

Gitzinger I, Krämer B, Kächele H (1997) "Don't think twice it's all right" - Ein zweiter Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen. In: Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U (Hrsg), *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*. Psychosozial Verlag, Gießen, S 267 - 278

Don't think twice it's alright –

Ein zweiter Rückblick auf eine Behandlung und ein Ausblick auf offene Fragen

Inez Gitzinger, Beatrice Krämer & Horst Kächele

Thema Psychoanalytische Katamnese im Blickwinkel der Psychotherapieforschung

Forschungsansätze, die sich um eine systematische Evaluierung der psychoanalytischen Behandlung, der Freud'schen Analyse, bemüht haben, leben mit definitorischen Schwierigkeiten, wie 1967 das Central Fact-Gathering Committee's der American Psychoanalytic Association feststellen musste (Hamburg et al. 1967). Da diese Übersicht eine großzügige Kartographierung dessen umfassen sollte, was eine Psychotherapie zu einer psychoanalytischen Behandlung macht, ist unsere Reise auch nicht einem psychoanalytischen Essentialismus geprägt.

Psychoanalytische Therapieforschung stellt eine Untermenge eines Forschungsfeldes dar, welches sich seit den fünfziger Jahren zu etablieren begann. Ziel dieser empirisch-rekonstruktiven Bemühungen ist es, welche Faktoren im therapeutischen Prozess zum guten oder schlechten Ausgang beitragen. Der Positivismusverdacht, der einem öfters als einmal entgegenschlägt, ist leicht auszuhalten, gilt es doch einem klinisch fundierten, von subjektiver Evidenzmaximierung getragenen Expertenwissen entgegenzuhalten, dass unser systematisiertes Wissen über Prognose und Indikation, Verlauf und Ergebnis nicht gerade überwältigend ist, zieht man die subjektive Sicherheit, mit der manche Auffassungen vorgetragen werden, einmal ab.

Rückblickend unterscheiden wir heute drei Phasen der Therapieforschung, die wohl nacheinander einsetzen, aber durchaus an verschiedenen Orten gleichzeitig

forschungsleitend waren (Shapiro 1990). Sie können wie Epochen der Kulturentwicklung betrachtet werden. Jede Phase hat in den verschiedenen Therapieschulen ihre Höhepunkte und Ausprägungen an verschiedenen Orten, nicht alle Forschungsaktivität zu einem Zeitpunkt lässt sich einer Phase zuordnen und doch kennzeichnet eine Phase den in der scientific community vorherrschenden Geist.

Die erste Phase - beginnend in den dreißiger Jahren - dominierend in den Jahren 1950 bis 1970 - ist am Ergebnis zu Legitimationszwecken interessiert: Ihre typische Frage lautete: Nützt Psychotherapie bzw. Psychoanalyse überhaupt?

Die zweite Phase, dominierend von 1960 bis 1980, fokussiert auf den Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis, wie er schon 1937 auf dem Marienbader Kongress von Bibring (1937) gefordert wurde: Ihre typische Frage lautet; was muss im Verlauf geschehen, dass am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann?

Die dritte Phase - in der wir uns zurzeit befinden - zieht die Konsequenzen aus der gesicherten Komplexität des Therapiesgeschehens und intensiviert die Untersuchung der prozessualen Vorgänge. Ihre leitende Frage lautet: welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?

ad 1.

Beginnen hat die psychoanalytische Katamnestik, wie nicht anders zu erwarten, mit den Einzelfallstudien Freuds. Die erste systematische Erhebung erfolgt 1930 mit einer 10-Jahres-Katamnestik des Berliner Psychoanalytischen Institutes (Fenichel 1930); das Beispiel machte bald Schule, denn weitere derartige Berichte folgten. 1936 legte Jones von der London Clinic of Psychoanalysis ebenfalls eine Zehn-Jahres-Statistik vor (Jones 1936); Franz Alexander berichtete im folgenden Jahr aus Chicago über eine Fünf-Jahres-Periode (Alexander 1937b); Robert Knight dann 1941 aus Topeka (Knight 1941). 1942 folgte ein weiterer Bericht aus dem gleichgeschalteten Berliner Institut von F Boehm (1942) über 419 abgeschlossene psychoanalytische Behandlungen, den A. Dührssen (1972) erwähnt¹.

In den folgenden Jahren finden sich noch einige weitere Berichte in der Literatur (Feldmann 1968; Nunberg 1954; Oberndorf 1953; Schjeldrup 1955), die in der Art

¹ Ein Kommentar wäre angesichts der aktuellen Diskussion um die Psychoanalyse im Dritten Reich hier hilfreich; ich bin noch nicht in der Lage, diesen zu geben.

der Berichterstattung nichts wesentlich Neues bringen. Auch diese Studien fanden wie viele zuvor, eine magische Zwei-Drittel Besserungsquote.

Im deutschen Sprachraum wird diese Phase 1 Forschung von einer Studie re-präsentiert, die für die Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die Leistungspflicht der Krankenkassen von nicht geringer Bedeutung war. Diese Studie von Dührssen und Jorswieck, 1965 publiziert, belegte mit einfachen Mitteln die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca. 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std., 10-15 nur 50-60 Std.).

Ergebnis bei Ende bzw. Katamnese der Behandlung (N =845)

	%Ende	%Katamnese
Sehr gut gebessert	43	28.5
Gut gebessert	9	17.0
Befriedigend gebessert	3	13.0
Genügend gebessert	41	26.0
Kaum gebessert	2	4.0
Ungebessert	0	9.0
Ohne Abschlussurteil	2	0.0
Unklar	0	2.0
Fehldiagnose	0	0.5
	100	100

Die vorliegenden Studien zur rite-Analyse, so auch die umfangreiche postalische Erhebung der American Psychoanalytic Association für ca. 10.000 Analysen (Hamburg et al. 1967), unterscheiden sich bei einem solch einfachen Verfahren in den ergebnis-relevanten Aussagen nicht wesentlich von den Studien zur psychoanalytischen Psychotherapie (Kächele u. Fiedler 1985). Seitdem finden sich kaum mehr Untersuchungen, die nur mit einer fünfstufigen Skala zwischen "sehr gut und gut gebessert", befriedigend gebessert, "genügend gebessert" und "kaum gebessert" unterscheiden.

In den sechziger Jahren vollzog sich eine Spezifizierung der Fragestellungen. So wurden am Boston Psychoanalytic Institute im Rahmen von Bemühungen, die Ausbildungsfälle besser zu evaluieren, Anfangs- und Endbedingungen von 100 supervidierten Fällen verglichen (Knapp et al. 1960).

Eines der inzwischen klinisch wohl bekannten Ergebnisse war, dass Patienten mit der Diagnose "hysterisch" entweder einen sehr günstigen oder einen sehr schlechten Ausgang aufwiesen; dieses war besonders bei den ersten Ausbildungsfällen zu beobachten.

Eine ähnliche Untersuchung wurde im darauf folgenden Zeitraum für 183 supervidierte Analysen durchgeführt (Sashin et al. 1975). Die nachträgliche Vorhersage aus den Evaluierungsunterlagen des Institutes ergab keine überzeugende Korrelation mit dem tatsächlichen Therapieerfolg; bedeutsam war jedoch, dass die besonders ungünstig verlaufenden Fälle eine hoch belastete familiäre Vorgeschichte aufweisen. Darüber hinaus ergab sich eine Replikation der früheren Befunde bzgl. der Diagnose Hysterie. E. Zetzel, an diesem Projekt beteiligt, hat diese Befunde in einer wohl bekannten Veröffentlichung "The so called good hysteric" verarbeitet (Zetzel 1968).

Ebenfalls im universitären, ausbildungsorientierten Kontext etablierte die Columbia Psychoanalytic Clinic eine systematische Dokumentation der Anfangs- und Endbedingungen von Patienten in Psychoanalyse (N= 588) und analytischer Psychotherapie (N= 760) Bachrach et al. (1985) fanden z. B. dass bei Patienten mit schwerer Symptomatik und einer neurotischen Persönlichkeit Psychoanalysen zu besseren Therapieergebnissen führten, während bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit bei der Standardanalyse deutlich mehr Verschlechterungen als bei der psychoanalytischen Psychotherapie registriert werden mussten.

In Übereinstimmung mit vielfältigen Ergebnissen aus der Psychotherapieforschungsliteratur lässt sich auch für die Rite-Analysen resümieren, dass der Zustand der Patienten vor Beginn der Behandlung mit dem schließlichen Ausgang nur sehr mäßige Korrelationen aufweist. Daraus folgt, dass der Behandlungsprozess die entscheidenden Weichen stellt.

Die zweite Phase der Forschung setzt diese Einsicht um und bearbeitet die Beziehung von Verlauf und Ergebnis.

In Topeka an der Menninger Clinic wurden in den fünfziger Jahren die methodologischen Grundlagen für das wohl bisher zeitlich und finanziell aufwendigste

psychoanalytische Therapieforschungsprojekt gelegt, dessen abschließender Bericht 1986 von Wallerstein vorgelegt wurde (Wallerstein 1986). Von Anfang an wurde betont, dass die Frage nach Veränderung sowohl die Frage nach dem <was> als auch nach dem <wie> beinhaltet (Wallerstein et al. 1956):

"Wir glauben, dass aus theoretischen Gründen Verlauf und Ergebnis notwendigerweise miteinander verknüpft sind und dass Hypothesen, die Antworten geben sollen, nur von einer exploratorischen Untersuchung kommen können, die beiden Aspekten gleiche Aufmerksamkeit zollt. Jede ergebnis-orientierte Studie muss Kriterien für Besserung etablieren und diese müssen sich an der Art der Erkrankung und dem Prozess der Veränderung orientieren" (S.118).

Eine wichtige methodische Entscheidung des Menninger-Projektes bestand auch darin, eine naturalistische Studie durchzuführen. Das Forschungsvorhaben sollte auf die klinische Arbeit möglichst keinen Einfluss ausüben; entsprechend wurden die Zuweisungen der Patienten zu den Behandlungsformen klinisch entschieden. 22 Patienten wurden mit klassischer Psychoanalyse und 20 Patienten mit analytischer Psychotherapie behandelt. 22 der 42 Patienten wurden zeitweise stationär behandelt, was einen deutlichen Hinweis auf die Schwere der Störungen enthält. Zu Anfang, Ende und zu einem katamnestischen Zeitpunkt (2-3 Jahre nach der Behandlung) wurden für jede Behandlung eine Fülle von Angaben erhoben, die von einem Team wissenschaftlich qualifizierter Psychoanalytiker, das separat vom Therapeuten arbeitete, erhoben wurden².

Was waren die wichtigen Ergebnisse dieser gewaltigen Anstrengung? Ich zitiere zunächst einige Angaben aus dem zusammenfassenden Ergebnisbericht von Kernberg und Mitarbeitern aus dem Jahre 1972 (Kernberg et al. 1972):

ein hoher Grad von initialer Ich-Stärke gibt einen guten prognostischen Indikator für das ganze Spektrum psychoanalytisch orientierter Behandlungen, unabhängig von der Kompetenz des Therapeuten; den größten Gewinn haben allerdings die Patienten in psychoanalytischer Behandlung.

² Verschiedene Auswertungsstrategien wurden angewendet:

- = ein extensive klinische formal durchstrukturierte Fallstudie für jeden Patienten
- = ca 40 formalisierte Vorhersagen für jeden Patienten
- = eine semi-quantitative Paarvergleichsmethode mit insgesamt 35 000 Paarvergleichen
- = eine quantitative faktor-analytische Auswertung
- und last not least etwas ganz exotisches,

Für Patienten mit geringer Ich-Stärke macht es keinen Unterschied, ob sie mit sehr interpretativer Technik oder mehr supportiver Technik behandelt werden; beides war wenig erfolgreich. Allerdings lässt sich zeigen, dass kompetente Therapeuten, die stark an der Übertragung gearbeitet haben, bei diesen Patienten mit einer schlechten initialen Prognose erheblich bessere Resultate erzielen können (S.183). Hieraus zog Kernberg klinische Konsequenzen, die inzwischen bekannt sein dürften. Die von ihm supportiv-expressive Technik genannte Interventionsform für Borderline Patienten basiere auf den "gesicherten" Erfahrungen aus diesem Projekt.

Bei näherer Betrachtung verdeutlicht diese Feststellung auch, dass quantitative Ergebnisse sich nicht von selbst interpretieren. Wissenschaftler, besonders wenn sie als Theoretiker und Kliniker ihre Lieblingsidee in den Daten wieder finden wollen, vertreten ihr Interesse und interpretieren Befunde sehr verschieden. Wallersteins (1986) klinisch sehr detaillierte Aufarbeitung des Menninger-Projektes vermittelt eine differierende Position: Kernbergs Darstellung sei einseitig; insgesamt könne man nämlich feststellen, dass über das ganze Spektrum der 42 Patienten hinweg in jedem einzelnen Fall nachzuweisen sei, dass die Behandlung mehr supportive Elemente aufgewiesen habe als ursprünglich intendiert, und dass diese supportiven Anteile einen größeren Anteil am Erfolg hatten als ursprünglich bedacht worden wäre (S. 730). Darüber hinaus sei der Unterschied zwischen struktureller Veränderung durch Einsichts-fördernde Verfahren und durch supportive Techniken um vieles weniger ausgeprägt als ursprünglich angenommen wurde. Im Kontext der gegenwärtigen Diskussionen stellt er fest, dass generell die Unterschiede von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie erheblich geringer seien, eine Schlussfolgerung, die auch Rangell (1981) getroffen hatte.

Die sorgfältige Diskussion in Wallersteins umfangreichem Werk - von dem erst spät eine zwar schlecht übersetzte, aber theoretisch und klinisch äußerst explosive Zusammenfassung erschienen ist (Wallerstein 1990) präsentiert die praktisch-klinische Bedeutung der Therapieforschung als eine anti-ideologische Produktivkraft. Je sorgfältiger einzelne Therapieverläufe und die Ergebnisse analysiert werden, je fallnäher in der Auswertung gearbeitet wird, desto weniger fallen die Unterschiede zwischen den als standardisiert ausgegebenen Therapieformen ins Gewicht: die Variabilität von Veränderungsprozessen tritt in den Vordergrund.

= eine multidimensionale Scalogramm Analyse.

Bei den in Topeka untersuchten Therapien wurde trotz der auf Anfangs- End- und Katamnesezeitraum beschränkten Erhebung sehr pointiert der prozessuale Gesichtspunkt einbezogen; die Qualität der therapeutischen Arbeit wurde durch Auswertung der Behandlungsdokumentation erfasst.

In diesem Kontext ist die Neubewertung der Fallstudie zu sehen, mit der Wallerstein & Sampson (1971) eine Versöhnung von Klinik und Forschung anpeilen. Sie legten bei ihrer Übersicht den Hauptakzent auf die Frage, ob es notwendig sei, formalisierte und systematisierte Untersuchungen des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse durchzuführen. Und ob dies möglich sei. Ich zitiere nun: "Wir denken, dass wir zeigen konnten, dass die Antwort auf beide Fragen heute ein emphatisches Ja ist....Unsere zentrale Überzeugung ist, dass die informelle Fallstudie trotz ihrer zwingenden Überzeugungskraft gewisse reale und offenkundige wissenschaftliche Begrenzungen hat" (S.47). Folgt man ihren Ausführungen - und wir sind in Ulm diesen weitgehend gefolgt, so rückt die systematische Einzelfallstudie in den Schnittpunkt der klinisch und wissenschaftlichen Tätigkeit.

Der experimentelle Ansatz ist zwar die korrekteste Methode zur Überprüfung von Hypothesen (Campbell 1967); er impliziert aber eine gewisse Manipulierbarkeit des Untersuchungsobjektes, die in der klinischen Situation nicht möglich ist. Über die Reichweite dieses experimentellen Ansatzes zur Überprüfung psychoanalytischer Theoriebestände liegen umfangreiche Sekundäranalysen auch von wohlmeinenden Kritikern vor (Kline 1981). Shulman (1990) hat im International Journal ein Beispiel für eine solche Studie gegeben, die Kohut'sche und Kernberg'sche Thesen experimentell vergleicht (s.d. Kächele et al. 1991).

Es besteht kein Grund, die klinische Situation als Defizitvariante des Experimentes zu betrachten, wie es die früher beliebte Sprachfigur, die psychoanalytische Behandlungssituation sei eine quasi-experimentelle Veranstaltung, nahe legte (Shakow 1960). Die angemessenen Untersuchungsmethoden sind demzufolge nicht experimentelle, sondern Methoden der systematischen Materialanalyse. In der Einzelfallstudie muss kein Verzicht auf Exaktheit geleistet werden, sondern es können Verfahren zur Anwendung kommen, die dem untersuchten System angemessen sind. Marshall Edelson hat sich erneut in seinem jüngst erschienen Buch: "Psychoanalyse- eine Theorie in der Krise" besonders die Möglichkeiten der

Einzelfallforschung betont, über die heuristische, entdeckungs-orientierte Perspektive hinauszugehen (Edelson 1985, 1988).

Die wissenschaftliche Erforschung des Einzelfalles stellt m. U. die zeitgemäße Version der Junktimbehauptung dar. Sie verlangt vom Kliniker, dass er seine Hypothesen über Struktur und Psychodynamik präzisiert und sich selbstkritisch auf die Suche nach Kriterien macht, die diese bestätigen oder widerlegen. Hier auf dem Mutterboden der Psychoanalyse kann psychoanalytische Therapieforschung stattfinden.

Die Möglichkeit der formalisierten Auswertung überwindet die heuristische, hypothesenbildende Funktion der klinischen Einzelfallstudie und gewinnt dem Junktimgedanken eine neue Seite ab. In diesem Sinne hält es Eagle (1988) für eine Ironie, "dass psychoanalytische Autoren klinische Daten für nahezu jeden Zweck zu verwenden suchen, außer dem einen, für den sie am besten geeignet sind - der Bewertung und dem Verständnis der Veränderung durch Therapie" (S. 209).

Julia X ein Rückblick

Der Auftakt der Behandlung

Die Patientin wandte sich an die Psychotherapeutische Ambulanz mit der unbedingten Bitte, Herrn Dr. K. sprechen zu können. Im Erstgespräch stellte sich eine 22-jährige junge Frau vor, die seit ihrem sechzehnten Lebensjahr an Heißhungeranfällen und Erbrechen litt. Im Studium war sie durch die erhebliche Begleitsymptomatik wie chronische Müdigkeit, Kreislaufschwierigkeiten, Konzentrations- und Arbeitsstörungen beeinträchtigt, wenn sie auch ihren Studienverpflichtungen nachzukommen wusste. Ihre sozialen Beziehungen waren erheblich beeinträchtigt; eine stabile engere, intim-sexuelle Beziehung hatte es noch nicht gegeben. Sie drängte sehr, wirkte auch sehr desolat und suizidgefährdet, da sie offenkundig schon mehrere wenig erfolgreiche Therapieversuche hinter sich gebracht hatte. Berührt war ich (HK) durch ihre Mitteilung, dass ein erfahrender Psychoanalytiker ihr gesagt habe, bei Bulimie helfe keine psychoanalytische Einzeltherapie, und ihr eine Selbsthilfegruppe empfahl³. Mir schien die Indikation zu einer psychoanalytischen Therapie gegeben; die Patientin war hoch motiviert und alles Weitere würde sich zeigen.

³Diese Meinung scheint verbreitet zu sein; so schreibt H. Speidel in seinem Geleitwort zu einer neu erscheinenden Monographie zur Bulimie: "Während

Da wir die Patientin für sich sprechen lassen wollen, bleibt hier nur zu sagen, dass die psychoanalytische Therapie entsprechend dem Geistes des Ulmer „Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie“ nach mittelfrequent und mittellang, d.h. zwei- dreistündig im Sitzen, teilweise im Liegen, geführt wurde und nach 2 Jahren und 2 Monaten in gegenseitigen Einvernehmen beendet werden konnte.

die Ärzte sich der Bulimie eher zögernd zuwandten, begriffen psychologische und ärztliche Psychotherapeuten rasch, dass sie sich diesem Problem zu stellen hatten. Sie machten allerdings auch die Erfahrung, dass es sich um eine schwer zugängliche Störung handelt" (Speidel, 1991).

Das erste katamnestic Interview

Als Frau Julia X im Juni 1989 zum Katamnese-Interview⁴ gebeten wird, liegt ihre Therapie bei ihrem letzten Therapeuten, Dr. K., bereits 2 Jahre und 2 1/2 Monate zurück. Zu dem Interview erklärt sie sich sofort bereit und nimmt eine längere Anfahrtszeit ohne weiteres in Kauf. Sie erscheint guter Laune, sprüht geradezu vor Lebhaftigkeit und Vitalität. Man hat das Gefühl, es mit einem offenen, kontaktfreudigen Menschen zu tun zu haben. Die Atmosphäre während des Gesprächs ist angenehm und locker. Sie denkt und spricht schnell und geht differenziert auf Fragen ein, soweit etwas zu fragen übrig bleibt, denn sie kommt schnell und flüssig von einem Punkt zum anderen. So gestaltet sie selbst das Gespräch recht dynamisch, das dann auch entsprechend intensiv und ausgiebig verläuft.

Frau Julia X ist 25 Jahre alt, studiert im 12. Semester und steckt z. Z. bis zum Hals in den Vorbereitungen auf ihr zweites Staatsexamen. Seit einigen Monaten ist sie verheiratet. Ihr Mann arbeitet z. Zt. wie sie auch intensiv für seine Abschlussprüfungen. Sie leben und arbeiten zusammen in einer kleinen Wohnung. Trotz der Belastung durch das Lernen und der Einschränkung ihres Gemeinschaftslebens, bei unterschiedlichen Arbeitsrhythmen (er arbeitet nachts, sie tagsüber), ist sie gut arbeitsfähig und hat nur selten Anflüge von Heißhunger.

In ihrer Freizeit musiziert sie leidenschaftlich gern und viel, spielt in einem Orchester und besucht Konzerte, Opern und Theatervorstellungen. Mit ihrem Mann fährt sie gerne zum Picknicken ins Grüne.

Herkunft

Die Mutter war Sekretärin und hatte wegen der Kinder aufgehört zu arbeiten. Sie sei eigentlich eine einfache und recht liebe Frau. Doch die enorme Leistungs-

⁴Julia X war darüber informiert, daß das Nachgespräch im Kontext eines Forschungsprojekt stehen würde. Der Therapeut hatte sie angeschrieben und sie gefragt, ob sie bereit sei, ihre Vorgeschichte und therapeutischen Erfahrungen mitzuteilen. Bezüglich der Veröffentlichung denken wir, dass es ratsam ist, Stollers Empfehlung zu folgen: "We should not write about our patients without permission to do so and without their view of the matters about which we write" (Stoller, 1988 p.391).

orientierung des Vaters habe sie "untergebuttert". Sie sei im Prinzip zur Angestellten des Vaters degradiert worden, zuständig für das Abfragen von Vokabeln, die Kontrolle der Hausaufgaben und das Lernen von Musikinstrumenten. Ihre Wünsche und Hoffnungen habe sie völlig zurückstellen müssen. Bezüglich Sexualität seien allerdings beide Eltern reichlich prüde, konservativ und verbohrt.

Sie beschreibt ihren Vater als sehr eigenwillig und leistungsorientiert. Mit 17 Jahren habe er wegen dem Krieg die Schule unterbrechen müssen und das Abitur unter Schwierigkeiten nachgemacht. Er habe sich langsam hochgearbeitet und angefangen zu studieren, wobei er sich selbst finanzierte. Eigentlich sei er ein Dauerstudent mit eigenen bildungspolitischen Vorstellungen, denen gemäß jedes Kind einmal in England gewesen sein sollte, mindestens 2 Musikinstrumente lernen solle und auf jeden Fall studieren müsse.

Die älteren drei Geschwister haben das Elternhaus früh verlassen. Der jüngere Bruder sei noch da, aber er konnte sich den Eltern stets gut entziehen. Kritiken des Vaters über die Geschwister habe stets sie abbekommen. Hatte er sich abreagiert und war der Rauch verflogen, klappte seine Verständigung mit den anderen wieder. Anlass zum Nachdenken gäben die Lebenssituationen ihrer Geschwister allemal. Sie selbst sei streng erzogen worden, ihre Rolle im Haus war festgelegt. Sie kochte und backte am Wochenende, mähte den Rasen, wusch das Auto, richtete das Abendbrot usw.

Zu ihrem Körper habe sie kein Gefühl gehabt. Alles, was es dazu zu sagen gab, sei von ihrer Mutter ausgegangen. Ihre körperlichen Veränderungen hätten sie nicht gestört, wohl aber die ständigen Kommentare ihrer Mutter, sie sei zu dick. Sie sei auch nicht aufgeklärt worden. Sie habe nur das gelesen, was erlaubt war und bezüglich Sexualität habe es diese Erlaubnis nicht gegeben. Also las sie auch nichts darüber. Erst mit 18 J. habe sie Eigeninitiative in diese Richtung entwickelt und sich langsam vorgetastet. Richtig sicher habe sie sich aber nie gefühlt. Ihre Menarche bekam sie mit 12 J. Diese sei damals, im Gegensatz zu heute, sehr regelmäßig gewesen, fiel jedoch für ein 3/4 Jahr völlig aus, als Frau X. so stark abgenommen hat. Die Erlaubnis zum Gynäkologen gehen zu dürfen, holte sie sich bei ihrem Vater ein, der zornig darauf reagierte. Mit ihrer Mutter habe sie über ihre Sorgen nie gesprochen, da diese notorisch überbelastet und froh gewesen sei, wenn die Kinder sich ruhig und unproblematisch verhielten, in der Schule gut waren und nichts zerstörten. Frau X fühlte sich von ihrer Mutter nur geduldet und hatte stets das

Gefühl für ihr Recht anwesend zu sein, etwas leisten zu müssen (sprich Hausarbeit). Auch Freunde hatte sie nicht, mit denen sie reden konnte. Bis zu ihrem 16. Lebensjahr hielt sie sich Tiere: Kaninchen, Vögel, eine Schildkröte. Mit 17 J. tat sie sich mit einem gleichaltrigen Jungen aus der Nachbarschaft zusammen, den sie vom Musizieren her kannte und der ebenso allein war wie sie. Innerhalb der Familie spielte sie die Rolle des Diplomaten. Sie wusste als einzige über alle Familienmitglieder Bescheid, und das brachte sie oft genug in schwierige Situationen. Ihre eigene Privatsphäre sei jedoch nicht respektiert worden. So habe ihre Mutter ständig private Aufzeichnungen und geöffnete Briefe gelesen. Die beiden Töchter seien in der Familie generell einer strengeren Kontrolle unterlegen gewesen als die Jungs.

Schon als kleines Mädchen stand für Frau Julia X bereits ihr Berufswunsch fest. Ein Jahr vor Beginn des Studiums riet ihr Vater ihr davon ab. Sie solle doch lieber etwas Leichteres machen. Typisch für ihn, wie Frau Julia X nachdrücklich betont, einerseits hoch leistungsmotiviert andererseits überängstlich. Laut seiner Statistik müsse eines seiner Kinder auf der Strecke bleiben. Er konnte nicht wissen welches, also war Frau Julia X ständig auf der Hut.

Krankheitsgeschichte

Als Kind sei sie gut beieinander gewesen, zumal sie sich nichts aus Sport machte. Sie wurde gehänselt und ihre Mutter kritisierte ständig ihre Figur. Darüber ärgerte sie sich und beschloss mit 16 J. abzunehmen. Sie aß morgens und abends je ein Knäckebrot und mittags einen Apfel und nahm innerhalb eines 3/4 Jahres von 70 auf 53 kg ab. Nach drei Tagen blieb jegliches Hungergefühl aus, und sie fühlte sich ihrer Umgebung gegenüber überlegen. Natürlich bekam sie auf die Dauer körperliche Beschwerden. Ihr Kreislauf war geschwächt, sie fror, war ständig müde, bekam dunkle Ringe unter den Augen und litt unter Konzentrationsstörungen. Schließlich wollte ihr Vater sie dazu zwingen wieder zu essen. Er verbot ihr, vom Tisch aufzustehen, ehe der Teller nicht leer war.

Es sei bezeichnend für ihre Eltern, dass sie von einem Extrem ins andere verfielen. Nachdem sie anfänglich davon begeistert waren, dass Frau Julia X abnahm, schlug ihre Begeisterung, sowie sie 63 kg erreicht hatte, ins Gegenteil um. Ihr Vater

drohte ihr an, sie in eine Klinik zu stecken. Damals begann sie zu erbrechen. Die Eltern merkten das erst 2 Jahre danach, als sie bereits studierte. Als Konsequenz wurde sie jedes Wochenende, wenn sie nach Hause kam, kontrolliert. Sie erbrach alles außer Salate. Ein Bissen zu viel genügte, um ihr das Gefühl zu geben, das sei zu viel und müsse raus.

Sie bekam Schwierigkeiten, länger mit anderen zusammen zu sein. Nach 2 Stunden wurde sie nervös und aggressiv. In Gegenwart anderer konnte und wollte sie nicht essen, verspürte aber das dringende Bedürfnis, sich voll zu stopfen und wusste, dass sie danach erbrechen würde. Solche Situationen, in denen sie sich eingesperrt und unfrei fühlte, hatten für sie Zwangscharakter und lösten die stärksten Heißhungerattacken aus. Die einzigen Nahrungsmittel, die sie sich zugestand, waren Milchprodukte, Salate und Salzsticker. Schlank bleiben war nötig, um Anerkennung von der Umwelt zu erhalten. Zu Hause gab es früher Anerkennung für gute Schulleistungen. Als sie 15 J. alt war sprach allerdings ihr Lehrer mit ihrem Vater darüber, dass sie in der Schule übermäßig ehrgeizig sei und man bei ihr aufpassen müsse, sonst würde sie noch überschnappen. Ab da an gab es kein Lob mehr für gute Noten, und mit dem Abnehmen hatte sich etwas Neues gefunden, das lobenswert war.

Wegen dem Gefühl von den Eltern ständig bedrängt und beobachtet zu werden, wählte sie ihren Studienort fern ihrem Zuhause in U.. Es sei bezeichnend für ihre Eltern, dass sie alles nur bis zu einem gewissen Grad erlaubten. Betrieb man eine Sache mit Übereifer, wurde diese prompt wieder verboten, z.B. das Musizieren, dem Frau Julia X sich leidenschaftlich widmete. So tat sie in ihrem neuen Wohnort zunächst alles, was eine ordentliche Studentin unterlässt. Sie quatschte in den Vorlesungen anstatt zuzuhören, kam abends spät nach Hause, kümmerte sich ausgiebig um Freundschaften und tat überhaupt alles Mögliche, nur nicht studieren.

Im Oktober kam sie an die Universität und lernte gleich jemanden kennen, eine lockere Beziehung, die dann Jahre hielt. Im November stand bereits eine Clique fest, die sie wie eine Lebensgemeinschaft empfand, denn sie bestand das ganze Studium hindurch. Sie finde es jetzt zwar schade, dass man auseinander ging, trauere dem aber nicht nach.

Bevor sie heiratete, habe es einen ziemlichen Kampf mit ihren Eltern gegeben. Beide habe sie damit geschockt. Zur Verlobung wollte der Vater nicht kommen, weil das einer Scheinehe gleichkäme und die lehne er ab. Wörtlich habe er sie gefragt, ob

Gitzinger et al. 1997

sie sich ihrem zukünftigen Mann tatsächlich zumuten wolle. Dazu meint Frau Julia X, sie sei zwar das Lieblingskind ihres Vaters, und das wirklich, der "Papa" traue ihr aber nichts zu, halte sie für unmündig und würde sie ständig gängeln.

Therapieerfahrungen

Nach dem ersten Semester hatte Frau Julia X ihre erste stationäre analytische Therapie. Sie konnte viel über sich nachdenken, aber die Therapiegruppe war bunt zusammengewürfelt: Depressive, Magersüchtige, 2 Psychotiker und 1 Schizophrener. Sie war die einzige Bulimikerin und fühlte sich nicht recht ernst genommen. Die anderen waren der Meinung, sie müsse einfach nur aufhören zu essen. Auch fühlte sie sich damals nicht so recht therapiefähig. Sie fand zwar Zugang zu sich, blockte aber ab einem bestimmten Punkt und brach die Therapie nach 6 Wochen ab. Sie wollte erst mal weiterstudieren. Geändert habe sich für sie nichts. Sie habe zwar etwas mehr verstehen können und sich dadurch nicht ganz so verurteilt, aber ihr Essverhalten habe sich nicht gebessert.

Ihren zweiten Anlauf nahm sie bei einer Therapeutin, die sie als "meschugge" bezeichnet. Diese lächelte ständig, auch wenn Frau Julia X über noch so ernste und für sie verletzende Dinge sprach. Auf die Bitte doch wenigstens ein neutrales Gesicht zu machen, erklärte ihr die Therapeutin, ihr Lächeln würde ihr solche Schwierigkeiten bereiten, weil sie nie eine Mutter gehabt habe, die positiv auf sie eingewirkt hätte. Frau Julia X wurde für therapieunwillig befunden und bekam ihre Stunden von 2x die Woche auf 1x die Woche gekürzt. Das Ganze dauerte 8 Wochen.

Sie begann daraufhin eine ambulante Gruppentherapie, in der sie sich sehr schwer tat. Da sie keine Einzeltherapie bekam, konnte sie ihre Erlebnisse schwer bearbeiten. Der Therapeut benützte zudem ständig Kraftausdrücke, vor allem aus dem sexuellen Bereich, was sie ziemlich ärgerte. Nach Meinung des Therapeuten lag dies wiederum daran, dass sie ihre Urtriebe verdränge. In dieser Zeit wurde es mit dem Erbrechen schlimmer. Sie erbrach vor jeder Therapiesitzung, um diese überhaupt durchstehen zu können. Nach 8 Wochen brach sie auch diese Behandlung ab und freute sich auf das neue Semester und auf ihre Freunde.

Das 3. Semester wurde hart, und sie war drauf und dran, sich das Leben zu nehmen. Sie sagt dazu: "Die bisherigen Therapien hatten mir meine Schwächen aufgezeigt, meinen Schutzwall niedergerissen und meine bisherigen Wertvorstellungen zerstört, ohne mir Alternativen aufzuzeigen." Sie fühlte sich hilflos und verzweifelt. Ihren Eltern zuliebe, die sie gebeten hatten, etwas zu unternehmen und auf Anraten

eines Therapeuten, der eine Einzeltherapie bei Bulimie für zwecklos hielt, gab sie sich in einer Selbsthilfegruppe eine "Gnadenfrist" von einem halben Jahr, obwohl sie eine Abneigung gegen die Reglements und Rituale dieser Gruppe empfand. Danach hatte sie genug und machte erst mal ihre Zwischenprüfung. Ein niederschmetterndes Erlebnis sei damals für sie die Reaktion ihres Vaters gewesen, der ihr für die bestandene Prüfung keine Anerkennung zollte.

Nach Überwindung dieser Hürde wollte sie noch einmal einen letzten Therapieversuch starten. Sollte auch dieser scheitern, war sie entschlossen, nichts mehr weiter zu unternehmen.

Zu Dr. K. sei sie auf Empfehlung einer Bekannten gelangt. Aus Angst abgewiesen oder weiterempfohlen zu werden, habe sie darauf bestanden, mit Dr. K. persönlich sprechen zu können. Später - in der Therapie - habe er im Scherz darauf Bezug genommen und gemeint, ihm sei keine andere Wahl geblieben, als sie in Therapie zu nehmen; sie habe ihm schließlich die Pistole auf die Brust gesetzt.

Diesmal wurde die Therapie für sie zu einer "Gesprächsrunde mit jemanden, zu dem man Vertrauen haben und mit dem man reden konnte". Von Dr. K. habe sie sich angenommen und verstanden gefühlt. Die Therapie fand statt zweimal, selten dreimal wöchentlich à fünfzig Minuten über einen Zeitraum von drei Jahren statt. Zu Anfang habe sie eine starke Unsicherheit bezüglich ihrer Rolle als Patientin empfunden. Die ganze Zeit etwas zu erzählen und dabei das Wohlwollen des Therapeuten zu haben, sei ihr unvorstellbar gewesen. Ihr sei gesagt worden, sie habe als Patientin Rechte und Pflichten. Ihre Rechte kannte sie wohl, worin aber ihre Pflichten bestehen würden, habe sie nicht verstehen können. Sie habe ständig einen Haken bei der Sache gewittert, habe ihn aber nie gefunden. So sei denn auch einige Zeit nötig gewesen, bis sie zu ihrem Therapeuten habe Vertrauen fassen können.

Am Anfang kreisten die Gesprächsthemen mehr um ihre Kindheit und ihre Eltern. Mit der Zeit verlagerte sich der Fokus auf das aktuelle Geschehen, die Auseinandersetzungen in ihrem Freundeskreis, ihre Schwierigkeiten im Studium, insbesondere ihre Konzentrationsschwierigkeiten. Im Verlauf dieser Therapie habe sie erlebt, wie sie immer mehr Angst bekam. Sie habe angefangen zu zittern und sei immer stiller geworden. Sie berichtet von einer diffusen Angst, die sie sich anfangs

nicht erklären konnte. Sie sei zappelig geworden und habe angefangen zu zittern. Nach ihren eigenen Angaben hätte sie früher wahrscheinlich wütend und aggressiv reagiert und etwa mit der Faust auf den Tisch geschlagen. Hier aber habe sie sich hilflos gefühlt und als nicht agierender Teil. Sie habe sich daraufhin, nach Rückversicherungen beim Therapeuten, die Freiheit genommen, ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen.

Sie berichtet, früher immer Angst gehabt zu haben, kontrolliert zu werden. Sie habe selbst die Fäden in der Hand behalten und den Überblick gewinnen wollen. Den Vorschlag des Therapeuten, sich auf die Couch zu legen, habe sie abgelehnt, da sie auf der Couch liegend das Gefühl gehabt hätte, beobachtet und angegriffen zu werden. Sie habe das Sitzen als eine gewisse Art von Schutz empfunden. Außerdem sei es ihr unangenehm gewesen, nicht den Therapeuten, sondern die Wand anzuschauen. Da die Wand nicht antworte, habe sie ihre Aggressionen eher im Blickkontakt zum Therapeuten abbauen können. Die Patientin berichtet auch, immer wieder das Bedürfnis gehabt zu haben, aufzustehen und zum Fenster hinauszusehen, um einen gewissen Abstand zu gewinnen, habe sich das aber während der ganzen drei Jahre nie getraut. Sie hätte dann das Gefühl gehabt, durch ihr Weggehen entlarvt zu sein. Sie habe lange Zeit gebraucht, bis sie soweit war, zumindest immer mal wieder ein paar Minuten ruhig zu sein, ohne ein schlechtes Gewissen zu bekommen, da sie dachte, aus ihrem Verhalten könne für sie Negatives geschlossen werden. Sie habe Angst gehabt, aus der Therapie geschmissen zu werden. Die Möglichkeit, nichts tun zu müssen, habe im krassen Gegensatz zum Leistungsdruck gestanden, den sie von zuhause her kannte.

Therapie-Ergebnisse

Als wichtigstes Therapie-Ergebnis empfindet sie das Gefühl, nicht nur geduldet zu werden, sondern auch Rechte zu haben und liebenswert zu sein. Ihren Eltern gegenüber empfindet sie Traurigkeit, da sie sich von ihnen noch immer nicht verstanden fühlt. Sie habe allerdings gelernt, sich von ihnen abzugrenzen. Erstmals sei das geschehen, als sie sich das Recht nahm, auch mal wütend zu werden. Damals habe sie zum ersten Mal in der Therapie geweint und hatte eine halbe Woche lang weder Lust zu essen noch sonst etwas zu tun. Die Frage war für sie, wo der Hund begraben lag. Sie führte Tagebuch über den Therapieverlauf, um später

Änderungen nachvollziehen zu können. Zu ihrem Vater könne sie auch heute nicht mit Problemen kommen, da sie ihm gegenüber keinen Wunsch äußern und keine Schwäche zeigen wolle, solange nicht auch er ihr seine Schwächen offenbare. Sie empfinde es als demütigend, zu ihrem Vater, der sich gern als glücklichen, zufriedenen und harmonisch lebenden Menschen sehe und darstelle, "wie ein kleiner Wurm angekrochen zu kommen" und lege heute in Fragen Offenheit größten Wert auf Gegenseitigkeit.

Über ihre Mutter sei zu sagen, dass diese, seit die Kinder aus dem Haus seien, mehr unternehme, was zu Streitigkeiten mit ihrem Vater führe, woraufhin die Mutter immer wieder zu ihr komme, um solche Probleme mit ihr durchzusprechen. Sie wiederum frage umgekehrt die Mutter niemals um Rat, da sie von vornherein wisse, dass dieser unannehmbar sei. Sie meint, ihre Eltern inzwischen ein Stück weit erzogen zu haben und fühlt sich heute von ihnen ernster genommen. Z.B. stehe der sonst so glückliche, zufriedene und harmoniebedachte Vater bei einem bevorstehenden Besuch der Tochter mit Ehemann bereits eine halbe Stunde vorher in fiebriger Erwartung vor der Tür, um sie in Empfang zu nehmen. Auseinandersetzungen führe sie mit ihren Eltern nicht mehr, da sie die Erfahrung gemacht habe, dass Streitereien in ihrer Familie nur in eingefahrener Art und Weise niemals aber konstruktiv stattfänden und sich daher nicht lohnten. Als positiv empfinde sie die Auseinandersetzungen mit ihrem Mann, mit dem sie offen und für seinen Geschmack oft zu direkt reden könne.

Heute würde sie sich als geheilt bezeichnen, obwohl sie manchmal noch Fressanfälle bekommt. Sie könne sie aber ganz gut steuern und achte dann darauf, sich das zu nehmen, was sie sich eigentlich wünsche. Um sich darin sicher zu fühlen, brauche sie Zeit, die sie sich heute ohne schlechtes Gewissen einräumen könne.

Das Erbrechen habe nie ganz aufgehört und werde es wohl nach ihrer Einschätzung auch nie. Ihr sei es aber wichtiger, die Kontrolle und Übersicht darüber zu behalten und Situationen adäquat zuordnen zu können. Sich selbst dabei zu drängen hätte keinen Sinn, weil das nur wieder in eine Neurose münden würde. Zu Beginn ihrer Erkrankung sei sie sehr vom Idealtyp einer schlanken Frau eingenommen gewesen. Sie habe immer so sein wollen wie ihre Schwester, die als typische Frau galt. Mittlerweile habe sie sich jedoch von Medieneinflüssen und gesellschaftlichen

Erwartungen befreit und wehre sich heftig gegen Trends und Moden. Wichtiger als das Schlankkeitsideal seien heute für sie ein stabiler Kreislauf und gutes Konzentrationsvermögen. Für die Zukunft wünscht sie sich Kinder, Erfüllung in der Familie und Mutterschaft. Das sei ihr wichtiger als beruflicher Erfolg. Einzig ihr Hobby, die Musik, wolle sie sich von niemandem nehmen lassen.

Am Ende des Interviews betont Frau Julia X, noch heute mit dem Aufarbeiten all der Dinge befasst zu sein, die während der Therapie zutage kamen. Nicht zuletzt aus diesem Grund würde sie erst einmal keine weitere Therapie mehr machen wollen.

Nachgedanken

Zu diesem katamnestischen Interview ließe sich einiges nachtragen; auffallend, worüber die Patientin nicht gesprochen, z.B. über die Brüder, ihre enge Beziehung zur älteren Schwester, über ihre Sexualität, über ihre sog. Clique, mit der sie sich zwar eng verbunden gefühlt hat, in der sie aber aus der Sicht des Therapeuten, eine Außenseiterrolle gehabt hat. Überhaupt kommt der therapeutische Prozess nur in Ansätzen zur Sprache.

Das zweite katamnestische Interview

Das Interview fand 8 Jahre nach dem ersten katamnestischen Interview statt und wurde 13 Jahre nach Therapiebeginn durchgeführt. Es wurde auf Video aufgezeichnet und von einer psychoanalytisch erfahrenen Person aufgearbeitet und bewertet. Dieses zweite (Katamnesen-)Gespräch bestand aus zwei Teilen, die sich in einem Abstand von drei Monaten durchführen ließen.

In diesen beiden Interviews wird eine gewisse Leichtigkeit spürbar, mit Frau J. ihr Leben zu meistern scheint. Sie gibt an, dass sie nun seit einem Jahr (!) völlig symptomfrei sei. Dies habe sie erreicht durch ihre ständige, weiter stattfindende Auseinandersetzung mit den Erfahrungen aus ihrer Therapie. Sie habe sich in schwierigen Situationen ihre Aufzeichnungen angeschaut oder auch viele Bücher gelesen und sich immer wieder die Worte ihres Therapeuten abrufen können.

Diesen Prozess schildert sie als langwierig und immer wieder brüchig, bis hin zu ihrem jetzigen guten Zustand. Zum Zeitpunkt des ersten katamnestischen Gespräches habe sie ihren Mann geheiratet und zwischen den Geburten der beiden Kinder ihr Staatsexamen abgelegt. Zurzeit promoviere sie. Ihr Mann habe nun nach

achtjähriger Arbeitslosigkeit endlich eine Stelle gefunden (zum Zeitpunkt des zweiten Interviews seit einer Woche). Dies würde der Vater (ihr) Vater endlich begrüßen.

Die Patientin schildert im Rückblick ihre Beziehungen als ständig von äußeren Bedingungen unterbrochene Ereignisse. Zum Ende der Therapie sei dies auch noch so gewesen, so wie ihre Symptome noch vorhanden waren, zwar reduziert, aber eben noch vorhanden. Sie habe bei Ende der Therapie damals gefühlsmäßig anders reagiert als verstandesmäßig. Dies sei auch zum Zeitpunkt des ersten (Katamnese-) Interviews noch so gewesen; heute sei dies anders. Sie haben sich in der Zwischenzeit sehr um sich gekümmert und mache sogar jetzt noch Fortschritte. Deutlich wird hier, wie die Patientin, neben ihrem begreiflichen Stolz über die erreichten Veränderungen, die sich durch die Psychotherapie erfahren hat, sich als besonders ‚gute‘ Patientin präsentieren möchte. Es wird wenig plastisch, welche Einsichten tatsächlich zu der langsamen Veränderung geführt haben. Aber vielleicht ist dies auch gar nicht notwendig. Es kommt jedoch der Verdacht auf, dass Frau J. sich der Interviewerin gegenüber als gebesserte Patientin präsentieren möchte, z.B. im Sinne der sozialen Erwünschtheit.

Wenn sie von ihren anderen Beziehungen spricht, das sind vor allen Dingen Vater und Mutter, dann präsentiert sie sich als Siegerin. Nun könne der Vater ihr gegenüber nicht mehr soviel ausrichten, sie habe ‚Oberwasser‘ und wisse nun wie sie ihm begegnen könne. Hier fallen solche Formulierungen wie ‚ich habe beschlossen‘ oder ‚ich habe mich entschlossen‘ auf, bei denen der psychotherapeutische Prozess im Rückblick immer wieder auftaucht wie eine Pille für den Notfall. D.h., wenn sie sich in einer scheinbar auswegslosen, depressiven Situation erlebt, greift sie auf die Worte des ehemaligen Therapeuten zurück. So kann sie sich aus der jeweiligen Situation befreien.

Bei ihren Schilderungen wird aber auch deutlich, dass sie sich nach wie vor als diejenige der fünf Kinder versteht, die eine Sonderrolle bei den Eltern einnehmen kann. Zwar in Form von Streit und unerfreulichen Auseinandersetzungen, aber auch dadurch, dass sie diejenige ist, die für alle eine helfe Position vertreten kann. An manchen Stellen des Interviews lobt sie sich selbst und verleugnet gleichzeitig ihre Eigenbeteiligung am Geschehen, indem sie eindrücklich Wahrnehmungsdefizite schildert. Diese Beziehung sich durchgängig auf das Konkurrenzverhältnis zu Frauen im Allgemeinen, zu ihrer Schwester sowie zu ihrer Mutter im Besonderen. Man spürt das fragile Gleichgewicht, insbesondere in der Übertragung zu der Interviewerin. Über die Hintergründe ihrer Problematik, die mit den Gefühlen der Einsamkeit

verbunden waren, findet im Gespräch keine verbale Auseinandersetzung statt. Die immer noch andauernde, einsame Situation mit dem Ehemann, der sie alleine lässt mit den Kindern, bewältigt sie durch Verleugnung, nicht Wahrnehmung der Problematik und kompensiert durch erneute Leistungserbringung. All dies scheint relativ unbewusst statt zu finden. Sie bezeichnet ihre Ehe als gut.

Deutlich wird, dass die Interaktion zwischen Frau J. und der Interviewerin auf eine lockere Basis gestellt werden muss, um ängstlich bestimmte Themenbereiche so zu entgehen. Für den außen stehenden Beobachter wird spürbar, dass, wenn sie sich auf die angesprochene Problematik tiefen einlassen würde, die Prozesse

der depressiven Verarbeitung, die vermutlich im Rahmen des Therapieprozesses vorhanden waren, reaktiviert werden. Davor schützt sie sich offensichtlich. An manchen Stellen wird dies besonders spürbar, dann, wenn Frau J. durch Sätze wie ‚ich habe beschlossen und setze das auch dann um‘ ihre aufkommenden Zweifel, ob das alles so stimmt, was sie sagt, unterdrückt. Als besonders ratlos schildert sie sich, wenn der Mann sie verlassen hat und sie auf irgendetwas Lust habe, aber nicht wisse was es sei und solange suche, bis sie es gefunden habe. Vorzugsweise essen. Aber sie schildert sich auch als jemanden, der gelernt habe, über den Verstand die Gefühle zu steuern, Als wichtigstes Ergebnis ihrer Therapie spricht sie wiederholt die Erfahrung an, dass sie akzeptiert wurde, ohne dafür etwas leisten zu müssen. Diese Erfahrung scheint das wohl das wichtigste und einschneidenste Erlebnis gewesen zu sein, was alle nachfolgenden Probleme überdauert und zu deren Lösung beigetragen hat. Letztendlich ist ihr durch die Therapie klar geworden, dass sie vom Vater etwas hören möchte, was er ihr nie sagen wird. Dass sie dieses Problem auf andere überträgt, kann sie manchmal sehen. Das hilft ihr heute weiter. Dass sie so sein darf, wie sie ist, war schon im ersten katamnestischen Interview ihr wichtigster Punkt.

Dies weist auf die möglichen methodischen Gefahrenquellen eines solchen Vorgehens hin. Der sog. Pfeffer-Effekt (ohne vergleichende Variable ist es nicht beantwortbar, was der Patient in der Interviewsituation belebt) kann einen Erklärungsversuch darstellen für die beschriebene Reaktivierung. Handelt es sich um die ursprüngliche therapeutische Situation, oder belebt die Patientin durch die Interviewsituation ihre präpsychotherapeutische Symptomatik? Handelt es sich um ein Problem der sozialen Erwünschtheit, das sich im Verlauf des Gespräches verliert? Bei „Rite-Analysen“ und Übertragungsphänomenen dieser Art sollte für künftige Studien

auf die Erfahrungen aus der ergebnisorientierten Psychotherapieforschung zurückgegriffen werden. Wünschenswerterweise bilden Ansätze aus der Mehrebenenforschung einen solchen Schwerpunkt, da geeignete Instrumente in allen Bereichen der Psychotherapieforschung Mangelware sind. Fremdbeurteilungen, wie in unserem Fall durch Dritte, externe Beobachter, stellen eine weitere Methode der Wahl dar.

Was zusammenfassend wird klar, dass die Beurteilung über den Therapieerfolg Elemente, die konstant sind, ebenso beinhaltet wie Elemente, die sich erst im Prozess der Zeit entwickelt haben. Ganz deutlich wird hier auch, dass eine Beurteilung am unmittelbaren Ende einer Therapie nichts über den Erfolg aussagen muss (vgl. Symptomatik). Heraus kristallisiert hat sich in den Gesprächen aber auch, wie leicht sich die therapeutischen Situation mit ihren Facetten reaktivieren lässt und wie schwierig es für beide Seiten, die Interviewerin und die Interviewte, ist, sich nicht von dieser Reaktivierung überschwemmen zu lassen.

- Alexander F (1937b) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937. Institute for Psychoanalysis, Chicago
- Anonymous (1988) The specimen hour. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, S 15-28
- Bachrach HM, Weber JJ, Murray S (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). Int Rev Psychoanal 12:379-389
- Beckmann D (1974) Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Beckmann D (1978) Übertragungsforschung. In: Pongratz LJ (Hrsg) Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie. (8/2, Bd Verlag für Psychologie, Göttingen, S 1242-1256
- Beckmann D (1988) Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: Kutter P, Raramo-Ortega R, Zagermann R (Hrsg) Die psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse, München, S 231-244.
- Bergin A (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin A, Garfield S (Eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, S 217-270
- Bibring E (1937) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. Int Z Psychoanal 23:18-42
- Boehm F (1942) Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen. Zbl Psychother 14:17-24
- Bowlby J (1982) Psychoanalyse als Kunst und Wissenschaft. In: Bowlby J (1982) Das Glück und die Trauer. Klett, Stuttgart, S 197-217
- Bräutigam W, Rad M von, Engel K (1980) Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Z Psychosom Med Psychoanal 26:101 - 118
- Campbell DT (1967) From description to experimentation: interpreting trends as quasi-experiments. In: Harris CW (Eds) Problems in measuring change. Univ Wisconsin Press, Madison, Milwaukee and London, S 212-242
- Dahl H (1988) Frames of mind. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, S 51-66
- Dahl H (1991) The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfilment. In: Safran J, Greenberg L (Eds) Emotions, Psychotherapy and Change. Guilford, New York, S
- Dahl H, Teller V (1991) Characteristics and identification of frames. In: Miller N, Docherty J, Luborsky L (Eds) Psychodynamic treatment research. Basis Books, New York
- Dührssen A (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dührssen A, Jorswieck E (1962) Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta Psychotherap 10:329-342
- Eagle M (1988) Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse: Eine kritische Würdigung. Verlag Int Psychoanalyse, München Wien
- Edelson M (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Thought 8:567-614
- Edelson, M (1988) Psychoanalysis - A Theory in Crisis. University of Chicago Press, Chicago
- Eysenck H (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. J Consulting Psycholgy 16:319-324
- Feldmann F (1968) Results of psychoanalysis in clinic case assignments. J Am Psychoanal Ass 16:274-300
- Fenichel O (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner

- Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Int Psychoanal Verlag, Wien, S 13-19
- Fischer G (1990) Widerspruch und Veränderung - ein dialektisches Modell der Veränderung im psychoanalytischen Prozess.
- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Freud S (1933a) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 15
- Gill MM, Hoffman IZ (1982a) Analysis of transference. Vol II: Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. Int Univ Press, New York
- Gill MM, Hoffman IZ (1982b) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. J Am Psychoanal Assoc 30:137-167
- Glover E (1952) Research methods in psycho-analysis. Int J Psychoanal 33:403-409
- Graff H, Luborsky L (1977) Long-term trends in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. J Am Psychoanal Ass 25:471-490
- Grünbaum A (1990) "Meaning" connections and causal connections in the human sciences: The poverty of hermeneutic philosophy. J Am Psychoanal Ass 38:559-578
- Grünzig HJ, Kächele H, Thomä H (1978) Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. Med Psychol 4:138 - 152
- Hamburg D, Bibring G, Fisher C, Stanton A, Wallerstein R, Weinstock H, Haggard E (1967) Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the American Psychoanalytic Association. J Am Psychoanal Ass 15:841-861
- Herold, R (1990) Beziehungserfahrung in Psychoanalysen: BIP - ein Manual zur Erfassung von Übertragungspänomenen im psychoanalytischen Prozess. unpubl.. Manuskript. Tübingen
- Hohage R, Kübler JC (1988) The emotional insight rating scale. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York London Paris Tokyo, S 243-255
- Hölzer M, Kächele H (1991): Taugt die Frame-Analyse zur Identifikation emotionaler Strukturen. Vortrag auf der 14. Ulmer Werkstatt, Juni 1991
- Horowitz MJ (1979) States of mind: Analysis of change in psychotherapy. New York, London
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinski DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychologist 41:159-164
- Israel L (1987) Un temps pour vivre. Apertura 1:31-43
- Jones E (1936) Report of the Clinic Work: 1926-1936. London Clinic of Psychoanalysis, 1936
- Jüttemann G (Hrsg) (1990) Komparative Kasuistik. Asanger Verlag, Heidelberg
- Kächele H (1976) Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung. PSZ-Verlag, Ulm
- Kächele H (1983) Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: Minsel WH W (Hrsg) Methodology in psychotherapy research. Lang, Frankfurt, S 125-129
- Kächele H (1988) Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. Int J Psychoanal 69:65-73
- Kächele H (1990) Welche Methoden für welche Fragen ? Schriften des Sigmund-Freud-Institutes 10:73-89
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie. Psychother Med Psychol 40:148-151
- Kächele H und Mitarbeiter (1990) Zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. Eine multizentrische Studie. Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart
- Kächele H, Dengler D, Eckert R, S S (1990) Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. Psychother med Psychol 40:178-185

- H Kächele, W Ehlers & M Hölzer (1991) Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. Schneider F, Bartels M & Gaertner HJ (Hrg) Perspektiven der Psychiatrie. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, im Druck
- Kächele H, Fiedler I (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? Psychother Med Psychol 35:201-20
- Kächele H, Mergenthaler E (1983) Computer-aided analysis of psychotherapeutic discourse. In: Minsel R, Herff W (Hrsg) Methodology in Psychotherapy Research. Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research, Vol. 1. Peter Lang, Frankfurt, S 116-161
- Kächele H, Thomä H, Schaumburg C (1975) Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 116:197-228
- Kennel R (1991) Anmerkungen zu einem Kongress. DPV-Informationen 9:3-5
- Kernberg O (1988) Foreword: The clinical view. In: Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (Eds) Who will benefit from Psychotherapy: Predicting therapeutic outcomes. Basic Books, New York, S XI-XV
- Kernberg OF, Bursteine ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H (1972) Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. Bull Menn Clin 36:3-275
- Kline P (1981) Fact and Phantasy in Freudian Theory. Methuen, London
- Knapp P, Levin S, McCarter R, Werner H, Zetzel E (1960) Suitability for psychoanalysis: A review of 100 supervised cases. Psychoanal Quart 29:459-477
- Knight RP (1941) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. Am J Psychiatry 98:434-446
- Kohut H (1959) Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. J Am Psychoanal Assoc 7:459-483. Dt: Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut, H (1977) Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Suhrkamp, Frankfurt
- Kordy H, Rad M von, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg follow-up project. Psychother Psychosom 40:211-227
- Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. Psychother Med Psychol 35:207-212
- Kordy H, von Rad M, Senf W (1988) Time and its relevance for a successful psychotherapy. Psychother Psychosom 49: 212-222
- Krause R (1988) Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der "frühen" Störungen. 38:77-86 Zsch Psychother Med Psychol
- Krause R, Lütolf P (1988) Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 241-256
- Kubie LS (1952) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin E (Eds) Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis. Basic Books, New York, S 46-124
- Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (1990) Von Calvin zu Freud: Artificial Intelligence Modelle als theoretische Basis bei einer inhaltsanalytischen Untersuchung der Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Z Klin Psychol 19:111-122
- Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (1988) From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 291-306
- Luborsky L (1954) A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: An evaluation". Brit J Psychol 45:129-131

- Luborsky L (1962) Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 7:407-417
- Luborsky L (1969) Research cannot yet influence practice. *Int J Psychiatry* 7:135-140
- Luborsky L (1975) Clinician's judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menn Clin* 35:448-480
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York. Dt: (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM (1971) Factors influencing the outcome of psychotherapy; a review of qualitative research. *Psychol Bull* 75:145-185
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) Understanding transference. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (1983) Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 171:480-492
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who will benefit from Psychotherapy? Basic Books, New York
- Luborsky L, Kächele H (Hrg) (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt. PSZ-Verlag, Ulm
- Luborsky L, Schimek J (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change implications for assessment. In: Worchel P, Byrne D (Eds) *Personality change*. Wiley, New York
- Meyer A (1962) Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen. *Med. Welt* 47:2439-2445
- Meyer A (1990) Psychoanalytische Forschung für das Ende des Jahrhunderts. In: Sigmund-Freud-Institut (Hrsg) *Empirische Forschung in der Psychoanalyse*. (10, Bd Sigmund-Freud Institut, Frankfurt, S 8-26
- Meyer AE (ed) (1981b) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. *Psychother Psychosom* 35:77-220
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 273-290
- Moser U (1989) On-Line und Off-Line, Praxis und Forschung, eine Bilanz. *Psyche*
- Nedelmann C, Reiche R (1990) Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. *Psyche* 44:202-217
- Neudert L, Kübler C, Schors R (1985) Die inhaltsanalytische Erfassung von Leiden im psychotherapeutischen Prozeß. In: Czogalik D, Ehlers W, Teufel R (Hrsg) *Perspektiven der Psychotherapieforschung*. Einzelfall, Gruppe, Institution. Hochschulverlag, Freiburg im Breisgau, S 120-134
- Neudert L, Grünzig HJ, Thomä H (1987a) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire NM, Thomä H (Eds) *Self, symptoms and psychotherapy*. Wiley & Sons, New York Chichester, S 243-265
- Neudert L, Hohage R (1988) Different types of suffering during a psychoanalysis. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S
- Neudert L, Kächele H, Thomä H (1990) Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien. *PPmP-Diskjournal* 1
- Nunberg H (1954) Evaluation of the results of psychoanalytic treatment. *Int J Psychoanal* 35:2-7
- Oberndorf C (1953) Results to be effected with psychoanalysis. *AMA Archives of Neurology and Psychiatry* 69:655
- Pulver SE (1987a) How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. *Psychoanal Inquiry* 7:141 - 299

- Ramzy I (1974) How the mind of the psychoanalyst works. An essay on psychoanalytic inference. *Int J Psychoanal* 55:543-550
- Rangell L (1981) Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later. *Psychoanal Q* 50:665-693
- Sashin JI, Eldred SH, Amerongen ST van (1975) A search for predictive factors in institute supervised cases. A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 56:343-359
- Schacht TE, Binder JL, Strupp HH (1984) The dynamic focus. In: Strupp HH, Binder JL (Eds) *Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy*. Basic Book, New York, S 65-109
- Schjeldrup H (1955) Lasting effects of psychoanalytic treatments. *Psychiatry* 18:109-133
- Schubart W (1990) Psychoanalyse als Utopie - ihre Anwendungsform als Realität ? *Psyche* 44:1025-1035
- Senf W (1990) Sind psychoanalytische Behandlungen effektiv ? in Streeck U, Wertmann HV (Hrg) *Herausforderungen für die Psychoanalyse. Diskurse und Perspektiven* München, Pfeiffer 1990, S.339-358
- Shakow D (1960) The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal Q* 29:82-97
- Shane E (1987) Varieties of psychoanalytic experience. *Psychoanal Inquiry* 7:199-205;241-248
- Shapiro D (1990) Lessons in history: three generations of therapy research. Paper delivered at the 21st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen /USA
- Shulman D (1990) The investigation of psychoanalytic theory by means of the experimental method. *Int J Psycho-Anal* 71:487
- Silberschatz G, Curtis JT (1986) Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy. II. How the therapist helps or hinders therapeutic process. *Psychoanal Psychol* 3:27-37
- Simmel E (1930) Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Institutes. in DPG - 10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut
- Slap J, Slaykin A (1983) The schema: basic concept in a nonmetapsychological model of mind. *Psychoanal Contemp Thought* 6:305-325
- Sloane ERB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975) *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard Univ Press, Cambridge
- Spence DP (1982a) *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. Norton, New York
- Steimer-Krause E (1991) Übertragung bei schizophrenen Patienten. Wiederholung von non-verbalen Interaktionsmustern mit spezifisch qualitativen und temporalen Charakteristika. Vortrag auf der 14. Ulmer Werkstatt
- Strotzka H (Hrsg) (1975) *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Urban & Schwarzenberg, München
- Strotzka H (1978) *Fallstudien zur Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Strupp HH, Hadley SW, Gommers-Schwartz B (1977) *Psychotherapy for better or worse*. Aronson, New York
- Teller V, Dahl H (1986) The microstructure of free association. *J Am Psychoanal Assoc* 34:763-798
- Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. *Psyche* 21:664-692
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd 1: Grundlagen*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Thomä H, Schrenk H, Kächele H (1985) Der psychoanalytische Dialog und die Gegenfrageregel. *Forum Psychoanal* 1:4-24
- Wallerstein R (1990) Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche* 44:967-994

- Wallerstein R, Robbins L, Sargent H, Luborsky L (1956) The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report. Bull Menninger Clinic 20:221-278
- Wallerstein RS (1986) Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York
- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. Int J Psychoanal 52:11-50
- Weiss J (1991) Der unbewusste Plan. Spektrum der Wissenschaften
- Weiss J, Sampson H, Group at MZPR (1986) The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research. Guilford Press, New York
- Wyatt F (1990) Die Psychoanalyse am Ende ihres ersten Jahrhunderts. Merkur 44:891-914
- Zetzel E (1968) The so called good hysteric. Int J Psycho-Anal 49:256-260