

International Psychoanalytic University (IPU)

Bachelor Arbeit

**Psychoanalytische Einzelfallstudien von Kindern
und Jugendlichen:
Charakterisierung mit dem
„Inventory of Basic Information in Single Cases“**

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele
Zweitgutachterin: Prof. Dr. med. Annette Streeck-Fischer

Vorgelegt von: Isabelle Schindler
Studienrichtung: Bachelor of Arts Psychologie
Abgabedatum: Berlin, den 27.08.2013

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Historischer Überblick psychoanalytischer Einzelfalldarstellungen von Kindern und Jugendlichen	4
3. Theorie und Methode	10
3.1 Kritik an und Möglichkeiten von Einzelfallstudien	11
3.2 Systematisierung von Einzelfallstudien	13
3.3 Die Methode des „Inventory of Basic Information in Single Cases“ (IBISC).....	18
4. Untersuchungsergebnisse	20
4.1 Publikationsdaten	20
4.2 Methodische Charakteristika der Einzelfallstudien.....	21
4.3 Charakteristika der Therapeuten	23
4.4 Charakteristika der Patienten	23
4.5 Charakteristika der Therapien	25
5. Diskussion	26
6. Fazit	30
Literaturverzeichnis.....	32
Anhang	35

1. Einleitung

Seit Entstehung der Psychoanalyse wird um die Natur ihrer Wissenschaftlichkeit gerungen. Deshalb werden Falldarstellungen und Einzelfallstudien,¹ die ein zentrales wissenschaftliches Kommunikationsmittel der Psychoanalyse und psychodynamischen Therapie sind, kontrovers diskutiert. Bereits Freud thematisierte die Schwierigkeiten der Berichterstattung und der angemessenen Darstellung von Behandlungsgeschichten. Da Freud als wissenschaftlicher Autor verstanden werden wollte, beunruhigte es ihn, dass seine Krankengeschichten eher Novellen als wissenschaftlichen Studien entsprachen (Freud 1895d).

Klinische Falldarstellungen und systematische Einzelfallstudien positionieren Singularität als Wert an sich (Kächele 1993); der Einzelfall repräsentiert eine eigenständige Welt. Für psychoanalytische Fallstudien ist die Verwendung persönlicher Dokumente als Forschungsmaterial zentral.² Als Darstellungsformen lassen sich (1) Auto- und Fremdbiographien, (2) persönliche Aufzeichnungen und (3) Briefe unterscheiden. All diesen Darstellungsformen ist die Fokussierung auf ein Individuum und seine Persönlichkeit gemein, was stets vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Prozesse und Verflechtungen des Individuums betrachtet werden muss (Kächele 1981). Die unterschiedliche Verwendung der Methodik des Einzelfalls sowie der niedrige Grad an Strukturierung und Systematisierung von Einzelfalldarstellungen und -untersuchungen erschwert ihre Vergleichbarkeit. Dadurch sind sie der wissenschaftlichen Kritik ausgesetzt (Grünbaum 1984). Psychoanalytische Einzelfallstudien stellen dennoch ein positives Moment der psychoanalytischen Theorie dar und sind für die Stärkung der theoretischen Konsistenz wesentlich. Die Darstellung und Veröffentlichung einzelner Fälle und deren intensive Studien sind seit Freud eine zentrale Methode der Psychoanalyse. Für die psychoanalytische Theorie, Forschung und Praxis, auch für die therapeutische Ausbildung, in welcher Einzelfälle als didaktisches Kommunikationsmedium dienen, sind Einzelfälle bedeutsam (Kächele 1981). Dennoch ist „...das Problem der angemessenen Berichterstattung...“ (Kächele & Pfäfflin 2009, S.10) nach wie vor aktuell. Somit besteht ein Spannungsverhältnis zwischen wissenschaftlicher Kritik und Möglichkeiten von Einzelfallstudien, worauf im dritten Teil der

¹ Wenn im weiteren Verlauf der Arbeit von psychoanalytischen Fällen gesprochen wird, wird dieser Terminus synonym zu psychodynamischen Fällen verwendet und umgekehrt. An dieser Stelle muss auch auf die Unterscheidung der (Einzel-) Falldarstellung, im Sinne einer klinischen Beschreibung und im Gegensatz dazu der Einzelfallstudie, als methodisch ausgestaltete klinische Beschreibung, welche eher länger ist, hingewiesen werden. Des Weiteren kann aufgrund der nicht stringenten Verwendung von Begrifflichkeit bezüglich Falldarstellungen, Kranken- und Behandlungsgeschichten und Fallberichten in der Literatur, dies in der vorliegenden Arbeit ebenfalls nicht vollständig sichergestellt werden.

² Eine wichtige Systematisierung nahm Allport 1942 durch die Methode der persönlichen Dokumente vor (Kächele 1981).

Arbeit eingegangen wird. Dadurch leistet die vorliegende Arbeit einen Beitrag zu der Diskussion darüber, was Einzelfälle leisten können und sollen.³

Gegenwärtig richtet sich die wissenschaftliche Diskussion primär auf die Bedeutung, Funktion und den Stellenwert „...der »Fallgeschichte als Einzelfallstudie«, im Sinne einer Annäherung an experimentelle bzw. nomothetische Forschungsstrategien.“ (Kimmerle 1998, S.10). Die Bezeichnung und Charakterisierung von Fallmaterial variiert, so wird dieses beispielsweise als Vignette, Fallstudie, Beobachtung, Bericht oder Einzelfallstudie bezeichnet. Feste Regeln zur Darstellung von Einzelfällen gibt es nicht. Auch über die Form und den Inhalt eines Fallberichtes sowie dessen Präsentation besteht Uneinigkeit. Somit ist der gegenwärtige Forschungsstand durch Unübersichtlichkeit und Erhebungsschwierigkeiten gekennzeichnet, wodurch das Potenzial von Einzelfallstudien nicht ausgenutzt werden kann. Entsprechend einer Zusammenfassung von Behandlungsverläufen kann, Kächele (1981) folgend, davon ausgegangen werden, dass „...zunehmend mehr umfangreiche Fallberichte der Öffentlichkeit zugänglich gemacht“ (Kächele 1981, S.69) werden.⁴ Interessant ist, dass in dieser Zusammenfassung verhältnismäßig viele Berichte (elf) über Kinder zu finden sind. Es ist zu vermuten, dass darüber hinaus eine Vielzahl an Falldarstellungen und Einzelfallstudien in Journals publiziert wurden und werden.

Das „review project“ der Forschungsgruppe von Prof. Dr. Desmet an der Universität Gent, Belgien⁵, in der die vorliegende Arbeit entstand, schließt an diese Annahme an und verfolgt das Ziel, Einzelfallstudien zu charakterisieren, systematisch zu erfassen sowie ein Onlinearchiv von Einzelfällen zu erstellen. Hierfür wurden im Rahmen des Projektes Regeln für die Auswertung klinischer Beobachtungen entwickelt. In dieser Arbeit wird, das Forschungsprojekt fortsetzend, die Bedeutung und Darstellung der gesammelten klinischen Beobachtungen, beziehungsweise Einzelfallstudien von Kindern und Jugendlichen, innerhalb der klinischen Psychoanalyse untersucht. Nach der Methode des Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC) fanden 58 Einzelfälle der psychoanalytischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen Eingang in die vorliegende Untersuchung. Da die Publikation von Fallstudien über Behandlungen von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung für die psy-

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit vorrangig die männliche Form verwendet. Diese schließt jedoch stets Personen männlichen und weiblichen Geschlechts gleichermaßen ein.

⁴ Dabei wurden Bücher und monografische Darstellungen, in welchen die Fallbeschreibungen jeweils länger als dreißig Seiten sind berücksichtigt. Diese Aufstellung beinhaltet Namen und Alter der Patienten, Datum und Dauer der Behandlung, Publikationsjahr und die Art der Protokollierung sowie die ungefähre Länge der Behandlung. Demnach wurden von 1930 bis 1959 sechs und zwischen 1960 und 1979 zwanzig Fallberichte, die diesen Kriterien entsprechen, gefunden.

⁵ Im Rahmen des Forschungspraktikums der Autorin an der Faculty of Psychology and Educational Sciences, Department of Psychoanalysis and Clinical Consulting, im Sommer 2011, arbeitete sie in dieser Forschungsgruppe mit.

choanalytische Theorieentwicklung war, wird im nächsten Teil der Arbeit die Geschichte dieser Entwicklung an ausgewählten Beispielen erläutert. Da bisher nicht bekannt ist, wie psychoanalytische Einzelfalldarstellungen von Kindern und Jugendlichen formal und inhaltlich in Zeitschriften behandelt werden, folgt nach der Vorstellung von Theorie und Methodik die Analyse der Zeitschriftenartikel durch die Anwendung des IBISC. Dies ermöglicht eine Charakterisierung der ausgewählten Einzelfälle. Bei diesem Analyseschritt werden, aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit, lediglich ISI-ranked Zeitschriften aus dem „web of science“⁶ berücksichtigt. Abschließend werden die Untersuchungsergebnisse vorgestellt und diskutiert.

2. Historischer Überblick psychoanalytischer Einzelfalldarstellungen von Kindern und Jugendlichen

Im Folgenden wird anhand ausgewählter Fälle die Entwicklung und Charakteristik von Einzelfallstudien von Kindern und Jugendlichen historisch und chronologisch beschrieben.⁷

Zunächst ist auf die Unterscheidung von Behandlungs- und Krankengeschichten hinzuweisen. Diese Unterscheidung bezieht sich auf psychoanalytische Einzelfälle im Allgemeinen und spielt eine wichtige Rolle für die Betrachtung der Falldarstellungen von Kindern und Jugendlichen; dies lässt sich anhand Freuds Krankengeschichten skizzieren. Seine Krankengeschichten sind Rekonstruktionen, die die Form von Narrativen haben und sich wie Novellen lesen (Thomä & Kächele 2006b). Freud verfolgte mit den Veröffentlichungen seiner Krankengeschichten das Ziel, den Zusammenhang zwischen Lebensgeschichte und Erkrankung zu schildern. Dabei spielen stets die ödipalen Konflikte eine entscheidende Rolle für die Lebens-

⁶ In der Datenbank des „web of science“ werden nur Zeitschriften, welche ISI-ranked sind, erfasst. Da die Artikel für das Gent „review project“ im „web of science“ gesucht wurden, sind alle aus ISI-ranked Zeitschriften. Der Begriff ISI-ranked basiert auf der ursprünglichen Bezeichnung Institute for Scientific Information (ISI) (heute Teil von Thomson Reuters) welches den Einflussfaktor (engl. impact factor) von Zeitschriften erfasst und diese dementsprechend in einer Rangordnung listet (ranked).

⁷ In diesem Zusammenhang ist auf die Entwicklung der Kinderpsychotherapie zu verweisen. Bis zum Ende des Ersten Weltkrieges kam es im Zusammenhang mit der Entstehung der Psychoanalyse zu ersten theoretischen und praktischen Versuchen der psychotherapeutischen Behandlung von Kindern. Dabei wurden die bei Erwachsenen verwendeten Therapieverfahren an die Erlebniswelt des Kindes angepasst. Größere Anwendungsversuche verschiedener Therapiemethoden auf die Behandlung von Kindern erfolgten in den zwanziger Jahren durch Anna Freud und Melanie Klein. Die psychoanalytische Pädagogik wurde verstärkt ausgeweitet und angewendet. Seit dem Zweiten Weltkrieg fand eine zunehmende theoretische Fundierung statt sowie „...eine institutionelle Sicherung der kinderanalytischen Behandlung an eigens dafür geschaffenen Einrichtungen, bei gleichzeitiger Möglichkeit einer entsprechenden beruflichen Fachausbildung...“ (Biermann 1969, S.1). Es entwickelten sich zwei Richtungen der Kindertherapie, zum einen die Kinderpsychotherapie und zum anderen die psychoanalytische Pädagogik. Für weitere Ausführungen ist auf Biermann (1969) hinzuweisen, da aufgrund des begrenzten Rahmens der vorliegenden Arbeit dieser Zusammenhang nicht vertieft ausgearbeitet werden kann.

geschichte. Wie sich diese Konflikte entwickeln, hängt von verschiedenen soziokulturellen und familiären Konstellationen ab. Über die Beschreibung eines Falls hinaus war es das Ziel Freuds, einen Fall im Sinne einer historischen, bzw. genetischen Erklärung, zu verstehen. Das eigene Erleben und die Behandlungstechnik skizzierte Freud in seinen Fallstudien eher selten. Obwohl Freuds Krankengeschichten als Ausgangspunkt für die historische Entwicklung und Charakteristik von psychoanalytischen Einzelfallstudien zentral sind, sind sie bezüglich der Erläuterung der Behandlungstechniken unvollständig. Im Gegensatz zu Krankengeschichten fokussieren Behandlungsberichte, auf die im weiteren Verlauf eingegangen wird, stärker die Technik der Behandlung.

Die erste markante und ausführliche Analyse einer Kindertherapie wurde 1909 von Sigmund Freud veröffentlicht. Diese „Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben“, welche als „der kleine Hans“ bekannt ist, dürfte, so ist zu vermuten, den Beginn der Veröffentlichung und Beschreibung von psychoanalytischen Fallstudien von Kindern und Jugendlichen darstellen. Hiermit beginnt auch die Anwendung der psychoanalytischen Konzepte auf Kinder. Bis dahin war Freud davon ausgegangen, dass sich die Psychoanalyse nicht auf Kinder anwenden lasse. Der „kleine Hans“ wurde nicht von Freud selbst behandelt, sondern von seinem eigenen Vater, welcher wiederum ein Schüler Freuds war. Diesen traf Freud regelmäßig und erhielt von ihm stenographische Protokolle und Notizen über den Analyseverlauf. Auf Grundlage derer verfasste Freud die Fallgeschichte. Zum Zeitpunkt der ersten Aufzeichnungen war der „kleine Hans“ fast drei Jahre alt. Freud hat in der Auseinandersetzung mit dem Vater die Behandlung begleitet aber nur ein Mal den „kleinen Hans“ persönlich getroffen (Freud 1909b). Der „kleine Hans“ litt an einer Phobie, er fürchtete, wenn er das Haus verließ, von einem Pferd gebissen zu werden. Im Verlauf der Analyse gab es zwar Unterbrechungen der Notizen, es ist aber zu erkennen, dass die Ausprägung der Phobie schwankend war. Freud vermutete einen Zusammenhang der Phobie mit einer starken Kastrationsangst und führte aus, dass das Pferd von Hans als „Wiwimacher“ verstanden wurde, was die Bezeichnung des Jungen für seinen Penis war. Die Krankengeschichte und Analyse wurden sehr ausführlich und detailliert präsentiert und die Notizen des Vaters sind durch Erläuterungen und Erklärungen Freuds ergänzt. Anschließend schrieb Freud eine ausführliche Epikrise des Krankengeschehens und der Analyse. In Bezug auf die Art der Behandlung, die unter Anleitung von Freud durch den Vater erfolgte, stellte Freud fest, dass die Analyse des „kleinen Hans“ nur unter Mitwirkung der Eltern möglich war.⁸ Es lässt sich festhalten, dass dieser

⁸ Vor dem Hintergrund, dass noch heute die Kinderanalyse von der Zusammenarbeit mit den Eltern entscheidend geprägt ist, sind die Erkenntnisse von Freud höchst bedeutsam.

Fallbericht von Freud eher einer Kranken- als einer Behandlungsgeschichte entspricht, obwohl Freud sie als Behandlungsgeschichte bezeichnete (Freud 1909b).

Eine ähnliche, jedoch viel kürzere Krankengeschichte wurde 1913 von Sándor Ferenczi in der Falldarstellung, „Ein kleiner Hahnenmann“, über den fünfjährigen Jungen Árpád berichtet. Den Angehörigen zufolge war Árpád, bis er dreieinhalb Jahre alt war, ein „normales“ Kind gewesen. Von diesem Alter an veränderte sich der Junge und sein einziges Interesse galt dem Geflügelhaus im Hofe der Sommerwohnung der Familie. Ferenczi (1927) führte keine direkte psychoanalytische Behandlung durch, sondern stütze seine Erkenntnisse auf die Beobachtungen einer Nachbarin und Bekannten. Im Verlauf der Behandlung/Beobachtung wurde deutlich, dass Árpád durch eine geringfügige Verletzung des Penis in frühester Kindheit im Hühnerstall und das Drohen der Erwachsenen, ihm das Glied abzuschneiden, eine Kastrationsangst entwickelt hatte. Im Vergleich zu Freuds Beschreibung des „kleinen Hans“ ist die von Ferenczi weniger ausführlich. Gemein ist beiden Falldarstellungen, dass sie keiner direkten Behandlung entsprechen sondern über dritte Personen verlaufen und die Behandlungstechnik größtenteils unerwähnt bleibt.

Die Darstellung von Einzelfällen verlief nach der geschilderten Studie von Ferenczi auch auf der Grundlage von Tagebüchern weiter. 1919 erschien im Internationalen Psychoanalytischen Verlag das „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“. Hermine Hug-Hellmuth veröffentlichte diesen Fallbericht; eine der ersten detaillierten Beschreibungen der Entwicklung im Jugendalter. In einem Brief an Hug-Hellmuth betonte Freud die große Bedeutung des Tagebuches und bezeichnete die Falldarstellung als „kleines Juwel“. Anhand von Tagebuchaufzeichnungen beschreibt der Bericht das kindliche Seelenleben eines Mädchens von elf bis vierzehneinhalb Jahren. Im Geleitwort von 1919 erklärt Hug-Hellmuth, dass an den Tagebuchblättern nichts beschönigt, weggelassen oder hinzugefügt wurde. Sie habe das 19-jährige Mädchen, welches die Notizen für das Tagebuch geschrieben hatte, im Rahmen dessen Vorbereitung zur Gymnasialmatura kennen gelernt. Das Mädchen sei nicht in psychoanalytischer Behandlung gewesen; sie habe der Verfasserin Hug-Hellmuth später ein Bündel Tagebuchblätter übergeben mit Hilfe welcher, so ist zu vermuten, Hug-Hellmuth anschließend das „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“ schrieb.

Parallel zu Hug-Hellmuth untersuchte Charlotte Bühler verschiedene Tagebücher und beschäftigte sich daher eingehend mit dem Seelenleben von Jugendlichen. In ihrem Buch „Zwei Mädchentagebücher“, welches 1921 in erster Auflage veröffentlicht wurde, wollte sie eine Gesamtdarstellung des jugendlichen Seelenlebens vorlegen. Hierfür wählte Bühler eine neue Methodik: die systematische Analyse von Tagebüchern Jugendlicher. Bühler griff auf 52

Tagebücher zurück und folgerte aus deren Untersuchung, dass sich die Entwicklung junger Menschen meist im Verborgenen abspiele und Tagebücher als Gelegenheit zur inneren Klärung genutzt würden. Sie formulierte daher in Bezug auf die Echtheit des „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“ von Hug-Hellmuth ihre sachlichen Bedenken wie folgt:

„Das Unnatürliche in dem „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“ besteht gerade darin, dass, trotzdem dieses Kind jahrelang in einer Welt schlechter Geheimnisse und unreiner Gedanken für sich lebt, sie ungeachtet dessen mit solcher Harmlosigkeit und kindlichen Naivität zu den Eltern steht und keinerlei Innenleben in sich entfaltet. Der Kontrast kindlicher Naivität und eines ganz äußerlich mit Kinderneugier betriebenen Studiums des Sexuallebens ist zu groß, um natürlich zu wirken. Die Schwester Dora, sagt einmal sehr richtig: „Dir fehlt doch die Innerlichkeit der Auffassung und des Gefühls“ (S.83), und dies geht völlig unverstanden an der im Übrigen so aufgeklärten liebevollen Dreizehnjährigen vorüber. Derartige Gegensätze von Bewusstheit und Naivität, jahrelang friedlich nebeneinander, gibt es nicht“ (Bühler 1923, S.47).

Kurz nach dieser Veröffentlichung wurde der Fallbericht von Hug-Hellmuth daher, unter anderem von Bühler (1923), als Fälschung enttarnt. Hug-Hellmuth wurde vorgeworfen, dass das „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“ eine Reproduktion ihres eigenen Kindererlebens sei. In Folge der starken Kritik gestand Hug-Hellmuth in der dritten Auflage des „Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens“ ein, das Tagebuch selber verfasst zu haben (Hug-Hellmuth 1922). 1922 stellte Bühler dem von Hug-Hellmuth einen anderen Fall gegenüber, um dem „...falschen Bild des reifenden Mädchens, das man von dorthier gewann, ein richtigeres entgegenzustellen.“ (Bühler 1927, S.3). Das von Bühler verwendete Tagebuch wurde von einem jungen Mädchen aus gutbürgerlicher Familie in vier Alben vom vierzehnten bis siebzehnten Lebensjahr geführt (Bühler 1922). Bühler hat an diesem Bericht lediglich Hervorhebungen, Anonymisierungen und Anmerkungen vorgenommen. Bühler bekräftigt die Notwendigkeit, zwischen Tagebüchern von Erwachsenen, die über Kinder schreiben, wie dies Hug-Hellmuth tat, und solchen, in denen Jugendliche ihr eigenes Erleben schildern, zu unterscheiden. Allerdings betont Bühler, dass für die Analyse von Jugendlichen neben Tagebüchern auch auf andere Quellen zurückzugreifen ist:

„Die möglichen Entwicklungswege unserer Tagebücher mögen durch mannigfaltige andere Formen ergänzt werden und sind Quelle nur in dem Sinn, dass sie zahlreiche Einzeltatsachen aufzeigen und das Entwicklungsgesetz in der oder jener Form bestätigen. Dieses aber konnte nicht Tagebüchern oder Beobachtungen entnommen, sondern musste in vergleichend psychologisch und biologischer Betrachtung gefunden werden“ (Bühler 1923, S.7).

Die genannten Beispiele zeigen, dass sich bei der Darstellung eines Einzelfalls Kranken- und Behandlungsgeschichten stark von Tagebüchern unterscheiden. Während Tagebücher autobiographisch sind, stellen Krankengeschichten Berichte über andere Personen dar. Im Weiteren soll ein Fall erläutert werden, der sich durch seine detaillierte Beschreibung der Behandlungstechnik auszeichnet.

„Der Fall Richard“ ist der wichtigste Bericht über eine Kinderanalyse von Melanie Klein. Sie behandelte 1941 in Pitlochry, England, den zehnjährigen Richard, der unter verschiedenen Ängsten und Depression litt. Während der Behandlung schrieb Klein unmittelbar nach jeder der 96 Therapiesitzungen, à 50 Minuten, einen Tagesbericht (Grosskurth 1993). Ebenso notierte sie Anmerkungen zu jeder Sitzung, in denen sie ihre Behandlungstechnik und das Material des Patienten⁹ mit ihren Theorien und Methoden auswertete und beurteilte. Da bei einer längeren Analyse der Umfang ihrer Aufzeichnungen zu groß geworden wäre, ermöglichte erst die zeitliche Begrenzung die Falldarstellung. Die Behandlung dauerte vier Monate und fand vom 28. April bis zum 23. August 1941 statt. In ihrem Werk vermittelt Klein, obwohl die Behandlung unvollendet geblieben sei (Klein 1975), ein vollständiges Bild ihrer Behandlungstechnik und zeigt auf, wie die Beziehung zwischen der depressiven Position Richards und seinem Ödipuskomplex herausgearbeitet wurde. Mit ihrer ausführlichen Beschreibung ermöglicht Klein, die inneren und äußeren Veränderungen Richards nachzuvollziehen. Ebenso wie Freud war sich Klein der Schwierigkeiten von Falldarstellungen bewusst. Darüber hinaus sprach sie sich gegen die Verwendung von Tonbandgeräten aus, da diese die Sprache, aber weder die Intuition des Analytikers und Patienten, noch nicht exakt erfassbare Faktoren aufnehmen und somit nicht aufzeichnen können, was eine Analyse ausmache (Klein 1975)¹⁰.

Der umfangreichen Behandlungsgeschichte durch Klein folgt viele Jahre später eine weitere, die von Donald Winnicott verfasst wurde. In dieser stellt er seine Behandlungstechnik und insbesondere seinen Umgang mit der Übertragung dar. Winnicott behandelte von 1964 bis 1966 über die Dauer von 16 Sitzungen¹¹ in einer unregelmäßig stattfindenden psychoanalytischen Therapie „nach Bedarf“ ein zu Beginn zweijähriges Mädchen. Ihre Geschichte ist unter dem Namen „Piggle“ bekannt geworden. Winnicotts Dokumentation der Behandlung besteht zum einen aus detaillierten Beschreibungen der einzelnen Stunden, zu deren En-

⁹ Im Verlauf der Behandlung fertigte Richard einige Zeichnungen an.

¹⁰ Ein Tonbandgerät würde, Klein folgend, gegen das Grundprinzip der Psychoanalyse verstoßen: „...den Ausschluß jeglicher Kategorie von Zuhörer während der analytischen Behandlung. Ein Patient, der den Verdacht hegt, dass ein Tonbandgerät läuft (das Unbewußte ist sehr »hellhörig«), redet und verhält sich meines Erachtens anders, als wenn er mit dem Analytiker allein ist; auch bin ich der Überzeugung, dass der Analytiker, wenn er zu einem Publikum spricht – was die Verwendung eines Tonbandgeräts praktisch bedeutet, nicht auf die gleiche natürliche und intuitive Weise interpretiert, wie er das tut, wenn er mit seinem Patienten allein ist.“ (Klein 1975, S.14).

¹¹ Winnicott selbst spricht von 14 Sitzungen, es wurden jedoch 16 Sitzungen publiziert (Winnicott 1980).

de er knappe Bemerkungen und Deutungen aufschrieb, zum anderen aus Briefwechseln zwischen Winnicott und Piggie, für die ihre Mitteilungen von den Eltern aufgeschrieben wurden. Ähnlich wie in der Behandlung des „kleinen Hans“ waren die Eltern vom Fach, führten zwar die Analyse nicht durch, wirkten aber durch aktive Unterstützung und Briefkontakt mit Winnicott an dieser mit. Die Treffen fanden auf Bitten des Kindes statt, welches unter verschiedenen Ängsten litt. Piggie war gehemmt und empfindlich, besonders in Bezug auf ihre Identität. Dies verbesserte sich im Verlauf der Behandlung, dennoch äußerte Winnicott sich folgendermaßen über den Erfolg und Ausgang der Therapie: „Ich würde diese Behandlung nicht als beendet bezeichnen. Es erscheint mir zweifelhaft, ob eine Kinderanalyse überhaupt je als abgeschlossen bezeichnet werden kann, wenn der Patient so jung ist, dass der Entwicklungsprozeß einfach in den Vordergrund treten muß, sobald die Analyse beginnt, Erfolge zu zeigen.“ (Winnicott 1980, S. 15).

Anhand der vorgestellten Einzelfälle wird deutlich, dass von Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts an in der Psychoanalyse eine Kultur von Falldarstellungen in Form von Krankengeschichten und Behandlungsberichten bestand. Diese Einzelfalldarstellungen ermöglichten psychoanalytische Erkenntnis, indem sie „...die Einsetzung, die Weiterentwicklung oder einen Wechsel der bis dahin vorherrschenden Theorie signalisierten oder transparent machten.“ (Kimmerle 1998, S.9). Das Feld der Falldarstellungen und Behandlungsberichte hat sich seit Freud weiterentwickelt und ausdifferenziert. In der heutigen Forschung wird zunehmend Wert auf die Darstellung der Behandlungstechnik gelegt. Darüber hinaus gibt der Umfang eines Behandlungsberichtes, Thomä und Kächele (2006b) folgend, einen Hinweis auf die klinische Nähe der beschriebenen Beobachtungen. Freuds ausführliche Fallberichte wurden zwar zum Vorbild erhoben, doch gab es nach ihm wenig vergleichbare Schilderungen. Damit Falldarstellungen nachvollziehbar sind, sollten sie nicht zu kurz verfasst und Daten ergänzt werden, die zu den getroffenen Schlussfolgerungen geführt haben. Dass diese Forderungen geboten sind, zeigt sich bereits in den angeführten historischen Berichten, beispielsweise anhand der problematischen Verwendung von Tagebüchern als Grundlage des Fallberichts von Hug-Hellmuth, in der Kürze der Beschreibung von Ferenczi und der zentralen Bedeutung der Behandlungstechnik von Klein.

Während der zweiten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts wurde die fallbasierte Methodik stark marginalisiert, wodurch ihre wissenschaftliche Bedeutung nachhaltig beschädigt wurde. Gegenwärtig wird daher die Art der klassischen, ausführlichen Falldarstellungen in der psychoanalytischen Klinik und Forschung selten verwirklicht. Für aktuelle Fallberichte

nimmt, auch wenn es, wie Klein (1975) schon anmerkte, Schwierigkeiten hiermit gibt, die Technik der Tonbandaufnahme eine wichtige Rolle für die Forschung ein.

Obwohl Einzelfalldarstellungen stets ein Maß an Anerkennung beibehalten haben, ist erst in den letzten Jahrzehnten ihre wissenschaftliche Wertschätzung wieder angestiegen. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der Veröffentlichung von Fallberichten in der jüngeren Geschichte steigt. Der Grund für vermehrtes Publizieren von Fallgeschichten könnte, unter anderem, die zurückgegangene Scheu vor der Öffentlichkeit sein (Thomä & Kächele 2006b). Gegenwärtig werden Falldarstellungen jedoch vorwiegend in Form von Vignetten veröffentlicht, welche Ausschnitte psychodynamischer Zusammenhänge illustrieren, wobei das therapeutische Handeln in den Hintergrund tritt. Auffällig ist in diesem Zusammenhang, dass Behandlungen von Kindern und Jugendlichen offenbar eher ausführlich berichtet werden, als die von Erwachsenen (Kächele & Thomä 2006c)¹².

In der folgenden Untersuchung der psychoanalytischen Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen ist von Interesse, wie diese im Vergleich zur Vergangenheit gegenwärtig beschrieben werden und in wie weit eine systematische Darstellung stattfindet. Bevor die Ergebnisse dieser Arbeit vorgestellt werden, wird auf die theoretischen und methodischen Grundlagen der Einzelfallforschung und die Idee des „review project“ der Universität Gent eingegangen. Anschließend wird das Vorgehen bezüglich der Charakterisierung und Auswertung der ausgewählten Einzelfallstudien präsentiert.

3. Theorie und Methode

Die historische Darstellung psychoanalytischer Einzelfälle hat gezeigt, dass es zentral ist, das Abbildungsverhältnis von Behandlungsverlauf und Falldarstellung systematisch zu untersuchen, um eine Fallgeschichte als repräsentative Abbildung charakterisieren zu können. Da eine Fallbeschreibung stets eine selektive ist, stellt sich die Frage, wie eine Darstellung des psychoanalytischen Prozesses aussehen könnte. Denn nach wie vor wird die psychoanalytische Methode durch die Einzigartigkeit jeder Lebensgeschichte an die Einzelfalldarstellung und -forschung gebunden (Thomä & Kächele 2006b).

¹² Diese Feststellung bezieht sich auf Falldarstellungen in Büchern. Wie sich im Verlauf der Arbeit zeigen wird, gibt es Grund zur Annahme, dass dies nicht für in Zeitschriften veröffentlichte Artikel gilt und dort eher vermehrt Einzelfälle von Erwachsenen veröffentlicht werden.

3.1 Kritik an und Möglichkeiten von Einzelfallstudien

Im Folgenden wird die Kritik an der Wissenschaftlichkeit von Einzelfalldarstellungen und Einzelfallstudien untersucht und deren Möglichkeiten für die Forschung erarbeitet. Auf dieser Grundlage kann anschließend auf die Systematisierung von Einzelfallstudien eingegangen werden.

Wie bereits aufgezeigt, ist die Bedeutung von Einzelfällen für die Psychoanalyse maßgeblich auf Freud zurück zu führen. Er betonte den engen Zusammenhang zwischen Behandlung und Forschung (Freud 1927a). Dies impliziert jedoch nicht, dass klinische Falldarstellungen und Behandlungsberichte wissenschaftlichen Kriterien genügen, die sich oft an naturwissenschaftlichen Wissenschaftsdesigns orientieren und das gruppen-statistische Experiment der „randomized controlled trials“ präferieren. Einzelfälle können als Ausschnitt einer Gruppe, für die sie beispielsweise mit ihrer Symptomatik repräsentativ sind, oder als individuelle Fälle untersucht werden. Freud vertrat einen Generalisierungsanspruch, nach welchem sich die Erkenntnisse aus einem Einzelfall verallgemeinern lassen; diese Perspektive wird jedoch inzwischen stark kritisiert.

Die Relevanz von Einzelfällen für die Forschung wird gegenwärtig kontrovers diskutiert. Als zentrale Kritikpunkte an der psychoanalytischen Forschung fasst Midgley (2006) folgende zusammen:

- (1) die Daten, welche für klinische Einzelfallstudien genutzt werden sind nicht reliabel (Datenproblem);
- (2) der Auswertung der Einzelfälle fehlt es an Validität (Problem der Datenanalyse);
und
- (3) die mangelnde Generalisierbarkeit auf Grundlage von Einzelfällen.

Auch wenn es die ersten beiden Kritikpunkte nicht gäbe, wäre der Wert der Einzelfallforschung begrenzt, da auf Grundlage eines Einzelfalls keine Generalisierung möglich ist, so Midgley (2006). Nach McLeod (2010) können diese drei kritischen Aspekte durch weitere ergänzt werden:

- (4) Einzelfallstudien beweisen keine Kausalität,
- (5) sind ethnisch problematisch (Problem der Stichprobenwahl: Einzelfälle würden sich beispielsweise oft auf Frauen, keine Randgruppen etc. beziehen) und

(6) die Zusammenfassung der Ergebnisse von Einzelfällen ist schwierig.

Hinzu kommt die Annahme, dass Einzelfallstudien voreingenommen und nicht repräsentativ¹³, nicht über die bloße Beschreibung eines Falls hinausgingen und von Subjektivität gekennzeichnet seien. Tress und Fischer sind hingegen der Meinung, dass „...die Kritik [...] [verkennt], dass sich individuelle und einzigartige Phänomene in losgelöster Reinheit gar nicht denken und in Sprache fassen lassen.“ (1991, S.618).

Damit auf Grundlage von Einzelfallstudien eine Generalisierung vorgenommen werden kann, ist eine Strategie der Agglutination notwendig. Deduktives Vorgehen, welches von Ergebnissen einer Gruppe auf Individuen schließt, ist jedoch ebenfalls mit Schwierigkeiten konfrontiert (Midgley 2006). Auch in der klinischen Psychologie wurde seit Mitte der 1970er Jahre der Stellenwert der quantitativen Einzelfallanalyse als methodisches Verfahren verstärkt diskutiert. Dabei wurden quantitative Einzelfallanalysen vorwiegend durch statistische Verfahren untersucht. In diesem Kontext sind die Ideen des N=1-Ansatzes, Einzelfallexperimente und die Einzelfalldiagnostik zentral (Petermann 1989)¹⁴. Experimentelle Methoden schließen allerdings eine gewisse Manipulierbarkeit des Untersuchungsobjekts ein, was in der klinischen Situation nicht erwünscht ist. Laut Grawe (1988) sollte auch im Bereich der klinischen Psychotherapieforschung die Entwicklung dahin gehen, eine Therapie mit verschiedenen Methoden zu analysieren, anstatt viele Therapien mit einer Methode. Er ist der Meinung, dass „...sorgfältig aufbereitete Einzelfallanalysen, die das therapeutische Geschehen zunächst einmal auf der Ebene des Einzelfalles in seinen komplexen Zusammenhängen darstellen und verständlich machen...“ (Grawe 1988, S.6), eine Grundlage für die Untersuchung wissenschaftlicher Fragestellungen schaffen könnten. Auch die klinische Situation ist systematisch erfassbar, wenn Verfahren genutzt werden, die für das untersuchte System angemessen sind (Schaumburg, Kächele & Thomä 1974). Dies spricht dafür, anders als in experimentellen und statistischen Untersuchungen, Verfahren einzubeziehen, die vor allem den Prozesscharakter der Einzelfälle berücksichtigen. Die spezielle Methodik von Einzelfalluntersuchungen besteht darin, dass bei einem „...Patienten zu verschiedenen Zeiten dieselben Variablen gemessen werden.“ (Schaumburg, Kächele & Thomä 1974, S.365). Es ist wichtig „...die Möglichkeiten und Bedingungen für die Anwendung empirischer und statistischer Methoden in Einzelfallstudien kritisch zu sichten.“ (Schaumburg, Kächele & Thomä 1974, S.353). In diesem Zusammenhang ist auf die positiven Aspekte und Möglichkeiten von Einzelfallstudien zu ver-

¹³ Das Problem der fehlenden Repräsentativität kann allerdings in allen Bereichen der Forschung auftreten.

¹⁴ Huber (1973) zeigt, dass sich an Einzelfällen tatsächlich Gesetzmäßigkeiten erfassen lassen und eine quantitative Einzelfallerforschung möglich ist.

weisen. Die Individualität von Einzelfallstudien erlaubt es in natürlichen Behandlungssituationen, therapeutische Schritte en detail zu untersuchen. Die Qualitäten und Vorteile von Einzelfallstudien werden von Leuzinger-Bohleber (1995) betont, wie die Idiosynkrasie und Einmaligkeit, welche nicht in großen Stichproben untersucht werden können. Kächele und Thomä (2006c) folgend, können die zentralen Aspekte der psychoanalytischen Behandlung nur durch die sorgfältige Untersuchung der Interaktion zwischen Patient und Analytiker herausgestellt werden und eine empirisch geleitete Theorie des Prozesses ermöglichen. Dies könnte durch eine passende Systematisierung erreicht werden. Das Ziel der Einzelfallforschung, die Erkenntnis zu erhöhen, geht über die illustrative Darstellung des Fallberichtes hinaus (Fonagy & Moran 1993). Einzelfälle sind somit klinisch bedeutsam und spielen eine wichtige Rolle, um die bestehende Kluft zwischen Wissenschaft und klinischer Praxis zu schließen (Midgley 2006).

„Aus heutiger Sicht sind bloße Zusammenfassungen von Behandlungsverläufen schon wegen ihrer Unvollständigkeit für die wissenschaftliche Beweisführung problematisch geworden. Zugleich liegt es in der Natur der Sache, dass Vollständigkeit nicht erreicht werden kann. Aber eine wesentliche Forderung kann heute erfüllt werden, nämlich die Dokumentation auf der Beobachtungsebene wenigstens dort detailliert zu betreiben, wo Verallgemeinerungen erfolgen.“ (Thomä & Kächele 2006b, S. 22).

Somit ist die systematische Darstellung von Einzelfällen von besonderer Bedeutung. Wie auch im „review project“ der Universität Gent wird in der vorliegenden Arbeit mit dem IBISC ein Vorschlag zur Systematisierung von Einzelfällen erarbeitet.

3.2 Systematisierung von Einzelfallstudien

Das aktuell gestiegene Interesse an der Einzelfallforschung bringt die verstärkte Notwendigkeit mit sich, Einzelfallstudien zu klassifizieren. Diese eröffnen „...neben dem didaktisch-klinischen Gewinn auch Möglichkeiten für systematische Verlaufsstudien mit Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung.“ (Kächele & Thomä 2006c, S.117).

Historisch betrachtet gab es bereits verschiedene Klassifikationsversuche bezüglich der Darstellung von Einzelfällen. Dollard von der Universität Yale entwickelte schon 1935 sieben Kriterien für die inhaltliche Strukturierung von Fallbeschreibungen, die jedoch methodisch kritisierbar bleiben (Kächele 1981). 1951 entwickelte Mitscherlich ein Schema zur Beschreibung eines Behandlungsverlaufs, welches eine systematische Darstellung anstrebte (Thomä

1978). Edelson (1986) veröffentlichte ebenfalls eine Liste mit Anforderungen an psychoanalytische Einzelfälle; er ging davon aus, dass diese geschrieben werden, um eine empirische Generalisierung zu unterstützen oder eine kausale Geschichte zu erzählen. Für die empirische Generalisierung sind demnach folgende Aspekte zentral: Es muss (1) eine klare Hypothese mit dem Ziel der Generalisierung formuliert werden; die Phänomene werden mittels Dokumentation der Äußerungen von (2) Analytiker und (3) Patient intersubjektiv zugänglich gemacht; (4) Umstände, welche die Generalisierung erschweren, werden deutlich benannt; es werden (5) Nachweise darüber, dass die Hypothese die Daten nicht belastet hat sowie (6) Alternativen zur Hypothese gegeben und ihre Nachteile aufgeführt; und es wird (7) der Bereich von Fällen und Situationen genannt, auf den (8) die Hypothese angewendet werden kann und mit welcher Begründung (Edelson 1986).

Für die wissenschaftliche und didaktische Funktion von Falldarstellungen könnte, Kächele (1981) folgend, die Hervorhebung des Typus¹⁵ als Systematisierung dienen: „Aus der Vielzahl die idealtypische Gestaltung herauszulesen und diese anhand eines Beispiels prägnant gestalten zu können, dürfte vermutlich die Wirksamkeit einer überzeugenden Krankengeschichte ausmachen.“ (Kächele 1981, S.159). Einen systematischen Ansatz zur Datenerhebung für psychoanalytische Einzelfälle schlagen Fonagy und Moran (1993) vor, indem sie vier Klassifikationen vorstellen: „(1) qualitative Einzelfallstudien, (2) quantitative Serienstudien von Einzelfallaufnahmen, (3) Patientenserien oder quasi-experimentale Designs, und (4) experimentelle Designs“ (S.63). Es bestehen über die genannten Ansätze hinaus weitere Vorschläge zur Systematisierung und Klassifizierung, insbesondere in Zusammenhang mit der Archivierung von Einzelfällen. Im Rahmen dieser Arbeit genügt dieser Einblick.¹⁶

Die Zusammenfassung von Material anhand von Themen oder Gegebenheiten, wie die verschiedenen Ansätze vorschlagen, bringt allerdings weitere Probleme mit sich. Damit die Kategorien unabhängige und zuverlässige Verwendung ermöglichen, müssen sie explizit definiert und erschöpfend sein. Die praktischen Versuche, psychoanalytisches Material zu kategorisieren, werden jedoch selten solchen Kriterien unterworfen (Fonagy & Moran 1993). Auch wenn es neben den dargestellten Ansätzen weitere Versuche der Kriterienentwicklung und Klassifikation für Einzelfälle gegeben hat, wird deutlich, dass die zentrale Schwäche der bisherigen psychoanalytischen Forschung in dem Nichtvorhandensein allgemein festgelegter Regeln für die Auswertung klinischer Beobachtungen liegt (Kächele 1981). Die Komplexität

¹⁵ Kächele folgend stehen „fast hinter jeder psychoanalytischen Darstellung eines einzelnen Falles [...] viele ähnliche; die einzelne Krankengeschichte, die veröffentlicht wird, ist in der Regel die Illustration einer klinischen Erfahrung an einem als typisch vorgestellten Beispiel.“ (1981, S.159).

¹⁶ Bei weiterem Interesse ist auf folgende Autoren zu verweisen: Wallerstein & Sampson 1971, Kächele, Thomä & Schaumburg 1975, Weiss & Sampson 1986, Mergenthaler & Kächele 1988, sowie Luborsky et al. 2001.

des Feldes und der zeitintensive Prozess der Zusammenstellung einer Datenbasis erschweren Klassifikationen.

Einen vielversprechenden Vorschlag machen Iwakabe und Gazzola (2009) mit der Präsentation dreier Typen von Einzelfallmethoden und Forschungsstrategien. Diese bilden die methodologische Basis der Kategorie „type of study“ im IBISC¹⁷.

Iwakabe und Gazzola folgend, lassen sich Fallstudien in klinische, experimentelle und systematisch/naturalistische Typen klassifizieren.

a) Klinische Typen sind subjektive Berichte von Therapeuten über Behandlungen. Auch wenn diese wichtige Erkenntnisse bieten, wird ihr Wert durch das Fehlen von Systematisierung, reliablen Methoden und methodischen Richtlinien angezweifelt (Iwakabe & Gozzola 2009).

b) Experimentelle Einzelfallstudien beziehen sich auf das Testen von Hypothesen über Behandlungseffekte innerhalb eines experimentellen Settings. Ihr Ziel ist es, bestimmte Veränderungen, die im Patienten zu beobachten sind, festzuhalten.

c) Die dritte Gruppe von Einzelfallstudien ist als systematisch/naturalistisch zu beschreiben.¹⁸ Das Ziel systematischer Einzelfallstudien ist es, Daten aus mehreren Quellen zu sammeln: einerseits vom Therapeuten, andererseits von unabhängigen Forschern, um durch das Zusammenfließen von verschiedenen Datenquellen eine ausführliche Fallzusammenfassung zu erhalten. Der Wert von systematischen Einzelfallstudien für die klinische Praxis und Forschung liegt in der Annäherung dieser beiden Bereiche. Systematische Einzelfallstudien können das Verständnis und die Handlungsmöglichkeiten für praktisch Tätige erhöhen; durch ihre praktische Orientierung, Bereitstellung von Forschungsmethoden und Leitlinien, können Letztere motiviert werden, sich an Forschungen zu beteiligen. Der Lernprozess während des Studiums von Fallberichten, die Lebensnähe der Einzelfälle, ebenso wie die Vielfalt der Details, bieten Forschenden die Möglichkeit, neue Erkenntnisse zu erlangen. Neben Evidenz oder Klärung bestehender Theorien können Einzelfälle auch zu neuen Ideen anregen sowie eine Reflexion der klinischen Praxis ermöglichen. Überdies bieten systematische Einzelfallstudien die Möglichkeit, spezifische und außergewöhnliche Fallgeschichten aus groß angelegten, willkürlich ausgewählten, klinischen Stichproben zu untersuchen. Diese Studien können, indem sie Mittelwerte fokussieren, überblicksartige Orientierung ermöglichen. Einzelfalldesigns erlauben es auch, den Prozess erfolgreich oder nicht erfolgreich behandelte

¹⁷ Das IBISC wird im weiteren Verlauf der Arbeit näher erläutert und die Kategorie „type of study“ ist im IBISC Manual beschrieben.

¹⁸ „In systematischen Einzelfallstudien werden sowohl verbale als auch nonverbale Daten, die im natürlichen Therapiesetting via Band bzw. via Interaktion gewonnen werden, mithilfe qualitativer Forschungsmethoden analysiert und interpretiert“ (Boothe 2011, S. 41).

Fälle zu untersuchen, mit elaborierten Einzelfallstudien das Verständnis von Störungen zu vertiefen und dadurch die Konzeptualisierung von Behandlung zu verbessern. Der Erkenntnisbeitrag von Einzelfallstudien kann weiterhin durch die Kontrastierung und den Vergleich von ausgewählten Fällen sowie die Untersuchung der Ergebnisse erhöht werden (Iwakabe & Gozzola 2009).

Im Zusammenhang mit der Systematisierung von Einzelfallstudien ist auch auf die Sicherung von Forschungsstandards hinzuweisen. Um die Validität einer Einzelfallstudie zu sichern und die Reliabilität zu überprüfen, müssen fallbasierte Methoden Strategien für die Gewährleistung von Genauigkeit schaffen: „Um eine systematische prozessforschungsrelevante Dokumentation von Behandlungsverläufen zu erreichen, ist die Aufzeichnung der Dialoge mit mechanischen Geräten, seien es Tonband- oder Videorekordern heute unerlässlich.“ (Kächele & Thomä 2006c, S.118).

Kächele und Thomä bezeichnen die Dokumentation des Interaktionsgeschehens durch Tonband- oder Filmaufnahmen als minimalen Forschungsstandard. Hierfür sind weiterhin Methoden der (computergestützten) Archivierung und nachfolgende qualitative oder quantitative Textanalysen notwendig, wodurch sich die klinisch-psychoanalytische Forschung zur empirischen Forschung zur klinischen Psychoanalyse wandelt. Um Genauigkeit und Überprüfbarkeit zu erreichen ist es wichtig, alle Sitzungen mit dem Tonband festzuhalten. Um Voreingenommenheit zu vermeiden, sollten unabhängige Beurteiler einbezogen werden. Zusätzliche Informationen sind über Selbstbeurteilungen zu erhalten.

Gegenwärtig liegt gemäß Kächele der Schwerpunkt der psychoanalytischen Therapiefor schung „...in the comprehensive comparative evaluation of various forms of psychoanalytical therapy as well as in the microprocess analysis of psychoanalytical action.“ (Kächele, Schachter & Thomä 2009, S.20). Auch ist darauf hinzuweisen, dass „...systematische Einzelfallstudien, die eine formalisierte und systematische klinische Auswertung mit einer statistischen kombinieren...“, geeignet sein könnten, „...einen bestehenden Mangel in der psychoanalytischen Forschung zu beheben...“ (Schaumburg, Kächele & Thomä 1974, S.356)¹⁹. Elliott (2009) betont in seiner beispielhaften systematischen Einzelfallstudie die Ergänzung randomisierter klinischer Untersuchungen durch systematische Einzelfallstudien. Letztere verfolgen das Ziel, Veränderungen zu evaluieren: Hängen diese mit der Therapie zusammen? Welche alternativen Erklärungen für die Veränderung bestehen? Lassen sich spezifische Prozesse, welche für Veränderung verantwortlich sind, identifizieren? Ansätze, wie das „hermeneutic

¹⁹ Schaumburg, Kächele & Thomä geben einen Überblick über die empirisch-statistischen Möglichkeiten die „...hypothesenprüfende Bedeutung klinischer Falldarstellungen zu verbessern.“ (Schaumburg, Kächele & Thomä 1994, S.371).

single-case efficacy design“ (HSCED) von Elliott (2009), beziehen sich auf die Integration von quantitativen und qualitativen Informationen und deren gegenseitige Ergänzungsmöglichkeiten. Diese Möglichkeiten zeigt ebenfalls die ausführliche und sehr detaillierte Einzelfallstudie einer psychoanalytischen Behandlung von Szecsödy (2008) auf.²⁰

Die Perspektive der Kombination von quantitativen und qualitativen Methoden (Mixed Method Research) scheint für die Einzelfallforschung relevant und vorteilhaft zu sein. Daraus ergibt sich, dass für die Forschung ein bestimmter Grad an Formalisierung und systematischer Kategorisierung benötigt wird. Fallstudien ermöglichen die Verfeinerung von klinischen Behandlungsansätzen sowie die Überprüfung und die Ausdifferenzierung der Theorien, die den Ansätzen zugrunde liegen (Edwards, Dattilio, & Bromley, 2004). Einzelfallstudien können quantitativ oder qualitativ sein und Antworten für detaillierte Prozessfragen bereitstellen. Klinische Erkenntnis bedarf einer durchdachten Nutzung und Kombination von Forschungsmethoden, die sich gegenseitig ergänzen und kontrollieren (Edwards, Dattilio, & Bromley, 2004). Ohne eine große Anzahl von sorgsam ausgewählten Fallstudien wäre die Psychoanalyse als wissenschaftliche Disziplin ineffektiv, da die systematische Produktion von Beispielen fehlen würde.

“After all, single-case studies, when systematically replicated with other individuals, can help us not only to understand what aspects of the original study’s findings are transferable, but also those that are not. When a different result is found, one must try and work out what is specific to this second case which makes the results different to the first study, and in this way one’s understanding is gradually enriched and one’s understanding refined.” (Midgley 2006, S.138).

Aufgrund der geschilderten Bedeutung und den Möglichkeiten von Einzelfallstudien ist zu vermuten, dass die klinische Einzelfallstudie als Untersuchungsmethode einen Beitrag zur Entgegnung auf die Kritik an der psychoanalytischen Forschung bieten könnte. Dafür müsste sie allerdings systematisierter eingesetzt werden. Ein Beispiel für die Systematisierung von Einzelfallstudien stellt das „review project“ der Universität Gent dar, auf dessen Methode im Folgenden eingegangen wird.

²⁰ Ebenso der Ansatz des Segmentierungsparadigmas, welches in dem Mount Zion Psychotherapieforschungsprojekt von Weiss und Sampson 1986 angewendet wurde (Fonagy & Moran 1993) oder Zeitreihenanalysen, wie in der Einzelfallstudie von Moran und Fonagy (1987); diese nutzten qualitative und quantitative Methoden zur Analyse des Zusammenhanges von Diabetes und psychoanalytischer Therapie. Auch das „...systematisierte Erschließungsverfahren der Erzählanalyse Jakob...“ ermöglicht detaillierte, narrative Einzelfallanalysen (Boothe 2011, S.41).

3.3 Die Methode des „Inventory of Basic Information in Single Cases“ (IBISC)

Es ist deutlich geworden, dass die Integration und Nutzung von Informationen aus Einzelfällen durch eine fehlende Berichtskultur erschwert wird. Das größere Problem scheint jedoch darin zu bestehen, dass eine Zusammenfassung von Einzelfällen und damit die Schaffung einer Struktur nur selten versucht wurden. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Forschung des bereits erwähnten „review project“ der Forschergruppe um Prof. Dr. Desmet an der Universität Gent. Das Hauptziel dieses Projekts ist die Zusammenstellung einer Datenbasis von psychoanalytischen Einzelfallstudien, die als „peer reviewed“ Artikel in ISI-ranked Zeitschriften publiziert und im „web of science“ aufgelistet sind. Dadurch wird ein Überblick über das Feld der psychoanalytischen Fallstudienforschung und deren Konzeptualisierung über die letzten Jahrzehnte angestrebt.

Eine derartige Bestandsaufnahme von existierenden Studien ermöglicht es, für bestimmte Forschungsfragen entsprechende Sätze von Einzelfällen auszuwählen. Darüber hinaus bietet eine Falldatenbank eine nutzbringende Ressource für praktisch Tätige, da sie die Passung von spezifischen Charakteristika, bestimmten Aspekten, Themen und Konflikten vereinfacht und eine Basis für Metasynthesen und systematische Vergleiche darstellt. Gegenwärtig werden in der Literatur wenige Fälle auf eine Art berichtet, dass sie einen Beitrag zur Theoriebildung erlauben und objektiv bewertet werden können. Mit der Entwicklung einer Datenbasis, die als öffentlicher Referenzpunkt dient, könnte der fallbasierte Forschungsprozess unterstützt und die Lücke zwischen Forschung und Praxis verringert werden.

Das „review project“ der Universität Gent begann mit der Suche nach Einzelfällen im ISI Web of Knowledge unter Verwendung der Suchbegriffe ‘(psychoanal* OR psychodynam*) AND (case OR vignette)’. Durch diese Auswahl wurden alle Bezeichnungen eingeschlossen die sich auf psychoanalytische oder psychodynamisch orientierte Artikel einerseits, und/oder Wörter wie Case oder Vignette andererseits beziehen. Diese Suche ergab 2760 Treffer für die Publikationsjahre 1955 bis Ende 2011²¹. Vier Mitarbeiter des Projektes bearbeiteten alle Abstracts und wenn auf deren Basis keine Einschluss- oder Ausschlussentscheidung getroffen werden konnte, wurde der komplette Artikel gelesen. Die geprüften Einzelfälle wurden berücksichtigt wenn sie folgende Kriterien erfüllten:

- (1) der Einzelfall beschreibt eine individuelle psychoanalytische Behandlung,

²¹ Der Anfangszeitpunkt ergibt sich daraus, dass das „web of science“ ausschließlich Journals ab 1955 indexiert, demnach ist der Zeitraum 1955 bis 2011 der verfügbare des „web of science“. Der Endzeitpunkt stellt auch den Startpunkt des „review project“ der Universität Gent dar.

- (2) der Einzelfall beschreibt eine Therapie, die nicht ausschließlich psychoanalytisch geprägt ist, aber aufgrund der therapeutischen Technik als psychoanalytisch charakterisiert werden kann (Musiktherapie, bodypacking, wilderness therapy wurden ausgeschlossen),
- (3) der Einzelfall ist entweder Schwerpunkt des Artikels oder eine illustrative Vignette ausreichender Länge (die Darstellung des Einzelfalls umfasst mehr als 50 % oder mindestens fünf Seiten des Artikels),
- (4) der Einzelfall ist in englischer, französischer, deutscher oder spanischer Sprache geschrieben,
- (5) der Einzelfall ist nicht nur eine Reflexion einer vorher veröffentlichten Einzelfallstudie, sondern präsentiert eine eingehende Analyse klinischer Daten.

Anhand dieser Kriterien konnte das „review project“ der Universität Gent 453 Einzelfälle einbeziehen. 445²² wurden mit einer ad hoc konstruierten Auswertungsskala – dem Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC) – ausgewertet. Die IBISC Skala erfasst mit ihrer Struktur:

- (1) Publikationsinformationen,
- (2) Basisinformationen und Charakteristika der Forschungsmethode (wie beispielsweise die Art der Daten und Analyse, etc.),
- (3) Angaben zu den Patienten (wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Diagnose, etc.),
- (4) Angaben zum Therapeuten (Alter, Geschlecht, Ausbildung, etc.), und
- (5) Informationen bezüglich der Therapie (Länge, Ergebnis, Frequenz, etc.) (Desmet et al. 2013).

Jede dieser fünf Kategorien enthält mehrere Items. Für einige davon besteht im IBISC die Möglichkeit zu definieren, ob eine Information explizit beschrieben wird, implizit zu erschließen ist oder nicht genannt wird.

Eine detaillierte Beschreibung der einzelnen Aspekte und der Anwendung der Skala ist im IBISC Manual zu finden (Megawick, Desmet & Schindler 2012).²³ Somit konnten die Einzelfallstudien strukturiert zusammengefasst werden; die daraus resultierende Datenmatrix des Forschungsprojektes ist online unter www.singlecasearchive.com verfügbar.

²² In acht Einzelfällen war kein Zugang zum Volltext möglich, weswegen diese nicht in der Untersuchung berücksichtigt werden konnten.

²³ Wie auch die IBISC Skala ist das dazugehörige Manual im Anhang der vorliegenden Arbeit einzusehen.

Im Zusammenhang mit dem „review project“ und unter Verwendung des IBISC werden in dieser Arbeit von den 445 Einzelfällen alle 58 Fälle von Kindern und Jugendlichen ausgewertet. Vor dem Hintergrund, dass die systematische Einzelfallstudie ein geeignetes Verfahren zur psychoanalytischen Forschung darstellt, wurde unter anderem untersucht, wie viele der 58 Einzelfälle als systematische Einzelfallstudien von Kindern und Jugendlichen bezeichnet werden können. Im Folgenden werden die Ergebnisse der charakterisierten Einzelfallstudien präsentiert.

4. Untersuchungsergebnisse

Die insgesamt 58 untersuchten Einzelfälle wurden gelesen, unter Nutzung des IBISC charakterisiert und mittels deskriptiver Statistik ausgewertet. Die folgende Ergebnisdarstellung orientiert sich an der Struktur des IBISC. Dementsprechend werden die Ergebnisse zu den Publikationsdaten, den Merkmalen der Studien, des Therapeuten, des Patienten und der Behandlung vorgestellt. In dem daran anschließenden fünften Arbeitsabschnitt werden die Ergebnisse diskutiert und mögliche Forschungsperspektiven aufgezeigt.

4.1 Publikationsdaten

Die 445 Einzelfälle des „review project“ wurden zwischen 1955 und 2011 publiziert. Im Vergleich dazu ist auffällig, dass die in der vorliegenden Arbeit untersuchten 58 Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen zwischen 1967 und 2011 erschienen sind.²⁴ Im Verhältnis zu den 445 Einzelfällen stellen die 58 Fälle von Kindern und Jugendlichen einen Anteil von 14,2 % dar.

Von 1967 bis 1990 wurden 8,6 %, von 1991 bis 1999 32,8 % und von 2000 bis 2011 58,6 % der Artikel mit Einzelfällen von Kindern und Jugendlichen veröffentlicht. Es lässt sich somit ein vom Einzelfalltyp unabhängiger Anstieg von publizierten Fällen über die Jahre festhalten. Auffällig ist, dass der Anstieg nicht linear verläuft. Wie aus Abbildung 1 hervorgeht

²⁴ Dem dieser Arbeit angehängten SPSS Output lässt sich auf Seite 9 und 10 entnehmen, in welchen Zeitschriften die Einzelfälle publiziert wurden.

sind beispielsweise in den 1990er und in den letzten Jahren einige Sprünge in der Anzahl veröffentlichter Einzelfällen in ISI-ranked Journals zu vermerken (SPSS Output, S. 2).²⁵

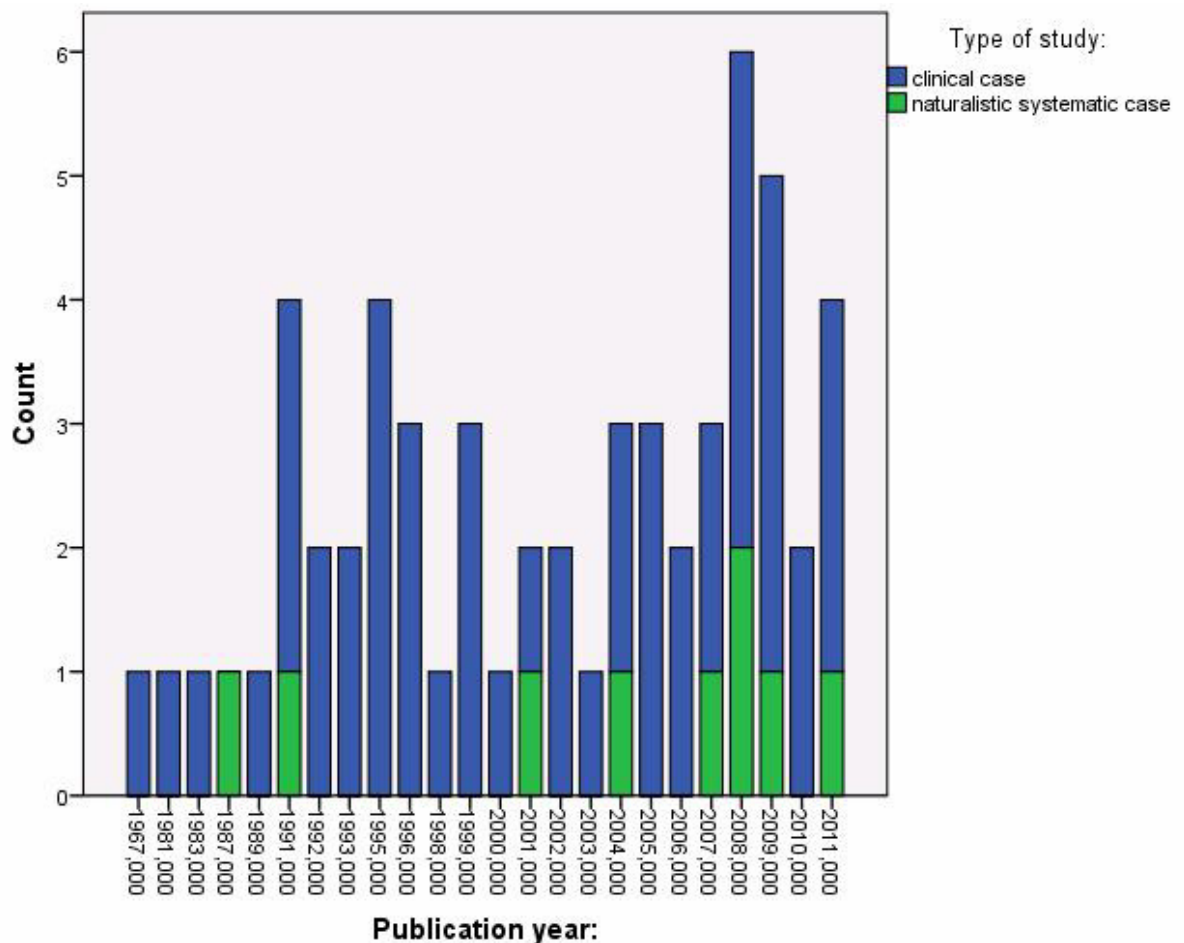


Abbildung 1: Einzelfalltypen und Anzahl der Publikationen von Einzelfällen von Kindern und Jugendlichen zwischen 1967 und 2011

4.2 Methodische Charakteristika der Einzelfallstudien

Im Folgenden werden die Ergebnisse, die sich auf die methodischen Merkmale der untersuchten Einzelfallstudien beziehen, vorgestellt. In 43,1 % der untersuchten Artikel steht der Einzelfall im Fokus. Mehrheitlich (56,9 %) handelt es sich jedoch um eine Illustration des Einzel-

²⁵ Es ist zu berücksichtigen, dass sich die Bedeutung des Publizierens in bestimmten Journals und die Indexierung von Journals im „web of science“ ebenfalls über die Jahre verändert haben könnte. Somit kann aus den vermehrten Publikationen nicht einfach der Schluss gezogen werden, dass es mehr Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen gibt.

Vor diesem Hintergrund ist vermutlich auch der im Vergleich zu Einzelfällen von Erwachsenen später beginnende Publikationszeitraum von Einzelfällen von Kindern und Jugendlichen zu verstehen.

falls.²⁶ Der Seitenumfang der Einzelfalldarstellungen lag zwischen 1,5 und 35 Seiten, der Durchschnitt bei 9,15 Seiten.²⁷

Von den 58 untersuchten Artikeln ließen sich 49 Fälle (84,5 %) als klinisch und 9 (15,5 %) als systematisch klassifizieren (siehe Abbildung 1.).

In 35 Fällen (60,3 %) war der Patient im Fokus der Studie und in 23 Fällen (39,7 %) wurden Patient und Therapeut fokussiert.

In 69 % der Fälle (N=40) wurde nicht erwähnt, ob und/oder welches Material für die Analyse, Interpretation und Darstellung der Einzelfälle verwendet wurde. Dagegen benannten 31 % der Autoren explizit (N=11) oder implizit (N=7)²⁸ das für die Analyse genutzte Material. Von den Fällen, in denen die Art des Materials bekannt ist, wurden in 15 Fällen spezifische Messinstrumente wie Fragebögen, Interviews, Selbstauskünfte und/oder andere psychologische Messinstrumente genannt. In sechs Fällen wurde der Gebrauch von Audio- oder Videotapes erwähnt, in drei Fällen wurden Notizen des Therapeuten herangezogen und in einem Fall wurde angegeben, dass keine Materialien genutzt wurden. In einigen Fällen wurden verschiedene Arten von Material eingesetzt.

In 48 Fällen (82,2 %) war die Analyse oder Interpretation des Einzelfalles ausschließlich klinisch. Somit wurden lediglich in 10 Fällen (17,8 %) qualitative, quantitative oder beide Methoden zur Analyse angewendet.

Ein formales Folgetreffen nach Beendigung der Therapie fand in 17,2 % (N=10) der Fälle statt.

Die Haltung oder die Gefühle des Patienten in Bezug auf den Therapeuten wurden in 72 % (N=42) der Fälle beschrieben, während die Haltung oder Gefühle des Therapeuten gegenüber dem Patienten, beispielsweise die Gegenübertragung, in 63,8 % (N=37) der Fälle dargestellt wurde. Eine klinische Beschreibung des Therapieprozesses wurde in 93,1 % (N=54) der Fälle gegeben.

In ebenfalls 93,1 % der Fälle wurde nicht erwähnt, ob eine Einverständniserklärung des Patienten zur Veröffentlichung gegeben worden war. In nur vier Falldarstellungen wurde darauf Bezug genommen, dreimal lag das Einverständnis des Patienten vor und einmal nicht.

²⁶ In Bezug auf die Positionierung des Einzelfalles in einem Artikel definiert das IBISC Manual, wann ein Einzelfall im Fokus steht oder eine Illustration darstellt. Wenn der Einzelfall im Fokus steht, beginnt der Autor mit der Falldarstellung und erläutert theoretische Ausführungen anhand des Einzelfalles. Wenn der Artikel mit einer theoretischen Perspektive oder Frage beginnt und die Falldarstellung als Beispiel dieser Theorie oder Frage angeführt wird, handelt es sich um eine Illustration.

²⁷ Dies teilt sich wie folgt auf: $\geq 1,5$ und ≤ 5 Seiten: 24,1 %; > 5 und ≤ 10 Seiten: 41,4 %; > 10 und ≤ 15 Seiten: 24,2 %; > 15 Seiten: 10,3 %.

²⁸ Dieses ist eins der Items für die es im IBISC die Möglichkeit gibt zu definieren, ob eine Information explizit, implizit oder nicht erwähnt wurde. Siehe dazu das angehängte Manual des IBISC.

4.3 Charakteristika der Therapeuten

Das Geschlecht des Therapeuten wurde in 11 Fällen (19 %) explizit genannt, implizit in 36 Fällen (62,1 %)²⁹ in 11 Fällen (19 %) blieb das Geschlecht des Therapeuten unbenannt. Anhand der Fälle, in denen das Geschlecht des Therapeuten genannt wurde, ist mit 23 weiblichen und 24 männlichen Therapeuten eine ausgeglichene Geschlechterverteilung festzuhalten.

Das Alter der Therapeuten wurde in zwei Fällen, einmal explizit und einmal implizit, erwähnt. Der ethnische Hintergrund wurde, bis auf in einem Fall explizit und in 6 Fällen implizit, nicht genannt. In Bezug auf die Ausbildung des Therapeuten waren in zwei Fällen explizite Informationen vorhanden. In 58,6 % (N=34) der Fälle konnten die Informationen zur Ausbildung des Therapeuten, wenn der Erstautor auch der Therapeut war, aus den Informationen zum Autor implizit geschlossen werden. Informationen bezüglich der Erfahrung des Therapeuten fehlten in den meisten Fällen (94,8 %). Die theoretische Orientierung der Therapeuten war entsprechend der Auswahlkriterien psychoanalytisch oder psychodynamisch. Der Therapeut war in 69 % (N=40) der Fälle der Erstautor (meist implizit durch die Verwendung von Pronomen zu erschließen und nicht explizit erwähnt) und in 12,1 % (N=7) nicht. Ob der Therapeut der Erstautor war, wurde in 19 % der Fälle nicht mitgeteilt oder war nicht ableitbar. Insgesamt sind Angaben zum Therapeuten in den Einzelfällen nur teilweise vorhanden.

4.4 Charakteristika der Patienten

Das Geschlecht wurde ebenso wie das Alter der Patienten in allen Einzelfällen angegeben. 27 Patienten (46,6 %) waren weiblich und 31 (53,4 %) männlich. Das Alter variierte von fünf Monaten bis achtzehn Jahren und betrug im Durchschnitt 9,36 Jahre (siehe SPSS Output, S.15f.).³⁰

In allen Fällen gab es explizite Beschreibungen der Diagnosen. Die Art der Beschreibungen variiert jedoch stark. Einige Autoren nutzen die beschriebenen Beschwerden der Patienten; dies ist in Formulierungen wie 'fühlt sich leer', 'Spannung' oder 'Selbst-

²⁹ Durch die Verwendung von Pronomen durch den Autor und durch dessen Namen wurde implizit auf das Geschlecht des Therapeuten geschlossen.

³⁰ Der ethnische Hintergrund des Patienten wurde in 13,8 % der Fälle explizit, in 13,8 % implizit und in 72,4 % nicht genannt. Über den sozioökonomischen Stand und ehelichen Status der Patienten konnte aufgrund des Alters überwiegend keine Aussage getroffen werden. In 50 % der Fälle wurde explizit und in 25,9 % der Fälle implizit die Anzahl der Geschwister der Patienten genannt. In 24,1 % gab es diesbezüglich keine Angaben. In 36,2 % der Fälle hatten die Patienten ein Geschwisterkind (für mehr Details siehe SPSS Output, S.17).

mordabsichten' wieder zu finden. Andere nutzen diagnostische Bestimmungen, wie Depression oder generalisierte Angst. Im IBISC werden diese verschiedenen Beschreibungen nach den zentralen Kategorien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) geordnet. Die sich daraus ergebenden Hauptdiagnosen sind in der folgenden Abbildung 2 dargestellt. Einige Patienten wiesen Komorbiditäten auf, 39,7 % der Patienten erhielten eine zweite und 6,9 % eine dritte Diagnose. Die drei häufigsten DSM Diagnosen waren: disorders usually first diagnosed in infancy, childhood and adolescence (20 Fälle), anxiety disorders (10 Fälle) und mood disorders (7 Fälle). Diagnosen, die in der Kindheit und Adoleszenz beschrieben wurden, waren beispielsweise ADHS, aggressives Verhalten, Enuresis (Bettnässen), autistische Störungen, Trichotillomanie, selektiver Mutismus, Trennungsängste und Essstörungen von Säuglingen. Als affektive Störungen (mood disorders) wurden meist Depressionen genannt. Daneben wurden im Bereich der Angststörungen auch Panikstörungen, Traumata oder Zwangsstörungen diagnostiziert.

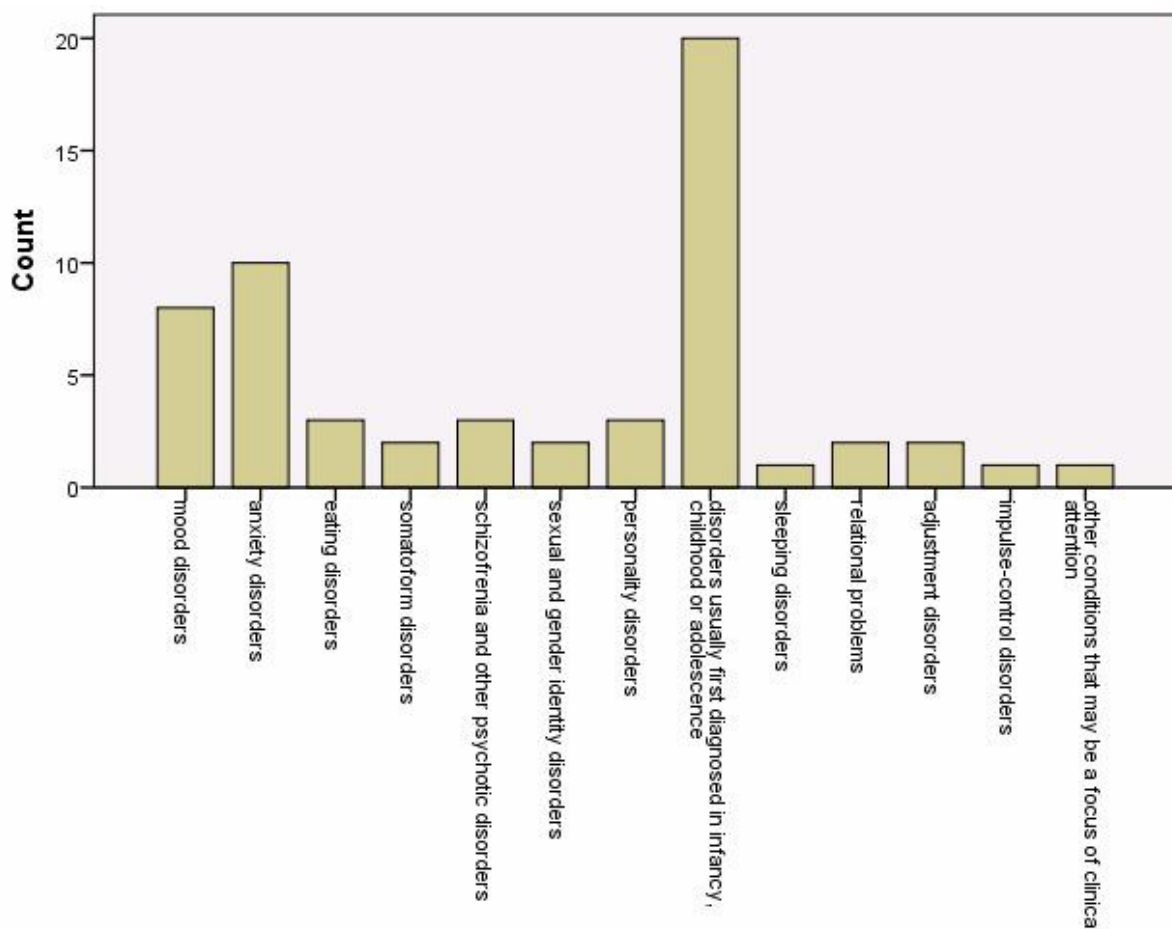


Abbildung 2: Auswahl der primären DSM-Kategorie, welche die in den Einzelfällen beschriebenen Diagnosen am ehesten repräsentiert

Ein Diagnosesystem wurde in 24,1 % der Fälle genannt, wobei in diesen Fällen das DSM das meist genannte System war.

4.5 Charakteristika der Therapien

Das Setting, in welchem die Therapie stattfand, wurde in 46,6 % der Fälle nicht genannt. In den Fällen in denen es erwähnt wurde, war mit 19 Fällen eine Klinik das häufigste Setting, gefolgt von privaten Praxen (N=11).

Die Dauer der Therapie wurde in 10 Fällen (17,2 %) nicht genannt, in 22 Fällen (37,9 %) explizit und in 26 Fällen (44,8 %) gab es implizite Hinweise. Insgesamt variierte die Dauer zwischen 6 Wochen und 5 Jahren.³¹

In 44,8 % der Fälle wurde nicht erwähnt, ob die dargestellte Therapie die erste für den Patienten war. In den anderen 55,2 % der Fälle in denen dies explizit oder implizit genannt wurde, war es für 17,2 % der Patienten die erste Therapie. 37,9 % der Patienten waren bereits in Behandlung gewesen. In acht der 58 Fälle (13,8 %) gab es keine Informationen über das Therapieergebnis. Explizite oder implizite Hinweise auf einen erfolgreichen Therapieverlauf enthielten 67,2 % der Fälle. 19 % der Fälle hatten gemischte Therapieergebnisse. Ein Misserfolg wurde in keinem Fall erwähnt. 37 Artikel (63,8 %) beschreiben beendete Therapien, zwei beschreiben laufende Therapien und in 32,8 % der Fälle war keine Information über die Beendigung der Therapie vorhanden.

Da es in den Darstellungen um Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen geht, ist davon auszugehen, dass der Einbezug der Eltern der Patienten für die Therapie bedeutsam ist. In 20 Fällen (34,5 %) war keine Information über deren Beteiligung in der Therapie vorhanden; während sie in 10,3 % der Fälle nicht einbezogen waren, wurden in 8,6 % der Fälle die Eltern passiv einbezogen und in 46,6 % aktiv. Insgesamt wurden somit in 55,2 % der Fälle die Eltern in die Therapie einbezogen.

³¹ Über die Anzahl der Therapiestunden wurde in 17,2 % der Fälle Auskunft gegeben, während in 82,8 % der Fälle keine Angaben vorhanden waren. Ebenso fehlten meist Angaben über ihre Länge. Informationen zur Stundenfrequenz finden sich in 51,7 % der Fälle. Hiervon fand in 24,1 % die Therapie am häufigsten mit 2 bis 3 Stunden pro Woche statt.

5. Diskussion

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung werden vor dem Hintergrund der vorgestellten Theorie und Methodik von Einzelfallstudien nun kritisch reflektiert. Einzelfallstudien können eine Beschreibung der therapeutischen Situation, die ein zentrales Thema in der psychoanalytischen Forschung ist, geben. Die therapeutische Situation schließt neben dem Patienten den Analytiker mit seinen Gedanken und Handlungen ein. In der Untersuchung der 58 Einzelfälle hat sich gezeigt, dass die Beschreibungen der therapeutischen Situationen vielfältig und die Darstellungen sehr unterschiedlich sind. In 60,3 % der untersuchten Fälle ist der primäre Fokus auf den Patienten gerichtet. Dies spricht dafür, die Abbildung beider Seiten der therapeutischen Situation, ausgeglichener in Einzelfällen zu berücksichtigen und verdeutlicht den Bedarf einer Systematisierung der Durchführung und Darstellung von Einzelfallstudien.

Um die Bedeutung von Einzelfallstudien zu stärken und diese in der Forschung besser nutzen zu können, sollten detaillierte und reliable Kriterien für die Fallbeschreibung entwickelt werden. Das im Rahmen des „review project“ der Universität Gent entwickelte IBISC ist hierfür ein Vorschlag und wurde in der vorliegenden Arbeit angewendet. Nach der Klassifikation von Iwakabe und Gazzola (2009) können von den 58 untersuchten Fällen lediglich neun als systematische Einzelfälle klassifiziert werden. Dies entspricht der Hypothese, dass bisher überwiegend klinische Beschreibungen von Einzelfällen zu finden sind und bestätigt die Annahme, dass festgelegte Regeln für die Darstellung von Einzelfällen fehlen. Dennoch ist, wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, ein Anstieg der Publikationen von systematischen Einzelfällen von Kindern und Jugendlichen von 1967 bis 2011 zu verzeichnen.

Nur in 31 % der Fälle wurde das Material, welches zur Analyse, Interpretation und Schilderung der Einzelfälle verwendet wurde, genannt. Darüber hinaus wurden selten verschiedene Instrumente und/oder Datenquellen genutzt. Aufnahmegeräte wurden lediglich in sechs Einzelfällen verwendet, obwohl Kächele und Thomä (2006c) deren Verwendung als minimalen Forschungsstandard benennen. Das ungenutzte Potential von Einzelfallstudien wird auch durch die überwiegende Zahl von rein klinisch analysierten Einzelfällen deutlich. Da in 93,1 % der Fälle bereits eine klinische Beschreibung des Therapieprozesses gegeben wird, könnte es sinnvoll sein, einheitliche Maßstäbe für diese Beschreibungen zu entwickeln, um sie vergleichen zu können. Interessant ist auch, dass in lediglich 24,1 % der Einzelfälle ein Diagnosesystem erwähnt wurde. Dies war zumeist das DSM. Eine Strukturierung und Festlegung auf Diagnosekriterien fehlt ebenfalls.

Weiterhin ist das Ergebnis, dass nur teilweise Angaben zum jeweiligen Therapeuten vorhanden sind, zu diskutieren. In 94,8 % der Fälle fehlten beispielsweise Informationen über die Erfahrungen der Therapeuten. Im Rahmen einer weiterführenden Untersuchung wäre es spannend, die Autoren der Einzelfallstudien zu diesem Umstand zu befragen. Die Zustimmung der Patienten zur Veröffentlichung des Fallberichts wurde in 93,1 % der Fälle nicht erwähnt.³² Im Rahmen dieser Untersuchung lässt sich darüber hinaus bestätigen, dass Kommentare von Patienten sehr selten in Fallberichten aufgenommen werden. Ihre Sicht der therapeutischen Erfahrung könnte ebenfalls einen wertvollen Beitrag darstellen (Kächele & Pfäfflin 2009). Dieser Aspekt könnte dem IBISC noch hinzugefügt werden.

Wie im historischen Überblick zu Einzelfällen von Kindern und Jugendlichen erarbeitet, waren die Falldarstellungen damals länger, als die aktuell in Zeitschriften publizierten Einzelfallstudien. Dies wird durch die untersuchten Fälle, die einen durchschnittlichen Umfang von 9,15 Seiten haben, bestätigt. Nur 10,3 % der Fälle sind länger als 15 Seiten. Die Theorien und klinischen Daten der Interaktionsgeschichte zwischen Patient und Analytiker bilden die Grundlagen der Psychoanalyse. Deren Beschreibung in der wissenschaftlichen Literatur sollte ausgewogen sein. Wie in den Ergebnissen der Arbeit deutlich wurde, werden jedoch Illustrationen von Einzelfällen öfter publiziert als Studien, welche den Einzelfall fokussieren. Im Vergleich der historischen Fallberichten von Freud, Klein und Winnicott zu den in der vorliegenden Arbeit untersuchten Falldarstellungen von Kindern und Jugendlichen ist auffällig, dass bei den historischen Einzelfällen die Kommentare deutlicher getrennt vom klinischen Material ausgeführt wurden.

Der Eindruck, welchen Midgley (2006) beschreibt, dass die meisten Einzelfälle unsystematisch dargestellt werden und den Anschein erwecken, die Leser von einer bestimmten Perspektive überzeugen zu wollen, indem einzelne Aspekte der Behandlung ausgewählt werden, lässt sich ebenfalls bestätigen. Ein Großteil der untersuchten Einzelfälle wurde in eben dieser Art verfasst. Wie auch diese Arbeit zeigen konnte, bestehen klinische Daten nicht mehr aus umfassenden Fallberichten, sondern aus Fallvignetten und Momentaufnahmen (Kächele & Pfäfflin 2009). Es bleibt „...unerfindlich, weshalb nicht zumindest die Ausführlichkeit und die Genauigkeit der Freudschen Studien eine Vielzahl weiterer Krankengeschichten initiiert hat, die heute als Fundus psychoanalytischer Beobachtung gelten könnten.“ (Kächele 1981, S.29).

Der auch von Midgley (2006) erwähnte Wandel der Darstellungsform, hin zu kürzeren Fallbeschreibungen, lässt sich durch die Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Arbeit

³² Das IBISC erhebt lediglich das Einverständnis von Patienten, für Einzelfalldarstellungen von Kindern wäre auch die Berücksichtigung des Einverständnisses der Erziehungsberechtigten Personen zu überdenken.

bestätigen. Es scheint, dass eher kürzere, zusammenfassende Berichte von Einzelfällen vorliegen, dementsprechend könnte eine Systematisierung dazu beitragen, ausführlichere Beschreibungen anzuregen: Flyvberg (2006) folgend, ist es nicht immer wünschenswert, Fallstudien zusammenzufassen; gute Studien sollten als ganze Narrative gelesen werden. Denn „der Erkenntnisgewinn idiographischer Studien, wie auch die Psychoanalyse sie betreibt, liegt [...] nicht in einer prinzipiell unmöglichen Beschreibung strikt individueller Sachverhalte, sondern umgekehrt in der Erhellung eines Allgemeinen in seiner individuellen Ausprägung.“ (Tress & Fischer 1991, S. 618).

Während historisch die Krankengeschichte im Zentrum der Aufmerksamkeit stand, steht gegenwärtig, wie die Auswertung zeigt, die Feststellung von Veränderungen im Mittelpunkt von Einzelfallstudien. In der vorliegenden Untersuchung wurden 67,2 % der Fälle als erfolgreich beendet dargestellt. Im Anschluss an Midgley (2006) ist daher anzunehmen, dass überwiegend erfolgreich abgeschlossene Fälle beschrieben werden, welche die jeweils angewendete Theorie und Technik befürworten. Für die Praxis und die Theorieentwicklung könnte dennoch ein höherer Anteil an nicht erfolgreichen Fällen hilfreich sein, um aus Fehlern und Schwierigkeiten der berichteten Einzelfälle zu lernen. Von den 58 Fällen beschrieb keiner eine gescheiterte Behandlung, obwohl

„die systematische Darstellung solcher scheiternden und definitiv gescheiterten therapeutischen Prozesse, so selten sie in der Fachliteratur leider sind, [...] für die psychoanalytische Erkenntnis am Einzelfall von unschätzbarem Wert [ist], da sie uns, wissenschaftlich gehandhabt, nicht nur mit unseren individuellen therapeutischen Grenzen konfrontiert, sondern oft auch mit den Grenzen unserer Methode und Profession.“ (Tress & Fischer 1991, S. 625).

Bevor Einzelfälle zur Untersuchung von Unterschiedlichkeiten oder bestimmten Verhaltens aggregiert und zusammengefasst werden können, bedarf es eines Instrumentes, das es ermöglicht, Einzelfälle zu erfassen, die ähnlich oder unähnlich in Bezug auf bestimmte Merkmale sind. Daher wird abschließend auf die Verwendung und Struktur des IBISC Instrumentes eingegangen.

Durch die Untersuchung mit dem IBISC ist die Inkonsistenz der gegebenen Informationen in den Einzelfällen aufgefallen. Die Autoren präsentieren meist unvollständige Angaben über die Behandlung. Es besteht eine deutliche Differenz zwischen den detaillierten klinischen Beschreibungen und dem Fehlen von Informationen, beispielsweise über die Dauer und Intensität der Therapie. Dies könnte darin begründet sein, dass Einzelfallstudien in der Regel zur Theoriebildung oder Illustration der Theorie verwendet werden. Es ist somit nicht mög-

lich, Einzelfälle miteinander zu vergleichen, da die Autoren sich selbst auf nur einen Fall beschränken.

Mit dem „review project“ der Forschungsgruppe in Gent soll die wissenschaftliche Anerkennung von Einzelfallstudien und ihr klinischer Nutzen für die Forschung gestärkt werden. Das online zugängliche Single Case Archiv soll hierzu beitragen. Somit ist es nötig, dass Autoren mehr systematische Informationen zu den Einzelfallstudien offenlegen. Das IBISC könnte den Autoren bei der Entscheidung, welche Informationen sie berichten sollen, helfen, da es Merkmale, die für die Kategorisierung von Fällen wichtig sein könnten, erfasst. Dadurch könnten für bestimmte Forschungsfragen gezielt Fälle ausgewählt werden. Das IBISC ermöglicht eine systematische Erfassung der vorhandenen Informationen in Einzelfallstudien und sollte einer größeren Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Wie bereits im Rahmen dieser Arbeit deutlich wurde, könnten sich aus einer breiteren Verwendung weitere Ergänzungspunkt für das IBISC ergeben.

Die vorgestellte Untersuchung kann auf vielseitige Weise fortgesetzt oder ergänzt werden. Da in dieser Arbeit Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen untersucht wurden, könnte auch der Zusammenhang zwischen dem Einbezug der Eltern in die Therapie und dem Therapieerfolg für weiterführende Forschung von Interesse sein.³³ Des Weiteren könnten beispielsweise die Ergebnisse der Charakterisierung der 58 Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen mit den entsprechenden Ergebnissen der Einzelfälle von Erwachsenen verglichen werden. Auch eine Vereinheitlichung der Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit Einzelfalldarstellungen und -studien sollte angestrebt werden, um die Systematisierung zu stärken und die Verwendung zu erleichtern.

Das Onlinearchiv der Forschungsgruppe der Universität Gent wird stetig erweitert. Das Untersuchungsfeld von Einzelfallstudien in Zeitschriften könnte ebenfalls auf Bücher und Sammelbände sowie andere Datenbanken ausgedehnt werden. Auch auf den begrenzten Abdeckungsgrad des „web of science“ ist zu verweisen. Dieser variiert stark, je nach Fach, und insbesondere nicht-englischsprachige Publikationen werden unzureichend erfasst (Wissenschaftsrat 2013). In diesem Zusammenhang kann auf die elektronisch erscheinende Zeitschrift „Pragmatic Case Studies in Psychotherapy“ (PCSP) hingewiesen werden. Die PCSP ist eine Datenbank, die innovatives, quantitatives und qualitatives Wissen über den Prozess und Ergebnisse der Psychotherapie für Forscher und praktisch Tätige bereitstellt (PCSP 2007). Sie könnte im Zusammenhang mit dem „Single Case Archiv“ von Interesse sein. Neben der Fort-

³³ Die Kreuztabelle im Anhang D gibt Auskunft zu diesem Aspekt. Elternbeteiligung scheint mit Therapieerfolg zusammenzuhängen. Hieraus können auf Grund der kleinen Fallzahl (nur 35 Fälle enthielten Informationen zur Elternbeteiligung und Ergebnis) jedoch keine Schlüsse gezogen werden.

führung des „review projects“ könnte die Formalisierung von Fallstudienmethoden, wie sie schon Wallerstein und Sampson 1971 forderten (Schaumburg, Kächele & Thomä 1974), ein weiteres Forschungsfeld sein, da es eng mit dem Anspruch der systematischen Darstellung von Einzelfällen zusammenhängt.

6. Fazit

Im Verlauf der vorliegenden Charakterisierung psychoanalytischer Einzelfälle von Kindern und Jugendlichen anhand des IBISC ist deutlich geworden, dass die Einzelfallforschung großes Potential aufweist und durch Systematisierung noch weiter an Bedeutung gewinnen kann. Der theoretische Teil dieser Arbeit hat gezeigt, dass Einzelfallstudien, abhängig von der jeweiligen Forschungsfrage, eine vielseitige Nutzung ermöglichen. Wie unter anderem anhand der historischen Betrachtung deutlich wurde, hat sich eine Transformation der Krankengeschichte zur Einzelfallstudie vollzogen, also von einer Darstellung und Beschreibung hin zu einer systematischeren Aufzeichnung und Archivierung. Der zukünftige Weg psychoanalytischer Einzelfallforschung führt, laut Thomä und Kächele, „...auf der klinischen Ebene zu einer neuen Form der Berichterstattung über Behandlungen im Sinne der Beschreibung des Prozesses als Interaktionsgeschichte.“ (2006b, S.16). Somit wird die Interaktion zwischen Patient und Analytiker sowie ihre selektive Protokollierung Schwerpunkt des Interesses der Einzelfallforschung. Die Ergebnisse dieser Arbeit haben den Bedarf an Systematisierung deutlich gemacht und mit der erfolgreichen Verwendung des IBISC wurde ein geeignetes Orientierungsinstrument für die Darstellung von Einzelfallstudien präsentiert.

Das prinzipielle Dilemma „...einerseits die Idiosynkrasie des Einzelfalls in seiner Unvergleichbarkeit zu verstehen und andererseits diese Idiosynkrasie immer mit anderen zu vergleichen, d. h. sie in einen breiteren Zusammenhang zu stellen...“ (Leuzinger-Bohleber 1995, S.474) scheint dennoch nicht vollends aufgelöst werden zu können.

So stellt sich abschließend auch die Frage, ob das Ziel jeder Einzelfallforschung immer die Generalisierung sein sollte. Auf Grundlage vieler systematischer Einzelfälle könnte es möglich sein, zu einer Generalisierung zu kommen. Auch das Typische könnte spannend sein; beispielsweise wird durch die 58 untersuchten Fällen eine Typologie des Erfolges dargestellt, da Misserfolg nicht thematisiert wird. Vielleicht ist die Generalisierungsfrage aber nicht das Interessante und Entscheidende, sondern welche Datenart die beste für welche Art der Forschungsfrage ist (Midgley 2006). Einzelfälle können uns zwar keine Auskunft darüber geben

was die Regel ist, aber uns lehren was möglich ist und daher für bestimmte Arten der Forschungsfragen sehr geeignet sein.

Literaturverzeichnis

- Biermann G (1969) Handbuch der Kinderpsychotherapie. Band I. München Basel, Ernst Reinhardt Verlag
- Boothe B (2011) Das Narrativ. Stuttgart, Schattauer Verlag
- Bühler C (1922) Quellen und Studien zur Jugendkunde. Heft 1. Tagebuch eines jungen Mädchens. Jena, Gustav Fischer Verlag
- Bühler C (1923) Das Seelenleben des Jugendlichen. Versuch einer Analyse und Theorie der psychischen Pubertät. Zweite, erweiterte und völlig veränderte Auflage. Jena, Gustav Fischer Verlag
- Bühler C (1927) Quellen und Studien zur Jugendkunde. Heft 1. Zwei Mädchentagebücher. 2. Auflage. Jena, Gustav Fischer Verlag
- Desmet M, Meganck R, Seybert C, Willemsen J, Geerardyn F, Declercq F, Inslegers R, Trenson E, Vanheule S, Kirschner L, Schindler I & Kächele H (2013) Psychoanalytic single cases published in ISI-ranked journals: The construction of an online archive. *Psychotherapy and Psychosomatics* 82: 120-121
- Edelson M (1986) Causal exploration in science and in psychoanalysis – Implications for writing a case study. *Psychoanalytic Study of the Child* 41: 89-127
- Edwards D, Dattilio M & Bromley D (2004) Developing evidenced based practice. The role of case-based research. *Professional Psychology: Research and Practice* 35: 589-597
- Elliot R (2009) An adjudicated hermeneutic single case efficacy design study of experiential therapy for panic/phobia. *Psychotherapy Research* 19: 543-557
- Ferenczi S (1927) Bausteine zur Psychoanalyse (Fundamentals of Psychoanalysis), vol. 2, Praxis. Wien, Internationaler Psychoanalytischer Verlag
- Fingeld, D (2003) Metasynthesis: The state of the art - So far. *Qualitative Health Research* 13: 893-904
- Flyvbjerg B (2006) Five misunderstandings about case study research. *Qualitative Inquiry* 12: 219-245
- Fonagy P & Moran G (1993) Selecting single case research designs for clinicians. In: Miller N, Luborsky L, Barber J & Docherty J (Eds.) *Handbook of Psychodynamic Treatment Research*. New York, Basic Books, S. 62-95
- Freud S (1895d) Studien zur Hysterie. GW Bd. I, S. 75-312
- Freud S (1909b) Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knabens. GW Bd. VII, S. 379-463
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 17: 1-7

- Grosskurth P (1993) Melanie Klein. Ihre Welt und ihr Werk. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag
- Grünbaum A (1984) The Foundations of Psychoanalysis. A Philosophical Critique. Berkeley Los Angeles London, University of California Press
- Huber H (1973) Psychometrische Einzelfalldiagnostik. Weinheim, Beltz Verlag
- Hug-Hellmuth H (1922) Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. Dritte Auflage. Leipzig Wien Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Iwakabe S & Gazzola N (2009) Psychotherapy research methods. From single-case studies to practice-based knowledge: Aggregating and synthesizing case studies. *Psychotherapy Research* 19 (4): 601-611
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. *Jahrbuch der Psychoanalyse* 12: 118-177
- Kächele H (1993) Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. In: Stuhr U & Deneke F-W (Hrsg.) *Die Fallgeschichte*. Heidelberg, Asanger, S. 32-42
- Kächele H & Thomä H (2006c) Zur Stellung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. In: Thomä H & Kächele H (Hrsg.) *Psychoanalytische Therapie. Band 3 Forschung*. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, S. 75-119
- Kächele H & Pfäfflin F (Hrsg.) (2009) *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten*. Gießen, Psychosozial-Verlag
- Kächele H, Schachter J, Thomä H & Ulm Psychoanalytic Process Research Study Group (Hrsg.) (2009) *From Psychoanalytic Narrative to Empirical Single Case Research: Implications for Psychoanalytic Practice*. New York, Routledge
- Kimmerle G (Hrsg.) (1998) *Zur Theorie der psychoanalytischen Fallgeschichte*. Tübingen, Edition diskord
- Klein M (1961) *Narrative of a Child Analysis*. London, Hogarth
- Klein M (1975) *Der Fall Richard*. München, Kindler
- Leuzinger-Bohleber M (1995) Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 49 (5): 434-480
- Luborsky L & Stuart J et al. (2001) The penn psychoanalytic treatment collection: A set of complete and recorded psychoanalyses as a research resource. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49: 217-234
- McLeod J (2010) *Case Study Research in Counseling and Psychotherapy*. London, SAGE Publications
- Mergenthaler E & Kächele K (1988) The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In: Dahl H, Kächele H & Thomä H (Hrsg.) *Psychoanalytic Process*

- Research Strategies. Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, Springer: S. 195-212.
- Midgley N (2006) The 'inseparable bond between cure and research': clinical case study as a method of psychoanalytic inquiry. *Journal of Child Psychotherapy* 32 (2): 122-147
- Moran G & Fonagy P (1987) Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology* 60: 357-372
- Petermann F (1989) Einzelfallanalyse. Völlig überarb. Aufl. München Wien, Oldenbourg Verlag
- Pragmatic Case Studies in Psychotherapy (PCSP) (2007). URL: <http://pcsp.libraries.rutgers.edu/index.php/pcsp/index> (Stand: 13.08.2013)
- Schaumburg C, Kächele H & Thomä H (1974) Methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 28: 353-374
- Szeicsödy I (2008) A single-case study on the process and outcome of psychoanalysis. *Scandinavian Psychoanalytic Review* 31: 105-113
- Thomä H (1978) Von der "biographischen Anamnese" zur "systematischen Krankengeschichte". In: Drews S, Klüver R, Köhler-Weisker A, Krüger-Zeul M, Menne K & Vogel H (Hrsg.) Provokation und Toleranz. Alexander Mitscherlich zu ehren. Festschrift für Alexander Mitscherlich zum 70. Geburtstag. Frankfurt am Main, Suhrkamp, S. 254-277
- Thomä H & Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie. Band 2 Praxis. Heidelberg, Springer Medizin Verlag
- Tress W & Fischer G (1991) Psychoanalytische Erkenntnis am Einzelfall: Möglichkeiten und Grenzen. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 45: 612-628
- Wallerstein RS & Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *The International Journal of Psychoanalysis* 52: 11-50
- Weiss J & Sampson H (1986) The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research. New York, Guilford Press
- Winnicott DW (1978) Piggie. An account of the psychoanalytic treatment of a little girl. London, Hogarth Press
- Winnicott DW (1980) Piggie. Eine Kinderanalyse. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag
- Wissenschaftsrat (2013) Empfehlungen zu einem Kerndatensatz Forschung. URL: <http://www.wissenschaftsrat.de/download/archiv/2855-13.pdf> (Stand: 14.08.2013)

Anhang

- A. Rating Scale (2012) De Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC).
- B. Meganck R, Desmet M & Schindler I (2012) De Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC). Manual.
- C. Deskriptive statistische Ergebnisse der untersuchten Einzelfälle (SPSS Output)
- D. Parent involvement * therapy outcome: Crosstabulation
- E. Literaturangaben der untersuchten Einzelfälle

Anhang A

Rating Scale (2012) De Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC)

THE INVENTORY OF BASIC INFORMATION IN SINGLE CASES (IBISC)

NAME RATER:

A. Publication Data

First Author	
Publication Year	
Journal	
Article language	
Database/source	

B. Characteristics of the study

Place of Case in the Article	1. Focus of Article 2. Illustration
Number of Pages of Case	... pages
Type of Study	1. Clinical case 2. Experimental case 3. Naturalistic Systematic Case
Focus of Study	1. Patient 2. Therapist 3. Patient and therapist
Material Used for Analyses	Explicit - Implicit - Not mentioned
	1. None 2. Therapist notes 3. (Transcribed) Audiotapes 4. Videotapes 5. Specific measures (e.g. self-report questionnaires, interviews, psychophysiological measures...)
Qualitative and/or Quantitative Analysis	1. Clinical 2. Qualitative: ... 3. Quantitative: ... 4. Mixed (quantitative and qualitative)
Follow Up (formal)	1. No 2. Yes ○ Duration:
Therapeutic relationship: description of attitude/feelings of patient towards	1. No 2. Yes

therapist?	
Therapeutic relationship: description of attitude/feelings of therapist towards patient?	1. No 2. Yes
Clinical description of Process of Therapy?	1. No 2. Yes
Did the Therapist Receive the Patient's Informed Consent?	Not mentioned
	Mentioned: <ul style="list-style-type: none"> • No • Yes

C. Characteristics Therapist

	ex	im	nm	
Gender				1. Male 2. Female
Age				... years / imprecise indication: ...
Race/Ethnicity				1. White (europe, middle east, north africa) 2. Black (middle and south Africa) 3. Hispanic 4. Asian 5. Other:
Education – training				
Years of Experience				... years / imprecise indication: ...
Theoretical Orientation				1. Psychodynamic 2. CBT 3. Interpersonal 4. Systemic 5. Client-centered 6. Eclectic 7. Other:
Therapist = First Author				1. Yes 2. No

D. Characteristics Patient

	ex	im	nm	
Gender				1. Male 2. Female
Age				... years/imprecise indication: ...
Race/ Ethnicity				1. White (europe, middle east, north africa) 2. Black (middle and south Africa) 3. Hispanic 4. Asian 5. Other:
Socio-Economic Status Patient				Highest education Level: 1. primary education 2. secondary education 3. higher education/university
				Occupational status: 1. student 2. unemployed 3. blue collar 4. white collar 5. pink collar
Marital Status				1. Married 2. Living together 3. Relationship (not married or living together) 4. Single 5. Divorced 6. Widowed 7. Not applicable
Number of siblings				
Diagnostic Terms:				1. DSM-category:
				2. Descriptive:
Diagnostic System:				

E. Features of Psychological Treatment

	ex	im	nm	
Setting of therapy				1. Private practice 2. Hospital 3. Other:
Duration of therapy				... months / imprecise indication: ...
Number of sessions				
Duration of sessions				... minutes
Frequency				1. < 1/week 2. 1/week 3. 2-3/week 4. 4-7/week
Therapy history patient				1. First therapy 2. Former treatments
Success or Failure?				1. Success 2. Failure 3. Mixed
Period of deterioration?				1. Yes 2. no
Therapy completed?				1. Completed 2. Not completed
In Case of Therapy with Children: Were the Parents Involved in the Therapy?				1. No 2. Yes, but only in a passive way. 3. Yes, they were actively involved.

F. Remarks

Anhang B

Meganck R, Desmet M & Schindler I (2012) De Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC). Manual.

De Inventory of Basic Information in Single Cases (IBISC):

Manual

Reitske Meganck, Mattias Desmet en Isabelle Schindler

This rating scale was developed in order to inventory basic information from published single case studies. It's intention is to both describe the characteristics of the person under study (diagnostic information, gender, ...) and the formal characteristics of the study as exhaustively as possible. If an article presents more than one case, the scale is filled out separately for each case.

Here we will explain how to score and fill out all parts of the scale.

Name rater: the name of the person rating the scale is provided here in order to allow an easy calculation of interrater reliability.

A. Publication data

1	First Author	
2	Publication Year	
3	Journal	
4	Article language	
5	Database/source	

Here information about the publication is provided to allow for quick traceability of the article.

1. Provide the name and first initial of the first author.
2. Provide the year the article was published.
3. Provide the name of the journal in which the article was published.
4. Provide the language in which the article is written.
5. Provide the database or source where the article was retrieved (e.g. web of science, google books...)

B. Characteristics of the study

1	Place of Case in the Article	1. Focus of Article 2. Illustration
2	Number of Pages of Case	... pages
3	Type of Study	1. Clinical case 2. Experimental case 3. Naturalistic Systematic Case

4	Focus of Study	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient 2. Therapist 3. Patient and therapist
5	Material Used for Analyses	<div>Explicit - Implicit - Not mentioned</div> <ol style="list-style-type: none"> 1. None 2. Therapist notes 3. (Transcribed) Audiotapes 4. Videotapes 5. Material gathered outside of sessions (e.g. self-report questionnaires, interviews, ...)
6	Type of Analysis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Clinical 2. Qualitative: ... 3. Quantitative: ... 4. Mixed (quantitative and qualitative)
7	Follow Up	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Yes <ul style="list-style-type: none"> ○ Duration:
8	Therapeutic relationship: description of attitude/feelings of patient towards therapist?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Yes
9	Therapeutic relationship: description of attitude/feelings of therapist towards patient?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Yes
10	Clinical description of Process of <u>Therapy?</u>	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Yes
11	Did the Therapist Receive the Patient's Informed Consent?	<div>Not mentioned</div> <div>Mentioned: <ul style="list-style-type: none"> • No • Yes </div>

In part B the study characteristics are described. This is not about the content of the case, but about the construction of the case study and the process that led to the described analysis/interpretation of the material.

1. Indicate here what the place of the case in the article is. If the case is really the focus of the article, if the author really starts from the case and uses possible theoretical elaborations in function of the case, please circle 'focus of article'. If the article starts from a theoretical elaboration or question and the case is presented as an illustration of that matter, circle 'illustration'.

2. Indicate how many pages of the article are dedicated to the case. If the case is reconsidered in a theoretical elaboration, please estimate the total amount of pages dedicated to the case as precisely as possible.
3. Indicate what type of case is presented in the article: a clinical case study, an experimental case study or a systematic/naturalistic case study. For judging this, please start from the following definitions and choose the category it fits closest to:
 - ‘clinical case study’: this is essentially a narrative report by the therapist of what happened during a therapy together with his interpretations of what happened. It is not impossible that certain methods (like a questionnaire, a diagnostic test...) are used in such a case, yet it is still the therapist that uses these, interprets and discusses them.
 - ‘experimental case study’: other terms for such designs are single subject design or N= 1 subject experiment. They are rigorous methods to test hypotheses about effects of treatment. The goal of these experimental single cases is to measure specific changes that can be ascribed to the use of specific interventions. Changes are compared to baseline scores of the target behaviour.
 - ‘naturalistic systematic case’: This actually is a systematized alternative to the classical case study with two important differences. First, the material (data) are gathered from different sources (e.g. questionnaires, observations by the therapist, interviews, codings by researchers...) and it can be considered whether the information obtained from different sources converges. Secondly, there is a research team involved in the analyses of the material, rather than merely the therapist.
4. Indicate who or what is the focus of the case study. The patient is a focus if his or her problems and/or process during therapy are discussed and are a major theme of the case study. The therapist is a focus if his reactions and personal thoughts/feelings (countertransference) are elaborately discussed; these have to be a major theme of the case study. It is possible that both are the focus, however it should each time be a major theme of the study.
5. First indicate here whether it is explicitly, implicitly or not mentioned if specific material is used for the analyses/interpretation presented in the case study. Then indicate which material is mentioned, whether it is explicitly or you can implicitly assume it (e.g. when session dialogues are presented you can assume that notes or audiotapes were used). The different possibilities are: no material (only the memories of the therapist), notes from the therapist, (transcribed) audiotapes of therapeutic sessions, videotapes of therapeutic sessions or other material that is gathered outside the sessions like self-report questionnaires, observer ratings, interviews... More than one option is possible here. If you first circled ‘not mentioned’ nothing has to be circled here.
6. If specific methods were used to analyse material, please indicate here whether these methods are quantitative or qualitative. If both are combined, indicate ‘mixed’. By qualitative methods we understand the use of specific qualitative techniques like thematic analyses, discourse analysis... The narrative or clinical report of a case is not considered a qualitative method. If there is only a clinical report, an interpretation by the therapist..., circle ‘clinical’.
7. Indicate whether or not a follow-up took place, i.e. was the patient contacted again after termination of therapy to assess in anyway the longer term treatment effects? If yes, please

specify how long after termination this took place (if more than one follow-up moment took place, indicate this for the different moments; e. g. 6, 12 & 18 months). Only formal follow-up moments should be considered here. If the therapist incidentally had contact with the patient afterwards, this should not be considered as a follow-up.

8. Indicate whether attention is paid to the patient's side of the therapeutic relationship, or in other words is there some description of the patient's attitude or feelings towards the therapist.
9. Indicate whether attention is paid to the therapist's side of the therapeutic relationship, or in other words is there some description of the therapist's personal attitude or feelings towards the therapist.
10. Indicate whether there is a subjective description of the process of therapy, or in other words a clinical description of the process the patient went through during therapy. 'Yes' does not necessarily imply that the patient is the focus of the case study.
11. Indicate here whether or not the therapist received in one way or another an informed consent from the patient. This is, did the therapist ask for permission to write a case about the patient? If there is no explicit reference to this, circle 'not mentioned'; if there is an explicit reference, indicate whether or not informed consent was obtained.

C. Characteristics therapist

		ex	im	nm	
1	Gender				1. Male 2. Female
2	Age				... years / imprecise indication:
3	Race/Ethnicity				1. White (europe, middle east, north africa) 2. Black (middle and south Africa) 3. Hispanic 4. Asian 5. Other:
4	Education – training				
5	Years of Experience				... years / imprecise indication: ...

6	Theoretical Orientation				1. Psychodynamic 2. CBT 3. Interpersonal 4. Systemic 5. Client-centered 6. Eclectic 7. Other:
7	Therapist = First Author				1. Yes 2. No

In part D. the characteristics of the therapist are described. For all topics, indicate first whether the information is explicitly described, implicitly deducible or not mentioned at all.

1. Indicate if the therapist is a man or a woman, whether explicitly or implicitly mentioned.
2. Provide the age of the therapist if mentioned.
3. Indicate the ethnographic background of the therapist whether explicitly or implicitly mentioned.
4. Provide the information about the education and training of the therapist, whether explicitly or implicitly mentioned. Explicitly means that in the text, training is described. Implicit information can be for example that a degree is indicated next to the author's name (with the therapist being an identifiable author) or a degree indicated in the contact information when the first author is the therapist. Education can be specific therapeutic training or being a psychiatrist or clinical social worker,...
5. Provide the number of years of clinical experience of the therapist if mentioned. If there is only an implicit reference on the experience (e.g. many years), provide the information after 'imprecise indication'.
6. Specify the theoretical orientation of the therapist whether explicitly or implicitly mentioned.
7. Indicate if the first author of the case study also is the therapist, whether explicitly or implicitly mentioned. Explicitly means that this is explicitly stated, implicitly can mean for example that the article is written in the first person.

D. Characteristics patient

		ex	im	nm	
1	Gender				1. Male 2. Female

2	Age				... years/imprecise indication: ...
3	Race/ Ethnicity				1. White (Europe, Middle East, North Africa) 2. Black (middle and south Africa) 3. Hispanic 4. Asian 5. Other:
4	Socio-Economic Status Patient				Highest education Level: 1. Primary education 2. Secondary education 3. Higher education / university
					Occupational status: 1. Student 2. Unemployed 3. Blue collar 4. White collar 5. Pink collar
5	Marital Status				1. Married 2. living together 3. Relationship (not married or living together) 4. Single 5. divorced 6. Widowed 7. Not applicable
6	Number of siblings				
7	Diagnostic Terms:				1. Descriptive:
					2. DSM-category:
8	Diagnostic System:				

In part E the characteristics of the patient are described. For all topics, indicate first whether the information is explicitly described, implicitly deducible or not mentioned at all.

1. Indicate whether the patient is a man or a woman, whether explicitly or implicitly mentioned.
2. Provide the age of the patient (at the start of therapy) if mentioned. If no specific age is provided, yet an indication like early thirties, mid-forties... transfer this to a specific age. For

example early twenties becomes 22, mid-thirties becomes 35, late forties becomes 48... Use 'imprecise indication' if you only know that the patient is adolescent or an adult or an elderly patient...

3. Indicate the ethnographic background of the patient whether explicitly or implicitly mentioned.
4. Provide the education level and the occupational status of the patient (whether explicitly or implicitly mentioned). For education level, indicate the highest obtained level. For occupational status, indicate whether the person is a student, is unemployed or when employed (also when on sick leave) the broad category of blue, white or pink collar worker. A blue-collar worker is a member of the working class who performs manual labor. Blue-collar work may involve skilled or unskilled, manufacturing, mining, construction, mechanical, maintenance, technical installation and many other types of physical work. Often something is physically being built or maintained. In contrast, the white-collar worker typically performs work in an office environment and may involve sitting at a computer or desk. A third type of work is a service worker (pink collar) whose labor is related to customer interaction, entertainment, sales or other service oriented work. Many occupations blend blue, white and/or pink (service) industry categorizations.
5. Provide the marital status of the patient whether explicitly or implicitly mentioned. For minors, indicate not applicable.
6. Provide the number of siblings of the patient if mentioned.
7. First provide the most important diagnostic terms as they are provided in the article. These can be both admission complaints, a specific diagnoses but also additional diagnostic terms or symptoms. Underline the most important diagnostic term. Also if in the case study medical diagnoses are provided that are relevant for the therapy, these should be mentioned here. Mark such diagnoses by putting an 'M' between brackets. Secondly, provide the broad DSM-category under which the described pathology fits best or if a DSM diagnosis is provided, the broader category to which it belongs. More than one term can be provided here. These are the possible categories:
 - a. Somatoform disorders
 - b. Anxiety disorders
 - c. Schizophrenia and other psychotic disorders
 - d. Sexual and gender identity disorders
 - e. Eating disorders
 - f. Substance-related disorders
 - g. Dissociative disorders
 - h. Personality disorders
 - i. Mood disorders
 - j. Disorders usually first diagnosed in infancy, Childhood, or adolescence
 - k. Sleeping disorders
 - l. Relational problems
 - m. Adjustment disorders
 - n. Other conditions that may be a focus of clinical attention
 - o. Impulse-control disorders

p. Delirium, dementia, and amnestic and other cognitive disorders

8. Provide the diagnostic system that was used as a basis for diagnosing (e.g. DSM-IV, PDM (Psychodynamic Diagnostic Manual)), whether explicitly or implicitly mentioned.

E. Features of psychological treatment

		ex	im	nm	
1	Setting of therapy				1. Private practice 2. Hospital 3. Other:
2	Duration of therapy				... months / imprecise indication: ...
3	Number of sessions				
4	Duration of sessions				... minutes
5	Frequency				1. < 1/week 2. 1/week 3. 2-3/week 4. 4-7/week
6	Therapy history patient				1. First therapy 2. Number of former treatments:
7	Success or Failure?				1. Success 2. Failure 3. Mixed
8	Period of deterioration?				1. Yes 2. no
9	Therapy completed?				1. Completed 2. Not completed
10	In Case of Therapy with Children: Were the Parents Involved in the Therapy?				1. No 2. Yes, but only in a passive way. 3. Yes, they were actively involved.

In part F the characteristics of the psychotherapeutic treatment are described. If other treatments are mentioned (like medication ...) these are left out of consideration. If these additional treatments are an important part of the case, please indicate as a remark at the end of the schedule. For all topics, indicate first whether the information is explicitly described, implicitly deducible or not mentioned at all.

1. Indicate the setting in which the therapy took place, whether explicitly or implicitly (for example private practice when a therapist/author does not refer to any other setting) mentioned. This can

be a private practice, a (psychiatric) hospital or somewhere else. If elsewhere, please specify if possible (use the descriptive terms of the setting provided in the article).

2. Indicate how long the therapy lasted in months. If there is only an implicit indication like 'many years' or 'in the fourth year of analysis' provide this information after 'imprecise indication' (e.g. > 4 years).
3. Provide the number of sessions that took place if mentioned.
4. Indicate the duration of the session if mentioned.
5. Provide the frequency with which the therapy (usually) took place. If the frequency changed throughout therapy, pick the most relevant option (e.g. the frequency of the longest part of therapy).
6. Indicate whether the described therapy is a first treatment or if former treatments took place, whether explicitly or implicitly mentioned.
7. Indicate if the therapy is considered to be a success, a failure, or partly a success partly a failure, whether explicitly or implicitly mentioned. The 'mixed' option means that a number of problems/symptoms are resolved for the patient while others are not.
8. Indicate here whether episodes of symptom exacerbation or deterioration in the process of therapy that occur before termination are mentioned. This can for example be problems arising in different areas than the initial problems at admission, appearance of previously unexperienced symptoms, suicidality that wasn't present before therapy, decline of general well-being or of well-being in different areas of life such as: professional, relational, sexual, social,...
9. Indicate if the therapy was completed at the moment of writing the case study or not, whether explicitly or implicitly mentioned. This is independent from the succeeding or failure of the therapy. The only thing that is asked here is whether the case described is about a finished or an ongoing therapy.
10. When the case study presents a therapy with a child, indicate here if the parents were involved or not (whether explicitly or implicitly mentioned). If they were involved, please differentiate between passive (e.g. merely being present in the room because the child is too small to come alone...) and active (active inclusion in the therapy process) involvement of the parents.

F. Remarks

Other information that is considered important can be noted here.

Anhang C

Deskriptive statistische Ergebnisse der untersuchten Einzelfälle (SPSS Output)

```

GET
  FILE='C:\Users\Reitske\Documents\onderzoek\psychotherapie-onderzoek\single case archive\tweede cod
DATASET NAME DataSet1 WINDOW=FRONT.
GET
  FILE='C:\Users\Reitske\Documents\onderzoek\psychotherapie-onderzoek\single case archive\tweede cod
DATASET NAME DataSet2 WINDOW=FRONT.
DATASET ACTIVATE DataSet1.
DATASET CLOSE DataSet2.
FREQUENCIES VARIABLES=publ_year journal place_case pages study_type study_focus study_material analy
ther_firstauthor ther_firstauth_descr gender_pt gender_pt_descr age_pt age_pt_descr ethnicity_pt sib
ther_setting_descr_other duration_ther duration_ther_months duration_ther_descr number_session_descr
  /STATISTICS=RANGE MEAN
  /ORDER=ANALYSIS.

FREQUENCIES VARIABLES=publ_year journal place_case pages study_type study_focus study_material analy
ther_firstauthor ther_firstauth_descr gender_pt gender_pt_descr age_pt age_pt_descr ethnicity_pt sib
ther_setting_descr_other duration_ther duration_ther_months duration_ther_descr number_session_descr
  /STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MEAN
  /ORDER=ANALYSIS.

```

Frequencies

Notes

Output Created		09-jul-2013 12:58:59
Comments		
Input	Data	C: \Users\Reitske\Documents\onderzoek\psychotherapie-onderzoek\single case archive\tweede codering\Isabelle Schindler\Matrix children.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	<none>
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	58
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on all cases with valid data.
Syntax		FREQUENCIES VARIABLES=publ_year journal place_case pages study_type study_focus study_material analysis_type followup ther_rel_pt ther_rel_ther descr_process informed_consent gender_ther gender_ther_descr age_ther ethnicity_ther educ_ther exp_ther ther_firstauthor ther_firstauth_descr gender_pt gender_pt_descr age_pt age_pt_descr ethnicity_pt sibl_pt sibl_pt_descr diagn_pt diagn_pt_dsm diagn_pt_dsm2 diagn_pt_dsm3 diagn_syst diagn_syst_descr diagn_syst_descr_other ther_setting ther_setting_descr ther_setting_descr_other duration_ther duration_ther_months duration_ther_descr number_session_descr freq_sessions ther_history ther_hist_descr succes_ther succes_ther_descr completion ther_deter compl_descr paren_involv parent_involv_descr /STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MEAN /ORDER=ANALYSIS.
Resources	Processor Time	00 00:00:00,047
	Elapsed Time	00 00:00:00,062

[DataSet1] C:\Users\Reitske\Documents\onderzoek\psychotherapie-onderzoek\single case archive\tweede codering\Isabelle Schindler\Matrix children.sav

Statistics

		Publication year:	Journal:	Place of the case in the article:	Number of Pages of Case:	Type of study:
N	Valid	58	58	58	58	58
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		2000,51724		1,57	9,14655	1,31
Range		44,000		1	33,500	2
Minimum		1967,000		1	1,500	1
Maximum		2011,000		2	35,000	3

Statistics

		Focus of study:	Material used for analyses:	Qualitative and/or quantitative analysis:	Was there a formal follow- up?
N	Valid	58	58	58	58
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,79	2,50	1,38	1,83
Range		2	2	3	1
Minimum		1	1	1	1
Maximum		3	3	4	2

Statistics

		Therapeutic relationship: Is there a description of the attitude or feelings of the patient towards the therapist?	Therapeutic relationship: is there a description of the attitude or feelings of the therapist towards the patient?	Is there a clinical description of the process of therapy?	Did the therapist receive the patient's informed consent?
N	Valid	58	58	58	58
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,28	1,36	1,07	2,88
Range		1	1	1	2
Minimum		1	1	1	1
Maximum		2	2	2	3

Statistics

		Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the gender of the therapist:	Indicate the gender of therapist if this was explicitly or implicitly mentioned:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the age of the therapist:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the ethnic background of the therapist:
N	Valid	58	47	58	58
	Missing	0	11	0	0
Mean		2,00	1,51	2,95	2,86
Range		2	1	2	2
Minimum		1	1	1	1
Maximum		3	2	3	3

Statistics

		Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the education of the therapist:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the experience of the therapist:	Indicate whether it is explicitly, implicitly or not mentioned if the therapist is the first author or not:	Indicate here if the therapist is the first author (whether explicitly or implicitly mentioned):
N	Valid	58	58	58	47
	Missing	0	0	0	11
Mean		2,34	2,93	2,14	1,15
Range		2	2	2	1
Minimum		1	1	1	1
Maximum		3	3	3	2

Statistics

		Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the gender of the patient:	Indicate the gender of patient if this was explicitly or implicitly mentioned:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the age of the patient:	If the age of the patient is explicitly mentioned, provide the age here:
N	Valid	58	58	58	58
	Missing	0	0	0	0
Mean		1,09	1,53	1,05	9,36466
Range		1	1	1	17,600
Minimum		1	1	1	,400
Maximum		2	2	2	18,000

Statistics

		Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the ethnic background of the patient:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the number of siblings of the patient:	Provide the number of siblings if mentioned:	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the diagnosis of the patient:
N	Valid	58	58	44	58
	Missing	0	0	14	0
Mean		2,59	1,74	1,5909	1,00
Range		2	2	5,00	0
Minimum		1	1	,00	1
Maximum		3	3	5,00	1

Statistics

		Select the primary DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):	If there are additional diagnoses, select the secondary DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):	If there are additional diagnoses, select the third DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the use of a specific diagnostic system (e.g. DSM...):
N	Valid	56	23	4	58
	Missing	2	35	54	0
Mean		6,71	6,39	1,75	2,59
Range		15	10	1	2
Minimum		1	1	1	1
Maximum		16	11	2	3

Statistics

		Select the diagnostic system if this was explicitly or implicitly mentioned:	Select the diagnostic system if this was explicitly or implicitly mentioned: [Other]	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the setting of therapy:	Provide the setting of therapy if this information is explicitly or implicitly provided:
N	Valid	13	58	58	28
	Missing	45	0	0	30
Mean		4,46		2,14	1,64
Range		8		2	2
Minimum		1		1	1
Maximum		9		3	3

Statistics

		Provide the setting of therapy if this information is explicitly or implicitly provided: [Other]	Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the duration of therapy:	If there is explicit information on the duration of therapy, provide this here in months:	If there is an imprecise indication of the duration of therapy, provide this implicit information here:
N	Valid	58	58	23	58
	Missing	0	0	35	0
Mean			1,79	25,19565	
Range			2	56,000	
Minimum			1	4,000	
Maximum			3	60,000	

Statistics

		If there is explicit information on how many sessions the therapy consisted of, provide the number of sessions here.	If there is information on the frequency of sessions in the therapy, select the relevant option. If there is no information, select \	Indicate whether there is explicit, implicit or no information on the therapeutic history of the patient:	Concerning the therapeutic history, indicate whether the described therapy is a first treatment or if former treatment(s) took place, whether explicitly or implicitly mentioned.
N	Valid	10	58	58	32
	Missing	48	0	0	26
Mean		56,50000	49,40	2,21	1,69
Range		205,000	98	2	1
Minimum		5,000	1	1	1
Maximum		210,000	99	3	2

Statistics

		Indicate whether there is explicit, implicit or no information on the outcome (succes, failure or mixed) of the therapy:	If there is information on the outcome of therapy (explicit or implicit), select the described outcome here:	Indicate whether it is explicitly, implicitly or not mentioned that the described therapy was completed or not:	Indicate whether there is a period of deterioration mentioned during therapy:
N	Valid	58	50	58	58
	Missing	0	8	0	0
Mean		1,76	1,44	1,88	1,47
Range		2	2	2	1
Minimum		1	1	1	1
Maximum		3	3	3	2

Statistics

		Indicate here whether therapy was completed or not if there is explicit or implicit information on this.	In case of therapy with children, indicate here whether there is explicit, implicit or no information on parent's involvement in the therapy	If there is information on parent involvement in a case of therapy with a child, indicate here whether they were not involved, passively involved or actively involved:
N	Valid	39	57	38
	Missing	19	1	20
Mean		1,05	1,84	2,55
Range		1	2	2
Minimum		1	1	1
Maximum		2	3	3

Frequency Table

Publication year:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1967,000	1	1,7	1,7	1,7
	1981,000	1	1,7	1,7	3,4
	1983,000	1	1,7	1,7	5,2
	1987,000	1	1,7	1,7	6,9
	1989,000	1	1,7	1,7	8,6
	1991,000	4	6,9	6,9	15,5
	1992,000	2	3,4	3,4	19,0
	1993,000	2	3,4	3,4	22,4
	1995,000	4	6,9	6,9	29,3
	1996,000	3	5,2	5,2	34,5
	1998,000	1	1,7	1,7	36,2
	1999,000	3	5,2	5,2	41,4
	2000,000	1	1,7	1,7	43,1
	2001,000	2	3,4	3,4	46,6
	2002,000	2	3,4	3,4	50,0
	2003,000	1	1,7	1,7	51,7
	2004,000	3	5,2	5,2	56,9
	2005,000	3	5,2	5,2	62,1
	2006,000	2	3,4	3,4	65,5
	2007,000	3	5,2	5,2	70,7
	2008,000	6	10,3	10,3	81,0
	2009,000	5	8,6	8,6	89,7
	2010,000	2	3,4	3,4	93,1
	2011,000	4	6,9	6,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Journal:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	American Anthropological Association	1	1,7	1,7	1,7
	American Journal of Orthopsychiatry	1	1,7	1,7	3,4
	American Journal of Psychotherapy	3	5,2	5,2	8,6
	Australien and New Zealand Journal of Psychiatry	1	1,7	1,7	10,3
	British Journal of Medical Psychology	1	1,7	1,7	12,1
	Clinical Social Work Journal	1	1,7	1,7	13,8
	Cognitive and Behavioral Practice	1	1,7	1,7	15,5
	European Eating Disorders Review	1	1,7	1,7	17,2
	Forum der Psychoanalyse	2	3,4	3,4	20,7
	Infant Mental Health Journal	1	1,7	1,7	22,4
	International Journal of Eating Disorders	1	1,7	1,7	24,1
	International Journal of Psychoanalysis	4	6,9	6,9	31,0
	Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences	1	1,7	1,7	32,8
	Journal of Clinical Psychology: In Session	1	1,7	1,7	34,5
	Journal of Personality Assessment	1	1,7	1,7	36,2
	Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology	1	1,7	1,7	37,9
	Journal of the American Psychoanalytic Association	6	10,3	10,3	48,3
	L'Evolution Psychiatrique	1	1,7	1,7	50,0
	Monatsschrift Kinderheilkunde	1	1,7	1,7	51,7
	Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie	2	3,4	3,4	55,2
	PSYCHE - Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen	1	1,7	1,7	56,9
	PSYCHE, Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen	4	6,9	6,9	63,8
	Psychiatrie de l'Enfant	1	1,7	1,7	65,5

Journal:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Psychoanalytic Dialogues	1	1,7	1,7	67,2
	Psychoanalytic Inquiry	2	3,4	3,4	70,7
	Psychoanalytic Psychology	2	3,4	3,4	74,1
	Psychoanalytic Quarterly	4	6,9	6,9	81,0
	Psychotherapy: Theory, Research and Practice	1	1,7	1,7	82,8
	Revue de Neuropsychiatrie Infantile	1	1,7	1,7	84,5
	Smith College Studies in Social Work	2	3,4	3,4	87,9
	The International Journal of Psychoanalysis	1	1,7	1,7	89,7
	The psychoanalytic study of the child	4	6,9	6,9	96,6
	Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie	1	1,7	1,7	98,3
	Zeitschrift für Sexualforschung	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Place of the case in the article:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	focus of study	25	43,1	43,1	43,1
	illustration	33	56,9	56,9	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Number of Pages of Case:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1,500	1	1,7	1,7	1,7
	2,500	4	6,9	6,9	8,6
	3,000	2	3,4	3,4	12,1
	4,000	3	5,2	5,2	17,2
	5,000	4	6,9	6,9	24,1
	5,500	1	1,7	1,7	25,9
	6,000	7	12,1	12,1	37,9
	6,500	2	3,4	3,4	41,4
	7,000	1	1,7	1,7	43,1
	7,500	2	3,4	3,4	46,6
	8,000	4	6,9	6,9	53,4
	8,500	1	1,7	1,7	55,2
	9,000	1	1,7	1,7	56,9
	9,500	1	1,7	1,7	58,6
	10,000	4	6,9	6,9	65,5
	10,500	1	1,7	1,7	67,2
	11,000	2	3,4	3,4	70,7
	11,500	3	5,2	5,2	75,9
	12,000	2	3,4	3,4	79,3
	12,500	1	1,7	1,7	81,0
	13,000	3	5,2	5,2	86,2
	14,000	1	1,7	1,7	87,9
	14,500	1	1,7	1,7	89,7
	16,000	1	1,7	1,7	91,4
	18,000	1	1,7	1,7	93,1
	18,500	1	1,7	1,7	94,8
	20,500	2	3,4	3,4	98,3
	35,000	1	1,7	1,7	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Type of study:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	clinical case	49	84,5	84,5	84,5
	naturalistic systematic case	9	15,5	15,5	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Focus of study:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid patient	35	60,3	60,3	60,3
patient and therapist	23	39,7	39,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Material used for analyses:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	11	19,0	19,0	19,0
implicit	7	12,1	12,1	31,0
not mentioned	40	69,0	69,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Qualitative and/or quantitative analysis:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid clinical	48	82,8	82,8	82,8
qualitative	4	6,9	6,9	89,7
mixed	6	10,3	10,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Was there a formal follow-up?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	10	17,2	17,2	17,2
No	48	82,8	82,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Therapeutic relationship: Is there a description of the attitude or feelings of the patient towards the therapist?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	42	72,4	72,4	72,4
No	16	27,6	27,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Therapeutic relationship: is there a description of the attitude or feelings of the therapist towards the patient?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	37	63,8	63,8	63,8
No	21	36,2	36,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Is there a clinical description of the process of therapy?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	54	93,1	93,1	93,1
No	4	6,9	6,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Did the therapist receive the patient's informed consent?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid yes	3	5,2	5,2	5,2
no	1	1,7	1,7	6,9
not mentioned	54	93,1	93,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the gender of the therapist:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	11	19,0	19,0	19,0
implicit	36	62,1	62,1	81,0
not mentioned	11	19,0	19,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate the gender of therapist if this was explicitly or implicitly mentioned:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Female	23	39,7	48,9	48,9
Male	24	41,4	51,1	100,0
Total	47	81,0	100,0	
Missing System	11	19,0		
Total	58	100,0		

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the age of the therapist:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	1	1,7	1,7	1,7
implicit	1	1,7	1,7	3,4
not mentioned	56	96,6	96,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the ethnic background of the therapist:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	1	1,7	1,7	1,7
implicit	6	10,3	10,3	12,1
not mentioned	51	87,9	87,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the education of the therapist:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	2	3,4	3,4	3,4
implicit	34	58,6	58,6	62,1
not mentioned	22	37,9	37,9	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the experience of the therapist:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	1	1,7	1,7	1,7
implicit	2	3,4	3,4	5,2
not mentioned	55	94,8	94,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether it is explicitly, implicitly or not mentioned if the therapist is the first author or not:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	3	5,2	5,2	5,2
implicit	44	75,9	75,9	81,0
not mentioned	11	19,0	19,0	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate here if the therapist is the first author (whether explicitly or implicitly mentioned):

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Yes	40	69,0	85,1	85,1
No	7	12,1	14,9	100,0
Total	47	81,0	100,0	
Missing System	11	19,0		
Total	58	100,0		

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the gender of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	53	91,4	91,4	91,4
implicit	5	8,6	8,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate the gender of patient if this was explicitly or implicitly mentioned:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Female	27	46,6	46,6	46,6
Male	31	53,4	53,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the age of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	55	94,8	94,8	94,8
implicit	3	5,2	5,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

If the age of the patient is explicitly mentioned, provide the age here:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,400	1	1,7	1,7	1,7
,500	1	1,7	1,7	3,4
,600	1	1,7	1,7	5,2
,700	1	1,7	1,7	6,9
,750	1	1,7	1,7	8,6
1,000	1	1,7	1,7	10,3
2,000	1	1,7	1,7	12,1
3,500	2	3,4	3,4	15,5
3,800	1	1,7	1,7	17,2
4,000	3	5,2	5,2	22,4
4,400	1	1,7	1,7	24,1
5,000	3	5,2	5,2	29,3
6,000	2	3,4	3,4	32,8
7,000	2	3,4	3,4	36,2
7,500	1	1,7	1,7	37,9
8,000	1	1,7	1,7	39,7
8,500	2	3,4	3,4	43,1
9,000	3	5,2	5,2	48,3
10,000	4	6,9	6,9	55,2
11,000	2	3,4	3,4	58,6
12,000	3	5,2	5,2	63,8
12,500	1	1,7	1,7	65,5
13,000	5	8,6	8,6	74,1
13,500	1	1,7	1,7	75,9
14,000	1	1,7	1,7	77,6
15,000	6	10,3	10,3	87,9
15,500	1	1,7	1,7	89,7
16,000	2	3,4	3,4	93,1
17,000	3	5,2	5,2	98,3
18,000	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the ethnic background of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	8	13,8	13,8	13,8
implicit	8	13,8	13,8	27,6
not mentioned	42	72,4	72,4	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the number of siblings of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	29	50,0	50,0	50,0
implicit	15	25,9	25,9	75,9
not mentioned	14	24,1	24,1	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Provide the number of siblings if mentioned:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ,00	3	5,2	6,8	6,8
1,00	21	36,2	47,7	54,5
2,00	14	24,1	31,8	86,4
3,00	4	6,9	9,1	95,5
4,00	1	1,7	2,3	97,7
5,00	1	1,7	2,3	100,0
Total	44	75,9	100,0	
Missing System	14	24,1		
Total	58	100,0		

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the diagnosis of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	58	100,0	100,0	100,0

Select the primary DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mood disorders	7	12,1	12,5	12,5
	anxiety disorders	10	17,2	17,9	30,4
	eating disorders	3	5,2	5,4	35,7
	somatoform disorders	2	3,4	3,6	39,3
	schizophrenia and other psychotic disorders	3	5,2	5,4	44,6
	sexual and gender identity disorders	2	3,4	3,6	48,2
	personality disorders	3	5,2	5,4	53,6
	disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence	20	34,5	35,7	89,3
	sleeping disorders	1	1,7	1,8	91,1
	relational problems	2	3,4	3,6	94,6
	adjustment disorders	1	1,7	1,8	96,4
	impulse-control disorders	1	1,7	1,8	98,2
	other conditions that may be a focus of clinical attention	1	1,7	1,8	100,0
	Total	56	96,6	100,0	
Missing	System	2	3,4		
Total		58	100,0		

If there are additional diagnoses, select the secondary DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mood disorders	3	5,2	13,0	13,0
	anxiety disorders	5	8,6	21,7	34,8
	somatoform disorders	1	1,7	4,3	39,1
	sexual and gender identity disorders	1	1,7	4,3	43,5
	personality disorders	7	12,1	30,4	73,9
	disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence	5	8,6	21,7	95,7
	sleeping disorders	1	1,7	4,3	100,0
	Total	23	39,7	100,0	
Missing	System	35	60,3		
Total		58	100,0		

If there are additional diagnoses, select the third DSM-category that best represents the diagnostic information (explicit or implicit):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	mood disorders	1	1,7	25,0	25,0
	anxiety disorders	3	5,2	75,0	100,0
	Total	4	6,9	100,0	
Missing	System	54	93,1		
Total		58	100,0		

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the use of a specific diagnostic system (e.g. DSM...):

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	explicit	10	17,2	17,2	17,2
	implicit	4	6,9	6,9	24,1
	not mentioned	44	75,9	75,9	100,0
Total		58	100,0	100,0	

Select the diagnostic system if this was explicitly or implicitly mentioned:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	DSM	2	3,4	15,4	15,4
	DSM-III	5	8,6	38,5	53,8
	DSM-IV	2	3,4	15,4	69,2
	ICD-10	1	1,7	7,7	76,9
	PDM (psychodynamic diagnostic manual)	1	1,7	7,7	84,6
	OPD (operationalized psychodynamic diagnosis)	2	3,4	15,4	100,0
	Total	13	22,4	100,0	
Missing	System	45	77,6		
Total		58	100,0		

Select the diagnostic system if this was explicitly or implicitly mentioned:[Other]

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		57	98,3	98,3	98,3
	SCID-I, SCID-II	1	1,7	1,7	100,0
Total		58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the setting of therapy:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	19	32,8	32,8	32,8
implicit	12	20,7	20,7	53,4
not mentioned	27	46,6	46,6	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Provide the setting of therapy if this information is explicitly or implicitly provided:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid private practice	11	19,0	39,3	39,3
hospital	16	27,6	57,1	96,4
community centre	1	1,7	3,6	100,0
Total	28	48,3	100,0	
Missing System	30	51,7		
Total	58	100,0		

Provide the setting of therapy if this information is explicitly or implicitly provided: [Other]

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	55	94,8	94,8	94,8
Infant Guidance Clinic	1	1,7	1,7	96,6
kindergarten intervention project	1	1,7	1,7	98,3
university-based psychology training clinic	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information concerning the duration of therapy:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	22	37,9	37,9	37,9
implicit	26	44,8	44,8	82,8
not mentioned	10	17,2	17,2	100,0
Total	58	100,0	100,0	

If there is explicit information on the duration of therapy, provide this here in months:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4,000	1	1,7	4,3	4,3
	4,500	1	1,7	4,3	8,7
	5,000	1	1,7	4,3	13,0
	6,000	4	6,9	17,4	30,4
	9,000	1	1,7	4,3	34,8
	18,000	1	1,7	4,3	39,1
	19,000	1	1,7	4,3	43,5
	24,000	2	3,4	8,7	52,2
	30,000	3	5,2	13,0	65,2
	34,000	1	1,7	4,3	69,6
	36,000	1	1,7	4,3	73,9
	42,000	2	3,4	8,7	82,6
	48,000	3	5,2	13,0	95,7
	60,000	1	1,7	4,3	100,0
	Total	23	39,7	100,0	
Missing	System	35	60,3		
Total		58	100,0		

If there is an imprecise indication of the duration of therapy, provide this implicit information here:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	35	60,3	60,3	60,3
> 18 months	1	1,7	1,7	62,1
>1 year	1	1,7	1,7	63,8
>1year	1	1,7	1,7	65,5
>2years	1	1,7	1,7	67,2
4 months and 3 weeks	1	1,7	1,7	69,0
6 weeks	1	1,7	1,7	70,7
almost 3 years	1	1,7	1,7	72,4
around 3 years	3	5,2	5,2	77,6
at least 2 years and 10 months	1	1,7	1,7	79,3
at least 3 years	2	3,4	3,4	82,8
more than 1 year	1	1,7	1,7	84,5
more than 3 years	2	3,4	3,4	87,9
more than 4 years	1	1,7	1,7	89,7
more than 6 months	1	1,7	1,7	91,4
more than 6 weeks	1	1,7	1,7	93,1
more than one year	1	1,7	1,7	94,8
several months	2	3,4	3,4	98,3
several years	1	1,7	1,7	100,0
Total	58	100,0	100,0	

If there is explicit information on how many sessions the therapy consisted of, provide the number of sessions here.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	5,000	2	3,4	20,0	20,0
	10,000	1	1,7	10,0	30,0
	22,000	1	1,7	10,0	40,0
	24,000	1	1,7	10,0	50,0
	32,000	1	1,7	10,0	60,0
	37,000	1	1,7	10,0	70,0
	70,000	1	1,7	10,0	80,0
	150,000	1	1,7	10,0	90,0
	210,000	1	1,7	10,0	100,0
	Total	10	17,2	100,0	
Missing	System	48	82,8		
Total		58	100,0		

**If there is information on the frequency of sessions in the therapy, select the relevant option. If there is no information, select **

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1/week	3	5,2	5,2	5,2
1/week	2	3,4	3,4	8,6
2-3/week	14	24,1	24,1	32,8
4-7/week	11	19,0	19,0	51,7
not mentioned	28	48,3	48,3	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is explicit, implicit or no information on the therapeutic history of the patient:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	14	24,1	24,1	24,1
implicit	18	31,0	31,0	55,2
not mentioned	26	44,8	44,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

Concerning the therapeutic history, indicate whether the described therapy is a first treatment or if former treatment(s) took place, whether explicitly or implicitly mentioned.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid first therapy	10	17,2	31,3	31,3
former treatments	22	37,9	68,8	100,0
Total	32	55,2	100,0	
Missing System	26	44,8		
Total	58	100,0		

Indicate whether there is explicit, implicit or no information on the outcome (succes, failure or mixed) of the therapy:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid explicit	22	37,9	37,9	37,9
implicit	28	48,3	48,3	86,2
not mentioned	8	13,8	13,8	100,0
Total	58	100,0	100,0	

If there is information on the outcome of therapy (explicit or implicit), select the described outcome here:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	succes	39	67,2	78,0	78,0
	mixed	11	19,0	22,0	100,0
	Total	50	86,2	100,0	
Missing	System	8	13,8		
Total		58	100,0		

Indicate whether it is explicitly, implicitly or not mentioned that the described therapy was completed or not:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	explicit	26	44,8	44,8	44,8
	implicit	13	22,4	22,4	67,2
	not mentioned	19	32,8	32,8	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Indicate whether there is a period of deterioration mentioned during therapy:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	a period of deterioration is described	31	53,4	53,4	53,4
	a period of deterioration is not mentioned	27	46,6	46,6	100,0
	Total	58	100,0	100,0	

Indicate here whether therapy was completed or not if there is explicit or implicit information on this.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	completed	37	63,8	94,9	94,9
	not completed	2	3,4	5,1	100,0
	Total	39	67,2	100,0	
Missing	System	19	32,8		
Total		58	100,0		

In case of therapy with children, indicate here whether there is explicit, implicit or no information on parent's involvement in the therapy

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	explicit	28	48,3	49,1	49,1
	implicit	10	17,2	17,5	66,7
	not mentioned	19	32,8	33,3	100,0
	Total	57	98,3	100,0	
Missing	System	1	1,7		
Total		58	100,0		

**If there is information on parent involvement in a case of therapy with a child,
indicate here whether they were not involved, passively involved or actively involved:**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	not involved	6	10,3	15,8	15,8
	passively involved	5	8,6	13,2	28,9
	actively involved	27	46,6	71,1	100,0
	Total	38	65,5	100,0	
Missing	System	20	34,5		
Total		58	100,0		

Anhang D

Parent involvement * therapy outcome: Crosstabulation

Parent involvement * therapy outcome: Crosstabulation

Count

		Outcome		Total
		succes	mixed	
Parent involvement:	not involved	3	3	6
	passively involved	4	1	5
	actively involved	19	5	24
Total		26	9	35

Anhang E

Literaturangaben der untersuchten Einzelfälle

- Alvarez A (2009) The case of Luisa. *Psychoanalytic Inquiry* 29: 304-313
- Appelbaum A & Stein H (2009) The impact of shame on the psychoanalysis of a borderline child. *Psychoanalytic Psychology* 26 (1): 26-41
- Auerbach J & Blatt S (2001) Self-reflexivity, intersubjectivity, and therapeutic change. *Psychoanalytic Psychology* 18 (3): 427-450
- Baxter H (1996) Use of interpreters in individual psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30: 153-156
- Becker M & Shalgi B (2002) A psychoanalytical approach to integrating family and individual therapy in the treatment of adolescents. *The Psychoanalytic Study of the Child* 57: 203-217
- Billow R (2004) A falsifying adolescent. *Psychoanalytic Quarterly* LXXIII: 1041-1078
- Blatt S & Auerbach J (2001) Mental representation, severe psychopathology and the therapeutic process. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49: 113-159
- Brandell JR (1992) Psychotherapy of a traumatized 10-year-old boy: Theoretical issues and clinical considerations. *Smith College Studies in Social Work* 123-138
- De Gomberoff LP & Gomberoff M (1998) Case study. Disguised hysteria in child psychosis. *American Journal of Psychotherapy* 52 (1): 88-102
- Deblinger, E & Hall D (2000) The case of ryan: A child who suffered multiple episodes of sexual abuse. *Cognitive and Behavioral Practice* 7: 346-350
- De Parseval C (2011) Polysémie du fantasme d'incorporation, ou l'histoire d'une jeune fille anorexique-boulimique qui voulait ressembler à sa mère morte. *La Psychiatrie de l'enfant* 54 (1): 87-128
- Erreich A (2007) The anatomy of a symptom: Concept development and symptom formation in a four-year-old-boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 55 (3): 899-922
- Frenkel R (1991) The early abortion of a pseudocyesis. *The Psychoanalytic Study of the Child* 46: 237-254
- Gold-Steinberg S & Logan D (1999) Integrating psychotherapy in the treatment of children with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Orthopsychiatry* 69 (4): 495-503
- Graves P (1991) The little riddle maker a case presentation. *The Psychoanalytic Study of the Child* 46: 255-275
- Guedeney A (1999) Antenatal diagnosis: what sometimes remains to be done after the birth of a normal child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 20: 53-55
- Günter M (2006) Un-Heimliche Gewalt. Angstlust, Inszenierung und identifikatorische Projektion destruktiver Phantasien. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 60: 215-236

- Herzog J (1995) Therapeutisches Vorgehen, neue Objektbeziehung und Änderung der Repräsentanzen. *Forum der Psychoanalyse* 11 (3): 189-200
- Hoffman L (1987) The psychoanalytic process and the development of insight in child analysis: A case study. *Psychoanalytic Quarterly* 63-80
- Howarth L (1996) A case study of anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 4 (1): 55-62
- Kachnitz W, Scheer PJ, Kratky-Dunitz M & Broussalis T (1991) Nichtepileptische Schlafstörungen (Somnambulismus) bei Epilepsie. *Monatsschrift Kinderheilkunde* 139: 775-778
- Keilson H (1995) Die fragmentierte Psychotherapie eines aus Bergen-Belsen zurückgekehrten Jungen. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 69-84
- La Barre (2008) Stuck in vertical: The kinetic temperament in development and interaction. *Psychoanalytic Dialogues* 18: 411-436
- Lavigne V & Novak J (1981) Insights from behavior therapy: a case study combining behavioral and psychoanalytic therapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18: 74-80
- Lerner H (1983) Contemporary psychoanalytic perspectives on gorge-vomiting. *International Journal of Eating Disorders* 3 (1): 47-63
- Leuzinger-Bohleber M, Fischmann T, Göppel G, Läzer K & Waldung C (2008) Störungen der frühen Affektregulation: Klinische und extraklinische Annäherungen an ADHS. *Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen* LXII (7): 621-652
- Mannoni M (1967) Remarques a propos d'un cas clinique. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mental de l'enfance*. 15 (1-2): 109-114
- Martinetti MG, Papini M, Guerri S, Stefanini C, Mininni N & Muzzarelli D (1991) Psychodynamic treatment of failure in homeostatic organization in infancy. *Infant Mental Health Journal* 12 (4): 302-308
- McGehee R (2005) Child psychoanalysis and obsessive-compulsive symptoms: the treatment of a ten year old boy. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 53: 213-237
- Milrod B (2002) A 9-year-old with conversion disorder, successfully treated with psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 83: 623-631
- Moldan M (2005) Selective mutism and self-regulation. *Clinical Social Work Journal* 33 (3): 291-307
- Moran, G & Fonagy P (1987) Psychoanalysis and diabetic control: A single-case study. *British Journal of Medical Psychology* 60: 357-372
- Norman J (2004) Transformations of early infantile experiences: A 6-month-old in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis* 85: 1103-1122

- Palgi P, Durban J (1995) The role and function of collective representations for the individual during the mourning process: The case of a war-orphaned. *American Anthropological Association* 23 (2): 223-243
- Porcerelli J, Cogan R & Bambery M (2011) The mental functioning axis of the psychodynamic diagnostic manual: An adolescent case study. *Journal of Personality Assessment* 93 (2): 177-184
- Pressel C (2007) Tiefenpsychologisch fundierte stationäre Psychotherapie eines 12-jährigen Jungen mit sekundärer Enkopresis. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56 (6): 511-519
- Rhode M (2011) Asperger's syndrome: A mixed picture. *Psychoanalytic Inquiry* 31: 288-302
- Rosegrant J (1996) The anal world of a six-year-old boy. *International Journal of Psychoanalysis* 77: 1233-1243
- Salomonsson B (2004) Some psychoanalytic viewpoints on neuropsychiatric disorders in children. *International Journal of Psychoanalysis* 86: 117-136
- Schlich-Dannenberg S (2009) Alles kann offen bleiben. Analytische Behandlung eines Kindes mit einer Störung der Geschlechtsidentität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 22 (1): 49-66
- Seiffge-Krenke I (2008) Mobbing, bullying and other forms of aggression. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 57 (1): 60-74
- Shapiro B (2003) Building bridges between body and mind: the analysis of an adolescent with paralyzing chronic pain. *International Journal of Psychoanalysis* 84: 547-561
- Smadja R, Golse B & Moro MR (2011) Des betises de l'enfant aux troubles du comportement. *L'évolution Psychiatrique* 76: 331-343
- Staufenberg H (2008) Bewegung und Bedeutung. Aus einer psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlung eines sogenannten ADHS-Kindes. *Psyche – Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendung* 62: 654-672
- Steinberg C (2006) The mother who didn't see her baby and the hospital that didn't see the psychiatrist. *Smith College Studies in Social Work* 76 (4): 59-67
- Stratmann F & Schepker R (1993) Selbstmanipulierte Erkrankung und Münchhausen-Syndrom bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Kinder und Jugendpsychiatrie* 21 (1): 28-33
- Storm IM (2010) Eltern-Säuglings-Psychotherapie. Die Behandlung einer Essstörung. *Forum der Psychoanalyse* 26: 271-290
- Sugar M (1995) A clinical approach to childhood gender identity disorder. *American Journal of Psychotherapy* 49 (2): 260-281
- Sugar M (1999) The boy in the iron mask: Superego issues in the analysis of a two-year-old encopretic. *Psychoanalytic Quarterly* LXVIII: 497-519

- Sugarman A (2008) The use of play to promote insightfulness in the analysis of children suffering from cumulative trauma. *Psychoanalytic Quarterly* LXXVII: 799-833
- Sugarman A (2009) Child versus adult psychoanalysis: Two processes or one? *The International Journal of Psychoanalysis* 90: 1255-1276
- Sugarman A (2009) The contribution of the analyst's actions to mutative action. *The Psychoanalytic study of the child*. 64: 247-272
- Szajnberg N (1993) Recovering arepressed memory, and representational shift in an adolescent. *Journal fo ther American Psychoanalytic Association* 711-725
- Thompson C, Mazet P & Cohen D (2005) Treatment of a suicide attempt through psychodynamic therapy in a 17-year-old boy with depression: A case study. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 42 (4): 281-285
- Trad P, Raine M, Chazan S & Grennblatt E (1992) Working through conflict with self-destructive prescholl children. *American Journal of Psychotherapy* XLVI (4): 640-662

Eidesstaatliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, Isabelle Schindler (Matrikelnummer: 1345) an Eides statt gegenüber der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin, dass die vorliegende, dieser Erklärung angefügte Arbeit, selbständig und nur unter Zuhilfenahme der im Literaturverzeichnis genannten Quellen und Hilfsmittel angefertigt wurde. Alle Stellen der Arbeit, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind kenntlich gemacht.

Ich reiche die Arbeit erstmals als Prüfungsleistung ein.

Ort, Datum

Unterschrift