hin meldeten, über geriatrische bzw. psychiatrische Abteilungen, Pflegedienste bzw. ein Zentrum für Ältere vermittelt wurden. Zum Teil wurden die Probanden bei sich zuhause aufgesucht, zum Teil fanden die Interviews am Ort der stationären Behandlung oder im TZS statt. Nach jedem Interview wurde ein Protokoll zur Szene und zur Gegenübertragung angefertigt.
2. Transkription der auf Tonträger aufgezeichneten Interviews.
3. Erstellung von nacherzählend gedeuteten Lebensgeschichten aus diesen Transkripten unter Zuhilfenahme der Protokolle.
4. Fallsupervision zu 6 Fällen.
5. Durchführung eines "Forschungsmarathons" über 5 Tage mit zwei weiteren Forschern, die sich zuvor intensiv mit den 30 gedeuteten Lebensgeschichten auseinandergesetzt hatten mit den Schritten:
 - 5.1. Diskussion einzelner Fälle und sich daraus ergebender übergeordneter Konstruktionen

- 5.2. Vergleich weiterer Fälle mit dem diskutierten Fall und den Konstruktionen, dies im stetigen Wechsel von Fall und Abstraktion
- 5.3. Suche nach Ähnlichkeiten und Differenzen in Biografie, Dynamik der Suizidalität und Übertragungsgeschehen im Interview vor einem psychoanalytischen Verstehenshintergrund
- 5.4. Zusammenlagerung ähnlicher Fälle, idealtypische Konstruktionen werden hierzu formuliert
- 5.5. Der Fall, der die idealtypische Konstruktion am besten verdeutlicht, wird als Prototyp definiert und mit einer kennzeichnenden Formulierung versehen.

Auf diese Weise wurden vier Bereiche idealtypischer Konstrukte gefunden:

- Ein "aggressives Übertragungsangebot" mit den Idealtypen "Der Selbst-Ausmacher", "Die menschliche Zitrone" und "Die Ent-Täuschung".
- "Angriff von Außen fördert Autonomie und Aggressionskonflikte" mit den Idealtypen "Das bedrohende Autonomie-Phantasma" und "Der überlebte Konflikt".
- "Konflikthafte Erleben der früheren Objektbeziehung wird suizidal reaktualisiert" mit den idealtypischen Konstellationen "Schiffbrüchig nach hartem Lebenskampf" und "Fassungslos gefasst".
- Eine Kategorie "Schwere chronifizierte Regression" mit dem Idealtyp "Die Haltlosen".

Jeder Idealtyp wurde hinsichtlich seiner psychodynamischen Funktion und des Übertragungsangebotes beschrieben.

Als gemeinsame, alle Typen umfassende Basis wurde formuliert:

Der zentrale unbewusste Wunsch ist, in seinem So-Sein unvoreingenommen angenommen zu werden. Der Helfer soll mütterlich-väterlich liebevoll-wissend, nicht wertend und infragestellend aufnehmen und zuhören.

Diese Typologie war dann in einem nächsten Schritt des Forschungsprojektes Ausgangsmaterial für die Konstruktion eines standardisierten Fragebogens zur Erfassung der inneren Welt und Lebenssituation älter Suizidgefährdeter.

2. Material und Methode

2.1. Klinische Voraussetzungen dieser Untersuchung

Die vorliegende Untersuchung entstammt dem Wunsch der Mitarbeiter des Therapiezentrums für Suizidgefährdete mehr darüber zu erfahren, wie sie als Therapeuten und ihre therapeutische Arbeit im Rückblick von den von ihnen behandelten Patienten erlebt werden, also sich beforschen zu lassen. Dieser Wunsch traf auf das aus der klinischen psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit in der Versorgungsklinik entstandene Interesse des Untersuchers an einer Forschungsarbeit zur Evaluation von psychotherapeutischen Behandlungen.

Die Arbeit ist eingebettet in die wissenschaftliche Evaluation, die von Herrn Dipl.-Psych. G. Fiedler konzipiert ist und von der Forschungsgruppe „Suizidalität und Psychotherapie“ des TZS verfolgt wird.

2.1.1. Das TZS und sein psychotherapeutischer Ansatz im Verständnis von Suizidalität

Das Therapiezentrum für Suizidgefährdete wurde 1990 von Prof. P. Götze als Einrichtung des Universitätskrankenhauses Eppendorf der Universität Hamburg aus Mitteln einer privaten Spende und eines Investitionskostenzuschusses des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung gegründet. Es besteht aus der Ambulanz für die psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung suizidal dekompenzierter Patienten sowie der Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie".

Die Ambulanz bietet ein spezialisiertes Behandlungsangebot für klinisch schwer gestörte Patienten in akuten suizidalen Krisen an. In der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ist in einer solchen Situation ein unmittelbarer Therapiebeginn in der Regel nicht möglich. Die Stellung des TZS als Einrichtung zwischen der ambulanten psychotherapeutischen Praxis und der psychiatrischen Klinik teilt sich dem Besucher schon äußerlich mit, wenn er auf das separat am Rande des Krankenhausgeländes gelegene kleine Gebäude zugeht.

Im klinischen Kontext des TZS wird die Auffassung vertreten, dass Suizidalität "auf einen objektbezogenen Konflikt verweist" und die These vertreten, dass "die den Suizidversuch/Suizid motivierenden äußeren Anlässe im Sinne einer konflikthaften Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Objekten eine Aktualisierung pathologischer frühkindlicher Objekterfahrungen und internalisierter Selbstbilder bedeutet" (Götze et al. 2002).

Der Fokus der Behandlung liegt entsprechend ihrer psychoanalytischen Fundierung „auf der zu suizidalem Verhalten führenden inneren Dynamik und nicht allein – wie bei der Krisenintervention – auf der krisenhaft erlebten auslösenden äußeren Situation. (...) Die Reaktualisie-

nung der inneren Konflikte und deren Reinszenierung in der therapeutischen Beziehung ist das wesentliche Moment der psychotherapeutischen Arbeit“ (Gerisch et al. 2000, S.15). Dabei ist „die beständige Analyse der spezifischen Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle“ (ebd., S.19) nicht nur zentraler Aspekt der therapeutischen Grundhaltung, sondern sollte, so fordern Lindner und Gerisch (1997) „generell in der Behandlung und Erforschung Suizidaler ihre Berücksichtigung finden“. Das therapeutische Vorgehen ist den Besonderheiten der Patientengruppe angepasst: die Haltung der Therapeuten ist eine aktivere als sonst in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie üblich, die Flexibilität hinsichtlich der Anzahl und Dauer der Stunden ist größer und es gibt die Möglichkeit von telefonischen Kontakten oder Adhoc-Gesprächen in Krisen wie auch der psychopharmakotherapeutischen Mitbehandlung. Die Behandlungen sind auf eine Dauer von 15-25 Terminen in einem Zeitraum von 3-6 Monaten ausgerichtet.

Die Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie", zu der neben den Mitarbeitern des TZS in den verschiedenen Projekten auch externe Wissenschaftler, Doktoranden und Diplomanden gehören, untersucht das Verständnis und die Therapie suizidalen Erlebens und Verhaltens. Schwerpunkte liegen dabei in der Entwicklung und der Evaluation von Behandlungskonzepten für die Psychotherapie suizidalen Erlebens und Verhaltens (Götze et al. 2002; Götze et al. 2003; Götze und Mohr 2003), der Untersuchung geschlechtsspezifischer Aspekte (Gerisch 1998, 2003; Lindner 2003; 2004), der Erforschung der Suizidalität Älterer (laufendes Forschungsprojekt) und der epidemiologischen Untersuchung von Versorgungsstrukturen für die Behandlung Suizidaler (Fiedler 2002; Fiedler et al. 1999).

2.1.2. Das Katamneseprojekt des TZS

Seit seiner Gründung wird die Arbeit des TZS durch eine wissenschaftliche Evaluation begleitet. Unter der Leitung des Diplom-Psychologen Georg Fiedler ist so eine umfangreiche Datensammlung entstanden, in die Anfangs-, Zwischen-, End- und Nachbefragungen der Patienten mit Angaben zu Vorgeschichte, Vorerkrankungen, Vorbehandlungen und aktuellem Befinden, die SCL-90, das IIP sowie die Stundenprotokolle der Behandler eingehen. In mehreren Publikationen sind in den vergangenen Jahren Ergebnisse aus dem Katamneseprojekt mitgeteilt worden (Fiedler et al. 1999; Fiedler et al. 2003).

Neben der wissenschaftlichen Verwendung der Daten dient die Begleitevaluation auch der Qualitätssicherung.

2.1.3. Die Therapeuten des TZS

Zum Zeitpunkt der hier untersuchten Behandlungen bestand das Personal der Ambulanz des TZS aus dem Leiter der Einrichtung, vier therapeutischen Mitarbeitern davon zwei Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie und zwei Diplom-Psychologinnen mit mehrjähriger klinischer bzw. komplementärer psychiatrischer Erfahrung, drei der therapeutischen Mitarbeiter sind Psychoanalytiker, einer ist Psychotherapeut, einem weiteren Diplom-Psychologen, dem die wissenschaftliche Begleitung wie auch die Koordination und Organisation von Forschungsaktivitäten obliegt und zwei Sekretariatsmitarbeiterinnen, beide mit einem Hochschulabschluss und besonderer kommunikativer Kompetenz zur Herstellung des ersten Kontaktes mit anrufenden bzw. vorsprechenden, akut suizidalen Patienten.

2.1.4. Die Patienten des TZS – Diagnosen, Behandlung und demografische Daten

Zwischen 1990 und 1999 wurde das TZS von 1470 Patienten aufgesucht, davon waren 892 Frauen (60,7%) und 578 Männer (39,3%). Der Altersschwerpunkt lag zwischen 21 und 40 Jahren, 59% waren ledig, 44% lebten allein. Ein Drittel der Patienten erhielt eine Behandlung mit zwischen 11 und 50 therapeutischen Sitzungen mit einem Mittelwert von 24 therapeutischen Gesprächen. Dies entspricht einem Zeitraum von drei Monaten bis zu einem Jahr. Zahlen über die Anteile kürzerer bzw. längerer Behandlungen liegen nicht vor.

Unter den Diagnosen dominierten neurotische und Belastungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen. Psychiatrische Vorbehandlungen hatten 44,8%, über psychotherapeutische berichteten 47,5%. Im Anschluß an die Behandlung im TZS bleiben 25,5% ohne weitere Therapie, 19,3% werden ambulant und 18,2% stationär weiter behandelt, 16% brechen die Therapie ab.

Zu Suizidversuchen in der Vorgeschichte geben 41,4% der Patienten keines, 34,5% eins und 24,1% mehrere Ereignisse an. Mehr als 40% dieser Suizidversuche lagen zum Zeitpunkt des Behandlungsbeginns bereits länger als 6 Monate zurück, nur etwa ein Viertel hatte in den Tagen zuvor stattgefunden. (Datenangaben nach Fiedler et al. 1999 und Lindner 2004)

2.1.5. Der Untersucher

Zum Zeitpunkt der Untersuchung war der Untersucher als Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie qualifiziert und als Oberarzt in einer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie eines Versorgungskrankenhauses tätig. Die Verbindung zur beforschten Ein-

richtung kam über einen der dort tätigen Psychotherapeuten durch die gemeinsame Arbeit in einer Intervisionsgruppe zustande.

2.2. Die untersuchten Patienten

Die Probanden wurden dem Untersucher durch die Projektleiter zugewiesen. Der Untersucher hatte keine Vorinformationen, weder zur Person der Probanden bzw. des früheren Therapeuten, noch zum damaligen Therapiegeschehen bzw. zum Anlass der Behandlung im TZS.

2.2.1. Auswahlkriterien der untersuchten Patienten

Aus einer Stichprobe von 130 Patienten des TZS, deren Behandlung länger als 1 Jahr zurück lag, deren Behandlung mindestens 15 Stunden umfaßte und von denen sowohl die Anfangs- als auch die Abschlußbefragung als Material vorlag, sollten 24 Patienten gefunden werden, mit denen eine Befragung durchgeführt werden konnte. Dabei sollten von allen Therapeuten Patienten mit sowohl relativ kurzen als auch relativ langen Behandlungen vertreten sein. Ebenfalls sollten längere und kürzere Katamnesezeiträume erfasst werden.

Ausschlusskriterien waren:

- Zurückliegen des Behandlungsabschlusses < 1 Jahr,
- nicht Auffindbarkeit des Patienten, auch mittels Nachforschung durch Orts- bzw. Einwohnermeldeämter sowie
- fehlendes Einverständnis zu weiterer Nachbefragung im Abschlußfragebogen.

Mit der Stichprobenauswahl wurde versucht, möglichst diejenige Stichprobe des TZS abzubilden, die sich in eine Psychotherapie im Sinne eines therapeutischen Prozesses begeben hatten. Patienten, die nur relativ kurz in Behandlung waren, bzw. die Behandlung abbrachen, sollen in einer weiteren Studie untersucht werden.

Aus der Stichprobe wurde eine Zufallsauswahl getroffen, so dass von jedem der vier Therapeuten drei männliche und drei weibliche Patienten, sowie für jede der entstandenen 8 Gruppen eine Ersatzperson ausgewählt wurde. Die Liste umfaßte 32 Personen, von denen 24 befragt werden sollten. Im nächsten Schritt sollten die jeweils ersten beiden der 8 Gruppen angeschrieben und um Zustimmung zur Kontaktaufnahme zwecks Terminvereinbarung gebeten werden. Dann die dritten auf den Listen und die vierte sollte als Ersatzperson fungieren.

Bei der Abarbeitung dieser Auswahlsschritte zeigte sich, dass die Ein- und Ausschlusskriterien keine homogene Verteilung der Patienten-Therapeuten-Zuordnungen ermöglichten, auch fanden sich letztlich nur 20 mit einem persönlichen Gespräch einverstanden. Therapeut M1 ist letztlich mit 8 Behandlungen vertreten, zusätzlich zu den 6 Probanden die zufällig ausgewählt

wurden, wurden zwei weitere Probanden einbezogen, die initial von Therapeut M1 zur Einübung des Interviewers in die Methode genannt worden waren und sich mit einer Befragung einverstanden erklärt hatten.

Aufgrund der explorativen Fragestellung der Untersuchung, bei der eine Repräsentativität der Stichprobe nicht erwartet wird, entschlossen wir uns, die Studie mit dieser Zahl an Probanden und Patienten-Therapeuten-Zuordnung durchzuführen.

2.2.2. Soziodemografische Daten und Diagnosen nach ICD-10

Die untersuchte Stichprobe stellt sich wie folgt dar:

Fallnr. Code	geb. Mt./J. Alter bei Ende der Behandlung	m/w	Familienstand	Wohnsituation	Katamnesezeitraum in Monaten	Behandlungsdauer in Stunden	TherapeutIn	Diagnose nach ICD-10
1 A	11/1960 35	w	ledig	allein	71	33	M1	F60.8
2 B	12/1947 50	w	verh.	Partner	37	94	M1	F43.2, 10.2
3 C	10/1967 29	m	ledig	allein	56	37	M1	F43.2, 60.8
4 D	05/1960 36	w	ledig	allein	29	98	F2	F43.2, 60.31
5 E	07/1945 54	w	gesch.	allein	31	44	F1	F42.1, 60.6
6 F	07/1960 41	w	ledig	allein	15	48	M2	F43.2, 60.7
7 G	04/1965 35	w	getr.	allein	17	50	F1	F43.2
8 H	04/1957 41	w	verh.	Partner	45	72	M1	F43.25
9 I	03/1970 29	m	ledig	allein	35	74	F1	F43.20
10 J	04/1936 64	w	verw.	allein	25	52	F2	F43.21, 32.1
11 K	06/1963 36	m	ledig	allein	34	25	M1	F32.1, 60.5
12 L	10/1978 20	w	ledig	Partner	34	23	M2	F60.7, 50.0
13 M	11/1964 36	m	ledig	allein	19	28	M1	F43.22
14 N	07/1950 48	m	ledig	allein	37	40	M2	F60.1
15 O	01/1964 36	m	ledig	allein	28	43	M1	F34.1, 60.82
16 P	01/1964 36	m	ledig	allein	25	39	F1	F43.2
17 Q	06/1970 29	m	ledig	Eltern	35	34	F2	F60.8, 43.21
18 R	10/1966 33	w	verh.	Partner	30	37	M1	F43.20
19 S	08/1974 24	w	getr.	allein	56	80	F1	F60.7
20 T	04/1974 24	w	ledig	allein	26	36	M2	F60.31, 66.8
Mittelwerte:	36,8				34,25	49,35		

Tabelle 1: Übersicht über die Stichprobe

Es wurden 12 Frauen und 8 Männer untersucht.

Das durchschnittliche Alter bei Beendigung der Behandlung im TZS betrug 36,8 Jahre, die jüngste Patientin war 20, die älteste 64 Jahre alt. Zum Zeitpunkt der Befragung betrug das Durchschnittsalter 39,85 Jahre, die jüngste Probandin war 23, die älteste 66 Jahre alt.

Nur 5 Probanden lebten mit Partner bzw. Ursprungsfamilie zusammen, die überwiegende Mehrzahl ist ledig und lebt allein.

Der Median der Behandlungsstunden liegt bei 41,5 Stunden, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 49,35 Stunden. Die kürzeste Behandlung umfaßte 23, die längste 98 Stunden. Zehn der Behandlungen dauerten über 40 Stunden

Der durchschnittliche Katamnesezeitraum betrug 34,25 Monate, der Median liegt bei 32,5 Monaten. Der kürzeste Zeitraum betrug 15, der längste 71 Monate.

Am häufigsten wurde die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt, bei mehr als der Hälfte der Probanden wurde zusätzlich oder als Erstdiagnose eine Persönlichkeitsstörung gefunden.

	m	w	ges.
Anzahl	8	12	20
Familienstand:			
ledig	8	5	13
verheiratet	0	3	3
getrennt/geschieden	0	3	3
verwitwet	0	1	1
Wohnsituation:			
alleinlebend	7	8	15
Partner	0	4	4
mit Eltern	1	0	1
Alter bei Ende der Behandlung:			
20-29	3	3	6
30-39	4	4	8
40-49	1	2	3
50-59	0	2	2
> 60 Jahre	0	1	1
Behandlungsstunden:			
< 26	1	1	2
26 - 50	6	6	12
51 - 75	1	2	3
> 75 Stunden	0	3	3

Tabelle 2: geschlechtsdifferenzierte Beschreibung der Stichprobe

2.3. Durchführung der Interviews

Der Untersucher nahm mit denjenigen Probanden, die sich mit einem Nachuntersuchungsgespräch einverstanden erklärt hatten, meist telefonisch Kontakt auf und vereinbarte einen Gesprächstermin. Im Anschreiben war offengelassen worden, ob das Gespräch „in der Klinik“ oder bei dem Probanden zuhause stattfinden würde. Im Vorfeld war entschieden worden, die Katamneseinterviews nicht in den Räumen des TZS durchzuführen, um eine zu direkte Verbindung zwischen der damaligen Therapie und dem Forschungsinteresse, wie auch eine Begegnung mit dem damaligen Therapeuten zu vermeiden. Die Option, die Probanden bei sich zuhause aufzusuchen, war als Entgegenkommen gedacht gewesen, hiervon machten nur zwei Patienten Gebrauch, eine Patientin wurde an ihrem Arbeitsplatz aufgesucht. Das Gespräch mit einem weiteren Patienten fand in der hausärztlichen Praxis eines Kollegen in einer anderen Stadt, in die der Patient verzogen war, statt. Die meisten Gespräche wurden letztlich in den Räumen einer anderen, ebenfalls psychotherapeutisch ausgerichteten Einrichtung auf dem

Gelände des UKE geführt. Dieser sonst für psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlungen genutzte Raum hatte somit durchaus Ähnlichkeiten mit den Räumen, in denen die damaligen Behandlungen stattgefunden hatten.

Das Gespräch selbst fand ähnlich wie ein psychotherapeutisches Erstgespräch statt, d.h. nach einer kurzen Einleitung, in der die Zustimmung zur Tonaufzeichnung erfragt wurde und einer Wiederholung des bereits im Anschreiben geschilderten Anliegens wurde die Forschungsfrage: "Woran erinnern Sie sich in Bezug auf Ihre damalige Therapie und Ihren Therapeuten?" gestellt.

Für diesen offen gehaltenen Teil des Interviews waren etwa 45 Minuten zur Verfügung. Im letzten Teil des Interviews wurden halbstandardisierte Fragen zur aktuellen Lebenssituation, Partnerschaft, zur Inanspruchnahme weiterer psychotherapeutischer, psychiatrischer oder stationärer Hilfen, erneuten Krisen, Suizidgedanken und -versuchen gestellt.

Das Gespräch wurde nach erteilter Zustimmung der Probanden auf Tonträger aufgezeichnet. Der Untersucher richtete seine Aufmerksamkeit sowohl auf das szenische Geschehen, als auch auf die eigenen Gegenübertragungsgefühle und fertigte nach dem Interview hierüber ein kurzes Protokoll an.

2.4. Fallrekonstruktion

Das auf Tonträger aufgezeichnete Gespräch wurde in einem nächsten Schritt verbatim transkribiert und entsprechend dem Vorschlag von Deneke (1993) zu einer „deutend nacherzählten Fallgeschichte“ verdichtet.

Jedes Interviewtranskript umfaßte etwa 20 Seiten Text, so dass insgesamt etwa 400 Seiten Material auszuwerten waren. Für die Zwecke dieser Untersuchung, bei der dem Untersucher keine Einzelheiten aus der früheren Behandlung bekannt waren und eben auch keine Details aus der Lebensgeschichte, lag der Schwerpunkt ganz auf einer Erfassung des szenischen Heranges sowie des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens im aktuellen Interview. In der Betonung der Bedeutung der Gegenübertragung unterscheidet sich das hier gewählte Vorgehen von der Untersuchung von Wachholz und Stuhr (1999), bei der der Typenbildung die transkribierten Passagen zum erinnerten Therapeutenbild aus den Katamneseinterviews zugrunde gelegt wurden.

In Anlehnung an die Systematik von Deneke (ebd., S.134ff) und Stuhr (Stuhr et al. 2001) wurde der transkribierte Interviewtext unter wiederholtem Rückgriff auf die originale Tonaufzeichnung bearbeitet und in folgende Abschnitte gegliedert :

1. Schilderung der Szene des Interviews

2. Schilderung der Gegenübertragungsgefühle des Interviewers und ggf. deren Veränderung im zeitlichen Verlauf des Interviews
3. Nacherzählung der Geschichte der Erinnerungen an den Therapeuten
4. Nacherzählung der Geschichte der Erinnerungen an die Therapiesituation
5. Zusammenführung von 1. – 4.
6. Abschließender Leitsatz

Die auf diese Weise verdichteten Fallgeschichten umfaßten jeweils 3 - 4 Seiten.

2.5. Fallkontrastierung und Identifikation prototypischer Fälle

In einem schrittweisen Vorgehen wurden auf einer großen Pinwand Karten mit den Probandenkürzeln unter den Aspekten von Ähnlichkeit und Differenz verschoben, bis schließlich ähnliche Fälle beieinander liegen blieben. Der Findungsprozeß wurde protokolliert und ist im Anhang dokumentiert.

Aus den Gemeinsamkeiten der Fälle wurden dann 8 prototypische Bereiche entwickelt. Drei dieser Bereiche wurden zu einer übergreifenden Gruppe zusammengefasst, außerdem wurde ein Sonderfall abgegrenzt.

Innerhalb der prototypischen Bereiche wurde dann derjenige Fall bestimmt, der diesen Bereich am besten repräsentiert. Dabei orientierte sich der Untersucher an der Vorstellung, dass sich das Erinnern der Probanden darauf bezieht, wie sie die Beziehung zu ihrem damaligen Therapeuten konstellierte, um diese in optimaler Nähe bzw. Distanz aufrecht erhalten zu können.

3. Ergebnisse

3.1. Prototypen der Erinnerung an die Therapie und den Therapeuten

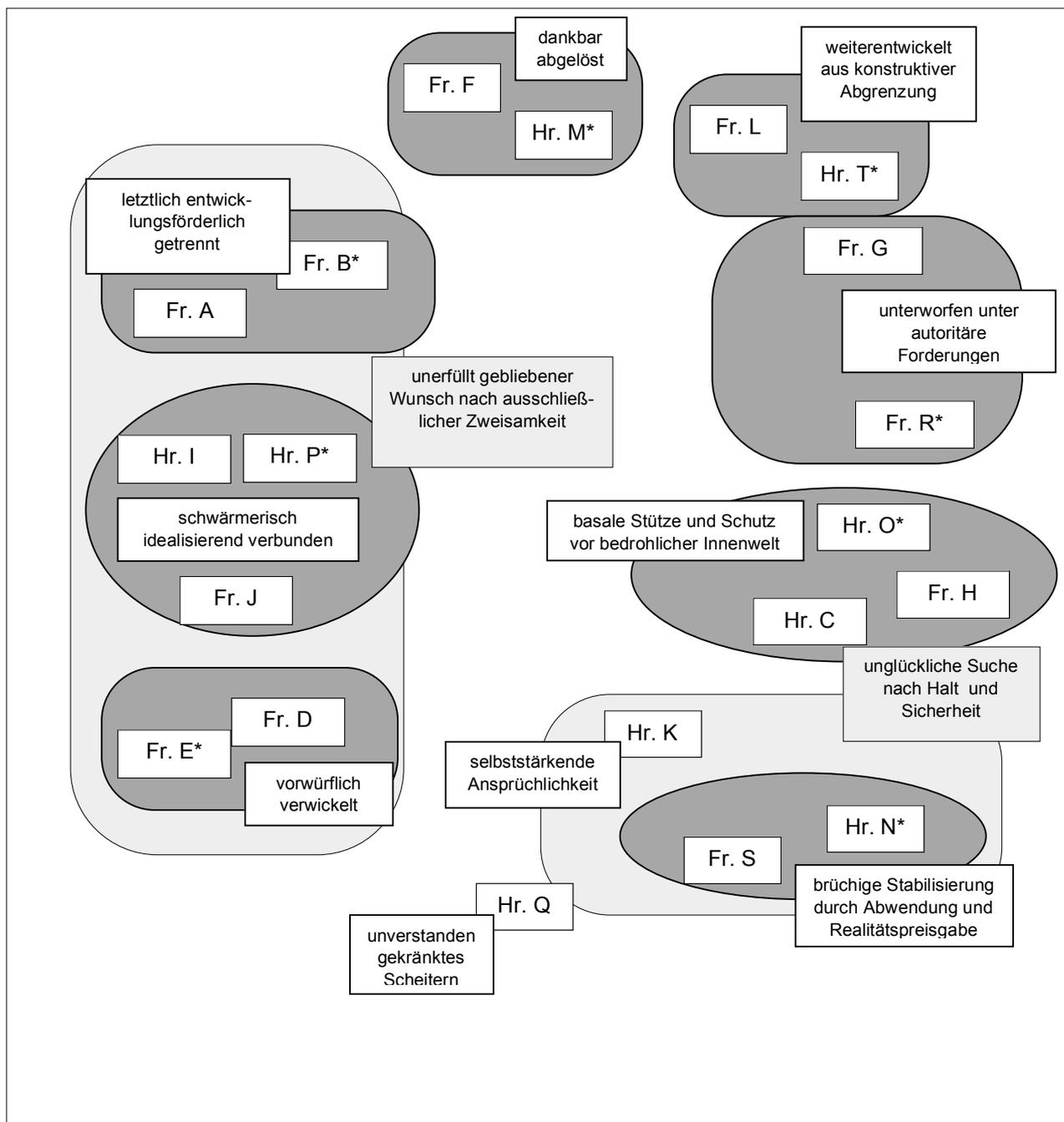


Abb. 1: Prototypen der Erinnerung an die Therapie und den Therapeuten

Die prototypischen Bereiche (dunkelgrau) mit ihren Modi der Beziehungsgestaltung, die sie vertretenden Prototypen sind mit * gekennzeichnet, die übergreifenden Felder sind hellgrau schraffiert

Frau E repräsentiert prototypisch einen **Modus des Verwickeltseins** in eine Beziehung, in der sie das Gegenüber kontrollieren kann, Versorgungswünsche werden tendenziell projektiv abgewehrt. Das Ende der Behandlung wird von ihr bestimmt, aus Angst davor, weggeschickt

zu werden, geht sie lieber selbst. Über die Beendigung hinaus ist sie mit ihrer Therapeutin vorwürflich verbunden. Bei diesem Modus geht es darum, sich an das Objekt anzuklammern. Auch der nächste Prototyp thematisiert die über das Ende der Behandlung hinaus fortgesetzte Beziehung. Hier repräsentiert **Herr P** einen **Modus der dramatisierenden Beziehungsgestaltung**, hinter der, weitgehend verleugnet, Nähewünsche verborgen gehalten werden. Das als bedrohlich erlebte Ende der Therapie wird ebenfalls verleugnet, über Wunschphantasien wird die Beziehung innerlich aufrechterhalten.

Der **Modus der Verführung und des Als-ob** wird von **Frau B** vertreten. Ihr Ringen um die Kontrolle aggressiver Affektdurchbrüche, die sich fremd- wie autoaggressiv äußern könnten, kommt durch eine Idealisierung der damaligen therapeutischen Beziehung und eine Isolierung von Enttäuschungswut angesichts der Realität von Endlichkeit und Differenz zum Ausdruck. Die Behandlung wird dabei jedoch eindeutig als abgeschlossen und zurückliegend erlebt.

Herr M regrediert in der Interviewsituation eindrucksvoll auf die Verfassung der damaligen Therapie und findet – genauso eindrucksvoll – daraus heraus. Er sah sich in der Therapie ernst genommen, was ihm ermöglichte, sich mit seinen „inneren seelischen Landschaften“ zu beschäftigen. Dieser Patient steht für den **Modus des sich einlassen Könnens auf eine als hilfreich erlebte Beziehung** („ein sehr intensives Vertrauensverhältnis“). Dieser Modus ist darüber hinaus von einer großen Flexibilität in der Annäherung und wieder Entfernung vom Objekt gekennzeichnet. Das Ende der Behandlung wird differenziert beschrieben. Insbesondere kann die Ambivalenz zwischen dem Entsetzen angesichts des Weggeschickt-werdens und dem eher stolzen Gefühl, dass ihm dieser Schritt nun zugetraut wird, zugelassen werden. Auch hier wird die Behandlung klar als zurückliegend geschildert, dabei ist das Gefühl von Dankbarkeit prägend.

Der **Modus der kritischen Abgrenzung** wird am ehesten von **Frau T** repräsentiert. In ihrer Schilderung wird deutlich, wie sehr sie von der Therapie profitierte und wie sehr sie gleichzeitig den Dissens mit ihrem Therapeuten um dessen Analyseempfehlung benötigte, um sich von ihm distanzieren zu können und ihren eigenen Weg zu gehen.

Frau R verkörpert den **Modus des sich Unterwerfens unter Halt und Sicherheit versprechende Prinzipien**, wovon sie sich eine Kompensation ihrer als nicht ausreichend tragfähig erlebten inneren Ausstattung erhofft. Die abwartende Haltung des Psychotherapeuten und die Schweigepausen in der Behandlung werden als eher angststeigernd erinnert.

Ein in der **Abwendung vom Objekt** weiter gehender Modus wird von **Herrn O** repräsentiert. Hier geht es darum, möglichst wenig von sich zu zeigen, eher den Therapeuten sich bemühen und anstrengen lassen, als die eigene emotionale Bedürftigkeit vor sich selbst und anderen sichtbar werden zu lassen. Dazu kommt, dass die eigene Innenwelt als bedrohlich erlebt wird

und niemandem zumutbar erscheint. Das Ende der Behandlung im TZS wurde als gerechte Bestrafung für die eigene Schlechtigkeit erlebt.

Der letzte Modus ist auf eine **größere Distanz** angewiesen, diese wird auch in der äußeren Realität gesucht. Für diesen Typus steht **Herr N**. Die therapeutische Beziehung wird zwar vage als mehr oder weniger hilfreich erinnert, die Beschreibungen bleiben jedoch eher auf Funktionen begrenzt, wirken verzerrt und unreal.

Als **Sonderfall** erscheint **Herr Q**, dessen tiefgreifende Beziehungsstörung den Untersucher an einen Asperger-Autismus denken ließ und der mit der angebotenen psychoanalytisch orientierten Psychotherapie überfordert war. Die Behandlung wurde als Scheitern erlebt, eine Beziehung, in der er mit seinem Wunsch nach ganz konkreter Hilfe unverstanden blieb.

3.2. Strukturverstehen

3.2.1. Gendermatching Patient-Therapeut

Der folgenden Abbildung ist die Geschlechterpaarung von Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin zu entnehmen.

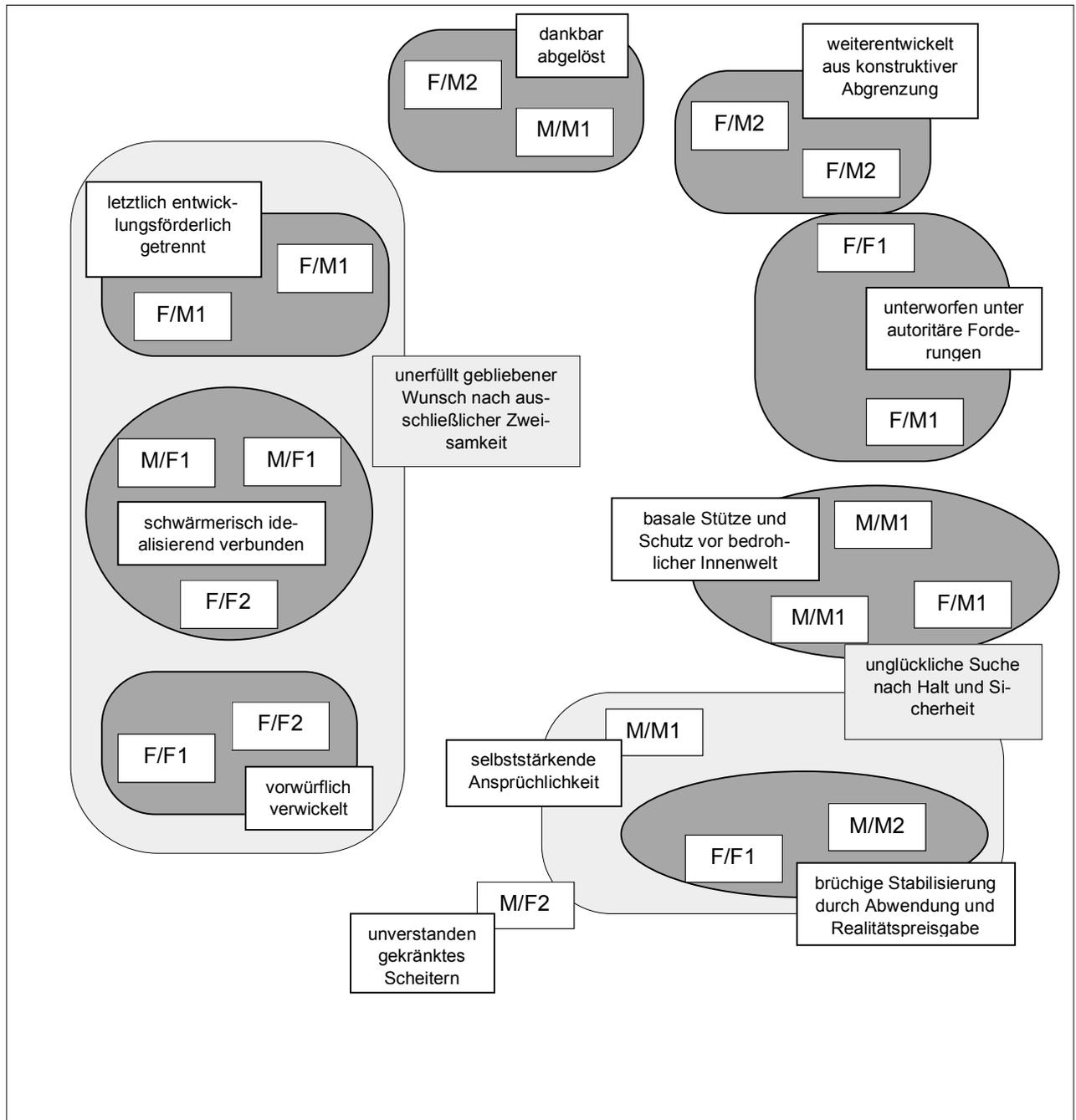


Abb. 2: Zuordnung der Probanden zu den Therapeuten mit korrespondierenden prototypischen Bereichen

"M/F1" bedeutet "männlicher Patient, behandelt von Therapeutin 1".

Eine Diskussion ist angesichts der geringen Größe der jeweiligen Gruppe nur unter Vorbehalt möglich. Bei der kommunikativen Validierung im Gespräch mit den Therapeuten fand dieser

Aspekt der Untersuchung ein großes Interesse und führte zu einer lebhaften Aussprache. Den Zuordnungen zu den prototypischen Bereichen wurde dabei spontan zugestimmt. Es wurde die Frage gestellt, inwieweit die Person und insbesondere das Geschlecht des Therapeuten das therapeutische Geschehen beeinflusst und abgeleitet aus subjektivem Empfinden vermutet, dass "bestimmte Patienten bei bestimmten Therapeuten landen". Auch wurde bemerkt, dass die gegengeschlechtlich Paarung als "angenehmer", manchmal auch "aufregender" erlebt werde. Als Beispiel für die letztere Situation wurde die Behandlung der beiden männlichen Patienten aus der prototypischen Konstellation "schwärmerisch idealisierend verbunden", die von derselben Therapeutin F1 behandelt worden waren, genannt. Im Schema der prototypischen Bereiche finden sich unter den als eher entwicklungsförderlich charakterisierten, in der oberen Hälfte lokalisierten Konstellationen tendenziell häufiger gegengeschlechtliche Patient-Therapeut-Paare.

Dabei wurden die prototypischen Bereiche "letztlich entwicklungsförderlich getrennt", "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung" und "basale Stütze und Schutz vor bedrohlicher Innenwelt", bei denen die Behandlungen von den Therapeuten M1 bzw. M2 durchgeführt wurden, genauer betrachtet. In der Diskussion mit den Therapeuten wurde das Phänomen aufgegriffen, dass sieben der acht Fälle in den "oberen" vier prototypischen Bereichen von den männlichen Therapeuten behandelt wurden und alle fünf Therapien der beiden Bereiche "schwärmerisch idealsierend verbunden" und "vorwürfllich verwickelt" von den Therapeutinnen durchgeführt wurden.

Der Modus der "vorwürfllichen Verwicklung" findet sich bei einer gleichgeschlechtlichen F/F-Paarung. Diese Beziehungsgestaltung bildete sich ebenso im Übertragungs - Gegenübertragungsgeschehen des Katamneseinterviews ab, dort allerdings mit einem gegengeschlechtlichen Untersucher.

Die drei Behandlungen, die den Modus "basale Stütze und Schutz vor bedrohlicher Innenwelt" repräsentieren, wurden durch den Therapeuten M1 durchgeführt. Dieser behandelte auch die beiden Probanden, die als "letztlich entwicklungsförderlich getrennt" bezeichnet wurden. Von ihm behandelte Patienten verteilen sich jedoch auch auf die anderen prototypischen Bereiche.

Die Implikationen dieser Phänomene in Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung, aber auch die ungleiche Verteilung der Therapeuten wird weiter unten diskutiert.

3.2.2. Therapiedauer und Katamnesezeitraum

Die folgende Abbildung gibt wieder, wie sich die Zeitumfänge der Behandlungen und die Zeiträume, die zwischen Ende der Behandlung und dem Nachuntersuchungsgespräch lagen, verteilen.

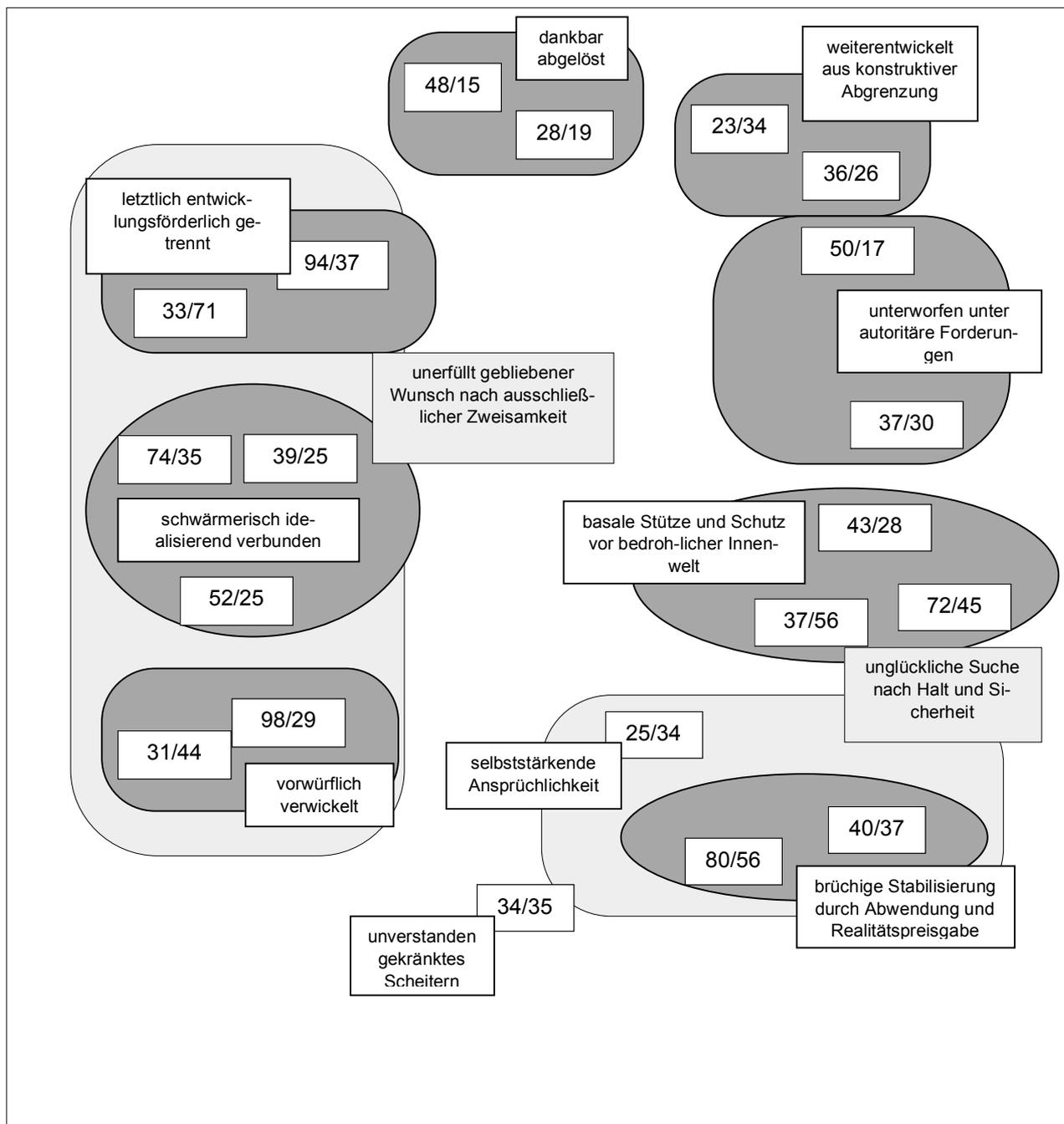


Abb. 3: Verteilung von Therapiedauern und Katamnesezeiträumen

"33/71" bedeutet: Behandlungsdauer 33 Stunden und Katamnesezeitraum 71 Monaten.

Der Median der Behandlungsdauern liegt bei 41,5 Stunden, die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug 49,35 Stunden. Die kürzeste Behandlung umfaßte 23, die längste 98 Stunden. Zehn der Behandlungen dauerten über 40 Stunden.

Der Median der Katamnesezeiträume liegt bei 32,5 Monaten. Der kürzeste Zeitraum betrug 15, der längste 71 Monate.

Längere und kürzere Behandlungsdauern wie auch Katamnesezeiträume verteilen sich eher gleichmäßig über die prototypischen Bereiche. Wie oben beschrieben wurden bei der Auswahl der zu untersuchenden Behandlungen sowohl längerdauernde als auch eher kurze Therapien berücksichtigt. Als Tendenz fällt auf, dass sich in den beiden oberen Bereichen "dankbar abgelöst" und "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung" nur Behandlungen mit unterdurchschnittlicher Dauer finden, während sich unter den Probanden im Bereich "unerfüllter Wunsch nach ausschließlicher Zweisamkeit" bei vier von sieben Behandlungen überdurchschnittlich langdauernde Therapien zeigen. Unter der Annahme, dass die längerdauernden auch die schwierigeren Behandlungen waren, ist dies zumindest tendenziell ein Hinweis darauf, dass die Anordnung der prototypischen Bereiche in ihrer vertikalen Gliederung auch diesen Aspekt abbildet.

Die relativ kurzen Katamnesezeiträume der beiden "dankbar abgelösten" wie auch der daneben angeordneten "weiterentwickelten" Probanden legen nahe, dass eine eher positive Erinnerung nicht daran geknüpft ist, dass die Behandlung bereits lange zurück liegt und im Rückblick etwa verklärt wird.

3.2.3. Alter, Familienstand und Lebenssituation

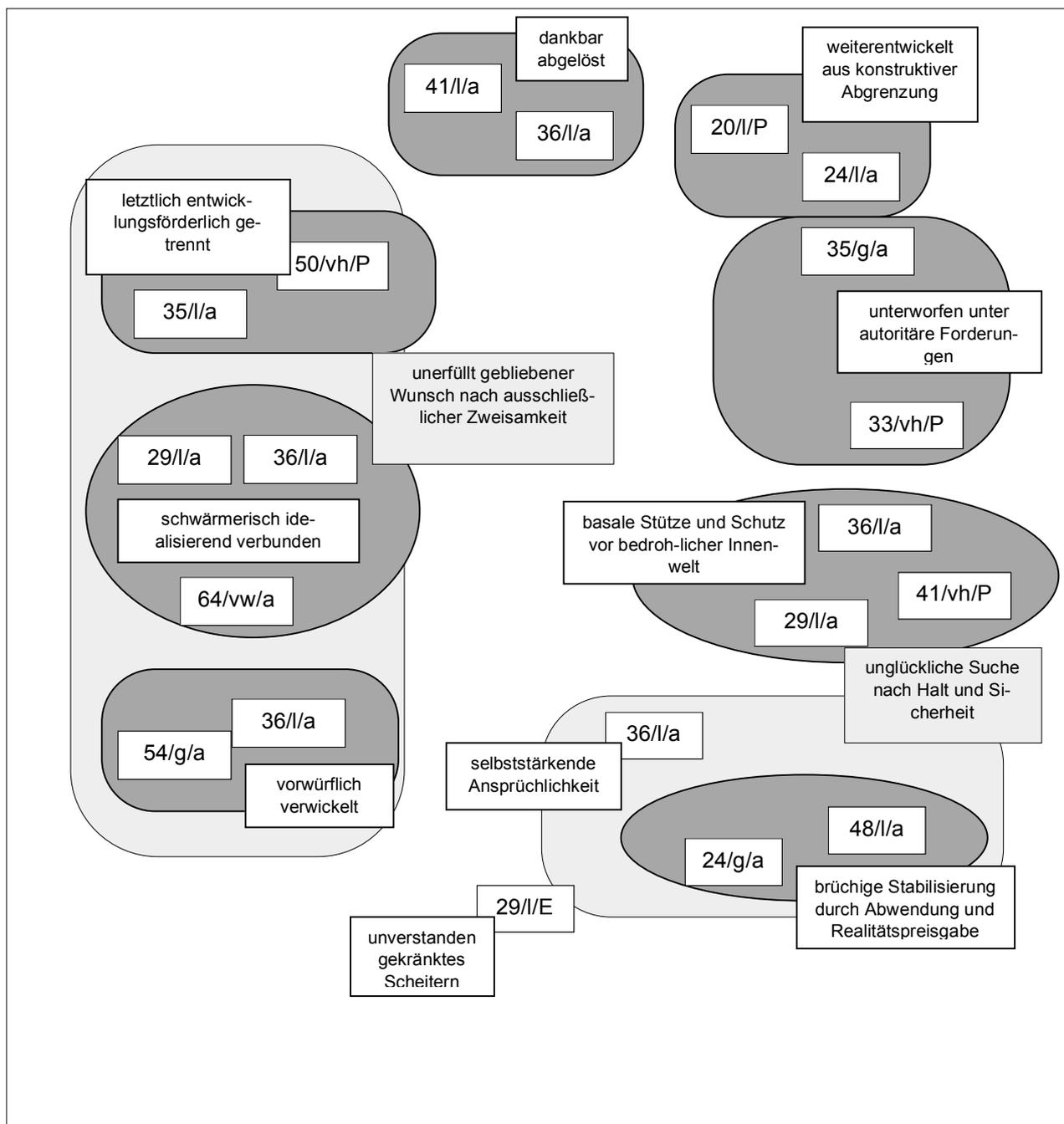


Abb. 4: Zuordnung der soziodemografischen Daten

(I = ledig, vh = verheiratet, g = getrennt oder geschieden, vw = verwitwet, a = lebt allein, P = lebt mit PartnerIn zusammen, E = lebt mit Eltern zusammen)

"54//g/a" bedeutet: Alter bei Ende der Behandlung 54 Jahre, geschieden, lebt allein

Wiederum lassen sich aufgrund der kleinen Gruppengrößen Aussagen nur unter ausdrücklicher Einschränkung vornehmen. Tendenziell finden sich unter den drei prototypischen Bereichen "dankbar abgelöst", "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung" und "unterworfen unter autoritäre Forderungen" sechs von acht Probanden, die zum Ende der Behandlung jünger waren als der Durchschnitt der Untersuchungsgruppe von 36,8 J., sieben der acht waren

ledig. Dabei finden sich zwei der drei jüngsten Patienten in der Gruppe "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung".

Dies weist wiederum auf die vertikale Gliederung des Schemas hin, nach der sich die eher jüngeren Probanden im oberen Teil anordnen, in dem sich auch die Aspekte kürzere Behandlungsdauer und entwicklungsförderliche Ablösung gruppieren.

Nur fünf der Probanden leben mit einem Partner bzw. der Ursprungsfamilie zusammen, die überwiegende Mehrzahl ist ledig und lebt allein. Dies verweist auf das Ausmaß der Beziehungsstörung in der untersuchten Population.

3.2.4. Schicksal der Suizidalität und weitere psychotherapeutische Behandlung

Eine zentrale Frage der Therapeuten war, wie sich nach Beendigung der Behandlung im TZS die suizidale Symptomatik weiterentwickelte. Die folgende Grafik zeigt, wie sich die Merkmale "weiterhin bedrängend empfundene Suizidgedanken" und "weitere psychotherapeutische Behandlung nach Beendigung der Therapie im TZS" verteilen.

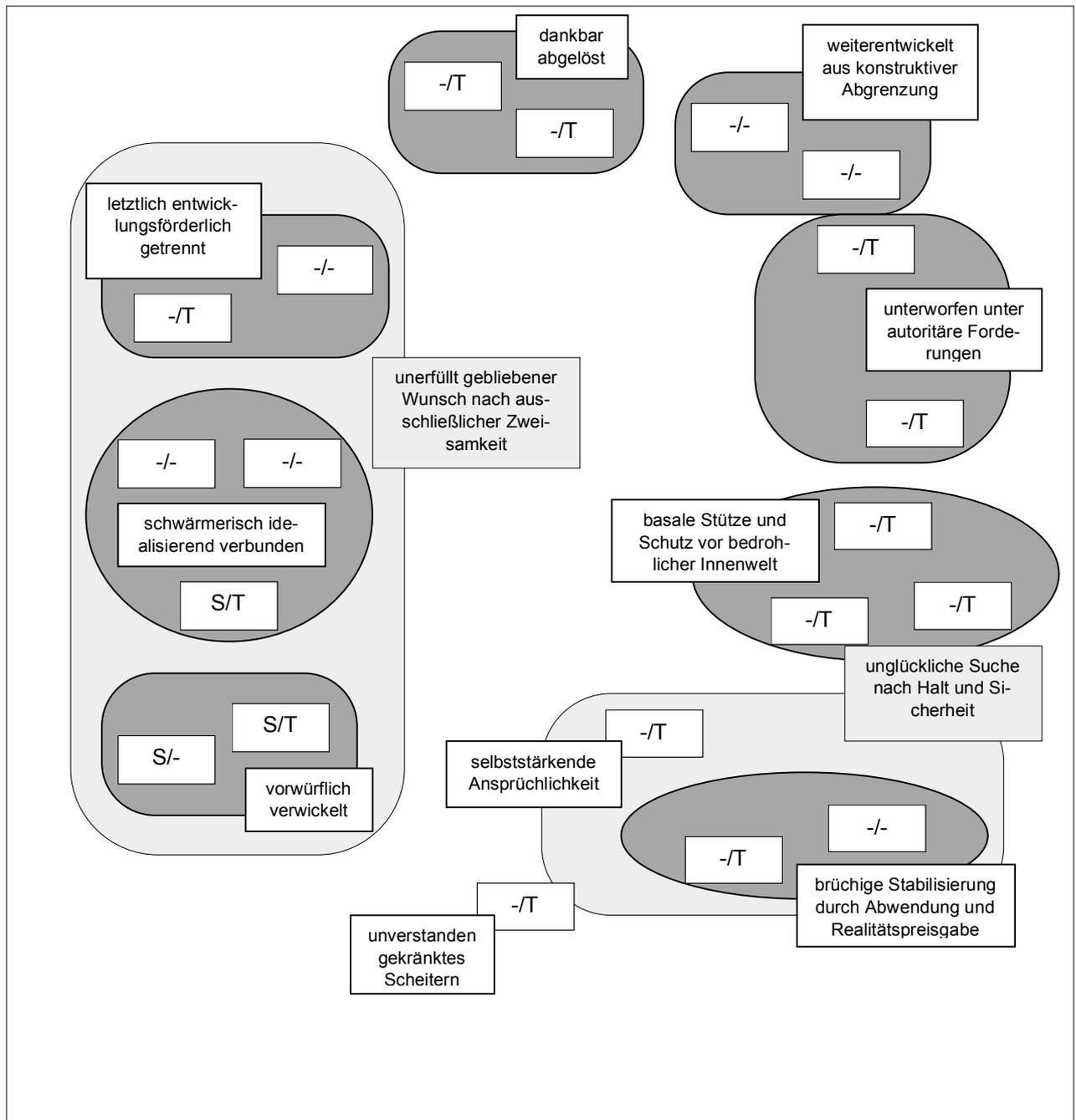


Abb. 5: Zuordnung weiterbestehender Suizidalität und fortgesetzte Psychotherapie
 "S/T" bedeutet: weiter drängend empfundene Suizidgedanken, weitere Psychotherapie

Die drei Probandinnen, die über eine fortbestehende Suizidalität berichteten, sammeln sich in den prototypischen Bereichen, die durch eine nicht aufgelöste, verwickelte bzw. schwärmerisch idealisierende Beziehung gekennzeichnet sind. Zwei von ihnen sind weiter in psychotherapeutischer Behandlung, eine wurde auch stationär psychiatrisch-psychotherapeutisch behandelt. Bei **Frau E** findet sich als einziger Probandin die zunächst beunruhigend erscheinende Konstellation "weiterhin drängend empfundene Suizidalität" und "keine weitere Psychotherapie". Im Katamneseinterview wurde erst im Verlauf deutlich, wie sehr sie sich in dieser chronischen Suizidalität mit einer Selbstvorstellung, jemand zu sein, dem nicht geholfen werden kann, stabilisiert hat. Die beiden anderen, ebenfalls von Therapeutin F1 behandelten Probanden des prototypischen Bereiches "schwärmerisch idealisierend verbunden" stellen in dieser Hinsicht eine Kontrastierung dar. Beide sind ebenfalls nicht in weitere psychotherapeutische Behandlung gekommen und stellen sich jedoch bezüglich der Suizidalität im Vergleich mit der damaligen Zeit stabilisiert dar: **Herr I** berichtet, dass er sich wenige Wochen zuvor im Zusammenhang mit einer schweren Beziehungskrise positiv an die Behandlung im TZS erinnert habe, vor allem daran, dort ernst genommen worden zu sein. **Herr P** sagt, dass er "nicht so kurz davor stehe", sich "irgendwie wieder 'ne Waffe zu kaufen", aber es müsse nicht viel passieren, dass er "durch den Boden irgendwie durchbreche", manchmal seien "starke Gefühle von Resignation und Traurigkeit und Niedergeschlagenheit" da. Eine psychoanalytische Behandlung, wie sie ihm von seiner Therapeutin im TZS empfohlen worden war, konnte er aus äußeren Gründen (beruflich bedingter Auslandsaufenthalt) noch nicht beginnen. Es stellt sich die Frage, ob die letztlich nicht aufgelöste therapeutische Bindung an die Therapeutin bislang verunmöglichte, eine von beiden als wünschenswert beurteilte weitere Therapie zu beginnen.

Insgesamt fällt auf, dass nur etwa ein Drittel der Patienten keine weitere Therapie anschlossen. Darunter sind auch die beiden, vom selben Therapeuten behandelten Patientinnen des prototypischen Bereiches "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung". Hier war ja gerade die Entscheidung, die Empfehlung des Therapeuten, eine analytische Behandlung anzuschließen, nicht anzunehmen, als selbststärkend erlebt worden und hatte sich zumindest bis zum Katamneseinterview zwei bzw. drei Jahre später als richtig erwiesen. **Frau T** sagt dazu: "...ich weiß nicht, was noch passieren wird. Vielleicht mach' ich mit 50 [Jahren] eine [Psychoanalyse] (...) in den Wechseljahren dann". Hinsichtlich Impulsen, sich selbst zu verletzen oder Suizidgedanken beschreibt sie, wie sie damit jetzt anders umgehen könne. Es sei "immer ein Abstand da, es ist immer so, dass ich noch sehe, was passiert". **Frau L** hat im Anschluß an die Therapie im TZS nach eigenen Angaben sehr von einer *physiotherapeutischen* Behandlung profitiert. Auf den Frage nach suizidalen Krisen sagt sie: "...also akut, so wie es sich da-

mals so durch den Selbstmordversuch oder wie es sich bei mir damals geäußert hat, nicht. Sondern vielmehr -, ja, so 'n ständiger Denkprozeß oder 'n sehr vielfältiges Auseinandersetzen mit mir selbst - aber auf andern Wegen".

Die Probanden der Konstellationen "dankbar abgelöst" und "basale Stütze und Schutz vor bedrohlicher Innenwelt" sind alle von Suizidgedanken ausreichend distanziert und haben alle im Anschluß eine längerdauernde Psychotherapie begonnen. Bei dem letztgenannten prototypischen Bereich fällt auf, dass alle drei Behandlungen von demselben Therapeuten durchgeführt wurde. Nun ist dieser zwar auch wie oben beschrieben mit der Zahl der Therapien gegenüber den anderen Therapeuten in dieser Untersuchung überrepräsentiert, gleichwohl erscheint diesen Patienten zugute gekommen zu sein, dass ihr Therapeut, wie sie übereinstimmend schildern, aktiv für eine anschließende Weiterbehandlung sorgte. **Herr O** fasst dies kurz zusammen "...heute [kurz vor Beendigung der vermittelten Psychotherapie] geht es mir einfach gut". **Frau H** erlebte auch nach Beendigung der Behandlung im TZS weitere schwere Krisen: "...aber dadurch, dass ich da einmal irgendwie durchgegangen war, würde ich sie im nachhinein nicht als so schwer bezeichnen, das war's wirklich nur damals. (...) Ich hab' gemerkt, dass ich an diese Probleme, die Auslöser waren, einfach noch nicht 'rangepkommen bin. Da ist irgendwas, das hab' ich umkreist, aber - nicht den Punkt getroffen". Die weiterführende Behandlung ist noch nicht abgeschlossen. Auch **Herr C** ist weiter auf der Suche, er schildert, dass die Suizidgedanken im Laufe der Zeit "so langsam abgenommen" haben, die anschließende Psychotherapie brach er nach einem 3/4 Jahr ab, verschiedene Versuche mit alternativen Therapieverfahren brachten nicht viel. Er überlegt, ob er nicht jetzt, wo er sein Kunsttherapie-Studium abgeschlossen hat, einen neuen Versuch mit einer Psychotherapie machen sollte. Die Vermittlung zu einer Psychoanalytikerin durch seinen Therapeuten fand er "klasse", auch dass er weiter überbrückende Gespräche bekam, sei "ein schöner Halt noch" gewesen. Das Konzept des TZS, eine auf eher kurze Zeitdauer angelegte Therapie anzubieten und in dieser die Motivation zu einer anzuschließenden längeren Behandlung zu erarbeiten, wird von diesen Aussagen bestätigt.

Die beiden "dankbar abgelösten" Probanden beschreiben einen distanzierteren und reiferen Umgang mit Suizidgedanken. **Herr M** sagt, Suizidalität sei für ihn kein Thema mehr - "gar nicht". Aber "die Angst davor und dieses Gefühl (...) kenne ich halt und es gibt so Situationen, also so starke Krisensituationen, in denen ich so 'n - irgend so 'ne Ahnung von diesem Gefühl vielleicht habe (...) aber ich denke auch, dass ich über die Analyse danach sehr, sehr viel noch gelernt habe". **Frau F** kennt auch weiterhin Suizidgedanken: "...ich hab' die nicht mehr so stark, ich merk', in welchen Situationen diese Gedanken kommen, was mich dazu führt und wie ich mich da selber hinführ', da hab' ich mittlerweile das Gefühl, da kann ich zugucken

(...). Ich hab' schon noch diese Gedanken, aber ich glaub' ich kann sie mehr verknüpfen mit Dingen, die in meinem Leben dann passieren". **Herr N** nahm den Rat seines Therapeuten, eine weitere Behandlung anzuschließen, nicht an. Er versuchte, sich durch einen mehrmonatigen Aufenthalt in einen anderen Erdteil zu stabilisieren, was ihm nur unvollkommen gelang. Die Besserung seiner Lebenssituation führt er auf seine vorzeitige Berentung, bei der er durch seinen Therapeuten im TZS unterstützt wurde, zurück.

Herr Q gibt an, dass er eher das Gespräch mit einem Psychiater gesucht habe, der eine "Ahnung davon hat, was medizinisch in einem abläuft und auf welche medizinische Weise das behoben werden kann". Die psychotherapeutische Behandlung, noch dazu durch eine Frau, konfrontierte ihn zu sehr mit seinen Defiziten, sich empathisch einfühlen zu können, so dass er nach eigener Einschätzung nicht von ihr profitieren konnte.

3.3. Triangulation

3.3.1. Kommunikative Validierung

Die vorgelegte Untersuchung wurde über die gesamte Zeit durch Forschungssupervisionen begleitet. Diese fanden im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Qualitative Psychotherapieforschung (AGQP) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (4/2001, 4/2002 und 1/2005) sowie in Beratungen zum methodischen Vorgehen durch Herrn PD Dr. U. Stuhr (5/2001).

Das Forschungsvorhaben wurde den zu beforschenden Therapeuten, die die Behandlungen durchgeführt hatten und werden wollten, vor Beginn der Interviews vorgestellt und ihr Einverständnis zu dem geplanten Vorgehen eingeholt (6/2001).

Die geplante Untersuchung wurde im "Research Training Program" der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung in London (Prof. P. Fonagy, Dr. M. Target, Prof. H. Kächele, Prof. M. Beutel und Prof. L. Mayes) ausführlich dargestellt und mit Prof. S. Blatt, Yale University, USA als Mentor in Einzelberatungen eingehend diskutiert (8/2001).

Der Zwischenstand des Projektes wurde als Poster bei der "4th Josef Sandler Research Conference" vorgestellt und diskutiert (3/2003).

Nach der Fallrekonstruktion und einer ersten Fallkontrastierung wurde dieses Zwischenergebnis in einer Gruppendiskussion den Therapeuten (eine Therapeutin, die in der Zwischenzeit die Einrichtung verlassen hatte, wurde in ihrer psychoanalytischen Praxis aufgesucht) als den Untersuchten vorgestellt und die Frage nach der Gültigkeit der getroffenen Einschätzungen gestellt. Dabei fanden die vorläufigen Ergebnisse ganz überwiegend die Zustimmung der Therapeuten (9/2004 und 1/2005).

3.4. Klinisch relevante Aspekte der Untersuchung

3.4.1. Was wird als hilfreich erinnert und was nicht?

Die Probanden blicken auf ihre Behandlungen und ihre Therapeuten mit einer ganz überwiegend positiven Erinnerung zurück. Dies äußert sich in Feststellungen wie: "...der hatte so etwas Ruhiges, das empfand ich als sehr beruhigend und verbindlich" (Frau F). "...und mit 'ner gewissen zeitlichen Distanz, die jetzt da ist -, es hat mir sehr, sehr viel geholfen, es hat mir sehr geholfen" (Frau T). "...da war ich auch froh, daß ich da so von heute auf morgen so fast anfangen konnte" (Frau R). "Jemand hat sich Mühe mit mir gegeben, hat versucht, mir zu helfen" (Herr P). "Ich hab' mich da sehr angenommen gefühlt, aufgehoben gefühlt, hatte irgendwie nie so den Eindruck, daß ich da, daß ich da irgendwie fallen gelassen werde, es war eine sehr angenehme Atmosphäre, diese ganzen Gespräche" (Herr M). "Je weiter es zurückliegt, umso positiver sehe ich es. So, dass ich eben die Therapie an sich auch sehr - und den Therapeuten (...) auch als sehr hilfreich empfunden habe" (Frau L).

Kritik und Enttäuschung wird eher auf sehr indirekte Weise ausgedrückt: Er habe eine "klare Struktur vermißt", wenn man "vor die Wand gefahren" sei, brauche man "einen, der ein bißchen 'was vom Rangieren und Wenden versteht und nicht einen, der auf dem Beifahrersitz sitzt und einen zutextet" (Herr Q). "Frau X, die hatte ich dann noch 'mal angerufen, aber sie konnte sich nicht erinnern - ist ja klar, bei der Menge an Menschen, die sie kennenlernt..." (Frau E). "...also doch nicht so komplett angenommen sein, ne, über die Grenzen hinaus (...) ich erlebe Therapeuten, die immer so sehr begrenzt, abgegrenzt [sind], auf die Uhr und so, das war denn wieder so ein Grenzerlebnis", "ich glaube nicht, dass ich da jetzt noch 'mal hingehen werde, egal, wie schlecht es mir geht" (Frau D).

Die negativen Äußerungen finden sich wie zu erwarten, bei Probanden in den unteren Bereichen des Prototypenschemas "vorwürfllich verwickelt" und "unverstanden gekränktes Scheitern", während die dankbaren Bemerkungen sich eher bei denen sammeln, die ihre Behandlung als förderlicher beschreiben.

Die Erinnerung an den Therapeuten als hilfreich und unterstützend steht für die meisten Probanden ganz im Vordergrund der Schilderung ihrer damaligen Behandlung. Dieser Befund ist zunächst nicht sehr überraschend und steht in Übereinstimmung mit den Ergebnissen aus ähnlichen Untersuchungen (Senf et al. 1990; Stuhr et al. 1990). Für einzelne Probanden war die Teilnahme an der Untersuchung explizit durch den Wunsch motiviert, sich für die damalige Hilfe erkenntlich zu zeigen. Andererseits ist davon auszugehen, dass es bei einzelnen Probanden eine Tendenz zu einem sozial erwünschten Antwortverhalten gegeben haben wird.

3.4.2. Die Abstinenz

Die Abstinenz der psychoanalytisch orientierten Therapeuten wurde in unterschiedlicher Weise erlebt: "Das hat sicher auch mit der Distanz zu tun, daß er eben sehr -, der hat durchaus auch mal sehr lange gewartet, bis er dann seine Frage gestellt hat, hat einfach abgewartet auch, ob da noch was kommt und hat dann eben sehr vorsichtig und sehr behutsam sein Fragen gestellt und das fand ich sehr gut" (Frau A). Herr K erinnert sich, dass es das erste Mal gewesen sei, dass er erlebt habe, nicht "mit Fragen zugeschüttet" zu werden, sondern, dass man ihn habe "sitzen lassen, im positiven Sinne", dass er einfach "da sein" konnte.

Einige Probanden ziehen Vergleiche mit anderen Therapieerfahrungen. Es habe eben auch sehr viele Vorteile gehabt, "jemanden vor sich zu haben, von dem man nichts persönlich weiß, wo man keine Verantwortung für denjenigen hat", diese Anonymität habe ihr sehr geholfen (Frau L). "...mir war das wichtig, dass das 'was Distanziertes ist, ich wollte es nicht mehr so, wie in der Gestalttherapie, wo man sich -, wo man im Arm liegt bei dem Therapeuten und so, das war mir wirklich zuwider, das kam mir da echt entgegen, so 'ne Distanz, die fand ich da irgendwie einfach gut" (Frau F). Sie sei froh gewesen, dass da jemand gewesen sei, "der den Gedanken auch 'mal aus einem 'rausholt, der sonst einem immer nur stecken bleibt und nie zu Ende gedacht wird". In der Therapie im TZS sei sie auf Gedanken gekommen, auf die sie sonst nie gekommen wäre. Andererseits erinnere sie sich sehr an den Druck, den das Schweigen auslöste, wo sie manchmal "so ein bißchen Angst hatte", was sie sagen sollte. Bis heute wisse sie nicht, ob das gut gewesen sei oder nicht (Frau R).

Einige Probanden schildern differenziert eine Entwicklung im Verlauf der Behandlung: Zumindest am Anfang sei schwierig gewesen, dass es "im Grunde genommen kein Gespräch war, sondern ich habe ja nur 'was gesagt und er hat zugehört". Im nachhinein habe es ihm wohl geholfen, "diese einseitige Beziehung" (Herr N). Zu Beginn habe ihm "der rote Faden gefehlt" und er habe mit dem Gedanken gespielt, die Therapie abzubrechen. Er habe lange gebraucht, bis er verstanden habe, dass es ein Prozess ist und daß "viele Sachen eben erst ganz langsam von unten nach oben kommen", sein Therapeut sei das "mit Bedacht angegangen", habe ihn "da so 'n bißchen laufen lassen" und "'was angeschoben", was er dann auch weiter verfolgen konnte und mußte (Herr O). Am Anfang sei es schwierig gewesen, "überhaupt einen Zugang zu finden, weil ich überhaupt nicht wußte, wie ich da 'rangehen sollte. (...) Dann war's halt so, dass er immer gewartet hat, was kommt, also mich hat sprechen lassen, was sehr ungewohnt war für mich, sonst war es mit den Therapeuten oder Therapeutinnen immer so, da ging es um ein Thema und dann hat er oder sie eben auch Fragen gestellt." Irgendwann habe sie sich dann an diese Technik gewöhnt und dann sei ein "Schlüsselerlebnis" gewesen, wie er sie in dem Gespräch dahin geleitet habe, zu sehen, wie sie sich "selbst austrickse" (Frau T).

Andere zeigten sich mehr irritiert: "was mich ganz doll gestört hat, war nur, die ging in's Zimmer, setzte sich hin und sagte nichts. Da hatte ich das Gefühl, du mußt jetzt 'was sagen, das ist mir sehr schwer gefallen, ich hätte es lieber gehabt, wir hätten ein Gespräch gehabt" (Frau E). "...was für mich sehr fremd war, war - sie sagte mir guten Tag und wie sie hieß und setzte sich dann hin und ich saß ich im Stuhl gegenüber und dann passierte erstmal nix, sie guckte mich nur an mit großen fragenden Augen und da habe ich gedacht, da muß ich jetzt wohl was sagen, warum ich hier bin und so hat das Gespräch dann begonnen..." (Frau G). Mit empörter Enttäuschung fasst Herr Q zusammen, dass es sicher richtig, sei, "die Leute ihre Weg selber finden zu lassen", wenn er jedoch mit seinem Latein am Ende sei, sei er am Ende und könne sich keine weiteren Gedanken machen, wen er dies könnte, würde er das tun und müßte keine Hilfe in Anspruch nehmen. Auch hätten ihn "die doch etwas gehäufte in den Therapiegesprächen aufgetretenen Kunstpausen" sehr gestört.

Es wird deutlich, dass die Probanden, die sich in den "unteren" prototypischen Bereichen finden, mit dem eher abstinenter Beziehungsangebot der Therapeuten weniger gut zurecht kamen, eher verunsichert waren und sich tendenziell nicht in der Lage sahen, die empfundene Distanz zu überbrücken. Dahingegen erlebten die Probanden der vier "oberen" Bereiche die Zurückhaltung ihrer Therapeuten zwar teilweise initial befremdlich, konnten diese jedoch im Verlauf der Behandlung offenbar besser nutzen.

Offenbar repliziert sich hier die bei früher gestörten Patienten indizierte Behandlungstechnik, als Therapeut eine aktivere Rolle als in der Therapie reiferen Störungen einzunehmen.

3.4.3. Die Beendigung der Behandlung

Die Beendigung der Behandlung konnten einige Patienten als Chance sehen: "...'ne Zeitlang war ich auch noch sauer, warum kannst du da nicht weiter machen, ich hab' dann aber gemerkt, (...) dass es nicht so sehr personengebunden ist, das fand ich irgendwie ganz gut so" (Frau F). Er habe es "ein bißchen als Zurückweisung erlebt", habe sich "weggeschickt gefühlt", was eine Wiederholung des Auslösers der Krise gewesen sei. Andererseits habe es aber auch "ein bißchen 'was von Aufbruch" gehabt, wie ein Signal, dass die "Phase der Bedrohung" abgeschlossen war (Herr M).

Für einige Patienten war offenbar die Vermittlung in eine anschließende Weiterbehandlung von großer Bedeutung. Frau H sagt, dass ihr sehr geholfen habe "die Unterstützung und das Aufzeigen der Möglichkeit, hinterher eine Therapie zu beginnen" und dass ihr Therapeut gesagt habe, sie müsse nicht "irgendeinen" nehmen. Das sei etwas gewesen, wo sie sich "alleine das Recht nicht 'rausgenommen" hätte.

Dahingegen war es für Frau T und Frau L offenbar gerade die Entscheidung, gegen den Rat des Therapeuten, eine psychoanalytische Behandlung nicht anzuschließen, die es ihnen ermöglichte, eigene Entwicklungsschritte zu gehen.

Frau E und Frau D konnten die Therapie nicht im Einvernehmen mit ihrer Therapeutin beenden und bringen dies mit mehr oder weniger großem Vorwurf zum Ausdruck.

Das Ende der Behandlung hat für die Probanden eine offenbar sehr unterschiedliche Bedeutung gehabt. Die Realität der therapeutischen Beziehung wird für Patienten, die etwa qua projektiver Mechanismen dazu tendieren, den Therapeuten als Selbstobjekt zu verwenden, in der Konfrontation mit den Grenzen der Behandlung erfahrbar. Von einzelnen Probanden wird dies angesprochen: "Nur die Momente des Abschieds, das war, was mich unwahrscheinlich auf die Palme gebracht hat. Ich hätte ihn dann manchmal erschlagen können. Weil er mich dann einfach raussch..., (...) ich wollte das nicht akzeptieren. (...) Und trotzdem, auch das war wichtig. Er hat sich nie bewegen lassen, da irgendwie eine Regel zu brechen" (Frau B). "Die (Stunden) waren immer zu kurz, wenn ich grad so im Wortfluß war (...) der Blick auf die Uhr und ich wußt' schon Bescheid. Ich konnt' da selber nicht drauf achten (...) die Grenze, die mir gesetzt wurde, war natürlich immer zu knapp" (Herr C). "Ja, es war so - ich hatte etwas und dann fühlte ich mich so, als wenn es mir wieder weggenommen werden sollte" (Frau H).

3.4.4. Das Setting

Einige Probanden berichten von ihren Ängsten vor der Stunde, nichts sagen zu können: "Und meist hatte ich einfach Angst vor der Stunde, Angst, nichts zu erzählen zu haben, nichts, wo man möglicherweise schon was hätte 'draus machen können." (Frau G).

Aber auch: "(...) sie hat sich wirklich Zeit genommen, immer 'ne Stunde, und ich hatte nie das Gefühl, selbst wenn es über 'ne Stunde gegangen wär', das sie gesagt hätt' -, sie hat zwar gesagt, jetzt ist Schluß, aber 'mal angenommen, mir wär' noch was ganz Schreckliches eingefallen, dann hätte sie sich dafür noch die 10 Minuten genommen" (Frau E). Es wird deutlich, wie unterschiedlich die Probanden das therapeutische Setting erlebten und für sich in jeweils nützlicher oder auch irritierender Weise verwenden konnten. Dieser Befund spricht für eine möglichst flexible Haltung dem hilfeschuchenden Patienten gegenüber. Dabei ist die relativ abstinente Haltung von der Mehrzahl der Probanden positiv erlebt worden. Einige berichten von einer anfänglich erfahrenen Verunsicherung, und einer im weiteren Verlauf größeren Selbstbestimmung über die Inhalte des therapeutischen Geschehens. Eine kleine Gruppe - prototypischer Bereich "unglückliche Suche nach Halt und Sicherheit" - konnte dieses Angebot weniger gut für sich nutzen und fühlten sich in einer Erwartung konkreter Hilfe enttäuscht. Insgesamt bestätigen die Aussagen der Probanden das Konzept des eher abstinenter Therapieange-

botes des TZS und der "Möglichkeit, neue Beziehungserfahrungen erleben und günstigenfalls strukturell integrieren zu können" (Gerisch et al. 2000, S. 19). Die letztgenannte Gruppe erinnert eher die erfolgte bzw. ausgebliebene Hilfe bei der Bewältigung äußerer Konflikte im Sinne einer Krisenintervention. In dieser Gruppe finden sich Patienten mit einer schwereren Pathologie wie der psychosenahe Herr N, die manifest psychotisch erkrankte Frau S oder die beiden somatisch vorerkrankten Q und K.

4. Diskussion

Der Untersucher sah sich im Verlauf der hier vorgelegten Arbeit wiederholt an Kvale und seinen Vergleich des Therapieforschers mit Odysseus, der auf der Rückkehr von Troja die Meeresenge zwischen den Ungeheuern Charybdis und Scylla durchquert (Kvale 1996), erinnert. Auf der einen Seite die Verführung, unterhaltsame und aufregende Fallgeschichten zu erzählen ohne eine ausgearbeitete methodische Reflektion und auf der anderen Seite die "positivistische Zwangsjacke" (ebd., S.2) in der die lebendige therapeutische Beziehung in einer Vielzahl von Berechnungen statistischer Signifikanzen und Korrelationen verloren geht. In der Situation des Einzelforschers mit begrenztem Zeitbudget mußten daher Schwerpunkte gesetzt werden. Aus dem Auftrag der zu beforschenden Therapeuten des TZS heraus, wie auch der eigenen psychotherapeutischen und klinischen Qualifikation entsprechend, wurde das Beziehungsgeschehen der therapeutischen Begegnung in den Vordergrund der Untersuchung gestellt.

Die kommunikative Triangulierung in der Diskussion mit den Therapeuten des TZS ergab, dass die Ergebnisse der Typologie interessant und nützlich gefunden wurden und eine lebhaftere Aussprache anstießen. Kvale (ebd., S.17f) postuliert, dass die Legitimationsfrage, ob eine Untersuchung wissenschaftlich sei, tendenziell durch die pragmatische Frage, ob sie brauchbare Erkenntnis liefert, ersetzt wird. Rechtfertigung (justification) werde durch Anwendung (application) ersetzt.

4.1. Klinische Relevanz der Ergebnisse

Die Anordnung der prototypischen Bereiche (Abb. 1, S.48) weist eine vertikale und horizontale Gliederung auf. Diese entstand spontan, d.h. aus dem unter Aspekten von Ähnlichkeit und Differenz durchgeführten Prozeß der Fallkontrastierung heraus und ohne Kenntnis der klinischen Diagnosen bzw. strukturdiagnostischen Einschätzungen der damaligen Behandler. Der klinische Eindruck wie auch die im Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen zum Tragen kommenden Abwehrmechanismen lassen erkennen, dass sich in der vertikalen Dimension diejenigen Konstellationen mit eher reiferer, neurotischer Abwehr in den oberen und die entwicklungspsychologisch eher frühen Kompensationsmechanismen in den unteren Bereichen finden. In der Horizontalen zeigt sich auf der linken Seite ein Objekt-bezogener und rechts ein eher Selbst-bezogener Modus. Von Blatt stammt die Differenzierung der Depressionen in einen anaklitischen (orig. anaclitic) und einen introjektiven (orig. introjective) Modus (Blatt 1974). Der erstere Typus ist durch Gefühle von Hilflosigkeit, Schwäche und Entleerung sowie ein verzweifertes Bemühen, den konkreten Kontakt mit dem bedürfnisbefriedigenden

Objekt aufrechtzuerhalten, gekennzeichnet. Der introjektive Typus zeichnet sich durch Gefühle von Wertlosigkeit, Schuld und Versagen aus, befürchtet wird der Verlust der Bestätigung, Anerkennung und Liebe des Objektes. Der Modus des vorwürflichen Verwickeltseins, repräsentiert durch Frau E, entspricht diesem anaklitischen Typus, während die Abwendung und Preisgabe der Realität, wie sie prototypisch von Herrn N verkörpert wird, dem von Blatt introjektiv genannten Typus ähnelt. In ähnlicher Weise hat auch Mentzos (1995) seine "Modi der Abwehr und Kompensation" in einem zweidimensionalen Schema (ebd., S.164) angeordnet.

Die Verteilung der Probanden bestätigt die in Abschnitt 1.2.1.1. vertretene Hypothese, dass das Phänomen "Suizidalität" nicht durch eine einheitliche Psychodynamik gekennzeichnet ist. Vielmehr gibt es in der untersuchten Stichprobe sehr unterschiedliche Modalitäten, die verwendet werden um die Beziehung zum Therapeuten zu regulieren und möglichst aufrechtzuerhalten. Diese Variabilität spricht dafür, dass die hier beschriebene Stichprobe wie gefordert, ein breites Spektrum der möglichen Erlebnisweisen abbildet.

Ein zentrales Thema des Rückblickes auf die damalige Therapie war die **Gestaltung des Endes der Behandlung**. Von mehreren Probanden wurde spontan als positiv benannt, dass ihnen der Therapeut aktiv bei der Suche nach einer Folgebehandlung half, bzw. diese vermittelte. Immerhin 13 der 20 Probanden begaben sich im Anschluß an die Therapie im TZS in eine längere psychotherapeutische bzw. psychoanalytische Behandlung. Dies entspricht dem im TZS verfolgten Konzept einer flexibel an die aktuelle, oft krisenhaft zugespitzte Suizidalität angepassten Kurztherapie (die offenbar wie bei Frau D bis zu 98 Stunden umfassen kann), an die dann bei Bedarf eine längerdauernde Behandlung im Sinne einer Richtlinien-therapie anschließen kann.

Der Befund, dass die drei Probandinnen, die über eine **fortbestehende Suizidalität** berichteten, sich in denjenigen prototypischen Bereichen sammeln, die durch eine nicht aufgelöste, verwickelte bzw. schwärmerisch idealisierende Beziehung gekennzeichnet sind, läßt sich in verschiedener Hinsicht verstehen. Alle drei wurden von Therapeutinnen behandelt, so dass vermutet werden kann, dass es hier zu einer ähnlichen Problematik, nämlich dem Auftreten einer "spezifischen Intensität und Qualität weiblicher Aggression" gekommen ist, wie sie von Christian-Widmaier für Frau-Frau-Analysen beschrieben wurde (Christian-Widmaier 2000, S. 231), die jedoch im Rahmen der zur Verfügung stehenden Stundenzahl nicht aufzulösen war. Die besondere Brisanz kommt dadurch zustande, dass die Kernkonfliktthematik der Suizidalität, nämlich Autonomie-Abhängigkeitskonflikte, in der Ausbildung einer mütterlichen Übertragung auf die Therapeutin mit der mangelhaft integrierten Aggression aus der frühen Beziehungserfahrung aufgeladen wird. Es wäre aufschlußreich, zu erfahren, ob die therapeutische

Technik in diesen Behandlungen eine Entwicklung dieses Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehens eventuell begünstigt haben könnte. Eine weitere Untersuchung von Frau-Frau-Konstellationen erscheint somit sinnvoll.

4.2. Methodische Bewertung

Die vorgelegte Untersuchung hat einen heuristischen Charakter, d.h., es sollte im Sinne eines "das gibt es" exploriert werden, welche Arten und Weisen der Erinnerung an das zurückliegende therapeutische Geschehen und an die Person des Therapeuten in der Population der Patienten des TZS vorkommen. Nicht beabsichtigt war eine Forschung zu den Ergebnissen dieser Behandlungen oder ein Vergleich der vier beteiligten Therapeuten hinsichtlich der Effektivität ihrer Therapien. Damit ist die Generalisierbarkeit der Ergebnisse im Sinne eines "so ist es" klar begrenzt. Insofern sind die folgenden Überlegungen immer in Hinblick auf diese Vorbedingung zu sehen.

Die Auswahl der Probanden erfolgte unter der Prämisse, eine möglichst große Variationsbreite der Erlebnisweisen zu erfassen und erhebt daher nicht den Anspruch einer Repräsentativität bezüglich der Gesamtpopulation der im TZS behandelten Patienten.

Kritisch ist zu sehen, dass von der ursprünglichen Auswahl der Probanden, die eine gleichmäßige Zuordnung von länger- wie kürzerdauernden Behandlungen von Patientinnen wie Patienten zu den beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten sicherstellen sollte, abgewichen werden mußte. Die relativ größere Zahl an Behandlungen, die von Therapeut M1 durchgeführt wurden, ermöglicht jedoch auch einen Blick auf die Verteilung der vier Therapeuten auf die prototypischen Bereiche. Dabei zeigt sich, dass sich zwar in den beiden Bereichen "basale Stütze und Schutz vor bedrohlicher Innenwelt" und "letztlich entwicklungsförderlich getrennt" Behandlungen sammeln, die durch diesen Therapeuten durchgeführt wurden, weitere von ihm behandelte Patienten finden sich jedoch auch in den anderen prototypischen Bereichen. Auch sind beide Behandlungen der Konstellation "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung" von Therapeut M2 durchgeführt worden. Die Schilderungen dieser beiden Probandinnen legen nahe, dass sich hier eine spezifische Dynamik entfaltete, die durch das jugendlichen Alter der Patientinnen und die erkennbare väterliche Übertragung auf den Therapeuten bedingt war. Die beiden anderen Behandlungen dieses Therapeuten finden sich in den sehr unterschiedlichen prototypischen Bereichen "dankbar abgelöst" und "brüchige Stabilisierung durch Abwendung und Realitätspreisgabe", so dass offenbar auch hier der Einfluß der Therapeutenvariable begrenzt ist. In der Literatur finden sich überwiegend empirische Untersuchungen, die darauf konvergieren, dass das Geschlecht des Therapeuten bzw. des Patienten nur geringen Einfluß auf das Therapieergebnis hat (Beutler et al. 1994; Zlotnick et al. 1998).

Eine randomisierte Studie, in der eine "deutende" und eine "supportive" Kurzzeittherapie in Bezug auf die Auswirkung des Patientengeschlechtes untersucht wurde (Ogrodniczuk et al. 2001), kam dagegen zu dem Ergebnis, dass die Männer eher von einer deutenden als supportiven Therapie profitierten, während es bei den Frauen umgekehrt war. Diese Untersuchungen klären jedoch nicht auf, wodurch diese Differenzen entstehen bzw. eben nicht entstehen, wenn doch von Patientenseite Präferenzen bezüglich des Therapeutengeschlechtes regelmäßig geäußert werden.

Bei den durch die beiden weiblichen Therapeuten durchgeführten Behandlungen fällt eine Clusterung bei den "vorwürfllich verwickelt" und "schwärmerisch idealisierend verbunden" genannten prototypischen Bereiche auf. Beide Probandinnen der erstgenannten Konstellation berichten im Katamneseinterview über ihre weiterhin konflikthaften Mutterbeziehungen, die offenbar in den Therapien ihren Niederschlag fanden. In Bezug auf analytische Behandlungen postuliert Christian-Widmaier (2000) eine „spezifische Intensität und Qualität weiblicher Aggression“. Die Intensität betreffe dabei ihr "archaisches, lebensbedrohliches Ausmaß", die spezifische Qualität richte sich auf die "scheinbare Unauflöslichkeit und Unverarbeitbarkeit" der Aggression. Es ist anzunehmen, dass in den untersuchten, wenn auch von vornherein auf eine begrenzte Zeit angelegten psychotherapeutischen Behandlungen gleichwohl diese Thematik Raum griff.

Eine weitergehende Diskussion des Einflusses des Gendermatchings wird durch die kleine Zahl der untersuchten Dyaden begrenzt. Die verwendete qualitative Methodik erscheint jedoch besonders geeignet, im Sinne einer Hypothesengenerierung, diese in der Literatur wenig bearbeitete Thematik weiter zu explorieren.

Eine weitere, durch die Auswahl der Probanden entstandene Einschränkung der Untersuchung besteht darin, dass Gespräche nur mit denjenigen ehemaligen Patienten geführt wurden, die die Einschlusskriterien erfüllten und zu dem Interview bereit waren. Damit wurden kürzer dauernde Behandlungen und ehemalige Patienten, die möglicherweise aufgrund einer negativen Therapieerfahrung ihre Bereitschaft versagten, nicht erfasst. Es ist daher nicht auszuschließen, dass bei einer größeren Zahl an Probanden und insbesondere solcher mit frühzeitigem Abbruch der Behandlung die Ergebnisse mit eher enttäuschten und vorwürfllichen Darstellungen der Beziehung zum Therapeuten eine größere Differenzierung erfahren hätten. In der Studie von Wachholz und Stuhr (1999) haben die gefundenen idealtypischen Cluster eine kritischere Konnotation, z.B. konnte für die eher unerreichbar oder fordernd beschriebenen männlichen Therapeuten ein emotional positiver Idealtyp nicht entdeckt werden. Es kann spekuliert werden, ob die Rezeption des Ergebnisses der in derselben Universitätsklinik durchgeführten Untersuchung zu einer Veränderung in der therapeutischen Haltung der hier unter-

suchten Therapeuten geführt hat. Bei den Diskussionen der Ergebnisse mit den Therapeuten ergab sich eine Zustimmung bezüglich der gefundenen prototypischen Konstellationen auch insoweit, als die Behandler den Eindruck hatten, dass die untersuchten Probanden das Spektrum der von ihnen in der klinischen Praxis durchgeführten Behandlungen im wesentlichen abbildeten.

4.2.1. Die Methode der Verstehenden Typenbildung in der Situation des Einzelforschers

Eine weitere Einschränkung der Ergebnisse ist durch die Durchführung der Untersuchung durch einen einzelnen Forscher bedingt. Bei den oben beschriebenen Forschungsprojekten (die "Gesundenstudie", das "Männerprojekt", die "DPV-Studie", das „Altenprojekt“) wurden die Auswertungsschritte in einem "supervisorischen Forschungsfallseminar"(Stuhr 1995) vorgenommen (Stuhr et al. 2001, S.104ff; Lindner 2004, S.105ff; Stuhr et al. 2002, S.160f). Lindner beschreibt die Rolle des Forschungsfallseminars einerseits bei der Fallrekonstruktion als Ort der Abbildung der Konflikte des Patienten in der Gegenübertragung der Gruppenmitglieder und der Versprachlichung bisher unbewußt gebliebener Anteile der therapeutischen Interaktion und andererseits als Ort der "Verhandlung" des Falles mit der Funktion der Gruppenmitglieder als "Sachverständige". Die Gruppe ermögliche, durch den Wechsel von "identifizierendem Erfassen des Einzelfalles mit abstrahierender und distanzierender Reflexion allgemeiner Charakteristika" (Lindner 200), S.91ff) einen höheren Abstraktionsgrad zu erreichen.

Auch Ruff und Leikert haben in ihrer Untersuchung über stationäre Therapieverläufe (Ruff und Leikert 1999) die psychoanalytische Gruppendiskussion als wesentliches methodisches Instrument verwendet (ebd., S.51ff). In einer späteren katamnestischen Arbeit (Leikert und Ruff 2003), bei der ebenfalls die Gruppendiskussion im Zentrum stand, postulieren sie: "Der wissenschaftliche Wert einer [durch die Gruppendiskussion] erarbeiteten Aussage ist darum größer als der einer Interpretation durch einen Einzelnen, weil die Gruppe einen systematisch korrigierenden Einfluß auf die Verzerrung durch Gegenübertragungsreaktionen ausübt" (ebd., S.292).

Angesichts des hohen Aufwandes, den die Durchführung der beschriebenen Schritte erfordern, wie auch der letztlich nicht kontrollierbaren Einflussfaktoren gruppenspezifischer Prozesse auf die Ergebnisse, wurden andere Forschungsprojekte mit der Methodik der Verstehenden Typenbildung ohne eine Gruppendiskussion durchgeführt (Reger 2000)Bailer 2003). Hier zeigte sich, dass die Ergebnisse durchaus klinische Relevanz hatten, so dass der Weg als Einzelforscher auch in der vorgelegten Untersuchung beschritten wurde. Allerdings wurde der

Prozess der Typenbildung mit dem Schritt der Identifikation von Prototypen beendet. Der nächste Schritt mit einer Stilisierung zu Idealtypen erschien dem Untersucher ohne über die "Objektivität" des kreativen, prismatischen Prozesses der Gruppendiskussion verfügen zu können, nicht angemessen.

Mit der Erfahrung aus einer später durchgeführten Untersuchung zur Suizidalität älterer Menschen, in der eine Idealtypenbildung in einem Gruppenprozeß realisiert wurde, erscheint es in Hinsicht auf weitere, mit der Methodik der Verstehenden Typenbildung konzipierte Forschungsvorhaben zumindest wünschenswert, das verdichtete Material auf diese Weise kreativ zu bearbeiten.

4.2.2. Der Einbezug der Gegenübertragung

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Gegenübertragungsreaktion des Untersuchers im katamnestic Interview systematisch als Material einbezogen. Dies stellt im Vergleich mit der Studie von Wachholz und Stuhr (1999) eine entscheidende Erweiterung dar, insofern die Oberflächlichkeit des Narrativs des ehemaligen Patienten um die in der Gegenübertragung des psychoanalytisch geschulten Interviewers deutlich und verstehbar werdende unbewußte Dimension ergänzt wird.

In der DPV-Studie wurden ebenfalls die Gegenübertragungsreaktion des Interviewers wie auch die Gegenübertragungsfantasien der supervidierenden Forschungsgruppe einbezogen (Leuzinger-Bohleber 2001, S.164ff). Die Aufarbeitung der zu einer "erzählten Beziehungsgeschichte" (Stuhr et al. 2002, S.160ff) verdichteten Schilderungen der ehemaligen Patienten ihrer Beziehungserfahrungen zum damaligen Behandler durch den Prozeß der Verstehenden Typenbildung ist jedoch noch nicht veröffentlicht. Ein Vergleich mit den in der vorliegenden Untersuchung gefundenen Clustern wäre aufschlußreich und könnte Hinweise auf Unterschiede zwischen Kurz- und Langzeitbehandlungen geben.

Kritisch ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung auf die Objektivierung durch eine Supervisionsgruppe verzichtet wurde. Die kommunikative Validierung durch den Rückbezug zu den Therapeuten, die die Behandlungen durchführten, in der den gefundenen Clustern der prototypischen Bereiche eine hohe klinische Evidenz beigemessen wurde, zeigte jedoch, dass hier gleichwohl etwas "Richtiges" (Deneke 1993, S.137) gefunden wurde.

4.2.3. Überlegungen zu weiterer quantitativer Triangulation

Eine quantitative Triangulation, wie sie von Wachholz und Stuhr (1999), in der DPV-Studie (Stuhr 2001) sowie von Lindner (2004) vorgenommen wurde, indem neben der qualitativen

Methodik der Verstehenden Typenbildung auch quantitative, messende Instrumente wie SCL-90R, IIP-C, SPC u.a. eingesetzt wurden, böte sich bei einer Anschlußstudie der hier vorgelegten Untersuchung ebenfalls an.

Zu den untersuchten Patienten liegen aus der oben beschriebenen Begleitforschung des Kataneseprojektes des TZS Daten aus der SCL-90R, dem IIP-C, die zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung erhoben wurden, vor. Ein Zuordnung dieser Messdaten zu den prototypischen Konstellationen könnte Auskunft darüber geben, ob etwa das Ausmaß der Symptombelastung eine ähnliche Verteilung wie die der prototypischen Konstellationen zeigt.

5. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist aus der Forschungsgruppe "Suizidalität und Psychotherapie" des Therapie-Zentrums für Suizidgefährdete der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf entstanden.

In einer heuristischen qualitativen Katamnesestudie wurden 20 Probanden, deren psychotherapeutische Behandlung am TZS länger als ein Jahr zurücklag nach ihrer Erinnerung in Bezug auf die Therapie und ihren Therapeuten befragt.

Mittels der Methode der Verstehenden Typenbildung wurden 6 prototypische Bereiche mit einigen Unterdifferenzierungen sowie ein Sonderfall gefunden: (1) der prototypische Bereich "unerfüllt gebliebener Wunsch nach ausschließlicher Zweisamkeit" mit den Untergruppen (1a) "vorwürflich verwickelt", (1b) schwärmerisch idealsierend verbunden", (1c) "letztlich entwicklungsförderlich getrennt", (2) "dankbar abgelöst", (3) "weiterentwickelt aus konstruktiver Abgrenzung", (4) "unterworfen unter autoritäre Forderungen", (5) "basale Stütze und Schutz vor bedrohlicher Innenwelt", (6) "unglückliche Suche nach Halt und Sicherheit" mit den Unterbereichen (6a) "selbststärkende Ansprüchlichkeit" und (6b) "brüchige Stabilisierung durch Abwendung und Realitätspreisgabe" sowie den Sonderfall "unverstanden gekränktes Scheitern".

In der Diskussion werden die Methodik der Verstehenden Typenbildung aus der Perspektive des Einzelforschers kritisch erörtert sowie klinisch relevante Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Im einzelnen werden hilfreich und weniger hilfreich erfahrene Aspekte der therapeutischen Beziehung, das Erleben der Abstinenz und die Rolle der Beendigung der Behandlung beschrieben.

Die gefundenen prototypischen Bereiche lassen sich als Modi der Gestaltung und Aufrechterhaltung therapeutischer Beziehungen in einer kritischen Lebenssituation verstehen.

Die Ergebnisse können den Therapieansatz des TZS stützen und heben die Notwendigkeit eines differenziellen Psychotherapieangebotes für Menschen in suizidalen Krisen hervor.

6. Literaturverzeichnis

- Alexander, F., French, T. M. (1946) *Psychoanalytic therapy: Principles and application*. Ronald Press, New York.
- Bailer, C. (2003) *Abstinenz in der Psychoanalyse aus Patientensicht*. Unveröffentlichte Dissertation Universität Bremen.
- Beebe, B. (1994) Representation and internalization in infancy: three principles of salience. *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165.
- Beebe, B., Lachmann, F. (1988) The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self and object representations. *Psychoanalytic Psychology*, 5, 305-337.
- Behrends, R. S., Blatt, S. J. (1985) Internalization and psychological development throughout the life cycle. *Psychoanalytic Study of the Child*, 40, 11-39.
- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wassermann, D. (2004) Psychiatric Diagnoses and Suicide: Revisiting the Evidence. *Crisis*, 25, 147-155.
- Beutel, M., Rasting, M. (2001) Langzeittherapien aus der Rückschau ehemaliger Patienten. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*, Kohlhammer, Stuttgart, S. 187-200.
- Beutler, L., Machado, P., Neufeldt, S. (1994) Therapist variables. In: Bergin, A. E., Garfield, S. L. (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4th edn, Wiley, New York, pp 229-269.
- Bibring, E. (1954) Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 2, 745-770.
- Blatt, S. J. (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107-157.
- Blatt, S. J., Behrends, R. S. (1987) Internalization, separation-individuation, and the nature of therapeutic action. *International Journal of Psycho-Analysis*, 68, 279-297.
- Boston Change Process Study Group, Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Nahum, J. P., Sander, L. W., Stern, D. N., Tronick, E. Z. (2002) Explicating the implicit: The local level and the microprocess of change in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1051-1062.
- Bräutigam, W., Senf, W., Kordy, H. (1990) Wirkfaktoren psychoanalytischer Therapien aus der Sicht des Heidelberger Katamnese-Projektes. In: Lang, H. (Hrsg.) *Wirkfaktoren in der Psychotherapie*, Springer, Berlin, S 189-208.
- Buchholz, M., Streeck, U. (1994) Psychotherapeutische Interaktion. In: Buchholz, M., Streeck, U. (Hrsg.) *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- Bude, H. (2000) Die Kunst der Interpretation. In: Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (Hrsg.) *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, Rowohlt, Reinbek, S. 569-578.

- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., Lawrie, S. M. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Christian-Widmaier, P. (2000) Aggression in Frau-Frau-Analysen. *Forum der Psychoanalyse*, 16, 231-246.
- Deneke, F.-W. (1993) Das Selbst und seine Repräsentanzen: Wie kommt der Fall zu seiner Geschichte? In: Stuhr, U., Deneke, F.-W. (Hrsg.) *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*, Asanger, Heidelberg, S 120-139.
- Devereux, G. (1976) *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*. Ullstein, Frankfurt/M.
- Dührssen, A. (1962) Katamnestiche Ergebnisse bei 1004 Patienten nach analytischer Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin*, 8, 94-113.
- Engel, K., Rad, M. v., Becker, H., Bräutigam, W. (1979) Das Heidelberger Katamneseprojekt. *Medizinische Psychologie*, 5, 124-137.
- Farber, B., Geller, J. (1994) Gender and representation in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 31, 318-326.
- Federn, P. (1929) Die Diskussion über "Selbstmord", insbesondere "Schüler-Selbstmord" im Wiener Verein im Jahre 1918. *Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik*, 3, 333-354.
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut Poliklinik und Lehranstalt*. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, S 13–19
- Ferenczi, S. (1909) Introjektion und Übertragung. In: Ferenczi, S. (Hrsg.) *Bausteine zur Psychoanalyse*, Band I: Theorie, Ullstein, Wien, S 9-61.
- Ferenczi, S. (1919) Zur psychoanalytischen Technik. In: Ferenczi, S. (Hrsg.) *Bausteine zur Psychoanalyse*, Bd. II, Huber, Bern, Stuttgart, (1964) S 38-54.
- Fiedler, G. (1998) Die Therapiestudie des Therapiezentrum für Suizidgefährdete: Konzepte, Ziele, Probleme. Unveröffentlichtes Manuskript
- Fiedler, G. (2002) Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland. Online Dokument: <http://www.suicidology.de/online-text/daten.pdf>
- Fiedler, G., Gans, I., Götze, P., Lindner, R., Richter, M. (2003) Psychotherapie hilft: Effekte der psychoanalytischen Kurzpsychotherapie mit suizidalen Patienten. In: Götze, P., Schaller, S. (Hrsg.) *Psychotherapie der Suizidalität. Forschung-Theorie-Praxis*, S. Roder, Regensburg, S 165-183.
- Fiedler, G., Götze, P., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., Richter, M. (1999) Psychoanalytische Psychotherapien bei akuter Suizidalität. *Hamburger Ärzteblatt* (12), 537-542.
- Flick, U., Kardorff, E. v., Steinke, I. (Hrsg.) (2000) *Qualitative Forschung*. Rowohlt, Reinbek.

Fonagy, P. (1999a) Memory and therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 215-223.

Fonagy, P. (1999b) The Process of Change and the Change of Processes: What Can Change in a 'Good' Analysis. Paper presented at the Spring meeting of the American Psychological Association, New York.

Fonagy, P. (ed.). (2002) An open door review of outcome studies in psychoanalysis (2. edn). International Psychoanalytic Association, London.

Fonagy, P., Target, M. (1995) Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76 (3), 639-656.

Fonagy, P., Target, M. (1997) Perspectives on the recovered memories debate. In: Sandler, J., Fonagy, P. (eds.) *Recovered memories of abuse: True or false?*, Karnac Books, London, pp 183-216.

Freud, S. (1895) Studien über Hysterie. GW, Bd.1, S 75-312.

Freud, S. (1899) Über Deckerinnerungen. G.W., Bd.1, S 531-554.

Freud, S. (1905) Bruchstück einer Hysterie-Analyse. GW, Bd.5, S 161-286.

Freud, S. (1909a) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. (Der kleine Hans). GW, Bd.7, S 241-377.

Freud, S. (1909b) Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose (Der Rattenmann). GW, Bd.7, S 379-463.

Freud, S. (1913) Zur Einleitung der Behandlung (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse I). GW, Bd.8, S 454-478

Freud, S. (1915) Bemerkungen über die Übertragungsliebe (Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse III). GW, Bd.10, S 306-321

Freud, S. (1916-1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW, Bd.11

Freud, S. (1916-1917b) Trauer und Melancholie. GW, Bd.10, S 428-446.

Freud, S. (1918) Aus der Geschichte einer infantilen Neurose (Der Wolfsmann). GW, Bd.12 S 27-157.

Freud, S. (1933) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW, Bd.15

Freud, S. (1937a) Die endliche und die unendliche Analyse. GW, Bd.16 S 59-99

Freud, S. (1937b) Konstruktionen in der Analyse. GW, Bd.16, S 43-56.

Freud, S. (1940) Abriß der Psychoanalyse GW, Bd.17, S 63-138.

- Frommer, J., Streeck, U. (2003) Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum - Ein Blick auf die Ergebnisse. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 49, 74-86.
- Garfield, S. L., Bergin, A. E. (1986) Introduction and historical overview. In: Garfield, S. L., Bergin, A.E. (eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3. edn, Wiley, New York, pp 3-22.
- Geller, J., Smith Cooley, R., Hartley, D. (1982) Images of the psychotherapist: A theoretical and methodological perspective. *Imagination, Cognition and Personality*, 1 (2), 123-146.
- Geller, J. D., Farber, B. A. (1993) Factors influencing the process of internalization in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 3, 166-180.
- Gerhardt, U. (1986) *Patientenkarrieren*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Gerhardt, U. (1995) Typenbildung. In: Flick, U., Kardorff, E. v., Keupp, H., Rosenstiel, L. v., Wolff, S. (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Sozialforschung*, Beltz, Weinheim, S 435-439.
- Gerhardt, U. (2001) *Idealtypus*. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Gerisch, B. (1998) *Suizidalität bei Frauen: Mythos und Realität; eine kritische Analyse*. edition diskord, Tübingen.
- Gerisch, B. (2003) *Die suizidale Frau. Psychoanalytische Hypothesen zur Genese*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Gerisch, B., Fiedler, G., Gans, I., Götze, P., Lindner, R., Richter, M. (2000) "Ich sehe dieses Elendes kein Ende als das Grab": Zur psychoanalytischen Konzeption von Suizidalität und der Behandlung Suizidgefährdeter. In: Kimmerle, G. (Hrsg.) *Zeichen des Todes in der psychoanalytischen Erfahrung*, edition diskord, Tübingen, S. 9-64
- Götze, P., Eckert, J., Nilsson, B., Biermann-Rathjen, E.-M., Jählig, C., Kamp-Kowerk, M., Mohr, M., Niedermeyer, U., Papenhausen, R., Preuss, W., Thomasius, R. (2003) Fokaltherapie - Was trägt zum Therapieerfolg bei? *Psychotherapeut*, 48, 122-128.
- Götze, P., Fiedler, G., Gans, I., Gerisch, B., Lindner, R., Richter, M., Schaller, S., Schmidtke, A. (2002) *Psychotherapie der Suizidalität*. *psycho*, 28, 569-575.
- Götze, P., Mohr, M. (2003) Die fokalthérapeutische Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch. In: Götze, P., Schaller, S. (Hrsg.) *Psychotherapie der Suizidalität*, S. Roderer, Regensburg, S 110-121.
- Götze, P., Schneider, A. (1995) Suizidalität bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Erfahrungsorientierte Anmerkungen zur Theorie, Diagnostik, Psychodynamik und Therapie. In: Wolfersdorf, M., Felber, W. (Hrsg.) *Psychose und Suizidalität*, S. Roderer, Regensburg, S 139-152.
- Greenson, R. (1967) *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. International Universities Press, New York.
- Hartmann, H. (1939) Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Psyche*, 14, 81-164.

- Hartmann, H. (1956) Notes on the reality principle. *Essays on Ego Psychology*, Int. Univ. Press, 1964, New York.
- Hartmann, H., Loewenstein, R. M. (1962) Notes on the superego. *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 42-81
- Heimann, P. (1996) Über die Gegenübertragung. *Forum der Psychoanalyse*, 12, 179-184 zuerst erschienen: dies. (1950) On Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Heimann, P. (1960) Bemerkungen zur Gegenübertragung. *Psyche*, 31, 483-493.
- Heinzel, R., Breyer, F., Klein, T. (1998) Ambulante analytische Einzel- und Gruppenpsychotherapie in einer bundesweiten katamnestischen Evaluationsstudie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 34, 135-152.
- Henseler, H. (1974) *Narzisstische Krisen: Zur Psychodynamik des Selbstmords*. Rowohlt Verlag, Reinbek.
- Henseler, H. (2000) Rückblick nach 25 Jahren, In: Henseler, H. *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords*, 4. aktualisierte Auflage, Westdeutscher Verlag, Wiesbaden, S 183-186.
- Jacobson, E. (1954) The self and the object world: the vicissitudes of their infantile cathexes and their influence on ideational affective development. *Psychoanalytic Study of the Child*, 9, 75-127.
- Kächele, H., Wolfsteller, H., Hössle, I. (1993) Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In: Stuhr, U., Deneke, F. (Hrsg.) *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*, Asanger, Heidelberg, S 32-42.
- Kandel, E. R. (1999) Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kantrowitz, J. (1997) A different perspective on the therapeutic process: The impact of the patient on the analyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 127-153.
- Kantrowitz, J. L., Katz, A. L., Paolitto, F. (1990) Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination. II: Development of the self-analytic function. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 38, 637-650.
- Kernberg, O. (1992) *Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. 5. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kind, J. (1992) *Suizidal. Psychoökonomie einer Suche*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Klotter, C. (1994) Idealtypenbildung nach Max Weber als qualitative Datenauswertungsstrategie - exemplarisch erprobt am Beispiel von Eßstörungen. In: Faller, H., Frommer, J. (Hrsg.) *Qualitative Psychotherapieforschung: Grundlagen und Methoden*, Asanger, Heidelberg, S 297-310.
- Kohut, H. (1973) *Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

- Körner, J. (1989) Arbeit an der Übertragung? Arbeit in der Übertragung! Forum der Psychoanalyse, 5, 209-223.
- Kvale, S. (1985). Psychoanalytic therapy as qualitative research. In: Roskam E. E. (ed.) Measurement and Personality Assessment. Amsterdam, Elsevier, pp185-204
- Lachmann, F.,Beebe, B. (1996) Three principles of salience in the patient-analyst interaction. Psychoanalytic Psychology, 13, 1-22.
- Laplanche, J.,Pontalis, J.-B. (1972) Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt.
- Leder, D. (1990) Clinical interpretation: The hermeneutics of medicine. Theoretical Medicine, 11, 9-24.
- Leichsenring, F. (2005) Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? International Journal of Psychoanalysis, 86, 841-868.
- Leikert, S.,Ruff, W. (2003) Wiederholung und Nachträglichkeit. Eine psychoanalytische Studie zu therapeutischen und posttherapeutischen Verarbeitungszyklen. Psyche, 57, 289-312.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. Psyche, 49, 434-480.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1998) Nachträgliches Verstehen eines psychoanalytischen Prozesses. In: Leuzinger-Bohleber, M., Mertens, W., Koukkou, M. (Hrsg.) Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog, Vol. 2, Verlag Internationale Psychoanalyse, Stuttgart, S 36-95.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2001) Katamnesen - ihre klinische Relevanz. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hrsg.) Langzeit-Psychotherapie, Kohlhammer, Stuttgart, S 160-186.
- Leuzinger-Bohleber, M.,Pfeifer, R. (2002) Remembering a depressive primary object. Memory in the dialogue between psychoanalysis and cognitive science. International Journal of Psychoanalysis, 83, 3-33.
- Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U.,Beutel, M. (2002) "Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.
- Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U., Rüger, B.,Beutel, M. (2001) Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. Psyche, 55, 193-276.
- Lichtenberg, J. (1983) Psychoanalysis and Infant Research. The Analytic Press, Hillsdale, NJ deutsch: Psychoanalyse und Säuglingsforschung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1991
- Lichtenberg, J. (1987) Die Bedeutung der Säuglingsbeobachtung für die klinische Arbeit mit Erwachsenen. Zeitschrift für Psychoanalytische Theorie und Praxis, 123-147.

- Lichtenberg, J. (1990) Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. *Psyche*, 44, 871-901.
- Lindner, R. (2003) Gegenübertragungsdiagnostik in der Psychotherapie suizidaler Männer. *Psychotherapeut*, 48, 230-239.
- Lindner, R. (2004) Idealtypen suizidaler Männer in der psychoanalytisch orientierten Psychotherapie. Eine systematische qualitative Studie. Habilitationsschrift, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg.
- Lindner, R., Duru, A. (1996) Krisentheorien, Krisenintervention und Suizidalität. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 64, Sonderheft 1, 16.
- Loewald, H. W. (1973) On internalization. *International Journal of Psycho-Analysis*, 54, 9-17.
- Loewenstein, R. M. (1958) Remarks on some variations in psychoanalytic technique. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 202-210
- Malterud, K. (2001) The art and science of clinical knowledge: Beyond measures and numbers. *Lancet*, 358, 397-400.
- Maltsberger, J. (2004) The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 653-668.
- Maltsberger, J., Buie, D. (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625-633.
- Mann, J. J. (2003) Neurobiology of suicidal behavior. *Nature Neuroscience*, 4, 819-828.
- Mann, J. J., Wateraux, C., Haas, G. L., Malone, K., M. (1999) Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mayes, L. C., Spence, D. P. (1994) Understanding therapeutic action in the analytic situation: a second look at the developmental metaphor. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 42, 789-816.
- Menninger, K. A. (1938) *Man against himself*. Harcourt Brace, New York.
- Menninger, K.A. (1974) *Selbsterstörung. Psychoanalyse des Selbstmords*. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
- Mentzos, S. (1995) *Depression und Manie - Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
- Meyer, A. E. (1993) *Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung - Hoch lebe die Interaktionsgeschichte*. In: Stuhr, U., Deneke, F. (Hrsg.) *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*, Asanger, Heidelberg, S 61-84.
- Nietzsche, F. (1887) *Zur Genealogie der Moral: eine Streitschrift* Nachw. von Volker Gerhardt. - [Nachdr.]. - Reclam, Stuttgart, 1993

Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A., McCallum, M. (2001) Effect of patient gender on outcome in two forms of short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 69-78.

Orlinsky, D. E., Geller, J. D. (1993) Patients' Representations of Their Therapists and Therapy: New Measures. In: Milner, N. E. (ed.) *Psychodynamic treatment research: A handbook for clinical practice*, Basic Books, New York, pp 423-477.

Perelberg, R. J. (1999) *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide*. Routledge, London.

Pfeffer, A. (1959) A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: A preliminary report. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 418-444.

Pfeffer, A. (1961) Followup study of a satisfactory analysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 9, 689-718.

Pfeffer, A. (1963) The meaning of the analyst after analysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 11, 229-244.

Piaget, J. (1937) *Der Aufbau der Wirklichkeit beim Kinde*. Klett, Stuttgart

Rad, M. v., Senf, W., Bräutigam, W. (1998) Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes. *Psychotherapie Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 48, 88-100.

Reger, B. (2000?) "Maligne Herzrhythmusstörungen". Unpublished Dissertation Type.

Rudolf, G., Manz, R., Öri, C. (1994) Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 40, 25-40.

Ruff, W., Leikert, S. (1999) *Therapieverläufe im stationären Setting: eine psychoanalytische Untersuchung zur Prozeßqualität*. Psychosozial-Verlag, Gießen.

Rüger, U. (1976) Ergebnisse einer katamnestischen Nachuntersuchung an 21 Patienten fünf Jahre nach Abschluß einer ambulanten Gruppentherapie. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 10, 313-330.

Rüger, U. (1977) Über die Bedeutung und Nutzung der Gegenübertragung bei katamnestischen Nachuntersuchungen nach analytischer Psychotherapie. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie*, 27, 136-142.

Rüger, U. (1991) 7-Jahres-Katamnese nach Abschluß einer analytischen Gruppenpsychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 37, 361-374.

Sander, L. (1962) Issues in early mother-child interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 144-166.

Sander, L. (1988) The event-structure of regulation in the neonate-caregiver system as a biological background for early organisation of psychic structure. In: Goldberg, A. (ed.) *Frontiers in Self Psychology*, Analytic Press, Hillsdale, pp 64-77.

- Sandler, J., Rosenblatt, B. (1984) Der Begriff der Vorstellungswelt. *Psyche*, 38, 235-253. zuerst erschienen: dies. (1962) The concept of the representational world. *Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 128-145.
- Schafer, R. (1968) *Aspects of internalization*. International Universities Press, Madison.
- Schafer, R. (1976) Internalisierung: Realer Vorgang oder Phantasie? *Psyche*, 30, 786-812.
- Seidler, G. H. (1995) Narziß, Teiresias und Ödipus: Internalisierungsschritte von der "Interaktionellen Unbewußtheit des Gegenübers" zur "Verinnerlichung der Urszene". In: Schneider, G., Seidler, G. H. (Hrsg.) *Internalisierung und Strukturbildung*, Westdeutscher Verlag, Opladen, S 95-115.
- Senf, W. (1986) Behandlungsergebnisse bei 111 Patienten mit stationär-ambulanter psychoanalytisch orientierter Psychotherapie. In: Heimann, H., Gärtner, H. J. (Hrsg.) *Das Verhältnis der Psychiatrie zu ihren Nachbardisziplinen*, Springer, Berlin, Heidelberg, New York, pp 329-336.
- Senf, W. (1992) Was läßt sich aus retrospektiver katamnestischer Sicht zur therapeutischen Beziehung sagen? - Eine qualitative Studie aus dem Heidelberger Katamnese-Projekt. In: Neuser, J., Kriebel, R. (Hrsg.) *Projektion, Grenzprobleme zwischen innerer und äußerer Realität*, Hogrefe, Göttingen, Toronto, Zürich.
- Senf, W., Schneider-Gramann, G. (1990) Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten. In: Tschuschke, V. (Hrsg.) *Psychotherapie - welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*, Springer, Berlin, S 31-53.
- Simmel, G. (1957) *Das Individuum und die Freiheit: Essais*. Wagenbach, Berlin
- Spiegel, D. (1997) Trauma, dissociation and memory. In: Yehuda, R., McFarlane, A.C. (Eds.) *Psychobiology of posttraumatic stress disorder*. Vol.821. *Annals of the New York Academy of Science*, S 225-237
- Sterba, R. (1934) The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psycho-Analysis*, 15, 117-126.
- Stern, D. N. (1985) *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stern, D. N. (1998) *Die Mutterschaftskonstellation*. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Stern, D. N., Sander, L. W., Nahum, J. P., Harrison, A. M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A. C., Bruschiweiler-Stern, N., Tronick, E. Z. (2002) Nicht-deutende Mechanismen in der psychoanalytischen Therapie Das "Etwas-Mehr" als Deutung. *Psyche*, 56, 974-1006.
- Strachey, J. (1934) The nature of therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.
- Strupp, H. (1955) The effect of the psychotherapist's personal analysis upon his technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 19, 197-204.
- Strupp, H. (1958) The psychotherapist's contribution to the treatment process: an experimental investigation. *Behavioral Science*, 3, 34-67.

Strupp, H. (1996) Nachhaltige Lektionen aus der psychotherapeutischen Praxis und Forschung. *Psychotherapeut*, 41, 84-87.

Stuhr, U. (1995) Die Fallgeschichte als Forschungsmittel im psychoanalytischen Diskurs - Ein Beitrag zum Verstehen als Methode. In: Kaiser, E. (Hrsg.) *Psychoanalytisches Wissen: Beiträge zur Forschungsmethodik*, Westdeutscher Verlag, Opladen, S 188-204.

Stuhr, U. (1997) Psychoanalyse und qualitative Psychotherapieforschung. In: Leuzinger-Bohleber, M., Stuhr, U. (Hrsg.) *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*, Psychosozial Verlag, Gießen, S 164-181.

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. (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*, Kohlhammer, Stuttgart.

Stuhr, U., Höppner-Deymann, S., Oppermann, M. (2002) Zur Kombination qualitativer und quantitativer Daten - "Was nur erzählt werden kann". In: Leuzinger-Bohleber, M., Rüger, B., Stuhr, U., Beutel, M. (Hrsg.) *"Forschen und Heilen" in der Psychoanalyse*, Kohlhammer, Stuttgart, S 154-179.

Stuhr, U., Lamparter, U., Deneke, F.-W., Oppermann, M., Höppner-Deymann, S., Bühring, B., Trukenmüller, M. (2001) Das Selbstkonzept von "Gesunden". Verstehende Typenbildung von Laien-Konzepten sich gesundführender Menschen. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 3 (2), 98-118.

Stuhr, U., Wirth, U. (1990) Die Bedeutung des Therapeuten als inneres Objekt des Patienten. In: Tschuschke, V., Czogalik, D. (Hrsg.) *Was wirkt in der Psychotherapie? Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren*, Springer, Berlin, S 54-70.

Tronick, E. Z. (1989) Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.

Tronick, E. Z. (1998) Interventions that effect change in psychotherapy: a model based on infant research. *Infant Mental Health Journal*, 19, 277-353.

Tronick, E. Z. (2003) "Off course all Relationships are unique": How co-creative processes generate unique mother-infant and patient therapist relationships and change other relationships. *Psychoanalytic Inquiry*, 23, 473-491.

Wachholz, S., Stuhr, U. (1999) The concept of ideal-types in the psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*, 9 (3), 327-341.

Wallerstein, R. (1986) *Forty-two lives in treatment: a study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford Press, New York.

Wallerstein, R. (2001) Die Generationen der Psychotherapieforschung - Ein Überblick. In: Stuhr, U., Leuzinger-Bohleber, M., Beutel, M. (Hrsg.) *Langzeit-Psychotherapie*, Kohlhammer, Stuttgart, S 38-60.

Weber, M. (1904) Die "Objektivität" sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Winckelmann, J. (Hrsg.) Max Weber: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre, Mohr, 1988, Tübingen, S 146-214.

WHO (2004) Suicide huge but preventable health problem, says WHO. World Suicide Prevention Day - 10 September. Online Dokument

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/en/>

Winokur, G.,Tsuang, M. (1975) The Iowa 500: Suicide in mania, depression and schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 132, 650-651.

Wolf, E. (1996) Theorie und Praxis der psychoanalytischen Selbstpsychologie. Suhrkamp, Frankfurt/M.

Wolfersdorf, M. (2000) Der suizidale Patient in Klinik und Praxis: Suizidalität und Suizidprävention. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Wolfersdorf, M., Franke, C., Mauerer, C.,Dobmeier, M. (2002) Krisenintervention bei Suizidalität. In: Bronisch, T. (Hrsg.) Psychotherapie der Suizidalität, Thieme, Stuttgart, S 16-29.

Zlotnick, C., Elkin, I.,Shea, M. (1998) Does the gender of a patient or the gender of a therapist affect the treatment of patients with major depression? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66, 655-659.

7. Anhang

Protokoll der Fallkontrastierung und Identifizierung prototypischer Fälle

05.09.2004 (1. Tag)

Die Fallkontrastierung beginnt mit **Fall #01, Frau A**. Frau A stellt im Interview mit mir eine dichte, verführerische Übertrags-/Gegenübertragungssituation her, die wahrscheinlich mit ihrer damaligen Therapiesituation korrespondiert. Es entsteht eine Atmosphäre, die auf Wünsche nach einer ausschließlichen Zweisamkeit verweisen. Ihren Therapeuten stellt sie als jemanden dar, der etwas „sehr Distanziertes“ an sich hatte. Dabei sei er ein ausgesprochen „guter Zuhörer“ gewesen und habe „was sehr Filigranes, sehr Feines“ gehabt. Allerdings habe sie sich nicht vorstellen können, daß er außerhalb der Therapie darüber nachdenke, was in den Stunden passiere. Im Gespräch mit mir stellt die Probandin explizit die Parallele zwischen der aktuellen Situation und der damaligen Therapie im TZS her. In diesem Sinne werde ich zu ihrem damaligen Therapeuten. Auch über das Ende unseres Gespräches hinaus möchte sie mit mir verbunden bleiben, sie spricht als einzige der Probanden an, daß sie etwas über das Ergebnis der Untersuchung erfahren möchten. Es entsteht ein eher kühles Bild des Therapeuten, wie auch der Therapiesituation. In ihrer Schilderung „der saß in einem weißen Büro und nichts ist irgendwie klinischer als ein weißes Büro“, kommt ihre implizite Enttäuschung darüber zum Ausdruck, daß ihr Therapeut seine professionelle Haltung nicht aufgab.

Ein dyadisches Geschehen, Nähewünsche wurden auf entwicklungsförderliche Weise enttäuscht.

In ähnlicher Weise konstelliert auch **Fall #02 Frau B** das Gespräch mit mir. Ich fühle mich mit ihr wie auf einer Bühne, als ob uns jemand zusehen würde. Es geht um etwas sehr Bedeutsames, was aber nicht benannt wird und im Verborgenen bleibt. Im Gegensatz zu Frau A schildert Frau B ihren Therapeuten etwas lebendiger, sie betont mehrfach, wie „sehr, sehr dankbar“ sie ihm sei. Mit deutlicher Koketterie schildert sie, wie sie „massiv versucht“ habe, „ihn aus der Reserve zu locken, ihn so weit zu bringen, daß er was von sich erzählt (...), auf manchmal eine sehr raffinierte Art und Weise“. Bezeichnenderweise erinnert sie sich an die Reproduktion eines Bildes von Chagall mit 2 Liebenden im Therapiezimmer. Ihre Enttäuschung bringt sie zum Ausdruck, wenn sie sagt, daß sie „ein bisschen wenig menschliche Rührung“ bei ihm bemerkt habe, sie hätte gern gehabt, wenn „er ein bisschen zugänglicher“ gewesen wäre. Ihre Schilderung ist insgesamt etwas dramatisierender und idealisierender als die von Frau A.

Der Therapeut wird als jemand dargestellt, der ihrem verführerischen Werben nicht nachgab, was als einerseits enttäuschend, aber auch mit Erleichterung erlebt wurde.

Ein geheimes dyadisches Geschehen, in dem die Abgegrenztheit des Therapeuten gegenüber zerstörerischer Verführung hilfreich war und Entwicklung und Trennung ermöglichte.

Eine Erotisierung in der Gegenübertrag entsteht auch im Gespräch mit **Frau F**. Im Gespräch mit ihr entsteht rasch eine intensive Atmosphäre, mit der ich mich jedoch weniger unwohl fühle als mit den Vorgenannten. Bei Frau F kommt ebenfalls in Differenz zu diesen bei mir ein eher fürsorgliches Gefühl auf. Ihre Erinnerungen an ihren Therapeuten bleiben eher indirekt, als müsse sie ihre Gefühle ihm gegenüber vor sich selbst wie auch vor anderen verbergen. Sie kann auch insbesondere, als es um die Abschiedsphase geht, beschreiben, daß in ihr durchaus ambivalente Gefühle ihrem Therapeuten gegenüber auftauchten. Ihre Schilderung der gesamten Erfahrung erscheint tendenziell reifer und abgegrenzter, weniger idealisierend. Auch betont sie mehr ihre Unabhängigkeit, dies wird u. a. deutlich, als sie schildert, wie es sie „genervt“ habe, daß ihr Therapeut durch seine sorgfältige Ankündigung von ausfallenden Stunden seine „Wichtigkeit“ so sehr betont habe. Am Ende des Gespräches macht sie deutlich, daß sie das Interview mit mir als ihren ausdrücklichen Beitrag dafür ansehe, daß das TZS als Einrichtung für Menschen in Notsituationen erhalten bleiben solle. Ihre Dankbarkeit der Behandlung gegenüber wird für mich sehr spürbar. Im Kontrast zu dieser Bezogenheit steht, daß ich keine Vorstellung davon bekomme, wer ihr Therapeut tatsächlich war. Dies lässt sich aktuell nicht auflösen.

Eine Erfahrung, gut aufgehoben zu sein und ernstgenommen zu werden, wodurch dankbare Ablösung möglich wird.

Herr P bevorzugt ausdrücklich die Distanz und ist dabei so weit gegangen, beruflich bedingt nach Korea zu gehen. Den Kontakt mit mir gestaltet er im Vorfeld unseres Treffens durch mehrfache Terminverlegungen und zahlreiche e-mails so, daß ich mich intensiv mit ihm beschäftigen muß. Auch die damalige therapeutische Beziehung ist offenbar von ähnlichem Agieren gekennzeichnet gewesen. Seine Schilderung, wie er gegen Ende der Therapie im TZS in einem suizidalen Agieren schließlich von „schwerst bewaffneten“ Polizeikräften in Gewahrsam genommen wurde und schließlich in die geschlossene Abteilung nach Ochsenzoll gebracht wurde, was er als „sehr beruhigend“ erlebte, hat einerseits etwas pubertär Dramatisierendes, andererseits aber auch etwas Anrührendes, was in mir eher Fürsorglichkeit auslöst. Seinen indirekt deutlich geäußerten Wunsch nach einer privaten Beziehung zu seiner Therapeutin mit den entsprechenden, zwangsläufigen Enttäuschungen verleugnet er weitgehend. Er

beschreibt sie mütterlich sorgend, wenn er schildert, wie sie sich daran erinnerte, was er vor mehreren Stunden gesagt hatte oder ihm Ersatz für ausfallende Stunden anbot. Die Buchgeschenke an seine Therapeutin könnten dafür stehen, daß er sich nur wenig auf emotionale Verbindungen verlassen kann und vielmehr versucht, in dem konkreten Austausch von Gegenständen eine Verbindung zu ihr herzustellen. Ähnlich wie Frau A und Frau B sucht er nach einer ausschließlichen dyadischen Beziehung. Dabei erscheint er in der Wahrnehmung seines Gegenübers deutlich weniger differenziert als z. B. Frau F.

Therapie als ein dramatisches aggressives Geschehen in einer ausschließlichen, dyadischen Beziehung zu einer mütterlich sorgend erlebten Therapeutin, von der man sich äußerlich nur durch räumliche Distanz lösen kann, dabei aber schwärmerisch idealisierend mit ihr verbunden bleibt.

Eine ausschließliche, dyadische Beziehung sucht auch **Frau J**, die von ihrer Therapeutin spricht, als wäre sie ihre „beste Freundin“ gewesen. In ihrer idealisierenden Beschreibung haben kritische Aspekte, Enttäuschungen oder Kränkungen keinen Platz. Sie schildert die therapeutische Erfahrung wie einen warmen Herd, an dem sie sich habe aufwärmen können. Ähnlich wie bei Herrn P ist ihr Bild der Therapeutin wenig differenziert. Gleichklang und Sicherheit charakterisieren ihre Erinnerung an die Behandlung.

Therapie als versorgende Erfahrung in einer ausschließlichen, dyadischen Beziehung zu einer warmherzig, mütterlich erlebten Therapeutin, von der sie sich verstanden, aufgehoben und gut behandelt fühlte und mit der sie weiterhin verbunden erscheint.

In der Schilderung von **Frau D** findet sich einerseits eine Darstellung ihrer Therapeutin als „starke Frau“, die ihr „toll geholfen“ und sie ernst genommen habe und daneben eine Beschreibung ihrer Therapeutin, die „die Tür zugemacht“ habe und sie wegschickte, ohne daß sie „in eine stabile Versorgung“ gekommen wäre. Die idealisierenden und entwertenden Aspekte stehen hier wenig integriert nebeneinander, gleichwohl haben diese offenbar die Funktion, eine haltgebende Verbundenheit aufrechtzuerhalten.

Fühlte sich ernst genommen und akzeptiert von einer Therapeutin, die sie als unerschrocken, ehrlich und dadurch hilfreich erlebte. Gleichzeitig stellt sie sich als unversorgt und weggeschickt dar, was sie sich und ihrer Unselbständigkeit zuschreibt und dazu führt, dass sie in der Enttäuschung weiterhin mit ihrer Therapeutin verbunden erscheint.

In ähnlicher Weise „unversorgt“ ist **Frau E**, von deren Schilderungen und Drohungen ich mich manipuliert und erpresst fühle. Ähnlich wie Frau J hätte sie ihre Therapeutin „gern als

Freundin kennengelernt“, sie habe sie „gerne um mich gehabt, das war etwas Angenehmes“. Immer wieder geht es um Manipulation und Kontrolle. So schildert sie, wie sie ihre Therapeutin durch Nichterscheinen zu einem Termin dazu brachte, die Polizei bei ihr vorbeizuschicken. Auch beschreibt sie eine ausgedehnte geheime Beschäftigung mit dem Leben und den Interessen und Vorlieben ihrer Therapeutin. Ihre Angst, von der Therapeutin weggeschickt zu werden, hat sie nicht auflösen können, sondern ist lieber vorher selbst gegangen. Offenbar ist sie jedoch weiterhin innerlich auf das Engste mit ihrer Therapeutin in idealisierenden Phantasien verbunden.

Therapie als Verwicklung in gegenseitige Kontrolle und Manipulation, aus der es keinen Ausweg gibt und in der keine Entwicklung möglich erscheint. Die identifikatorische Verbundenheit mit der als verfolgend erlebten und gleichzeitig idealisierten Therapeutin ließ sich nicht auflösen, sondern bleibt mit implizitem Schuldvorwurf bestehen.

Zu denen, die davon sprechen, dass sie gern eine private Beziehung zu ihrer Therapeutin bzw. ihrem Therapeuten gehabt hätten, gehört auch **Herr I**. In der Realität des Interviews mit mir verliert er sich immer wieder in dem Versuch, seine damalige innere Verfassung zu beschreiben. Er verbirgt sich hinter vielen Worten und schließt mich von seinem Dialog mit sich selbst aus. Die Behandlung bei seiner Therapeutin begann für ihn mit einer Enttäuschung. Bei dem Versuch, psychologische Hilfe „aufzutreiben“, weil er zunehmend vereinsamte, sei er erst „bei Frau G. privat irgendwie gelandet“. Er korrigiert sich dann und erklärt, daß er sich in ihrer Privatpraxis gemeldet hatte und dann an das TZS verwiesen worden war. Die für ihn entscheidende Auseinandersetzung in der Therapie war die Frage, ob er sich zu einer analytischen Behandlung entscheiden konnte, was er schließlich nicht tat. Er habe es „nicht gewagt“, ihr Angebot anzunehmen, eine intensivere Therapie anzuschließen. Dies sei im nachhinein „sicher auch ein Fehler“ gewesen, wenngleich es ihm jetzt besser gehe. In dem Hadern mit dieser Entscheidung bleibt er mit seiner Therapeutin verbunden. Indem er die Verantwortung dafür, dass er ihrem Angebot nicht folgen konnte, auf sich nimmt, erhält er ihre Idealisierung aufrecht.

Er erinnert sich an das Gefühl, daß sich um ihn jemand kümmerte. Damit sei alles gut gewesen, er habe sich dann nicht allein gefühlt. Gleichzeitig sei das Unvermögen evident gewesen, zu Worte zu kommen, einfach zu sprechen. Herr I präsentiert sich als netter junger Mann, den man mögen soll und der deswegen auch nichts Schlechtes über andere und insbesondere über seine damalige Therapeutin sagen möchte. Dabei ist der Schritt zu einer Kritik und aggressiven Anklage, daß sie ihm nicht besser half, möglicherweise nur ein kleiner. In dieser ambivalenten Gebundenheit ist er sowohl Frau E als auch Herrn P recht nahe, beiden ist eben-

falls der Abschied bzw. die Trennung von ihrem Therapeuten offenbar nicht ausreichend möglich gewesen. Er idealisiert seine Therapeutin nicht in dem unrealistischen Maß wie etwa Frau J oder Herr P, bei ihm entsteht die Bindung eher über den Selbstvorwurf, daß er es hätte besser machen können. Bezüglich dieser Neigung zu Selbstkritik unterscheidet er sich damit zunächst von diesen beiden „Idealisierern“.

In einer Wendung gegen sich selbst wird der Vorwurf an die Therapeutin, ihn in seinen stumm gebliebenen Versorgungswünschen allein, enttäuscht und unverstanden zurückgelassen zu haben, abgewehrt und gleichzeitig als fortdauernde Verbindung mit ihr konserviert.

(2. Sitzung 7.9.)

Die Erinnerungen von **Herrn M** sind sehr differenziert. Sowohl seinen Therapeuten, als auch die Therapiesituation beschreibt er sehr anschaulich, so dass ich mir, auch wenn ich die Einrichtung nicht kennen würde, eine gute Vorstellung davon hätte machen können. Seine Schilderung ist von einer großen Dankbarkeit geprägt und erscheint damit recht reif. Dazu mag beitragen, dass er im Anschluß an die dortige Behandlung eine Analyse begonnen hat, die zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht abgeschlossen ist. Im Gespräch mit mir stellt er spontan ein Gefühl intensiver Verbundenheit her und läßt ein Wiedererleben der damaligen Gefühlszustände "im Tal der Tränen" zu. Seine Beschreibung des Endes der Behandlung ist differenziert, er habe sich einerseits weggeschickt gefühlt und damit eine Wiederholung des Auslösers der damaligen suizidalen Krise erfahren. Gleichzeitig habe es etwas von einem "Aufbruch" gehabt und es sei wie ein Signal gewesen, dass die "Phase der Bedrohung" abgeschlossen war. Kritische Aspekte der Beziehung zu seinem damaligen Therapeuten bleiben im Interview jedoch ähnlich ausgespart, wie er es aus der damaligen Behandlung beschreibt, wo er erst nach der Stunde seinen Gefühlen freien Lauf lassen konnte. Auch im zeitweiligen Nicht-erinnern des Namens seines Therapeuten kommt die abgewehrte Enttäuschungswut über das Verlassenwerden nur indirekt zum Ausdruck. Insofern erscheint die Trennung erst durch die nachfolgende analytische Behandlung ermöglicht worden zu sein, in der er sich intensiv mit dem Ende, das er zunächst "wie eine Zurückweisung" erlebt habe, auseinandersetze. Ich erlebe seine Objektwahrnehmung wesentlich reifer, als die der anderen "Idealisierer", ähnlicher der Schilderung von Frau F.

Der Therapeut wird in sehr differenzierter Weise als engagierte, offene, liebevolle und an ihm interessierte Person geschildert, von der er sich sehr angenommen und aufgehoben fühlte. Es wird der Verlauf einer intensiven, im Rückblick mit Dankbarkeit erfahrenen therapeutischen Beziehung erkennbar, die die Aufnahme einer anschließenden Analyse ermöglichte.

Die Beziehung von **Frau G** zu ihrer Therapeutin ist nicht aufgelöst, da sie die damalige Behandlung in einer aktuell noch laufenden Analyse fortgesetzt hat. Ihre Schilderung der damaligen Situation ist daher von der fortbestehenden therapeutischen Beziehung bestimmt. Andererseits kann sie gut zwischen der damals im Sitzen durchgeführten Behandlung und der jetzigen Analyse im Liegen differenzieren und insofern ist ihre Schilderung aussagekräftig und im Sinne der Untersuchung relevant. Ihre Vorstellung, dass es bei dem Gespräch mit mir um die Entwicklung einer Marketingstrategie für das TZS gehen würde, weist darauf hin, dass sie nicht als frühere Patientin, sondern als Expertin angesprochen und behandelt werden möchte. Sie differenziert in ihrer Erinnerung an die damalige Therapiesituation zwischen einer emotionalen und einer rationalen Sicht auf ihre Therapeutin. "Aus dem Verstand heraus" sei sie mit ihrer Therapeutin zufrieden gewesen, in ihrem Gefühl habe sie sie manchmal fürchterlich gefunden, sie sehe immer die großen, fragenden Augen vor sich, die ihr Angst machten, nicht zu wissen, was sie sagen sollte. Auch habe sie damals nicht weinen können, weil sie sich zu sehr geschämt habe, da sie sich beobachtet fühlte. In der jetzigen Situation sei dies besser, weil sie ihre Therapeutin nicht sehe.

Die "damalige" Therapeutin wird als fordernd und in ihrem Schweigen unerbittlich und ängstigend erinnert. Unterwerfung und Leistung (als "gute" Analysandin) werden angeboten, um die Beziehung zu sichern und die eigene Enttäuschungswut abzuwehren. Dabei geht die Verbindung zur eigenen Gefühlswelt offenbar leicht verloren, was Unsicherheit und Angst auslöst. Dies zeigt sich auch im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen des Katamneseinterviews. Dieser Modus findet sich bei den bisher diskutierten Probanden nicht in solcher Ausprägung. Daher steht sie zunächst für sich.

3. Sitzung (11.9.2004)

Die Atmosphäre, die sich im Gespräch mit **Frau H** herstellt, hat etwas Entrücktes. Sie bleibt in sich verborgen, unerreichbar, wie hinter einer Milchglasscheibe. Aus der damaligen Behandlung erinnert sie einerseits kleine Szenen, wie etwas das Gähnen ihres Therapeuten, was sie mit allem zusammen genommenen Mut ansprach, oder die ruhige Atmosphäre im Behandlungszimmer, das dunkle Licht wegen der Bäume vor dem Fenster und die Bank vor dem Gebäude, auf die sie sich oft zu Zeiten setzte, wenn dort geschlossen war und sie keinem mehr begegnen konnte. Sie suchte in der Behandlung offenbar eher die haltende, aber auch "entgiftende" Funktion, sie beschreibt den inneren Dialog, den sie mit ihrem Therapeuten zwischen den Behandlungsstunden führte, "wie eine Blutwäsche". In ähnlicher Weise wünschte sie sich im TZS auch eine Art Nachtcafé als einen "Ort, an dem man so sein kann, wie man ist". Sie stellt sich vor, dass ihr Therapeut sich nicht mehr an sie erinnert hätte, wenn

sie ihn nach Beendigung der Behandlung einmal besucht hätte, um ihm etwa mit einem Blumenstrauß zu danken. In meinem vorsichtigen Umgang mit ihr spiegelt sich eine große Verletzlichkeit wieder, aus der heraus sie Distanz wahren muß und Therapie und Therapeut eher in ihrer Funktionalität erinnert. Damit unterscheidet sie sich zunächst von den bisher diskutierten Probanden, steht aber Frau G in ihrer Selbstunsicherheit näher als den "Idealisierern und Schwärmern".

Die Therapie wird als hilfreiche Blutwäsche geschildert, der als mit angenehmer Stimme ausgestattet beschriebene und als unterstützend erlebte Therapeut tritt in ihrer Darstellung in die Kulisse der insgesamt wohltuenden, schützenden Erfahrung der Behandlung zurück.

Verborgen hält sich auch **Herr C**, der mir wenig von seinem Innenleben zeigt, so wie er auch in unserem Gespräch seine Wollmütze nicht abnimmt. Sein geheimer Wunsch danach, verstanden zu werden und jemanden zu haben, der ungetrennt für ihn da ist, wird szenisch in der Übertragung deutlich, wenn er das Ende des Gespräches immer wieder hinauszögert. Der Therapeut wird in distanzierter Weise beschrieben, jemand, "der sagt, was zu tun ist und dann ist es o.k.", das Verhältnis sei "wie Auftraggeber und Auftragnehmer" gewesen. Er habe nicht verstehen können, wie sich jemand "mit so einem schweren Fall" wie ihm habe abgeben können, es habe ihm "irgendwie imponiert", einem Menschen zu begegnen, der ihm helfen konnte. Nach der Therapie ist er allein und auf der Suche geblieben, eine Anschlussbehandlung hat er nach wenigen Stunden abgebrochen. In seiner Reserviertheit und in dem Gefühl, dass er mir fremd geblieben ist, steht er Frau H nahe.

Der Therapeut wird in distanzierter Weise als gutwilliges väterliches Objekt geschildert, das nicht enttäuscht werden sollte. Der im Abwarten des Therapeuten zur Verfügung gestellte Raum wurde anfangs als überfordernd und ängstigend, später als Chance erlebt. Die Zeit war immer zu kurz und damit auch die Behandlung nicht zu beenden und die Beziehung nicht aufzulösen.

Das Treffen mit **Herrn O** kommt erst bei der zweiten Verabredung zustande. Wie in der Therapie im TZS und auch in der anschließenden Behandlung, die kurz vor der Beendigung steht, erscheint er zum ersten Termin nicht. Er beschreibt indirekt seine paranoide Vorstellung, mit dem Katamneseinterview kontrolliert werden zu sollen, ob er die Voraussetzungen für die Beendigung der aktuellen Therapie auch erfüllt. Seine Schilderung des Therapeuten sind einerseits recht positiv, beinahe liebevoll. Er hat ihn als einen "sehr ruhigen und besonnenen Mann mit einer freundlichen, aber abwartenden Ausstrahlung" in Erinnerung. Manchmal habe er das Gefühl gehabt, es sei gar nicht wichtig, was er sage, umso erstaunter sei er dann gewe-

sen, wenn sein Therapeut sich genau daran erinnern konnte, was er in einer früheren Stunde gesagt hatte. Idealisierung und Entwertung liegen bei Herrn O eng nebeneinander. Seine idyllische Erinnerung an das Eichhörnchen, das "jedes Mal" draußen auf ihn wartete, kontrastiert er sofort mit der Dunkelheit der Räume, die einer Behandlung Depressiver abträglich seien. Gleichwohl äußert er sich insgesamt sehr positiv über die damalige Behandlung. Er hat in damaligen Therapie, wie auch im aktuellen Gespräch mit mir wichtige Themen, die bedrohliche Dinge (Suizidphantasien, parasuizidales Handeln?) zum Inhalt haben, nicht angesprochen. Die Nähe von Idealisierung und Entwertung lassen Herrn O an die Idealisierer heranrücken, bei denen jedoch die Entwertung nicht derart explizit geäußert wird. Er macht implizit deutlich, dass er in der therapeutischen Beziehung auch sich selbst gegenüber seine emotionale Bedürftigkeit nicht so deutlich zeigen konnte, um die befürchtete Enttäuschung zu vermeiden. Damit ist er Herrn C nahe.

Die Therapie wird als hilfreich erfahrene Beziehung geschildert, die jedoch mißtrauisch geschützt und verborgen gehalten werden muß.

Weiter als die meisten anderen Probanden hat sich **Herr N** vom Alltag und der Realität zurückgezogen. Seine Erinnerung an die Therapie ist offenbar grob verzerrt, er hat die Vorstellung, vom Leiter der Einrichtung, "dem Professor" behandelt worden zu sein, was nicht den Tatsachen entspricht. Die damalige Behandlung, die Gegenwart eines gewährenden Gegenübers, das ihm hilft, die eigenen Gedanken zu ordnen, schildert er als hilfreich. Es sei gut gewesen, dass der Therapeut nichts kommentiert habe, dadurch habe er sich mehr mit sich selber beschäftigen müssen. Das Angebot einer weiterführenden Therapie lehnte er jedoch als "Gehirnwäsche" ab und reiste nach Neuseeland aus, wo er sich offenbar in der Abkehr von seiner Muttersprache stabilisierte, dafür jedoch allein blieb. In dieser Distanzierung und Zurückgezogenheit erscheint er Herrn C und Frau H ähnlich. Zu mir versucht er eine Beziehung wie zu einem "linken Genossen" herzustellen, dabei bleibt er vage und lenkt immer wieder unverbindlich von sich und seinen Gefühlen ab. Dankbarkeit, etwa dafür, dass er sich durch ein entsprechendes Gutachten frühpensionieren lassen konnte, äußert er nicht.

Seine Nähewünsche teilen sich nicht einmal szenisch mit, sondern lassen sich nur metatheoretisch erschließen.

Der Therapeut wird als gewährendes und dabei identitätsloses Gegenüber geschildert, das auf abstinente Weise hilft, die eigenen Gedanken zu ordnen. In der radikalen Abwendung ist die Stabilisierung der Identität möglich.

Eindeutig negativ äußert sich **Herr Q** über seine damalige Therapeutin und ihre Bemühungen. Er schildert die Geschichte eines Scheiterns. In der Therapie im TZS fühlte er sich nicht verstanden, sondern vielmehr mit seinen Defiziten konfrontiert und entsprechend gekränkt. Seine Therapeutin erlebte er wie seine ihn verfolgende und bedrohende Mutter: "...wie in einem Buschkrieg, man kann den Feind nicht sehen und trotzdem knallt er einen ab". In seinen Schilderungen ist er unverblümt und wirkt unfähig, sich Vorstellungen darüber zu machen, was in seinem Gegenüber vor sich geht. Ich gehe davon aus, dass er ein Asperger-Autist ist, und dies in den bisherigen Behandlungen nicht erkannt wurde. Seiner Erfahrung der therapeutischen Situation liegt eine Unfähigkeit, ein Defekt zugrunde, anders als bei den Nähewünsche paranoid abwehrenden C, H und O. Insofern steht er diesen zwar nahe, bleibt aber allein. Die Therapeutin wird als verfolgendes und bedrohendes Objekt geschildert, das ihn nicht verstand und durch Konfrontation mit seinen Defiziten kränkte. Die Therapie wird als Geschichte eines Scheiterns beschrieben.

Für **Herrn K** ist die Erfahrung der Behandlung im TZS mit der Angst verbunden, seine Identität, die er eng mit seiner Hörschädigung verbindet, zu verlieren. Die Atmosphäre in unserem Gespräch ist vordergründig freundlich, bleibt jedoch auf beiden Seiten distanziert und kontrolliert. Eine emotionale Verbindung kommt nicht zustande, ich bleibe mit der mich irritierenden Frage zurück, ob er tatsächlich "beinahe taub" ist oder dies nur vorgibt. Der Therapeut im TZS wird mit großer Zurückhaltung beschrieben; als jemand, der nicht sein "Typ" gewesen wäre, wenn er "die Auswahl" gehabt hätte. Auch wisse er nicht, ob er "dessen Typ" gewesen sei. Mir wird die Identität des TZS-Therapeuten nicht eindeutig klar. Das damalige Beziehungsangebot hat er als unheimlich und bedrohlich erlebt.

In diesem paranoiden Bedrohungsgefühl ist er Herrn Q ähnlich, wobei auch Herr K eventuell durch die Hörschädigung seine Mentalisierungsfähigkeit nur eingeschränkt ausbilden konnte. Das Beziehungsangebot des Therapeuten wird als identitätsbedrohend geschildert, eine abweisende/abgewiesene Beziehung wird dargestellt. Dennoch konnte er von der anschließenden weiteren Therapie profitieren.

Auch **Frau L** sichert ihre Identität aus der Abgrenzung gegen ihren Therapeuten, dessen Männlichkeit und körperliche Präsenz sie als bedrohlich erlebte. Gleichzeitig schildert sie jedoch sehr differenziert, dass sie je länger die Therapie zurückliege, sowohl die Behandlung als auch ihren Therapeuten als sehr hilfreich empfinde. Sie kann für mich gut nachvollziehbar beschreiben, wie sie zu Anfang noch gut akzeptieren konnte, Hilfe zu benötigen und anzunehmen. Nach einiger Zeit habe dann ihre Leistungsorientierung dazu geführt, dass sie alles

unter Kontrolle bringen wollte und zu rasch Veränderung erwartet habe, die nicht eingetreten sei. Der durch ihre Weigerung, den Rat ihres Therapeuten zu befolgen, eine analytische Behandlung anzuschließen, entstandene Konflikt ist offenbar nicht gelöst und weiterhin wirksam, wenn sie bei dem Gedanken an eine erneute Behandlung das Gefühl einer Niederlage hat. Explizit spricht sie von einem fortbestehenden "Minderwertigkeitsgefühl" ihrem Therapeuten gegenüber, einer Kränkung, die Behandlung im TZS nötig gehabt zu haben. Auch habe sie zunehmend das Gefühl bekommen, ihr Therapeut sei ihr nicht "wohlgesonnen", wolle ihr gar nicht helfen und sie "klein machen".

Der Therapeut wird als bedrohlich, überwältigend und sogar zerstörerisch erinnert. Sein Angebot der Fortsetzung der therapeutischen Beziehung in einer Analyse erschien ihren eigenen Entwicklungswünschen entgegengesetzt und konnte erst im nachhinein als hilfreich empfunden werden. Sie schildert, wie sie sich zwischen diesem Angebot ihres Therapeuten und dem Abraten ihrer Eltern hin und her gerissen fühlte und nicht die Kraft hatte, zu einer eigenen Entscheidung zu kommen. Die Therapie im TZS wird als eine beschämende Zwangsbehandlung beschrieben, in die sie direkt nach einem Suizidversuch unter dem Druck ihrer Eltern geriet und die sie unter anderen Umständen so nicht gewählt hätte.

Aus der Abgrenzung heraus war schließlich dennoch Entwicklung möglich.

Dieses Bild des Therapeuten erscheint dem von Frau G ähnlich, die ihre Therapeutin "fürchterlich" fand und sich unter deren fragenden Augen schämte. Beide sahen sich unter einen Leistungsdruck gesetzt, was als Externalisierung bzw. projektive Abwehr von Entwicklungswünschen verstanden werden könnte.

4. Sitzung (12.9.04)

Um Autonomiewünsche geht es auch in der Schilderung von **Frau T**. Wie Frau L hat sie die Empfehlung ihres Therapeuten, eine Analyse anzuschließen, nicht angenommen, sondern als "willkommenen Anlass" genommen, sich von ihm zu distanzieren um dann "leichter wieder alleine mit den Dingen klarzukommen". Sie schildert ihn als jemanden, vor dem sie "einen unheimlichen Respekt" entwickelte und der "im positiven Sinne eine Art Macht" über sie hatte. Er habe ihr geholfen, sich selbst "auf die Schliche" zu kommen, wo sie sich in der eigenen Entwicklung behinderte. In der Abschiedsphase habe es auch Enttäuschung und ein Gefühl, allein gelassen worden zu sein gegeben, andererseits sei sie aber auch froh gewesen, dass die Therapie vorbei war.

Frau T gibt eine lebendige, anschauliche Schilderung eines väterlich autoritären Therapeuten, sie erinnert sich insbesondere an Details ihres Therapeuten wie "die Hände, die Haare auf den Händen oder irgendwie die Augenbrauen oder irgendwelche Socken". Offenbar hat sie die

Therapie und den Therapeuten und insbesondere die Chance, sich von ihm in konstruktivem Dissens zu trennen, auf eine reif erscheinende Weise als entwicklungsförderlich und gutmeinend verinnerlicht.

Wie Frau L nutzte sie die Abgrenzung zur eigenen Entwicklung; im Gegensatz zu dieser konnte sie dabei jedoch eine positive Vorstellung von ihrem Therapeuten durchgehend aufrechterhalten und mußte ihn nicht entwerten. Sie ist auch nicht so enttäuscht und selbstkritisch wie Herr I, der ja ebenfalls das Angebot einer weiterführenden Therapie ablehnte, dies aber eher als Unvermögen, einer Forderung seiner Therapeutin zu entsprechen, erlebte.

In der wenig realistisch erscheinenden Erinnerung, ihre Therapeutin habe in den Stunden "immer Banane gegessen", wirkt die Wahrnehmung von **Frau S** psychotisch verzerrt. Vordergründig freundlich, offen und bereitwillig, an der Befragung teilzunehmen, wird rasch deutlich, dass sie die Vorstellung hat, dass der Rat ihrer Therapeutin, sich an frühere, traumatisierende Erfahrungen zu erinnern, ihr schadete und zu einer psychotischen Dekompensation beitrug. Insofern scheint es ein inneres Bild der damaligen Therapeutin zu geben, die mit sich und den eigenen Bedürfnissen beschäftigt war und deren Aufforderung, sich an die Vergangenheit zu erinnern, geschadet hat.

In der psychotisch anmutenden Verzerrung ihrer Erinnerung ist sie Herrn N ähnlich, auch in der Vermeidung einer direkten Kritik bzw. wertschätzenden Äußerung. Anders als der Auswanderer und Antipode N sucht sie jedoch therapeutische Hilfe, die ihr in Form von konventionellen Neuroleptika zuteil wird.

Frau R schildert ihren Therapeuten, an dessen Namen sie sich nicht mehr erinnert, als fordernd und streng, jemand, bei dem man nicht weiß, woran man ist und ob man es ihm nun recht gemacht hat oder ob er unzufrieden ist und bleibt. Im Vergleich mit den offenbar eher stützenden, versorgenden weiblichen Therapeuten vor und nach der Behandlung im TZS sei die abstinente Haltung für sie ungewohnt und manchmal ängstigend gewesen, weil sie nicht wußte, was sie sagen sollte. Andererseits sei sie froh gewesen, dass da jemand war, "der den Gedanken auch aus einem 'rausholt, der sonst immer nur stecken bleibt und nie zu Ende gedacht wird". Manches sei ihr "irgendwie viel zu weit hergeholt" vorgekommen, anderes habe sie eben auch zum Nachdenken gebracht. So sei sie auf Gedanken gekommen, auf die sie sonst nie gekommen wäre. Ein Problem sei gewesen, dass der Therapeut ihr das Bild von einer "glücklichen, absolut glücklichen Kindheit" genommen habe.

Ihr Bild der Therapie ist unaufgelöst ambivalent geblieben, sie äußert einerseits Dankbarkeit und erinnert sich andererseits an den Druck und die Angst, die durch das Schweigen ausgelöst

wurden. Der Therapeut wird als fern und unerreichbar geschildert, jemand, der etwas mit ihr macht und dem sie ausgeliefert ist, jemand, bei dem man nicht weiß, woran man ist.

Diese Konstellation ist der Schilderung von Frau G, die ebenfalls weiterhin in therapeutischer Behandlung ist, sehr ähnlich. In dem Ausweichen vor der direkten Auseinandersetzung ist Frau R Herrn M recht nah, genau wie er kann sie sich nicht an den Namen ihres Therapeuten erinnern und wie bei ihm spielt die Umgebung des TZS eine wichtige Rolle. In der Schilderung von Frau K. findet sich jedoch nicht das Moment von reif erscheinender Dankbarkeit wie bei Herrn M.

5. Sitzung (13.9.04)

Die Fälle werden erneut betrachtet, nachdem die **Frage nach dem inneren Bild, das die Probanden von der Therapie und ihrem Therapeuten erkennen lassen**, noch einmal anhand der Arbeiten von Geller et al. (1981, 2003) geschärft wurde. Der bisherige Prozess ist vielleicht noch zu sehr von der Frage bestimmt gewesen, welchen prototypischen Konstellationen sich die *Probanden* zuordnen lassen. Ein neuer Durchgang steht unter der Frage: **Was wird in Bezug auf die Therapie und den Thepeuten als hilfreich bzw. nicht hilfreich erlebt?**

Auch beschäftigt den Untersucher die Frage, wie die Übertragungs-/Gegenübertragungskonfiguration im Katamneseinterview in Beziehung zur damaligen therapeutischen Beziehung steht.

Die zuvor "Die Idealisierer" genannte Gruppe läßt jetzt mehr der **unerfüllt gebliebene Wunsch nach ausschließlicher Zweisamkeit** erkennen. Hier finden sich drei Untergruppen:

- Die **letztlich entwicklungsförderlich Getrennten** (Frau B und Frau A). Beide stellen im Gespräch mit mir eine dichte, erotisierte Übertragungs-/ Gegenübertragungsatmosphäre her, die Therapie wird als Versuch beschrieben, den Therapeuten zu verführen. Es entsteht der Eindruck, dass es durch den bei beiden längeren Therapieverlauf bei mehreren Therapeuten insgesamt gesehen zu einer förderlichen Entwicklung gekommen ist. Die Behandlungsbeziehung erscheint aufgelöst.
- Die **schwärmerisch idealisierend Verbundenen** (Herr I, Frau J, Herr P). Auch in diesen Gesprächen entsteht eine dichte Übertragungsatmosphäre, wobei P und J sich zudem durch Inszenierungen ihres Wunsches nach ungetrennter Nähe bemerkbar machen. Ihre Schilderung des/r TherapeutIn ist eher warmherzig, mütterlich, der Therapieprozess wird als überwiegend konstruktiv geschildert, die Enttäuschung der Versorgungswünsche bleibt unausgesprochen. Vorwürfe werden entweder in der Idealisierung abgewehrt oder

gegen sich selbst gerichtet (Herr I). Die therapeutische Beziehung scheint unaufgelöst fortzubestehen.

Die **vorwürfllich Verwickelten** (Frau E, Frau D) äußern ihre Enttäuschung darüber, allein gelassen worden zu sein, sehr ausdrücklich. In der Übertragung stellt sich eine enge, eindringliche und manipulativ anmutende Beziehung her. Verfolgende und idealisierende Aspekte der Therapeutin stehen unverbunden nebeneinander. Enttäuschung und Vorwurf haben die Funktion, eine haltgebende, dabei jedoch weiterhin verwickelt erscheinende Verbundenheit über das formale Ende der Behandlung hinaus aufrechtzuerhalten.

Die von ihrem Therapeuten **dankbar Abgelösten** (Frau F, Herr M) schildern diesen wie auch den therapeutischen Prozess differenziert und moduliert. Der Therapeut wird nuanciert beschrieben, die Behandlung wird als hilfreiche Beziehung dargestellt, in der sich beide gut aufgehoben und ernst genommen fühlten und aus der sie sich (evtl. unterstützt durch eine nachfolgende Therapie) gut lösen konnten. In der Übertragung stellen sie ein sympathisches Gefühl dichter und tendentiell erotisierter Verbundenheit her. Ihre Dankbarkeit erscheint reif und weniger idealisierend als die der oben beschriebenen Gruppe der **letztlich entwicklungsförderlich Getrennten**.

Eine **Entwicklung aus konstruktiver Abgrenzung** (Frau L, Frau T) kennzeichnet die nächste Konstellation. Hier wird eine letztlich hilfreiche therapeutische Beziehung zu einem als fordernd erlebten Therapeuten geschildert, aus der durch Abgrenzung und gegen dessen Empfehlung einer Fortsetzung der Behandlung als Psychoanalyse offenbar dennoch eine Weiterentwicklung möglich war. Kennzeichnend für den zurückliegenden Therapieprozess ist die Dynamik der Spätadoleszenz. In der Gegenübertragung stellt sich ein väterliches, sympathisches Gefühl ein. Hierin unterscheidet sich diese Konstellation deutlich vom Typus der **letztlich entwicklungsförderlich Getrennten**, die eine eher erotisierte, verführerische Übertragungsbeziehung herstellen.

Unterwerfung unter autoritäre Forderungen (Frau G, Frau R) als Strategie, um mit der Therapeutin bzw. dem Therapeuten in Verbindung zu bleiben, die bzw. der in ihrem bzw. seinem Schweigen als streng, unerreichbar und ängstigend empfunden wurde. Bei Frau G steht der Leistungsaspekt dabei besonders im Vordergrund. In der Übertragung wird die Suche nach Anerkennung und Bestätigung deutlich.

Hilfe die nur im Verborgenen (Herr O, Herr C, Frau H) erfahren werden darf, um die emotionale Bedürftigkeit und damit Verletzlichkeit nicht zu deutlich werden zu lassen. Der Therapeut wird distanziert und funktional beschrieben, als **basale Stütze und Schutz vor einer als bedrohlich erlebten Innenwelt**. Aus der Behandlung werden Details der unbelebten Umgebung ("Bank vor der Tür", "Eichhörnchen draußen", "vertrautes Gelände") hervorgehoben. In der Übertragung wird Fürsorglichkeit mobilisiert.

Eine **scheiternde, unglückliche Suche nach Halt und Sicherheit** wird in drei etwas unterschiedlichen Konstellationen beschrieben:

- Eine **selbststärkende Ansprüchlichkeit** löst in der Gegenübertragung Ablehnung und geringe Bereitschaft zu empathischer Einfühlung aus. Erkennbar wird eine Abwendung (Herr K) aus einem als unheimlich und bedrohlich erlebten therapeutischen Beziehungsangebot, das die selbst gesuchte Identität (hier als Gehörloser) infrage stellt. In der anschließenden (vom TZS-Therapeuten vermittelten) psychotherapeutischen Behandlung gelingt es, an die Entwicklungsanforderungen seiner Lebensphase, zumindest im Äußeren, Anschluß zu finden.
- **Unverstanden gekränktes Scheitern** in einer Therapie, die von Herrn Q als Konfrontation mit den eigenen Defiziten durch eine verfolgend, bedrohend und letztlich verständnislos erlebte Therapeutin geschildert wird. Eine Übertragung mütterlicher Aspekte ist offensichtlich. Verständnis wird außerhalb dieser Beziehung und eher in Form konkreter Handlungsanweisungen gesucht.
- **Abwendung und Realitätspreisgabe** als letzte Möglichkeit, angesichts unlösbar erscheinender Entwicklungsaufgaben die Selbstkohärenz zu sichern. Eine (brüchig erscheinende) Stabilität ist für Frau S und Herrn N nur durch paranoiden Rückzug aus nahen Beziehungen zu erlangen. Die Beschreibung der Behandlung weist grobe Verzerrungen der Realität auf, auch wenn sie generell als hilfreich beschrieben wird. In der Gegenübertragung stellt sich ein Gefühl von Fremdheit ein.

November 2004

Im Anschluss an die Diskussion dieser Ergebnisse mit den Therapeuten des TZS erscheint ein erneuter Überarbeitungsschritt erforderlich.

Es ist deutlich geworden, dass die klinische Fragestellung an die Arbeit, die Frage nach dem Erleben der Therapie und des Therapeuten in der Erinnerung des Patienten, sich wesentlich darauf bezieht, in welcher Weise der Patient die damalige Beziehung gestaltet hat, um sie aufrecht erhalten zu können. Ziel der Arbeit könnte also ein Beitrag zu einer Typologie der

Beziehungsregulationsmodi sein, wie sie im Erleben der Patienten in der Wiederholungssituation des Katamneseinterviews dargestellt werden.

Danksagung

Zuerst danke ich den Probanden, die mir ihre Erinnerungen anvertrauten und damit auch sowohl die Wertschätzung als auch eine kritische Würdigung ihrer damaligen Behandlung zum Ausdruck brachten. Ebenso bin ich ihren Therapeutinnen und Therapeuten des Therapiezentrums für Suizidgefährdete - Frau Privatdozentin Dr. phil. Dipl.-Psych. Benigna Gerisch, Frau Dipl.-Psych. Monika Richter, Herrn Dr. med. Ilan Gans und Herrn PD Dr. med. Reinhard Lindner - für das Vertrauen dankbar, mit dem sie mir weitgehende Einblicke in ihre Arbeit gewährt haben.

Herrn Professor Dr. med. Paul Götze danke ich für die Überlassung des Themas und die stete Unterstützung im langen Prozeß der Fertigstellung der Arbeit.

Herr Privatdozent Dr. Reinhard Lindner hat mich mit seiner Begeisterung für die qualitative Forschungsmethodik der vergleichenden Typenbildung angesteckt und für die Katamneseuntersuchung gewonnen, die von Herrn Dipl.-Psych. Georg Fiedler in ihrer Systematik möglich gemacht wurde. Beide haben mich in zahlreichen Besprechungen immer wieder bestärkt und mir den Weg gebahnt.

Frau Brüggemann und Frau Werder haben durch ihre zuverlässige Sekretariatsarbeit die Verbindungen zu den Probanden hergestellt und mich mit ihrem stetigen Zuspruch unterstützt.

Herr Professor Dr. phil. Ulrich Stuhr und die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft Qualitative Psychotherapieforschung am UKE haben mir mehrfach die Gelegenheit geboten, das Projekt vorzustellen und mir wertvolle Hinweise zur Bearbeitung der Fragestellung wie auch zur Methodik gegeben.

Die Internationale Psychoanalytische Vereinigung ermöglichte mir, das Projekt in der Konzeptionsphase im Rahmen des Research Training Programs 2001 in London vorzustellen. Insbesondere von Professor Dr. Sidney Blatt, aber auch von Professor Dr. Peter Fonagy und anderen wurde ich in dem Vorhaben sehr bestärkt und erhielt wertvolle Anregungen zur Durchführung der Interviews. Die Teilnahme an diesem Treffen engagierter psychoanalytischer Forscher motivierte mich letztlich dazu, die psychoanalytische Ausbildung aufzunehmen.

Der Austausch mit Frau Dr. rer. nat. Helga Große-Brauckmann über die Parallelen zwischen ihrem Forschungsgebiet der Taxonomie corticioider Macromyceten und meinem Vorhaben hinsichtlich der Bedeutung von Ähnlichkeiten und Differenzen der Funde hat mich angeregt und ihre kontinuierliche ideelle Unterstützung hat wesentlich zur Fertigstellung der Arbeit beigetragen.

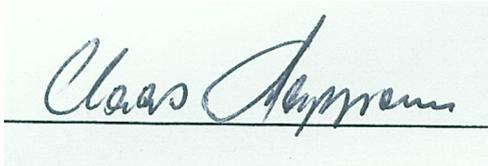
Lebenslauf

Geburtsdatum	28.09.1959	
Aus- und Weiter- bildungen	1980 - 1987	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover
	1987 - 1992	Facharztausbildung Neurologie (Ev. Krankenhaus Oldenburg)
	1992 - 1997	Facharztausbildung Psychiatrie (LKH Wehnen, Oldenburg und AK Bergedorf, Hamburg)
	1989 - 1998	Psychotherapieausbildung (Psychoanalytisches Institut Bremen, Michael-Balint-Institut Hamburg)
	1993 - 2002	Weiterbildung in analytischer Psychosentherapie, München
	1999 - 2000	Weiterbildendes Studium Organisationsentwicklung und Projektmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, Universität Hamburg
	seit 2002	Psychoanalytische Ausbildung (DPG-Institut Hamburg)
Berufstätigkeit	1987 - 1996	Assistenzarzt in neurologischer und psychiatrischer Weiterbildung
	seit 1996	Oberarzt der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Bethesda-Allg. Krankenhaus Bergedorf (Institutsambulanz und stationärer Bereich)

Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.



Claas Janssen