

## Die Veränderung von Beziehungen im Verlauf einer ambulanten Kurztherapie: eine qualitativ-inhaltsanalytische Einzelfalluntersuchung

Stratkötter, Andreas; Bertram, Renate; Frommer, Jörg; Tress, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Stratkötter, A., Bertram, R., Frommer, J., & Tress, W. (1997). Die Veränderung von Beziehungen im Verlauf einer ambulanten Kurztherapie: eine qualitativ-inhaltsanalytische Einzelfalluntersuchung. *Journal für Psychologie*, 5(1), 47-56. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29226>

### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

# Die Veränderung von Beziehungen im Verlauf einer ambulanten Kurztherapie

## Eine qualitativ-inhaltsanalytische Einzelfalluntersuchung

Andreas Stratkötter, Renate Bertram, Jörg Frommer und Wolfgang Tress

### Zusammenfassung

Nach Ansicht der Autoren kann die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse gegenwärtig von einer Rückbesinnung auf die bestehende Tradition von Einzelfalluntersuchungen profitieren. Qualitative Methoden sollten dabei Verwendung finden, um dem methodischen Anspruch einer selbstreflexiven, transparenten, verstehenden Psychotherapieforschung gerecht zu werden. Es wird berichtet über eine qualitativ-inhaltsanalytische Einzelfallstudie, in welcher Gesprächsinhalte ausgewählter Transkriptionen einer ambulanten Kurztherapie systematisch kodiert und therapieverlaufsbezogen ausgewertet wurden. Als Ergebnisse werden die Kategorien Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann und Beziehung der Patientin zum Therapeuten vorgestellt.

### Einleitung

Trotz wachsender Bemühungen seitens der Psychotherapieforschung ist die sowohl theoretisch dichte als auch empirisch abgesicherte Beschreibung psychotherapeutischer Prozesse nach wie vor ein methodisches Problem. Einerseits erweist sich die gruppenstatistische Evaluation von Psychotherapien zunehmend als ungeeignet, Behandlungseffekte angemessen einzuschätzen, wie Grawe 1992 feststellte. Und mehr noch, sie verfehlt offensichtlich Fragen, welche den psychotherapeutischen Prozeß betreffen. Auch aus diesem Grunde hat Grawe bereits 1988 in einer viel zu wenig beachteten Arbeit den Weg »zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung« eingefordert.

Einzelfallstudien und Kasuistiken haben andererseits in der klinischen psychotherapeutischen und insbesondere psychoanalytischen Praxis eine lange und eigene Tradition (vgl. hierzu auch Buchholz 1996).

Klinikerinnen und Kliniker sind es gewohnt, aus Einzelfällen und Einzelfallbeschreibungen zu lernen. Sofern sich die Psychotherapieforschung (erneut) Einzelfall-Designs bedient, sollten wir uns der aus klinischer Praxis vorhandenen Erfahrungen ebenso bewußt sein wie bestimmter kontextabhängiger Defizite - vor allem methodischer Natur -, die es zu vermeiden gilt, wenn qualitative Forschungsmethoden in diesem Feld zum Einsatz kommen. Für die methodische Evidenz von Einzelfallstudien erscheint es zwingend, für ihre klinische Relevanz zumindest hilfreich, methodische Mängel - wie das Fehlen einer genauen Beschreibung und Definition des Datenmaterials, fehlende Information über die weitere Auswahl und Auswertung des Materials, fehlende metatheoretische Reflektionen, fehlende Unterscheidung zwischen den Beteiligten-Perspektiven (PatientIn, TherapeutIn, ForscherIn), keine explizite Stellungnahme zur Frage von Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse - zu vermeiden. Mit dem qualitativen Forschungsmethoden in diesem Feld zum Einsatz kommen. Für die methodische Evidenz von Einzelfallstudien erscheint es zwingend, für ihre klinische Relevanz zumindest hilfreich, methodische Mängel - wie das Fehlen einer genauen Beschreibung und Definition des Datenmaterials, fehlende Information über die weitere Auswahl und Auswertung des Materials, fehlende metatheoretische Reflektionen, fehlende Unterscheidung zwischen den Beteiligten-Perspektiven (PatientIn, TherapeutIn, ForscherIn), keine explizite Stellungnahme zur Frage von Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse - zu vermeiden. Mit dem qualitativ-inhaltsanalytischen Ansatz, welchen wir in diesem Beitrag vorstellen, versuchen wir, diese Fragen zu berücksichtigen und methodische Evidenz für den Rezipienten (»chain of evidence«, Yin 1989) herzustellen.

Bei der Auswahl des zu untersuchenden Falles hatten wir verschiedene Gründe, eine tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeit-Psychotherapie auszuwählen. In klinischer Praxis wird leicht unterstellt, psychodynamische Therapien seien notwendigerweise Langzeit-Behandlungen. Vor allem aus historischen und gesundheitspolitischen Gründen existiert dieses Klischee noch immer, unterstützt durch den bis heute zu beklagenden Mangel an empirischen Beschreibungen von Kurztherapie-Prozessen.

So mögen wir - mehr als Forscher denn als Kliniker - noch immer im Zweifel sein, ob eine komplexe Entwicklung und Bearbeitung von Übertragungen und Gegenübertragungen überhaupt stattfinden kann in einem begrenzten Setting von vielleicht 25 Sitzungen, in dem sich PatientIn und TherapeutIn einmal pro Woche sehen, in dem also - anders als in der psychoanalytischen Therapie - enge Setting-Grenzen, ein Gegenübersitzen der Beteiligten, die Betonung ihrer realpersönlichen Präsenz und die inhaltliche Fokussierung der Behandlung das Geschehen einrahmen. Die Untersuchung einer ambulanten psychodynamischen Kurzzeittherapie gibt Gelegenheit, dieses Klischee zu überprüfen und vielleicht zu widerlegen.

### **Methode und Datenmaterial**

Wir haben in dieser Studie Verbatim-Transkripte einer psychodynamischen Kurzzeit-Psychotherapie (Umfang 28 Sitzungen) ausgewertet. Die Behandlung erfolgte in Anlehnung an das Konzept der »brief dynamic psychotherapy« von Strupp und Binder, ebenso in Anlehnung an das Modell zyklisch maladaptiver Verhaltensmuster (Cyclic Maladaptive Pattern, CMP) von L.S. Benjamin. Diese Behandlungen werden innerhalb eines eigenen Forschungsprojektes (Tress 1993) in unserer Klinik durchgeführt und supervidiert. Aus diesen Therapien wählten wir diejenige einer weiblichen Patientin mittleren Alters, die eine Angstsymptomatik beklagte. Sie ist verheiratet

und hat einen vier Jahre alten Sohn. Der Therapeut ist ein erfahrener männlicher Psychoanalytiker mittleren Alters, der selbst im benannten Forschungsprojekt engagiert ist. Inklusive Nachuntersuchung nach zwei Jahren liegt eine Reihe von outcome-Maßen vor (Symptom-Fragebögen, Fragebögen zum Selbstbild, Fragebogen zu interpersonellen Problemen, katamnestic Interviews). Es handelt sich im untersuchten Fall um eine klinisch erfolgreiche Behandlung.

Alle Therapie-Sitzungen wurden vollständig per Tonband aufgezeichnet. Die Transkripte der ersten, zweiten und letzten Sitzung wurden vollständig transkribiert. Von den Sitzungen 4, 8, 12 usw. wurden jeweils die ersten 25 Minuten, d.h. etwa die erste Sitzungshälfte transkribiert. Alle Transkripte wurden entsprechend den Standards der Ulmer Textbank angefertigt (Mergenthaler und Stinson 1992). Die Auswahl der Transkriptionen entspricht dem gleichlautenden Design des o.g. Kurztherapie-Forschungsprojektes von Tress et al., womit wir die Möglichkeit eines validen Ergebnisvergleiches sicherzustellen beabsichtigen. Inwieweit die beschriebene Materialesektion bedeutsame »Lücken« entstehen lässt und auf die inhaltsanalytische Auswertung verfälschend einwirkt, kann und soll nicht a priori, wohl aber a posteriori - anhand der Kohärenz der entstehenden Fallgeschichte etwa - beurteilt werden.

Die Sitzungstranskripte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse systematisch ausgewertet, wobei ein weites thematisches Feld von mehr als zwanzig Kategorien fokussiert wurde, welches subjektive Krankheitsvorstellungen der Patientin, Äußerungen zu ihrer Lebensgeschichte, Selbstbeschreibung der Persönlichkeit, sowie Gefühle und Beziehungen außerhalb und in der Therapie einschließt (vgl. Abb.1).

Eine ausführliche und beispielhafte Definition aller Kategorien diente ebenso der Nachvollziehbarkeit wie der Erleichterung der Zuordnung des Transkriptmaterials.

Nach anfänglichen Versuchen einer eindeutigen Zuordnung zu jeweils nur einer Kategorie, wurde recht bald deutlich, daß dies nicht möglich war, ohne wesentliche Aspekte in anderen Kategorien zu verlieren. Um die erforderlichen Mehrfachkodierungen übersichtlich zu gestalten und den Rückgriff auf das Transkriptmaterial jederzeit zu ermöglichen, wurden die Absätze und Seiten des Textes numeriert, so daß z.B. 4.6 den sechsten Absatz auf der vierten Seite bezeichnet. Die Numerierung der Kategorien wurde zur besseren Abgrenzung jeweils mit einem Sternchen versehen. Bsp.: Text (2.3/4.5 / \*1.3/\*2.1/\*2.4) Die hervorgehobene Kategoriennummer verweist auf besonders ausführliche Zitate, auf die an anderer Stelle zugunsten der Übersichtlichkeit verzichtet wurde, oder die in anderem Zusammenhang nicht von Interesse waren.

Nachdem die Zuordnung des Textmaterials in der beschriebenen Weise erfolgt war, lagen 74 Seiten kategorisierten Textes vor. Im Verlauf dieses ersten Arbeitsschrittes, der eine intensive Auseinandersetzung mit dem Text erlaubte, wurde bereits deutlich, in welchen Bereichen Veränderungen der Patientin spürbar waren. Es waren die Beziehungen zu anderen Menschen, die in auffälliger Weise in Bewegung kamen, so daß sich im weiteren unser Interesse auf diesen Themenkreis fokussierte.

Für eine genaue Verlaufsbeobachtung einzelner Kategorien schien uns die bisherige Aufarbeitung des Materials noch ein wenig zu grob zu sein. Um der Gefahr einer zu freien Interpretation zu begegnen, versuchten wir die einzelnen Aussagen des Textes noch einmal auf ihren Kern zu reduzieren, dann die jeweilige Aussage kurz auf ihre Wortwahl zu untersuchen und schließlich, auch wiederum nur bezogen auf die betreffende Aussage, unseren Eindruck festzuhalten. Die Einzelauswertungen der Sitzungstranskripte wurden dann innerhalb der Kategorien einem Vergleich unterzogen. Qualitative Komparationen erwiesen schnell

recht unterschiedliche zeitliche Veränderungen unserer Kodierungen entlang des Therapieverlaufs. Wir konzentrierten uns zunächst auf diejenigen Kategorien, innerhalb derer prima facie die umfangreichsten Eintragungen und die deutlichsten Entwick-

1.	<b>Subjektive Krankheitsvorstellung</b>
1.1	Schilderung der Beschwerden
1.2	Geschichte der Beschwerden
1.3	Ursachenvorstellungen
1.4	Umgang mit der Krankheit
1.5	Reaktion anderer auf die Beschwerden
1.6	Behandlungserwartungen
2.	<b>Biographie</b>
2.1	Eltern
2.2	Kindheit und Jugend
2.3	Ausbildung und Beruf
2.4	Einschneidende Erlebnisse
3.	<b>Persönlichkeitscharakteristik</b>
3.1	Affekte
3.2	Beziehungen
3.2.1	Beziehungen zur jetzigen Familie
3.2.2	Beziehungen außerhalb der Familie
3.3	Strukturelle Bestände
3.3.1	Konflikte
3.3.2	Überzeugungen
4.	<b>Ablauf der Stunde</b>
4.1	Chronologischer Verlauf
4.2	Stimmungsverlauf
4.3	Therapeutenäußerungen
4.4	Therapeutenbeziehungen
4.5	Critical events
5.	<b>Memo</b>
<b>Abb. 1:</b>	
<b>Inhaltsanalytisches Kategoriensystem</b>	

lungen vorgefunden wurden: Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann und Beziehung der Patientin zum Therapeuten. Durch die Verwendung von invivo-codes versuchten wir, die Ergebnisse weitestgehend in der Alltagssprache der Patientin zu formu-

lieren und eine datennahe Beschreibung der Behandlung zu realisieren. Methodisch entsprechen wir damit unserer Absicht, den Therapieverlauf aus der subjektiven Perspektive der Patientin zu rekonstruieren, wir reduzieren die Gefahr einer unreflektierten Vermischung der Perspektiven von Patientin und ForscherInnen.

**ERGEBNISSE**

Die hier berichteten Untersuchungsergebnisse fokussieren zwei der insgesamt zwanzig Kategorien und sind ein vorläufiger Ausschnitt unserer Analyse. Es wird zunächst über die Kategorie 3.2.1 »Beziehungen innerhalb ihrer Familie« berichtet, anschließend über die Kategorie 4.4 »therapeutische Beziehung«. Anzumerken ist, daß zur Familie der Patientin ihr Ehemann und ein vierjähriger Stiefsohn gehören. Zugunsten der Länge und Übersichtlichkeit unserer Darstellung müssen wir hier auf die Analyse der Beziehung der Patientin zu ihrem Stiefsohn verzichten. Beginnen wir nun also mit der Betrachtung der Kategorie 3.2.1 Beziehungen innerhalb der jetzigen Familie (vgl. auch zusammenfassend Abb.2).

**Beziehung zum Ehemann**

Im Zentrum dieser Kategorie findet sich in der ersten Therapiestunde der Ehemann der Patientin. Gleich zu Beginn der Stunde unterläuft ihr ein 'Versprecher', der die Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann charakterisiert, sie spricht nämlich von ihm als ihrem Vater. Zum Zusammenhang, in dem dies geschieht, sei gesagt, daß die Patientin eine erst kurze Zeit zurückliegende, erfolgreiche Operation eines Schilddrüsentumors hinter sich hat. Sie hatte dann den Anstoß erhalten, telefonisch Auskunft über eine »Krebsdiät« einzuholen, und nun berichtet sie von ihren Überlegungen: »Mensch rufst du da jetzt sofort an, oder rede ich da erst einmal mit meinem Vater, Mann darüber.« (2.4) Der Eindruck, die Bezeichnung des Ehemannes als Vater sei nicht rein zufälliger Natur, verstärkt sich im weiteren. Mit zahlreichen Steigerungen versehen beschreibt die Patientin ihre Stimmung und ihr Verhalten: »war immer am Weinen, suchte unheimlich die Nähe von meinem Mann, wollte immer mit dem reden« (2.6). Die Patientin ist auf der Suche nach Trost, Schutz und Geborgenheit. Der

Sitzung	1, 2,	4,	8,	12,	16,20,	24
Beschreibung der Beziehung	Trost, Geborgenheit, Schutz für die Patientin		möchte als Frau umworben sein	schwer, mit ihm zu reden		Traum: Tod des Ehemanns, schlechtes Gewissen
Beschreibung des Ehemanns	»Vater« weiß, was er will, offen, stark		verweigert Aufmerksamkeit, unsensibel	Vergleich mit dem Th., Th. bevorzugt		Hindernis
Selbstbeschreibung der Patientin	schwach, kindlich hilflos		setzt sich auseinander, kämpft, selbstbewußt	kann wählen, handelnd stark		innerer Konflikt: Bewährtes oder lustvolle Sehnsucht

**Abb. 2: Befunde zur Kategorie**  
 Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann

Ehemann wird zu Beginn der Behandlung als eine starke, offene, selbstbewußte Persönlichkeit beschrieben, die immer weiß, was sie will, und in der Lage ist, der Patientin Schutz und Geborgenheit zu bieten.

Etwas allerdings bleibt befremdlich an dieser ersten Beschreibung des Paares. Im Vergleich zwischen der Selbstbeschreibung der Patientin (»schwach«, vgl. Abb.2) und ihrer Darstellung des Ehemannes (»offen, stark«) fällt dem Auswerter ein deutlicher Kontrast ins Auge. Gleichwohl beschreibt die Patientin selbst ihre eheliche Beziehung mehrfach als eine »wirklich gleichberechtigte«.

Im transkribierten Ausschnitt der Sitzung 8 spricht die Patientin wiederum ausführlich über ihren Ehemann. Nun aber wird er beschrieben als jemand, der Aufmerksamkeit und Sorge verweigert, während die Patientin selbst als jemand erscheint, der sich auseinandersetzt und kämpft. Sie erwähnt, daß sie »als Frau umworben werden« möchte und beschreibt sich nicht mehr wie zuvor als schwach, hilflos, kindlich. Im Transkript der 12. Therapiestunde taucht zum ersten Mal ein Vergleich auf, den die Patientin zwischen Ehemann und Therapeut anstellt. Dabei geht es um deren Umgang mit den Problemen der Patientin. Die nicht ganz eindeutigen Äußerungen der Patientin reichen von »Es ist schon etwas anderes, wenn ich Probleme mit meinem Mann bespreche« bis hin zu »fällt es mir ... unheimlich schwer, mit meinem Mann so richtig zu reden«. Auch von der Angst, ihm auf die Nerven, zu gehen ist die Rede. Die Aussagen der Patientin unterscheiden sich hier von ihrer noch eindeutig positiven Aussage in der 2. Stunde, das Interesse ihres Mannes sei so hilfreich. Das leicht dahin gesagte »und da habe ich gedacht, 'ach (-) laß, das kann ich auch hier fragen'« (in der Therapie) läßt zumindest die Vermutung zu, es sei ihr einfach lieber, mit dem Therapeuten zu sprechen.

Die folgenden beiden transkribierten Stunden bringen nichts wesentlich Neues. Ganz anders jedoch die 24. Sitzung. In jüngster

Zeit macht sich die Patientin immer öfter Gedanken darüber, wie es wohl wäre, wenn ihre Eltern oder Schwiegereltern sterben würden, und »seltsamerweise« würde sie »jetzt machmal träumen«, ihr Mann sei gestorben. Sie sieht sich dadurch zu einer, wie sie sagt, 'Bilanz' ihrer Ehe veranlaßt mit folgendem Ergebnis: »man kommt natürlich zum einen unter dem Strich würde ich heute wieder gerne mit ihm zusammenleben ... aber auch irgendwie, wenn er sterben würde, könnte ich ja nichts dafür«. Die gedankliche Fortführung ihrer nächtlichen Träume in Tagträumen erschreckt die Patientin selbst, und sie sagt, sie habe ein »schlechtes Gewissen, ähm, daß ich da meinen Mann einfach sterben lasse! ... ich habe bestimmt Schwein gehabt, daß ich ihn so: als erstes kennengelernt habe, ne, aber mir, ich glaube, mir fehlt irgendwie die Zeit so vorher«.

In der zitierten Äußerung gibt die Patientin Einblick in einen inneren Konflikt als Teil ihrer Selbstbeschreibung. »Ich habe bestimmt Schwein gehabt, daß ich ihn so: als erstes kennengelernt habe, ne« läßt sich in bezug auf ihren Wunsch nach Sicherheit, nach den wohlvertrauten Umgangsformen einer langjährigen Partnerschaft verstehen, die Geborgenheit und Schutz der Patientin einschließen, wie bereits erwähnt wurde. »Aber mir, ich glaube, mir fehlt irgendwie die Zeit so vorher« ist der zweite Teil der Äußerung und spricht den Wunsch der Patientin nach Unbekanntem, nach neuen Erfahrungen an. In der 24. Stunde beklagt sich die Patientin, die Gelegenheit verpaßt zu haben, sich einen eigenen Freundeskreis aufzubauen, und ihre ganze Unzufriedenheit mit ihren realen Gegebenheiten und Beziehungen ist spürbar. »Das hätte ich auch gerne gewollt, ne, alles noch einmal einrichten! (—) auch mir die Freunde heranholen, die ich möchte und für die anderen sagen 'jetzt ist Schluß' nicht.«

Betrachtet man die Beziehung der Patientin zu ihrem Ehemann über den Verlauf der Therapie, so fällt eine deutliche, fast kli-

scheehafte Veränderung auf. Stehen zunächst Schutz und Geborgenheit als Beschreibung der ehelichen Beziehung im Vordergrund, so taucht schon nach wenigen Therapiegesprächen ein lustbezogener - psychoanalytisch benannt: libidinöser - Beziehungsaspekt auf, in den Worten der Patientin das »als Frau umworben sein«. Dieser Beziehungsanteil wird als Defizit thematisiert, die Patientin beklagt sein Fehlen. Damit hat sich die Beziehungsdarstellung der Patientin in zweifacher Hinsicht verändert: Zum einen erweitert sie ihren Begriff von Beziehung um einen wesentlichen Aspekt, zum anderen beschränkt sie sich nicht mehr darauf, das Bestehende und Empfundene zu beschreiben und gutzuheißen, sondern sie beschreibt und beklagt einen unerfüllten Wunsch an ihre eheliche Beziehung. Diese Veränderung hat Implikationen für die Beschreibung des Ehemanns und für die Selbstbeschreibung der Patientin, welche sich beide entsprechend umkehren. Würde sich diese Entwicklung geradlinig fortsetzen, so hätte man wohl am Ende der Therapie eine Trennung der Patientin aus ihrer anfänglich so positiv beschriebenen Ehe er-

warten müssen, und einiges im weiteren Therapieverlauf deutet auch in diese Richtung. Aber es bleibt in der Therapie nicht beim Rollenwechsel der Patientin von der schwachen hilflosen Position (1. Sitzung) in die starke, selbstbewußte Position (8. und 12. Sitzung). Vermittelt über den Vergleich zwischen Ehemann und Therapeut - eine Vergleichsmöglichkeit, welche die starke, handlungsfähige Position der Patientin zuspitzt - nimmt sie am Ende der Therapie den zunächst äußerlich beschrittenen Rollenwechsel schließlich als inneren Konflikt wahr, das heißt, auch der Wunsch nach dem Sicherem, Bewährten wird als solcher neben der neuartigen lustvollen Sehnsucht wieder erlebt und anerkannt.

**Beziehung der Patientin zu ihrem Therapeuten**

Von Anfang an zeigt die Patientin verbal und paraverbal ein ausgesprochen vertrauensvolles Verhältnis zum Therapeuten, und sie zeigt sich auch ihm gegenüber ähnlich ablehnungsbedürftig wie gegenüber ihrem Mann (vgl. zusammenfassend Abb.3). Sie »schluchzt«, »seufzt« und »weint« in der

Sitzung	1, 2,	4,	8,	12,	16,20,	24
Beschreibung der Beziehung	Anlehnung Trost Anspruch	Druck, gute Pat. zu sein	Fortschritte als Lohn für den Therapeuten  persönliches Interesse am Therapeuten  Wunsch, ein eigener Mensch zu sein	mit ihm reden können, Angst, verlassen zu werden  ⚡  nicht immer an die Hand genommen werden wollen	Wunsch, ihm zu gefallen, Frage nach seiner Sympathie Flirt Angst, abgewiesen, belächelt zu werden  ⚡  Nachdenken über die Beziehung, freies Spekulieren Relativierung Selbstvertrauen	

**Abb. 3: Befunde zur Kategorie Beziehung der Patientin zum Therapeuten**

ersten Therapiestunde, und in ihrer Ausdrucksweise scheint sie den Therapeuten aufzufordern, sie zu trösten. Tatsächlich geht der Therapeut auch darauf ein, übersieht ihre Unsicherheit und stärkt ihr den Rücken, was die Patientin dankbar annimmt. Ein Beispiel dafür: Sie sei so »traurig ... so oft immer noch so doll aus der Bahn geworfen zu werden.« Ther.: »Nun beschäftigen Sie sich da ja mit einer schwierigen, ja das Leben bedrohenden! Frage.« Pat.: »Na klar, das stimmt schon (Stimme wieder fest)«.

Wie schnell die Patientin eine enge Beziehung zum Therapeuten hergestellt hat, zeigt sich schon in der 2. Stunde. Mit einer gewissen Harmlosigkeit stellt die Patientin einen Zusammenhang her zwischen ihrem schlechten Befinden nach der letzten Therapiestunde und der urlaubsbedingten Abwesenheit des Therapeuten. »Ich weiß nicht, es kam einiges zusammen. Sie waren in Urlaub ... meine Ärztin war in Urlaub«. Daß dem Therapeuten dieser versteckte Vorwurf durchaus nicht entgangen ist, zeigt sich, als er am Ende der Stunde darauf zurückkommt.

Bemerkenswert im Zusammenhang mit dem Versuch der Patientin, Verantwortung für anstehende Entscheidungen abzugeben, ist das vollkommen gegensätzliche Verhalten der Patientin im Hinblick auf das Mißbrauchserlebnis ihrer Kindheit durch den eigenen Onkel. Hierfür fühlt sich die Patientin uneingeschränkt verantwortlich. Der Onkel sei nicht der »Intelligenteste« gewesen, und sie selbst sei ihm bereits damals als Vierjährige geistig überlegen gewesen. Außerdem habe sie aufgrund ihrer Erziehung genau gewußt, daß sie Verbotenes tat.

Zurück zur Therapeuten-Beziehung, die zum Zeitpunkt der 4. Stunde schon ein fest integrierter Bestandteil im Leben der Patientin ist. Als selbständiges Thema steht die Therapeuten-Beziehung zwar noch nicht so sehr im Vordergrund, aber erste Auseinandersetzungen zeichnen

sich ab. So scheint es, als stünde die Patientin dem Therapeuten gegenüber unter Leistungsdruck, den sie vorsichtig abzuschütteln versucht: »Anforderungen stellen ... daß ich besondere Leistungen bringe ... können Sie eigentlich gar nicht oder sollten Sie nicht oder ich weiß nicht!«. Die 8. Stunde stellt einen ersten Wendepunkt in der Therapie dar, wenn wir uns noch einmal erinnern an den Ehestreit und die erstmals erwähnten enttäuschenden Seiten des Ehemannes. Auch die Beziehung der Patientin zum Therapeuten hat in dieser Stunde einen anderen Charakter bekommen. Die reine haltgebende Funktion des Therapeuten tritt zurück hinter dem zunehmenden Interesse der Patientin an seiner Person.

Den Anstoß, das Verhältnis zum Therapeuten zu thematisieren, gibt ein Fragebogen, der von der Patientin regelmäßig ausgefüllt wird. Nicht ohne Ironie kommt sie dabei auf einen inneren Konflikt zu sprechen. Einerseits möchte sie den Therapeuten gerne zufriedenstellen, und das bedeutet für sie, sie muß sich seinen Wünschen entsprechend verhalten. Auf der anderen Seite strebt sie nach Selbständigkeit und möchte gerne ein »eigener Mensch« werden. »wenn ich alles! so mache, wie Sie sich das wünschen / (Pat. lacht kurz), dann bin ich ja nachher Sie«. Ihre eigenen Fortschritte bezeichnet die Patientin als »Lohn« für den Therapeuten, und sie beginnt, die Beziehung zu ihm auf einer persönlicheren Ebene zu erleben »wenn Sie sich hier schon die Zeit nehmen oder so, dann muß ich ja auch irgendwie was dafür bringen, ne.« Auch über die Tatsache, daß sie wenig weiß über den Therapeuten, denkt sie nach und vermißt seine »Signale«, die ihr mitteilen, was er von ihr hält. Der Fragebogen interessiert sich schließlich noch dafür, ob die Patientin sich fürsorglich behandelt fühlt vom Therapeuten und ob er ihr Schutz bietet. Beides weist sie energisch zurück, schließlich wolle sie auch gar nicht von ihm beschützt werden. In der 12. Therapiestunde scheint die in



Gang gekommene Entwicklung auf einen Höhepunkt zuzusteuern. Die Patientin berichtet, auf dem Nachhauseweg von der letzten Therapiestunde viel geweint zu haben, weil über das Therapieende gesprochen worden war. Schließlich habe der Therapeut sie in der schwersten Zeit ihres Lebens begleitet, und es sei ihr der Gedanke gekommen »mein Gott ich gehe doch jetzt arbeiten, vielleicht kann ich das ja privat bezahlen« und weiter »ich fühlte mich wie ein Kind, das verlassen wird«, »das kann er doch nicht machen ... mein Gott / (Pat. lacht kurz), ich bin ja nicht mit ihm verheiratet ... selbst mein Mann könnte mich verlassen.« Wiederum wird ein innerer Konflikt zunehmend explizit zum Ausdruck gebracht. Mit »Ich fühlte mich wie ein Kind, das verlassen wird«, »das kann er doch nicht machen«, spricht die Patientin einerseits ihre Angst an, übersehen und verlassen zu werden. »Mein Gott, ich bin ja nicht mit ihm verheiratet« deutet eine andere Haltung an, ihr Wunsch nach Unabhängigkeit wird von der Patientin nun gleichzeitig wohlwollend ausgedrückt und gutgeheißen, sie sagt: »Ich möchte ja nicht ein Leben lang an die Hand genommen werden«.

Sitzung 20 beginnt die Patientin damit, über ein Gefühl der Unsicherheit gegenüber dem Therapeuten zu sprechen und ihren Wunsch, ihm persönlich etwas zu bedeuten. Ihr Wunsch nach persönlicher Bedeutung für den Therapeuten erscheint dabei nicht verändert, wohl aber ihr Umgang damit. Sie macht den Versuch, ihre Unsicherheit aktiv zu überwinden durch eine gezielte Frage. »Ich wollte auch wissen, ob Sie jetzt einfach Ihre Arbeit tun oder ob Sie mich vielleicht auch sympathisch oder humorvoll ... finden.«

Interessant ist auch, daß die Patientin erstaunlich gut damit umgehen kann, vom Therapeuten nicht die gewünschte Antwort zu erhalten. Sie ist in der Lage, seine Anregung aufzunehmen und über seine Beziehung zu ihr zu spekulieren, und sie führt diesen Gedanken sogar noch weiter fort. Es könne

wichtig für sie sein, sich, ohne »Gewißheit« zu haben, einfach etwas 'zuzutrauen' und dadurch Selbstvertrauen zu entwickeln. Ich finde, daß hier eine Entwicklung der Patientin zu bemerken ist. Ängste sind zwar vorhanden, aber sie beschreitet neue Wege, um damit besser zurechtzukommen. Sie wirkt erwachsener als es sonst oft der Fall ist.

Noch auffälliger wird das in der 24. Therapiestunde. Der Therapeut glaubt, es läge eine unausgesprochene Frage der Patientin in der Luft, und er fordert sie auf, diese Frage zu stellen. Anstatt aber nach diesem Angebot zu schnappen, gibt die Patientin die erwartete Antwort selbst, und die beiden scherzen darüber. Die Patientin ist also nicht mehr nur diejenige, die dem Therapeuten folgt, sondern sie beginnt, die Richtung zu bestimmen. Sie scheint sich freizuschwimmen vom Therapeuten. Die Patientin hat zu dieser Sitzung dem Therapeuten übrigens ein Geschenk mitgebracht mit der Begründung »ich bringe so vielen Leuten etwas mit, einfach so, weil ich die mag, und ich mag Sie auch«. Sie reiht ihn also ein zwischen den vielen anderen, die sie mag, aber sie sagt auch offen, daß sie für ihn etwas übrig hat.

Die Patientin findet sich also zunehmend hinein in ihre Rolle als Patientin, indem sie darüber lachen kann, daß ihrem Wunsch nach persönlicher Bedeutung nicht entsprochen wird. Sie überblickt das Verhalten des Therapeuten im Verlauf der Therapie und ihren eigenen Umgang damit.

Bei dem Geschenk der Patientin handelt es sich übrigens um ein Schokoladen-Schweinchen. Therapeut und Patientin scherzen über diese Form, und die Patientin meint »lagen also auch Herzen ... aber da hatte ich noch nicht an Sie gedacht«. Ein Flirt liegt in der Luft, und die Stimmung ist fast ein wenig ausgelassen, als mitten hinein die plötzliche Angst der Patientin vor dem Therapieende zurückkehrt.

Betrachtet man nun die Beziehung der Patientin zum Therapeuten so, wie sie

selbst es wahrnimmt und beschreibt, so findet sich auch hier eine deutliche Veränderung, die in Relation zur Veränderung der ehelichen Beziehung der Patientin zu lesen ist. Ihren Ausgangspunkt nimmt die Behandlung mit dem Wunsch der Patientin nach Anlehnung und Trost vom Therapeuten, die Konfiguration gleicht derjenigen der ehelichen Beziehung. Ein Wandel der therapeutischen Beziehung kann in zweierlei Hinsicht beschrieben werden. Einerseits verändert sich die (gewünschte) Beziehungsqualität vorsichtig aber kontinuierlich bis zum Ende der Behandlung in Richtung einer persönlicheren, auch flirtenden Beziehung zwischen Mann und Frau, in welcher der Wunsch der Patientin, dem Therapeuten zu gefallen, zentrale Bedeutung erhält. Auch die Ängste der Patientin gewinnen dabei einen persönlicheren, bezogeneren - psychoanalytisch gesprochen: reiferen - Charakter. Andererseits entwickelt sich die Selbstwahrnehmung der Patientin hinsichtlich innerer Konflikte. Bleibt der anfängliche Wunsch nach tröstender, anlehnender Beziehung noch ganz homogen und unwidersprochen, so deutet sich schon im ersten Entwicklungsschritt in der 8. Sitzung eine Empfindung von Ambivalenz an. Die Patientin erlebt ihr zunehmendes Interesse an der Person des Therapeuten als Widerspruch und Bedrohung ihres Wunsches, ein eigener Mensch zu sein. Diese noch vage umschriebene Ambivalenz wird weiter thematisiert und gewinnt - zunehmend präziser - den Charakter eines inneren Konfliktes, welchen die Patientin zu reflektieren beginnt. Die Verzahnung zwischen therapeutischer Beziehung und Sichtweise der ehelichen Beziehung - dort wird ganz ähnlich in der 24. Sitzung ein innerer Konflikt von der Patientin angesprochen - verdeutlicht sich hier, Entwicklung und Reflektion der therapeutischen Beziehung erscheinen als Motor der veränderten Perspektive dort.

Als schließlich tatsächlich die letzte Therapiestunde kommt, verläuft diese undramatisch. Es 'tue weh', und es sei, als wenn

eine 'Freundschaft zu Ende geht', sagt die Patientin, wobei sie sich gleich fragt, ob der Begriff Freundschaft hier nicht anmaßend sei. Sie ist traurig, aber nicht am Boden zerstört, und sie freut sich darauf, die nun frei werdenden Stunden künftig anders für sich nutzen zu können.

Insgesamt erwies sich die Thematisierung der therapeutischen Beziehung als Kernkategorie dieser Analyse. Die meisten Psychotherapeuten - und besonders psychoanalytisch orientierte Therapeuten - würden vermutlich einen zentralen Stellenwert der therapeutischen Beziehung erwarten, d.h. eine Position als Kernkategorie in dieser Untersuchung. Gleichwohl ist es eine bemerkenswerte Überraschung für uns gewesen, daß die Kategorie 4.4 »therapeutische Beziehung« als eine der empirisch reichhaltigsten aus den Kodierungen hervorging. Denn unsere Kodierungen beschreiben, worüber Patientin und Therapeut sprechen. So erfahren wir an dieser Stelle, daß eines der meistbesprochenen Themen in dieser Kurztherapie die Beziehung zwischen Therapeut und Patientin ist. Demgegenüber hatten wir anfangs eher vermutet, daß Äußerungen über die subjektiven Krankheitsvorstellungen der Patientin vergleichsweise häufig auftauchen und kodiert werden würden.

#### **DISKUSSION**

Abschließend einige weitere Anmerkungen zu unserer Forschungsmethode, den Ergebnissen und Anforderungen an weitere Forschungsschritte.

Betrachten wir unsere Ergebnisse unter einer psychoanalytischen Perspektive, so erscheint die Behandlung insgesamt als Behandlung der Übertragung der Patientin. Ihre Wünsche an den Ehemann ebenso wie die an den Therapeuten können als Indikatoren einer Vaterübertragung sowohl auf ihren Ehemann als auch auf ihren Therapeuten verstanden werden. Indem die Patientin vorsichtig beginnt, neue Beziehungswünsche auszudrücken, taucht gleichzeitig ein fortbestehender, schwelender ehelicher

Konflikt auf, der als Folge der Ängste der Patientin gesehen werden kann, aufgrund derer sie sich abhängig und hilfsbedürftig erlebt. Die Behandlung erscheint hier als eine Form der Triangulation. Die Anwesenheit des Therapeuten ermöglicht es der Patientin, ihre Unzufriedenheit mit der ehelichen Beziehung zu spüren und zu artikulieren, während sie gleichzeitig libidinöse Wünsche an den Therapeuten zu richten vermag. Eine neue, libidinöse Qualität wird der Übertragung hinzugefügt, welche zuvor beide Beziehungen der Patientin dominierte. Innerhalb der therapeutischen Beziehung werden beide Beziehungsaspekte vom Therapeuten angesprochen und gemeinsam bearbeitet, die Patientin vermag, sich ihres inneren Konfliktes zunehmend bewußt zu werden. Der äußerliche, eheliche Konflikt und ebenso die Ängste der Patientin verlieren dadurch ihre Bedrohlichkeit, was sich nicht zuletzt in der Symptomreduktion äußert.

Methodisch ist die Studie ein Experiment gewesen, in dem eine relativ einfache Methode getestet wurde, die wenig und zurückhaltend interpretiert und die Alltagssprache der Patientin dem wissenschaftlichen Vokabular vorzieht und nur ausgewählte Teile der aufgezeichneten Therapie als Daten evaluiert wurden.

Methodik und Design unserer Untersuchung erwiesen sich als anwendbar. Allerdings wußten wir und hatten zu berücksichtigen, daß herauszufinden, worüber Patientin und Therapeut miteinander reden, das heißt, Inhalte des therapeutischen Dialoges zu kodieren und zu kategorisieren, keinen trivialen, sondern einen ausgesprochen komplexen Prozeß der Informationsverarbeitung darstellt. So bietet sich etwa für weitere Forschung an, in ähnlichem Design aus der Kodierung der Daten zu entwickelnde Kategorien zu verwenden (Strauss 1987, 1991) und damit einen stärker induktiv-modellgenerierenden Weg zu gehen, für den die gegenwärtige Methodenentwicklung in der Psychologie Verfahren anbietet (Breuer 1996).

Die Diskussion unserer Forschungsmethode wirft beinahe zwangsläufig die Frage auf, welchen Nutzen eine Einzelfallstudie wie diese bieten kann. Diese Frage ist verknüpft mit der Frage der Generalisierung von Studienergebnissen. Sicherlich ist hier eine Verallgemeinerung in Allaussagen (für eine zu definierende Population) weder zulässig noch angestrebt. Einzelfallstudien sollten es im besten Fall erlauben - und darin sehen wir ihre wissenschaftliche Berechtigung -, aus dem Datenmaterial einen Typus zu entwickeln und zu beschreiben, der bei weiterer Untersuchung vergleichbaren Materials potentiell wiedergefunden werden könnte. Das heißt: durch unsere Einzelfallforschung versuchen wir - wie Lewin formulierte -, den Einzelfall zum solchen Fall zu entwickeln.

#### Literatur

- BREUER, FRANZ (Hg.) (1996): Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils. Opladen: Westdeutscher Verlag
- BUCHHOLZ, MICHAEL B.; REITER, LUDWIG (1996): Auf dem Weg zu einem empirischen Vergleich epistemischer Kulturen in der Psychotherapie. In: Bruns, G. (Hg.). Psychoanalyse im Kontext, 75-100. Opladen: Westdeutscher Verlag
- GRAWE, KLAUS (1988): Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Z. f. Klin. Psych. 17, 1-7.
- GRAWE, KLAUS (1992): Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. Psych. Rundschau 43, 132-162
- MERGENTHALER, ERHARD (1992): Die Transkription von Gesprächen. Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript. Ulm: Ulmer Textbank
- MERGENTHALER, ERHARD; STINSON, C.H. (1992): Psychotherapy transcription standards. Psychother. Res. 2, 125-142
- STRAUSS, ANSELM L. (1991): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung. München: Fink; (Cambridge 1987)
- TRESS, WOLFGANG (Hg.) (1993): Die Strukturelle Analyse Sozialen Verhaltens. Heidelberg: Asanger.
- YIN, R.K. (1989): Case study research. Design and methods. London: Sage