

Anna-Rahel Minow
Selbstwertkrisen, Scham und Umstrukturierung

Forschung Psychosozial

Anna-Rahel Minow

Selbstwertkrisen, Scham und Umstrukturierung

**Der Prozess von psychoanalytischen Langzeit-
therapien aus multiperspektivischer Sicht**

Mit einem Geleitwort von Wolfgang Mertens

Psychosozial-Verlag

Diese Arbeit wurde als Dissertation an der Ludwig-Maximilians-Universität München (Department Psychologie) 2015 unter dem Titel
»Scham, Selbstwertkrisen und Umstrukturierung –
der Prozess von psychoanalytischen Langzeittherapien aus drei Perspektiven«
vorgelegt.

Das Gesamtprojekt, aus dem die vorliegende Arbeit einen Teilbereich untersucht, sowie die Bezuschussung zur Drucklegung wurden von der Köhler-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert.
Ein weiterer Dank geht an die Studienstiftung des Deutschen Volkes, die ein Promotionsstipendium gewährte.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe
© 2016 Psychosozial-Verlag
Walltorstr. 10, D-35390 Gießen
Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: © Lorenz Bernhard Stipicic, Fotografie, 2016
Autorenfoto auf der Rückseite: © Jens Schnabel, js@jensschnabel.de
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen
von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
ISBN 978-3-8379-2601-9

Inhalt

Geleitwort	15
Danksagung	21
1. Einleitung	23
2. Theoretische Einführung	29
2.1 Psychotherapieforschung und Psychoanalyse	30
2.1.1 Einzelfallforschung	35
2.1.2 Die Bedeutung katamnestischer Studien	40
2.2 Ziele analytischer Psychotherapien	44
2.2.1 Ziele oder Zieloffenheit?	44
2.2.2 Umstrukturierung und Symptomreduktion als zwei Ebenen des Therapieerfolgs	50
2.3 Operationalisierung von Umstrukturierung vs. strukturellen Kompetenzen	55
2.4 Umstrukturierung und die Heidelberger Umstrukturierungsskala	57
2.4.1 Aktueller Forschungsstand zur HSCS	57
2.4.2 Ausmaß und Qualität der Umstrukturierung – <i>Umstrukturierung vs. Bewältigung</i>	62
2.5 Psychische Veränderung und die Rolle narzisstischer Regulationsprozesse	66

2.5.1	Das Narzissmuskonzept in der psychoanalytischen Psychologie	67
2.5.2	(Sich selbst) Lieben kann nur, wer Liebe bekommen hat – Gesunde und pathologische narzisstische Entwicklung	69
2.5.3	Aktueller Forschungsstand und Operationalisierung von Narzissmus	70
2.5.3.1	<i>Narzissmus als Kontinuum von gesund bis pathologisch</i>	70
2.5.3.2	<i>Erfassung von Narzissmus mithilfe des Narzißmusinventars (NI)</i>	73
2.5.3.3	<i>Aktueller Forschungsstand zum NI</i>	75
2.5.3.4	<i>Definition von Selbst(wert) und Narzissmus in der vorliegenden Arbeit</i>	79
2.5.4	Verbesserte narzisstische Regulation als Indikator für Therapieerfolge	80
2.5.4.1	<i>Erfolgreiche Umstrukturierung durch Modifikation narzisstischer Strukturen in der Übertragungsbeziehung</i>	81
2.5.4.2	<i>Narzisstische Übertragungen – Herausforderungen für den Analytiker</i>	85
2.5.5	Narzisstische Krisen als Bedingung für Therapieerfolg	87
2.5.5.1	<i>Krisen als Merkmal der Umstrukturierung in der HSCS</i>	88
2.5.5.2	<i>Krisen als Charakteristikum erfolgreicher Psychotherapie – Forschungsergebnisse</i>	89
2.5.5.3	<i>Veränderung durch die Dialektik von Abwehr und Einsicht</i>	92
2.5.5.4	<i>Krisen in der therapeutischen Dyade als Bedingung der Umstrukturierung</i>	94
2.5.6	Die Bedeutung der Scham bei Umstrukturierungsprozessen	101
2.5.6.1	<i>Definition der Scham unter Berücksichtigung narzisstischer Regulationsprozesse</i>	102
2.5.6.2	<i>Ontogenese pathologischer Scham und die Bedeutung unbewusster Fantasien</i>	104
2.5.6.3	<i>Scham als signifikantes Veränderungsmoment im psychoanalytischen Prozess</i>	108
2.6	Die Wirkmächtigkeit der therapeutischen Beziehung	116
2.6.1	Bindungstheorie – Beziehung als Grundlage der Strukturbildung	118
2.6.2	Therapiebeziehung als Bindungsbeziehung – Forschungsergebnisse	120
2.7	Fragestellungen der Arbeit	123
3.	Empirische Untersuchung	127
3.1	Das Forschungsprojekt	127
3.2	Untersuchungsplan und Vorgehen	128
3.3	Die Stichprobe	130

3.4	Instrumente	133
3.4.1	Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	134
3.4.2	Die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS)	137
3.4.3	Die Forschungsinterviews	141
3.4.4	Das Narzißmusinventar (NI)	142
3.4.5	Das Adult Attachment Interview (AAI)	144
3.4.6	Die Symptom Checklist (SCL-90-R)	147
3.4.7	Die Therapeuteninterviews – Zirkuläres Dekonstruieren, Metaphernanalyse und Parallelprozess	148
3.5	Hypothesen und Analysemethoden	153
3.5.1	Quantitative Hypothesen	153
3.5.1.1	<i>Outcomehypothesen</i>	154
3.5.1.2	<i>Prozesshypothesen</i>	156
3.5.1.3	<i>Zusammenhangshypothesen</i>	158
3.5.1.4	<i>Vorhersage der Umstrukturierung – Regressionsanalysen</i>	160
3.5.2	Statistische Analysen	161
3.5.3	Interviewanalyse und qualitative Einzelfalluntersuchung	163
3.5.4	Qualitative Hypothesen	164
4.	Ergebnisse der quantitativen Analyse	167
4.1	Deskriptive Statistiken	167
4.1.1	Deskriptive Statistiken der HSCS	167
4.1.2	Fallübersicht für die HSCS	170
4.1.3	Verlaufstypen der Umstrukturierung	172
4.1.3.1	<i>Verlaufstyp 1 – Stetig steigende Fokuswahrnehmung</i>	172
4.1.3.2	<i>Verlaufstyp 2 – Absinken der Fokuswahrnehmung während oder nach der Therapie</i>	173
4.1.3.3	<i>Zusammenfassung der Verlaufstypen</i>	173
4.1.4	Deskriptive Statistiken der SCL-90-R	174
4.1.5	Deskriptive Statistiken des AAI	176
4.1.6	Deskriptive Statistiken des NI	177
4.2	Inferenzstatistische Ergebnisse	179
4.2.1	Outcome-Untersuchung	179
4.2.1.1	<i>Hypothese 1a – Umstrukturierung bis mindestens 240 Stunden und darüber hinaus</i>	179

4.2.1.2	<i>Hypothese 1b – Umstrukturierung vs. Bewältigung: Die magische Grenze 5</i>	180
4.2.1.3	<i>Hypothese 2a – Entstehung einer sicheren Bindung</i>	181
4.2.1.4	<i>Hypothese 2b – Auflösung unverarbeiteter Traumata und Verluste</i>	182
4.2.1.5	<i>Hypothese 3 – Verbesserung der narzisstischen Regulation</i>	183
4.2.1.6	<i>Hypothese 4 – Abnahme der Symptombelastung</i>	184
4.2.2	Prozessuntersuchung	185
4.2.2.1	<i>Hypothese 5 – Positiver Entwicklungstrend der HSCS im Therapieverlauf</i>	185
4.2.2.2	<i>Hypothese 6 – Mindestens 240 Therapiestunden für eine Umstrukturierung</i>	187
4.2.2.3	<i>Hypothese 7 – Notwendigkeit größerer Therapiezeiträume mit höheren Stufen der Umstrukturierung</i>	189
4.2.2.4	<i>Hypothese 8 – Postanalytischer Effekt in der HSCS</i>	191
4.2.2.5	<i>Hypothese 9 – Entwicklung der Bindungsklassifikation</i>	192
4.2.2.6	<i>Hypothese 10 – Entwicklung der Symptombelastung im Therapieverlauf</i>	192
4.2.2.7	<i>Hypothese 11 – Postanalytischer Effekt auf Symptomebene</i>	193
4.2.2.8	<i>Hypothese 12 – Narzisstische Krise im Therapieverlauf</i>	194
4.2.3	Zusammenhangshypothesen	195
4.2.3.1	<i>Hypothese 13 – Vorhersage der Umstrukturierung durch das Bindungsmuster</i>	195
4.2.3.2	<i>Hypothese 14 – Vorhersage der Umstrukturierung durch das Strukturniveau</i>	196
4.2.3.3	<i>Hypothese 15 – Vorhersage der Umstrukturierung durch die Symptombelastung</i>	197
4.2.3.4	<i>Hypothese 16 – Vorhersage der Umstrukturierung durch die narzisstische Regulation</i>	198
4.2.3.5	<i>Hypothese 17 – Zusammenhang von Strukturniveau und narzisstischer Regulation</i>	198
4.2.3.6	<i>Zusammenhang des Outcomes von HSCS, SCL-90-R, AAI und NI</i>	199
4.2.3.7	<i>Ist Therapieerfolg vorhersagbar? – Regressionsanalysen</i>	201
5.	Ergebnisse der qualitativen Analyse	205
5.1	Qualitative Hypothese 1 – Omnipräsenz beeinträchtigender narzisstischer Themen	205
5.1.1	Patientin L	205
5.1.1.1	<i>HSCS und NI für Patientin L</i>	206
5.1.1.2	<i>QH1 für Patientin L</i>	209
5.1.2	Synthese aller Einzelfallbetrachtungen in Bezug auf QH1	211

5.2	Qualitative Hypothese 2 – Durcharbeitung von Scham- und Selbstwertthemen als Voraussetzung der Umstrukturierung	212
5.2.1	SCHUM für Patientin L	213
5.2.2	Synthese aller Einzelfallbetrachtungen in Bezug auf QH2	215
5.3	Qualitative Hypothese 3 – Gelungene Integration von Krisen als Voraussetzung der Umstrukturierung	218
5.3.1	ERUM für Patientin L	219
5.3.2	BABU für Patientin L	221
5.3.3	Synthese aller Einzelfallbetrachtungen in Bezug auf QH3	225
6.	Diskussion der Ergebnisse	231
6.1	Diskussion der Hypothesen und Instrumente	231
6.1.1	Umstrukturierung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen – die HSCS	231
6.1.1.1	<i>Umstrukturierung bis zur 240. Therapiestunde und darüber hinaus</i>	232
6.1.1.2	<i>Die magische Grenze 5 in der HSCS – Krisen als Zeichen der Umstrukturierung</i>	235
6.1.1.3	<i>Verlaufsgestalt der Umstrukturierung</i>	239
6.1.1.4	<i>Notwendigkeit größerer Therapiezeiträume mit höheren Stufen der Umstrukturierung</i>	240
6.1.1.5	<i>Postanalytischer Effekt – Umstrukturierungsprozesse nach Therapieende</i>	242
6.1.1.6	<i>Forschungsausblick zur HSCS</i>	243
6.1.2	Veränderung des Bindungsmusters in psychoanalytischen Langzeittherapien – das AAI	245
6.1.2.1	<i>Von unsicher zu sicher?</i>	245
6.1.2.2	<i>Auflösung unverarbeiteter Traumata und Verluste</i>	246
6.1.2.3	<i>Zusammenhang von Umstrukturierung und Bindungsmuster</i>	247
6.1.2.4	<i>Ausblick zur AAI-Forschung</i>	249
6.1.3	Veränderung der narzisstischen Regulation in psychoanalytischen Langzeittherapien – das NI	251
6.1.3.1	<i>Abnahme der maladaptiven narzisstischen Regulation im Therapieverlauf</i>	251
6.1.3.2	<i>Anstieg der NI-Werte als Zeichen einer konstruktiven Krise?</i>	252
6.1.3.3	<i>Veränderungssensitivität der NI-Skalen und NI-Dimensionen</i>	253
6.1.3.4	<i>Diagnostischer Wert des NI und besondere Bedeutung des Bedrohten Selbst</i>	255
6.1.3.5	<i>Das Bedrohte Selbst als Prädiktor für Therapieerfolg und als Operationalisierung struktureller Defizite</i>	256

6.1.3.6	<i>Das NI als individualdiagnostisches Instrument in Praxis und Forschung</i>	258
6.1.3.7	<i>Forschungsausblick zum NI</i>	260
6.1.4	Symptomreduktion in psychoanalytischen Langzeittherapien – der GSI der SCL-90-R	263
6.1.4.1	<i>Abnahme der Symptombelastung</i>	263
6.1.4.2	<i>Verlaufsgestalt der Symptomveränderung in analytischen Psychotherapien</i>	264
6.1.4.3	<i>Postanalytischer Effekt auf Symptomebene</i>	265
6.1.4.4	<i>Zusammenhang von Symptombelastung und Umstrukturierung – Der GSI als Prädiktor für Therapieerfolg?</i>	266
6.1.4.5	<i>Erfassung (un)bewusster Prozesse in Psychotherapien – Schwächen der SCL-90-R im Vergleich zur HSCS</i>	269
6.1.4.6	<i>Forschungsausblick für die SCL-90-R</i>	271
6.1.5	Vorhersage der Umstrukturierung zu Therapiebeginn – Kritische Betrachtung der Regressionsanalysen und Forschungsausblick	272
6.1.6	Veränderungsvorschläge für das HSCS-Modell	276
6.1.7	Explorative Auswertung der Therapeuteninterviews – Wichtige Befunde	279
6.1.8	Die wichtigsten Ergebnisse	283
6.2	Grenzen und Möglichkeiten der Studie	285
6.2.1	Methodische Diskussion	286
6.2.1.1	<i>Stichprobe</i>	286
6.2.1.2	<i>Zusätzliche Einflussfaktoren</i>	288
6.2.1.3	<i>Die Heidelberger Umstrukturierungsskala – Methodische Einschränkungen</i>	289
6.2.1.4	<i>Die Abwehr als (un)entbehrliches Konzept – OPD-1 und OPD-2</i>	291
6.2.1.5	<i>Die Therapeuteninterviews und die Methode des zirkulären Rekonstruierens</i>	292
6.2.1.6	<i>Methoden- und Perspektiventriangulation – Aus Hindernis wird Chance</i>	295
6.2.2	Praktische Relevanz der Ergebnisse	298
6.2.2.1	<i>Der Dialog zwischen Praxis und Forschung am Beispiel von OPD, HSCS und AAI</i>	298
6.2.2.2	<i>Die Bedeutung von Unbewusstem, Übertragung und Parallelprozess – Intersubjektivität im Forschungsprozess</i>	302
6.2.2.3	<i>Krisen als Quellen konstruktiver Veränderungsprozesse</i>	306
6.2.2.4	<i>Scham, Sexualität, Aggression und die narzisstischen Pathologien unserer Gesellschaft</i>	309
6.2.2.5	<i>Zieloffenheit in der (therapeutischen) Begegnung als Voraussetzung für (gesellschaftliche) Veränderung</i>	315
6.2.2.6	<i>Ein Zeit-Plädoyer – Langzeittherapien und katamnestiche Untersuchungen</i>	318

	Inhalt
6.2.2.7 <i>Spannungsfelder der Psychotherapieforschung und das kritische Potenzial der Psychoanalyse</i>	321
7. Zusammenfassung	329
Literatur	333
Anhang	367
Abkürzungsverzeichnis	381
Abbildungsverzeichnis	387
Tabellenverzeichnis	389

Der Reiz der Erkenntnis wäre gering,
wenn nicht auf dem Weg zu ihr
so viel Scham zu überwinden wäre.

Nietzsche (1886, S. 87)

Geleitwort

Für die gegenwärtige Psychotherapieforschung wird immer wichtiger, wie sich Veränderungen im Prozess einer Therapie erfassen lassen. Komparative Untersuchungen bezüglich des Outcome haben deshalb an Reiz verloren. Vielmehr interessieren die Fragen, warum sich Menschen in einer Therapie überhaupt verändern, wie diese Veränderungsschritte aussehen und welche Voraussetzungen, wie zum Beispiel Leidensdruck, Veränderungsbereitschaft oder eine entstehende therapeutische Bindung als etwas Wertvolles erleben zu können, gegeben sein müssen. Diese Fragen waren einige der Forschungsthemen des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts (Leitung: Susanne Hörz-Sagstetter und Wolfgang Mertens), das seit dem Jahr 2003 in der Abteilung für Psychoanalyse und psychodynamische Forschung an der Ludwig-Maximilians-Universität in München durchgeführt wurde.

Während die meisten Therapierichtungen sich mit symptomatischen Verbesserungen ihrer Patienten zufrieden geben, die sich im Allgemeinen relativ schnell einstellen können, zielen psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren darauf ab, eine mehr oder minder intensive Umstrukturierung der Persönlichkeit zu erreichen. Denn Symptome sind in der Regel Ausdruck eines umfassenderen Geschehens, das sich in der Persönlichkeit eines Menschen abspielt, der eine spezifische Biografie und Leidensgeschichte in einem bestimmten soziohistorischen Umfeld erfahren hat. Die Isolierung von Symptomen oder sogenannten Störungen ist zwar im gegenwärtigen therapeutischen Denken weit verbreitet, kann aber dem Gewordensein eines Menschen nicht gerecht werden. In der psychoanalytischen Behandlungstechnik hat es sich eingebürgert, diese komplexen Verände-

rungsprozesse in wichtigen Persönlichkeitsbereichen als Umstrukturierung zu bezeichnen. Während ein Symptom nur der sichtbare und relativ leicht fassbare Ausdruck eines beeinträchtigten Gesamterlebens ist, wird in der psychoanalytischen Therapie versucht, den leidenden Menschen in seiner Ganzheit zu betrachten. Gegenwärtige Methoden der Diagnostik und Psychotherapieforschung bringen es hierbei mit sich, dass man auf Konzepte Bezug nehmen muss, die sich operational definieren und damit intersubjektiv erfassen lassen. Die Komplexität reduzierende Methodik ist der Preis, den man in Kauf nehmen muss, um zu einer größeren Übereinstimmung in der Einschätzung dieser prozessualen Daten zu kommen. Als ein Maß für die Umstrukturierung hat sich die Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS) seit einigen Jahren bewährt.

Viele Menschen beginnen ihre Therapie zwar häufig mit einem großen Leidensdruck, aber auch mit ziemlichen Illusionen über ihre eigene Veränderbarkeit. Nicht wenige Therapien werden deshalb auch nach relativ kurzer Zeit wieder beendet, weil die betreffenden Personen merken, dass die Arbeit an sich selbst ein anstrengender und schmerzlicher Prozess ist und dass eine Heilung sich nicht von alleine einstellt oder gar vom Therapeuten auf magische Weise ermöglicht wird. Oftmals ist auch zu Beginn einer Therapie noch gar nicht bekannt, welche Bereiche der Persönlichkeit wenig entwickelt sind oder gar brachliegen, welche schwierigen Auswirkungen das eigene Selbsterleben auf andere Menschen hat, auf welche Weise der Patient konflikthafte Beziehungen konstellierte, unter deren Auswirkungen er dann leidet und die ihn zum Beispiel in Form von unerklärlichen und rätselhaften Symptomen heimsuchen können.

Die Daten der Heidelberger Umstrukturierungsskala erlauben eine Annäherung an diese komplexen Prozesse. Eine der grundlegenden Hypothesen von Frau Minow in der vorliegenden Arbeit lautet nun, dass der entscheidende Schritt, der mit einem Aufbrechen von Abwehrvorgängen und einer tiefgehenden Veränderung des Selbstbildes einhergeht, sehr viel mit Scham und deren Bewältigung zu tun hat. Die Stufe 5 der HSCS »Auflösung alter Strukturen im Fokusbereich« benennt diese Vorgänge wie folgt: »Abwehr wird brüchig, Prozess wird zur ›Passion‹, Trauer, Ausgeliefertsein, Verwirrung«. Es ist das Privileg von analytischen Langzeittherapien, dass Patienten die Chance erhalten, diesen eminent wichtigen Schritt mithilfe eines kompetenten Psychotherapeuten gehen zu können. Nicht in allen

analytischen Therapien können jedoch diese Chancen genutzt werden und nicht immer liegt dies ausschließlich am Patienten.

Viele Patienten in anderen Therapien erreichen nur die Stufen 3 oder 4, in denen zwar das Selbstwertgefühl gestärkt wird, irrationale Überzeugungen eine Abschwächung erfahren und bestimmte Handlungskompetenzen eingeübt werden. Lässt sich nun dieser entscheidend wichtige psychische Veränderungsschritt, der zum Erreichen der Stufe 5 führt, noch genauer erforschen?

Anhand der Daten aus dem Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekt beschäftigt sich Frau Minow ausgiebig mit dem Thema narzisstischer Regulationsprozesse sowie mit der Bedeutung der Scham bei Umstrukturierungsprozessen. Damit möchte sie noch genauere Aufschlüsse über die Schwierigkeiten erhalten, die Patienten daran hindern, sich noch gründlicher mit sich selbst auseinanderzusetzen, als dies in anderen und kürzeren Therapien in der Regel geschieht.

Im empirisch-quantitativen Teil ihrer Untersuchung befasst sich Frau Minow zunächst sehr detailliert mit den Ergebnissen der Umstrukturierung gemäß der Heidelberger Umstrukturierungsskala und den Zusammenhängen mit dem jeweiligen Bindungsmuster, der Symptombelastung und den narzisstischen Regulationsmustern (NI).

In ihren Ergebnissen kommt sie zu dem Resultat, dass knapp 60% der untersuchten Patienten des Münchner Bindungs- und Wirkungsforschungsprojekts eine besonders tiefgreifende Qualität therapeutischer Veränderung (*Umstrukturierung* ab HSCS-Stufe 5) erreichen. Ein wichtiges, auch von anderen Therapieforschern, wie zum Beispiel Gerd Rudolf, erlangtes Ergebnis zeigt sich ebenso in der vorliegenden Arbeit: Erst Therapien von mindestens 240 Stunden führen zu dieser tiefgreifenden Persönlichkeitsveränderung (*Umstrukturierung*). Ein weiteres bedeutendes Ergebnis der vorliegenden Arbeit ist, dass es auch zu einer Veränderung von Bindungsmustern, vor allem zur Auflösung unverarbeiteter Traumata kommt. Das ebenfalls eingesetzte Narzissmus-Inventar (NI) erweist sich bei dieser Untersuchungsthematik hingegen methodisch als wenig brauchbar.

Und ein weiterer wichtiger Befund ist auch darin zu sehen, dass die Effekte der Umstrukturierung aufgrund der Katamnese ca. zwei Jahre nach Ende der analytischen Langzeittherapie nicht nur stabil sind, sondern die im Therapieverlauf angestoßenen Prozesse auch weiterentwickelt werden können.

Neben die Auswertung der angesprochenen inferenzstatistischen Befunde tritt nun in der vorliegenden Arbeit noch ein ausführlicher qualitativer Teil hinzu. Frau Minow führte auch sechs Interviews mit den behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten durch, um noch genauere Auskünfte aus dieser Perspektive über die Bedeutung von Selbstwertregulierung und Scham zu erhalten. In ihrer sehr differenzierten Auswertung der katamnestischen Therapeuteninterviews mithilfe der Methode des zirkulären Dekonstruierens kommt sie zu dem Schluss, dass der therapeutisch gekonnte Umgang mit Scham und Selbstwertkrisen in der therapeutischen Dyade zentral für das Erreichen tiefgreifender Veränderungen auf dem HSCS-Niveau der *Umstrukturierung* (Stufe 5) ist.

Die qualitative Vorgehensweise mithilfe des zirkulären Dekonstruierens stellt sich dabei als ein wichtiger methodischer Beitrag nicht nur für eine multimethodische Prozessforschung, sondern auch für ein multiperspektivisches Vorgehen heraus. Am Rande sei angemerkt, dass die ursprünglich von den Projektleitern beabsichtigte Einbeziehung der Patientenperspektive nicht erfolgen konnte, weil die Mehrzahl der Studenttherapeuten sich dagegen ausgesprochen hatte.

In einem abschließenden Kapitel setzt sich die Verfasserin nicht nur mit den üblichen Einschränkungen einer zu kleinen Stichprobe sowie methodenkritischen Anmerkungen auseinander, sondern auch mit der praktischen Relevanz der Ergebnisse. Welchen Nutzen kann Psychotherapieforschung für den Praktiker haben? Wie könnten Methoden der gegenwärtigen Prozess- und Outcomeforschung in die zukünftige Ausbildung implementiert werden sowie das Interesse, das bislang eher gering ist, daran geweckt werden? Meistens werden die Methoden der Psychotherapieforscher gegenwärtig noch als zu praxisfern und als zu wenig valide für die komplexen Entscheidungsprozesse von Psychotherapeuten erfahren. Ein Anliegen der vorliegenden Studie war es, vor allem durch die Einbeziehung von qualitativen Einzelfalluntersuchungen, Prozessforschung praxisnäher zu gestalten, um der Komplexität des therapeutischen Tuns stärker gerecht zu werden. Durch die Berücksichtigung von Kontextvariablen, wie sie beispielsweise der Psychotherapieforscher David Orlinsky gefordert hat, gelingt dies der Verfasserin auf hervorragende Weise. Denn sie betrachtet nicht nur isolierte Symptome als Störungen, sondern auch Kontextvariablen, wie zum Beispiel narzisstische Pathologien unserer gegenwärtigen Gesellschaft. Des Weiteren

setzt sie sich mit einem Überhandnehmen einer evidenzbasierten Psychotherapieforschung, die ausschließlich randomisierte Forschungsdesigns in einer artifizialen Forschungspraxis gelten lässt, kritisch auseinander.

Insgesamt betrachtet liegt mit dieser Arbeit, die von der Studienstiftung des deutschen Volkes und von der Köhler-Stiftung/Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft gefördert wurde, eine vorbildliche Studie vor, die dazu in der Lage ist, einen Standard für zukünftige Untersuchungen des therapeutischen Prozesses zu bilden.

München, im Januar 2016
Prof. Dr. em. Wolfgang Mertens
Department für Psychologie
Ludwig-Maximilians-Universität München

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich vor allem Prof. Dr. Wolfgang Mertens und Prof. Dr. Susanne Hörz-Sagstetter, die mich während des Entstehungsprozesses dieser Arbeit begleiteten und förderten, herzlich danken. Erst durch ihre erfahrene und professionelle Unterstützung, ihre bereichernden und kreativen Ideen und die Freiheiten, die sie mir gewährten, konnte diese Arbeit in all ihren Facetten entstehen und gelingen.

Sie eröffneten mir die Chance, dass ich meine Dissertation der psychoanalytischen Psychologie und damit jenem Bereich der Psychologie widmen konnte, der immer wieder erneut meine Begeisterung weckt und mich in meinem Leben seither begleitet.

In tiefer Dankbarkeit verbunden bin ich meinen Freunden und meiner Familie, die mich im Schaffensprozess der letzten Jahre unterstützten. Jeder und jede hat durch seine und ihre Weise meine Kraft und mein Vertrauen gestärkt und mich bei dieser Arbeit unterstützt.

Eine unschätzbar große Hilfe waren insbesondere die Kreativität und das liebevolle Verständnis von Lorenz Stipicic, die Anregungen und Ideen meines Vaters Rüdiger Minow und die Unterstützung meiner Mutter Tatjana Engel, meiner Schwester Lea Rebecca Minow und meiner Großmutter Margrit Engel.

Diese Studie wäre in dem Umfang nicht möglich gewesen ohne die freundliche Unterstützung durch ein dreijähriges Promotionsstipendium der Studienstiftung des Deutschen Volkes. Ein weiterer Dank gilt der Köhler-Stiftung im Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, welche ein Druckkostenstipendium gewährte.

Danken möchte ich auch allen Diplomanden und Doktoranden, die wesentlich zur Durchführung und Auswertung des Forschungsprojekts beigetragen haben. Insbesondere Anna Lea Docter, Verena Tyrkas, Claudia Denscherz, Nataliya Zharkova, Ingrid Erhardt und Zsuzsanna Antal halfen durch die ausführliche Anfertigung der HSCS- und OPD-Gutachten. Die Anwendung komplexer statistischer Methoden wurde erst durch die kompetente Mithilfe von Can Gürer möglich. Bedanken möchte ich mich zudem bei den Mitarbeitern des Psychosozial-Verlags für die gute Zusammenarbeit im Rahmen der Buchveröffentlichung.

Mein Dank gilt vor allem den Studenttherapeuten, die sich für die Interviews im Rahmen dieser Arbeit großzügig zur Verfügung stellten sowie den teilnehmenden Patienten, die durch ihr freiwilliges Engagement den Grundstein dieser Studie legten.

München, im Dezember 2015
Anna-Rabel Minow

1. Einleitung¹

»Die Ablehnung [der Psychoanalyse] ist bedauerlich, da die Psychoanalyse noch immer die kohärenteste und intellektuell zufriedenstellendste Theorie der Psyche darstellt. Wenn die Psychoanalyse ihre intellektuelle Stärke und Einfluss wiedergewinnen möchte, braucht es mehr als Impulse, die durch Antworten auf feindselige Kritiker entstehen. Sie muss konstruktiv von den Menschen erforscht und eingesetzt werden, die sie befürworten, sowie von denen, die um eine anspruchsvolle und realistische Theorie der menschlichen Psyche bemüht sind« (Kandel, 2012, S. 608; Übersetzung von A. R. Minow).

Am historischen Beginn der Beziehung zwischen Behandler und Behandeltem gab es vor allem eine Instanz, die beurteilen konnte, wie und ob sich eine Linderung der Krankheit vollzog: Die Dyade aus Arzt und Patient, wobei ein größeres Gewicht auf dem Urteil des Behandelten lag. Sein Lob oder seine Kritik führten zur Verbreitung eines Rufs, zur Entstehung der Rolle des Heilers und Arztes.

Erst zu Beginn des 19. Jahrhunderts etablierten sich individuelle und kollektive Sicherungssysteme eines allgemeinen Gesundheitswesens. Damit begann das gesellschaftliche, in Vorschriften und Gesetze gefasste Interesse an der durchschnittlichen Erhaltung der Arbeitskraft (»Volksgesundheit«).

¹ Anmerkung für alle Leser und Leserinnen: Aus Gründen besserer Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für alle Geschlechter.

Mit der Entstehung von Gesundheitssystemen und der Verwirtschaftlichung öffentlicher Leistungen entwickeln sich notwendigerweise ökonomische Fragen und Forderungen, die das Beziehungssystem zwischen Patient und Therapeut beeinflussen. Welches ist der beste, günstigste und schnellste Weg, die vergesellschaftete Gesundheit wiederherzustellen?

Die Situation oft knapp bemessener, finanzieller Mittel in öffentlichen Kassen setzt jegliche Leistungen im Gesundheitssystem immer schärferen Überprüfungen ihrer Wirtschaftlichkeit aus – ganz unabhängig von der individuellen Beurteilung der direkt Beteiligten (vgl. Rudolf et al., 2004). Hier ist die Psychoanalyse² aufgrund der Tatsache, dass Langzeittherapien notwendigerweise größere zeitliche und wirtschaftliche Ressourcen erfordern, mit einem besonders hohen Legitimationsdruck konfrontiert.³

Im Spannungsfeld zwischen diesen ökonomischen Forderungen und der einzigartigen therapeutischen Dyade ist auch die vorliegende Arbeit entstanden und verleiht damit einer Problematik der allgemeinen Psychotherapieforschung Ausdruck: Einerseits sind die Beteiligten bemüht, mithilfe groß angelegter Gruppenstatistiken Signifikanzen und Effektstärken nachzuweisen. Andererseits zeigt die Untersuchung der einzelnen therapeutischen Dyade, wie wenig dieses Studiendesign aussagen und schließlich sogar zu einer Verschleierung einzigartiger therapeutischer Prozesse führen kann. Ziel dieser Arbeit ist es daher nicht nur, einen Beitrag zum notwendigen Nachweis der Wirtschaftlichkeit psychoanalytischer Langzeittherapien zu leisten. Vor allem soll die Untersuchung von Einzelfällen und Prozessdaten eine Relativierung und Ergänzung der inferenzstatistischen Outcome-Methoden und -Ergebnisse ermöglichen. Ein Anspruch der Studie ist es, der Forschung und den praktizierenden Klinikern eine Grundlage für das bessere Verständnis der Prozesse und Ergebnisse sowie insbesondere der Chancen, Potenziale und Risiken analytischer Psychotherapien zu Verfügung zu stellen (vgl. Greenberg, 1991; Kandel, 2012; Thomä & Kächele, 2006).

2 Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinien wird zwischen Psychoanalyse und analytischer Psychotherapie unterschieden. Der Einfachheit halber werden die beiden Begriffe in der vorliegenden Arbeit synonym verwendet.

3 Entsprechend dem Stand von 2009 wurden im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinien ca. 47% aller Patienten verhaltenstherapeutisch behandelt, ca. 47% tiefenpsychologisch fundiert und ca. 6% erhielten eine analytische Psychotherapie (s. Rüger et al., 2012, S. 14).

Der analytische Prozess ist als komplexes Feld zu begreifen, in dem eine Kommunikation des Unbewussten des Patienten mit dem Unbewussten des Therapeuten stattfindet. Dieser Austauschprozess führt intersubjektiv betrachtet zu völlig neuen Zuständen, die wiederum auf beide Interaktionsteilnehmer einwirken. Zwar steht die Erforschung und Konzeptualisierung dieses unbewussten Kommunikationsprozesses erst am Anfang (Nissen, 2012, S. 15), sicher ist jedoch, dass es Wirkprozesse jenseits der Symptomebene sind, welche tief greifende Veränderungen im Erleben und Verhalten des Behandelten bewirken. Dieser Überlegung folgend steht das Veränderungsmodell der Umstrukturierung⁴ als Langzeiteffekt und -erfolg psychoanalytischer Behandlungen im Zentrum der vorliegenden Arbeit. In einer Stichprobe 17 ambulanter Psychoanalysepatienten sollen die Umstrukturierungsprozesse und deren Bedingungen mithilfe der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; Arbeitskreis OPD, 1996, 2006), der Heidelberger Umstrukturierungsskala (HSCS; Rudolf et al., 2000, 2001a) sowie anderen psychodynamisch fundierten Instrumenten (Adult Attachment Interview; AAI; George et al., 1985–1996; Narzißmusinventar; NI; Deneke & Hilgenstock, 1989) und auf Grundlage eines qualitativ ausgewerteten Therapeuteninterviews (Jaeggi & Faas, 1993) abgebildet werden. Damit soll gleichzeitig die spezifische Wirkung analytischer Psychotherapien nachgewiesen werden. Um die Vielschichtigkeit der Veränderungsprozesse erfassen zu können, wird auch die Symptombelastung (SCL-90-R; Franke, 2002) berücksichtigt. Beispielhaft versuche ich der Frage nachzugehen, ob ein größerer Therapieerfolg im Sinne der Umstrukturierung erst oder einfacher erfolgen kann, wenn ein höheres Strukturniveau, eine geringere Symptombelastung, ein spezifisches Bindungsmuster oder weniger Beeinträchtigungen durch narzisstische Regulationsdefizite vorliegen.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Überprüfung der Nachhaltigkeit psychoanalytischer Erfahrungen anhand der Auswertung der katamnestischen Daten ca. zwei Jahre nach Therapieende. Zahlreiche Studien zeigten bereits, dass analytische Behandlungen im Gegensatz zu kürzeren und weni-

4 Die HSCS definiert Umstrukturierung als Fortschritt des Umgangs mit und der Integration von strukturellen Vulnerabilitäten sowie habituellen Beziehungs- und Konfliktmustern. Der veränderte Umgang kann als Einsicht in wichtige Problembereiche auf kognitiv-affektiver Ebene verstanden werden (vgl. Rudolf et al., 2000). Eine genauere Definition des Begriffs Umstrukturierung erfolgt im theoretischen Teil der Arbeit (vgl. 2.3).

ger intensiven Therapien Langzeiteffekte ermöglichen, die sich zu Therapieende, jedoch vor allem als Steigerung des Therapieerfolges in der Katamnese als postanalytischer Effekt manifestieren (de Maat et al., 2009, 2013; Fonagy et al., 2015; vgl. 2.1.2).

Auch hinsichtlich des Umfangs von Therapieerfolgen scheinen Psychoanalysen im Vergleich zu weniger hochfrequenten und Kurzzeittherapien bedeutende Potenziale zu beinhalten (vgl. Brockmann et al., 2006; Fonagy et al., 2015; Leichsenring, 2005). Analytische Patienten besitzen die Möglichkeit, über eine Problemanerkennung und Bewältigung hinaus eine »intensivere Auseinandersetzung im Rahmen der therapeutischen Beziehung zu riskieren, sich ihr gewissermaßen auszuliefern und sie zu erleiden. Hier beginnt die Umstrukturierung im eigentlichen Sinne« (Rudolf et al., 2001c, S. 564), welche die Bedingung für überdauernde und tief greifende Persönlichkeitsveränderungen darstellt. Es wird vermutet, dass sich die dabei ablaufenden kognitiv-affektiven Einsichtsprozesse, welche durch spiralförmige Abwehr- und Integrationsdynamiken geprägt sind, maßgeblich auf der Ebene der narzisstischen Regulation sowie in der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung manifestieren (vgl. Fischer et al., 2011). Im Sinne der Notwendigkeit einer differenzierten Prozessforschung (Greenberg, 1991) werden daher ebendiese narzisstischen Abwehrdynamiken (z.B. Scham), dadurch entstehende Selbstwertschwankungen sowie entsprechende krisenhafte Interaktionen als Vorläufer bedeutender therapeutischer Veränderungen einen weiteren Forschungsschwerpunkt bilden.

Die Idee, dass Veränderungen unserer Überzeugungen – etwa im Rahmen einer Therapie – erst durch narzisstische Krisen, drastische Lebensereignisse bzw. den plötzlichen Verlust von Vertrauen in eigene Wertesysteme eintreten, ist schon alt (vgl. Fischer et al., 2011; Gumz et al., 2010a, 2010b; Purzner, 1988). Die HSCS ist bisher eines der wenigen therapeutischen Veränderungsmodelle, welches die Abbildung und Rekonstruktion dieser Diskontinuitäten im Therapieverlauf ermöglicht. Die therapeutische Bearbeitung schamvermittelter Widerstände, z. B. deren konstruktive Integration oder ein Übergehen der Scham, wurde in der Psychotherapieforschung als Bedingung mehr oder weniger erfolgreicher Umstrukturierungsprozesse hingegen bislang kaum beachtet (vgl. Würmser, 1981, 1990, 2011). Durch die vorliegende qualitative Analyse können krisenhafte Dynamiken und schamvermittelte Abwehrbewegungen im Therapieprozess detailliert abge-

bildet und am Beispiel sechs ausgewählter Fälle kontrastierend beschrieben werden. Neben der Identifikation bedeutender therapeutischer Wirkfaktoren soll auf diesem Weg eine Ausdifferenzierung und Ergänzung des Veränderungsmodells der HSCS vorgenommen werden, um dessen Anwendbarkeit zu steigern.

Abschließend möchte ich wichtige Befunde und deren Implikationen für die zukünftige Psychotherapieforschung und die psychotherapeutische Praxis besprechen. Mithilfe der vorliegenden Ergebnisse wird der Nutzen der verwendeten Messmethoden für den klinischen und forschungsbezogenen Alltag diskutiert. Weiterhin werden dezidierte Anregungen für therapeutische Interventionen gegeben und die Bedeutung der therapeutischen Arbeit mit schamvermittelten Widerständen sowie der konstruktive Nutzen therapeutischer Krisen hervorgehoben. Mit dem Fokus auf das gesellschaftskritische Potenzial der Psychoanalyse reflektiere ich die Ergebnisse dieser Arbeit auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext: Welche Bedeutung besitzt das Unbewusste in unserem Alltag, welche Rolle spielen Scham und Aggression in unseren Interaktionen? Welche Werte leben wir und wie stimmen diese mit der kritischen und zieloffenen Haltung der Psychoanalyse überein, welche die Faktoren Zeit und Geduld sowie emotionale Bezogenheit, Achtsamkeit und Authentizität als wichtige Bedingungen von Heilung und Gesundheit definiert?

Wir leben in einer Gesellschaft, die auf Sicherheit, Wohlstand, Leistung, Kontrolle und Macht fixiert ist. Im Leistungsdenken gibt es immer ein Besser oder Schlechter und ein Oben oder Unten. Welche Möglichkeiten stellt die Psychoanalyse bereit, diese unsere gesellschaftliche Lebensrealität zu analysieren und uns ihrer Defizite und Alternativen bewusst zu werden?

Die Psychoanalyse ist meines Erachtens nach ein nicht nur therapeutischer, sondern auch ein philosophisch-politischer Weg, um Antworten auf die Fragen zu finden, woran wir leiden, was wir wirklich möchten und wie wir dies verwirklichen können. Dies impliziert notwendigerweise, dass die Herstellung der vergesellschafteten Gesundheit, genauso wenig wie die bloße Symptombeseitigung die alleinigen Ziele einer therapeutischen Behandlung oder einer Gesellschaftsanalyse sein können.