

Kapitel 1

Stadien der psychoanalytischen Therapieforschung

Eine Lieblingsfigur, a figure of speech, une façon de parler, der psychoanalytischen ‚scientific community‘, war und ist die Rede von dem „psychoanalytischen Prozess“¹. In vielen Veröffentlichungen, in Entscheidungen über den Abschluss der Ausbildung, oder über die Aufnahme in eine psychoanalytische Vereinigung, taucht diese rhetorische Figur auf.

Dabei weiß niemand so genau, was das ist, ein psychoanalytischer Prozess. Freuds diesbezügliche Feststellung im Hinblick auf die Mitwirkung des Analytikers bei der Implementierung eines analytischen Prozesses lautete:

„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).

Hier scheint Freud die Auflösung der Verdrängungen als einen weitgehend autonomen Vorgang, der Entwicklung einer Pflanze ähnlich, im Auge zu haben. Diese Aussage kontrastiert mit Freuds Vergleich der Technik der analytischen Behandlung mit dem Schachspiel. In der Eröffnungsphase des Schachs konstituieren festgelegte Regeln den potenziellen Gang des Geschehens. Diese existieren unabhängig von den je besonderen Umständen. 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 also sagen, dass es dort so etwas Ähnliches vorliegt wie ein fixiertes Set von Regeln, die sich von konkreten Situatio-

¹ Ähnliches ließe sich vom Begriff der „strukturellen Veränderung“ sagen, wie Sandell (2005) ausführt: „Nowadays, the concept of mental structural change has become what Weinshel (1990) has called a psychoanalytical shibboleth, a slogan, a rhetoric to distinguish psychoanalytic change from the—presumably less genuine—forms of change in other kinds of mental treatments. But Weinshel argues (1990, p. 636): “We should at least consider that our long-held claim that ‘structural change’ is the sacrosanct province of psychoanalysis may be a somewhat solipsistic one” (S. 269).

nen 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, wie Thomä u. Kächele schon 1985 (S. 222) ausgeführt haben. Viele Psychoanalytiker halten daran fest, dass die psychoanalytische Situation diesen Status aufweist, der isoliert von konkreten Zwecken bestimmt werden kann.

So scheint es nahe liegend, nicht einen analytischen Prozess, sondern eine Vielzahl von Prozessen ins Auge zu fassen, die auf unterschiedlichen Ebenen lokalisiert werden können. Es liegen Veränderungsprozesse vor, die sich im bewussten Erleben und auch im nicht-bewussten Verhalten des Patienten abspielen; gleiches dürfte vom Analytiker gelten². Darüber hinaus sind Veränderungen des Interaktionsprozesses selbst davon abzugrenzen.

Historisch ist zu belegen, dass die Suche nach dem ‚wahren‘ psychoanalytischen Prozess erst nach dem 2. Weltkrieg durch Alexanders u. Frenchs (1946) heftig umstrittenen Ab- und Aufweichungen von Grundprinzipien psychoanalytischer Therapie ausgelöst wurden. Die nachfolgende Kritik an deren technischen Modifikationen wurde bald grundsätzlich und kulminierte in der Erfindung der psychoanalytischen Idealtechnik durch Eissler (1953). Gills (1954) apostolische Grenzziehung bekräftigte die Unterscheidung, die, bis zu seinem eigenen Widerruf (Gill 1984), wahrer (psychoanalysis proper) von nicht wahrer Psychoanalyse (dynamic psychotherapy) zu scheiden wusste.

Empirische Ansätze, psychoanalytisches Operieren von psychodynamischem zu unterscheiden, sind inzwischen zu einem Politikum geworden:

„At a 1996 meeting of the House of Delegates of the IPA, the issue of the appropriate database for defining analytic process was debated with the „Committee on Psychoanalytic Specificity“. The question was: "What is specific about the nature and consequences of analytic process?" In spite of wide theoretical divergences the group agreed fairly readily on a broad outline“ (Freedman et al. 2003, S. 207).

Die Mitglieder dieses Komitees waren sich einig, dass Übertragung, Übertragungsregression, Deutung, die Anerkennung des Symbolischen, und der sachkundige Gebrauch von Gegenübertragung zu den definitorischen Merkmalen eines psychoanalytischen Prozesses gehören. Allerdings bestanden in der Arbeitsgruppe er-

² Bucci (2007) führt dies folgendermassen aus: „The nature of experiential domain in psychoanalysis is, however, considerably more complex than is represented in the positions of the writers {on the case history, A.d.V.} referred to above; four domains of subjective experience need to be recognized as operating in the psychoanalytic session,“ (S. 620).

hebliche Divergenzen, was die Frage der Validierung dieser Vorgänge auf einer konsensuellen Basis anbetraf. Vor allem psychoanalytische Kliniker betonten, dass nur durch teilnehmende Subjektivität psychoanalytische Erkenntnis zu gewinnen sei; es wurden warnende Beispiele genannt, wo prominente Forscher nur auf der Grundlage von Tonbandaufzeichnungen – ohne Beteiligung des Analytikers – Auswertungen durchgeführt hatten. (Allerdings wurden nicht Ross und Reiter genannt). Die Arbeitsgruppe kam zu folgender Empfehlung:

„What at first seemed to be incompatible views were reshaped into a position statement that included four points: (1) any effort at validation must be rooted in the history of psychoanalytic clinical thought; (2) the evaluation of process should originate in the subjective and intuitive judgment of the engaged and experiencing analyst; (3) evaluation should be corroborated by consultants using the time honored methods of peer review and supervision, and (4) only then would these essentially clinical procedures receive external validity through the study of recorded texts. This ideal prescription was accepted by the house“ (Freedman et al. 2003, S. 207).

Die Autoren, Mitglieder des New Yorker IPTAR-Institutes, notierten schließlich:

„These recommendations were internalized and incorporated into our Institute for Psychoanalytic Training and Research (IPTAR) Research Program. With this in mind, we addressed the question "Can psychoanalytic process be defined empirically?" (S.208).

Nun sind Vorstellungen darüber, was eine psychoanalytische Behandlung ausmacht, 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 (Hamilton 1996). Sandler (1983a, 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)³.

Vaughan u. Roose (1995) unterscheiden zwischen klinischen und wissenschaftlichen Definitionen. Am schon erwähnten Freud-Zitat (1913c) destillieren sie drei Komponenten heraus: a) der p. P. sei äquivalent zu dem Prozess der Veränderung im Patienten, b) dieser habe seine eigene Gesetzmäßigkeit und c) bestünde aus den

³ Sehr witzig und zutreffend haben Vaughan u. Roose (1995) diesen Sachverhalt gekennzeichnet: „educators and clinicians sometimes resort to using as a definition of analytic process, the Supreme Court definition of pornography: ‚I may not be able to define it, but I know when I see it‘ (S. 344).

wohl bekannten Arbeitsmitteln der freien Assoziation, Widerstand, Deutung und dem Vorgang des Durcharbeitens. Nachfolger der Freudschen Sichtweise hätten jeweils ihren Schwerpunkt auf den einen oder anderen Aspekt gelegt. Für Kris (1956a) bezeichnet ein psychoanalytischer Prozess „the motion of progressive development over time in a definite direction“ (S. 37); Greenacre (1968) räumt dem Konzept ein, es beschreibe „at its best, essentially a progression of growth“ (S. 212). Boesky (1990) definiert den psychoanalytischen Prozess in Begriffen der Veränderungen, die im Laufe der Behandlung sichtbar werden als da sind eine Vertrautheit mit der Vorgeschichte, die für das Verständnis der aktuellen Symptome relevant ist, Veränderungen in der Wahrnehmung von Selbst und Anderen und eine wachsende Toleranz für unlustvolle Affekte. Rangell (1981) hin wiederum setzt den psychoanalytischen Prozess mit der therapeutischen Interaktion gleich, während Compton (1990) die Interaktion als das therapeutische Agens setzt, und mit dem therapeutischen Prozess die seelischen Veränderungen meint, die sich beim Patient ereignen. Der Prozess im Analytiker wird allerdings nur selten systematisch konzeptualisiert; stattdessen werden ausgiebig technische Interventionen als Prozesskomponenten thematisiert, sei es die Bearbeitung von Widerständen oder die Deutung der Übertragung. In diesem Sinne ist nach Calef u. Weinshel (1980) der Analytiker der „Wächter des analytischen Prozesses“. Ein ernüchterndes Fazit eines mehrjährigen Diskussionsprozesses⁴ zog Abend (1986): „this lack of accepted definition leads analysts to refer to ‚mysterious factors‘, ‚magical explanations‘ and to invoke a quasi mystical ‚process‘ concept“ (S. 210).

Im ersten Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä u. Kächele 1985 / 3. Auflage 2006a, Abschnitt 9.3) haben wir einige übergeordnete Prozess-Modelle dargestellt als auch unser eigenes Prozess-Modell skizziert, welches auf dem von French (1954) entwickelten "Fokus Konzept" basiert (Thomä u. Kächele 1985, Abschnitt 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 (Abb.1).

⁴ Committee on Psychoanalytic Education der APsA

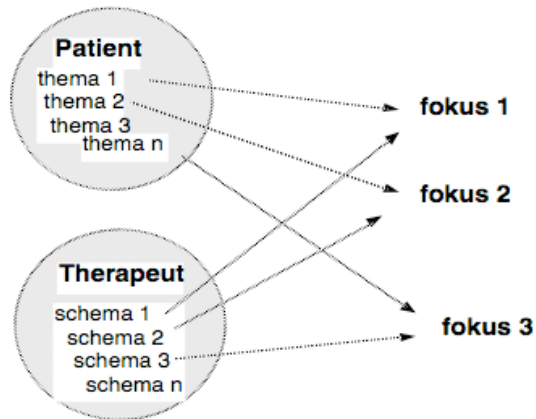


Abb. 1 Das Ulmer Fokus-Modell

Da die einzelnen Brennpunkte durch zentrale Konflikte 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 Fokalthherapie 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 Therapieforchung (Luborsky u. Spence 1971; 1978). M. E. muss sich psychoanalytische Prozessforschung über subjektivistische Positionen, die vom Verständnis des einzelnen Analytikers ausgehen, hinwegsetzen. Die klinische Psychoanalyse muss sich von einem narrativen Selbst-Missverständnis – um das Habermas-Verdikt von Freuds szientistischen Selbst-missverständnis zeitgemäß zu paraphrasieren – befreien, um zu einer Wissenschaft zu werden, die den therapeutischen Mutterboden mit angemessenen, empirischen Methoden bearbeitet (Meyer 1990). Damit stellen wir – das sind die Vertreter einer psychoanalytisch-empirischen Therapieforchung (z.B. Luborsky, Dahl, Bucci, Meyer usw) – „uns“ entschieden gegen die u. a. von Tuckett (1994) emphatisch vorgetragene Auffassung, dass ‚clinical facts in psychoanalysis‘ nur durch die teilnehmende Beobachtung eines Analytikers generiert werden können⁵.

⁵ Diese Auffassung hat er erneut in seiner Diskussion von Michels (2000) Aufsatz zur „Case History“ bekräftigt: „All of this raises the fundamental question of what the data really are in clinical psychoanalysis. Here I think we cannot avoid the proposition that the observing instrument ist he analyst’s sub-

Was die klinische Psychoanalyse braucht, - ohne auf die teilnehmende Beobachtung des Analytikers verzichten zu wollen - braucht sind deskriptive Untersuchungen der therapeutischen Interaktion. Die Notwendigkeit gründlicher und verlässlicher Beschreibung ist als Basis für theoretische Generalisierung anzusehen. Weiterhin notwendig sind dazu Studien, wie unbewusste Phantasien non-verbal und verbal ausgedrückt werden (Krause et al. 1992). Desgleichen sind auch Untersuchungen der inneren Vorgänge im Analytiker (Kächele 1985; König 2000) gefragt und es gilt den innerseelischen Vorgängen im Patienten, die sich auch außerhalb des klinischen Settings abspielen auf die Spur zu kommen; dies richtet sich speziell auf die Internalisierung der therapeutischen Erfahrung, wie sie mit u. a. dem Inter-session-Questionnaire (Orlinsky 1990; Arnold et al. 2004; Zeeck et al. 2004) erfasst werden kann.

Paradigmatisch für die psychoanalytische Therapie ist nach wie vor, dass innerseelische Konflikte des Patienten zumindest teilweise in der Interaktion ausgetragen werden; dies wird als ‚Übertragungsneurose‘ bezeichnet (Mertens 1990, S. 207); die Art und Weise wie diese sich entwickelt, ist eine Funktion des dyadischen analytischen Prozesses. Ihre Form ist einzigartig für jede therapeutische Dyade, was jeder psychoanalytischen Behandlung den Status einer singulären Geschichte verleiht.

Das Ulmer Forschungsprogramm

Seit 1970 wird an der Universität Ulm ein Forschungsprogramm durchgeführt, das in vielfältiger Weise den 'Mutterboden' der Psychoanalyse, die psychoanalytische Situation, untersucht. In diesem, viele Jahre auch von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Programm (Th 170), konnte ich vielfältige methodische Erfahrungen zum Themenkomplex „Psychoanalytische Prozesse“ sammeln, die in der hier vorliegenden Zusammenschau kritisch reflektiert werden. In einem fundamentalen Beitrag über „Wichtige Fragen der psychoanalytischen Prozessforschung“ warfen Wallerstein u. Sampson (1971⁶) das Problem auf, ob es möglich und notwendig sei, formalisierte und systematisierte Untersuchungen des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse durchzuführen:

jectivity and that the context for his subjectivity ist he specific setting of the fifty minutes session“ (Tuckett 2000, S. 406).

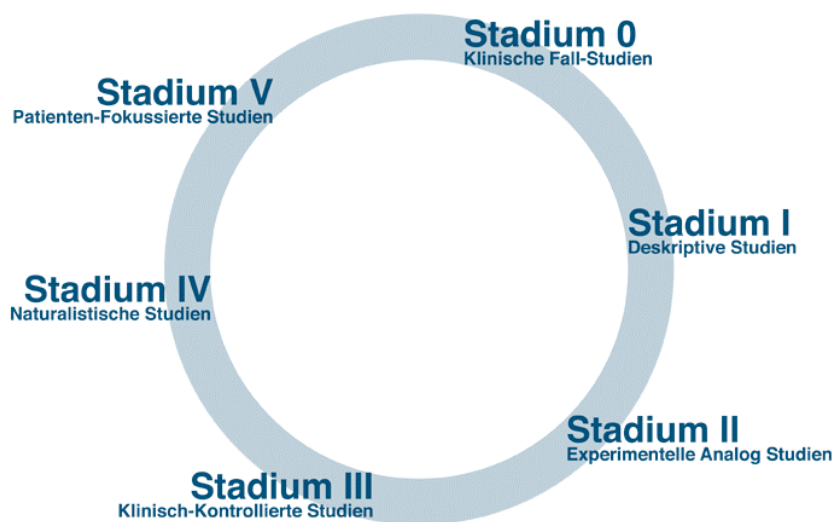
⁶ Dieser wichtige programmatische Aufsatz erschien mit großer Verzögerung auf deutsch in einem Reader, den ich mit herausgeben konnte (de Schill, Lebovici u. Kächele 1997).

"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 müssen systematische Einzelfallstudien einen Schwerpunkt der wissenschaftlichen Durchdringung psychoanalytischer Therapieprozesse bilden.

Eine Orientierung über strategisch unterschiedliche Forschungszugänge soll beitragen, den methodischen Ort von Einzelfallstudien zu bestimmen. Dies wird im folgenden Schaubild erläutert (Abb. 2):

Sechs Stadien der Therapieforschung:



Die Graphik illustriert verschiedene methodische Zugänge, denen unterschiedliche Fragestellungen und Aufgaben zugrunde liegen.

Das **Stadium 0** begreift „Klinische Fallstudien“ als einen Übergang zwischen klinischer Tätigkeit und qualitativ-methodischem Zugang. Nicht nur in der Psychoanalyse, auch in der klinischen Psychologie erlebt die Fallstudien-Methodik in den letzten Dezennien eine Renaissance (Bromley 1986; Wilson 2000). Neue methodologische Ansätze (Jüttemann 1990) und die Neubewertung qualitativer Fragestellungen (Faller u. Frommer 1994; Frommer u. Rennie 2001; Frommer u. Streeck 2003;) haben sowohl die Sozialwissenschaften generell als auch speziell das Feld der Therapieforschung inzwischen nachhaltig verändert. Methodische Überlegungen zur Kombination von qualitativen und quantitativen Methoden haben Konjunktur (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).

Im 2. Kapitel skizziere ich deshalb eine historische Entwicklung, die von Freuds Fallstudien ausgehend eine Fortschreibung dieser exquisit klinischen Bemühungen in die gegenwärtige Therapieforschung zu erfassen sucht.

Klinische Fall-Vignetten beschränken sich meist auf die Beschreibung einzelner exemplarischer Situationen, betonen dabei Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen und selektieren Material, um Leser zu überzeugen. Dies betont u.a. Michels (2000), wenn die intentionale Blickrichtung von *case studies* heraushebt. Die überwiegende Darstellung in Behandlungsberichten zeichnet sich durch die Bezugnahme zu einzelnen psychoanalytischen Konzepten aus; dies kann im besten Falle als Konzeptforschung (Dreher 1998) gewertet werden; eine Durchsicht einiger Jahrgänge des International Journal of Psychoanalysis belegt diese Einschätzung (Leuzinger-Bohleber & Fischmann 2006). Methodologisch ist damit das Problem zu untersuchen, wie ein Kliniker vom subjektiven Erleben (in der psychoanalytischen Sitzung) zum objektivierenden Nachdenken über das Geschehen außerhalb der Behandlungsstunde kommt. Werden solche Fallberichte publiziert, führen sie manchmal zu kollegialen Diskussionen, die dann zu lang anhaltenden, meist fruchtlosen Debatten führen können, wie Boesky (2005) an einer wiederholten Veröffentlichung eines kritischen technischen Vorgehens von Casement (1982, 2000) aufzeigte.

Um klinische Darstellungen – von der Vignette zu umfangreicherer Kasuistik – in den Rang einer Einzelfallforschung erheben zu können, müssen Kriterien der Darstellung, speziell der Materialauswahl explizit gemacht werden (Tuckett 1994).

Allerdings ist es irreführend, die klinische Situation als Defizitvariante des Experimentes zu betrachten, wie es die in den fünfziger und sechziger Jahren beliebte Sprachfigur, die psychoanalytische Behandlungssituation sei eine quasi-experimentelle Veranstaltung, nahe legt. Schon früh kritisierte Shakow (1960) diese Auffassung und zog 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 Gegenstand angemessen sind (Kvale 2001; Frommer u. Langenbach 2001).

Das **Stadium I** beinhaltet alle deskriptiven Bemühungen, zunächst einmal festzustellen, was der Fall ist. Eröffnet wurde dieses Forschungsfeld durch eine kritische Feststellung:

"Seit die Literatur zur Psychoanalyse sich ausdehnt, wird es zunehmend offenkundig, daß Probleme der Technik nicht jenes Ausmaß an offener und anhaltender Diskussion erhalten, das ihre Wichtigkeit verdienen würde. Dies heißt jedoch nicht, daß Fragen der Technik von Analytikern vernachlässigt werden. Im Gegenteil, eine ziemlich aktive Diskussion technischer Probleme setzt sich fort. Aber sie findet in der Regel zwischen Einzelnen oder in kleinen privaten Zirkeln statt, schon seltener auf wissenschaftlichen Kongressen und noch weniger in den Seiten wissenschaftlicher Zeitschriften (Glover u. Brierley, 1940, S.1).

Diese Stellungnahme ist inzwischen über 60 Jahre alt und stammt aus der Einleitung zu einem Forschungsbericht, den man wohl mit Fug und Recht als ersten systematischen Versuch betrachten darf, mit der Umfrage-Methode der empirischen Sozialforschung die praktizierte "Technik der Psychoanalyse" zu erhellen.

Am 8. Juli 1932 wurde ein Fragebogen an 29 Mitglieder der Britischen Psychoanalytischen Gesellschaft verschickt; 24 Antworten wurden dann quasi-quantitativ ausgewertet. Das ganze Unternehmen stand unter der Leitung von Edward Glover, der damals bereits sich mit der Systematisierung der Technik der Psychoanalyse beschäftigte, die dann auch in seinen Werk zur "Technik der Psychoanalyse" (1955) aufgenommen wurde.

Ein erster Forschungsbericht über deskriptive Ansätze in der Therapieforschung wurde von Mowrer (1953) verfasst, der in der BRD weitgehend unbekannt geblieben ist⁷. Seit der 1. Ausgabe des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ (Bergin u. Garfield 1971) nimmt die Darstellung deskriptiver Befunde einen festen Platz in der Arena der Therapieforschung ein. Es werden in den einschlägigen Kapiteln sowohl Merkmale von Patienten als auch von Therapeuten systematisch erfasst; eine auf den Zusammenhang von Merkmal und Ergebnis gerichtete Darstellung wurde in zwei nacheinander folgenden Ausgaben des „Handbook“ von David Orlinsky und Ken Howard geliefert (1978, 1986). Diese Kärnerarbeit mündete schlussendlich in ein integratives, generisches Modell von Psychotherapie ein (Orlinsky u. Howard 1987; dt. 1988) (Abb. 3):

⁷ Am Beginn meiner Tätigkeit (1970) musste ich mir eine Photokopie des Buches aus den USA beschaffen, da dieses Werk in keiner deutschen Bibliothek verfügbar war.

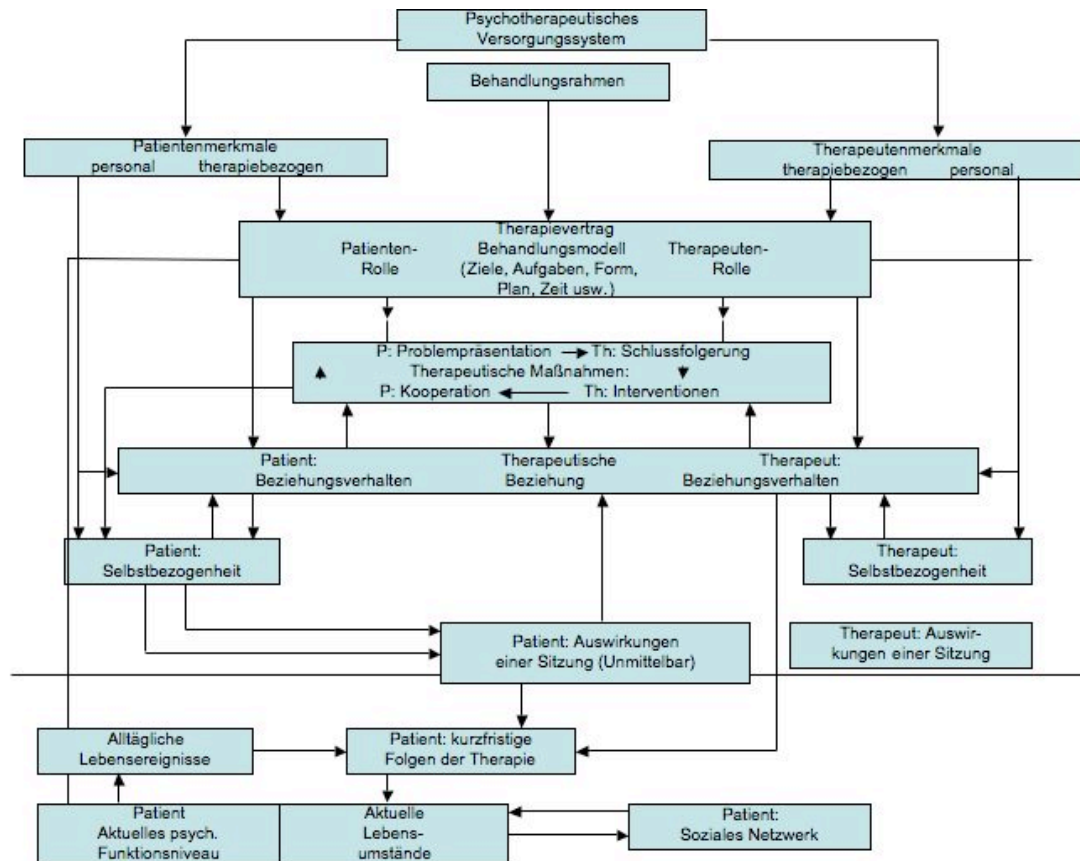


Abb. Das „Generic Model of Psychotherapy“

Abb. 3 Das ‚Generic Model of Psychotherapy‘

1994 überschrieb Orlinsky – fast schon ironisch gewendet – das mit Grawe und Parks verfasste Kapitel mit „Process and outcome in psychotherapy - noch einmal“; zehn Jahre später trug das Kapitel jedoch die stolze Überschrift „Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change“ (Orlinsky et al. 2004). In dieser Forschungsperspektive wurden vielfältige Methoden zur Untersuchung auch psychoanalytischer Behandlungskonzepte entwickelt, von denen einige hier genannt werden:

Deskriptive Studien zum Konzept der

- # Arbeitsbeziehung z. B. hilfreiche Beziehung (Luborsky 1976)
- # Übertragung z.B. ZBKT (Luborsky & Crits-Christoph 1998), Plananalyse (Weiss & Sampson 1986)
- # Technik, z.B. Q-Sort (Jones 2000; Albani et al. 2000), Analytische Prozess-Skalen (z. B. Vaughan et al. 1997; Waldron 2004a, b)
- # Meisterung, z. B. Mastery Scale (Grenyer u. Luborsky 1996; Dahlbender et al. 2004)
- # Gegenübertragung (z. B. Bouchard et al. 1995; Betan u. Westen 2009)

Das **Stadium II** „Experimentelle Analog-Studien“ ist in der psychoanalytischen Therapieforschung bislang nicht wirklich angekommen. Obwohl es gewiss gute Gründe gibt, dass es schwierig ist, eine überzeugende klinische Analog-Situation herzustellen, ist die Abwesenheit solcher Studien bemerkenswert. Dabei wurde eine methodisch interessante Entwicklung der empirischen Erfassung von Merkmalen der Technik von Therapeuten verschiedener Orientierung in einer Serie von bahnbrechenden experimentellen Studien von Strupp vorgelegt, die in der Monographie „Psychotherapists in Action“ (1960) zusammengefasst wurden. Strupps experimentelle Untersuchungsmethode zeigte auch erstmals auf, welche Möglichkeiten (und Grenzen) experimenteller Versuchsanordnungen auch in der Therapieforschung bestehen. Exemplarisch waren auch Beckmanns (1974) experimentelle Untersuchungen zu Übertragung und Gegenübertragung im Kontext von Erstinterviews. Allerdings wurden nur wenige technische Konzepte ansatzweise in vitro relativ systematisch erkundet; u. a. war dies das Konzept der freien Assoziation, für das sich ein eigenständiges Forschungsfeld entwickelt hat.

Angesichts der erheblichen Bedeutung der freien Assoziation für die Praxis der Psychoanalyse ist die Basis ihrer empirischen Fundierung lange Zeit bescheiden geblieben: Während die Assoziationsexperimente Jungs noch sehr im Geiste der durch James Hartley, Thomas Brown, John Stuart Mill sowie vor allem Sir Francis Galton begründeten Assoziationspsychologie des 19. Jahrhunderts durchgeführt wurden, studierte Colby (1960) als erster die Anwesenheit eines Untersuchers auf den Fluss freier Einfälle. Bordin (1966) evaluierte mittels eines "experimental analogue" die freie Assoziation empirisch in einer therapie-ähnlichen Situation. Das von ihm entwickelte Forschungsdesign bzw. seine Skalen zur Messung der Freien Assoziation wurden von Kaplan (1966) aufgenommen. Die empirische Forschung zur Freien Assoziation konzentrierte sich auf die Untersuchung der Körperhaltung (Berdach u. Bakan 1967, Kroth u. Forrest 1969, Kroth 1970) und die Verwendung eines zeichnerischen Stimulus (Brakel 1993). Meine Ulmer Arbeitsgruppe hat die Auswirkung von Persönlichkeitsvariablen wie der Habituellen Ängstlichkeit oder der Verbalen Kreativität auf den Prozess der Freien Assoziation experimentell untersucht (Hölzer et al. 1988). Erneut wurde auf die Bordin-Skalen von Vaughan et al (1997) bei der Entwicklung der ‚Columbia Analytic Process Scale‘ Bezug genommen (s. a. Kap. 3).

Von einer systematischen Rezeption oder gar Integration der zwischenzeitlich in der Linguistik (Raguse 1998), den Kognitions- bzw. Informationswissenschaften (Bucci 1997) sowie in der Neuropsychologie angefallenen Befunde zur assoziativen Tätigkeit des "Geistes im Netz" (Spitzer 1996) ist die Psychoanalyse noch weit entfernt. Eine Ausnahme in Bezug auf die Freie Assoziation lieferten Bucci u. Miller (1993), die die affektive Regulation der Freien Assoziation als Auswirkung des Primärprozesses im Rahmen der durch Paivio (1986) begründeten Theorie eines "multiple coding" mentaler Repräsentation zu definieren suchten.

Neu in der Forschungsarena sind neurowissenschaftliche Ansätze (Roffmann u. Gerber 2009). So stellten Andreasen und ihre Mitarbeiter (1995) fest, dass ‚freie Assoziationen‘ Assoziationskontexte in frontalen, parietalen und temporalen Regionen aktivieren, wohingegen fokussierte Erinnerungen selektiv verbale Areale (einschließlich das Broca Areal und das linke Operculum) aktivierten. Sie schließen daraus, dass der weniger zensurierte Prozess der freien Assoziation größere Netzwerke des assoziativen Kortex einbezieht und damit die Exploration von latenten Aspekten der Symptomatik bzw. der Persönlichkeit des Patienten ermöglicht. Mit dieser Methodik lassen sich psychoanalytischen Annahmen auf ein biologisches Fundament stellen, was der grundlagenwissenschaftlichen Fundierung des Faches nur dienlich sein kann. Solche neurobiologischen, experimentellen Fundierungen hatte der Nobelpreisträger Erik Kandel (1998) im Sinne, als er für „a new intellectual framework for psychiatry“ plädierte.

Ein nachahmenswertes Beispiel einer experimentellen Studie lieferte die Dissertation von Garduk. Sie untersuchte die Wirkung von Interpretationen und Nicht-Interpretationen auf selektiertes Material von Patienten.

Aus vier psychoanalytischen Behandlungen, von denen Verbatimprotokolle existieren, sammelte die Autorin 60 Interpretationen und nicht-interpretierende Interventionen und das Material, das in den auf die jeweilige Intervention folgenden fünf Minuten vom Patienten gebracht wird. Vorliegende theoretische Ansichten über die Wirkungen von Interpretationen wurden in 17 explizit formulierten Hypothesen operationalisiert. Für die Messung der Wirkungen wurden entsprechende Skalen entwickelt, auf denen zwei Psychoanalytiker die Patientenantworten einstufen (Garduk u. Haggard 1971).

Ohne hier die Ergebnisse dieser experimentellen Untersuchung en detail darzustellen, kann darauf hingewiesen werden, dass die Wirkungen von Interpretationen in einer Weise nachweisbar sind, die den Ansprüchen empirisch-analytischer Wissenschaft entspricht. Gleichzeitig lässt diese Arbeit in besonderem Maße erkennen, dass

für die Überprüfung anspruchsvoller psychoanalytischer Hypothesen entsprechend anspruchsvolle Untersuchungsansätze und -instrumente gewählt werden müssen.

Das **Stadium III** „Klinisch-kontrollierte Studien“ wird von Autoren neuerer verhaltenstherapeutisch orientierter Lehrbücher der Psychotherapie geradezu emphatisch zu dem Goldstandard der „Psychotherapie-Forschung“ erhoben (z. B. Rief et al. 2006). Dabei handelt es sich nur um eine Vorgehensweise im Rahmen der sog. Wirksamkeitsbestimmung im experimentellen Setting (efficacy). Substantielle kritische Auffassungen werden (bei uns) kaum rezipiert (z. B. Mertens 1994; Seligman 1995; Leichsenring 2004; Westen et al. 2004; Kriz 2008). Diese Kritik weist durchgehend auf eine zu eng geführte Interpretation dessen hin, was evidenz-basierte Medizin ursprünglich im Sinne führte (Kächele u. Porzsolt 1999).

RCT liefern Belege für die Wirksamkeit von Therapien unter streng kontrollierten Laborbedingungen; dazu gehören:

- # Auswahl der Patienten
- # Manualisierung des Vorgehens
- # Training der Therapeuten
- # Festlegung der Therapiedauer
- # standardisierte Instrumente

Das Ziel dieser Bemühungen ist es, eine hohe interne Validität der Untersuchung zu erzielen; der Preis ist meist eine niedrige externe Validität. Dass dem nicht prinzipiell sein muss, wird durch die Münchener Psychotherapie-Studie belegt (Huber et al. 2001).

In dieser Studie wurden sorgfältig ausgewählte Patienten mit der Diagnose einer depressiven Störung zwei Behandlungsbedingungen – niederfrequent und hochfrequent randomisiert - erfahrenen Praktikern zugewiesen. Mittels bewährter standardisierter Instrumente für symptomatische Veränderungen (Beck Depressionsinventar, SCL-90) und einem validierten Instrument für strukturelle Veränderungen (Skalen psychischer Kompetenz) wurden systematisch die Veränderungen zu Beginn, zu Ende und nach einer Katamnesenzeit erfasst. Die Adherence – das Einhalten der für die jeweilige Therapieform zu fordernden technischen Verhaltensweisen - wurde durch Stichproben aus tonband-registrierten Sitzungen sichergestellt.

Ein weiteres vorbildliches Beispiel für die Machbarkeit solcher Therapieexperimente auch für eine psychoanalytisch-psychodynamische Therapie wurde von der Kernberg – Gruppe veröffentlicht (Clarkin et al. 2007). Erst kürzlich wurden die lang erwarteten Ergebnisse der finnischen randomisierten Studie mitgeteilt, bei der psycho-

dynamische und lösungs-orientierte Kurztherapie mit 2-3 std. psychodynamischer Langzeittherapie verglichen wurden (Knekt u. Lindfors 2004, 2007).

Entgegen der insbesondere bei psychodynamischen Klinikern vorherrschenden Auffassung liegt also eine beachtliche Anzahl von Studien zu psychodynamischen-psychoanalytischen Konzepten vor, die Leichsenring et al. (2004) zusammengestellt haben:

Wirksamkeitsbelege psychodynamischer Therapien in RCT

- # Depression (ICD-10 F3)
- # Angststörungen (ICD-10 F40-42)
- # Belastungsstörungen (ICD-10 F43)
- # Dissoziative, Konversions- und somatoforme Störungen (ICD-10 F44, F45, F48)
- # Eßstörungen (ICD-10 F50)
- # Psychische und soziale Faktoren bei somatischen Krankheiten (ICD-10 F54)
- # Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10 F6)
- # Abhängigkeit und Mißbrauch (ICD-10 F1,F55)

Kritisch ist jedoch festzuhalten, dass die weit überwiegende Zahl der RCTs mit recht knappen Therapiezeiträumen durchgeführt wird, wie wir durch eine Re-Analyse der bei Grawe et al. (1994) aufgeführten Studien gezeigt haben (Kächele et al., in Vorb.)

Kognitive-Behaviorale Therapien

- 429 Studien, mittl. Dauer 11,2 Sitzungen
- 434 Studien, mittl. Dauer 7,9 Wochen

Humanistische Therapien

- 70 Studien, mittl. Dauer 16,1 Sitzungen
- 76 Studien, mittl. Dauer 11,6 Wochen

Psychodynamische Therapien

- 82 Studien, mittl. Dauer 27,6 Sitzungen
- 80 Studien, mittl. Dauer 30,7 Wochen

Dabei nähert sich der zeitliche Umfang von psychodynamischen Therapien noch am ehesten der klinischen Realität an, was von den experimentellen Verhaltenstherapien und auch den humanistischen Therapien so kaum beansprucht werden dürfte. Die Debatte, welchen Stellenwert diese randomisierten Therapiestudien trotz ihrer (über)-großen Wertschätzung haben, wird das Fach hoffentlich noch eine gute Weile beschäftigen, folgt man Orlinskys (2008) jüngster Kapuzinerpredigt (Kächele 2008a).

Exkurs

In der Auseinandersetzung, mit der „richtigen“ Art Evaluationsforschung zu betreiben, könnte es hilfreich sein, etablierte Forderungen einer „Ethik in der Medizin“, zu berücksichtigen (Kächele u. Porzsolt 2000):

- Σ Zu sensibilisieren anstatt zu moralisieren,
- Σ die Kommunikationsfähigkeit zu verbessern,
- Σ die Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Wertsystemen zu fördern,
- Σ Fairness im Umgang mit anderen Perspektiven zu üben und
- Σ andere Entscheidungen zu respektieren.

Wer diesen fünf Punkten gerecht wird, erfüllt zugleich die erste von drei aber auch die bedeutendste der drei Bedingungen, die *notwendige Haltung und Einstellung (attitude)*, die für die Realisierung der Evidenz-Basierten Medizin notwendig ist: EBM ist damit Ethik plus weiteres Wissen und Können; nämlich bestimmte *Fähigkeiten (skills)* zu erlernen und dazu noch *Wissen (knowledge)* zu erwerben, um ein solcherart komplex konzipiertes klinisches verantwortungsvolles Handeln in der Medizin realisieren zu können (Sackett et al. 1996). Solche Gesichtspunkte sind m. E. vermehrt in diese Diskussion um Forschungs-Standards einzubeziehen (Leichsenring 2004a, b).

. Da die Arbeit des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie bislang entschieden durch die Akzentuierung der RCT-Wirksamkeitsforschung bestimmt wurde, ist damit zu rechnen, dass sich die fachinterne und öffentliche Diskussion um die Angemessenheit wissenschaftliche Prüfungsverfahren intensivieren wird (Kächele u. Eckert 2008).

Das **Stadium IV** „Naturalistische Studien“ wurde in der Psychoanalyse früh durch den 10-Jahres katamnestischen Bericht des Berliner Psychoanalytischen Instituts eingeleitet (Radó et al. 1930). Dieses erste Dokument über eine zahlenmäßig umfangreiche Stichprobe (N = 604) tabelliert den spezifischen Zusammenhang von Diagnose, Behandlungsdauer und Ergebnis – ein Vorgehen, das spätere Generationen von Psychoanalytikern anscheinend vergessen haben.

Das Beispiel machte bald Schule, denn weitere derartige zusammenfassende Darstellungen folgten. 1936 legte Jones von der London Clinic of Psychoanalysis ebenfalls eine Zehn-Jahres-Statistik vor (Jones 1936); Alexander reportierte im folgenden Jahr aus Chicago über eine Fünf-Jahres-Periode (Alexander 1937); aus der Menninger Klinik in Topeka wurden die Ergebnisse von Knight (1941) zusammengetragen. 1942 – während des Krieges - folgte ein weiterer Bericht aus dem gleich-

geschalteten Berliner Institut von Boehm (1942) über 419 abgeschlossene psychoanalytische Behandlungen, den Dührssen (1972) – fast beiläufig - erwähnt⁸.

Im deutschen Sprachraum nimmt die Studie von Dührssen (1953, 1962) einen prominenten Platz ein, zumal Dührssen mit ihrem Mitarbeiter Jorswieck (1962) als einzige deutsche Autoren Eysencks (1952) Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse substantiell kritisierten⁹. Ihre Kosten-Nutzen-Analyse zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung war für die Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die Leistungspflicht der Krankenkassen von wesentlicher Bedeutung.

Diese Studie belegte mit einfachen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit vor und nach Psychotherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca. 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std, 10-15 nur 50-60 Std.).

Inzwischen verfügt die ‚scientific community‘ der Psychoanalytiker über eine wahre Fülle von solchen Studien; die Namen der wichtigsten Studien sind inzwischen weit- hin bekannt.

Viel und gern zitiert wird die Menninger-Studie (Kernberg et al. 1972; Wallerstein 1986¹⁰), da sie angeblich die Bedeutung supportiver Elemente auch für strukturelle Änderung „bewiesen“ habe¹¹. Die Arbeitsgruppe um Grawe widmete ihr eine gesonderte Diskussion, in der sie die methodische Qualität lobte und die Ergebnisse sehr negativ beurteilte (Grawe et al. 1994, S. 173 ff). Im Kontrast hierzu findet die Penn-Studie (Luborsky et al. 1988) bei uns wenig Erwähnung. Gegenwärtig in aller Munde ist die Stockholmer Studie (Sandell 1999, 2001a, 2001b; Sandell et al. 2001); es handelt sich um eine raffiniert angelegte ‚multiwave‘ Studie an einem großen Kollektiv von Patienten in verschiedenen Behandlungssettings mit einem ebenfalls sehr großen Vergleichskollektiv. Die Studie zeigt durch ihre zahlreichen Sekundäranalysen die Komplexität von Ergebnisbefunden auf; die jüngste Auswertung (Sandell 2007) betont schon im Titel *„Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten*

⁸ Man könnte meinen, dass im Dritten Reich die analytische Arbeit ungestört weitergeführt werden konnte.

⁹ Bergin demonstrierte in seiner Re-Analyse der Eysenckschen Arbeit exemplarisch, wie mit einem obskuren Datensatz umgegangen werden kann (1971).

¹⁰ In der BRD allerdings erst seit Wallerstein (1990).

¹¹ Ob dies als ein produktives Missverständnis in die Geschichte der psychoanalytischen Therapiefor- schung eingehen wird, muss offen bleiben. Zumindest ist die Strukturgleichheit der dort behandelten Population für unsere ambulante Therapie klientel kaum gegeben. Außerdem ist bei uns wenig be- kannt, dass den erfahrenen Analytikern der Menninger-Klinik eher für die expressive-supportive The- rapiekomponente ausgewählt wurden, während den Ausbildungskandidaten die angeblich gut analy- sierbaren Fälle zugewiesen wurden. Das Ergebnis ist hinlänglich bekannt.

und Therapeuten“ nachhaltig den differentiellen Aspekt, den die beteiligten Personen einbringen, der die Aspekte des Settings deutlich überlagert¹².

Die Heidelberger Studie (von Rad et al. 1998) und die Berliner Studie (Rudolf 1991, Rudolf et al. 1994) folgten zunächst dem nicht Kontrollgruppen-gesicherten Modell der Dührssen-Studie nach; die neueren Studien sind durchweg vergleichend-kontrolliert angelegt, auch wenn sie nicht alle die RCT-Kriterien erfüllen¹³ (Grande et al. 1997; Leichsenring et al. 2005). Einen Naturalismus besonderer Art vertritt die DPV-Katamnesenstudie (Leuzinger-Bohleber et al. 2001, 2003), die aus grundlegenden Erwägungen eine Beeinflussung der psychoanalytischen Behandlungen durch eine prä-post Evaluation glaubte vermeiden zu müssen, was auch zu entsprechend kritischen Stellungnahmen führte (Schulte 2001; Hoffmann 2001). Allerdings halte ich die Identifizierung von klinischen Prototypen durch diese Studie für einen gelungenen Beitrag, der weitere Untersuchungen anregen sollte:

Die acht klinischen Prototypen

Typ 1: „...gut gelaufen... Die gut Gelungenen“

Typ 2: „...erfolgreich, aber warum?..Die unreflektiert Erfolgreichen“

Typ 3: „...erfolglos und wenig reflexionsfähig, aber sozial gut integriert...“

Typ 4: „...die Tragischen, die sich aber in ihr Schicksal finden können...“

Typ 5: „...beruflich erfolgreich und kreativ, aber immer noch allein...“

Typ 6: „...erfolgreich bezüglich der Kreativität und Arbeitsfähigkeit, aber mit sichtbaren Grenzen...“

Typ 7: „...die Therapie hat nichts gebracht. Die Erfolglosen“

Typ 8: „...Die schwer Traumatisierten“

Nach Leuzinger-Bohleber u. Rüger (2002, S. 136ff)

Allerdings werden von den Autoren der Studie keine Angaben zur prozentualen Verteilungen dieser klinischen Prototypen in der Interviewstichprobe der DPV-Studie gemacht. Eine clusteranalytische Auswertung der psychometrischen Daten eines

¹² Da diese Studie gerne für die reine Verwendung von Symptom-orientierten Instrumenten kritisiert wird, hat Sandell (2005) eine elegante Diskussion des psychoanalytischen Strukturbegriffes verfasst; aus meiner Sicht hat er überzeugend aufgewiesen, dass dauerhafte symptomatische Veränderungen aus psychoanalytischer Sicht nur durch eine sog. Strukturänderung zu begründen seien.

¹³ Immerhin hat jüngst der WBP auch nicht randomisierte Kontrollgruppendesigns in der revidierten Fassung seines Methodenpapiers ratifiziert.

zweiten Teil-Kollektivs dieser Studie erzielte eine recht ähnliche Untergruppenbildung; dieser Ansatz geht auf die Anregungen zur Klassifikation von neurotisch Kranken (Taxonomien) von Meyer (1971) zurück:

Clusteranalytische Identifizierung von Untergruppen von Patienten (N = 154)

Untergruppe 1: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber dem ‚gemeinen Leiden‘ an der Sexualität (N = 29)

Untergruppe 2: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit (N = 26)

Untergruppe 3: Die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind (N = 15)

Untergruppe 4: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf finanzielle Zufriedenheit (N = 41)

Untergruppe 5: Die auf der ganzen Linie therapeutisch Erfolgreichen (N = 28)

Untergruppe 6: Die noch belasteten Unzufriedenen (N = 11)

Untergruppe 7: Die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten (N = 4)

Nach Stuhr et al. (2002, S.154)

Auch im Sektor der stationären analytisch-psychodynamischen Psychotherapie sind psychodynamisch inspirierte Therapiestudien keine Mangelware; pars pro toto soll die multizentrische Therapiestudie zur Therapie von Essstörungen (MZ-ESS) aufgeführt werden, die ein sehr großes Kollektiv von 1200 Patientinnen prospektiv-longitudinal über 2, 5 Jahre untersuchte (Kächele 1999; Kächele et al. 2001).

Eine hochkarätige naturalistische Studie erfordert eine repräsentative Stichprobe, gut evaluierte Messinstrumente, den Einsatz von Klinikmitarbeitern, die für die zusätzliche Datenerhebung finanziell entschädigt werden müssen und vor allem ein hochmotiviertes Forschungsteam, das einen langen Atem hat. Die MZ-ESS kostete ca. 5 Mill. DM, um die Auswirkung stationär-psychodynamischer Psychotherapie im prospektiven Design zu untersuchen (Förderung durch das BMFT und die Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart).

Ein Fazit kann gezogen werden: naturalistische Studien waren und sind mehr denn je eine Domäne der psychoanalytischen Therapieforschung. Auch wenn mehr psychodynamische RCT-Studien als gemeinhin (in der BRD) bekannt vorliegen, hal-

ten psychoanalytische Therapieforscher die externe Validität, d.h. die ökologische Validität, entschieden für bedeutsamer als die interne Validität einer Studie. Die Debatte, ob nicht auch quasi-experimentelle Designs ausreichend wissenschaftlichen Kriterien genügen, ist noch (lange) nicht abgeschlossen (Persons u. Silberschatz 1998). Dies ist umso mehr relevant als neuere Übersichtsarbeiten (z. B. Shadish et al. 2000) darauf hinweisen, dass die Ergebnisse beider Designs durchaus vergleichbare Ergebnisraten berichten. Einen entsprechenden Befund konnten auch Leichsenring u. Rabung (2008) in ihrer Meta-Analyse zur psychodynamischen Langzeitpsychotherapie aufweisen.

Das **Stadium V** „Patienten-fokussierte Forschung“ verweist auf ein noch relativ neues Forschungsfeld, das sich um die potentielle Anwendung von Befunden für die Zwecke der Therapieoptimierung bemüht (Lambert 2001; Bauer 2004). Vorausgesetzt es liegen grosse Datensätze naturalistischer Stichproben mit validen Messinstrumenten vor, dann lassen sich Vorhersagemodelle rechnen, die den zu erwartenden Verlauf mit dem tatsächlichen Verlauf kontrastieren. Das Stuttgarter TRANS-OP Projekt (Puschner et al. 2007; Gallas et al. 2008) hat auf einer Datenbasis von 700 ambulanten Behandlungen solche Modellierungen durchgeführt.

Die nicht einfache Frage lautet nun: Können aus bloßen psychometrischen Befunden (mit Instrumenten wie dem SCL-90 u.a.) Schlußfolgerungen oder gar Empfehlungen für Fortführung bzw. Beendigung gezogen werden (Kordy et al. 2000, 2001, 2002)? Es handelt sich dabei nicht mehr um eine rein akademische Frage, denn die Diskussion, welches Verfahren – das herkömmliche Gutachterverfahren oder diese neuen Ansätze – soll zukünftig für die Zwecke der durchaus wünschenswerten Qualitätssicherung eingesetzt werden. Kein Wunder, dass vielfältige politische Diskussionen in vollem Gange sind. Sind solche Ansätze für Psychoanalytiker (noch) akzeptabel oder haben wir die Wahl zwischen dem „Stein der Weisen oder Stein des Sisyphos?“ (Piechotta 2003).

Mit dieser einführenden Übersicht über Stadien der (psychoanalytischen) Therapieforschung wird der Ort der hier im Folgenden darzustellenden Forschungsaktivitäten genauer bestimmbar. Wir benötigen sorgfältige deskriptive Untersuchungen des Stadiums I, die in Form von „research-informed case studies“ von Grawe (1992) als

ein besonders erfolgversprechender Weg für die zukünftige Prozessforschung gekennzeichnet wurden:

„...Solche „research informed case studies„ (Strupp et al., 1990), d.h. Fallstudien, in denen umfangreiche Prozess- und Veränderungsmessungen auf der Basis einer elaborierten klinischen Fallkonzeption in einem Gesamtzusammenhang interpretiert werden und in denen jede inhaltliche Aussage bis auf ihre Grundlage in den erhobenen Messungen zurückverfolgt werden kann, können als ein besonders erfolgversprechender Weg für die zukünftige Prozessforschung angesehen werden. Wegen der Interpretation im Kontext eines klinischen Fallverständnisses leuchten die resultierenden Ergebnisaussagen klinisch ein, unterscheiden sich von klinischer Fiktion aber dadurch, daß sie einen engen nachvollziehbaren Bezug auf eine von der Interpretation unabhängige Basis objektiver Messdaten haben (Grawe, 1992, S.140).

Neben deskriptiven Studien an definierten Gruppen von Patienten nimmt die methodisch sorgfältig aufbereitete Einzelfallstudie – wie eingangs erwähnt – einen besonderen Platz ein. „Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung“ war Grawes (1988) Aufforderung an die ‚scientific community‘, der hier gefolgt wird. Wir haben anhand der Aufbereitung der Patientin Amalie X für solche musterhaft aufbereiteten Einzelfallstudien den Ausdruck „Musterfall“ (‚specimen case‘) eingeführt (Thomä u. Kächele 2006c, S. 123), welche die von Luborsky u. Spence (1971) spezifizierten Kriterien erfüllen. Diese müssen tonbandaufgezeichnet, transkribiert und öffentlich zugänglich sein. Das Kriterium, dass es sich um eine psychoanalytische Behandlung handelt, kann – mangels einer allgemein akzeptierten operationalen Definition - nur durch Konsens einer Bezugsgruppe entschieden werden.

Gruppenstatistik versus Einzelfall¹⁴

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 (dazu Kordy 1986), weshalb man lange Zeit Einzelfallstudien für unwissenschaftlich hielt.

Es wurde die Ansicht vertreten, dass Einzelfallstudien für klinische Forschung nicht verwendbar seien. Zwei frühe, engagierte Vertreter der Einzelfallforschung, der

¹⁴ Dieser Abschnitt des Kap. 1 wurde modifiziert aus Thomä u. Kächele (2006c, Kap. 1.3) übernommen.

psychoanalytische Kliniker Bellak und der Biometriker Chassan, beschrieben die Problemlage folgendermaßen:

"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... verwewigt" (Bellak u. Chassan 1964, S. 23).

Seit ca. zwanzig Jahren kann man einer Wiederentdeckung der Einzelfallmethodik sprechen, in deren Folge sich auch eine theoretische und statistische Neubewertung abzeichnete (Bortz u. Döring 2006, S. 289—299).

Die statistische Inferenz obliegt stets einer prinzipiellen Einschränkung: Zwar lässt sich von einem signifikanten Ergebnis (mit der Irrtumswahrscheinlichkeit α sagen, dass es überzufällig ist; von einem nicht signifikanten Ergebnis jedoch lässt sich 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, α , 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, β , welches die Wahrscheinlichkeit dafür angibt, dass die Null-Hypothese akzeptiert wird, obwohl die Alternativ-Hypothese richtig ist. Dieses Risiko β ist - bei gleichem Risiko α - 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.

Als Ausweg aus diesen Schwierigkeiten schlug der Statistiker 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 all-

gemein 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" (Chassan 1979, S. 99).

Dieser letzten Bemerkung stimmen sogar konservative Statistiker zu. So erklärten schon 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, wie schon der Internist Martini (1953) in seiner Methodenlehre ausführte¹⁵. 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 untersuchten 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).

¹⁵ Schon Thomä (1961) nannte Martini als seinen Kronzeugen in seiner Monographie zur „Anorexie nervosa“.

Allerdings besteht die Forderung, dass Generalisationen über die Fälle hinweg auf größeren Stichproben beruhen müssen. Nun sind Aussagen über die Gesamtpopulation immer nur auf relativ kleine Stichproben gegründet; doch in diese gehen 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. 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 Geltungsbereiches ermittelt werden“ (Tress u. Fischer 1991, S. 614).

Das zweite Kapitel skizziert nun den Weg von der novellistischen Fallstudie zur Einzelfallforschung.