

Kächele H, Thomä H (2006) Psychoanalytische Therapieprozessforschung. In: Thomä H, Kächele H (Hrsg) *Psychoanalytische Therapie: Forschung* Springer Medizin Verlag, Heidelberg, S 1-14

## **Psychoanalytische Therapie-Prozess-Forschung**

*Horst Kächele u. Helmut Thomä*

- 1.1 Entstehungsgeschichte
- 1.2 Forschung in der zeitgenössischen Psychoanalyse
- 1.3 Gruppenstatistik vs. Einzelfall
- 1.4 Statistische Inferenz bei den Einzelfallstudien
- 1.5 Die zeitgemäße Junktimversion
- 1.6 Das Für und Wider der Tonbandaufzeichnung
- 1.7 Theorieprüfung
- 1.8 Prozessmodell

## 1.1 Entstehungsgeschichte

Unsere ursprüngliche Begründung für das Forschungsprogramm war das Ergebnis langjähriger Bemühungen den 'Mutterboden' der Psychoanalyse zu untersuchen, und das war und ist die psychoanalytische Situation. Wir sind überzeugt, dass nur die sorgfältige Erkundung des Austausches zwischen Patient und Analytiker in der Lage ist, zentrale Aspekte der psychoanalytischen Behandlung zu erfassen und dadurch eine empirisch geprüfte Theorie des Verlaufes entwickeln zu können.

Beim Podiumsgespräch über psychoanalytische Verlaufsforschung anlässlich der DPV-Tagung am 11. Oktober 1968 in Ulm begründete der Seniorautor, H. Thomä, die Notwendigkeit systematischer Verlaufsuntersuchungen folgendermaßen:

“1. Die psychoanalytische und die von ihr abhängige psychosomatische Forschung scheinen sich, wie man der Literatur entnehmen kann, hauptsächlich in zwei Richtungen zu bewegen, die man kurz als Verlaufs- (process) und als Ergebnis- (outcome) Forschung bezeichnen kann. Bei der Verlaufsforschung geht es vor allem darum, psychoanalytische Behandlungen von Einzelfällen wissenschaftlich auszuwerten, während bei Untersuchungen, die sich in erster Linie mit dem Ergebnis von Therapien befassen, größere Zahlen behandelter und unbehandelter Fälle miteinander verglichen werden. Die beiden Forschungsrichtungen überschneiden sich natürlich in vielen Punkten, da das Ergebnis der Therapie vom Verlauf der Psychoanalyse abhängig ist. Die Unterscheidung von Verlauf und Ergebnis geht auf den Marienbader Kongress 1936 und insbesondere auf einen Vortrag von E. Bibring zurück.

2. Zwar ist es „einer der Ruhmestitel der analytischen Arbeit, dass Forschung und Behandlung bei ihr zusammenfallen“ (S. Freud 1912e, S. 380); an anderer Stelle spricht Freud (1926a, S. 293/294) von dem „kostbaren Zusammentreffen“, einem „Junktum zwischen Heilen und Forschen“. Aber aus diesen Feststellungen Freuds leitet sich nicht eo ipso ab, dass Behandlung und Forschung identisch sind. Obwohl in der psychoanalytischen Situation bestimmte Kontrollen, die eine quasi experimentelle Lage schaffen, eingebaut sind – technische Anweisungen, deren Kenntnis ich hier voraussetzen darf – , geben diese

noch keine Sicherheit, dass die Beobachtungen des Analytikers und die theoretischen Schlüsse, die er aus seinen Beobachtungen zieht, wirklich verlässlich sind<sup>1</sup>.

3. Die Verlaufsforschung ist das ureigenste Feld der Psychoanalyse. Der psychoanalytische Verlauf (process) wird bestimmt von den Vorgängen in der psychoanalytischen Situation. Das spezifische technisch-psychoanalytische Mittel stellt die Deutung dar. In der Deutung sind Technik und Theorie verbunden. Verlaufsuntersuchungen dienen der Vervollkommnung der Technik und der Validierung der Theorie“ (Thomä 1968).

Dieser Rückgriff auf diese Position macht deutlich, dass wir damals mehr den von Freud in den Mittelpunkt gestellten „Wahrheitsanspruch“ im Junktim von Heilen und Forschen betont haben. Nicht zufällig haben wir die „wohltätige Wirkung“, also die therapeutische Dimension als unabdingbare Folge jeder analytischen Aufklärung, übergangen. Wie für auch Freud hat sich diese für uns von selbst verstanden.

Die Interpretation war der erste Gegenstand unserer vielfältigen Bemühungen, Aspekte des Behandlungsprozesses formalisiert klinisch zu untersuchen. Thomä u. Houben (1967) versuchten dies zunächst dadurch, dass sie Interpretationen als einen zentralen Aspekt der Technik des Analytikers und die Reaktionen des Patienten erfassten um die Auswirkungen der ersteren auf die nachfolgenden Reaktionen abschätzen zu können. Im Laufe dieser Untersuchungen, die auf den Heidelberger Vorarbeiten fußten, wurden wir uns der Probleme hinsichtlich der Wirksamkeit der Interpretationen und der damit verknüpften Problem der Wahrheit von Theorien. Dieses Problem ist auch heute noch im Mittelpunkt kontroverser Diskussionen, wie Leuzinger-Bohleber (1995, S. 443) in ihrem Beitrag zur „Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument“ die überzeugende Forderung von Strenger (1991) nach „externer Kohärenz“ für klinisch-psychoanalytische Annahmen zusammenfasst.

Um die Interpretationen systematisch zu erfassen, folgten wir einem Vorschlag von Isaacs (1939) und entwarfen schon 1963 ein Kodierungs-Schema. Dieses verlangte vom Analytiker beim Niederschreiben eines Stundenprotokolls seine Interpretationen theoretisch zu lokalisieren und die Reaktionen des Patienten darauf genau anzugeben (für eine genauere Beschreibung siehe Thomä u. Kächele 1988, S. 24–25). Im Laufe der Untersuchungen kamen wir zum

---

<sup>1</sup> Heute würden wir das Junktim anders interpretieren und die Bedeutung des Nachweises „wohlitärer Wirkungen“, also der therapeutischen Veränderungen, besonders betonen. Außerdem sprechen wir nicht mehr von einer „quasi-experimentellen“ Situation, um die flexible Handhabung von Regeln zu betonen.

Ergebnis, dass eine angemessenen Validierung nur durch empirische Verlaufs- und Ergebnissforschung zu gewinnen ist. In Übereinstimmung mit einer Vielzahl von Autoren (u.a. Wallerstein u. Sampson 1971) basierten wir alle unsere diesbezüglichen Studien auf der Einzelfall-Methodologie (Schaumburg et al. 1974); denn dies entspricht am besten Meissners (1983) Charakterisierung der Psychoanalyse als der Wissenschaft der Subjektivität.

Die Neubewertung der Fallstudie, mit der Wallerstein u. Sampson (1971) eine Versöhnung von Klinik und Forschung ins Auge fassten, stellte die entscheidende methodische Anregung bei der Entwicklung unserer Forschungsstrategie dar. Sie legten bei ihrer Übersicht den Hauptakzent auf die Frage, ob es möglich und notwendig sei, formalisierte und systematisierte Untersuchungen des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse durchzuführen. Wir zitieren:

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

-

Folgt man ihren Ausführungen - und wir sind in Ulm diesen weitgehend gefolgt - bildet die systematische Einzelfallstudie den Schnittpunkt der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit. Auch Davison u. Lazarus (1994) äußern sich recht positiv über die möglichen Vorzüge einer intensiven Fallstudie:

- eine Fallstudie kann Zweifel an einer allgemein akzeptierten Theorien wecken
- eine Fallstudie kann eine wertvolle Heuristik für nachfolgende bessere kontrollierte Untersuchung sein
- eine Fallstudie erlaubt die Untersuchung, auch wenn nicht wirklich kontrolliert, eine seltenes, aber wichtigen Phänomens
- eine Fallstudie stellt eine Möglichkeit dar neue Prinzipien und Ideen in neuer Weise zu erproben
- eine Fallstudie kann unter gewissen Umständen genügend experimentelle Kontrolle über ein Phänomen erlauben, um wissenschaftlich akzeptable Information zu liefern
- eine Fallstudie kann Fleisch für ein theoretische Skelett liefern

Im Für und Wider dieser Argumente wurde die Fallstudien-Methodik wieder entdeckt (Bromley 1986); neue methodologische Ansätze (Jüttemann 1990) und die Neubewertung qualitativer Fragestellungen (Faller u. Frommer 1994; Frommer u. Streeck 2003) haben sowohl die Sozialwissenschaften generell als auch speziell das Feld der Therapieforchung inzwischen nachhaltig verändert. Es geht heute betonter um die Klärung, welche Fragen mit welchem methodologischen Ansatz untersucht werden müssen, so dass interessante, das Feld bereichernde Antworten zu erhalten sind (Kächele 1986; Stuhr 2001). Das gemeinsame Anliegen dieser vielfältigen Zugänge ist es, „dem subjektiven Faktor in den Sozialwissenschaften gerecht zu werden und das Einzelschicksal in den Fokus der Forschungsbemühungen zu stellen“ (Leuzinger-Bohleber 1995, S. 446).

## 1.2 Forschung in der zeitgenössischen Psychoanalyse

Im angloamerikanischen Sprachraum spricht man von <research in psychoanalysis> vs. <research on psychoanalysis>. Wissenschaftliche Untersuchungen in der Psychoanalyse nehmen ihren Ausgang von der therapeutischen Situation. Optimistisch wird angenommen, dass Praktiker die psychoanalytische Methode kritisch anwenden und damit die Grundvoraussetzung wissenschaftlichen Denkens erfüllen. Die englische Sprache ermöglicht mit <re-search> ein Wortspiel: Wallerstein (2001) unterscheidet zwischen <search> und <research>. Analytiker sind zwar stets auf der Suche (<searching>), aber um von <search> zu <research> zu gelangen, muss eine gewisse Formalisierung und systematische Kategorisierung der Daten erfolgen. In der vorherrschenden Vignettenkultur beschränken sich psychoanalytische Autoren meist auf die Beschreibung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen. Darauf ist der extreme Subjektivismus zurückzuführen. Die kritische Darstellung von Behandlungsberichten zeichnet sich durch die Bezugnahme zu essenziellen psychoanalytischen Konzepten aus. Insofern stehen forschungs-orientierte Analytiker Klinikern gegenüber, die <on-line> bleiben. Mit dieser Bezeichnung hat Moser (1991) die gleichschwebende Haltung bezeichnet und diese der objektivierenden Off-line-Haltung gegenübergestellt. Es handelt sich hierbei um das Pendeln vom subjektiven Erleben zum objektivierenden Nachdenken über das Geschehen in und außerhalb der Behandlungsstunde. Nicht erst beim Schreiben von Behandlungsberichten befindet man sich in der Off-line Position. Publierte Krankengeschichten sind die Grundlage kollegialer und interdisziplinärer Diskussion.

Forschung in der Psychoanalyse bezieht sich also auf den Mutterboden, nämlich auf die therapeutische Situation und betrifft immer auch den Analytiker, sein Denken und Handeln, das nicht nur von ihm selbst, sondern von Dritten – also von Außen – betrachtet wird.

Insofern trennt die Gegenüberstellung von <research in psychoanalysis> und <research on psychoanalysis>, was zusammengehört (Perron 2003). Beide Perspektiven beziehen sich auf die intraklinische Forschung. Um klinischen Darstellungen – von der Vignette zu umfangreicherer Kasuistik – den Rang einer Einzelfallforschung geben zu können, müssen wesentliche Verlaufskriterien explizit gemacht werden. In diesem Sinn hat Leuzinger-Bohleber (1989) in fünf aggregierten Einzelfallstudien die „Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen“ empirisch untersucht. Diese Untersuchung wurde dadurch möglich, dass die Dialog der Analysen in der ULMER TEXTBANK zur Verfügung stand.

Die extraklinische Forschung hat zwei große, voneinander unabhängige Gebiete. Die Anwendung der Psychoanalyse auf alle Bereiche der Kultur hat keine Grenzen, weshalb die interdisziplinäre Austausch mit allen Humanwissenschaften ein riesiges Gebiet umfasst, das nur unvollkommen durch Aufzählung erfasst werden könnte, weshalb wir hier davon absehen. Hingegen wollen wir uns eingehender mit der extraklinischen, quasi-experimentellen Forschung befassen.

Der experimentelle Ansatz ist zwar die korrekteste Methode zur Überprüfung von Hypothesen (Campbell 1967); er impliziert aber eine gewisse Manipulierbarkeit des Untersuchungsobjektes, die bei psychoanalytisch besonders relevanten Phänomenen nicht gegeben ist. Deshalb ist die Aussagekraft dieser extraklinischen Forschung beschränkt. Über die Reichweite des experimentellen Ansatzes zur Überprüfung psychoanalytischer Theoriebestände liegen umfangreiche Sekundäranalysen auch von wohlmeinenden Kritikern vor (Fisher u. Greenberg 1977; Kline 1981), die wir schon vor einiger Zeit zusammengefasst haben (Kächele et al. 1991). Ein schönes Beispiel hat Shulman (1990) für eine solche experimentelle Studie gegeben, die die Validität einiger (Hypo)-Thesen von Kohut und Kernberg vergleicht.

Es besteht kein Grund, die klinische Situation als Defizitvariante des Experimentes zu betrachten, wie es die früher beliebte Sprachfigur, die psychoanalytische Behandlungssituation sei eine quasi-experimentelle Veranstaltung, nahe legt. Shakow (1960) kritisiert diese Auffassung und zieht es vor, von dem psychoanalytischen Interview als einer semi-naturalistischen Vorgehensweise zu sprechen (S. 88). Die angemessenen Untersuchungsmethoden sind demzufolge Methoden der systematischen Materialanalyse. In der Einzelfallstudie muss kein Verzicht auf Exaktheit geleistet werden, sondern es können Verfahren zur Anwendung

kommen, die dem untersuchten System angemessen sind (Frommer u. Rennie 2001). Edelson hat sich in seinem Buch: "Psychoanalyse - eine Theorie in der Krise" besonders die Möglichkeiten der Einzelfallforschung betont, über die heuristische, entdeckungs-orientierte Perspektive hinauszugehen (Edelson 1985, 1988); allerdings hat er selbst kein konkretes Beispiel geliefert.

Generell ist das Missverhältnis bemerkenswert, das zwischen vielen Publikationen über Forschungsprobleme und wenigen Beiträgen über tatsächlich durchgeführte Projekte besteht. In der Geschichte der Psychoanalyse überwiegen Publikationen, für die neuerdings eine eigene Bezeichnung erfunden wurde: Konzeptforschung. Dreher (1998) hat der deutschen Ausgabe ihrer Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung den Titel „Empirie ohne Konzept?“<sup>2</sup> gegeben. Begriffe kennzeichnen den Kosmos der psychoanalytischen Theorie und ihren Wandel. Deshalb steht die Reichweite von Konzepten und ihre Beziehung zur klinischen Erfahrung, also ihre Operationalisierung im weitesten Sinne des Wortes, seit einem Jahrhundert im Mittelpunkt. Definitionen bestimmen auf dem Papier, was Psychoanalyse war und ist. Darüber kann man sich rasch mit Hilfe eines Wörterbuches, z. B. dem zu Recht sehr geschätzten „Vokabular der Psychoanalyse“ von Laplanche u. Pontalis (1972), informieren. Was Psychoanalytiker aus diesen Definitionen in der Praxis machen, kennzeichnet die Realität. Reine, d. h. abstrakte Konzeptforschung schwebt in der Luft und wird zum Papiertiger, der durch festgeschriebene Definitionen psychoanalytische Identitäten festlegen und wissenschaftlichen Fortschritt verhindern kann. Wie wir bereits im Vorwort zu Bd. 2 (S. VI) ausgeführt haben, hat Dreher die reine Konzeptforschung selbst ad absurdum geführt, indem sie ihr Buch unter das Kant-Motto über die Leere bildloser Begriffe und der Blindheit begriffsloser Anschauung gestellt hat (Dreher 1998, S. 74). Eine Konzeptforschung, die klinische und empirische wissenschaftliche Untersuchungen wegen notwendigerweise eingeschränkter Fragestellungen kritisiert, ist kontraproduktiv. Dies wird deutlich an den drei Beispielen, die Dreher ausgewählt hat, um die Bedeutung der Konzeptforschung unter Beweis zu stellen. Den größten Raum nimmt ihre Kritik an Luborskys Untersuchungen zum Verständnis der Übertragung mithilfe der CCRT-Methode („Core Conflictual Relationship Theme Method“) ein (Luborsky u. Crits-Christoph 1990). Dreher argumentiert von einem allumfassenden Übertragungsbegriff aus und kritisiert von dort aus Luborskys notwendigerweise partielle Definition und deren empirische Untersuchung. Zu kritisieren wäre also nicht Luborskys Rückgriff auf Freuds Kerndefinition, sondern die inzwischen

Bier 10.5.08 0:00

**Kommentar:** Bitte in die Literatur aufnehmen.

Bier 10.5.08 0:00

**Kommentar:** Bitte in die Literatur aufnehmen.

<sup>2</sup> In der englischen Ausgabe „Foundations for Conceptual Research in Psychoanalysis“ (Dreher 2000) wurde der provokativ-polemische deutsche Titel vermieden.

eingetretene konzeptuelle Aufblähung des Übertragungsbegriffes auf die gesamte Beziehung. Diese Aufblähung schafft keinen begrifflichen Raum für die nichtübertragungsbedingten Aspekte der neuen Beziehung.

Ätiologische Forschung beginnt in Psychoanalysen mit der Beobachtung vielfältiger Formen des Wiederholungszwanges als Übertragungsklischee. Durch die unerlässliche Ursachenforschung, die am Übertragungsbegriff hängt, wurden die therapeutisch entscheidenden Dimensionen der zukunftsbezogenen Gegenwart, das „Hier und Jetzt“ der neuen Erfahrung, konzeptuell vernachlässigt. Luborsky hat diese als „hilfreiche Beziehung“ bezeichnet, zu deren Gestaltung der Analytiker wesentlich beiträgt, denn sein Ziel ist es, unbewusste Bedingungen von Erleben und Verhalten zu verändern. Luborsky würde gewiss sofort einräumen, dass sich seine empirischen Untersuchungen nur auf einen, allerdings zentralen, Aspekt des Übertragungsbegriffs beziehen. Insofern ist Dreher's Kritik fehl am Platz. Bestenfalls kann man diese als Ausdruck einer Besorgnis betrachten, durch allzu eingeeengte Operationalisierungen könne die Psychoanalyse verarmen. Tatsächlich kommt auch keine klinische Darstellung ohne Konzeptualisierung im Sinne einer weit gefassten Operationalisierung aus. Hierfür spricht das zweite Beispiel, mit dem Dreher vergebens eine eigenständige konzeptuelle Forschung demonstrieren möchte. Sie verweist auf den von Dorothy Burlingham begründeten und unter Leitung von Joseph Sandler realisierten Hampstead-Index (Bolland u. Sandler 1965). Dieser entstand aus der Konfrontation ratloser Ausbildungskandidaten mit der Fülle klinischer Phänomene und der Forderung, diese in der Dokumentation bestimmten Kategorien und Begriffen zuzuordnen. Sandler (1987) wurde zum Retter in der Not und entfaltete hierbei seine Begabung für Begriffsklärung. In der Konfrontation mit klinischen Phänomenen prägte er auch neue Begriffe, die er mit diplomatischem Geschick in der Berufsgemeinschaft einbrachte.

Nach ihrer Kritik an Luborskys angeblich mangelhafter Berücksichtigung des umfassenden Übertragungsbegriffs und ihres vergeblichen Versuchs, am Hampstead-Index abstrakte Konzeptforschung zu demonstrieren, erwähnt Dreher die am Sigmund-Freud-Institut unter Sandler's Leitung durchgeführte Traumaforschung (Dreher et al. 1987; Dreher u. Drews [1991]). Das Ergebnis dieser Untersuchung war zu erwarten: Psychoanalytiker gehen höchst subjektiv auch mit diesem Begriff um. Dreher müsste also zu dem Ergebnis kommen, dass eine Konzeptforschung ohne Gegenstandsbezug ein Unding ist. Auch reine Konzeptforscher denken an Subjekte als Objekte.

Bier 10.5.08 0:00

**Kommentar:** Bitte beide Literaturangaben ergänzen.



### 1.3 Gruppenstatistik versus Einzelfall

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

Es wurde die Ansicht vertreten, dass Einzelfallstudien für klinische Forschung nicht verwendbar seien. Bellak und Chassan (1964) beschreiben das so:

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

Vorwiegend praktische Gründe führten jedoch zu einer Wiederentdeckung der Einzelfallmethodik, in deren Folge sich auch die theoretische und statistische Neubewertung abzeichnete (Bortz u. Döring 1995, S. 289—299).

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

Das Risiko erster Art,  $\alpha$ , das vom Forscher willkürlich festgelegt wird und das die Signifikanz eines Ergebnisses direkt determiniert, gibt die Wahrscheinlichkeit dafür an, dass die Alternativ-Hypothese akzeptiert wird, obwohl die Null-Hypothese richtig ist. Dabei besagt die Null-Hypothese, dass das Ergebnis zufälliger Natur ist; die Alternativ-Hypothese behauptet, dass das Ergebnis nicht zufällig, sondern bedeutungsvoll (= signifikant) ist. Daneben gibt es noch ein Risiko zweiter Art,  $\beta$ , welches die Wahrscheinlichkeit dafür angibt, dass die Null-Hypothese akzeptiert wird, obwohl die Alternativ-Hypothese richtig ist. Dieses Risiko  $\beta$  ist - bei gleichem Risiko  $\alpha$  - in großen Stichproben kleiner als in kleinen.

Bei der Arbeit mit kleinen inhomogenen Stichproben kann es also vorkommen, dass im Material vorhandene bedeutsame Unterschiede aufgrund des hohen Risikos zweiter Art nicht nachgewiesen werden können, d.h., dass das Ergebnis zwar sinnvoll interpretierbar wäre, aber

statistisch nicht signifikant ist. Auch die methodisch streng untersagte Abhängigkeit der Beobachtungen voneinander, die jedoch in der klinischen Forschung fast die Regel ist, kann sich statistisch zuungunsten des Untersuchers auswirken. So ist z.B. die angenommene Unabhängigkeit der Beobachtungen von Patienten, die auf der gleichen Station liegen, durch die Kontakte der Patienten untereinander nicht gewährleistet.

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

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

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

Modelltheoretisch kann die Einzelfallstudie als "intensives Modell" bezeichnet werden, dem die einmalige Messung an einer größeren Stichprobe als "extensives Modell" gegenübergestellt wird (Chassan 1979). Voraussetzung für die sinnvolle Untersuchung eines Einzelfalles ist, dass das untersuchte Merkmal innerhalb des Patienten über die Zeit hinweg variabel ist. Die Beobachtung der Variablen erfolgt unter verschiedenen Bedingungen. Die Randbedingungen, wie z.B. Alter, Geschlecht, Persönlichkeit und Vorerfahrungen des Patienten, bleiben relativ gleich und sind daher viel besser kontrolliert, als es bei einer größeren Stichprobe je möglich wäre (Martini 1953). Andererseits sind die Randbedingungen dem Forscher durch seine intensive Beschäftigung mit dem Fall sehr gut bekannt, und er kann sie in seine Untersuchung einbeziehen, wenn ihm dies sinnvoll erscheint. Als besonders positiv stellt Chassan (1979) die Möglichkeit heraus, die Einzelfallstudie dynamisch gestalten zu können, das Design im Verlauf der Untersuchung verändern, Nebeneffekte berücksichtigen und weitere Fragestellungen einführen zu können, was bei einer größeren Stichprobe nur mit erheblichem Aufwand möglich ist. Die Einzelfallstudie ermöglicht eine Aussage über die untersuchte Variable bei dem untersuchten Patienten. Bei der Untersuchung einer größeren Stichprobe dagegen lässt sich - selbst bei Vorliegen eines signifikanten Ergebnisses - nichts über den Beitrag des einzelnen Patienten zu diesem Ergebnis, nichts über die Veränderung der untersuch-

ten Variablen bei diesem Patienten sagen, was für den klinischen Forscher, der sich von seiner Untersuchung auch Hinweise für eine bessere Behandlung des Patienten erwartet, ein schwerwiegender Nachteil ist (Petermann u. Hehl 1979).

Dies scheint die wichtigste Einschränkung der „single-case-study“ zu sein. In den modernen empirischen Wissenschaften besteht die Forderung, dass Generalisationen zwischen Fällen auf größeren Stichproben beruhen müssen. Zwar sind Aussagen über die Gesamtpopulation immer nur auf relativ kleine Stichproben gegründet, doch gehen in diese Informationen über die interindividuellen Unterschiede ein, was bei der Einzelfallstudie nicht der Fall ist. Deshalb ist die Generalisierbarkeit von Ergebnissen solcher Studien prinzipiell beschränkt.

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

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

#### 1.4 Statistische Inferenz bei den Einzelfallstudien.

Schwerpunkt etlicher methodischer Diskussionen zur Einzelfallstudienproblematik betrifft die Frage, ob es zulässig ist, von „einem Fall“ oder von „N=1“ auf die für eine ganze Popu-

lation gültigen Erkenntnisse zu schließen. Zu bemerken ist, dass die Ziele einer mathematisch-statistischen Analyse hier wesentlich bescheidener ausfallen, und dass der Begriff „Fall“ im klinischen und im statistischen Kontext eine durchaus andere Bedeutung annimmt. In einer psychotherapeutischen Einzelfallstudie wird oft mit einer Stichprobe von mehreren Therapiesitzungen gearbeitet, die als beobachtete statistische Fälle zu betrachten sind. Durch die zeitliche Reihenfolge der Sitzungen geht in die statistische Stichprobe auch die „befürchtete“ Abhängigkeit der beobachteten Fälle ein. Die Variable „Zeit“, operationalisiert z.B. als Datum oder Sitzungsnummer, bietet gleichzeitig die Chance, diese Abhängigkeit statistisch zu kontrollieren. Die „Population“, auf die mithilfe statistischer Techniken zurück geschlossen wird, wird durch die Gesamtmenge aller Sitzungen der untersuchten Person (des klinischen Falles) in der gegebenen Therapie oder Therapiephase gebildet. Der  $\alpha$ -Fehler der angewandten statistischen Tests informiert uns über die Sicherheit, mit der die Rückschlüsse gezogen werden können. Die Grundgesamtheit wird also durch die untersuchte Person, ggf. durch das untersuchte Patient-Therapeut-Paar, selbst gebildet.

Selbst in dem Fall, in dem alle Sitzungen einer Therapie untersucht werden, gewinnt die Betrachtung des  $\alpha$ -Fehlers einen anderen Sinn. Für einen menschlichen Betrachter ist es in der Regel schwer, das Gesetzmäßige von dem Zufälligen zu unterscheiden. Bei dieser Unterscheidung können die statistischen Methoden eine wertvolle Hilfe leisten; der  $\alpha$ -Fehler kann dabei anstatt einer „Signifikanz“ eher als eine „Relevanz“ eines Befundes aufgefasst werden.

Bei einem Teil der statistisch gesicherten Ergebnisse einer Einzelfallstudie lässt sich die Frage nach ihrer Übertragbarkeit auf andere klinische Fälle stellen. Diese prinzipiell mögliche und wünschenswerte Verallgemeinerung ist allerdings nicht mehr mathematisch-statistischer Natur. Das on-dit, dass Freuds Aufzeichnungen seiner eigene Träume zur Basis der Psychoanalyse wurden, ist zu einem legendären Beispiel im dem angesehenen Lehrbuch der Forschungsmethoden für Sozialwissenschaftler von Bortz u. Döring (1995, S. 299) geworden.

Bortz und Döring (1995) denken über den Geltungsbereich der Befunde aus einer Einzelfallstudie nach:

„In einer Einzelfallstudie wird eine einzelne Untersuchungseinheit ... genau erforscht und beschrieben, wobei Beobachtungsmethoden häufig eine zentrale Rolle spielen. Die qualitative Einzelfallbeobachtung hilft dabei, Fragestellungen über individuelle Prozesse und Verläufe zu beantworten. So ist es etwa im klinischen Bereich sehr wichtig, die Entwicklung eines

Patienten während der Psychotherapie genau zu beobachten, um daraus Rückschlüsse über den Erfolg der Intervention zu ziehen.“ (Bortz u. Döring 1995, S. 298).

Nach wie vor ist die oben erwähnte Unterscheidung von Chassan aktuell:

„Im Unterschied zu breit angelegten Stichprobenuntersuchungen, die tendenziell viele Objekte ausschnitthaft betrachten (*extensive Forschung*), wird in der Einzelfallstudie die Komplexität eines Falles möglichst umfassend und detailliert erfasst (*intensive Forschung*)“ (Chassan 1979, S. 298).

Sie räumen der Generalisierbarkeit der einzelfall-analytisch gewonnen Befunde spezifische Chancen im Felde der Humanwissenschaften ein:

„Einzelfallstudien zeichnen sich gegenüber Stichprobenuntersuchungen mit vielen Untersuchungsteilnehmern durch eine bessere Überschaubarkeit des Untersuchungsfeldes und damit durch eine bessere Kontrollierbarkeit potentieller Störvariablen aus; sie eignen sich besonders zur Erkundung psychologischer, medizinischer, pädagogischer ö.ä. Hypothesen“ (Chassan 19979, S. 542).

Der fallspezifische und nicht übertragbare Teil der Befunde besitzt eine komplementäre Bedeutung. Die gruppenorientierte Forschung fokussiert nämlich auf die Eigenschaften, die den meisten Individuen der untersuchten Population gemeinsam sind. Die für einen Menschen einzigartigen Phänomene, die seine Individualität konstituieren, fallen dabei z.B. mit den schlichten Beobachtungsfehlern in einen gemeinsamen Korb, der eine Bezeichnung „die nicht-erklärte Fehlervarianz“ trägt. Da dies für alle Teilnehmer des untersuchten Kollektives gilt, wird in der Perspektive gruppenorientierter Studien das Individuelle systematisch vernachlässigt. Diese Dimension des Einzigartigen und Individuellen zu erforschen und zu würdigen ist eine Aufgabe, für die sich eine Einzelfallstudie besonders eignet.

### 1.5 Die zeitgenössische Junktim-Version

Die wissenschaftliche Erforschung des Einzelfalles stellt u. E. die zeitgemäße Version der Junktimbehauptung dar. In diesem Sinne stellt die von Freud geforderte „wohlthätige Wirkung“, also der therapeutische Erfolg, ein pragmatisches Wahrheitskriterium dar (s.u. Abschn. 2.1). Sie verlangt vom Kliniker, dass er seine Hypothesen über Struktur und Psychodynamik präzisiert und sich selbstkritisch auf die Suche nach Kriterien macht, die diese bestätigen oder widerlegen. Auf dieser Grundlage kann psychoanalytische Therapiefor schung stattfinden.

Die Möglichkeit der formalisierten Auswertung überwindet die heuristische, hypothesenbildende Funktion der klinischen Einzelfallstudie und gewinnt dem Junktimgedanken eine neue

Seite ab. In diesem Sinne hält es Eagle für eine Paradoxie, "dass psychoanalytische Autoren klinische Daten für nahezu jeden Zweck zu verwenden suchen, außer dem einen, für den sie am besten geeignet sind - der Bewertung und dem Verständnis der Veränderung durch Therapie" (Eagle 1988, S. 209).

Ein Musterbeispiel für dieses Verfahren hat die Forschungsgruppe von Weiss und Sampson von der Mount Zion Medical Center in San Francisco geliefert, die zwei konkurrierende Theorien zur Abwehranalyse an einem Einzelfall geprüft haben (Weiss u. Sampson. 1986; Neudert et al. 1990).

Die Entscheidung, ob die an diesem Einzelfall gewonnenen Hypothesen an größeren Gruppen überprüft werden müssen, hängt vom Anspruchsniveau der untersuchten Behauptung im Rahmen der psychoanalytischen Theorie ab. In einer Reihe von weiteren Studien hat diese Gruppe das an einem psychoanalytischen Langstreckenfall erarbeitete Konzept der Control-Mastery Theorie mit der Plananalyse an kürzeren Therapien im Hinblick auf die Generalisierbarkeit geprüft (Silberschatz et al. 1991; s.a. Abschn. 5.7).

Diese Untersuchung nutzte den ersten Musterfall der US-Psychoanalyse, die von Hartvig Dahl (New York) aufgezeichnete psychoanalytische Behandlung von Mrs C., die in den folgenden Jahren allerdings nur von Forschern, die mit Dahl kooperierten, analysiert werden konnte (Bucci, 1988, 1997; Dahl u. Teller 1993; Horowitz, 1977; Spence et al. 1993, 1994; Jones u. Windholz, 1990). Mit der Veröffentlichung der „specimen hour“ des Autors „Anonymous“ (1988) wurde erstmals die Bezeichnung ‚Musterstunde‘ eines Musterfalles von Dahl, dem (damals noch anonym bleibenden) Analytiker und Forscher eingeführt.

Ein weiteres Beispiel für diesen einzelfallanalytischen Ansatz, der relativ nah am klinischen Alltag arbeitet, hat - nicht überraschend - die Penn Study Gruppe um Luborsky geliefert, da dieser schon 1953 durch seine Zusammenarbeit mit Cattell die Einführung der P-Faktorenanalyse für die Therapieforschung propagierte (Luborsky 1953, 1995):

Am psychoanalytischen Institut in Philadelphia wurde eine Arbeitsgruppe etabliert, die sich besonders mit der klinik-nahen und doch systematischen Erfassung des Übertragungskonzeptes beschäftigte. Für vier Psychoanalysen wurden von den Therapeuten Sitzungsfragebögen ausgefüllt, die den Analytiker als Experten seiner eigenen Tätigkeit zu Stellungnahmen anhielt, wie er sie in seinem schriftlichen Stundenbericht auch würde festhalten wollen. Die statistische Integration der täglichen Angaben zu größeren Zeiträumen zeigte deutlich, dass in den beiden günstig verlaufenden Analysen die Übertragungsintensität gegen

Ende deutlich abnahm; in den beiden ungünstig verlaufenden Fällen war dies nicht der Fall (Graff u. Luborsky 1977).

Kenntnisreiche und insbesondere methodisch qualifizierte Übersichten zur Methodologie der Einzelfall-Forschung finden sich bei Hilliard (1993) und Fonagy u. Moran (1993). Die Zweitgenannten haben ebenfalls eine mustergültige Anwendung der Einzelfall-Methodik zur psychoanalytischen Behandlung des juvenilen Diabetes veröffentlicht (Moran u. Fonagy 1987). Neuere zwar aufwendige, aber differenzierend reichhaltige

Untersuchungsmöglichkeiten ergeben sich dort, wo zeitreihen-analytische Verfahren eingesetzt werden können (Brähler et al. 1994; Brosig et al. 1997).

#### 1.6 Das 'Für und wider' der Tonbandaufzeichnung

Zwar ist es ein Vorteil für klinische Diskussionen, wenn ein Analytiker nachträglich detaillierte Auskünfte über seine Fühlen und Denken während der Sitzung gibt und dies in seinem schriftlichen Protokoll auch entsprechend vermerkt; denn dies erlaubt anderen Kollegen dann auch die Möglichkeit alternative Sichtweisen zu entwickeln. Allerdings wurde die systematische Schwäche solcher Berichte wiederholte Male vermerkt, wie dies in der sog. Pulver-Studie (1987) und auch in den modifizierten Replikationen von Fosshage (1990) und Streeck (1994) aufzeigen.

Die Schwächen von Studien, die sich auf nicht-formalisierte Behandlungsprotokolle stützen, sind inzwischen hinlänglich bekannt. Wie Spence (1986) aufführt, werden analytische Narrative oft auf Grund verdeckter psychodynamischer Annahmen beschrieben. Zudem ist es sehr oft fast unmöglich, den Beitrag des Analytikers herauszudestillieren; meist werden auch nur wenige Interpretationen selektiv mitgeteilt. Es ist nicht möglich, festzustellen was weggelassen oder verändert wiedergegeben wurde. Für wissenschaftliche Untersuchungen ist es nicht ausreichend, sich auf das Gedächtnis des Analytikers allein zu verlassen - ein Gesichtspunkt, der besonders Analytikern unmittelbar einsichtig sein sollte.

In einem von Meyer mit uns durchgeführten Projekt zum „Liegrückblick“ des Analytikers, dem Rückblick auf eine Sitzung (Kächele 1985), entstand wohl nicht zufällig der Ausdruck „Lügrückblick“ (Meyer 1988).

Deshalb wurde durch die Einführung von Tonbandaufzeichnungen in die psychoanalytische Situation ein neues Forschungsparadigma geschaffen (Meyer 1962a,b; Gill et al. 1968). Ganz in Vergessenheit geraten ist das Projekt von Alexander, der 1961, zwei Jahre vor seinem Tod, mit finanzieller Unterstützung durch die Ford Foundation eine Forschungsgruppe etablieren konnte, die 100 Sitzungen einer von ihm durchgeführten und tonband-aufgezeichneten zweistündigen Psychotherapie untersuchten. Unstimmigkeiten in der Gruppe mit dem Initiator, der

offensichtlich kritische Sichtweisen zu seiner Technik nicht verkraften konnte, und dessen Tod führte zu dem Ende des Projektes, das erst 1994 zusammenfassend dargestellt wurde (Eisenstein et al 1994).

Dieses Mittel ist in der 'scientific community' forschungs-orientierter Psychoanalytiker kein kontroverses Thema mehr (Thomä u. Kächele 1988 S. 26ff). Hingegen lehrt die IPV offiziell Tonbandaufnahmen nach wie vor ab (s. Thomä u. Kächele Band 2, S. 30. Selbstverständlich muss man Colby und Stoller (1988, S. 42) zustimmen, dass ein Transkript kein "Bericht darüber ist, was wirklich geschah", sondern nur "ein Bericht davon, was aufgezeichnet wurde". Unsere Antwort auf die warnende Einschränkung konnte nur sein, herauszufinden, welches Bild des "wahren" psychoanalytischen Prozesses sich auf der Basis von Transkripten rekonstruieren lässt. Der hauptsächlichste Fortschritt, den dieses Werkzeug bringt, ist, dass es unabhängigen Beobachtern - seien sie Analytiker oder Wissenschaftler andere Disziplinen - erlaubt, eigenständige Feststellungen über das Geschehen im Behandlungsraum zu machen. Dadurch können eine Vielzahl sozialwissenschaftlicher Methoden für das Studium des psychoanalytischen Prozesses herangezogen werden.

#### 1.7 Theorie-Prüfung

Jenseits des grundlegenden Zieles unserer Forschungsarbeit, einen eigenständigen Zugang zum in-vivo Material von psychoanalytischen Behandlungen zu generieren, galt unser Ziel der Aufgabe, Aspekte der klinisch-psychoanalytischen Theorie zu überprüfen. Um herauszufinden, was Psychoanalytiker tun, erscheint es nicht ausreichend, sich auf die persönlichen Konzepte und angebliche Verwendung dieser Konzepte zu verlassen (Sandler 1983, 1991). Konzeptforschung bedarf zwar eines gründlichen Nachdenkens auch über die Begriffsgeschichte, kann sich aber nicht auf <arm-chair-theorizing> beschränken. Wie Analytiker ihr Denken in der therapeutischen Situation transformieren, muss untersucht werden. Es muss eine systematische Beschreibung dessen geliefert werden, was Analytiker sagen und welche Rolle Patienten in diesem Dialog spielen. Hierfür liefern Tonbandaufzeichnungen eine ausreichend gute Basis; noch aufwendigere Aufzeichnungsmöglichkeiten sind gewiss denkbar, aber für solche Fragen nicht zwingend erforderlich.

Video-Aufzeichnungen, wie sie ausgiebig von Krause (1988; 1989) für Face-to-face Therapie benutzt werden, haben für Liegend-Analysen noch nicht überzeugt. Der Grund liegt in der geringen mimischen Aktivität im Gesicht des liegenden Patienten ( mündl. Mitteilung F. Pfäfflin).



Als Forscher mussten wir uns mit vielfältigen erkenntnistheoretischen und methodologischen Fragen im Hinblick auf extra- oder intraklinische Testung von klinischen Hypothesen beschäftigen (Thomä u. Kächele 1973; s. Kap. 2 in diesem Band). Trotz aller Schwierigkeiten haben wir uns überzeugt, dass viele der charakteristische Konzepte und Theorien der klinischen Psychoanalyse sich auf Bereiche beziehen, die letztendlich auch in sprachlichen Manifestationen münden. Obwohl unbewusste Prozesse sehr wohl auch in experimentellen Anordnungen untersucht werden können und vielfältigst untersucht wurden (Kächele et al. 1991), waren wir auf ökologische Validität bedacht, indem wir natürliches, nicht-experimentelles Material psychoanalytischer Sitzungen untersucht haben. Denn im Laufe von Behandlungen werden die Daten produziert, die klinischen Annahmen bestätigen oder widerlegen können (Hanly 1992). Deshalb beschlossen wir angemessen aufgezeichnete psychoanalytische Behandlungen zu untersuchen.

### 1.8 Prozess Modelle

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

Im ersten Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä u. Kächele 1985, Abschn. 9.3)) haben wir einige gängige Prozess Modelle dargestellt als auch unser eigenes Prozess Modell skizziert, welches auf dem "Fokus Konzept" basiert (Thomä u. Kächele 1985, Abschn. 9.4). Unter einem Fokus verstehen wir das jeweils zentrale, interaktionell geschaffene Thema der therapeutischen Arbeit, welches aus dem Material des Patienten und dem Verständnis des Analytikers resultiert. Da die einzelnen Brennpunkte durch einen zentralen Konflikt miteinander verbunden bleiben, kann dieses Prozessmodell sowohl für kürzere als auch längere Behandlungen verwendet werden. Darüber hinaus ist es kompatibel mit verschiedenen theoretischen Konzeptionen. Deshalb zogen wir folgendes Fazit: "Wir konzeptualisieren von daher die psychoanalytische Therapie als eine *fortgesetzte, zeitlich nicht befristete Fokaltherapie mit wechselndem Fokus* (1985, S. 359).

Dieses Konzept des Ulmer Prozess Modells über den Verlauf einer psychoanalytischen Behandlung war das Ergebnis unserer eingehenden Konfrontation mit dem sich entwickelnden Feld systematischer Therapieforschung (Luborsky u. Spence 1971; 1978). Sehr bestimmt erkannten wir, dass psychoanalytische Prozessforschung sich über eine subjektivistische Position hinwegsetzen muss, in der alle theoretischen Positionen als in ihrer therapeutischen Potenz als gleichwertig betrachtet wurden. Wir sehen nicht, dass Pulvers Schlussfolgerung (1987, S. 289) empirisch gerechtfertigt werden kann. Die klinische Psychoanalyse muss sich von einem narrativen Selbst-Missverständnis – um das Habermas-Verdikt von Freud scientistischen Selbstmissverständnis zeitgemäß zu paraphrasieren – befreien, um zu einer Wissenschaft werden, die den therapeutischen Mutterboden mit angemessenen, empirischen Methoden beackert (Meyer 1990).

Was sie braucht, sind deskriptive Untersuchungen der therapeutischen Interaktion und natürlich auch Untersuchungen der inneren Vorgänge im Analytiker (König 1993, 1996) und im Patient; speziell der Internalisierung, wie sie der Interession-Questionnaire (Orlinsky 1990; Arnold et al. 2004) erfasst. Grundlegend sind dazu Studien, wie unbewusste Phantasien non-verbal und verbal ausgedrückt werden (Krause et al. 1992). Es dürfte offensichtlich sein, dass wir die Notwendigkeit gründlicher und verlässlicher Beschreibung als Basis für theoretische Generalisierung und als Voraussetzung ätiologischer Rekonstruktion ansehen.

In der Klärung der interaktiven Fundierung des Behandlungsverlaufes geht es nicht nur darum, dass wir verschieden auf das gleiche Material reagieren, sondern es geht darum, dass Analytiker persönlich durch das Material des Patienten berührt werden. In klinischen Termini ausgedrückt stellen wir oft fest, dass die Gegenübertragung der Übertragung vorausgeht. In der Sprache der Forschung würde man sagen, dass die kognitiven und affektiven Konzeptionen des Analytikers den semantischen Raum bereitstellen, den der Patient nutzen kann. Den faktischen Grad dieser Involvierung stellt man erst durch Tonbandaufzeichnungen fest. Es ist erstaunlich, wie viele Probleme ein Analytiker bewältigen muss, wenn er das Transkript einer Sitzung einem Kollegen aushändigen soll. Denn ein solches Transkript "verrät" zu leicht, was der Selbstbeurteilung entgangen ist; es zeigt allzu oft die signifikante Diskrepanz zwischen dem eigenen professionellen Ideal und der alltägliche Routineperformance (Kubie 1958; Fonagy 2005).

Dahl et al. (1978) konnten zeigen, dass ein selektiver Faktor in der Wahrnehmung eines Psychoanalytiker wirksam ist. Die Forderung nach gleich schwebender Aufmerksamkeit kann unbewusste Rollenerwartungen im Sinne von Sandler (1976) fördern. Diese verschiedenen

Hinweise auf Probleme der Urteils- und Evidenzbildung belegen die bipersonale Fundierung der analytischen Situation, bei der Realbeziehung und Übertragung nicht entlang einer sicheren Grenze von real versus phantasiert differenziert werden können; stattdessen müssen sie als Konstruktionen im sozialen Raum verstanden werden (Gergen 1985; Gill 1997).

Aus diesen Gründen werden in der Übertragungsneurose inner-seelische Konflikte zumindest teilweise in der Interaktion ausgetragen; die Art und Weise wie diese sich entwickelt, ist deshalb eine Funktion des dyadischen Prozesses. Seine Form ist einzigartig für jede therapeutische Dyade, was jeder psychoanalytischen Behandlung den Status einer singulären Geschichte verleiht. Trotzdem blenden viele Prozess-Modelle diese historische Einzigartigkeit aus.

Die Reichweite des Denkens lässt sich an Freuds Modell des Behandlungsprozesses illustrieren. Sein Vergleich mit dem Schachspiel, insbesondere was die Eröffnungsphase anbetrifft, bringt Regeln ins Spiel, die den potenziellen Gang des Geschehens konstituieren und die unabhängig von je besonderen Umständen existieren. Immerhin, Schach wird auf der ganzen Welt nach den gleichen Regeln gespielt. Darüber hinaus gibt es Strategien und Taktiken, die in verschiedenen Spielphasen nützlich sein können, so in der Eröffnungs- oder in der Endphase des Spiels. Sie differieren entsprechend der individuellen Technik jedes Spielers und sie werden interaktiv in der dyadischen Situation reguliert, in dem die Spieler die angenommenen Stärken und Schwächen des Gegners in Rechnung stellen.

Übertragen auf die Psychoanalyse lässt sich sagen, dass diese so etwas Ähnliches vorlegt wie ein fixiertes Set von Regeln, die sich von konkreten Situationen ablösen lassen? Im Schach ist es leicht, zwischen Zügen, die gegen die Regel sind und Zügen die regel-konform sind, zu unterscheiden; in der Psychoanalyse sind solche Unterscheidungen schwierig (Thomä u. Kächele 1985, S. 222). Viele Psychoanalytiker glauben noch immer, dass die psychoanalytische Situation diesen Status aufweist, der isoliert von konkreten Zwecken bestimmt werden kann. Eine solche Konzeption des Modells der psychoanalytischen Behandlung könnte durch Freuds Feststellung über die Unabhängigkeit der Übertragungsneurose vom Analytiker gefördert worden sein:

„Er leitet einen Prozess ein, den der Auflösung der bestehenden Verdrängungen, er kann ihn überwachen, fördern, Hindernisse aus dem Weg räumen, gewiss auch viel an ihm verderben. Im Ganzen aber geht der einmal eingeleitete Prozess seinen eigenen Weg und lässt sich weder seine Richtung noch die Reihenfolge der Punkte, die er angreift, vorschreiben“ (Freud 1913c, S. 463).

In unserer Lesart enthält diese Feststellung viele Mehrdeutigkeiten. In der Tat hoffte Freud mit den technischen Regeln so nah wie möglich an ein experimentelles Ideal zu kommen.

Obwohl dies viele Analytiker zu verhindern suchten, ist eine solche Interaktion unvermeidlich (de Swaan 1980). Heute ist deutlich, dass Freuds Idee vergeblich war. Es war und ist niemals möglich, eine soziale Null-Situation zu produzieren, obwohl es für lange Zeit eine zentrale utopische Phantasie der Psychoanalytiker bildete.

Wir können ebenso wenig mit der oft gehörten Annahme arbeiten, dass im Allgemeinen jeder Behandlungsprozess in Phasen verläuft, die in der Form eines linearen Durcharbeitens - von früh nach spät - verläuft, wie dies Fürstenau's (1977) Prozess Modell impliziert. Statt einer naturwüchsig gedachten Linearität konzipieren wir die Sequenz der Foci als Resultat eines Aushandelungsprozesses zwischen den Bedürfnissen bzw. Wünschen des Patienten und die Möglichkeiten des Analytiker nach dem Motto: was geht wann zu welcher Zeit mit welchem Analytiker.

#### Fazit

Psychoanalytische Therapieforschung ist nach wie vor ein Stiefkind; die Zahl derer, die sich damit ernsthaft beschäftigen, ist nicht groß. Sie ist gebunden an wissenschaftliche Einrichtungen, denn nur dort ist die Infrastruktur für die Durchführung möglich. Ihre Schwerpunkte liegen heute sowohl in der umfassend angelegten vergleichenden Evaluierung psychoanalytischer Therapieformen, wie auch in der mikroprozessualen Analyse der zentralen Therapiekonzepte psychoanalytischen Handelns. Eine stringente Abgrenzung von eigentlicher Psychoanalyse und anderen davon abgeleiteten psychoanalytischen Therapieverfahren ist empirisch bislang nicht gelungen. Die bestehende Varianz innerhalb dessen, was international als psychoanalytisch firmiert, multipliziert mit der sehr großen Variabilität des person-gebundenen psychoanalytischen Operierens, sorgt für eine Vielfalt, die sich durch die Bildung von strengen Klassen nur künstlich aufteilen lässt, wie am OPEN DOOR REVIEW des Research Committees der IPV deutlich wird (Fonagy et al. 2002a). Es dürfte hilfreicher sein, wesentliche Dimensionen psychoanalytisch-therapeutischen Handelns zu identifizieren und jeweils für und mit dem Patienten herausfinden, welche Mischung und welche Dosis für ihn förderlich sind. Der einzelne Psychoanalytiker ist mehr denn je aufgerufen, durch sorgfältige, methodologisch anspruchsvolle Fallstudien dazu beizutragen, dass sein Handeln als begründet dargestellt werden kann. Da heutzutage der ‚common ground‘ nach Gabbard (1995) in Abertausenden von Gegenübertragungen besteht, ist zu fordern, dass die höchst subjektiven Selbstwahrnehmungen wenigstens als Voraussetzungen des therapeutischen Handelns dargestellt werden. Kritische Kliniker sind dann auf dem Wege ihren Beitrag zur Objektivierung der psychoanalytischen Therapie zu leisten. Freuds Sorge die Therapie könne die Wissenschaft

erschlagen, wird dann hinfällig; dann kann jeder einzelne Fall zur Vermehrung des psychoanalytischen Wissens beitragen.