

MARIANNE LEUZINGER-BOHLEBER, FRANKFURT A.M./KASSEL; ULRICH STUHR, HAMBURG; BERNHARD RÜGER, MÜNCHEN; MANFRED E. BEUTEL, GIESSEN

Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnese studie*

Übersicht: In Zeiten verstärkter Konkurrenz auf dem psychotherapeutischen Markt und knapper staatlicher Mittel wächst der Druck auf die Psychoanalyse, ihren Behandlungserfolg auch im Sinne evidenzbasierter Medizin nachzuweisen. In der folgenden Katamnese studie – basierend auf einer repräsentativen Stichprobe aller ehemaligen Patienten, die bei DPV-Analytikern zwischen 1990 und 1993 ihre Behandlung beendet haben – stellen sich die Autoren dieser Herausforderung eines empirischen Nachweises der Langzeitwirkung von Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien, nicht ohne zugleich die prinzipiellen Einwände gegen derartige Erfolgsstudien ernst zu nehmen, nämlich: Sind Erfolge von Psychotherapien überhaupt empirisch meßbar? Wer beurteilt die Ergebnisse der Psychotherapie? Lassen sich randomisierte, kontrollierte Erfolgsstudien ethisch vertreten? Das Ergebnis ist eine methodenkritische Studie, die psychoanalytische, qualitative Beobachtungen aus den Katamneseinterviews mit quantitativen Verfahren kombiniert, also zum Statistischen Design und der Repräsentativität ebenso Stellung nimmt wie zum Studiendesign und methodischen Rahmen samt Vorgehen bei der Durchführung und multiperspektivischen Evaluation der Katamneseinterviews. Ausgewählte Ergebnisse zu Veränderungen durch die Behandlung, zur aktuellen Symptombelastung und Behandlungszufriedenheit sowie zu den Krankheitskosten demonstrieren nachdrücklich die Bedeutung der Studie.

1. Einleitung und Ziele

Die Frage, wie erfolgreich psychoanalytische Behandlungen sind, ist so alt wie die Psychoanalyse selbst. So evident die Wirkung einer Psychoanalyse oder einer psychoanalytischen Therapie für die Betroffenen (Analysand und Analytiker) ist, so wenig überzeugend erscheint ihr Behandlungserfolg immer wieder außenstehenden Kritikern, verständlicherweise besonders Vertretern anderer, rivalisierender Therapieschulen. Daher haben sich Psychoanalytiker seit jeher darum bemüht, die Wirksamkeit ihrer Therapien auch für Außenstehende zu belegen. Einige der renommiertesten Studien der Psychotherapieforschung wurden

* Bei der Redaktion eingegangen am 19. 5. 2000.

von Psychoanalytikern durchgeführt, z. B. die Menninger Studie, das Columbia Research Project, die Boston Psychoanalytic Institute Prediction Study, Studien des New York Institute sowie die vielen Studien im deutschsprachigen Raum etc. (vgl. u. a. Dahl, Kächele u. Thomä 1988; Leuzinger-Bohleber u. Stuhr 1997; Wallerstein 1999). Doch ungeachtet der vielen Nachweise der Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien werden diese in Zeiten der enger werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen erneut in Frage gestellt. So wies Fonagy (im Druck) darauf hin, daß der Druck der Kostenträger auf Psychotherapeuten in den USA und in Europa in den nächsten Jahren noch steigen werde, um nur noch jene psychotherapeutische Verfahren zu finanzieren, die im Sinne der evidenzbasierten Medizin entsprechende Studien zu ihrer Wirksamkeit vorlegen. Daher fänden prinzipielle Einwände gegen Erfolgsstudien derzeit kein Gehör, obschon diese plausible und fundierte Argumente enthielten. Er nennt drei Fragenkomplexe, die gegen die Philosophie des Konsequenzialismus, auf der die evidenzbasierte Medizin beruht, ins Feld geführt werden:

– Ist klinisch verfügbare Evidenz der Wirksamkeit von Therapien systematisch empirisch überprüfbar? Oder: sind Erfolge von Psychotherapien überhaupt meßbar?

– Wer beurteilt die Ergebnisse der Psychotherapie bzw. wem »gehören« diese Ergebnisse?

– Sind randomisierte, kontrollierte Erfolgsstudien in der Psychotherapieforschung ethisch vertretbar?

Nach einer fünfjährigen, intensiven Diskussion in der Forschungskommission der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung¹ kamen wir 1997 zu einer analogen Einschätzung der aktuellen gesundheitspolitischen Situation wie Peter Fonagy: daß es sich derzeit als notwendig erweist, erneut qualifizierte und gleichzeitig methodenkritische Studien zur Wirksamkeit von psychoanalytischen Langzeitbehandlungen durchzuführen. Allerdings waren wir uns ebenfalls einig, daß es uns und

¹ Wir danken den zwanzig Kolleginnen und Kollegen (die wir leider hier nicht namentlich erwähnen können), die sich an diesen intensiven und kontroversen Diskussionen beteiligt haben und schließlich bereit waren, unser Forschungsexperiment aktiv mitzutragen. Auch ohne die Unterstützung der beiden damaligen Vorsitzenden der DPV, Dr. med. J. Danckwardt und Dr. phil. Ekkehard Gattig, und des Vorsitzenden der Forschungskommission, Prof. Dr. med. Heinz Henseler, wäre diese Studie nicht durchführbar gewesen. Vor allem aber danken wir unseren Kolleginnen und Kollegen, die uns ihre ehemaligen Patientinnen und Patienten anvertraut haben und schließlich besonders diesen ehemaligen Patientinnen und Patienten selbst für ihre Offenheit und Gesprächsbereitschaft.

Das Projekt wurde von der Research Advisory Board der International Psychoanalytical Association und der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert.

unseren Kolleginnen und Kollegen als Motivation nicht genügt, durch eine aufwendige Studie »nur« unsere klinische Tätigkeit und deren Erfolge nochmals zu legitimieren, sondern daß für das Durchführen einer solchen Untersuchung eine »echte Forschungsmotivation« erforderlich ist, die Neugier und das Interesse einschließt, wirklich Neues, noch Unbekanntes zu erfahren. Daher entschlossen wir uns, eine Katamnesestudie durchzuführen, die wir als eine kritische empirische Annäherung an komplexe psychoanalytische Prozesse und deren Ergebnisse verstehen, in der die eben erwähnten drei Einwände gegen Erfolgsstudien ernst genommen und reflektiert werden.

1.1 Sind Erfolge von Psychotherapien überhaupt meßbar? Psychoanalytische Kriterien

Dieser Einwand fällt besonders bei *psychoanalytischen* Behandlungen ins Gewicht, denn bekanntlich werden in Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien unbewußte Phantasien und Konflikte fokussiert, die nicht direkt beobachtbar sind. Daher hat die Psychoanalyse in ihrer nun hundertjährigen Geschichte eine elaborierte, spezifische Forschungsmethode zur Beobachtung und Interpretation unbewußter Prozesse entwickelt, die nur in dem genau definierten Setting der psychoanalytischen Situation zur Anwendung kommen kann. Durch die »freie Assoziation« auf seiten des Analysanden und die »gleichschwebende Aufmerksamkeit« auf seiten des Analytikers können Manifestationen unbewußter Phantasien und Konflikte in Träumen, Fehlleistungen und -handlungen, psychopathologischen Symptombildungen und vor allem in Übertragungs- und Gegenübertragungsphantasien systematisch beobachtet und probeweise interpretiert werden. Zudem wurde eine anspruchsvolle und komplexe klinische Methode zur Überprüfung der generierten psychodynamischen Hypothesen entwickelt, beispielsweise durch die präzise Beobachtung der (bewußten und unbewußten) Reaktionen des Analysanden auf Konfrontationen, Klarifikationen und Interpretationen des Analytikers (vgl. dazu u. a. Bollas 1992). Die klinische Forschung der Psychoanalyse ist daher an das Anwenden dieser spezifischen Forschungsmethode in der psychoanalytischen Situation gebunden. Sie hat zu einem Reichtum an Erkenntnissen über unbewußte Determinanten psychopathologischer Symptombildung und deren Behandlung geführt. Dementsprechend fokussieren psychoanalytische Erfolgskriterien vor allem die Einsicht und den Umgang mit unbewußten Phantasien und Konflikten, also Kriterien, die wiederum nur in der psy-

choanalytischen Situation systematisch zu untersuchen sind. Daher ist es unseres Erachtens unverzichtbar, in Wirksamkeitsstudien psychoanalytischer Behandlungen ein Design zu entwerfen, das die systematische Überprüfung unbewußter Phänomene mit einschließt. Aus diesem Grunde stellten wir *psychoanalytische* Katamneseinterviews ins Zentrum unserer Studie, Interviews, in denen erfahrene Psychoanalytiker ihre professionellen Wahrnehmungsinstrumente zum Erkennen und Prüfen unbewußter Prozesse in der Interaktion mit ehemaligen Patienten anwenden können. Wie wir an anderer Stelle diskutiert haben, entsprechen wir mit diesem Vorgehen dem Stand aktueller wissenschaftstheoretischer Überlegungen, die von einem einheitswissenschaftlichen Verständnis von »wissenschaftlicher Methodik und Wahrheitsüberprüfung« im Sinne des logischen Empirismus weit abgerückt sind und die Spezifität verschiedener Forschungsmethoden und Prüfkriterien in den verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen ins Zentrum der kritischen Reflexionen stellen (vgl. Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel 2000).² Noch in einem weiteren Punkt berücksichtigen wir die Skepsis gegenüber der Meßbarkeit von Therapieergebnissen: In den halbstrukturierten, psychoanalytischen Interviews wurde den ehemaligen Patienten ein Raum geboten, idiosynkratische Ergebnisse der Therapien in ihren Worten zu schildern bezüglich der Lebensqualität, der innerseelischen Situation oder Veränderungen in Beziehungen, Kreativität und Arbeitsfähigkeit. Auf diese Weise konnten die Patienten Ergebnisse der Behandlung schildern, die noch kaum durch die verfügbaren Meßinstrumente der Psychotherapieforschung erfaßt werden, falls sie sich überhaupt je als »meßbar« erweisen sollten. Auch bei der Auswertung unserer Daten räumen wir daher qualitativen Verfahren einen zentralen Stellenwert ein (vgl. 4.).

² Hampe (im Druck) faßt in einer Arbeit »Pluralismus der Erfahrung und Einheit der Vernunft« einige Argumente dieses aktuellen Diskurses zusammen: »Erstens ist die Vielfalt der Wissenschaften nicht allein eine Vielfalt wissenschaftlicher *Gegenstände*, sondern zweitens auch eine von wissenschaftlichen *Theorieformen*. Diese unterschiedlichen Theorieformen bringen drittens eine Vielfalt wissenschaftlicher *Erfahrungen* hervor. Die Vielfalt wissenschaftlicher Erfahrungen ist durch Disziplinierung unserer alltäglichen Erfahrung möglich. Dabei machen wir die Qualität der Erfahrung, ihren Wert hinsichtlich Genauigkeit, Vollständigkeit etc. zu einem Zweck an sich. In den verschiedenen Wissenschaften verwirklicht sich die Vielfalt dieser Erkenntniswerte auf unterschiedliche Weise und sie haben unterschiedliche Methoden entwickelt, um zu garantieren, daß die für sie jeweils spezifische Genauigkeit, Vollständigkeit, Kontrastschärfe etc. auch Schritt für Schritt entwickelt werden kann. Der Pluralismus der Wissenschaften ist erstens eine der Theorien, zweitens eine der Erfahrungen, drittens eine der Erkenntniswerte und viertens eine der Methoden« (unpubliziertes Manuskript).

1.2 Wer beurteilt die Ergebnisse einer Psychotherapie? Multiperspektivische Kriterien

In unserer Studie gilt die subjektive Sicht des ehemaligen Patienten auf die Ergebnisse der Therapie als die entscheidende Perspektive: Ähnlich wie in der Consumer Report Studie von Seligman (1995) betrachten wir den Patienten selbst als den wichtigsten Experten für die Erfolgsbeurteilung der Therapie: Er ist in diesem Sinne vor allem das Subjekt, nicht (nur) das Objekt der Forschung! Wir können in diesem Rahmen die philosophischen, wissenschaftstheoretischen und ethischen Implikationen dieser Auffassung nicht ausführen. Sie bilden aber den theoretischen Hintergrund für die Wahl unseres Designs und unsere Entscheidung für eine *katamnestic* Studie. Bezüglich der Erfolgsbeurteilung von Langzeittherapien scheint uns entscheidend, wie der ehemalige Patient – im Rückblick – beurteilt, zu welchen Veränderungen die Therapie bei ihm langfristig und dauerhaft geführt hat, ob sich diese seit Abschluß der Behandlung gehalten, sogar vertieft haben oder verschlechtert, sich der therapeutische Prozeß fortsetzen ließ, ihn zu einer autonomen Bewältigung neuer Lebenskrisen ohne Rückgriff auf psychopathologische Symptome befähigten oder eben nicht. Obschon von seiten mancher Psychotherapieforscher kritisch eingewandt wird, daß nicht »objektiv« festgestellt werden könne, ob diese vom ehemaligen Patienten der Therapie nachträglich zugeschriebenen Auswirkungen tatsächlich stattgefunden haben, scheint uns – auch aufgrund der neueren Gedächtnisforschung – die Sicht des betroffenen Subjekts (als bester Experte bei der Beurteilung solcher komplexer, nur teilweise bewußter Lebensbewältigungsstrategien) ebenso naheliegend und zuverlässig wie »objektive« Außenbeurteilungen von unabhängigen Personen, z. B. von Psychotherapieforschern (vgl. dazu u. a. Leuzinger-Bohleber u. Pfeifer 1998; Stuhr 1997a). Allerdings versuchen wir ein weiteres Argument gegen katamnestic Untersuchungen ernst zu nehmen, nämlich daß ehemalige Patienten z. B. aufgrund von Dankbarkeitsgefühlen ihren ehemaligen Therapeuten gegenüber vor allem die positiven Ergebnisse der Behandlungen betonen und die negativen eher minimieren. Um eine solche Einfärbung des Patientenurteils zu erkennen, erfassen wir – unabhängig vom Patientenurteil – sowohl die Einschätzungen des behandelnden Analytikers, von psychoanalytischen und nichtpsychoanalytischen Experten (vgl. 4.2) als auch »objektive Daten« zur psychischen, psychosozialen und sozioökonomischen Situation des Patienten sowie zu Krankenkassenausgaben vor und nach der Behandlung (vgl. 4.1). Mit dieser

multiperspektivischen Annäherung an den »Therapieerfolg« möchten wir die Frage: »Wem gehören die Ergebnisse?« im Blick behalten und das damit verbundene Spannungsfeld mit seinen Widersprüchen kritisch diskutieren. Z. B. scheint uns trotz der Präferenz der Patientensicht das Interesse der Kostenträger an der Rentabilität von Langzeitbehandlungen verständlich und legitim, ein Grund, warum wir die Kostenreduktion für die Kassen durch Langzeitpsychotherapien ebenfalls untersuchen.

1.3 Warum eine naturalistische, retrospektive Studie? Ethische Kriterien

Wenn es um die Entscheidung geht, welche Prioritäten ökonomischen Gesichtspunkten bei der Behandlung seelischen Leidens eingeräumt werden, berührt dies auch ethische Fragen. Es erscheint uns aus ethischen und wissenschaftstheoretischen Gründen unhaltbar, wenn ökonomische Interessen hinter einem problematischen, scheinbar »objektivistischen« Wissenschaftsverständnis versteckt werden, das propagiert, im Bereich der Psychotherapie nur Ergebnisse von Studien als »wissenschaftlich stichhaltig« gelten zu lassen, die in einem experimentellen Design gewonnen wurden, das aus der pharmazeutischen Forschung stammt und dort dazu diente, in einem sogenannten »Doppelblindversuch« die Wirkung eines bestimmten Medikaments zu testen. Wie Fona (im Druck) differenziert ausführt, kann im Bereich der Psychotherapie kaum von einer »Gleichwertigkeit« verschiedener Therapien (bzw. einer nicht behandelten Kontrollgruppe) ausgegangen werden, so daß es für einen bestimmten Patienten kaum je »gleichwertig« ist, zu welchem Therapieverfahren er zugewiesen wird. Daher ist die »randomisierte« Zuteilung von behandlungsbedürftigen Patienten zu unterschiedlichen therapeutischen Strategien vorwiegend aufgrund von Interessen und wissenschaftlichen Normen des Forschers ethisch meist nicht zu vertreten.

So waren es u. a. ethische Überlegungen, die uns dazu bewogen, eine *naturalistische*, katamnestische Studie durchzuführen: Katamnestische Studien haben unbestritten – verglichen mit prospektiven Untersuchungen – ihre Nachteile. Sie verfügen allerdings über einen großen Vorteil: Sie üben in keiner Weise einen Einfluß auf die Intimität einer therapeutischen Situation aus und beeinflussen den psychotherapeutischen Prozeß durch ihre Forschung nicht, im Gegensatz zu prospektiven Untersuchungen, die sich immer auf das laufende Therapiegeschehen auswirken. Dennoch sind auch in einer katamnestischen Untersuchung viele ethisch

sensible Probleme zu bedenken, z. B. der Umgang mit der Diskretion, eine kritische, aber nicht am Überich orientierte Haltung der Arbeit von Kollegen gegenüber etc. (vgl. 2.), die für uns eine Herausforderung bei der Durchführung unserer Studie waren.

Bekanntlich hat in der psychoanalytischen Fachliteratur eine intensive Diskussion zu den Zielen und Ergebnissen psychoanalytischer Behandlungen stattgefunden (vgl. dazu u. a. Dreher u. Sandler 1997; Dreher, im Druck). Einer unserer Kollegen formulierte die Erwartungen, die wir Psychoanalytiker an eine erfolgreiche Behandlung haben, folgendermaßen:

»Eine erfolgreiche psychoanalytische Behandlung wird dazu führen, daß der Patient weniger Symptome hat, er wird sich insgesamt integrierter, »ganzer« fühlen, was auch bedeutet, daß er mit seinen Wünschen, Ängsten und Abwehren in einem lebendigeren Kontakt steht, wodurch er sich Beziehungen besser öffnen, aber auch besser schützen kann, es wird eine deutliche Verschiebung von dysfunktionalen zu funktionalen Interaktionsstrukturen geben; vor allem wird er ein »beobachtendes Selbst« oder einen »inneren Analytiker« entwickelt haben, das unbewußte Signale eher wahrnimmt. Heilung bedeutet aus psychoanalytischer Sicht aber nicht, daß ein völlig neuer Mensch entstanden ist, daß alle Lebensprobleme beseitigt sind und daß nie mehr die Gefahr besteht, daß es zu neurotischen Konflikten oder Symptomen in Belastungssituationen kommen wird. [...] (Unsere) Überlegungen (stellen) ein dynamisches Konzept von seelischer Gesundheit dar, das nicht in vollkommenem Glück, absoluter Symptommfreiheit, der Verwirklichung des »guten Lebens« besteht, sondern in der Fähigkeit, die grundlegenden Bipolaritäten, die Antinomien des Lebens zu erkennen und die sich daraus ergebenden Belastungen zu ertragen, ja, vielleicht sogar kreativ mit ihnen umzugehen. Vielleicht ist sogar die Anerkennung, daß das eigene Leben mit den gelungenen Entwicklungen und Erfolgen, aber auch mit den unerfüllten Wünschen, Ängsten und Einschränkungen eben genauso ist, wie es ist, der größte Heilungsschritt im analytischen Prozeß« (Zwiebel 1999).

Entsprechen diese Erwartungen auch der Wirklichkeit unserer Behandlungen? Sehen ehemalige Patienten die Ergebnisse ihrer Behandlungen ähnlich oder sind für sie – im Rückblick – ganz andere Aspekte ihrer Langzeittherapien relevant? Und wie beurteilen Nichtpsychoanalytiker, Laien und Experten die Ergebnisse solcher Behandlungen? Wie die Kostenträger von Psychotherapien? Diese Fragen werden in der Studie verfolgt, die nun in ihren ersten Ergebnissen vorgestellt wird.

Zuerst (in Abschnitt 2) gehen wir darauf ein, wie es uns dank der breiten Unterstützung unserer Kolleginnen und Kollegen gelungen ist, eine *repräsentative* Stichprobe aller ehemaligen Patienten, die bei DPV-Analysen zwischen 1990 und 1993 ihre Behandlungen beendet haben, zu erheben und katamnestisch zu untersuchen. Danach schildern wir (in Abschnitt 3) unseren methodischen Untersuchungsrahmen, das Studiendesign und unser Vorgehen bei der Durchführung und multiperspektivischen Evaluation der Katamneseinterviews. Anschließend fassen wir (in

Abschnitt 4) die wichtigsten der bisherigen Ergebnisse der Studie zusammen, wobei für die Kliniker vor allem Abschnitt 4.2 anregend sein dürfte. Unsere Darstellung endet in Abschnitt 5 mit abschließenden Bemerkungen.

Zugunsten einer besseren Lesbarkeit führen wir Detailergebnisse im Anhang auf: in Anhang 1 zur Repräsentativitätskontrolle, in Anhang 2 zu taxonomischen Auswertungen und in Anhang 3 ein exemplarisches, ausführliches Beispiel einer Katamnese.

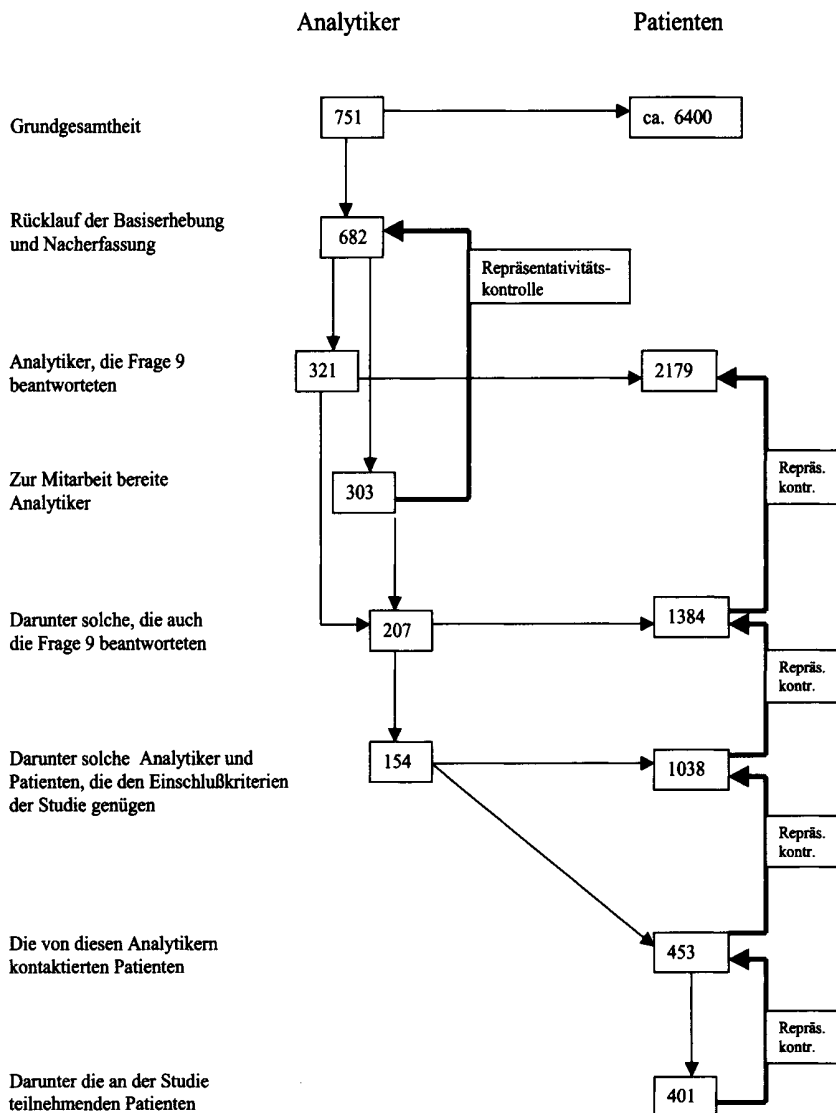
2. Statistisches Design und Repräsentativität der Studie

Im Statistischen Design einer Studie wird der Stichprobenplan festgelegt mit dem Ziel, unter vertretbarem Aufwand eine oder mehrere Stichproben zu realisieren, die (für die betreffende Grundgesamtheit) im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand der Studie repräsentativ sind. Dazu gibt es im wesentlichen zwei Verfahren: *Zufallsstichproben*, die ihrer Natur nach repräsentativ sind, und eigene, oft mühselige *Repräsentativitätskontrollen* für nichtzufällige Stichproben, die allein schon durch das Auftreten von Drop Outs und Missing Values unvermeidbar sind. Beide Instrumente sind im Statistischen Design der DPV-Katamnese-Studie zum Einsatz gekommen (vgl. Abb. 1). Als Ergebnis sind Stichproben ehemaliger Patienten realisiert worden, deren Psychoanalysen oder Psychotherapien repräsentativ für die Grundgesamtheit sind.

2.1 Die Grundgesamtheit

Untersuchungsgesamtheit (Grundgesamtheit) sind die von DPV-Analysikern durchgeführten drei-, vier- und mehr als vierstündigen Langzeitpsychoanalysen (kurz: *Psychoanalysen*) und die ein- oder zweistündigen psychoanalytischen Langzeitpsychotherapien (kurz: *Psychotherapien*) (vgl. 3.1), die zwischen Januar 1990 und Dezember 1993 beendet wurden (Lehranalysen und Ausbildungsfälle wurden, auch nachträglich, ausgeschlossen). Geschätzter Umfang der Grundgesamtheit: 6400 Behandlungsfälle von 751 Psychoanalytikern. Die Katamneseuntersuchungen, die in den Jahren 1998 und 1999 durchgeführt wurden, haben einen Abstand von fünf bis neun Jahren zum Behandlungsende, ein angemessen langer Zeitraum, der für die Untersuchung von Langzeitwirkungen empfohlen wird.

Abb. 1: Schematischer Ablauf der Erhebung von Analytikern und ihren ehemaligen Patienten (Ende der Therapie 1990–1993)



Zur Durchführung der katamnестischen Untersuchungen werden die 401 Patienten zufällig in vier Teilstichproben (siehe Tabelle 9 in Anhang 1) aufgeteilt.

2.2 Die Basiserhebung (Januar–April 1997)

An alle 751 DPV-Analytiker (774 abzüglich 23 unerreichbare) wurde ein zweiseitiger Fragebogen (s. Anhang 1) verschickt mit Fragen zur Person (Fragen 1–3), über die Einstellung zur Studie (Frage 6), über die Bereitschaft zur Mitarbeit an der Studie (Frage 7), nach der Anzahl ihrer bisherigen Behandlungsfälle (Frage 5), nach der Anzahl und Therapieform ihrer jetzigen und damaligen Patienten (Fragen 4 und 8) sowie nach einer globalen Einschätzung von psychischer Störung und Therapieerfolg ihrer damaligen Patienten (Frage 9). Auch wenn viele Ergebnisse der Basiserhebung eine eigenständige (wichtige) Bedeutung haben, dienten sie vor allem der Planung der Stichprobe und Kontrolle ihrer Repräsentativität. Nur unter diesem letzteren Gesichtspunkt soll die Basiserhebung hier betrachtet werden.

Entscheidend für die Möglichkeit einer Repräsentativitätskontrolle war die hohe Rücklaufquote der Basiserhebung: 521 Analytiker haben den Fragebogen (wenn auch oft nicht vollständig ausgefüllt) zurückgeschickt (Rücklaufquote: 69.4 %), weitere 161 Analytiker haben in einer Nacherfassung wenigstens noch einen verkürzten Fragebogen (Antwortkarte, ohne Frage 9) eingereicht (zusätzliche Rücklaufquote: 21.4 %). Insgesamt konnte eine Rücklaufquote von knapp 91 % erreicht werden.

Grundlage für die Repräsentativitätsuntersuchung bilden vor allem die Frage 7, in der auch nach den Gründen für eine eventuelle Nichtmitarbeit geforscht wird, und die Frage 9, hier insbesondere die Einschätzung des Therapieerfolgs. Die hohe Rücklaufquote der Basiserhebung schlägt sich auf Frage 7 fast vollständig durch: Diese Frage wird von fast 92 % des Gesamttrücklaufs beantwortet. Insgesamt erklären sich 303 Analytiker zur Mitarbeit bereit, darunter 244 von den 521, die den zweiseitigen Fragebogen zurückgeschickt haben, und 59 von den 161, die nur die Antwortkarte (ohne Frage 9) eingereicht haben. Unter den Analytikern, die sich nicht zur Mitarbeit bereit erklären konnten, lassen die Antworten auf die Frage 7 nur in höchstens 5 % aller Fälle einen Bias (Verzerrung) bezüglich des Therapieerfolgs vermuten. Allein schon dieses Ergebnis läßt darauf schließen, daß die zur Mitarbeit bereiten Analytiker keine einseitige Auswahl von Therapeuten mit besonders erfolgreichen Analysen oder Therapien darstellen. Dieses für die Repräsentativität sehr positive Resultat wird durch die Auswertung von Frage 9 bestätigt: Die sehr gute Übereinstimmung der Häufigkeitsverteilungen in Tabelle 1 (Anhang 1) beweist, daß unter den 207 zur Mitarbeit bereiten Analyti-

kern keine Verschiebung zugunsten der »besseren« Fälle zu erkennen ist, eher sogar eine leichte (nicht signifikante) Verschiebung auf die »schlechteren« Fälle.

Aufgrund dieser sehr gut ausgefallenen Repräsentativitätskontrolle hat sich die Projektgruppe entschieden, (nur) die 207 zur Mitarbeit bereiten Analytiker, die den zweiseitigen Fragebogen einschließlich der Frage 9 beantworteten, als Basis für die Patientenauswahl festzulegen (und die übrigen zur Mitarbeit bereiten Analytiker, für die keine Angaben zu Frage 9 vorliegen, nicht mit einzubeziehen). Durch diese (bedauerliche!) Einschränkung wird es möglich, und das ist ganz entscheidend, auch die Repräsentativität der später realisierten Patientenstichproben (trotz ihrer relativ hohen Drop-Out-Quoten) abzusichern.

2.3 Die Patientenerhebung (Mai 1997–Januar 1998)

Die erste Kontaktaufnahme der Projektgruppe zu den ehemaligen Patienten erfolgte über die Analytiker dieser Patienten, selbstverständlich unter Wahrung der Anonymität. (Die Patienten erhielten eine Kodenummer, die nur ihr Analytiker identifizieren konnte. Auch die spätere Kontaktaufnahme zur Projektgruppe geschah unter dieser Kodierung; nur der Leiter des statistischen Teams konnte die Kodierung entschlüsseln, damit überhaupt eine Kontaktierung möglich war. Natürlich geschah das unter Zustimmung der Patienten.) Von den 207 an der Studie teilnehmenden Analytikern konnten (oder wollten) aber nur 154 Analytiker überhaupt Patienten in die Studie einbeziehen. Der Drop-Out von 53 Analytikern erklärt sich größtenteils dadurch, daß (trotz eines vorgeschalteten Ausschlußkriteriums) unter den 207 Analytikern (noch) eine ganze Reihe relativ »junger« Therapeuten waren, die ihre Ausbildung erst so spät beendet hatten, daß noch keine selbständigen Behandlungsfälle mit einem Ende zwischen 1990 und 1993 vorlagen. Weitere Drop-Outs unter den Behandlungsfällen hatten die Ursachen »unbekannt verzogen/nicht erreichbar«, »Beginn einer neuen Therapie« und ein genereller »no response«. Tabelle 2 (Anhang 1) zeigt, daß durch diese Drop-Outs keine Verzerrung zugunsten der besser eingeschätzten Therapiefälle bewirkt wird, daß vielmehr sogar etwas häufiger die schlechter eingeschätzten Fälle unter der verbleibenden Stichprobe der 154 Analytiker auftreten.

Von den 1038 Patienten (auch aus Kurztherapien) der 154 Analytiker wurden allerdings nur 453 Patienten von den Analytikern zur Kontaktaufnahme für die Katamnesestudie angegeben (natürlich unter strikter

Anonymisierung der Patienten). Nach einem Anschreiben an die 453 Patienten durch ihre Analytiker, das auch einen ersten (kurzen) Fragebogen enthielt, erklärten sich überraschend viele, nämlich 401 Patienten bereit, an der Katamnese-Studie teilzunehmen. Bevor mit ihnen die eigentliche katamnestic Phase der Studie (Interviews und Fragebogen) beginnen konnte, mußte geprüft werden, ob das Sample der 453 Patienten (trotz der hohen Drop-Out-Quote von fast 68 %, unter der es zustande kam!) und auch das Subsample der 401 teilnehmenden Patienten als repräsentativ gelten konnte. Diese äußerst wichtige Repräsentativitätskontrolle wurde auf zweifache Weise vorgenommen.

Zum einen wurde wie oben die Einschätzungen des Therapieerfolgs der 453 bzw. 401 Behandlungsfälle durch ihre Analytiker (Frage 9 der Basiserhebung) mit den betreffenden Einschätzungen für alle Behandlungsfälle (für die Frage 9 beantwortet wurde) verglichen (siehe Tabelle 3 in Anhang 1). Ergebnis: Die beiden letzten Samples der 453 bzw. 401 Patienten weisen untereinander eine sehr gute Übereinstimmung der betreffenden Verteilungen auf, zeigen aber im Vergleich mit dem übergeordneten Sample der 1038 Patienten eine leichte Verschiebung auf die besser eingeschätzten Fälle. Eine solche Verschiebung war angesichts der hohen (auch durch die Patienten verursachten) Drop-Out-Quote (56,4 %) zu befürchten. Andererseits hält sich diese Verschiebung jedoch in kontrollierbaren Grenzen und fällt keineswegs so extrem aus, daß von einer *Verzerrung* auf die ›guten‹ oder ›sehr guten‹ Fälle gesprochen werden müßte. Darüber hinaus erlaubt die Kenntnis des Unterschieds der Verteilungen zwischen den Samples eine entsprechende, wenn auch nur sehr vage *Biaskorrektur*. Damit können auch die Samples der 453 bzw. 401 Patienten als repräsentativ angesehen werden.

Die andere Repräsentativitätskontrolle stützt sich auf eine Selbsteinschätzung des Therapieerfolgs durch die Patienten. Diese wurde in dem kurzen Fragebogen erhoben, mit dem die Patienten zur ersten Kontaktaufnahme angeschrieben wurden. In Tabelle 4 (Anhang 1) wird das Ergebnis dieser Befragung dargestellt, einmal für alle 453 kontaktierten Patienten, zum anderen für die 401 Patienten unter ihnen, die an der Studie teilnehmen. Die sehr gute Übereinstimmung der betreffenden Verteilungen bestätigt die Repräsentativität des Samples der an der Studie teilnehmenden Patienten.

2.4 Die Patientenstichprobe (katamnestische Untersuchungen April 1998–Oktober 1999)

Die 401 an der Studie teilnehmenden (ehemaligen) Patienten bilden die (Gesamt-) Stichprobe der Patienten, die katamnestisch untersucht werden. Ihre Anzahl ist zu groß, als daß mit jedem von ihnen die beiden festgelegten, je 90minütigen Katamnese-Interviews hätten durchgeführt werden können. (Zusätzlich zu den beiden Interviews wurde noch eine Supervision der lokalen Forschungsgruppe und eine telefonische Befragung des behandelnden Analytikers vorgenommen.) Daher mußte eine (möglichst große) Teilstichprobe von Patienten gebildet werden, mit denen innerhalb des finanziellen und personellen Rahmens der Forschungsgruppe die Interviews durchgeführt werden konnten (*Interview-Stichprobe*). Die übrigen unter den 401 Patienten erhielten mehrere Fragebögen, auch solche mit offenen Fragen (*Fragebogen-Stichprobe*). Die Bildung dieser beiden Teilstichproben erfolgte nach dem *Zufallsprinzip*. Getrennt nach Psychoanalysen und Psychotherapien wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe (stratified random sample) gebildet, geschichtet nach den beiden Variablen »Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Analytiker« und »Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten«. Diese Stichprobe bildet die Interview-Stichprobe, ihr Komplement die Fragebogen-Stichprobe. Für die Psychoanalyse-Patienten ist dieser Vorgang in den Tabellen 5 und 6 (Anhang 1) beschrieben, für die Psychotherapie-Patienten in den Tabellen 7 und 8 (Anhang 1). Die betreffenden Kontingenztafeln, in denen die Patienten und Analytiker in ihrer Einschätzung des Therapieerfolgs gegenübergestellt werden, haben natürlich auch eine hohe eigenständige Aussagekraft. (Um die in den Kontingenztafeln auftretenden seltenen Fälle, in denen sich die Einschätzung durch Analytiker und Patient extrem unterscheiden, nicht unberücksichtigt zu lassen, wurden einige von ihnen zusätzlich in die jeweilige Interviewstichprobe aufgenommen.) Die vier Zufallsstichproben (als Teilstichproben der 401 teilnehmenden Patienten) mit den in Tabelle 9 (Anhang 1) angegebenen Stichprobenumfängen sind die Grundlage der katamnestischen Untersuchungen.

3. Methodischer Untersuchungsrahmen

Die spezifischen inhaltlichen und methodischen Anliegen der Studie sind in der folgenden Zusammenfassung des Designs ersichtlich:

3.1 Übersicht über das Studiendesign

Durch die Wahl der Einschlußkriterien, das Vorgehen bei der Erhebung und die Wahl der Meßverfahren haben wir uns bemüht, einige Beschränkungen bisheriger Studien zu vermeiden (fragliche Repräsentativität, Überwiegen von Ausbildungskandidaten, Ergebnisbeurteilungen ausschließlich durch die behandelnden Analytiker; vgl. Bachrach et al. 1991; Leuzinger-Bohleber u. Stuhr 1997). *Einschlußkriterien* wurden so definiert, daß Langzeitbehandlungen erfahrener Analytiker erfaßt wurden:

- Behandlung durch ein Mitglied der DPV,
- mindestens 1 Jahr Behandlungsdauer,
- Beendigung zwischen Januar 1990 und Dezember 1993,
- Ausschluß von Ausbildungsfällen und Lehranalysen,
- erfahrene Interviewer und Einschätzer der Fachrichtung.

In Abb. 2 wird gezeigt, daß wir, wie einleitend begründet, in unserem Studienansatz mehrere *Beurteilerperspektiven* einschließen: die der Patienten, der behandelnden Analytiker, von psychoanalytischen Experten und unabhängigen Beobachtern. Damit tragen wir der Erkenntnis der Psychotherapieforschung Rechnung, daß verschiedene Perspektiven unterschiedliche Aspekte des Behandlungsprozesses, sich ergänzend, widerspiegeln. Es wurden stets quantitative *und* qualitative Daten erhoben:

– Alle ehemaligen *Patienten*, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärten, erhielten eine Reihe *standardisierter Fragebögen* zur derzeitigen Symptombelastung (SCL-90R; Franke 1995), zum Kohärenzgefühl (SOC Sense of Coherence, Antonovsky 1988) und *Fragen zur Lebenszufriedenheit* (IRES, Gerdes u. Jäckel 1995). Es wurden ferner *Befinden*, *Inanspruchnahme medizinischer Leistungen* vor, während und nach der Behandlung und *Behandlungszufriedenheit* schriftlich abgefragt.

– Die behandelnden *Analytiker* wurden neben Diagnose und Schweregrad der Störung zu Behandlungssetting (Frequenz, Dauer, eventuelle Änderungen etc.), Behandlungsverlauf und -zufriedenheit (in Anlehnung an die Fragen der ehemaligen Patienten) befragt. Sie wurden überdies gebeten, auch ihre *Kassenanträge* mitzusenden, die sie vor Beginn der Behandlung bei den Kostenträgern eingereicht hatten.

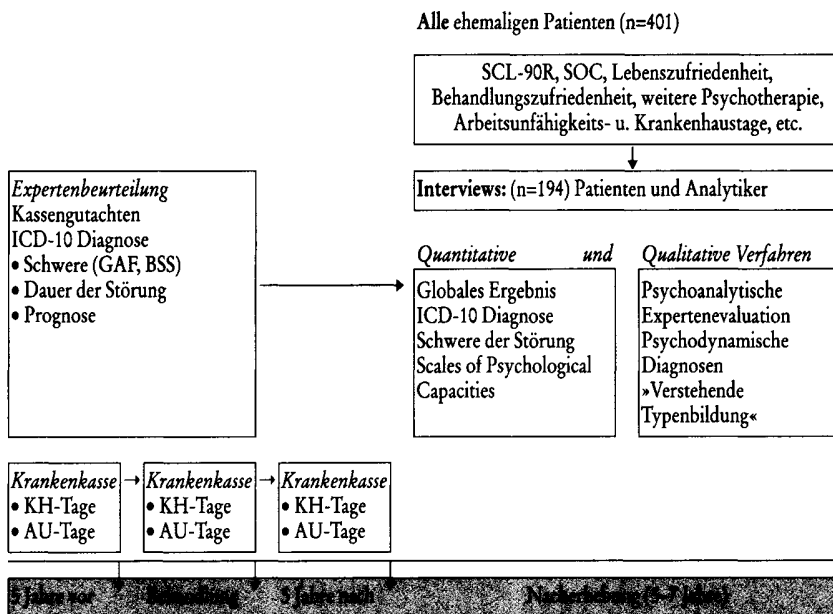
– Mit dem schriftlichen Einverständnis der ehemaligen Patienten haben wir ihre Krankenkassen angeschrieben und um Mitteilung der Arbeitsunfähigkeitstage (einschließlich Diagnosen), der Krankenhausaufenthalte und Krankenhaustage während der Behandlung, 5 Jahre vor Beginn und im Katamnesezeitraum gebeten.

Die Einbeziehung von Krankenkassendaten erschien uns nicht nur wich-

tig im Hinblick auf eine Kosten-Wirksamkeitsbetrachtung, sondern gibt uns auch den Zugang zu Daten, die bereits *vor* der Behandlung gesammelt wurden und damit von den möglichen Verzerrungen der retrospektiven Angaben der Patienten zu ihrem früheren Krankheitszustand unbeeinflusst sind.

Die Diagnose nach ICD-10, Dauer der Störung und die Schwere der Störung beurteilen wir zum Zeitpunkt der Erhebung und retrospektiv aufgrund aller uns zur Verfügung stehenden Informationen (vgl. 4.2.2) mit standardisierten Verfahren: dem BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score; Schepank 1995) und dem Global Assessment of Functioning (GAF nach DSM-IV; vgl. Mc Cullough Vaillant 1997).

Abb. 2: Studiendesign und Meßverfahren: DPV-Katamnesestudie



Wie bereits dargelegt wurde, konnten wir nicht alle Patienten interviewen, die an einer Mitarbeit in unserer Studie interessiert waren. Aus dem Gesamtkollektiv von 401 teilnahmewilligen ehemaligen Patienten, die eingehend *interviewt* wurden, wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe gezogen (zum Procedere vgl. 3.2). Die Interviews wiederum werden mit vielfältigen quantitativen (Ergebnisbeurteilung, Rating des Schweregrads der Störung, Scales of Psychological Capacities, Inhaltsanalysen etc.) und

qualitativen Verfahren (psychoanalytische Expertenvalidierung, klinische und Verstehende Typenbildung etc.) ausgewertet.

Die 207 Patienten, die aus Kapazitätsgründen nicht interviewt werden konnten, wurden über unsere Überlegungen informiert und gebeten, die zugesandten Fragebögen auszufüllen. Allen diesen Patienten wurde auch ein persönliches Gespräch angeboten, was nur in Einzelfällen in Anspruch genommen wurde. Um ihnen Raum für persönliche Schilderungen der Behandlung zu geben, legten wir ihnen *offene Fragen* vor zu Anlaß, Verlauf der Behandlung, Beziehung zum Analytiker u. a., angelehnt an die Fragen, die im Interview gestellt wurden.

Nachträglich gesehen denken wir, daß es vor allem unsere Absicht war, eine möglichst *psychoanalytische* und *naturalistische* Studie (d. h. mit »wirklichen« Patienten, »wirklichen« Therapeuten, die in »wirklichen« Psychoanalysen und psychoanalytischen Therapien waren) durchzuführen, die unsere Kollegen der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) überzeugen konnte, die Studie intensiv zu unterstützen (die Durchführung der Studie wurde in der Mitgliederversammlung der DPV im Mai 1997 beschlossen). Wir vermuten zudem, daß die transparente Planung und Durchführung der Studie sowie die intensive Diskussion der einleitend erwähnten wissenschaftstheoretischen und methodischen Probleme von empirisch-psychoanalytischen Studien wesentlich zur Vertrauensbildung und dem Interesse unserer Kolleginnen und Kollegen an unserer Studie beitrug. Über 300 unserer Kolleginnen und Kollegen erklärten sich dazu bereit, ihre ehemaligen Patienten untersuchen zu lassen (100 konnten wir aus Kapazitätsgründen nicht berücksichtigen). Bemerkenswert ist auch, daß sich viele Analytikerinnen und Analytiker aktiv als Interviewer oder Teilnehmer in den lokalen Forschungsgruppen engagierten und bereit waren, dafür Zeit aufzuwenden. Zum Beispiel erwies es sich wegen der Diskretion als unumgänglich, daß die Analytiker keine ehemaligen Patienten von Kollegen ihres Instituts interviewten. Dies bedeutete konkret, daß z. B. ein Interviewer aus Frankfurt nach Berlin, München, Freiburg etc. reisen mußte, damit gewährleistet war, daß er den behandelnden Analytiker nicht erkennen konnte.

62 Kolleginnen und Kollegen waren bereit, solche Interviews durchzuführen, und arbeiteten in lokalen Forschungsgruppen in Frankfurt (zwei Gruppen), Hamburg, Gießen, Tübingen, Freiburg, München, Kassel und Köln. Weil in diesem Projekt fast alle Forscher gleichzeitig auch Kliniker sind, ist für diese Beteiligten eine direkte, bis in unbewußte Wahrnehmungen hineinreichende Erweiterung der eigenen klini-

schen Praxis mit der Forschungstätigkeit verbunden. Sie haben uns spontan berichtet, wie wertvoll für sie die Interviews mit den ehemaligen Patienten waren, gerade weil sie dadurch zu ungewohnten und kritischen Reflexionen ihrer klinischen Praxis angeregt wurden. Nach Probegedurchläufen legten wir folgendes Vorgehen bei der Durchführung und Auswertung der Katamneseinterviews fest:

3.2 Durchführung und Evaluation der Katamneseinterviews

I. Erstes psychoanalytisches Katamneseinterview

Wie erwähnt, haben wir in unserer Studie den Vorteil, daß erfahrene, gut ausgebildete Psychoanalytiker die Katamneseinterviews durchführen, was u. a. ermöglicht, das Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen zur Hypothesengenerierung über unbewußte Dimensionen bei der Einschätzung der Therapieergebnisse und des analytischen Prozesses zu nutzen. Unsere Beobachtungen bestätigen die Ergebnisse früherer Studien (z. B. von Pfeffer 1959, 1963; Schlessinger u. Robbins 1983; Norman et al. 1976; Oremland et al. 1975), daß in katamnестischen Interviews eine z. T. intensive Wiederbelebung zentraler Übertragungskonstellationen der psychoanalytischen Behandlung stattfindet und deshalb eine Art »Mini-Analyse« des durchlaufenen psychoanalytischen Prozesses erlauben. Daher beginnen wir das Interview – nach einer standardisierten Anfangsfrage – mit einem offenen Interviewteil (ca. 60 Minuten), damit sich solche unbewußten Übertragungsanteile im Interview entfalten können. In weiteren ca. 30 Minuten werden – im Sinne eines halbstandardisierten Interviews – einige Problembereiche aktiv angesprochen (zum katamnестischen Eindruck, Motivation zur Behandlung, Symptomatik, positiven und negativen Erfahrungen in und mit der Therapie etc.). Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet.

II. Nach dem ersten Interview notiert (bzw. diktiert) der Interviewer seine ersten Eindrücke, Gegenübertragungsreaktionen, Beobachtungen zur Psychodynamik, katamnестische Hypothesen etc. Er schätzt einige globale katamnестische Fragen sowie die Scales of Psychological Capacities ein, um sich bewußt zu machen, welche Informationen ihm zur katamnестischen Beurteilung noch fehlen.

III. Kollegiale Supervision

Nach dem ersten Interview bespricht der Interviewer im Rahmen einer Supervision mit einem Mitglied der lokalen Forschungsgruppe Ein-

drücke, Gegenübertragungsphantasien, Hypothesen zur Psychodynamik und zur katamnестischen Sicht etc., um evtl. im 2. Interview entsprechende Vermutungen zu prüfen.

IV. Zweites Katamneseinterview

Bereichert durch die Anregungen der Supervision, wird im 2. Katamneseinterview wiederum zuerst ein offener Raum geboten, um evtl. unbewusste Mitteilungen des ehemaligen Patienten erkennen zu können. Daraufhin folgt ein halbstandardisierter Interviewteil (zur Sicht der Therapie, der therapeutischen Beziehung, dem analytischen Prozeß, wichtigen Lebensereignissen vor, während und nach der Therapie, zu Behandlungstechnik etc., insgesamt ca. 60 Minuten).

V. Ein anderes Mitglied der lokalen Forschungsgruppe interviewt telefonisch³ den ehemaligen Analytiker (mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews), ohne irgendwelche Informationen über den Patienten zu haben.

VI. Psychoanalytische Evaluation in der lokalen Forschungsgruppe (insgesamt ca. 2 Stunden)

a) Der Interviewer faßt die beiden Katamneseinterviews für die Gruppendiskussion zusammen. Die Mitglieder der Forschungsgruppe versuchen dabei ihre professionellen psychoanalytischen Wahrnehmungsinstrumente zur Hypothesengenerierung bei der katamnестischen Evaluation zu nutzen (ca. 20 Minuten). Die Gruppe hört sich daraufhin einen fünfminütigen Ausschnitt der Tonbandaufzeichnung des Katamneseinterviews an. Die Gruppenmitglieder schätzen unabhängig voneinander globale Fragen zu den Ergebnissen der Therapie, der Indikation, dem ursprünglichen und jetzigen psychischen und somatischen Zustand des ehemaligen Patienten etc. ein. Die Gruppenmitglieder äußern ihre Eindrücke – im Sinne einer psychoanalytischen Balint- bzw. Supervisionsgruppe (ca. 25 Minuten), wobei immer die katamnестische Fragestellung im Fokus des gemeinsamen Interesses steht. (Die Interviewer des ehemaligen Patienten und des Analytikers beteiligen sich noch nicht an der Gruppendiskussion.)

b) Nun berichtet ein weiteres Gruppenmitglied von seinem Interview mit dem Analytiker des Patienten, das er mit diesem geführt hat.

³ Wir haben ein telefonisches Interview eingeführt, da – ohne eine direkte visuelle Begegnung – die Diskretion eher gesichert ist. Der Interviewer übernimmt das Gespräch mit dem Kollegen in der Regel nur, wenn er ihn nicht persönlich kennt.

c) Aufgrund aller nun verfügbaren Informationen wird nochmals diskutiert. Schließlich wird gemeinsam eine psychodynamische Sicht des katamnестischen Erfolges sowie des durchlaufenen psychoanalytischen Prozesses formuliert.

In diesem Rahmen können wir nur anmerken, daß dieses Vorgehen eine Art »naturalistische, narrative Kontrolle« darstellt, da wir zwei völlig unabhängige Therapiegeschichten erheben: eine erzählt vom ehemaligen Patienten und eine erzählt vom Analytiker. Dabei läßt sich beobachten, daß bei »genügend guten« Behandlungen diese Schilderungen bis hin in wesentliche Details übereinstimmen, während sie bei relativ schlecht verlaufenen Behandlungen wie unverbunden nebeneinander stehen bleiben.

Die Ergebnisse dieser *qualitativ-psychoanalytischen* Vorgehensweise werden anschließend noch mit 2 *quantitativen* Instrumenten in Beziehung gesetzt (vgl. d und e):

d) Nochmaliges Rating einiger globaler katamnестischer Fragen

e) Einschätzen der Scales of Psychological Capacities (und Bestimmen der Konsenswerte)

f) Als letzten Schritt faßt ein Gruppenmitglied die Ergebnisse der Diskussion nochmals kurz schriftlich zusammen und legt diesen Bericht den anderen Gruppenmitgliedern zur kritischen Durchsicht vor.

Inzwischen haben wir 128 Katamnesen (mit 91 ehemaligen Analyse- und 37 ehemaligen Therapiepatienten) durchgeführt. Unser Vorgehen ermöglichte uns einen differenzierten Einblick in verschiedenste Therapiegeschichten und damit verbundene unverwechselbare Lebens- und Leidensgeschichten (vgl. 4.). Um die einleitend skizzierte These zu untermauern, daß manche bis ins Unbewußte reichenden, psychoanalytischen Erfahrungen nur in einer psychoanalytischen Situation beobachtet und interpretiert und daher nur mit psychoanalytischen und qualitativen Verfahren gewonnen und u. a. auch nur in Form einer Erzählung kommuniziert werden können, haben wir eine Katamnese im Anhang 3 relativ ausführlich zusammengefaßt. Der Erfolg dieser Behandlung wurde von der Patientin selbst, ihrer Analytikerin, den psychoanalytischen und nichtpsychoanalytischen Experten sowie aufgrund der »objektiven« Reduktion der Krankheitskosten übereinstimmend als gut beurteilt. Als Illustration hier eine kurze Zusammenfassung dieser Katamnese:

Frau X.⁴ hatte sich nach mehreren Therapieversuchen aufgrund einer Informationssendung im Fernsehen gezielt eine Psychoanalyse gesucht. Sie schildert in den Katamneseinterviews, daß es in der Behandlung gemeinsam gelungen sei, die schwere Depression zu bearbeiten, die ihr jahrelang das Gefühl vermittelt hatte, »wie hinter einer Glasscheibe zu leben«. Sie ist dankbar für die neue Lebensqualität und ihre Freude am Leben, die ihr ermöglicht, auch schwere Belastungen, wie die Arbeitslosigkeit ihres Mannes oder den Tod ihres Vaters, durchzustehen, ohne erneut depressiv zu werden. Sie ist stolz, daß sie dank der Behandlung eine Ausbildung zur Physiotherapeutin abgeschlossen hat und nun erfolgreich in diesem Beruf arbeitet.

Sie stellt ihre Depressionen und ihre Suizidalität u. a. in Zusammenhang mit den frühen Traumatisierungen als Kind einer ebenfalls depressiven, überforderten Mutter, einer schweren organischen Erkrankung im Kindergartenalter und einer Vergewaltigung als Zehnjährige. Entscheidend für sie ist, daß sie ihre Kinder aus der transgenerativen Verwicklung in die depressive Familiengeschichte entlassen konnte und mit ihrem Mann, trotz aller realen Schwierigkeiten, ein für sie befriedigendes Leben führen kann.

Frau X. schildert, daß sie unter »Restsymptomen« leidet, z. B. immer noch panische Ängste vor dem dunklen Keller hat. Doch weit weniger als ihre Analytikerin ist sie damit beschäftigt, ob diese Restsymptome auf Grenzen der analytischen Arbeit verweisen: Sie vermutet darin Spuren, die zum Trauma der sexuellen Vergewaltigung zurückführen, was sie psychisch akzeptieren kann. »Es schränkt mich ja auch nicht zu sehr ein – mein Mann kann mich begleiten, wenn ich in den Keller runtersteigen muß ...«

Wie bereits erwähnt, weisen die Katamnesen einzigartige, unverwechselbare Züge auf, doch können durchaus auch Gemeinsamkeiten darin gefunden werden (vgl. 4.2). Frau X. gehört zu den 41 % der 128 Katamnesen, deren Behandlungserfolg von ihren Analytikern als »gut« beurteilt wurden (vgl. Tabelle 2, Anhang 1). Doch haben wir diese Katamnese auch ausgewählt, weil sie uns charakteristisch scheint für die vielen schwer traumatisierten ehemaligen Patienten unserer Stichprobe, die mit gutem Erfolg behandelt wurden. Erwähnenswert ist zudem die Beobachtung, daß oft die transgenerative Weitergabe der Traumatisierungen durch die Behandlung unterbrochen werden konnte. Schließlich repräsentiert Frau X. jene Patientengruppe, die mit dem Behandlungsergebnis zufriedener sind als ihre behandelnden Analytiker (Frau X. beurteilte den Behandlungserfolg als »sehr gut«, vgl. dazu 4.).

Noch ein kurzes Beispiel für jene 38 % der Behandlungen, deren Erfolg vom behandelnden Analytiker (und den psychoanalytischen Experten) als »mittel« eingeschätzt wurden (vgl. Tabelle 2, Anhang 1):

Frau K. suchte in ihrem 30. Lebensjahr therapeutische Hilfe, weil sie offen und ernsthaft suizidal war. Sie hatte seit ihrem 13. Lebensjahr an schweren Depressionen gelitten. Als sie 20 war, entwickelte sie eine Bulimie. In den intensiven Katamnesegesprächen erzählt sie der Interviewerin, wie dankbar sie der Psychoanalyse sei, »weil sie mir wieder zum Leben verhalf«. Sie beginnt zu weinen, als sie von ihren 17 Jahre andauernden Depressionen er-

⁴ Einige der Fallzusammenfassungen wurden auch in Leuzinger-Bohleber (im Druck) publiziert. Sie sind aktiv verschlüsselt.

zählt. »Es waren so viele verlorene Jahre.« In der Psychoanalyse habe sie ihre Identitätskonflikte als eineiger Zwilling (9. und 10. Kind einer pietistischen Familie) besser verstehen können. Ihre Mutter fühlte sich überfordert und litt jahrelang unter schweren Depressionen. Die Behandlung ermöglichte Frau K., ihr Studium abzuschließen und eine für sie befriedigende Liebesbeziehung zu beginnen. Sie ist nun verheiratet und Mutter dreier Vorschulkinder.

In den Interviews schildert sie ihre Motivation, sich an der Studie zu beteiligen. Sie wollte klären, ob sie nochmals ein Stück Behandlung aufnehmen soll, da sie manchmal denke, sie habe ihre Psychoanalyse wegen der Geburt ihres ersten Kindes zu früh beendet. Sie sei zwar soweit zufrieden mit ihrem Leben, leide nicht mehr unter Depressionen oder Eßstörungen und genieße ihre Mutterschaft. Doch leide sie immer noch an sexuellen Problemen und befürchte, diese könnten langfristig ihre Ehe zu sehr belasten. Sie entschließt sich im 2. Katamneseinterview, ihren Analytiker nochmals aufzusuchen.

Frau K. gehört zu der Gruppe der ehemaligen Patienten, die ihre Behandlungen aufgrund bestimmter Lebensereignisse zu früh beendet hatten. Wie die Einschätzung eines »mittleren Therapieerfolgs« belegt, waren in diesen Behandlungen zentrale Konfliktbereiche ungenügend bearbeitet worden.

Die beiden geschilderten Behandlungen sind übrigens in einer weiteren Hinsicht typisch: Wie bei den 73 %⁵ der »genügend gut« verlaufenen Behandlungen, stimmen die unabhängigen Erzählungen des ehemaligen Patienten in allen wesentlichen Details mit jenen des behandelnden Analytikers überein.

Besonders intensiv beschäftigten uns jene 4 % der Katamnesen, deren Behandlungserfolg von den Analytikern als »schlecht« bezeichnet wurde (vgl. Tabelle 2, Anhang 1). Auch dazu ein kurzes Beispiel:

Frau H., eine nun 55 Jahre alte Frau, lebt, wie sie sagt, dank der psychoanalytischen Behandlung ein einigermaßen stabiles Leben. Doch ist ihr psychisches und psychosoziales Gleichgewicht immer noch sehr auffällig. Sie scheint wie zwei Existenzen nebeneinander zu leben. Einerseits ist sie fähig, als gut bezahlte Sekretärin regelmäßig zu arbeiten (vor der Behandlung war sie arbeitslos und oft psychiatrisch hospitalisiert), andererseits unternimmt sie in ihrer Freizeit unvermittelt »verrückte Dinge«. Auch in den Interviews werden die beiden Teile ihrer Persönlichkeit sichtbar. Auf der einen Seite scheint sie einen guten, kongruenten emotionalen Kontakt zum Interviewer aufzunehmen, auf der anderen Seite bricht sie bei bestimmten Themen unvermittelt diesen Kontakt ab und verhält sich merkwürdig bizarr und unverständlich. – In der lokalen Forschungsgruppe taucht zuerst der Verdacht einer Psychose auf.

Der behandelnde Analytiker äußerte eine andere Diagnose: maligne Hysterie mit einer Borderlinesymptomatik. Seine Zusammenfassung der Behandlung weicht in einigen Details wesentlich von jener seiner ehemaligen Patientin ab.

Frau H. begann ihre psychoanalytische Behandlung, nachdem sie mehrere Male psychiatrisch hospitalisiert werden mußte. Sie hatte ihren Ehemann und ihre beiden Kinder plötzlich, ohne ersichtlichen Grund, verlassen, um mit einem obdachlosen Alkoholiker zusam-

⁵ Diese Prozentzahlen beruhen auf der ersten Auswertung von n=124 und können sich in der endgültigen Auswertung noch geringfügig verändern.

menzuleben, der sie offensichtlich gewalttätig sexuell mißbrauchte. Sie brach ihre psychoanalytische Behandlung nach 300 Sitzungen ab, weil sie durch Zufall einen Krankenkassenbericht des Analytikers zu lesen bekam und sich dadurch verletzt fühlte. Sie schildert im Katamneseinterview ihre große Enttäuschung über das Behandlungsergebnis.

Um die intensive Diskussion in der Forschungsgruppe hier kurz zusammenzufassen: Aufgrund mehrerer Beobachtungen im Interview und weiteren Informationen (z. B. zu den wiederkehrenden Alpträumen von Frau H.) entstand der Verdacht, daß Frau H. sexuell mißbraucht worden war und in der erwähnten »unverständlichen« Episode unbewußt eine traumatische Erfahrung reinszenierte. Möglicherweise hatte der Analytiker, wie die Forschungsgruppe zunächst einmal ebenfalls, dieses Symptom als psychotisch mißverstanden. Doch erlauben es die Daten unserer Studie nicht, die konkurrierenden diagnostischen Hypothesen systematisch zu prüfen. Allerdings teilten die Experten übereinstimmend die Einschätzung, daß es in dieser Behandlung nicht zu einem vertieften Verständnis der Psychodynamik der Patientin gekommen war.

Für alle ehemaligen Patienten, die mit ihrem Behandlungsergebnis »sehr unzufrieden« waren, schien es wichtig zu sein, daß sie uns, als Vertretern der analytischen Community, von ihren Enttäuschungen und Verletzungen erzählen konnten. Die Gründe für die negativ verlaufenen Behandlungen waren unserer Meinung nach vielfältig (vgl. 4. und 5.). Frau H. wies uns auf ein bedenkenswertes Problem hin: Manche unserer Patienten werden daran zu leiden haben, daß ihre Probleme vom Analytiker und unserer Community (noch) zu wenig differenziert verstanden werden. Das Thema »sexueller Mißbrauch« war vermutlich bei vielen Analytikern der späten Achtzigerjahre wenig beachtet worden.

Wir werden weiter unten auf weitere dieser einzelfallspezifischen Beobachtungen eingehen (4.2).

4. Bisherige Ergebnisse

Wie erwähnt, versuchten wir in dieser Studie die eben genannten (psychoanalytischen, qualitativen) Beobachtungen aus den Katamneseinterviews mit jenen quantitativer Verfahren (Fragebögen etc.) zu kombinieren. Auch die Ergebnisse der Untersuchungen der Fragebogenstichprobe (4.1.) und der Krankheitskosten, die wir als erstes zusammenfassen, wurden mit qualitativen Beobachtungen aus den offenen Teilen der Befragung in Beziehung gesetzt (4.1.1). Als zweites berichten wir von einer weiteren Auswertung der Fragebogendaten mit Hilfe einer Clusteranalyse, der wiederum ein qualitatives Verfahren, die sog. »Verstehende Typenbildung«, an die Seite gestellt werden soll (4.1.2). Auch bei der Auswertung der Interviews (4.2) verwenden wir eine Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren. Die Fragebogendaten der Interviewten werden mit den Ergebnissen der Interviews verglichen (4.2.1). Schließlich

wird in einem »Bottom-Up-Verfahren«, einer »klinischen Typenbildung«, versucht, die psychoanalytisch gewonnenen Beobachtungen nachträglich systematisch zu überprüfen und mit den Ergebnissen der quantitativen Verfahren in Beziehung zu setzen (4.2.2).

4.1 Ergebnisse der Fragebogenstichprobe

4.1.1 Ausgewählte Ergebnisse zu der schriftlichen Patientenbefragung und zu den Krankheitskosten⁶

Anhand der schriftlichen Befragung der Patienten möchten wir ausgewählte Ergebnisse und Daten zu *Veränderungen durch die Behandlung, aktueller Symptombelastung, Behandlungszufriedenheit und Krankheitskosten* darstellen (ausführlich, Beutel u. Rasting, im Druck). Die 207 Patienten, die aus Kapazitätsgründen nicht interviewt werden konnten, wurden gebeten, die zugesandten Fragebögen auszufüllen. 44 Patienten antworteten nicht; 9 Patienten mußten nachträglich ausgeschlossen werden, da ihre Behandlungen die Einschlußkriterien nicht erfüllten, so daß wir einen Rücklauf von 154 Patienten (75 %) erzielen konnten. Zu diesen Patienten erhielten wir 141 ausgefüllte Analytikerfragebögen (92 %).

Die *Studienteilnehmer* waren zum Befragungszeitpunkt im Mittel 45 Jahre alt (zu Therapiebeginn 34 Jahre). Wie in anderen Psychotherapiestudien waren dies überwiegend (71 %) Frauen. Etwas über die Hälfte (52 %) waren zum Zeitpunkt der Befragung verheiratet, jeder Dritte ledig und jeder Sechste lebte in Scheidung. Die Mehrzahl (82 %) hatte eine höhere Schulbildung; die übrigen hatten einen Haupt- oder Realschulabschluß.⁷ Der überwiegende Teil der Patienten (86 %) war zumindest in Teilzeit berufstätig. Bei den soziodemographischen Merkmalen unterschieden sich Psychoanalyse- und Psychotherapiepatienten nicht. Erste Einstufungen der Diagnosen anhand der unabhängig voneinander erhobenen Patienten- und Analytikerangaben bzw. Kassenanträgen nach ICD-9 bzw. ICD-10 ergaben die Notwendigkeit weiterer Diffe-

⁶ Wir danken Dipl. Psych. Markus Rasting, Gießen, für die kompetente Durchführung der statistischen Analysen und der Erhebungen der Krankenkassendaten.

Günter Sogel, Kassel, danken wir für das sorgfältige und sensible Führen des Projektbüros und die statistische Datenaufarbeitungen und -analysen.

⁷ Allerdings zeigen sich in der Interviewstichprobe, daß sehr viele der ehemaligen Patientinnen und Patienten einen Wechsel der sozialen Schicht vollzogen hatten (84 %), eine Prozentzahl, die nicht nur mit dem zunehmenden Bildungsgrad während der letzten 50 Jahre in Deutschland zu erklären ist. Wir vermuten hier auch psychodynamische Gründe (z. B. Identitäts- und Schuldgefühlproblematik, vgl. 4.3)

renzierungen (z. B. nach Schweregrad der Störung), die wir zur Zeit vornehmen (z. B. mit dem BSS und dem GAF⁸; s.o.).

Die durchschnittliche *Behandlungsdauer* lag bei vier Jahren (49 Monate) und schwankte zwischen 15 und 168 Monaten. Die Zahl der durchgeführten Behandlungsstunden lag im Mittel bei 371 Stunden (mit zwei extremen Einzelfällen von 50 bzw. 1300 Sitzungen). Etwa jeweils ein Viertel der Patienten der Stichprobe wurde mit einer überwiegender Wochenstundenfrequenz von einer, zwei, drei oder vier Stunden behandelt. Es gab eine fünfstündige Behandlung.

Da die drei- und mehrstündigen Behandlungen im Liegen durchgeführt wurden, wurden sie als sog. »*Psychoanalysegruppe*« (n=74) zusammengefaßt; etwa die gleiche Zahl ehemaliger Patienten mit ein- und zweistündigen Behandlungen (n=80) wurde der »*Psychotherapiegruppe*« zugeordnet.

Der Abschluß der Behandlungen lag zum Befragungszeitpunkt durchschnittlich 6,5 Jahre zurück; auch hier bestand kein Unterschied zwischen den einzelnen Behandlungssettings. Immerhin 20 % der Behandlungen wurden im Verlauf modifiziert; meist (40 %) handelte es sich um Einleitung oder Beendigung der Behandlung im niederfrequenten Setting, seltener (jeweils 20 %) um die Verminderung der Frequenz zur Verlängerung der Therapiedauer oder eine Änderung der Frequenz als Reaktion auf eine therapeutische Krise. Patienten, bei denen ein Settingwechsel stattfand, wurden von den Analytikern bei Behandlungsbeginn (Beschwerden, Beziehungen) als schwerer beeinträchtigt eingeschätzt. Die Beendigung der Behandlung erfolgte aus Patientensicht zu 2/3 in gemeinsamem Einverständnis und war zu 73 % längerfristig vorbereitet.

Entsprechend unseren Einschlusskriterien waren die behandelnden *Analytiker* klinisch erfahren mit einer durchschnittlichen Praxiserfahrung von 13 Jahren und 47 abgeschlossenen Behandlungen (ohne Ausbildungsfälle und Lehranalysen) seit Abschluß der Ausbildung. Zum Zeitpunkt der Erhebung war das durchschnittliche Alter 54 Jahre (zwischen 44 und 77 Jahren). Männer (n=35) und Frauen (n=33) waren gleich häufig vertreten.

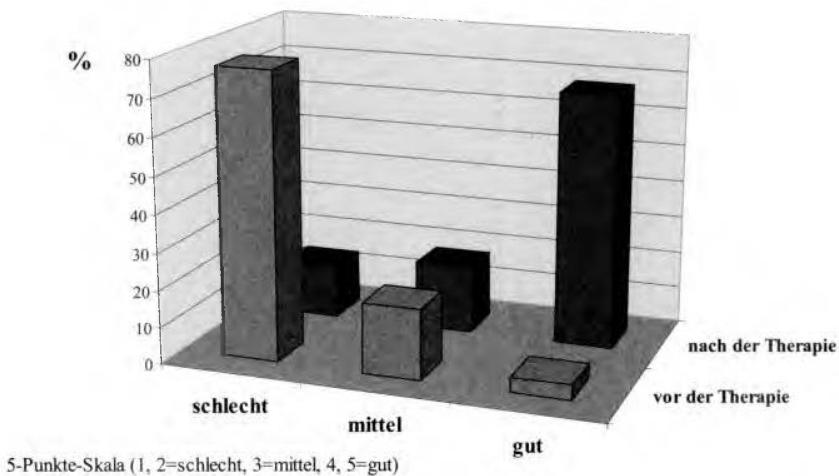
Veränderungen aufgrund der Behandlung aus Patientensicht

Wie Abbildung 3 zeigt, gab die Mehrzahl der Patienten (75 %) rückblickend an, daß sie vor der Therapie in ihrem *Gesamtbefinden* deutlich be-

⁸ BSS (Beeinträchtigungs-Schwere-Score); GAF (Global Assessment of Functioning).

einträchtigt waren; zum Katamnesezeitpunkt hingegen gab die Mehrzahl (65 %) ein gutes Befinden an. Immerhin 2/3 berichteten, ihr Befinden sei vom Ende der Therapie bis zum Katamnesezeitpunkt stabil geblieben. Vergleichbare Zahlenrelationen fanden wir auch für körperliche und psychische Beschwerden, Beeinträchtigungen von Beziehungen, Beruf etc. aus Sicht von ehemaligen Patienten und ihren Analytikern. Zwischen Psychoanalyse- und Psychotherapiepatienten gab es bzgl. der retrospektiv eingeschätzten Belastungen keine konsistenten Unterschiede.

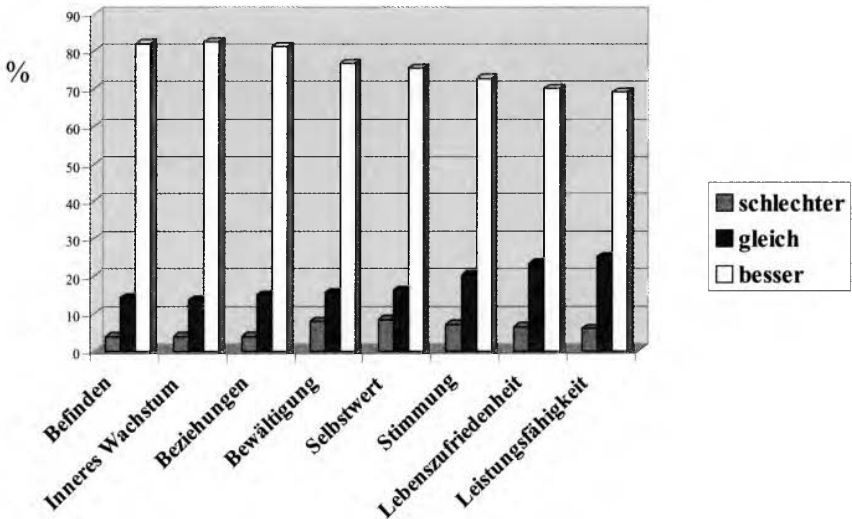
Abb. 3: Befinden vor und nach der Therapie
Teilnehmer der Katamnese studie (n=154)



Etwa 80 % der ehemaligen Patienten berichteten *positive Veränderungen* (Abb. 4) in bezug auf Wohlbefinden, persönliche Entwicklung und Beziehungen zu anderen, 70–80 % hinsichtlich der Bewältigung von Lebensereignissen, Selbstwertgefühl, Stimmung, Lebenszufriedenheit und Leistungsfähigkeit. Der Anteil der Patienten mit einer festen Partnerschaft nahm von Behandlungsbeginn zum Katamnesezeitpunkt von 67 % auf 76 % zu (χ^2 ; $p < .05$).

Zwei Beispiele sollen die Einschätzungen der vorgegebenen Lebens- und Symptombereiche durch idiosynkratische Schilderungen aus den Freitexten veranschaulichen:

Abb. 4: Veränderungen während der Therapie aus der Sicht der Patienten (n=154)



Eine ehemalige Patientin, die nach eigenen Angaben wegen chronischen Rückenschmerzen vor Therapiebeginn 7 Monate krank geschrieben war, schrieb: »Durch meine Psychoanalyse entwickelte ich erstmalig in meinem Leben ein Gefühl für mich, für meine Bedürfnisse und vor allem für meine Belastbarkeit. Das Wort ›NEIN‹ (Hervorhebungen d. ehemaligen Patientin, d. Verf.) bekam einen besonderen Stellenwert in meinem Leben, auch wenn es lange dauerte vom NEIN-Denken zum NEIN-Sagen [...] Mein Alltag hat sich vollkommen verändert, es gibt heute einen Wechsel von Anspannung und Entspannung, was ich nicht kannte. Zu diesem Prozeß der ›Ichwerdung‹ kam vor allem der der ›Frauwerdung‹. Ich bekam einen positiven Zugang zu meinem Geschlecht.«

Es wurde nicht nur das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von Symptomen und Beschwerden als Therapieergebnis bewertet, sondern auch der *Umgang mit Symptomen*: So schrieb eine ehemalige Patientin, die durch die Psychotherapie »ständige Zwangsgedanken« überwinden, Diplomarbeit und Studium abschließen konnte:

»Probleme mit dem Selbstwertgefühl und unbegründete Ängste habe ich noch. Aber ich hasse mich nicht mehr dafür, und sie haben nicht mehr zu so einer tiefen Depression geführt.«

Behandlungszufriedenheit aus Sicht von ehemaligen Patienten und ihren Analytikern

Abbildung 5 vergleicht die *Behandlungszufriedenheit* von Patienten und Analytikern bzgl. der Behandlungsergebnisse. Die Patienten waren

zu 76 % mit der Behandlung zufrieden (9 % waren unzufrieden, 6 % sehr unzufrieden); die Analytiker waren mit 64 % Zufriedenheit deutlich kritischer. Insgesamt war die Übereinstimmung gut; lediglich bei 26 % unterschied sich die Bewertung um mehr als einen Punkt (auf einer 5-Punkte-Skala von »sehr unzufrieden« bis »sehr zufrieden«).

Abb. 5: Behandlungszufriedenheit in der Einschätzung von Patient und Analytiker (n=141)

		Analytiker				
		sehr unzufrieden	unzufrieden	weder noch	zufrieden	sehr zufrieden
Patient	sehr unzufrieden	0 %	1,4 %	2,1 %	1,4 %	0,7 %
	unzufrieden	0 %	2,1 %	2,1 %	4,3 %	0,7 %
	weder noch	1,4 %	1,4 %	1,4 %	5,0 %	0 %
	zufrieden	0,7 %	3,5 %	5,7 %	15,6 %	5,7 %
	sehr zufrieden	2,8 %	2,8 %	7,1 %	15,6 %	16,3 %
		5,0 %	11,3 %	18,4 %	41,8 %	23,4 %
						100 %

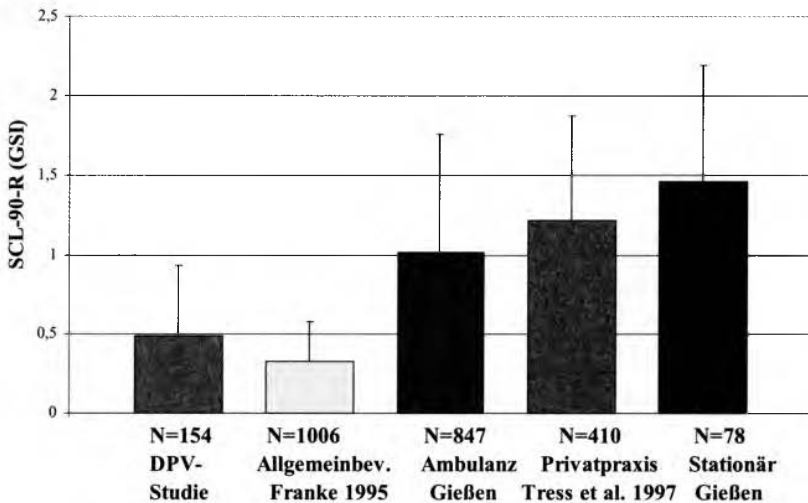
Da ehemalige Psychoanalyse- und Psychotherapiepatienten mit der Behandlung gleichermaßen zufrieden waren, werden diese beiden Gruppen in den gezeigten und den folgenden Abbildungen zusammengefaßt. Wir müssen nochmals darauf hinweisen, daß wir aus dem Ergebnis dieser retrospektiven Studie nicht ableiten können, daß die Intensität der Behandlung (Psychoanalyse oder Psychotherapie) keine Rolle gespielt hat, sondern nur, daß – falls die Indikation zu dem einen oder anderen Verfahren richtig gestellt wurde –, beide erfolgreich waren. Erwähnenswert ist dennoch die Beobachtung, daß aus Sicht der ehemaligen Patienten das Behandlungssetting eine wesentliche Rolle für den Behandlungsprozeß und ihre Zufriedenheit mit der Therapie spielte. Vielfach finden sich Äußerungen wie diese:

»Ich habe die Zeit und Intensität der hochfrequenten Langzeitbehandlung unbedingt gebraucht, um so nachhaltig an mein ›Innerstes‹ rühren zu können und es besser verstehen zu können.« Die hohe Stundenfrequenz wurde als »Basis« erlebt, »der ich vertraute«, »die keine Ausflüchte mehr erlaubte und Halt bot«. Einige ehemalige Patienten betonten auch die lange Zeit, die sie benötigten, um sich auf die Behandlung einzulassen und eine vertrauensvolle Beziehung zum Analytiker aufzubauen.

Gegenwärtige Symptombelastung der Studienteilnehmer

Für die *Symptombelastung* wurde der Gesamtwert der SCL-90R (GSI) zugrunde gelegt. Wie Abbildung 6 zeigt, waren die Studienteilnehmer zum Katamnesezeitpunkt zwar etwas oberhalb der Normstichprobe (Franke 1995); sie lagen im Mittel aber unterhalb des klinischen Bereichs (90 % –Perzentile der Gemeindestichprobe). Sie befanden sich damit weit unterhalb unausgelesener psychosomatischer Ambulanzpatienten, Patienten aus psychoanalytischer Praxis und stationären psychosomatischen Patienten.

Abb. 6: Gegenwärtige Symptombelastung (GSI): Teilnehmer der Katamnese studie (DPV) im Vergleich mit anderen Stichproben



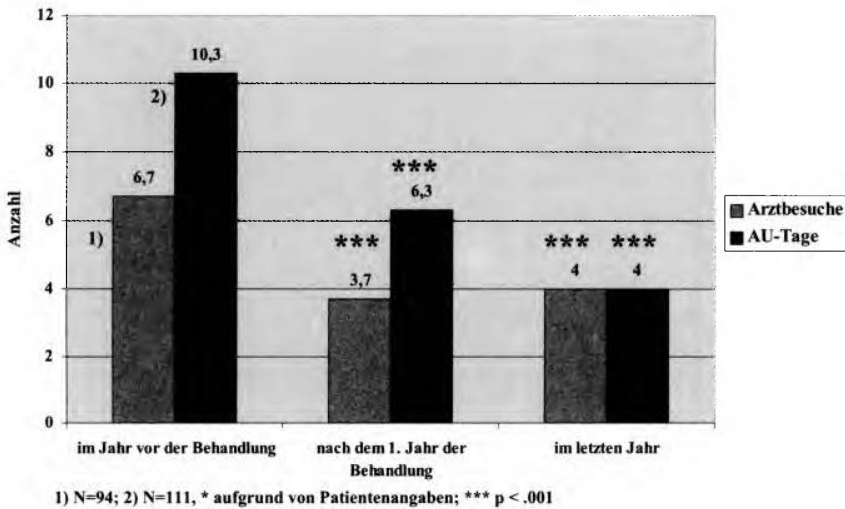
Die *Lebenszufriedenheit* (IRES) war in den verschiedenen, erfragten Bereichen (Gesundheit, familiäre Situation, Sexualität, Freunde, Arbeit, Freizeit etc.) insgesamt hoch, entsprechend einer nach Alter und Geschlecht parallelisierten Normgruppe des Verfahrens (vgl. Beutel u. Rastig, im Druck).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Krankheitskosten

Um zu prüfen, ob sich die retrospektiv ermittelten Symptombesserungen auch in Einsparungen von Krankheitskosten niederschlagen, wurden von den Patienten auch die Zahlen ambulanter Arztkontakte, Medi-

kamenteneinnahme, Krankenhaustage und Krankschreibungen vor, während und nach der psychotherapeutischen Behandlung erfragt. Wie Abbildung 7 zeigt, nahmen nach Angaben der Patienten die Zahl der *ambulanten Arztkontakte* und der *Krankschreibungen* bereits im ersten Jahr der Behandlung im Vergleich zum Jahr vor der Behandlung hoch signifikant ab. Diese Reduktionen galten auch für die *Krankenhaustage* und die *Medikamenteneinnahme*, und sie wurden bis zum Jahr vor der Katamneseerhebung beibehalten.

Abb. 7: Krankschreibungen und Arztbesuche pro Jahr*



Da die Patientenangaben subjektiver Natur sind und über einen langen Zeitraum hinweg retrospektiv erhoben wurden, wurden unabhängig und mit Einverständnis der Patienten auch die Krankenkassen kontaktiert mit der Bitte um Übermittlung der Daten zu Krankenhaustagen und Arbeitsunfähigkeitstagen für den Zeitraum vor der Behandlung, der Behandlung selber und im Katamnesezeitraum. Auf die vielfältigen organisatorischen und methodischen Probleme dieser Erhebung, die sich trotz einer guten Bereitschaft der ehemaligen Patienten und der Krankenkassen zur Unterstützung unseres Vorhabens stellten (u. a. Kassenwechsel, Namensänderung, Zugänglichkeit und Vollständigkeit der Kassendaten – bisher n=31 –, z. B. bei nicht Berufstätigen und Privatversicherten etc.) können wir hier nicht näher eingehen. Unsere Pilotauswertung bei der Teilstichprobe der Interviewpatienten ergab ähnliche Trends bei den Kassendaten wie bei den Patientenangaben. Die Redukti-

on von Krankheitstagen und ambulanter und stationärer medizinischer Inanspruchnahme stützt die retrospektiven Angaben von Patienten und Analytikern zu den Behandlungserfolgen. Auch wenn eine monetäre Bewertung (im Sinne von Kosten-Nutzen-Analysen) derzeit nicht möglich ist, deuten unsere Daten auf deutliche und anhaltende Einsparungen bzgl. der Gesundheitskosten während und nach analytischen Langzeitbehandlungen (vgl. Breyer, Heinzl u. Klein 1997; Dührssen u. Jorswieck 1965; Keller et al. 1997).

4.1.2 Der taxonomische Auswertungsaspekt: Clusteranalyse und Verstehende Typenbildung

Um ein differenzierteres Ergebnisbild zu gewinnen, wird in einem weiteren Auswertungsschritt der eben zusammengefaßten Ergebnisse der Fragebogenstichprobe eine quantitative Clusteranalyse berechnet. Einige der damit verbundenen grundsätzlichen methodischen und wissenschaftstheoretischen Überlegungen zu dieser taxonomischen Auswertungsstrategie führen wir in Anhang 2 aus.

Meyer (1971) grenzte den taxonomischen Forschungsansatz auf die Klassifikation von Merkmalsträgern (z. B. Patienten) ein und grenzt ihn damit von der Klassifikation von Merkmalen von Patienten ab. Die Taxonomie ist allgemeiner als die wissenschaftliche Theorie der Klassifikation definiert. Innerhalb der Taxonomie unterteilt man sie grob in eine klinisch-qualitative Taxonomie und in eine algorithmische, d. h. auf Rechenverfahren basierende Taxonomie (vgl. Stuhr 1996). In beiden Fällen wird die Ähnlichkeit zwischen Patienten bestimmt, um Patienten zu möglichst in sich homogenen Gruppen ordnen zu können, während zwischen den Untergruppen möglichst große Unterschiede bestehen. Die Clusteranalyse, wie der moderne Begriff für diese Homogenklassenbildung lautet, ist ein »heuristisches Verfahren«, das über die systematische Klassifizierung von Objekten eher zur Hypothesengewinnung bzw. -erhärtung dient als zu deren Überprüfung. »Die durch einen festen Satz von Merkmalen beschriebenen Objekte werden nach Maßgabe ihrer Ähnlichkeit in Gruppen (Cluster) eingeteilt, wobei die Cluster intern möglichst homogen und extern möglichst gut voneinander separiert sein sollten« (Bortz 1985, 684). Innerhalb der algorithmischen Verfahren finden sich viele frei wählbare Parameter (z. B. Ähnlichkeits- bzw. Distanzmaße) zur Bestimmung der Relation zwischen den Merkmalsträgern, die dann die Basis für weitere algorithmisch gesteuerte Prozeduren bilden.

Die erste Stichprobe, die einer taxonomischen Analyse unterzogen wird, ist hier die Fragebogenstichprobe ($n=154$, vgl. 4.1). Die gewonnenen Ergebnisse können dann später mit der Interviewstichprobe in einer Replikation überprüft werden.

In einem ersten Schritt müssen die Merkmale bzw. Subskalen aus den verwendeten Fragebögen (SCL 90-R, SOC, IRES) für die Clusteranalyse ausgewählt werden. Für diese Auswahl der Merkmale verwenden wir eine Faktorenanalyse, um zum einen zu ermitteln, welche Struktur sich innerhalb der Fragenbogensubskalen in dieser Stichprobe befindet, und zum anderen, welche hochladenden Skalen vorhanden sind, die voneinander unabhängigen Dimensionen repräsentieren, die dann in der Clusteranalyse weitere Verwendung finden. Diese Faktorenanalyse (s. Anhang 2, Tabelle 1) wurde nach dem Modell der Hauptkomponenten mit Varimax-Rotation durchgeführt, um eine möglichst einfache Faktorenanordnung zu erhalten.

Wie aus der Tabelle 1 in Anhang 2 ersichtlich, wurde eine Vier-Faktorenstruktur gefunden, die 67.2 % der Varianz der verwendeten Fragebogenskalen aufklärt, wenn als Abbruchkriterium der Eigenwert < 1 gilt.

Danach erhalten wir einen Generalfaktor mit 46.2 % aufgeklärter Varianz. Auf diesem Generalfaktor (s. Anhang 2) sind die zwei höchstladenden Skalen: der Gesamtwert des SCL-90 (GSI) und als zweithöchster Wert die Subskala 5 »Ängstlichkeit« des SCL-90. Heuristisch wollen wir diesen Faktor: »Allgemeine psychologisch-symptomatische Belastung« nennen. Der zweite Faktor ist deutlich geringer mit 11 % aufgeklärter Varianz ausgestattet. Auf ihm lagen als Markierskalen die Sub-Skala »Handhabbarkeit« vom SOC-Fragebogen mit .722 und als nächst höchste Skala die Zufriedenheit mit Gesundheit vom Lebenszufriedenheitsfragebogen mit .465. Dieser Faktor könnte als »Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz und Gesundheit« definiert werden.

Der dritte Faktor fällt mehr ab, da er nur noch 5.1 % der Varianz aufklärt. Auf ihm liegt als höchste Subskala die Zufriedenheit mit der Sexualität (.742) vom IRES-Fragebogen und auf dem 4. extrahierten Faktor mit 5.0 % aufgeklärter Varianz die Zufriedenheit mit der finanziellen Situation mit einer Ladung von .808. Den dritten Faktor könnte man »Zufriedenheit mit Sexualität« und den vierten Faktor als »Zufriedenheit mit der finanziellen Situation« vorläufig nennen.

Entscheidend für unser eigentliches Vorhaben ist aber, daß diese vier Markierskalen der vier Faktoren zur weiteren Verwendung für die Clu-

steranalyse dienen, denn es ist wichtig, keine redundanten, da hoch korrelierten Skalen in der Clusteranalyse zu verwenden bzw. wenn, dann jene, die der Stärke der Faktoren entsprechen. Deshalb werden vom Generalfaktor zwei Skalen verwendet und auch vom zweitstärksten Faktor noch zwei Skalen und von den beiden schwächsten Faktoren 3 und 4 nur je eine Subskala, die in der Tabelle 1 in Anhang 2 aufgeführt sind.

Eine Clusteranalyse enthält aufgrund ihres heuristischen Charakters viele Freiheitsgrade in den Parametern, die vorab bestimmt werden müssen und die die Lösung determinieren können. Wir verwenden in dieser Analyse als Algorithmus das Ward-Verfahren, das weltweit gebräuchlichste Verfahren: Es ist ein Verfahren der hierarchischen Clusteranalyse (vgl. Stuhr 1996). Als Distanzmaß verwenden wir das quadrierte euklidische Distanzmaß, das weltweit üblich ist.

Als Orientierungshilfe für die Bestimmung der Lösung dient die Überlegung, daß es theoretisch zwei Extremlösungen gibt: und zwar, daß die 154 Patienten der Fragebogenstichprobe jeweils ein Cluster für sich allein bilden, daß es also insgesamt 154 Cluster gibt, während das andere Extrem bedeutet, daß alle Patienten sich im Erfolg gleichen und zusammen ein großes allgemeines Cluster bilden. Aber meistens muß man eine Clusterlösung bestimmen, die zwischen diesen beiden Extremen liegt. Zur Bestimmung der unteren Grenze der Anzahl der Cluster dient die Fehlerwertsummenkurve, die sich durch die Erhöhung der Fehler bei der Fusionierung der Patienten bzw. Teilgruppen von Patienten zu Clustern ergibt. Eine deutliche Erhöhung dieser Kurve zeigt an, ob beim letzten Fusionierungsschritt zweier Cluster die Fehlerwertsummenkurve sich bedeutsam erhöht (s. Anhang 2, Tabelle 2), während nach oben hin die Faktorenanalyse uns als Grenze dienen soll. Denn bei einer Zahl von vier Faktoren ist damit zu rechnen, daß theoretisch pro Faktor zwei Extremgruppen vorhanden sind, die High- und die Low-Scorer, so daß wir insgesamt 8 potentielle Subgruppen in der Stichprobe sinnvoll vermuten können, die eine obere Grenze an Clustern darstellen.

Aber die endgültige Entscheidung für eine sinnvolle Clusterlösung muß aus inhaltlich-klinischen Gesichtspunkten heraus erfolgen und danach, ob eine derartige Lösung eine klinisch zweckmäßige Ordnung in die Daten bringt, z. B. mit anderen Variablen sinnvolle Aussagen ermöglicht.

Die untere Grenze bei der Fusionierung der Patienten zu Clustern war der Fusionierungsschritt zwischen dem dritten und dem zweiten Cluster (s. Tabelle 2 in Anhang 2). Hier erhöht sich deutlich die Fehlerwertsummenkurve (auf 274.33 Punkte), so daß wir eine Lösung zwischen der 8-Cluster- und der 3-Clusterlösungen suchen müssen. Wir entschieden uns

konkret für die 7-Clusterlösung, da hier klinisch sinnvolle Cluster auffindbar waren, die auch jeweils sinnvolle Zahlen von Patienten in den Clustern aufweisen. Der Fusionsschritt von der 8- zur 7-Cluster-Lösung war sinnvoll, weil zwei relativ kleine Cluster dort fusioniert werden konnten, ohne die Fehlerwert-Kurve zu stark zu erhöhen, d. h. die 8-Cluster-Lösung war noch zu differenziert. Demgegenüber war die Clusterlösung von der 7- zur 6-Cluster-Lösung zu wenig differenziert, indem dort ein zu globales Cluster mit 69 Patienten entstand.

Diese ausgewählte heuristische 7-Cluster-Lösung weist statistisch auch signifikant unterscheidbare Untergruppen in allen sechs verwendeten Subskalen (s. Tabelle 3 in Anhang 2) auf. Die meisten signifikanten Unterschiede, also die größte Trennschärfe, ergibt sich für die Cluster Nr. 5 (s. Tabelle 4 in Anhang 2).

Die einzelnen Cluster können anhand der Mittelwerte der verwendeten Skalen pro Cluster charakterisiert werden. Wir finden 7 Erfolgsuntergruppen, die sich durch die Fragebogenmittelwerte pro Cluster unterscheiden: Cluster 1, 2, 4, 5 sind Erfolgscluster im eigentlichen Sinne, d. h. alle diese Patienten sind therapeutisch erfolgreich, indem sie psychologisch-symptomatisch sehr geringe bzw., gemessen an der Normpopulation, kaum noch größere Werte aufwiesen. Dagegen zeigen die Cluster 3, 6 und 7 relativ deutlich noch psychisch-symptomatische Belastungen. Diese Patienten sind *relativ* also weniger erfolgreich in dieser Stichprobe.

Im einzelnen entschlossen wir uns vorläufig zu folgender Charakterisierung der einzelnen Cluster:

- Cl. 1: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber mit dem »gemeinen« Leiden an der Sexualität (n=29 Pat.);
- Cl. 2: Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit (n=26 Pat.);
- Cl. 3: Die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind (n=15 Pat.);
- Cl. 4: Die therapeutisch Erfolgreichen mit Fokus auf finanzielle Zufriedenheit (n=41 Pat.);
- Cl. 5: Die auf der ganzen Linie therapeutisch Erfolgreichen (n=28 Pat.);
- Cl. 6: Die noch Belasteten und Unzufriedenen (n=11 Pat.);
- Cl. 7: Die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten (n=4 Pat.).

Um neben der Clusteranalyse aufgrund von Fragebögen auch ein direktes klinisches Maß zur internen Validierung zu erhalten, haben wir die

Clusterlösung entsprechend der Mittelwerte der Cluster im vom Patienten direkt geäußerten Wohlbefinden zum Katamnesezeitpunkt in Relation zu der Clusterung dargestellt (s. Abb. 8). Man sieht in Abbildung 8, daß wir eine, klinisch betrachtet, grobe Zweiteilung der 7 Cluster dann erhalten, die sich aber durch die Fragebogendaten intern differenzieren läßt und wobei Prozentangaben hiervon möglich sind, wie wir das von der Psychotherapieforschung (s. Anhang 2) gefordert haben: die Cluster 1, 2, 4 und 5 weisen zusammen 80.5 % relativ erfolgreich bis sehr erfolgreich behandelter Patienten auf, während 19.5 % zu den drei *relativ* wenig erfolgreichen Patienten-Clustern gehören (s. Abb. 8). Interessant ist dabei, daß das »Befinden« zu Beginn der Therapie sich nur zufällig auf die Cluster verteilt (s. Tabelle 5 in Anhang 2) und zwischen dem Befinden vor der Therapie und dem Wohlbefinden nach der Therapie (Katamnese-Zeitpunkt) ein nur schwacher korrelativer Zusammenhang besteht (-.196), d. h. tendenziell hängen hohe Ausgangswerte eher mit niedrigem Wohlbefinden zusammen und umgekehrt.

Wenn wir mit vorläufiger Schlüssigkeit eine Verbindung zur Art der durchgeführten Psychotherapie ziehen, fällt auf, daß zwar über alle 7 Cluster hinweg betrachtet kein statistisch signifikantes Ergebnis für eines der Verfahren zu sprechen scheint. Aber wenn das Cluster mit den deutlich besten Ergebniskonstellationen, nämlich das Cluster Nr. 5, gegen die Gesamtheit aller anderen Cluster geprüft wird (s. Abb. 9), dann ergibt sich ein statistisch bedeutsames Ergebnis, das darauf hinweist, daß hier überzufällig mehr Psychoanalysen zu finden sind, die gesichert drei und mehr Stunden pro Woche dauerten und im Liegen durchgeführt wurden.

Bei der Replikation der Clusteranalyse anhand der zweiten Interviewstichprobe können wir dann noch besser versuchen, aus den Interviews direkt gewonnenes Material der Patienten zur Erhellung der Clusteranalyse heranzuziehen und klinisch zu validieren, so daß es zu einer engen Kombination bzw. Verzahnung von qualitativen und quantitativen Daten kommen wird.

Der taxonomische Ansatz soll in einer anderen Hinsicht darüber hinaus eingesetzt werden, denn diese Forschungsstrategie bietet in ihrer qualitativen Ausgestaltung auch die Möglichkeit eines verstehenden Zugangs zum katamnestischen Material (vgl. Stuhr 1996). Die Fragestellung für die posttherapeutische Zeit, die auf einem spezifisch qualitativen Forschungsansatz basiert, der in einer Vorstudie an Kurztherapien entwickelt und erprobt wurde (Wachholz und Stuhr 1999), lautet: Inwieweit konnten Patienten im Rahmen ihrer Behandlung die Beziehung bzw. die

Abb. 8: Interne klinische Validierung der Clusterstruktur durch das Patienten-Urteil
»Wohlbefinden«

Selbst-Einschätzung: »Wohl-Befinden« nach der Therapie

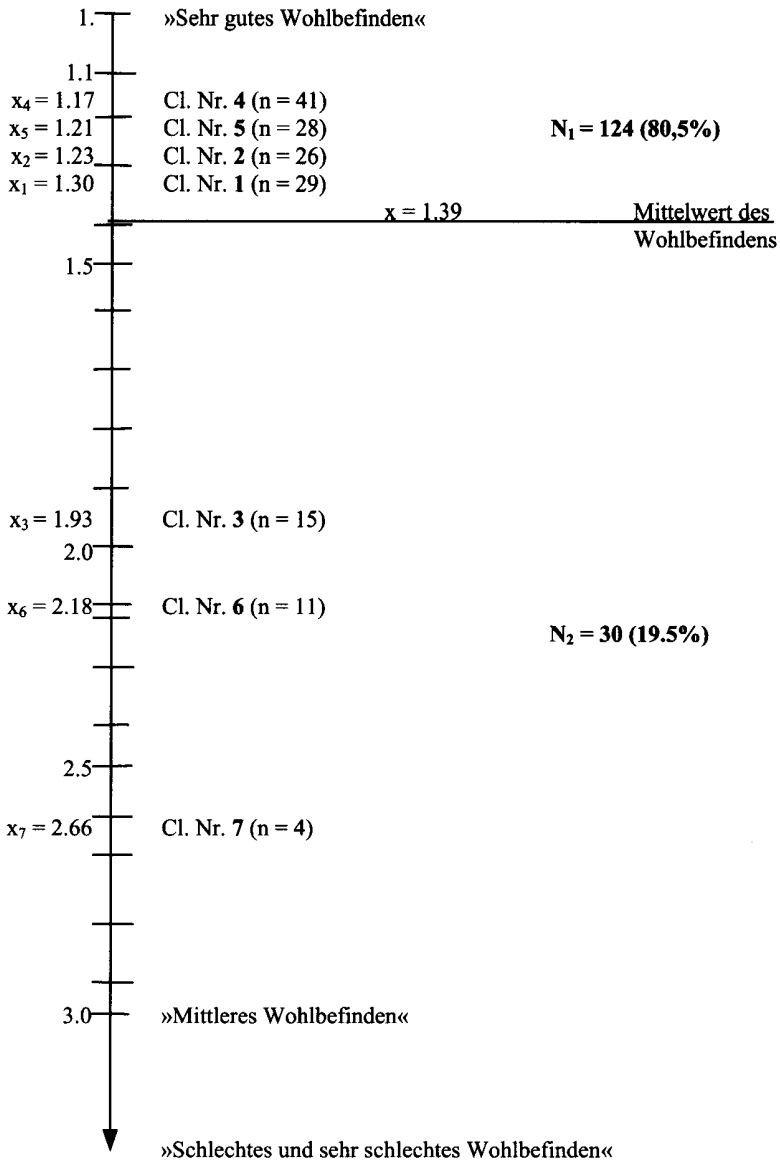


Abb. 9: Zusammenhang der Cluster mit der Art der durchgeführten Behandlungen (Fragebogenstichprobe N=154)

Cluster	PA	Pth.	PA(L.)	Summe
1	16 (55.2)/21.6	13 (44.8)/21.3	0	29 18.8
2	13 (50)/17.6	9 (34.6)/14.8	4 (15.4)/21.1	26 16.9
3	6 (40)/8.1	7 (46.7)/11.5	2 (13.3)/10.5	15 9.7
4	21 (51.2)/28.4	16 (39)/26.6	4 (9.8)/21.1	41 26.6
5	12 (42.8)/16.2	8 (28.6)/13.1	8 (28.6)/42.1	28 18.2
6	4 (36.4)/5.4	6 (54.5)/9.8	1 (9.1)/5.3	11 7.1
7	2 (50)/2.7	2 (50)/3.3	0	4 2.6
Summe	74 48.14%	61 39.6 %	19 12.3 %	N=154 100 %

5	12 (42.8)/16.2	8 (28.6)/13.1	8 (28.6)/42.1	28 18.2
Summe von 1,2,3,4,6,7	62 (49.2)/83.8	53 (42.1)/86.9	11 (8.7)/57.9	126 81.8

P* ≤ 5 %

Legende:

PA: Psychoanalyse 3-stündig

Pth: Psychotherapie 1- oder 2-stündig

PA (L) Psychoanalyse mit 3 und mehr Std. im Liegen

Cluster 1-7 s. Text

* Signifikanz-Überprüfung für das Cluster 5 gegen den Rest:

Kontingenz-Koeffizient C = .23 (p = .014)

pro Tabellen-Zelle: absolute Zahl und Prozentzahl für Zeilen- und Spalten-Summen; die erste Prozentzahl (in der Klammer) bezieht sich auf die Zeilen-Summe, die zweite auf die Spalten-Summe.

Person des Therapeuten/Therapeutin internalisieren und für ihre weitere Lebensgestaltung nutzen. In diesem auf Max Weber (1904, Ideal-Typenbildung) zurückgehenden Forschungsansatz werden sogenannte Idealtypen als Kristallisationspunkte genutzt, um die herum weitere

Einzelfälle zu Untergruppen gruppiert werden und dadurch auch Cluster entstehen.

Dieses Verfahren nennt man auch nach Uta Gerhard (1986) »Verstehende Typenbildung« oder »Qualitative Clusteranalyse«. Aufgrund der aufwendigen Verschriftung der Katamneseinterviews, die die Basis für die Auswertung bildet, liegen noch nicht alle Auswertungen vor (vgl. dazu auch Stuhr 1997b, 174).

4.2 Ergebnisse der Interviewstichprobe

4.2.1 Ergebnisse der Fragebogen der Interviewten

Die Ergebnisse der Fragebögen aus der Stichprobe der interviewten Patienten liegen noch nicht vollständig vor. Die ersten Ergebnisse entsprechen jenen der hier vorgestellten Daten der Fragebogenstichprobe (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel, im Druck).

4.2.2 Klinische Typenbildung: ein Bottom-Up-Verfahren zur systematischen Überprüfung der psychoanalytischen Evaluationen

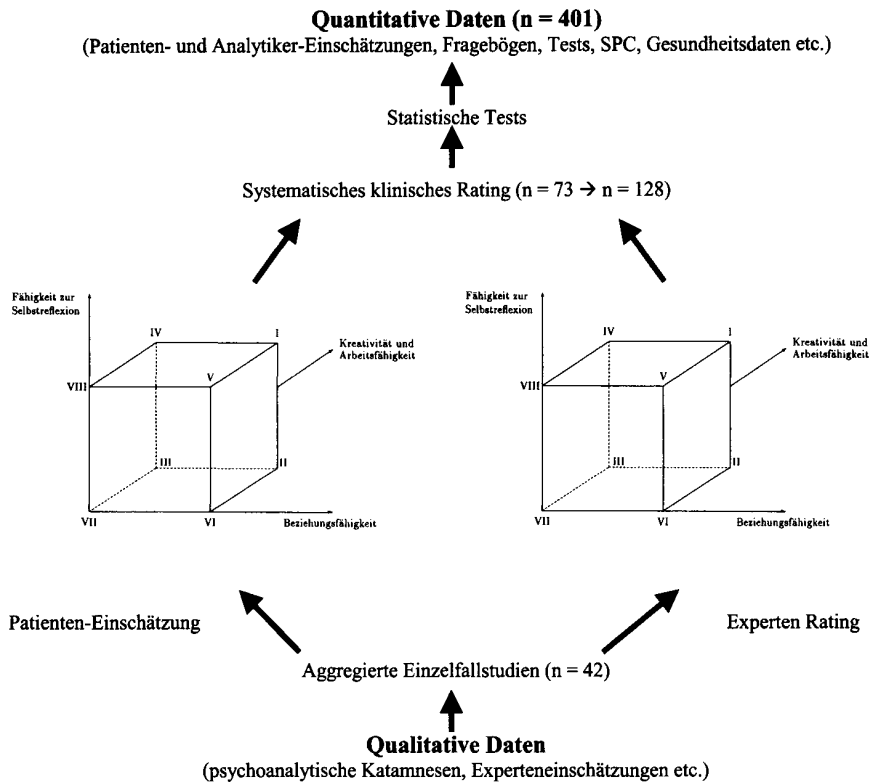
In den meisten Kombinationen von qualitativen und quantitativen Verfahren in Psychotherapiestudien beschränken sich die Forscher darauf, die quantitativen Ergebnisse anschließend mit exemplarischen Einzelfällen zu illustrieren (z. B. einzelne Cluster mit entsprechendem Fallmaterial zu erläutern – vgl. Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel 2000). Aufgrund der einleitend skizzierten methodischen Überlegungen unserer Studie haben wir in dieser Auswertungsstrategie versucht, »den Spieß umzudrehen«, indem wir von den für uns klinisch zentralen *psychoanalytisch-qualitativen Beobachtungen* ausgingen und anschließend (in einem Bottom-Up-Verfahren) versuchten, diese Ergebnisse mit den quantitativen Daten der repräsentativen Stichprobe in Beziehung zu setzen. Diese Auswertungsstrategie besteht aus sieben Schritten, die in der folgenden Abbildung graphisch dargestellt sind.

a) Schritte des Bottom-Up-Verfahrens

(1) Zusammenfassung der klinisch-psychoanalytischen Beobachtungen in aggregierten Einzelfallstudien

Einige der lokalen Forschungsgruppen haben sich nach Abschluß der Katamnesen nochmals zu intensiven Sitzungen getroffen, um aufgrund der Zusammenfassungen der Katamnesen und aller dabei gewonnenen

Abb. 10: Schematische Darstellung der klinischen Typenbildung



Daten nach Gemeinsamkeiten und Differenzen in den Katamnesen zu suchen. Dieses Verfahren entspricht der klinischen Forschung der Psychoanalyse, in der – im Sinne *aggregierter Einzelfallstudien* – Charakteristika in der Psychodynamik mancher Patientengruppen, ihrer Indikation, von behandlungstechnischen Fragen etc. gesucht wird (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber 1995; Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel 2000).

(2) Erster Generalisierungsschritt: Definition von acht Prototypen von Katamnesen

Aufgrund dieser intensiven »katamnestischen Erfahrungen« anhand von 42 Katamnesen wurden schließlich drei Grunddimensionen definiert, die sich theoretisch anzubieten schienen, um charakteristische Unterschiede in den Katamnesen bzw. den Schilderungen der therapeutischen Ergebnisse zu erfassen. Danach wird der therapeutische Erfolg

einer psychoanalytischen Langzeitbehandlung als Veränderung in folgenden drei Dimensionen beschrieben:

A. Von eingeschränkter Kreativität und Arbeitsfähigkeit zu Entfaltung von Kreativität und Arbeitsfähigkeit

B. Von eingeschränkter zu hoher Selbstreflexion

C. Von einer eingeschränkten zu einer hohen Fähigkeit, in befriedigenden (Objekt-)Beziehungen zu leben⁹

Die logische Kombination dieser drei Dimensionen führte zu acht Prototypen von Katamnesen (die durch die Ecken des Würfels graphisch dargestellt sind, vgl. Abbildung 11).

(3) Erste klinische Überprüfung der acht Prototypen und systematische Beschreibung durch einen Expertenrater

Es ließen sich in den 73 erwähnten Einzelfällen die acht Prototypen finden, wie wir gleich kurz illustrieren werden.

(4) Zweite klinische Überprüfung der acht Prototypen durch die Mitglieder der Frankfurter Forschungsgruppe I und einen außenstehenden Rater¹⁰

In einem zweiten Schritt versuchten die Mitglieder der Frankfurter Forschungsgruppe I die von ihnen selbst durchgeführten Katamnesen in den drei Dimensionen A, B und C zu lokalisieren. Ein Ratermanual wurde entwickelt, das ihnen dabei zur Verfügung stand. Ein vom Forschungsprojekt unabhängiger Rater (eine Sozial- und Literaturwissenschaftlerin) schätzte die acht Prototypen ebenfalls ein. Zudem wurden weitere klinische Auffälligkeiten der einzelnen Katamnesetypen gesammelt und ein differenzierter Einschätzungskatalog entwickelt, der alle wichtigen psychoanalytischen Beobachtungen enthielt. In verschiedenen Pretests wurde dieser Einschätzungskatalog mehrmals überarbeitet.

(5) Dritte Überprüfung aller 73 Katamnesen durch einen Expertenrater und einen »projektunabhängigen« Rater

In einem nächsten Schritt schätzten die beiden Rater unabhängig voneinander alle 73 Katamnesen bezüglich der drei Dimensionen A, B und C (mit Hilfe des Ratermanuals) sowie die weiteren Items des Einschätzungskatalogs ein.

(6) Vierte Überprüfung durch Einschätzung der gesamten Interview-

⁹ Dem Leser wird die Analogie von A und C zu zwei Merkmalen der Freudschen Triade eines positiven Ergebnisses von Psychoanalysen auffallen: der Fähigkeit zu lieben, zu arbeiten und das Leben zu genießen.

¹⁰ Um die Einschätzungen vornehmen zu können, mußte der Rater über psychoanalytische Kenntnisse verfügen. Allerdings war es uns wichtig, daß er kein Mitglied der Projektgruppe »Katamnesestudie« oder der DPV ist (»projektunabhängiger Rater«).

stichprobe (n=128)

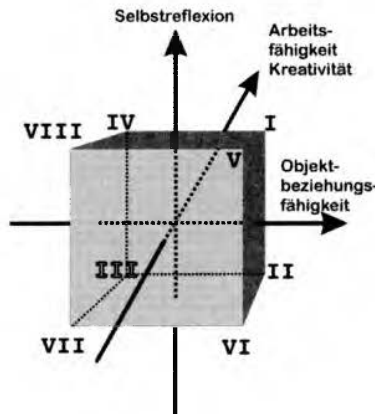
In einem letzten Schritt wurden die weiteren, dem Expertenrater bisher unbekannten Katamnesen mit dem gleichen Verfahren eingeschätzt.

(7) Statistischer Vergleich der Ergebnisse dieses klinischen (ursprünglich qualitativen) Ratings der Katamnesen mit den Ergebnissen des (quantitativen) Ratings der Patienten, ihrer Analytiker, der Mitglieder der Forschungsgruppen, unabhängiger Einschätzer und weiterer »objektiver« Daten (z. B. zur Kostenanalyse)

Mit diesem Vergleich können die psychoanalytisch gewonnenen Erkenntnisse zum Erfolg von Psychoanalysen und Psychotherapien mit allen Resultaten unserer quantitativen Verfahren statistisch verglichen werden.

b) Klinische Illustration der 8 Prototypen von Katamnesen

Abb. 11¹¹



Wie die folgende kurze Skizzierung der acht Prototypen illustrieren soll, ermöglichte uns die Beschreibung dieser »logisch« definierten Katamnese-typen, Merkmale in den unterschiedlichen katamnестischen Erfolgsbeurteilungen schärfer wahrzunehmen, obschon sie in der Stichprobe unterschiedlich häufig vertreten sind. Zudem kann aufgrund von Einschätzungen des ursprünglichen psychischen und psychosozialen Zustandes der ehemaligen Patienten und Bezug nehmend auf diese Typen der Weg ihrer therapeutischen Entwicklung graphisch dargestellt werden, da bekanntlich nicht alle Patienten beim gleichen psychischen Stand ihre Therapie be-

¹¹ Wir danken unserem Kollegen, Dipl. Psych. Bernd Böttger, für die graphischen Darstellungen (Abb. 11–15).

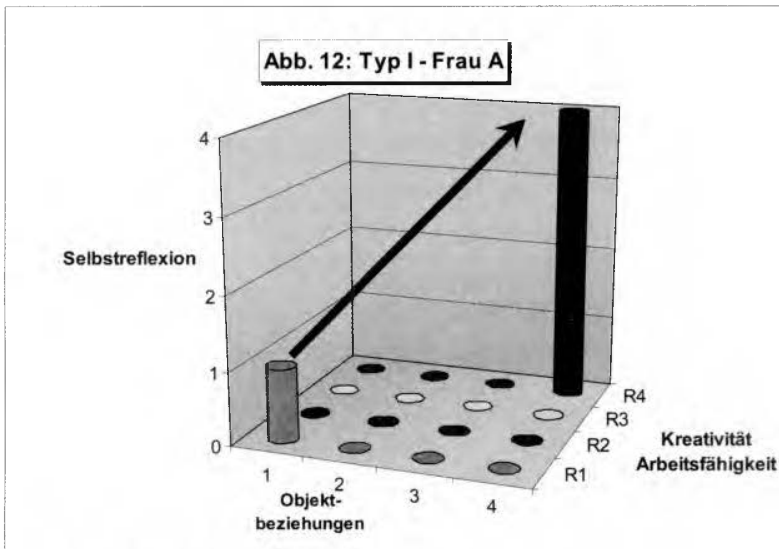
ginnen und auch nicht das gleiche Ziel erreichen, übrigens eine weitere zentrale Problematik bei der Erfolgsbeurteilung von Psychotherapien.

Typ I: »...gut gelungen ... Die Erfolgreichen«

Beschreibung: Kreativität und Arbeitsfähigkeit sind nicht mehr durch neurotische oder psychopathologische Symptome oder Konflikte eingeschränkt, gute Selbstreflexion und Fähigkeit, in befriedigenden Objektbeziehungen zu leben.

Klinischer Prototyp I: Die Künstlerin

Frau A. bezeichnet sich im Interview selbst als »früh gestört«. Sie hatte, als Ersatzkind für ein Mädchen mit dem gleichen Namen wie sie, schwere frühe Traumatisierungen erlitten. Kurz nach der Geburt war sie für mehr als ein Jahr weggegeben worden. Ein totaler psychischer Zusammenbruch nach einer unbewußten Reaktivierung dieses frühen Trennungstraumas hatte zu Depersonalisationserlebnissen geführt, die sie zu der Behandlung motivierten. Diese sowie weitere Symptome, wie ihre schweren Depressionen, promiskuitives Verhalten und ihre Unfähigkeit zu arbeiten, waren dank der Behandlung verschwunden, nach ihren Aussagen der Grund, warum sie nun in einer für sie befriedigenden und »tiefen Beziehung zu einem Mann« leben kann. Sie schildert, daß für sie am wichtigsten war, einen kreativen Umgang mit ihren Traumatisierungen und den damit verbundenen Trennungsängsten finden zu können, was sich auch auf ihre kreative Entfaltung als Künstlerin auswirkte.



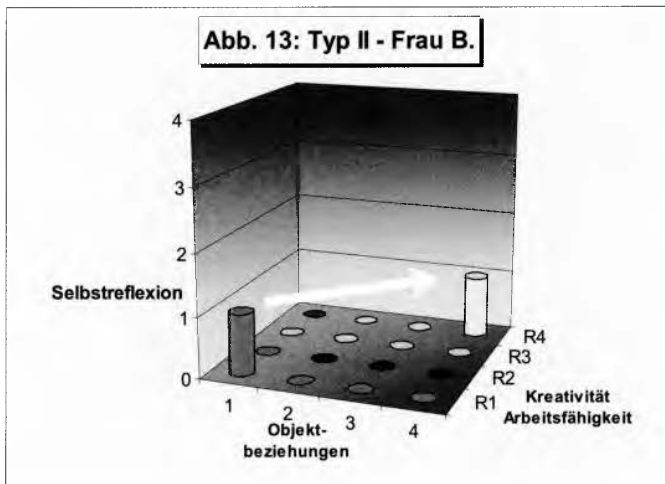
R1 ... R4 = von »schwach« bis »stark ausgeprägt«

Typ II: »... erfolgreich, aber warum? ... Die unreflektiert Erfolgreichen«

Beschreibung: Der ehemalige Patient ist kreativ und arbeitsfähig. Er wird nicht mehr durch Symptome eingeschränkt und lebt in befriedigenden Objektbeziehungen. Er ist zufrieden mit den Ergebnissen der Therapie, kann aber kaum ausführen, aufgrund welcher therapeutischer Erfahrungen die Veränderungen zustande kamen.

Klinischer Prototyp II: »Dr. X. hat mein Leben gerettet ... seit 10 Jahren habe ich keine Symptome mehr ...« (vgl. d. Frau B.).

Frau B. ist mit der Behandlung sehr zufrieden. Sie konnte ihren psychotischen Zusammenbruch während der Spätadoleszenz überwinden und ist »seit 10 Jahren symptomfrei«. Obwohl sie auf ihre Leistung sehr stolz ist, scheint sie in den Katamneseinterviews kaum detaillierte Einsichten über die psychodynamischen Hintergründe ihrer damaligen Symptomatik oder deren Bearbeitung in der Therapie schildern zu können. Ihre bewusste Selbstreflexion scheint eingeschränkt, trotz des auffallend positiven Therapieergebnisses (vgl. unten).



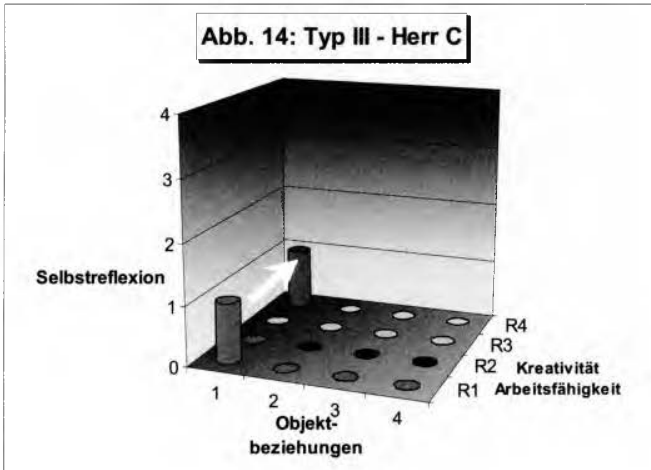
Typ III: »... erfolgreich bezüglich Kreativität und Arbeitsfähigkeit, aber mit sichtbaren Grenzen ...«

Beschreibung: Kreativität und Arbeitsfähigkeit scheinen nicht mehr beeinträchtigt, doch ist die Selbstreflexion kaum ausgebildet. Der ehemalige Patient ist nicht fähig, in befriedigenden Objektbeziehungen zu leben.

Klinischer Prototyp III: »... der Manager ...«

Herr C. suchte nach einer schweren Berufskrise therapeutische Hilfe (schwerste Konflikte mit seinem Chef, kaum mehr arbeitsfähig, suizidal). Diese Symptome sind verschwunden. Er fühlt sich wieder arbeits- und leistungsfähig. Allerdings fällt der Interviewerin auf, daß

er kaum reflektiert, welche therapeutischen Interventionen bzw. dadurch ermöglichte Einsichten zur Symptomverbesserung beigetragen haben (z. B. sagt er in für die Interviewerin befremdender Weise, daß es gut für ihn war, daß sich seine depressive Mutter suizidiert habe). Zudem scheint sowohl im Interview als auch in den »realen« Beziehungen die Fähigkeit, einen tieferen emotionalen Kontakt aufzunehmen, immer noch stark eingeschränkt zu sein (er ist zwar verheiratet, unterhält aber gleichzeitig mehrere kurzfristige und finanziell ausnützende Beziehungen zu jungen Frauen).



Typ IV: »... beruflich erfolgreich und kreativ, aber immer noch allein ...«

Beschreibung: Der ehemalige Patient ist kreativ und arbeitsfähig, leidet aber immer noch unter seiner Unfähigkeit, konstante zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Er reflektiert die Hintergründe dieser Schwierigkeiten, kann diese aber, z. B. aufgrund schwerster frühinfantiler Traumatisierungen, in der Realität nicht überwinden.

Klinischer Prototyp IV: »... der Komponist ...«

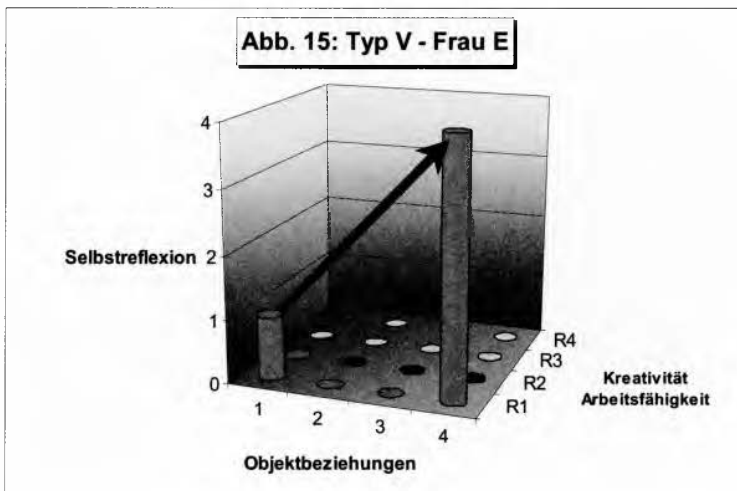
Herr D., ein Komponist moderner Musik, verdankt (nach seiner Einschätzung) der Psychoanalyse seinen beruflichen Erfolg und das Verschwinden von psychosomatischen und neurotischen Beschwerden. Allerdings wird in den Interviews deutlich, daß er weiterhin unter seiner Beziehungsunfähigkeit besonders zu Frauen leidet, was er traumatischen frühen Beziehungserfahrungen zuschreibt.

Typ V: »... die Tragischen, die sich aber in ihr Schicksal fügen können ...«

Beschreibung: Die Kreativität und Arbeitsfähigkeit sind immer noch durch Beschwerden und Symptome stark eingeschränkt oder durch erneute tragische Lebensereignisse beeinträchtigt. Doch helfen, wie der ehemalige Patient dies ausdrückt, Erkenntnisse aus der Therapie, sich mit diesem Schicksal auszusöhnen. Die Beziehungsfähigkeit ist gut ausgebildet.

Klinischer Prototyp V: »... Ich leide zwar immer noch an den gleichen Beschwerden, die mich in die Therapie brachten, aber dennoch kann ich mein Leben nun ganz anders leben ...«

Frau E. ist organisch behindert und hoffte, ihr organisch bedingtes Symptom sowie ihre schweren Alpträume und flashbacks durch die Therapie zu verlieren, eine Hoffnung, die sich nicht erfüllte. Sie sagt im Interview, daß sich durch die Therapie ihr ganzes Leben verändert habe. Sie wisse nun, daß sie nicht »verrückt« sei, weil sie solche Symptome habe, sondern diese ihre »Erinnerungsmerkmale an ihre ganz eigene Kriegsgeschichte« darstellten und daher zu ihr und ihrem Leben gehörten.



Typ VI: »erfolglos und wenig reflektionsfähig, aber sozial gut integriert«
 Beschreibung: Symptome und Beschwerden verhindern immer noch die Entfaltung der Kreativität und Arbeitsfähigkeit. Die Selbstreflexion ist eingeschränkt. Der ehemalige Patient lebt in für ihn soweit befriedigenden Beziehungen.

Klinischer Prototyp VI: »... die Operettensängerin aus dem Osten ...«

Frau F., Sängerin, flüchtete aus einem sozialistischen Land. Sie ist ihrer Therapie dankbar, da sie ihr half, mit dem plötzlichen Verlust ihres Ehemanns zurechtzukommen (er verließ sie wegen einer jüngeren Schauspielerin). Sie lebt nun wieder in einer Beziehung, die für sie befriedigender ist. Allerdings fällt im Interview auf, daß sie kaum eine Einsicht aus der Therapie formuliert (sie stützt sich hauptsächlich auf Magie und Astrologie). Sie scheint auch ihre Abhängigkeitsproblematik (aufgrund einer autoritär rigiden Erziehung) kaum bearbeitet zu haben.

Typ VII: »... die Therapie hat nichts gebracht ... Die Erfolglosen«
 Beschreibung: Ehemaliger Patient leidet immer noch unter schwersten

Symptomen oder Beschwerden. Er ist unfähig, sich kreativ zu entfalten und zu arbeiten oder in befriedigenden Objektbeziehungen zu leben.

Klinischer Prototyp VII: »... die Frau in Katastrophen ...«

Frau G. befindet sich in einem desolaten psychischen Zustand. Sie ist soeben arbeitslos geworden und lebt getrennt von einem gewalttätigen Lebenspartner. Sie ist voll Haß auf die Psychoanalyse, die ihr nicht geholfen habe. Diese Katamnese beschäftigt die Forschungsgruppe sehr; zwei Hypothesen werden diskutiert: Wurde die negative Übertragung nicht bearbeitet und führte nach Abschluß der Behandlung zu einem sekundären Entwerten der Therapieergebnisse? Oder hat sich in der posttherapeutischen Phase bei Frau G. eine psychotische Erkrankung entwickelt? (Frau G ist während der Interviews paranoid, vgl. unten.)

Typ VIII: »... die schwer Traumatisierten ...«

Beschreibung: Der ehemalige Patient ist immer noch schwer durch Symptome und Beschwerden beeinträchtigt und unfähig, in befriedigenden Beziehungen zu leben, verfügt aber über eine gewisse Fähigkeit zur Selbstreflexion

Klinischer Prototyp VIII: »Der sexuelle Mißbrauch und seine Folgen ...«

Frau H. wirkt im Katamnesegespräch immer noch am Rande der Psychose und lebt in einer schwierigen psychosozialen Situation. Sie ist kaum beziehungsfähig, äußert jedoch im Interview die Einsicht, daß ihre schweren Traumatisierungen (wahrscheinlich sexueller Mißbrauch) vom Therapeuten nur ungenügend verstanden und daher auch kaum adäquat therapeutisch bearbeitet wurden (vgl. d).

Durch das Rating aller 128 Katamnesen war es möglich, die Häufigkeiten dieser verschiedenen Prototypen (oder evtl. Mischformen) in der gesamten Population zu bestimmen und graphisch darzustellen. Dadurch erhalten wir einen Überblick über die Verteilung der Katamneseotypen in unserer gesamten Interviewstichprobe und eine zusammenfassende Darstellung der erzielten Therapieergebnisse aller untersuchten ehemaligen Patienten, wobei wir gleichzeitig die jeweilige individuelle Entwicklung (vgl. Würfeldarstellungen mit »Anfang-« und »Endzustand«) berücksichtigen.

c) Ratings zur Anfangsdiagnose, dem Schweregrad der Störung, der strukturellen Veränderung etc.: multiperspektivische Annäherungen

Wir können in diesem Rahmen nur erwähnen, daß wir in Zusammenhang mit dem eben geschilderten Ratingverfahren weitere für die Studie wichtige Fragestellungen einschätzen:

– die *Anfangsdiagnosen* nach ICD-10, die psychodynamischen Diagnosen gegenübergestellt werden

Abb. 16: Die drei Achsen bzw. Dimensionen mit den acht Prototypen. Ein exemplarischer Fall einer Therapie: »○« bedeutet »Einschätzung des Zustandes vor der Behandlung« und »●« bedeutet »Einschätzung des heutigen Zustandes«.

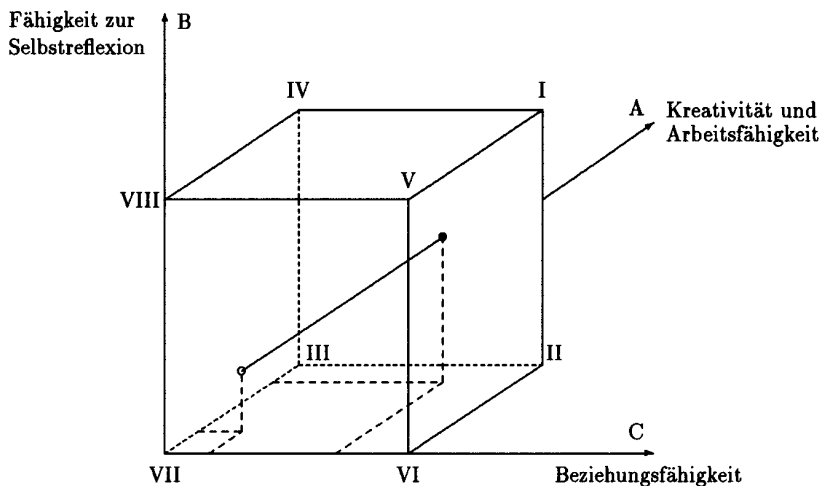


Abb. 17: Ehemalige Psychoanalyse-Patienten, eingeschätzt nach Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie Kreativität und Arbeitsfähigkeit ($n=91$; Skalenfestlegung: 0 bis 50). Dabei bedeutet »○« die Einschätzung des Zustandes vor der Behandlung und »●« die Einschätzung des heutigen Zustandes.

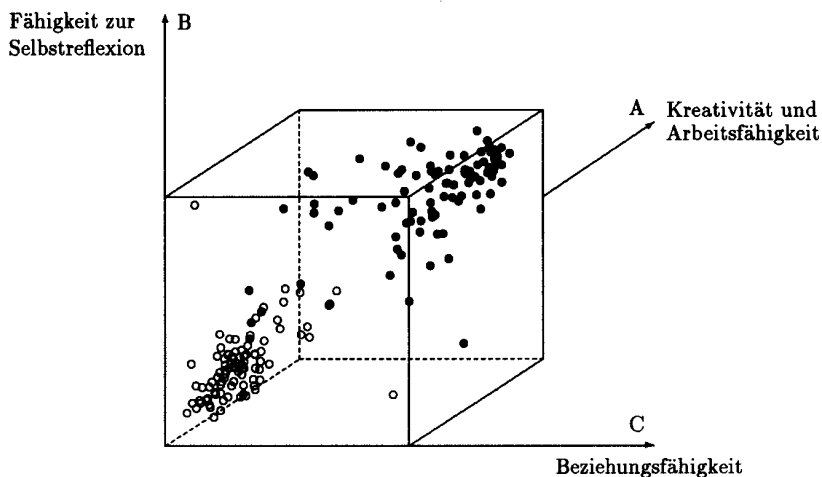
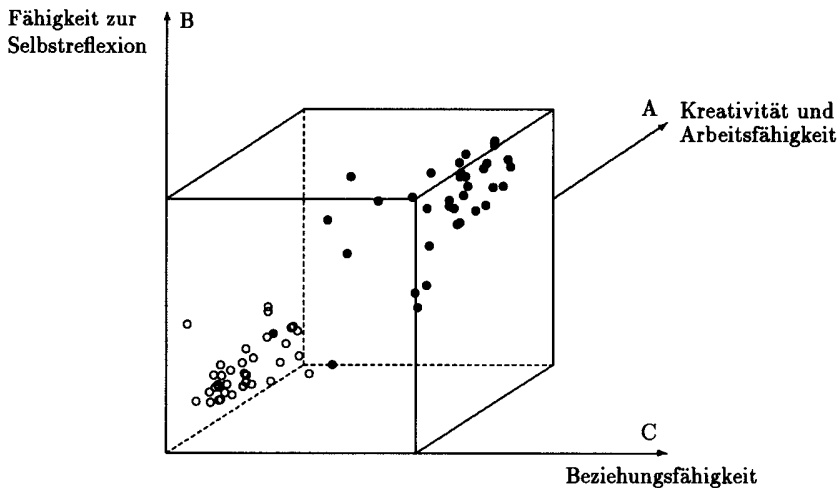


Abb. 18: Ehemalige psychoanalytische Therapie-Patienten, eingeschätzt nach Beziehungsfähigkeit, Fähigkeit zur Selbstreflexion sowie Kreativität und Arbeitsfähigkeit ($n=37$; Skalenfestlegung: 0 bis 50). Dabei bedeutet \circ die Einschätzung des Zustandes vor der Behandlung und \bullet die Einschätzung des heutigen Zustandes.



Wir überprüfen damit die Beobachtungen, daß in unserer Stichprobe viele ursprünglich schwer gestörte Patienten enthalten sind (nach den ersten ICD-10 Einschätzungen 11 % Borderlinestörungen [F 60.30 und F 60.31], 24 % narzißtische Persönlichkeitsstörungen [F 60.8], 5 % Psychosen [F 2/3], 21 % weitere schwere Störungen [u. a. F 60.0; F 60.1; F 60.4; F 60.7], schwere Depressionen [F 32.2] und somatoforme Störungen [F 45]. Zudem ist erwähnenswert, daß wir bei den Behandlungen mit gutem Erfolg das ganze Spektrum von Diagnosen (auch Eßstörungen, Drogenmißbrauch, Zwangssymptome etc.), wenn auch mit unterschiedlicher Häufigkeit, vorfinden. Genauere Analysen dieser Daten können wir in diesem Rahmen nicht vorlegen (vgl. Leuzinger-Bohleber u. Rüger, im Druck).¹²

– den *Schweregrad* der Störung (nach BSS, GAF, GARF, SOFAS)

Eine weitere Überprüfung des Schweregrads der Störung vor der Be-

¹² Erstaunlicherweise erwies es sich als weit einfacher, die Anfangsdiagnosen nach der ICD 10 zu eruieren, als wir dies ursprünglich erwartet hatten, da sowohl in den Interviews als auch in den Kassenanträgen meist eine relativ detaillierte Schilderung der Ursprungssymptomatik enthalten war. Bei den Einschätzungen berücksichtigen wir nur jene Symptome, die unabhängig voneinander sowohl vom ehem. Patienten als auch von seinem Analytiker erwähnt wurden. Die Zuverlässigkeit der Einschätzungen einer Teilstichprobe wurde von Dr. B. Heberle und Dr. I. Kerz-Rühling überprüft (vgl. Leuzinger-Bohleber u. Rüger, im Druck).

handlung wird z.Zt. noch durchgeführt (Einschätzung des Beeinträchtigungsgrads, BSS, der Skala zur Erfassung des Funktionsniveaus, GAF, vgl. analoges Vorgehen bei der Fragebogenstichprobe, 4.1).

– die *strukturelle Veränderung* des ehemaligen Patienten

Die klinisch-psychoanalytische Einschätzung, ob die Behandlung zu einer strukturellen Veränderung des Patienten geführt hat, wird den Einschätzungen der Scales of Psychological Capacities gegenübergestellt und dient als Beitrag zur Validierung der SPC.¹³

– *multiperspektivische Erfolgsbeurteilungen* des ehemaligen Patienten und seines Analytikers, der Mitglieder der Forschungsgruppen, der Rater etc.

Wie erwähnt, ist die hier versuchte multiperspektivische Annäherung an die Erfolgsbeurteilung psychoanalytischer Behandlungen ein Hauptanliegen dieser Studie (z. B. die Gegenüberstellung der Sicht des ehemaligen Patienten, seines Analytikers, psychoanalytischer und nichtpsychoanalytischer Experten etc.).

Zuerst ist festzuhalten, daß ehemalige Patienten, ihre Analytiker, die Experten der lokalen Forschungsgruppen und die Rater in 89 % der Katamnesen mit der generellen Beurteilung des Behandlungserfolgs (gut/mittel/schlecht) übereinstimmten. Betrachten wir eine zusätzliche Differenzierung (sehr gut/gut/mittel/schlecht/sehr schlecht), waren in 46 % der Katamnesen die ehemaligen Patienten leicht zufriedener mit dem erzielten Behandlungserfolg als ihre Analytiker. In 44 % der Fälle stimmten sie mit ihnen überein. In 10 % der Katamnesen waren sie leicht unzufriedener als ihre Analytiker. Die psychoanalytischen Experten der lokalen Forschungsgruppen waren in 50 % der Katamnesen leicht kritischer als die ehemaligen Patienten und in 25 % leicht kritischer als die behandelnden Analytiker. In 40 % der Katamnesen stimmten sie völlig mit dem Urteil der ehemaligen Patienten, in 60 % mit jenem der Analytiker überein. In 10 % beurteilten sie den Behandlungserfolg leicht positiver als die ehemaligen Patienten, in 15 % milder als deren Analytiker.

Obschon wir diese ersten Ergebnisse noch nicht statistisch überprüft haben, scheint schon jetzt der Eindruck berechtigt, daß die Experten der lokalen Forschungsgruppen in der Tendenz den Behandlungserfolg am strengsten, die ehemaligen Patienten am mildesten beurteilen.

¹³ Wir konnten in diesem Rahmen nicht auf die Ergebnisse der SPC näher eingehen, vgl. dazu Panel auf der Tagung der Society of Psychotherapy Research in Chicago, Juni 2000 (organisiert durch D. Huber, vgl. auch Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel, im Druck)

d) Exemplarische Beispiele für die systematische Überprüfung psychoanalytischer Beobachtungen zur katamnestischen Erfolgsbeurteilung

Abschließend möchten wir einige exemplarische Beispiele anführen, um zu illustrieren, wie wir versuchen, mit Hilfe des erwähnten Bottom-Up-Verfahrens psychoanalytisch relevante Beobachtungen, die wir in der psychoanalytischen Evaluationen der Katamnesen in den lokalen Forschungsgruppen gewonnen haben, systematisch zu prüfen (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber u. Rüger, im Druck):

Zum Matchingprozeß zwischen Patient und Analytiker

Wie Kantrowitz (1997) aufgrund ihrer vielen Katamnese Studien postuliert, weisen auch die Ratings sowie die Äußerungen der ehemaligen Patienten und ihrer Analytiker unserer Studie daraufhin, daß es sich bei erfolgreichen Analysen um einen guten *Matchingprozeß zwischen Analytiker und Analysand* handelte.

Einer der stärksten Eindrücke der Mitglieder der Forschungsgruppen und der Rater war die Vielfalt der psychoanalytischen Dyaden. Das Spektrum reichte von einer nüchternen, von hoher Professionalität geprägten Arbeitsbeziehung über Dyaden, die gemeinsam emotional stark divergierende Phasen der analytischen Beziehung in Erinnerung behalten hatten, bis hin zu Dyaden, die offenbar in fast ständige heftige affektive Stürme verwickelt gewesen waren. Dementsprechend variationsreich war die Behandlungstechnik, die meist von Analytiker und Analysand ähnlich, in Einzelfällen aber auch stark divergierend geschildert wurde. Einige der ehemaligen Patienten betonten, wie wichtig für sie die klare, berechenbare und abstinente professionelle, aber »nicht kalte« Haltung des Analytikers war. Andere beklagten sich über eine zu große emotionale Distanz. Viele ehemalige Patienten formulierten es ähnlich wie Frau S.: »Es war die Mischung von emotionaler Präsenz und absoluter Professionalität, die mir wirklich geholfen hat ...«

In den klinischen Ratings bestätigte sich die Beobachtung der lokalen Forschungsgruppe, daß eine flexible, patientenzentrierte und professionelle Behandlungstechnik, die sich den Eigenheiten und spezifischen Bedürfnissen des Patienten plastisch anpaßte, am ehesten zu einem guten Therapieergebnis führte.

Zur Dauer der Behandlungen

Auch bezogen auf die *Dauer der Behandlungen* lohnt sich vermutlich

eine patientenzentrierte Vorgangsweise: In den 118 bisher dazu genauer untersuchten Katamnesen haben sich 11 ehemalige Patienten über eine zu lange, 43 über die zu kurze Dauer der Behandlung beklagt (meist wegen Abschluß der Behandlungen nach der Kassenfinanzierung; 2 Behandlungsabbrüche). 62 waren mit der Dauer der Behandlungen zufrieden. Ein großes Problem scheinen uns Behandlungen, die aus finanziellen Gründen relativ abrupt nach Beendigung der Kassenleistung (meist nach 300 Stunden) beendet werden müssen. Ist z. B. aufgrund der ökonomischen Situation eines Patienten vorauszusehen, daß er eine Weiterbehandlung nicht selbst finanzieren kann, scheint uns vor allem bei Patienten mit einer frühen Trennungsproblematik angebracht, mit dem Setting flexibel umzugehen (z. B. sukzessive Reduktion der Frequenz, um die Therapie sanft zu beenden), um eine Retraumatisierung durch eine abrupte, von außen bedingte Trennung zu vermeiden.

Zum Erfolg von nieder- und hochfrequenten Behandlungen

Wie erwähnt, unterscheiden sich in den Fragebogendaten die *Patientenzufriedenheit von nieder- und hochfrequenten Behandlungen* nicht. Wir haben betont, daß wir aufgrund des Designs unserer Studie daraus lediglich ableiten können, daß ca. 80 % aller ehemaligen Patienten, bezogen auf die Kriterien, die in den Fragebogen erfaßt werden, dauerhafte Erfolge erzielten, falls die Indikation zu dem jeweiligen Verfahren richtig gestellt war. Aufgrund der Interviewdaten ergibt sich aber eine für uns interessante Beobachtung: Wie bei Frau X. (vgl. Anhang 3) können wir aufgrund der psychoanalytischen Evaluationen der Katamneseinterviews durchaus Unterschiede zwischen nieder- und hochfrequenten Behandlungen feststellen. So scheinen uns z. B. die Selbstreflexion und die Internalisierung der Funktion des Analytiker bei ehemaligen Analysanden umfassender, die Analyse der erzielten Erfolge differenzierter, die Entfaltung der potentiellen Ressourcen kreativer und innovativer sowie die Beziehungsdynamik in den Katamneseinterviews weit intensiver als bei ehemaligen Therapiepatienten.¹⁴ Daher erkannten die Mitglieder der Evaluationsgruppen in den meisten Fällen, ohne Vorinformation aufgrund des Berichts des Interviewers, ob es sich bei dem vorgestellten ehemaligen Patienten um einen ehemaligen Therapiepatienten oder um einen ehemaligen Analysepatienten handelte (vgl. dazu auch Abschnitt zur postanalytischen Phase).

¹⁴ Diese Beobachtung entspricht den Befunden der Stockholmer Untersuchung (s. Sandell et al. in diesem Heft).

Therapiepatient Y: Die Katamnesegespräche mit Herrn Y. müssen immer wieder verschoben werden, da seine Frau plötzlich an einem Hirntumor erkrankt ist. Sie finden schließlich kurz nach ihrem Tod statt und sind geprägt von der akuten Trauer von Herrn Y. Er schildert, wie sehr die Therapie es ihm ermöglicht hat, die akute Extremsituation der letzten Monate zu bewältigen, da er – ein Kind von depressiv erkrankten Eltern – erst in der Therapie »gelernt habe, daß nicht nur Leistung zähle, sondern auch andere Lebensqualitäten«. So wäre es früher für ihn unvorstellbar gewesen, auf seinen Beruf zu verzichten und sich monatelang Urlaub zu nehmen, um die letzte Zeit mit seiner Frau intensiv zusammenzusein und sie in den Tod zu begleiten. So schmerzlich der Verlust für ihn sei – er sei gleichzeitig unendlich froh, daß er auf diese Weise von ihr Abschied nehmen konnte. Es erleichtere seinen Trauerprozeß. Erst im Zusammenhang mit dem Tod seiner Frau habe er verstehen können, warum sie beide keine Kinder bekamen: Seine Frau hatte selbst ihre Eltern früh verloren und hätte es kaum verkraftet, nun nicht nur ihn, sondern auch noch Kinder zurückzulassen. Er selbst habe eine derart triste Kindheit erlebt, daß er sich nicht vorstellen könne, einem Kind zu helfen, den frühen Verlust seiner Mutter zu verkraften.

Herr Y. ist seiner Therapie sehr dankbar, der er die Bewältigung der jetzigen Lebenssituation, aber auch seine berufliche Entfaltung verdankt.

In der Forschungsgruppe (die übrigens erkannte, daß Herr Y. ein Patient aus einer niederfrequenten Langzeittherapie war) beschäftigt uns die Frage, ob in einer Psychoanalyse die »resignative Aussöhnung« mit der Kinderlosigkeit aufgebrochen und die damit verbundenen Frühtraumatisierungen bearbeitbar geworden wären. Uns scheint der Behandlungserfolg auf einer symptomatischen Ebene beachtlich (Fähigkeit, Extremlastungen ohne Depressionen auszuhalten, berufliche Leistungsfähigkeit, Beziehungsfähigkeit mit seiner Frau etc.), doch nahmen wir an, daß es zu keiner strukturellen Veränderung gekommen war (vgl. dazu Dreher, im Druck; Wallerstein 1999). Allerdings stellten wir uns in dieser Diskussion einmal mehr die oben erwähnte Frage, ob uns eigene Idealvorstellungen erschweren, den Entschluß von Herrn Y. wirklich unbesehen gelten zu lassen, daß er sich gegen eine Psychoanalyse entschieden hatte.

Analysepatient Z: Gleich zu Beginn des Katamnesegesprächs fällt der Interviewerin auf, daß eine verführend verschmelzende, traumähnliche Atmosphäre zwischen ihr und dem ehemaligen Patienten entsteht: sie ist fasziniert von einer »fast drogenähnlichen Verführung«, dem ehemaligen Patienten in einen paradiesischen Traumzustand zu folgen, in dem die Grenzen und das Gefühl der eigenen Getrenntheit zu verschwimmen drohen. Herr Z. berichtet, daß er wegen des Wegzugs des Analytikers die Behandlung schon nach 300 Sitzungen beenden mußte, was er bis heute bedaure. Der Analytiker habe ihm zwar angeboten, ihm nachzureisen, doch dies sei aus praktischen Gründen nicht zu realisieren gewesen. Lange habe ihm der Dialog mit dem Analytiker gefehlt, vor allem das gemeinsame Nachdenken über seine Träume. Der Analyse verdanke er es, daß er einen Zugang zu seinem Unbewußten gefunden habe. Wenn er sich morgens nicht an seine Träume erinnern könne, sei dies für ihn ein Warnzeichen, daß er von seinem Führungsjob in der Industrie zu sehr »aufgefressen« werde und die Gefahr bestehe, sein inneres Gleichgewicht und seine Kreativität auch in beruflicher Hinsicht zu verlieren. Dann müsse er kürzer treten. Überhaupt habe er durch die Analyse eine neue Möglichkeit gefunden, seinen anspruchsvollen Arbeitsalltag mit seiner Kreativität zu verbinden – immer wenn er von seiner Arbeit nach Hause komme, setze er sich zuerst eine halbe Stunde in seinen Sessel und träume einfach vor sich hin. Kurz nach Abschluß der Behandlung sei der Analytiker in diesen Träumereien noch sehr präsent gewesen –, nun sei dies nicht mehr so konkret, obschon er immer noch ab und zu sehnsüchtig an die Therapiestunden denke.

Seine psychosomatischen Symptome, Asthma und Herzbeschwerden, sowie sein regelmäßiger Kokainkonsum sind während der Behandlung verschwunden. Zudem war es ihm möglich, sich aus einer unglücklichen Ehe herauszulösen, die Beziehung zu seinem Sohn aber intensiv weiterzupflegen und eine neue, für ihn befriedigendere Liebesbeziehung einzugehen. Es habe aber auch schwierige Zeiten in der Behandlung gegeben: Am Erschrek-

kendsten sei eine Stunde gewesen, nach der er »fast verrückt geworden sei«. Der Analytiker bestätigt eine kurze psychotische Episode im Zusammenhang mit der Wiederbelebung eines frühkindlichen Traumas (ein lebensgefährlicher Brand in seinem Elternhaus) in der Übertragung. Es sei möglich gewesen, das Trauma und die damit verbundenen Affekte durch neu auftauchende Erinnerungen sukzessiv zu verstehen, eine wichtige Voraussetzung für das Verschwinden der Atem- und Herzbeschwerden des Patienten.

Die Mitglieder der Forschungsgruppe erkennen anhand der intensiven Qualität der Katamneseinterviews, daß Herr Z. in einer Psychoanalyse war, und sind erstaunt, wie in den ersten Minuten des Katamneseinterviews die ursprüngliche Problematik von Herrn Z. (Verschwimmen der Selbst- und Objektgrenzen, Drogenmißbrauch etc.) in der Übertragung sichtbar werden. Die Gruppe hat den Eindruck, daß sich in den beiden Katamneseinterviews wichtige Stadien des analytischen Prozesses wiederholen, eine Beobachtung, die Herr Z. selbst anspricht, als er am Ende des 2. Interviews äußert: »Ich bin froh um die Möglichkeit, in diesen Interviews nochmals auf meine Behandlung zurückschauen zu können. Auf dem Weg hierher habe ich gemerkt, daß irgend etwas in mir zum Abschluß gekommen ist. Bisher hatte ich immer wieder den Eindruck, ich habe die Analyse zu früh beendet. Nun weiß ich, daß ich immer noch einen guten Kontakt zu meinem Unbewußten habe und daher meine Träume auch ohne die Hilfe meines Analytikers verstehen kann.«

Für die Gruppenmitglieder ist es erstaunlich, welch intensiver analytischer Prozeß es Herrn Z. in der relativ kurzen Psychoanalyse ermöglichte, seine frühinfantilen Traumatisierungen in der Übertragung zu bearbeiten.

Zu den nicht erfolgreichen Behandlungen

Nach den bisherigen Auswertungen waren auch bei den Interviewpatienten 11 % unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis (vgl. dazu Fragebogenpatienten, 4.1.1). Zwar schien es bei einigen dieser ehemaligen Patienten offensichtlich, daß sie ein tragisches Lebensereignis (z. B. Arbeitslosigkeit, Verlassenwerden vom Ehepartner etc.) mit den Enttäuschungen über nicht erfüllte Wünsche an die Therapie in Zusammenhang brachten. Doch andere Katamnesen verwiesen uns auf grundlegende Fragen der Indikation und der Behandlungstechnik, Fragen, denen wir z.Zt. noch detaillierter nachgehen.

In 4 % Behandlungen waren entweder der ehemalige Patient oder der Analytiker »sehr unzufrieden«. Es sind vor allem diese Einzelfälle, die uns intensiv beschäftigen. Von den 128 Interviewpatienten beklagten sich fünf ehemalige Patienten über ein ausschließlich negatives Therapieergebnis. Es scheint uns nicht angemessen, sich damit zu beruhigen, daß zu jeder medizinisch-therapeutischen Behandlung ein Restrisiko von »nicht behandelbaren Patienten« gehört, und daß die 4 % im Vergleich mit anderen therapeutischen Verfahren, vor allem angesichts des langen Katamnesezeitraums, einen geringen Anteil bilden. In den Gesprächen mit den davon betroffenen ehemaligen Patienten haben wir einen emotional dichten Eindruck von den fünf individuellen Tragödien dieser Menschen gewonnen, die sie mit ihren negativen Therapieerfah-

rungen und bitteren Enttäuschungen verbinden. Vermutlich sind die Wunden, die durch eine negativ verlaufene psychoanalytische Langzeitbehandlung aufgerissen werden, schmerzlicher und langfristiger als jene, die kürzere psychotherapeutische Verfahren hinterlassen. Daher werden wir diese Behandlungen im Sinne einer Mißerfolgsanalyse noch weiter untersuchen.

Dazu nur eine unserer Beobachtungen: Bei den 11 % »unzufriedener« ehemaliger Patienten waren schwer gestörte Patienten mit den unterschiedlichsten Diagnosen vertreten. Doch überraschte uns, daß alle fünf ehemaligen Patienten, die sehr unzufrieden mit dem Behandlungsergebnis waren, als Borderlinepatienten eingeschätzt wurden. Dabei schien uns bei diesen fünf Patienten (wie übrigens bei sieben weiteren, besser verlaufenen Behandlungen mit Borderlinepatienten) eine »heroische Indikation« bestanden zu haben (vgl. dazu Beispiele G. und H., 4.). Oft bildete die psychoanalytische Behandlung nach einer Reihe mißglückter Therapieversuche und Psychiatrieaufenthalte die letzte Hoffnung für diese Patienten, eine Hoffnung, die sich leider für sie wieder nicht erfüllte.

Wird eine Folgerung aus unserer Studie sein, aufgrund des vermehrten Wissens um solche mißlungenen Behandlungen sich vor analogen Patienten mit einer »heroischen Indikation« in acht zu nehmen (vgl. dazu u. a. Wallerstein 1999)?

Als Illustration dazu ein Beispiel:

Nach der Eröffnungsfrage beginnt Frau G. gleich mit einer massiven Kritik an der Psychoanalyse: Sie sei jahrelang in Behandlung gewesen, doch finde sie, die Psychoanalyse sei zu wenig persönlich, sei kalt, uneinfühlsam. Sie sei oft nach den Stunden völlig aufgelöst nach Hause gegangen, hätte es kaum durchgehalten bis zur nächsten Stunde. Der Analytiker hätte nie etwas Persönliches erzählt. Erst ganz am Schluß der Behandlung habe er erwähnt, daß er sich Sorgen machte, als sie ihren damaligen Job aufgab und arbeitslos wurde. Der Analytiker habe auch nicht verstehen können, daß sie anfang, an spirituelle Dinge zu glauben, als ihre Katze starb.

Im Interview stellt sich heraus, daß sie sich in einer desolaten psychischen und psychosozialen Situation befindet. Sie lebt getrennt von einem gewalttätigen Lebenspartner, ist arbeitslos und verbringt die Tage im verdunkelten Zimmer mit Pendeln, indischer Musik und anderen spirituellen Handlungen. Sie scheint zudem offen paranoid. Sie ist von Haß auf die Psychoanalyse erfüllt, die ihr nicht geholfen habe.

Aus dem Analytikerinterview erfahren wir, daß Frau G. in ärmlichsten Verhältnissen aufwuchs und eine massive Frühverwahrlosung erlebte, da beide Eltern Alkoholiker waren. Sie war mehrmals für einige Wochen im Krankenhaus. Frau G. erzählt im Interview, daß sie dort von einem Arzt in ihrem sechsten Lebensjahr sexuell mißbraucht worden sei. Der Analytiker hatte Frau G., die sie als Borderlinepatientin diagnostizierte, in einer einstündigen Therapie vorwiegend stützend behandelt, was im Laufe der Behandlung zu einer sukzessiven Stabilisierung führte und Frau G. erlaubte, eine Berufsausbildung abzuschließen. Die Therapie sei im gegenseitigen Einverständnis beendet worden. Beide schienen mit dem Erreichten zufrieden.

In der Forschungsgruppe diskutieren wir, warum es in der postanalytischen Phase zu einer

sukzessiven Entwertung der Therapie gekommen ist, die in den erwähnten bedrohlichen psychischen Zustand hineinführte. Der Zustand von Frau G. im Interview wirkt psychotisch. War die negative Übertragung zu wenig bearbeitet worden, ein Grund für die anschließende Entwertung der therapeutischen Arbeit? Oder hatten weitere tragische Lebensereignisse (Gewalterfahrung, Arbeitslosigkeit etc.) eine Psychose ausgelöst? Wäre eine solche Entwicklung durch eine andere Behandlungstechnik zu verhindern gewesen?

Die transkribierten Katamneseinterviews mit Frau G. werden z.Zt. noch detaillierter untersucht, doch stoßen wir bei diesen Fragen auf die Grenzen unserer retrospektiven Studie. Dennoch läßt sich an der Diskussion dieser negativ verlaufenen Behandlungen besonders deutlich die grundsätzliche Problematik und Komplexität von Erfolgsbeurteilungen aufzeigen. Dazu ein weiteres Beispiel einer Katamnese aus unseren Vorstudien, mit deren Ergebnis der ehemalige Patient »sehr unzufrieden« war.

Herr U. äußert sich im Katamneseinterview bitter enttäuscht über seine Behandlung. Im Grunde genommen sei sie »rausgeschmissenes Geld und Zeit« gewesen.

Er wurde von seinem Zahnarzt zur psychoanalytischen Behandlung überwiesen, weil ein Würgesymptom eine dringend notwendige Zahnbehandlung verunmöglichte, was zu einem gesundheitlich bedrohlichen Zustand geführt hatte. »Meine Zähne waren buchstäblich in meinem Mund verfault – doch konnte ich keinen Fremdkörper in meinem Mund ertragen, auch keine zahnärztlichen«, sagt Herr U. dazu im Interview. Zudem war Herr U. arbeitslos und lebte sozial völlig isoliert. Der Analytiker diagnostizierte Herrn U. als Borderlinepatienten, der in seiner frühen Kindheit schwerste Traumatisierungen erlitten hatte. Er war ein ungewolltes Kind und wurde von seinen Eltern zur Pflege zu einem Bauern weggegeben. Da er ein schwächliches Kind war, gaben ihm seine Pflegeeltern Kälberblut zu trinken, wodurch er sich mit einem Bandwurm infizierte. Schließlich kam er zu seinen Eltern zurück, wurde aber weiterhin offen von ihnen abgelehnt. Er entwickelte schon als Kind eine Reihe psychosomatischer und neurotischer Symptome und war sozial völlig isoliert. Der Analytiker schildert, daß die Behandlung zwar sehr schwierig war, doch durch die Milderung der Symptomatik eine Zahnbehandlung ermöglichte. Herr U. konnte aus der Arbeitslosigkeit herausfinden, seine Ausbildung erfolgreich beenden und erstmals Kontakt zu konstanten Freunden aufnehmen. Der ehemalige Patient erzählt zudem in den Interviews, daß er eine Freundin habe.

Obschon diese Veränderungen sowie die »objektive« Reduktion der medizinischen Kosten nach der Psychoanalyse für einen gewissen Behandlungserfolg sprechen, ist Herr U. mit der Behandlung extrem unzufrieden und brach sie nach Auslaufen der Kassenfinanzierung ab. In der Forschungsgruppe beschäftigt uns die psychodynamische Hypothese, daß Herr U. die extreme Negativsicht der Behandlung im Sinne einer Spaltung zur Stabilisierung seines psychischen Gleichgewichts braucht: Alles »Gute«, was er möglicherweise vom Therapeuten bekommen hat, muß er wieder »aus sich herauswürgen«, um an der Phantasie festzuhalten, daß er selbst »das Gute« zustande gebracht hat und der Therapeut »das Schlechte« repräsentiert. Ohne Zweifel spricht das Aufrechterhalten solcher Spaltungsprozesse für einen beschränkten Erfolg der Behandlung. Doch stimmen psychoanalytische und nichtpsychoanalytische Experten überein, daß es Herrn U. vermutlich ohne Behandlung wesentlich schlechter gehen würde und er zu Beginn der Behandlung am Rande einer Psychiatriekarriere stand.

Wir müssen uns in diesem Rahmen mit dieser Illustration der komple-

xen Widersprüchlichkeit von Erfolgsbeurteilungen von Therapien schwer gestörter Patienten begnügen (vgl. ausführlichere Auseinandersetzung mit dieser Problematik: Krusche, im Druck).

Zudem werfen diese Katamnesen die Frage auf, ob uns Einsichten in neuere Behandlungstechniken mit Borderlinepatienten zukünftig optimistischere therapeutische Perspektiven erlauben (vgl. dazu u. a. Clarikin, Germans u. Kernberg 1999; Dammann, im Druck). So möchten wir wenigstens erwähnen, daß 75 % der bisher detailliert untersuchten Katamnesen schwerst gestörter Patienten (Patienten mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, Borderlinepatienten oder Psychosen) zu einem bemerkenswerten stabilen Langzeiterfolg führten. Dazu nur zwei Beispiele:

Frau B., eine Friseurin in einer ländlichen Gegend, verheiratet und Mutter dreier Kinder, berichtet der Interviewerin stolz, sie sei nun schon zehn Jahre symptomfrei. Dabei sei es ihr zwischen 19 und 30, vor allem vor der Behandlung, äußerst schlecht gegangen. Sie denke, sie wäre ohne Therapie zu einem Psychiatriefall geworden. Mit 19 Jahren erlitt sie einen psychotischen Zusammenbruch, als sie – im väterlichen Auto vor einer Rotlichtampel – plötzlich von dem Gedanken überfallen wurde: »Wer bin ich eigentlich?« Sie reagierte mit panischer Angst und einem Zwang, alles und jedes auf Zettel festzuhalten. Ihr Freund mußte ihr jeweils abends helfen zu entscheiden, welche Zettel weggeschmissen werden konnten, weil sie keine wichtigen Informationen enthielten. Frau B. wurde mehrmals in die geschlossene Abteilung einer Psychiatrischen Klinik eingeliefert, weil sie suizidal war und unter gravierenden Depersonalisationserscheinungen litt. Sie wurde von dort aus zu einer Kollegin in ambulante Behandlung überwiesen.

Die Mitglieder der Forschungsgruppe beeindruckt die therapeutische Arbeit, die unsere Kollegin mit dieser jungen Frau geleistet hat: Mit einer Behandlungstechnik, die an jene erinnert, die Mentzos (im Druck) als geeignet für schwer gestörte Patienten vorgestellt hat, fokussierte sie auf die Abhängigkeits- und Autonomieproblematik dieser Frau. Dabei verfolgte sie, wie sie im Analytikerinterview sagte, kein bestimmtes inhaltliches Ziel, sondern meinte schlicht: »Ich wollte diese Frau verstehen.« Frau B. erinnert sich, daß sie schließlich gemeinsam verstanden, daß das Erwachsenwerden, das Weggehen vom väterlichen Hof, bei ihr u. a. unbewußt den traumatischen Verlust ihrer Mutter als Fünfjährige reaktivierte. Sie höre noch heute die alkoholisierte Mutter schreien: »Ich gehe jetzt ...« Sie sah sie nie wieder. Sie ließ fünf kleine Kinder auf dem ärmlichen Bauernhof zurück, doch habe sie erst in der Therapie verstanden, daß sie nicht durchgehend eine schlechte Frau war, sondern »es auch nicht einfach hatte, weil die Schwiegermutter immer noch das Sagen auf dem Hof hatte«. Daher sei es für sie wichtig, daß sie ihre eigene Schwiegermutter in guter Distanz von sich halte, um sich, ihrem Mann und ihren Kindern ein eigenes Familienleben zu gönnen. Sie ist sehr stolz, daß sie ihren Kindern viel Geborgenheit, Wärme und Zärtlichkeit bieten kann, fähig ist, große Belastungen (wie einen kürzlichen Krebsverdacht) auszuhalten, ohne erneut Symptome zu entwickeln und ihr Hausfrauendasein mit der Heimtätigkeit als Friseurin zu verbinden. All dies verdanke sie der Therapie, aber auch sich selbst, da sie »bei der Frau Doktor auch vieles aushalten mußte und schließlich verstanden habe, daß sie nun Frau B. und nicht mehr die kleine Anna sei«.

Frau V. entwickelte nach der Geburt ihres 3. Sohnes eine Psychose mit schweren Angstzuständen, akustischen Halluzinationen und Depersonalisationszuständen. Nach zwei längeren Psychiatrieaufenthalten begann sie eine ambulante psychoanalytische Langzeittherapie. Obschon sie schildert, daß sie sich schließlich vom Therapeuten losreißen mußte, da

dieser sie nicht gehen lassen wollte und sie ihm dies immer noch nicht verziehen hat, kann sie ihm zugestehen, daß er ihr geholfen hat, ein stabiles Leben ohne Psychiatrieaufenthalte und ohne eine Dauermedikation zu führen. Auch die Beziehung zum Ehemann und ihren nun erwachsenen Kinder habe sich durch die Behandlung sehr verbessert. Beruflich habe sie zwar ihre ursprünglichen Träume nicht verwirklichen können, aber ein neues Hobby gefunden, das ihr viel Befriedigung neben ihrer Hausfrauentätigkeit biete.

Der Analytiker schildert detailliert den therapeutischen Prozeß, der es dieser psychotischen Frau ermöglicht hat, ihren psychischen Zustand zu stabilisieren. In der Gegenübertragung konnte er eines Tages erkennen, daß Frau V. in einer akuten Wahnvorstellung ihre Kinder umbringen wollte, und telefonierte mit dem Ehemann, der die Tat im letzten Moment verhindern konnte. Er ist daher zufrieden mit dem in der Therapie Erreichten, obschon Frau V. in seiner Einschätzung immer noch auf einem psychotischen Niveau funktioniert, aber für sich und ihre Familie zu einer gewissen Lebensqualität gefunden hat. Lange habe er sich mit der Frage gequält, ob in dieser Behandlung noch mehr zu erreichen gewesen wäre. Heute denke er: »Mehr lag nicht drin, mindestens nicht in einer Behandlung bei mir.«

Mentzos (1994) äußerte in der Diskussion eines Vortrags, daß Borderlinepatienten schwerer psychoanalytisch zu behandeln sind als schizophrene Patienten. In den eben erwähnten positiv verlaufenen Behandlungen und sieben Borderlinebehandlungen war es trotz aller Schwierigkeiten möglich gewesen, die archaische Selbst- und Aggressionsproblematik mit den damit verbundenen Spaltungen, Projektionen und projektiven Identifizierungen in der analytischen Beziehung zu bearbeiten. Daher war es uns möglich, diese mit den fünf schlecht verlaufenen zu vergleichen. Die Kompetenz des Analytikers, die Erfahrung mit solchen Patienten, eine flexible, modifizierte Behandlungstechnik, ein gutes Matching und vor allem die persönlichen und institutionellen Möglichkeiten (z. B. durch regelmäßige Supervision), die extreme Aggressionsproblematik psychisch »zu überleben«, schienen uns wichtige Variablen, die bei diesen extrem schwierigen Patienten einen produktiven analytischen Prozeß begünstigten. Eine noch laufende Teiluntersuchung widmet sich der weiteren Überprüfung dieser Hypothesen, doch scheint schon jetzt die Frage berechtigt, ob in Einzelfällen ein Therapeutenwechsel die Chronifizierung einer aggressiv eskalierten Übertragungsfalle oder den Behandlungsabbruch mit destruktiven Langzeitfolgen verhindern könnte.

Zum Schweregrad der Störungen der Interviewpatienten

Die im Anhang 3 ausführlich vorgestellte Behandlung von Frau X. erscheint uns u. a. insofern als typisch, als sie zu der großen Gruppe »schwer gestörter« ehemalige Patienten in unserer Stichprobe gehört. Keiner der 128 ehemaligen Patienten war an einer »leichten Neurose« erkrankt, so

daß uns als gesichert erscheint, daß die Patienten unserer Studie nicht als YAVIS-Patienten (Young, Attractive, Verbalizing, Intelligent und Successful) charakterisiert werden können (genauere Einschätzungen des BSS, GAF, GARE, SOFAS werden z. Zt. durchgeführt; vgl. dazu auch 4.3).

Häufung schwer traumatisierter Patienten

Für uns überraschend, häuften sich in den bisherigen Katamnesen ehemalige Patienten, die in ihrer Kindheit *schwere Realtraumatisierungen* (Krankheiten, lange Trennungen von den Primärobjekten, Kriegstraumatisierungen etc.) erlebt hatten. 81 der bisher 124 dazu genauer untersuchten Patienten gehören zu dieser Gruppe. Einige dieser Patienten beklagten sich, daß ihre Analytiker die psychische Bedeutung dieser realen Traumatisierungen unterschätzt hatten. Bei anderen hatten wir wie bei Herrn Z. den Eindruck, daß der Analytiker intuitiv in seiner Behandlungstechnik auf diese Traumatisierungen eingegangen war (z. B. auch bei der oben erwähnten Pat. B). Uns beschäftigt z.Zt. sehr, welche Anregungen für die Indikation und behandlungstechnische Fragen wir aus den Katamnesen mit dieser Patientengruppe entnehmen können (vgl. unten). So haben wir konträre Beobachtungen bezüglich der Behandlungstechnik gemacht. Bei 76 der 81 traumatisierten Patienten (wie bei Herrn Z.) schien es möglich gewesen zu sein, das Trauma in der Übertragung selbst wiederzubeleben und dadurch – mindestens partiell – therapeutisch zu bearbeiten. Fünf Patienten dieser Gruppe schienen dagegen die traumatische Erfahrung außerhalb der analytischen Beziehung zu reinszenieren (im Sinne eines Enactments) und die therapeutische Beziehung als »holding function« für die Bearbeitung der Traumata »in der Welt draußen« intuitiv zu schützen (vgl. dazu u. a. Böhleber 2000). Alle diese 5 Behandlungen führten zu einem guten Ergebnis.

Zudem scheint erwähnenswert, daß auch bei den Behandlungen mit begrenztem Erfolg durchwegs ein wichtiges Ergebnis erzielt wurde, nämlich die Einsicht in die Gefahr, daß eigene Traumatisierungen an die nächste Generation weitergegeben werden. So formulierte eine Frau in einem Katamnesegespräch: »Die Analyse konnte zwar mein eigenes Leid, das meine Kindheit durch den Kriegstod meines Vaters und die jahrelange Suizidalität meiner Mutter determiniert hat und mir bis heute zu schaffen macht, nicht ungeschehen machen – aber wenigstens habe ich durch die Behandlung die Gefahr kennengelernt, durch meine depressiven Verstimmungen auch noch meine Kinder in dieses Leid einzu-

spannen: ich konnte den unsichtbaren Schicksalsfaden zwischen den Generationen meiner Familie durchschneiden.«

Bedeutung der negativen Übertragung

Verbunden mit den oben erwähnten behandlingstechnischen Fragen bei schwer traumatisierten Patienten beschäftigt uns, daß die Rater bei 4 der 5 negativ verlaufenen Behandlungen vermuteten, daß es zu wenig gut gelungen war, die *negative Übertragung* zu bearbeiten. So haben wir in der kurzen Zusammenfassung der Katamnese von Frau G. (vgl. oben) illustriert, daß möglicherweise alles positiv Erreichte nachträglich wieder entwertet werden mußte, weil die aggressive Problematik der ehemaligen Patientin nicht in der Übertragungsbeziehung selbst thematisiert wurde.

Bedeutung der postanalytischen Phase

Wie in der Stockholmer Untersuchung (vgl. Sandell in diesem Heft) zeigte sich auch in unserer Studie, wie wichtig die postanalytische Phase für den bleibenden Therapieerfolg ist. 60 % der 128 ehemaligen Patienten entwickelten sich, nach Einschätzung der Rater und der psychoanalytischen Experten, nach Abschluß der Behandlung »deutlich«, 26 % »etwas« weiter. Viele ehemalige Patienten äußerten sich spontan zu dieser Frage. So sagte z. B. Herr M.: »Ich realisierte erst zwei Jahre nach Abschluß der Behandlung, wie sehr ich mich innerlich durch die Analyse verändert hatte. Ich bemerkte, daß ich, ohne viel darüber nachzudenken, mich in Konfliktsituationen mit meinem Chef oder meiner Frau anders verhalten konnte als vorher – einfach so. Es waren leise, fast unmerkliche Veränderungen, die aber einen großen Einfluß haben, weil ich um viele Fallen herumgehe, in die ich früher zwangsläufig reintonnte.«

Die Ergebnisse unserer Studie bestätigen die anfangs zitierte Erwartung, daß der Patient nach einer erfolgreichen, intensiven Behandlung weniger Symptome hat, sich insgesamt integrierter, als »runde, ganze Person« fühlt, mit seinen Wünschen, Ängsten und Konflikten in einem lebendigeren Kontakt steht, dadurch befriedigendere Beziehungen gestalten kann und ein »beobachtendes Selbst« oder einen »inneren Analytiker« entwickelt hat, der unbewußte Signale eher wahrnimmt (vgl. Zwiebel 1999). Ein gelungener analytischer Prozeß ermöglichte mehr als drei Vierteln dieser ursprünglich schwer beeinträchtigen Patienten, ein inneres Zentrum, ein tragendes Selbstgefühl aufzubauen und ihre idiosyn-

kratische Geschichte »neu zu schreiben«. Sie selbst sahen in diesen Prozessen die wichtigsten Ergebnisse der Therapie und den Hauptgrund für die Stabilität ihres psychischen Zustandes trotz belastender life-events. Der veränderte innere Zustand trug zu einer vermehrten Beziehungsfähigkeit und kreativer Entfaltung in Beruf und Freizeit bei. Manche schilderten zudem, daß sie sich ohne diese Veränderungen den neuen Anforderungen einer international hart konkurrierenden und medialisierten Arbeitswelt nicht gewachsen fühlten (vgl. dazu u. a. Sennett 1998).

In dieser Dimension liegen die größten Unterschiede zwischen den ehemaligen Patienten nieder- und hochfrequenter Behandlungen, eine Dimension, die durch Fragebogen nicht erfaßt wird. In einer Detailuntersuchung von 43 Einzelfällen stellten wir fest, daß ehemalige Analysepatienten sich intensiver mit der analytischen Funktion ihres Analytikers identifiziert haben und daher um eine umfassendere selbstreflexive Fähigkeit verfügen als ehemalige Therapiepatienten. Dies scheint für uns ein psychoanalytischer Beleg für den empirischen Befund von Sandell (in diesem Heft), daß sich Analysepatienten bezüglich des Behandlungserfolgs um so deutlicher von jenen niederfrequenter Behandlungen unterscheiden, je länger der Katamnesezeitraum dauert.

Nicht erwartet hatten wir das Spektrum der Art der inneren Dialoge, die ehemaligen Patienten mit ihren Analytikern zum Zeitpunkt der Katamnese führen. Viele der erfolgreichen Analysanden schildern, wie wir dies aufgrund der Fachliteratur erwarten, daß der innere Dialog immer mehr die konkreten Züge des Dialogs mit dem Analytiker verlor und zu einem selbstverständlichen Teil der eigenen Selbstreflexion wurde (vgl. Herr M. oben). Erstaunlicherweise gab es aber einige der schwer traumatisierten Patienten mit gutem Behandlungserfolg, die, vor allem in Konfliktsituationen, noch Jahre nach Abschluß der Behandlung einen relativ konkreten inneren Dialog mit ihrem Analytiker führten (vgl. dazu Frau X. in Anhang 3). Diese Beobachtung wirft wichtige theoretische Fragen auf, auf die wir hier nicht näher eingehen können. Wir vermuten, daß die schweren Traumatisierungen dieser Patienten zu einer inneren Situation führten, daß die neue, analytische Erfahrung vor destruktiv aggressiven Überflutungen immer noch geschützt und daher »abgekapselt« werden muß. Auf diese Weise wirkt sie psychisch nicht völlig integriert, sondern erhält den Charakter von Erinnerungen an den konkreten analytischen Dialog. Ohne Zweifel scheint diese Möglichkeit für die psychische Gesundheit dieser Patienten zentral zu sein.

Alle diese eben skizzierten Ergebnisse scheinen uns klinisch relevant. Durch die Möglichkeit, einzelfallspezifische Beobachtungen im Rating in

der gesamten Interviewstichprobe zu lokalisieren, erhalten sie zudem ein zusätzliches Gewicht. Z.Zt. werden zudem die Ergebnisse des Ratings mit den Ergebnissen der quantitativen Verfahren (vgl. oben) in Beziehung gesetzt (vgl. dazu Leuzinger-Bohleber u. Rüger, im Druck).

Wir hoffen, mit diesen exemplarischen Beispielen illustriert zu haben, wie wir der einleitend erwähnten Intention zu entsprechen versuchten, in unserer Studie Neues, noch nicht in existierenden Meßinstrumenten Erfasstes, zu berücksichtigen, besonders auch Phänomene, die für psychoanalytische Behandlungen mit ihrem spezifischen (unbewußten) Forschungsgegenstand relevant sind.¹⁵

5. Abschließende Bemerkungen

Wir hoffen, daß es uns in dieser ersten zusammenfassenden Darstellung unserer Katamnesestudie gelungen ist, einen Eindruck vom Anliegen, dem methodischen Vorgehen und den bisherigen Ergebnissen unserer Studie zu vermitteln, die wir als eine kritische empirische Annäherung an psychoanalytische Prozesse und deren Langzeitwirkungen verstehen.¹⁶ Wir hatten nicht erwartet, daß eine ganze psychoanalytische Gesellschaft sich dazu bereit erklären wird, eine Untersuchung durchzuführen, die die Ergebnisse der therapeutischen Arbeit ihrer Mitglieder auf den wissenschaftlichen Prüfstein legt. Die große Akzeptanz der Studie verdanken wir vielen Faktoren, u. a. der intensiven Diskussion der damit verbundenen wissenschaftstheoretischen und methodischen Fragen, dem statistischen und inhaltlichen Design und dem Vorteil katamnesticcher Untersuchungen, keinen (störenden) Einfluß auf laufende Behandlungen zu nehmen. Dank der großen Unterstützung der Studie auf verschiedenen Ebenen war es uns möglich, eine *repräsentative Katamnesestudie von Psychoanalysen und psychoanalytischen Langzeitbehandlungen*, die zwischen 1990 und 1993 beendet wurden, durchzuführen. Über 200 Psychoanaly-

¹⁵ Solche Phänomene betreffen u. a. den Matchingprozeß zwischen Patient und Analytiker, behandlungstechnische Auffälligkeiten (wie die Abstinenz oder der Umgang mit dem Setting vom ehemaligen Patienten empfunden wurde, ob es zu Verletzungen im Zusammenhang mit der Beendigung der Therapie kam, ob Traumatisierungen in der Übertragung selbst bearbeitet wurden), Beobachtungen in den Katamneseinterviews selbst (ob konflikthafte oder positive Übertragungskonstellationen beobachtet wurden, wie intensiv die Beziehung zum Katamneseinterviewer war, ob der ehemalige Patient die Katamneseinterviews therapeutisch nutzte etc.) sowie zur Diskussion in der Expertengruppe (ob ehemalige Patienten und Analytiker die »gleiche Geschichte« erzählten, in der Gruppe ein Konsens bezüglich der katamnesticchen Einschätzung erzielt wurde etc.).

¹⁶ Ausführliche Darstellungen sind als Publikationen im Kohlhammer Verlag geplant.

tikerinnen und Psychoanalytiker und über 400¹⁷ ehemalige Patientinnen und Patienten konnten wir für eine aktive Mitarbeit gewinnen, 62 Kolleginnen und Kollegen engagierten sich als Interviewer und als klinische Forscher in 9 lokalen Forschungsgruppen, eine Voraussetzung, um mit 128 ehemaligen Analysandinnen und Analysanden in ganz Deutschland je zwei psychoanalytische Interviews durchzuführen. Weitere 154 ehemalige Patienten äußerten sich in einer Reihe von Fragebögen und in einem offenen Fragebogenteil zu ihren zurückliegenden Therapieerfahrungen. Ihre Sicht des analytischen Prozesses und seiner Langzeitwirkungen stand für uns, aus den erwähnten Überlegungen, im Zentrum unseres Interesses, denn es scheint uns am plausibelsten, davon auszugehen, daß den ehemaligen Patienten »die Erfolge der Therapien gehören« (vgl. Fonagy, im Druck) In einer multiperspektivischen Annäherung an die Langzeitwirkungen von Therapien verglichen wir diese Patienteneinschätzungen und -äußerungen mit den Beurteilungen der behandelnden Analytiker, der Katamneseinterviewer, von psychoanalytischen und nichtpsychoanalytischen Experten sowie mit »objektiven Daten« zur sozioökonomischen Situation, Einsparungen der Gesundheitskosten und unabhängigen Analysen der transkribierten Interviews. Zudem versuchten wir, dank professionell ausgebildeter und erfahrener Interviewer, in den Katamneseinterviews unsere spezifische psychoanalytische Forschungsmethode zur Beobachtung und Überprüfung bewußter und *unbewußter* Mitteilungen zum stattgefundenen analytischen Prozeß einzusetzen. Diese psychoanalytischen Erkenntnisse wurden nichtpsychoanalytischen Ergebnissen kritisch gegenübergestellt. Zudem kamen sowohl bei der Gewinnung als auch bei der Auswertung der Daten eine Vielzahl qualitativer und quantitativer Verfahren zur Anwendung. Wir denken, daß wir illustrieren konnten, wie dank dieses breit gefächerten methodischen Vorgehens in dieser naturalistischen Studie eine Reihe relevanter und kritischer Einsichten in die Ergebnisse von Psychoanalysen und psychoanalytischen Langzeittherapien gewonnen wurden. Zu den Nachteilen dieses Vorgehens gehört z. B. die Schwierigkeit, die Komplexität unserer Beobachtungen adäquat zusammenzufassen und derart zu kommunizieren, daß darin sowohl die Idiosynkrasie als auch die Repräsentativität der Ergebnisse erhalten bleiben. Zudem konnten

¹⁷ Von 401 ehemaligen Patienten erhielten wir einen kurzen Fragebogen mit ihren generellen Einschätzungen des Therapieergebnisses etc. 70 % davon wurden entweder interviewt oder mit einer umfangreichen Fragebogenserie (inkl. offenem Interviewteil) weiter untersucht. (Genauer zur Drop-out Analyse, siehe Leuzinger-Bohleber, Stuhr, Rüger u. Beutel, im Druck).

in unserem Design (mit nur einem Untersuchungszeitpunkt) viele Fragen zwar aufgeworfen, aber nicht mit genügender Sicherheit beantwortet werden. Doch hoffen wir, daß einige weiterführende Untersuchungen diese Fragen aufnehmen und vertiefend verfolgen werden.

Schließlich bleibt ein kritischer Einwand, daß wir, u. a. aufgrund der einleitend erwähnten ethischen Überlegungen, die retrospektive Sicht der ehemaligen Patienten und ihrer Analytiker ins Zentrum unseres Interesses stellten. Wir versuchten deren Sichtweisen zwar, wie erwähnt, weitere Perspektiven kritisch gegenüberzustellen, doch bleibt ein solcher Versuch methodisch risikoreich. Daher ist es uns ein Anliegen, unsere Studie auch in der nichtpsychoanalytischen Community zur Diskussion zu stellen. So wäre z. B. interessant, unsere Ergebnisse mit einer »naturalistischen Kontrollgruppe« zu vergleichen, etwa mit analogen Methoden eine repräsentative Stichprobe von Patienten aus behavioralen Therapien durchschnittlich 6,5 Jahre nach deren Abschluß zu untersuchen.

Gleichwohl betrachten wir es als einen der Pluspunkte unserer Studie, daß sie eine Fülle von klinisch relevanten, auch technikstechnischen Fragen aufwirft. Wir konnten in diesem Rahmen hier nicht ausführlich darauf eingehen, werden aber dazu die Diskussion mit unseren psychoanalytischen Kolleginnen und Kollegen suchen. Auf diese Weise intendieren wir, daß einige der Ergebnisse unserer naturalistischen Studie direkt in der klinisch-psychoanalytischen Praxis weiter reflektiert werden. Daher betrachten wir sie als einen Beitrag zu einer »Qualitätssicherung«, die diese Bezeichnung wirklich verdient. Wir hoffen, daß deutlich wurde, wie viele kritische Überlegungen und Fragen auftauchen, wenn wir ehemaligen Patienten unserer Langzeitbehandlungen intensiv zuhören und versuchen, ihre bewußten und unbewußten Mitteilungen zu ihren psychoanalytischen Erfahrungen und deren Langzeitwirkungen zu verstehen.

So steht auch diese Studie in einem charakteristischen Spannungsfeld zwischen der klinischen Feldforschung in der psychoanalytischen Situation einerseits und dem Versuch einer triangulierenden, empirischen Annäherung an psychoanalytische Prozesse andererseits. Psychoanalytische Forschung erscheint uns dabei immer wieder wie eine Gratwanderung zwischen dem Rückzug in den ausschließlich innerpsychoanalytischen Dialog innerhalb des fachlichen Elfenbeinturms auf der einen Seite und einer drohenden Überanpassung an ein der Psychoanalyse fremdes Methoden- und Wissenschaftsverständnis auf der anderen Seite. Wir versuchten daher, die damit verbundenen konkreten Forschungsfragen nicht wegzuschieben oder gar zu verleugnen, da provo-

kative oder unerwartete Fragen relevante klinische und empirische Forschung oft besser charakterisieren als »definitive« Antworten. Wir wünschen uns, daß unsere Untersuchung dazu beitragen mag, die Kluft zwischen Forschern und Klinikern in der Psychoanalyse zu verringern.

Anhang 1

Zur Repräsentativitätskontrolle

Tabelle 1

Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Analytiker (Frage 9 der Basiserhebung) nach Anzahl der Fälle [absolut und in %] und nach Mitarbeitbereitschaft

Einschätzung	Alle 321 Analytiker mit Angaben zu Frage 9		darunter die 207 zur Mitarbeit bereiten		darunter die 114 nicht zur Mitarbeit bereiten	
schlecht	184	8.4 %	127	9.2 %	57	7.2 %
mittel	705	32.4 %	446	32.2 %	259	32.6 %
gut	981	45.0 %	620	44.8 %	361	45.4 %
sehr gut	309	14.2 %	191	13.8 %	118	14.8 %
Summe	2179		1384		795	

Tabelle 2

Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch die 207 zur Mitarbeit bereiten Analytiker nach Anzahl der Fälle und nach Analytikern mit und ohne Patienten für die Studie

Einschätzung	Die 207 zur Mitarbeit bereiten Analytiker		darunter die 154 mit Patienten für die Studie		darunter die 53 ohne Patienten für die Studie	
schlecht	127	9.2 %	113	10.9 %	14	4.0 %
mittel	446	32.2 %	315	30.3 %	131	37.9 %
gut	620	44.8 %	479	46.1 %	141	40.8 %
sehr gut	191	13.8 %	131	12.6 %	60	17.3 %
Summe	1384		1038		346	

Tabelle 3

Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch die Analytiker (Frage 9 der Basiserhebung) nach verschiedenen Patientensamples (das erste Patientensample ist bereits in Tabelle 2 aufgeführt)

Patientensamples	Globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Analytiker (Frage 9 Basiserhebung)			
	schlecht	mittel	gut	sehr gut
<i>Die 1038 Patienten der 154 Analytiker aus Tabelle 2</i>	10.9 %	30.3 %	46.1 %	12.6 %
<i>Die 453 kontaktierten Patienten</i>	7.5 %	28.0 %	49.4 %	15.1 %
<i>Die 401 an der Studie teilnehmenden Patienten</i>	6.6 %	26.8 %	50.6 %	16.0 %

Tabelle 4

Selbsteinschätzung (spontane globale Einschätzung) des Therapieerfolgs durch die ehemaligen Patienten (in Prozent der Fälle)

	Einschätzung				ohne Angabe
	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
<i>Alle kontaktierten Patienten (n = 453)</i>	4.2 %	27.2 %	44.2 %	22.3 %	2.2 %
<i>An der Studie teilnehmende Patienten (n = 401)</i>	4.0 %	25.4 %	45.1 %	23.9 %	1.5 %

Tabelle 5

Ehemalige Psychoanalyse-Patienten (3-, 4- oder mehr als 4-stündige Behandlungen), die an der Studie teilnehmen wollen. Anzahl: 207

durch den Analytiker	Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten					Summe
	—	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
—	0	0	3	4	1	8
schlecht	0	2	5	4	2	13
mittel	1	3	20	31	7	62
gut	1	1	17	53	27	99
sehr gut	1	1	0	7	16	25
Summe	3	7	45	99	53	207

Tabelle 6

Zufallsstichprobe (zuzüglich drei bewußt hinzugewählter Extremfälle*) aus Tabelle 5 (Umfang n = 123)

durch den Analytiker	Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten					Summe
	—	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
—	0	0	1	2	1	4
schlecht	0	1	3	3	2*	9
mittel	0	2	12	19	4	37
gut	0	1	12	34	10	57
sehr gut	1	1*	0	5	9	16
Summe	1	5	28	63	26	123

Tabelle 7

Ehemalige Psychotherapie-Patienten (1 – 2-stündige Behandlungen), die an der Studie teilnehmen wollen. Anzahl: 194

durch den Analytiker	Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten					Summe
	—	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
—	0	1	6	4	1	12
schlecht	0	2	5	5	0	12
mittel	2	4	14	15	5	40
gut	1	1	23	44	25	94
sehr gut	0	1	9	14	12	36
Summe	3	9	57	82	43	194

Tabelle 8

Zufallsstichprobe (zuzüglich vier bewusst hinzugewählter Extremfälle*) aus Tabelle 7 (Umfang n = 71)

durch den Analytiker	Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs durch den Patienten					Summe
	—	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
—	0	0	3	2	0	5
schlecht	0	0	3	2	0	5
mittel	2	2	5	5	2*	16
gut	0	1*	9	19	9	38
sehr gut	0	1*	2	3	1	7
Summe	2	4	22	31	12	71

Tabelle 9

Die vier Zufallsstichproben aus den 401 an der Studie teilnehmenden Patienten

	Psychoanalyse-Patienten	Psychotherapie-Patienten	
Interview-Stichprobe	123	71	194
Fragebogen-Stichprobe	84	123	207
	207	194	401

**Fragebogen an die Analytiker/innen der DPV zur Planung
der Katamnesestudie psychoanalytischer Langzeittherapien**

- 1) Wie alt sind Sie ? ☐ Jahre
- 2) Geschlecht weibl/männl ☐ ☐
- 3) Vor wieviel Jahren haben Sie Ihre psychoanalytische Ausbildung abgeschlossen? ☐ Jahre
- 4) Wieviele Behandlungen (ohne Lehranalysen) führen Sie *zur Zeit* durch? ☐ Anzahl
Darunter
- a) 1 bis 2-stündige Langzeittherapien ☐ Anzahl
- b) 3-stündige Langzeittherapien ☐ Anzahl
- c) 4- und mehrstündige Langzeittherapien ☐ Anzahl
- d) Beratungen, Kriseninterventionen, Kurztherapien (bis zu 30 Sitzungen) ☐ Anzahl
- 5) Wieviele abgeschlossene Behandlungen (sämtliche, ohne Lehranalysen) haben Sie bisher durchgeführt ? (Schätzung) ☐ Anzahl
- 6) Befürworten Sie die Durchführung der geplanten Katamnesestudie ☐ ☐
Ja/Nein
- 7) Sind Sie zur Mitarbeit an der Studie bereit ? Ja/Nein ☐ ☐
Falls nein: aus welchen Gründen ?
- a) Prinzipielle Einwände gegen empirische Forschungsstudien ☐
- b) Zeitmangel ☐
- c) Krankheits- oder Altersbedingt ☐
- d) Keine unter 8) zu nennenden Patienten vorhanden ☐
- e) Kein Interesse an der Studie ☐
- f) Teilnahme an anderen Evaluationen ☐
- g) Weitere Gründe (bitte angeben) _____
- 8) Wieviele Behandlungen (ohne Lehranalysen) wurden zwischen 1. Jan. 90 u. 31. Dez. 93 beendet? ☐ Anzahl
Darunter
- a) 1 bis 2-stündige Langzeittherapien ☐ Anzahl
- b) 3-stündige Langzeittherapien ☐ Anzahl
- c) 4- und mehrstündige Langzeittherapien ☐ Anzahl

9) Geben Sie bitte zu den unter 8) genannten Therapien die folgenden Informationen:

Angabe zum Patient				Angaben zur Therapie										
Nr	Behand- lungsart (a/b/c)	Geschl. m/w	Alter bei Beginn der Therapie in Jahren	Art* der be- rufl. Tä- tigkeit	Dauer in Monaten	Spontane globale Einschätzung der psychischen Störung bei Behand- lungsbeginn				Spontane globale Einschätzung des Therapieerfolgs				
						sehr stark	stark	mittel	leicht	schlecht	mittel	gut	sehr gut	
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

* 1 = Arbeiter, 2 = Angestellter, 3 = Beamter, 4 = Selbständiger, 5 = In Ausbildung, 6 = Sonstige

Anhang 2

Zum taxonomischen Auswertungsaspekt: Überlegungen zur Clusteranalyse und zur Verstehenden Typenbildung

Bei der zentralen Frage nach der Bestimmung des Therapieerfolgs werden grundlegende Probleme der Psychotherapieforschung berührt. Ähnlich wie in der psychosomatischen Medizin (vgl. Overbeck et al. 1995) sucht man auch in der Psychotherapieforschung nach Alternativen zu monokausalen Erklärungsmodellen bzw. Spezifitätshypothesen, d. h. man will Grundannahmen verabschieden, nach denen *eine* seelische Ursache *genau eine* spezifische Symptomatik oder Erkrankung hervorbringen kann oder eine therapeutische Strategie ein bestimmtes Therapieresultat.

Als Alternative zeichnet sich hierzu der sogenannte taxonomische Ansatz ab. Es geht dabei um die Identifikation von Untergruppen, z. B. von Therapieerfolgen nach einer Langzeitpsychotherapie. Die Therapieerfolgsuntergruppen können die gesamte Spannbreite möglicher Erfolge repräsentieren, sofern die untersuchte Stichprobe – wie in unserer Untersuchung – repräsentativ ist (s.o.).

Die Aussage, Langzeitpsychotherapie sei bei psychischen Störungen erfolgreich, ist wenig aussagekräftig bzw. zu global. Kiesler (1966, 1969) forderte deshalb schon früh eine differentielle Psychotherapieforschung, in der die zu groben Uniformitätsannahmen in der bisherigen Psychotherapieforschung (z. B. »der« Patient, »die« Psychoanalyse oder »der« Erfolg) differenziert erfaßt werden sollten. Bei dem stringenten, aber beinahe utopisch anmutenden multivariaten Versuchsplan der differentiellen Psychotherapieforschung (vgl. Baumann et al. 1984, 5; Kiesler 1969) treten aber neue Probleme auf, denn denkt man die innere Logik der differentiellen Fragestellung zu Ende, so ist das multifaktorelle Design absurd erweiterbar durch immer mehr Variablen und Faktoren zu einer Substruktur, die eine zu große Zahl an Patienten für die Designzellen nötig macht. So naheliegend das Postulat der differentiellen Gesichtspunkte ist, eine allgemein verbindliche Taxonomie ihrer Bestandteile und die sich daraus ergebende Komplexität hinter multifaktorellen Versuchsplänen ist kaum realisierbar (Baumann u. Reinecker-Hecht 1986). Die Kritik an Uniformitätsmythen scheint uns die Augen für die Feinheit psychotherapeutischer Prozesse in der Forschung geöffnet zu haben, ohne aber – mit Blick auf eine experimentelle Beweisführung – mit experimentellen Forderungen noch vereinbar zu sein. Freuds

frühe Antwort auf die Forderung nach Erfolgsstatistiken: »[...] die Fälle [...] waren wirklich nach den verschiedensten Richtungen nicht gleichwertig« (Freud 1916-17a, 443) ist bis heute nicht überholt. Aber genau dieses Problem stellt sich nun heute von der anderen, von der experimentellen Seite auch, wenn die Forschungsdesigns immer differenzierter werden sollen. Wir reduzieren eine dynamische Komplexität, die sich nur bedingt in experimentelle Forschungsschemata pressen läßt bzw. wie Freud in diesem Zusammenhang zu Recht feststellte: »Was der Therapie zugute kommt, bringt die Forschung zu Schaden« (ebd., 434). Westmeyer (1981) fühlte sich durch die differentielle Psychotherapieforschungsstrategie in der Psychotherapieforschung an Versuche des frühen logischen Empirismus von Carnap erinnert, eine Einheitssprache der Wissenschaft einzuführen, um die Vergleichbarkeit verschiedener theoretischer Ansätze und einen akkumulativen Erkenntnisfortschritt zu ermöglichen. Nach Westmeyer hängen wir damit einer Wissenschaftsutopie in der Psychotherapieforschung nach, die sich in der Philosophie schon länger in ihren Voraussetzungen als fragwürdig erwiesen hat. Obwohl die differentielle Fragestellung mit ihren differenzierten Designs als hohes Ziel gefeiert wurde, scheint niemand es erfüllen zu können; so mußten selbst Grawe et al. (1994) auf die Unerfüllbarkeit dieses Modells hinweisen, als sie »schweren Herzens« die differentielle Kategorisierung der Patienten für ihre Studien aufgeben mußten (ebd., 72). Auf diese »kaum zu bewältigenden Anforderungen« wiesen auch Bastine, Fiedler u. Kommer hin (1989, 8).

Die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapien bzw. eines psychotherapeutischen Verfahrens wird nur dadurch sinnvoll, wenn nach dem Therapieziel, also nach der Qualität bzw. inhaltlichen Bedeutung und Richtung der Effekte, gefragt wird. Da es sich hierbei um wertbezogene Probleme handelt, ist es nicht allein ein wissenschaftliches Problem. Das ergibt sich nicht nur aus den subjektiven Bewertungen der betroffenen Patienten, die von denen des Therapeuten, von Angehörigen und den Psychotherapieforschern relativ unabhängig sein können (Stuhr 1997a, 29).

Akzeptiert scheint lediglich, daß man sich um eine große Differenziertheit bei den Erfolgsmaßen bemühen sollte bzw. der Erfolg »mehrdimensional« bzw. »vielschichtig« ist. Es sollten deshalb folgende Kriterien berücksichtigt werden (Stuhr 1997a):

- neben der statistischen Signifikanz sollte auch die *klinische Bedeutung* einer Veränderung beurteilt werden;
- die sonst üblichen Mittelwertsvergleiche innerhalb der Gruppen be-

handelter Patienten lassen offen, wie viele genau pro Gruppe gebessert oder verschlechtert sind, also brauchen wir auch *Prozentangaben* in unseren Statistiken;

– die Mehrdimensionalität der Veränderung (die *Bandbreite der Veränderung*) muß abgebildet werden;

– die Stabilität von Effekten bzw. die *Dauerhaftigkeit* der Veränderung muß nachgewiesen werden, was in katamnestischen Untersuchungen auch geschieht.

In einer vorliegenden Stichprobe ist es dabei theoretisch denkbar, daß jeder einzelne Patient für sich allein quasi eine Erfolgsuntergruppe bildet, oder aber daß alle Patienten nur einen identischen Therapieerfolg aufweisen, also nur eine einzige generelle Erfolgsgruppe vorhanden ist. Vermutlich ist aber empirisch immer eine Erfolgsuntergruppenstruktur zu ermitteln, die sich zwischen diesen beiden Extremen (alle Patienten bilden nur eine Erfolgsgruppe gegenüber der Vorstellung, jeder Patient für sich allein stellt eine Untergruppe dar) bewegt.

Tabelle 1
Faktorenanalyse (Hauptkomponenten-Modell) mit Varimax-Rotation Faktoren und höchstladende Sub-Skalen der Fragebögen

Faktoren	I	II	III	IV	
Eigen-Wert (> 1)	10.17	2.41	1.11	1.09	
Prozente aufgeklärter Varianz	46.2 %	11 %	5.1 %	5.0 %	Summe: 67.2 %
Sub-Skalen					
GSI*	.919				
Angst*	.866				
Handhabbarkeit**		.722			
Gesundheit***		.465			
Sexualität***			.742		
Finanzen***				.808	

Legende:

* SLC-90-R = Symptom Check List (Franke 1995)

** SOC = Sense of Coherence-Fragebogen (Antonovski 1988)

*** IRES = Lebenszufriedenheitsfragebogen (Gerdes und Jäckel 1995)

Tabelle 2
Fusion der Cluster nach der Methode der hierarchischen Clusteranalyse »WARD« mit quadriertem euklidischem Distanzmaß











Fusionsschritte	Fehlerwertsummen-Werte und die Differenzen zwischen den Fusionsschritten		
			Δ
12	277.96		
			16.75
11	294.71		
			20.94
10	315.65		
			23.43
9	339.08		
			23.91
8	362.99		
			39.32
7	402.31		
			49.32
6	451.63		
			51.23
5	502.86		
			58.63
4	561.49		
			82.18
3	643.67		
			274.33
2	918.00		

Tabelle 3
Interne Validierung der Clusterlösung mit einer Varianzanalyse

Cluster-Nr.	1		2		3		4		5		6		7		F-TEST
	n = 29		n = 26		n = 15		n = 41		n = 28		n = 11		n = 4		df. = 6
Sub-Skalen	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	Sign.
Gesamtwert (GSI) des SCL*	.38	.21	.29	.20	1.08	.25	.39	.16	.16	.09	.93	.39	2.25	.30	98.7 ^{xxx}
Angst*	.48	.34	.30	.19	1.58	.36	.50	.23	.21	.20	1.33	.72	2.86	.55	76.9 ^{xxx}
Handhabbarkeit**	44.3	6.06	46.6	5.90	44.5	6.94	48.2	5.14	54.1	4.02	42.5	8.52	31.5	8.66	13.1 ^{xxx}
Zufriedenheit mit Gesundheit***	6.10	.90	5.46	.71	4.8	1.37	4.80	1.12	6.18	.61	3.09	1.70	3.00	1.82	19.6 ^{xxx}
Zufriedenheit mit Sexualität***	1.89	.93	5.11	.99	3.93	1.70	5.15	1.13	6.00	.72	1.90	1.30	1.50	.58	55.2 ^{xxx}
Zufriedenheit mit finanzieller Situa- tion***	5.14	1.57	3.50	1.20	5.53	1.12	6.17	.86	6.00	.86	1.81	.87	5.00	1.15	34.1 ^{xxx}

Legende:

Fragebögen

* = SCL-90-R (Symptom-Check-Liste)

** = SOC (Sense of Coherence)

*** = Lebenszufriedenheits-Fragebogen (IRES)

F = Wert der Varianzanalyse

M = Cluster-Mittelwert

S = Standard-Abweichung

Sign. = Signifikanz der Varianzanalyse mit Freiheitsgraden und Signifikanz-Niveau (^{xxx} = 1%)

Tabelle 4

Anzahl signifikanter Differenzen zwischen den Clustern in Folge der Varianzanalyse und des nachfolgenden T- und U-Tests zwischen den verwendeten Sub-Skalen

Cluster	2	3	4	5	6	7	Summe	Reihe
1	5	4	3	4	4	4	24	5
2		3	4	5	4	6	7	3
3			3	5	3	4	22	7
4				5	6	6	27	3
5					6	6	31	1
6						2	25	6
7							28	2

Beachte:

Die Summe ergibt sich aus den Zeilen- und Spalten-Teilsummen.

Tabelle 5

Befinden zu Beginn der Therapie

	Befinden des Patienten					
	sehr schlecht			sehr gut		
Cluster	1	2	3	4	5	Summe
Cl. 1	12	12	5	0	0	29
	(22.6)	(18.2)	(17.2)			(18.8)
Cl. 2	9	12	5			26
	(17.0)	(18.2)	(17.2)			(16.9)
Cl. 3	5	6	4			15
	(9.4)	(9.1)	(13.8)			(9.7)
Cl. 4	13	18	8	2		41
	(24.5)	(27.3)	(27.6)	(40.0)		(26.6)
Cl. 5	10	11	5	1	1	28
	(18.9)	(16.7)	(17.2)	(20.0)	(100.00)	(18.2)
Cl. 6	2	5	2	2		11
	(3.8)	(7.6)	(6.9)	(40.0)		(7.1)
Cl. 7	2	2				4
	(3.8)	(3.0)				(2.6)
Summe	53	66	29	5	1	N = 154
	(34.4 %)	(42.9 %)	(18.8 %)	(3.2 %)	(0.6 %)	(100 %)

CC = nicht statistisch signifikant mit .324 (n.s.)

Anhang 3

Exemplarische Katamnese

Freundlicherweise hat diese ehemalige Patientin, Frau X., ihre Einwilligung erteilt, die folgende Zusammenfassung, die selbstverständlich aktiv verschlüsselt ist und die sie selbst autorisiert hat, zu publizieren. Wir beschränken uns daher hier auf diesen Bericht und verzichten aus Diskretionsgründen auf Details aus dem Analytikerinterview und der Gruppenevaluation.

Zum ersten Gespräch:

»Die Analyse hat mich sehr verändert ... Ich habe vorher gar nicht richtig gelebt, sondern alles wie durch eine Glasscheibe wahrgenommen ... nun genieße ich jeden Tag ...«

Das erste Interview – in einer fernen Stadt – kommt nach einigen Schwierigkeiten zustande, da zuerst ein Raum für das Gespräch organisiert werden muß. Frau X. ist sehr hilfsbereit, hilft mir den Raum in der fremden Klinik zu finden, das Tonbandgerät zu installieren etc. Sie wirkt auf mich lebensstüchtig, unkompliziert und gewandt, unbekannte Situationen zu meistern.

Sie ist Physiotherapeutin, Mutter zweier erwachsener Kinder und mit einem z.Zt. arbeitslosen Bankangestellten verheiratet. Sie ist mit ihrer Psychoanalyse (vierstündig, insgesamt 720 Stunden) sehr zufrieden. In einer persönlichen, bilderreichen und gleichzeitig klaren Sprache schildert sie ihre psychoanalytischen Erfahrungen, ihren Selbstfindungs- und Heilungsprozeß sowie ihre Lebens- und Leidensgeschichte. »Die Analyse hat mich sehr verändert und meinem ganzen Leben eine neue Richtung gegeben. Ich habe vorher gar nicht richtig gelebt, sondern alles wie durch eine Glasscheibe wahrgenommen. In der Analyse habe ich meine Gefühle entdeckt und fühle mich nun intensiv im Leben und genieße jeden Tag.« Sie litt jahrelang unter schweren Depressionen mit chronischen Suizidgedanken und dem zwanghaften Impuls, gegen einen Baum zu fahren, sowie an einer ausgeprägten »Zwangsonanie«. Sie schildert eindrücklich, daß sie im analytischen Prozeß ihre Gefühle und ihre Kreativität entdeckte, ein Traumbuch und Gedichte schrieb und sich – gemeinsam mit der Analytikerin – den schweren Traumatisierungen ihrer frühen Kindheit annäherte. Sie stellt ihre schwere depressive Erkrankung u. a. in Zusammenhang mit der Depression ihrer Mutter, die – überfordert durch drei rasch aufeinanderfolgende Geburten und ihre eigene Sozialisation als eines von 12 Kindern einer armen Arbeiterfamilie – sich nicht genügend gut um ihre jüngste Tochter kümmern konnte, z. B. kaum Körperkontakt zu ihr aufnahm. Dagegen sei der Vater aus einer »Kuschelfamilie« gekommen. Sie spricht ohne Haß von ihrer Mutter, aber auch ohne Bagatellisierung. Sie selbst habe zu ihrer Tochter und ihrem Sohn ein besseres und zärtliches Verhältnis. Die Großmutter habe ihren Enkeln erzählt, daß sie erst durch ihren Mann erlebt habe, daß man sich zärtlich anfasse. Noch heute weiche sie instinktiv zurück, wenn man sie begrüße. – Zu ihrem Vater habe sie ein gutes Verhältnis gehabt. Er habe ihr übrigens auch in der Analyse sehr geholfen. Wenn sie etwas wissen wollte, habe er immer gesagt: »Frage lieber mich, die Mutter erträgt dies ohnehin nicht, sie kommt sich nur angegriffen vor.« Sie schildert dann unter Tränen, wie sie den Vater vor 3 Monaten ins Sterben begleitet habe. Er hatte Krebs, weigerte sich, sich operieren zu lassen, und sei dann – nach 10 Tagen – friedlich eingeschlafen. Er habe sich von allen

verabschiedet – besonders von ihr: »Dies hat er gut gemacht.« Sie habe ihn dabei unterstützt, sich nicht operieren zu lassen, wenn er dies nicht wolle ... An dieser Stelle betont sie nochmals, daß sie nun Gefühle erleben könne, auch wenn sie schmerzlich sind. Früher habe sie schmerzliche Gefühle zum Verschwinden bringen müssen, da sie sie nicht ertragen konnte.

Der Vater sei schon früher ihre Vertrauensperson gewesen, habe allerdings ebenfalls einmal in seinem Leben, nach dem Krieg, unter schweren Depressionen gelitten, da er – ein Fahnenflüchtiger der SS – psychisch nicht verarbeiten konnte, daß er an der Ermordung von Zivilisten beteiligt gewesen war. Vor seinem Tod habe er auf sein Leben Rückschau gehalten und ihr viel erzählt. Übrigens habe er auch Gedichte geschrieben, wie sie. Sie male auch, aber nur in schwarz-weiß (Kohle) – mit Farbe könne sie immer noch nichts anfangen, während ihre Tochter und ihr Bruder sehr gut malen könnten. Ihre Gedichte, die durch die Analyse angeregt worden waren, habe sie alle ihrer Analytikerin gegeben. Sie schildert detailliert den Prozeß des Schreibens – oft arbeite es einen Monat in ihr und plötzlich fließe es aus ihr heraus ...

Sie schildert diese kreativen Möglichkeiten als Ausdruck des Heilungsprozesses während der Analyse, in der sie oft nicht sprechen konnte. Erst mit der Zeit lernte sie ihre Gefühle zu benennen. Ihre Sprachlosigkeit und ihr Verstummen sind, wie sie vermutet, oft für die Analytikerin nicht einfach gewesen. Zuweilen sei sie sogar ärgerlich geworden – aber im großen und ganzen habe sie es gut gemacht. Sie habe ihr genügend Raum gegeben (im Gegensatz zu einem anderen Therapeuten, der immer das Kind in ihr zum Schweigen bringen wollte – und damit ihren Zustand nur verschlimmert habe). Dadurch habe sie sich nicht bedrängt gefühlt. »Die Analytikerin hat mir meine eigene Zeit gelassen, ließ mich aber auch nicht allzu lange in meinem Schweigen allein.« Erst jetzt erzählt sie – fast nebenbei – von den jahrelangen schwersten Depressionen mit chronischen Suizidgedanken. Oft habe sie gar nicht aufstehen können und den Kindern – etwa ein Jahr lang – nur Büchsenessen serviert. Sie erzählt dann die folgende Szene: Ihre neunjährige Tochter sei eines Tages, als sie wieder einmal nicht aus ihrem Bett kam, in ihr Zimmer gestürzt und habe gesagt: »Ich habe in der Zeitung gelesen, daß eine Frau von einer Brücke runtergesprungen ist. Wenn Du dies machst, dann bin ich so wütend auf Dich, daß ich Dich noch auf Deinen toten Hintern haue.« Dies habe ihr gezeigt, daß sie aktiv werden müsse. Sie habe sich aufgerafft und sich in einer Psychiatrischen Klinik angemeldet. Sie habe dort zwei Vorgespräche gehabt und sollte eingewiesen werden. Sie wollte keine Psychopharmaka nehmen. Die Ärztin habe gelacht und gesagt: »Wenn Sie dann einmal hier sind, werden wir sehen.« Da habe sie sich entschlossen, auf keinen Fall in die Klinik zu gehen, und sich ambulante Therapiemöglichkeiten gesucht. Nach zwei Therapien, mit denen sie nicht zufrieden war, habe sie eine Fernsehsendung gesehen, in der verschiedene Therapieformen vorgestellt wurden. Sie habe gemerkt, daß Psychoanalyse für sie das Richtige sei ...

Ich bin beeindruckt von der Vitalität und Durchsetzungsfähigkeit von Frau X. Als ich dies anspreche, bestätigt sie, daß sie über eine große Vitalität und Kraft verfüge: »Sonst hätte ich in den vielen Katastrophen meines Lebens nicht überlebt.« Sie wisse heute nicht mehr, wie sie dies alles geschafft habe – 4 x in der Woche psychoanalytische Sitzungen, zwei Kinder und ihr Beruf – Sie begann zu arbeiten, um nach Beendigung der Kassenleistung ihre Analyse bezahlen zu können, und ließ sich anschließend zur Physiotherapeutin ausbilden. Sie ist stolz, daß sie gleich nach der Ausbildung eine feste Anstellung in diesem Beruf gefunden hat. Die schwerste Krise habe sie gehabt, als ihr Sohn, das zweite Kind, an TB erkrankte, »gerade als ich mit Arbeiten anfangen wollte ... mein Mann hat aber gesagt, ich solle dennoch halbtags arbeiten gehen. Da habe ich mich mit einer Freundin zusammengetan, die ebenfalls – nachmittags – arbeitete. Wir organisierten dies gut – und dann ging es irgendwie.«

Sie spricht nun sehr warmherzig von ihrem Mann. Sie habe ihn mit 16 Jahren kennengelernt, mit 21 geheiratet und mit 24 das erste Kind bekommen. Ihr Mann habe auch die Analyse mitgetragen, obschon er zuerst sehr dagegen war. Er war zwar schon mit der Tochter

zu Gesprächen in der Beratungsstelle mitgekommen, in denen sich herausstellte, daß sie selbst therapeutische Hilfe brauche. Doch gegen eine so intensive Behandlung wie eine Psychoanalyse sei er skeptisch gewesen. Als er aber gesehen habe, wie gut ihr dies tue, habe er sie sogar zur Analyse gefahren, wenn sie zuweilen keine Lust hatte, die Sitzungen wahrzunehmen. Als ich frage, ob er sich während dieser Zeit auch verändert habe, lacht Frau X.: »Zuerst wollte ich ihn auch in Analyse schicken, doch irgendwann habe ich gedacht: Nimm ihn doch einfach so, wie er ist – und siehe da, von da an hat er sich verändert.« Sie erwähnt, daß er wegen einer Zusammenlegung seiner Bankfiliale mit einer anderen vor einem Jahr den Arbeitsplatz verloren habe und nun arbeitslos ist. Daher seien sie beide sehr froh, daß sie, ursprünglich Zahnarzthelferin, sich mit der Unterstützung der Psychoanalyse weiterqualifiziert habe und nun viel Befriedigung in ihrem Beruf als Physiotherapeutin finde. Zudem komme sie nun – wegen der Arbeitslosigkeit – für den Unterhalt der Familie auf. Dies alles sei wohl eine schwere Belastung für beide, die sie ohne Analyse nicht bewältigen könnte. In den neun Jahren, in denen sie unter schweren Depressionen litt, wäre dies unmöglich gewesen. – Ich denke darüber nach, wie viele Lebenskrisen und Belastungen dieses Paar miteinander im Laufe seiner Ehe durchgestanden hat und vermute, daß Frau X. in ihrer guten Beziehung zu ihrem Mann innerlich an die tragfähige Vaterbeziehung anknüpfen konnte.

Wir kommen nochmals auf die Analyse zu sprechen. Sie könne sich an viele Sitzungen erinnern – gute, schöne, aber auch schwierige. Sie habe ein Traumbuch geführt und träume auch heute noch intensiv. Wegen des Auftauchens sich wiederholender Alpträume nach der Krebserkrankung ihres Vaters habe sie vor einem Jahr nochmals ihre Analytikerin aufgesucht und gehe nun wöchentlich zu einer Sitzung: »Dies tut mir gut.« Es ist ihr ein Bedürfnis, uns mitzuteilen, daß Analytiker ihren Analysanden falls nötig eine Kriseninterventionsmöglichkeit anbieten sollten. Für sie seien die ersten Sommerferien fast nicht zu ertragen gewesen. Auch komme es ja vor, daß der Analytiker seinen Analysanden verletze. Dann sollte er nicht auf sich allein gestellt sein, sondern mit jemandem darüber sprechen können.

Auf meine Frage, ob sie jemandem eine Analyse empfehlen würde, überlegt sie differenziert: »Es kommt auf die Schwere der Probleme an und aufs Lebensalter. Ich hätte meine Analyse früher machen sollen. 33 Jahre habe ich eigentlich nicht gelebt. Ich kann mich erinnern, daß ich schon als Kind wie von mir selbst abgespalten war ... Ich finde dies traurig und schade.« – Auf Nachfrage erzählt sie von den schwierigen Geburten (zweimal Kaiserschnitt, aus organischen Gründen: Steißlage, bei der zweiten Geburt. Riß der Naht während der Wehen). »Es ist aber alles rasch gegangen, nicht besonders schlimm – aber ich bin sehr enttäuscht gewesen.« Das zweite Kind habe sehr schlecht geschlafen. »Daher waren die ersten Jahre eine starke Belastung ... ich hatte das Mutterglück erwartet, aber nichts davon gespürt ... Die Beziehung zu den Kindern hat sich erst sukzessiv entwickelt. Ich war zwar damals nicht sonderlich depressiv, aber chronisch abgespalten ... eben wie hinter einer Glaswand.«

Nochmals auf die verschiedenen Therapieerfahrungen angesprochen, betont sie, wie wichtig die Analyse für sie war – im Gegensatz zu der Verhaltenstherapie, die sie vorher gemacht habe. »Allerdings habe ich mich in der Verhaltenstherapie erinnern können, daß ich als Neunjährige vergewaltigt worden bin.« Sie erzählt daraufhin, wie sie von dem Bruder eines Kriegskameraden ihres Vaters in einem Hinterhof vergewaltigt worden sei. Dieser Mann sei wenig später wegen Vergewaltigungen verurteilt worden. Sie selbst habe aber niemandem davon erzählen können. Ihr Vater hat sie damals nicht schützen können. »Der war beim Arbeiten – aber als der Typ es mit 14 nochmals versuchte, habe ich derart geschrien, daß sofort mein Vater gekommen ist und mir geholfen hat.« Allerdings suche sie immer noch nach Details in ihrer Erinnerung, da sie wahrscheinlich einiges vergessen habe. »Ich habe immer noch furchtbare Angst vor Dunkelheit und kann nicht allein in den Keller gehen. Ich vermute, daß da auch irgend etwas in einem Keller gewesen ist.« Eine vorsichtige Probedeutung, die ihre Zwangsonanie mit der Vergewaltigung in Zusammenhang stellt,

versteht sie sofort und stellt fest, daß dieses Symptom fast nebenbei während der Behandlung verschwunden sei.

Für mich wird nun deutlicher, was Frau X. mit den »Katastrophen ihres Lebens« meint. Sie schildert glaubhaft von dieser Vergewaltigung und ihrem Leiden daran – bis heute.

Es ist einfach, das Gespräch zu beenden – Frau X. zeigt viel Humor, als sie errät, daß ich sie bitte, Fragebögen auszufüllen »Ja, ja so etwas mit Ankreuzen – habe ich mir doch gleich gedacht.«. Sie ist wiederum kooperativ und hilfsbereit. Sie bringe mir den Fragebogen zum zweiten Gespräch mit. Als ich mich nochmals entschuldige, daß ich sie – wegen ihrer tiefen Stimme am Telefon – mit ihrem Mann verwechselt habe, lacht sie, wird allerdings kurz sehr ernst und sagt, ihre tiefe Stimme habe mit dem Rauchen zu tun. Das Rauchen habe sie in der Analyse nicht in den Griff bekommen.

Unkompliziert und freundlich hilft sie mir beim Tragen und sucht nach der Stationsschwester, die das Zimmer abschließen soll. Sie kenne sich in solchen Gebäuden aus ...

Zum zweiten Gespräch:

Ich mußte Frau X. kurzfristig auf dem Anrufbeantworter den zweiten Termin absagen. Als ich sie schließlich telefonisch erreiche, erzählt sie mir mit spürbarem heftigen Ärger, daß sie wegen des Interviews auf ein Wochenende mit ihrem Mann verzichtet habe. Dennoch ist sie zu einem zweiten Interview bereit. (Mich beeindruckt, wie direkt und »stimmig« mir diese ehemals depressive Patientin ihren Ärger mitteilen kann.)

Im Interview erzählt sie, daß sie das Katamnesegespräch noch sehr beschäftigt habe, vor allem meine Frage, ob sie einen inneren Dialog mit ihrer Analytikerin führe. Dies stimme – in manchen Konfliktsituationen erinnere sie sich plötzlich an analoge Sequenzen aus ihrer Analyse. Nach der Krebserkrankung ihres Vaters seien nochmals Ängste und Panik aufgetreten. Deshalb habe sie sich damals wieder an ihre Analytikerin gewandt.

Auf meine Frage, ob die Großmutter für sie als Kind als »gute Ersatzmutter« zur Verfügung stand, erörtert sie, daß sie zwar eine gute Beziehung zu ihrer Großmutter hatte, aber vor allem die Lieblingstochter ihres Vaters war, was sie – bezogen auf ihre Vitalität und ihre Durchsetzungsfähigkeit – als weit entscheidender einschätzt. Er sei immer sehr stolz auf sie gewesen. Sie erwähnt darauf nochmals, daß er sie vor dem zweiten sexuellen Übergriff geschützt habe. Als ich sie frage, ob ihr Gefühl, »hinter einer Glaswand zu leben«, nach dem sexuellen Mißbrauch aufgetaucht sei, überlegt sie einen Moment lang und verneint die Vermutung: Dieses Gefühl sei schon früher aufgetaucht. Sie erzählt in diesem Kontext von einem weiteren Trauma: Mit 5/6 Jahren litt sie an einem schweren Gelenkrheuma mit entsetzlichen Schmerzen und Lähmungserscheinungen. Schließlich wurde der Verdacht auf Polio widerlegt: Nach Entfernung der Mandeln verschwanden die Symptome rasch. Dagegen vermutet sie, daß ihre Angst vor dem dunklen Keller mit den sexuellen Übergriffen in Zusammenhang stehen könnte. »Doch kann ich mit diesem Symptom leben und meinen Mann oder meine Kinder bitten, daß sie mit mir in den Keller gehen: Es wird ja nie möglich sein, alles zu verstehen.«

Auf Nachfrage erzählt sie von der starken Eifersucht ihres Bruders, der sie als Säugling mit einem glühenden Stab fast umgebracht habe, als die Mutter kurz im Hof Wäsche aufhing.

Während einer langen Passage beschäftigen sie Schuldgefühle ihren Kindern gegenüber, die sie – während der Zeiten ihrer Depression – schwer vernachlässigt habe. Die Kinder erinnern sich intensiv an die »Zeit der Analyse« und an die dadurch ermöglichte Veränderung der häuslichen Atmosphäre. »Sie verstehen beide viel von Psychologie – doch ist die eine Künstlerin, der Sohn studiert ein naturwissenschaftliches Fach«, sagt Frau X. voll Stolz. »Die Psychoanalyse hat mir geholfen, mit meinen Schuldgefühlen produktiver umzugehen und mich daran zu halten, daß ich uns allen schließlich eine zweite Chance gegeben habe.«

Am Ende des Interviews interessiert sich Frau X. sehr für die Katamnese studie, bedankt sich und schenkt mir zwei Gedichte, da auch ihr die Gespräche »viel gebracht haben«.

Auch wenn wir aus Diskretionsgründen nicht auf die psychoanalytische Evaluation des Therapieerfolgs eingehen können, mag dieses Beispiel die Einmaligkeit, Komplexität, emotionale Dichte und die klinische Relevanz der Katamneseinterviews veranschaulichen.

(Anschrift für die Verf.: Prof. Dr. Marianne Leuzinger-Bohleber, Universität Gesamthochschule Kassel, Institut für Psychoanalyse, Nora-Platiel-Str. 1, D-34127 Kassel)

BIBLIOGRAPHIE

- Antonovsky, A. (1988): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco (Jossey Bass).
- Argelander, H. (1970): *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt (Wissenschaftl. Buchges.).
- Bachrach, H.M., et al. (1991): On the efficacy of psychoanalysis. *JAPA*, 39, 871–916.
- Bastine, R., P. Fiedler und D. Kommer (1989): Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zs. Klin. Psych.*, 1, 3–21.
- Baumann, U., und C. Reinecker-Hecht (1986): Psychotherapie Evaluation. In: K.P. Kisker et al. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1: Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie. Berlin (Springer).
- Baumann, U., C. Hecht und H. Mackinger (1984): 1. Psychotherapieforschung: Unterschiedliche Perspektiven. In: U. Baumann (Hg.): *Psychotherapie: Makro-/Mikroperspektive*. Göttingen (Hogrefe).
- Beenen, F. (1997): Die Amsterdamer PEP Studie. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 336–347.
- Beutel, M., und M. Rastig (im Druck): Langzeittherapien aus der Rückschau ehemaliger Patienten. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber und M. Beutel (Hg.) (im Druck).
- Bohleber, W. (1997): Zur Bedeutung der neueren Säuglingsforschung für die psychoanalytische Theorie der Identität. In: H. Keupp und R. Höfer (Hg.): *Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung*. Frankfurt/M. (Suhrkamp), 93–120.
- (1999): Trauma, Trauer und Geschichte. (Unveröffentl. Ms.)
- (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 54, 797–839.
- Bollas, C. (1992): *Genese der Persönlichkeit. Psychoanalyse und Selbsterfahrung*. Stuttgart (Klett-Cotta) 2000.
- Bortz, J. (1985): *Lehrbuch der Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin (Springer).
- Breyer, F., R. Heinzel und T. Klein (1997): Kosten und Nutzen ambulanter Psychoanalysen in Deutschland. *Gesundheitsökon. u. Qualitätsmanag.*, 2, 59–73.
- Clarkin, J.F., F.E. Germans und O.F. Kernberg (1999): *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York (John Wiley & Sons).
- Dahl, H., H. Kächele und H. Thomä (Hg.) (1988): *Psychoanalytic Process Research Strategies*. New York (Springer).
- Dammann, G. (im Druck): Kontroversen und Behandlungskonzepte von Borderlinepatienten. In: Stuhr, U., M. Leuzinger-Bohleber u. M. Beutel (Hg.) (im Druck).
- DeWitt, K. (1997): Inter-rater reliability of the scales of psychological capacities. Support for a measure of structural change. Vortrag vor der IPA Research Conference, UCL.

- Dreher, A.U. (im Druck): Welche Ziele verfolgen Psychoanalytiker? In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber und M. Beutel (Hg.) (im Druck).
- , und J. Sandler (1997): Zum Problem des Behandlungsziels von Psychoanalysen. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 73–92.
- Dührssen, A., und E. Jorswieck (1965): Eine empirisch-statistische Untersuchung zur Leistungsfähigkeit psychoanalytischer Behandlung. *Der Nervenarzt*, 36, 166–169.
- Fonagy, P. (1998): Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. *Psyche*, 52, 349–369.
- (im Druck): Die Ergebnisse von Psychoanalysen: Die Arbeit des Anna Freud Center. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber und M. Beutel (Hg.) (im Druck).
- , und M. Target (1997): Voraussagen über die Ergebnisse von Kinderanalysen: Eine retrospektive Studie von 763 Behandlungen am Anna Freud Center. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 366–407.
- Franke, G. (1995): SCL-90-R: Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Göttingen (Beltz Test).
- Freud, S. (1916–17a): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XI.
- Gerdes, N., und W.H. Jäckel (1995): Der IRES-Fragebogen für Klinik und Forschung. *Rehabilitation*, 34, 13–24.
- Gerhardt, U. (1986): *Patientenkarrieren*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Grawe, K., R. Donati und F. Bernauer (1994): *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen (Hogrefe).
- Hampe, M. (im Druck): *Pluralismus der Wissenschaften und die Einheit der Vernunft*.
- Heinzel, R., F. Breyer und T. Klein (1996): *Ambulante Psychoanalyse in Deutschland. Eine katamnestiche Evaluationsstudie*. Fakultät für Wirtschaftswissenschaften.
- Huber, D., G. Klug und M. v. Rad (1997): *Münchener Psychotherapie-Studie (MPS)*. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 454–469.
- Kaarento, K., et al. (1995): *The Helsinki Psychotherapy Study*. (Unveröffentl. Ms.).
- Kächele, H. (1995): Klaus Grawes Konfession und die psychoanalytische Profession. *Psyche*, 49, 481–492.
- Kantrowitz, J.L. (1995): The beneficial aspects of the patient-analyst match. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76, 299–313.
- (1997): The symmetrical aspect of the therapeutic relationship: it takes two to have a therapeutic alliance. Vortrag vor der 7th IPA Research Conference, London.
- , A.L. Katz und F. Paolitto (1990): Follow-up of psychoanalysis five to ten years after termination. *JAPA*, 38, 471–496, 637–650 und 655–678.
- Keller, W., et al. (1997): Zur Wirksamkeit ambulanter (jungianischer) Psychoanalysen und Psychotherapien. Eine katamnestiche Studie. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 432–453.
- Kiesler, D.J. (1966): Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol. Bull.*, 65, 110–136.
- (1969): A grid model for theory and research in psychotherapies. In: L.D. Eron und R. Callahan (Hg.): *The Relation of Theory to Practice in Psychotherapy*. Chicago (Aldine), 115–145.
- Koukkou, M., M. Leuzinger-Bohleber und W. Mertens (Hg.) (1998): *Erinnerung von Wirklichkeiten. Psychoanalyse und Neurowissenschaften im Dialog*. Bd. 1: Bestandsaufnahme. Stuttgart (Verl. Intern. Psychoanal.).
- Krusche, H. (im Druck): »Schade um die schöne Zeit«. Zur Erfolgsbeurteilung psychoanalytischer Langzeitbehandlungen bei traumatisierten Patienten.
- Lear, J. (1995): The shrink is in. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 92–106.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1995): Die Einzelfallstudie als psychoanalytisches Forschungsinstrument. *Psyche*, 49, 434–481.

- (im Druck): Katamnese – ihre klinische Relevanz. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber und M. E. Beutel (Hg.) (im Druck).
- , und U. Stuhr (Hg.) (1997): *Psychoanalysen im Rückblick. Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neueren Katamneseforschung*. Gießen (Psychosozial-Verl.).
- , und R. Pfeifer (1998): *Erinnern in der Übertragung – Vergangenheit in der Gegenwart?* Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science im Dialog. *Psyche*, 52, 884–919.
- , und B. Rüger (im Druck): *Psychoanalytische Katamnesen. Klinische Kriterien und ihr empirischer Vergleich*.
- , U. Stuhr und M. E. Beutel (1999): Longterm effects of psychoanalysis and psychoanalytic therapies: A representative follow-up-study. Vortrag vor dem Empirical Procongress of the IPA Congress in Santiago de Chile.
- , U. Stuhr, B. Rüger und M. E. Beutel (2000): How to study the quality of psychoanalytic treatments? A combination of qualitative and quantitative approaches in a representative followup study. Vortrag vor der Joseph Sandler Research Conference, London.
- , U. Stuhr u. M. E. Beutel (Hg.) (im Druck): *Langzeit-Psychotherapien. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Lorenzer, A. (1987): Zum Widerstandspotential der Psychoanalyse. *Fragmente*, 19, 185–197.
- Mc Cullough Vaillant, L. (1997): *Changing Character: Short-Term Anxiety-Regulating Psychotherapy for Restructuring Defenses, Affects, and Attachment*. New York (Basic Books).
- Mentzos, S. (1994): *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie. Tonbandaufzeichnung der Lindauer Psychotherapiewochen*.
- (im Druck): Versuch einer klinisch orientierten psychosomatischen Klassifikation von Borderline-Zuständen. In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber und M. Beutel (Hg.) (im Druck).
- Meyer, A.E. (1971): Klassifikation von Neurotisch-Kranken (Taxonomie) und von Neurose-Symptomen (Nosologie). In: K.P. Kielholz et al. (Hg.): *Psychiatrie der Gegenwart. Klinische Psychiatrie 1, Band II/1*. Berlin (Springer), 663–685.
- (1981): The Hamburg Short Psychotherapy Comparison Experiment. *Psychother. Psychosom.*, 35, 81–207.
- , et al. (1988): 12-year follow-up study of the Hamburg Short Psychotherapy Experiment: An overview. *Psychother. Psychosom.*, 50, 192–200.
- Modell, A.H. (1984): *Psychoanalysis in a New Context*. New York (IUP).
- Moser, U. (1992): Two Butterflies on My Head, or, Why Have a Theory in Psychoanalysis? In: M. Leuzinger-Bohleber, H. Schneider und R. Pfeifer (Hg.): »Two Butterflies on My Head...« *Psychoanalysis in the Interdisciplinary Dialogue*. New York (Springer), 29–47.
- Norman, H., et al. (1976): The fate of the transference neurosis after termination of a satisfactory analysis. *JAPA*, 24, 471–498.
- Oremland, J., K. Blacker und F. Haskell (1975): In completeness in »successful« psychoanalyses: a followup study. *JAPA*, 23, 819–844.
- Overbeck, G., et al. (1995): *Neuere Entwicklungen in der Psychosomatischen Medizin. Psychotherapeut*, 44, 1–12
- Pfeffer, A.Z. (1959): A procedure for evaluating the results of psychoanalysis: A preliminary report. *JAPA*, 7, 418–444.
- (1961): Followup Study of a satisfactory analysis. *JAPA*, 9, 689–718.
- (1963): The meaning of the analyst after analysis. *JAPA*, 11, 229–244.
- Rad, M. v., W. Senf und W. Bräutigam (1998): *Psychotherapie und Psychoanalyse in der Krankenversorgung: Ergebnisse des Heidelberger Katamnese-Projektes*. *Psychotherapie, Psychosom., med. Psychol.*, 48, 88–100.
- Rudolf, G. (1996): *Psychotherapieforschung bezogen auf die psychotherapeutische Praxis*. *Psychotherapie Forum*, 4, 124–134.

- , R. Manz und C. Öri (1994): Ergebnisse psychoanalytischer Therapien. *Zs. Psychosom. Med.*, 40, 25–40.
- Rüger, B. (1994): Kritische Anmerkungen zu den statistischen Methoden in Grawe, Donati und Bernauer: »Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession«. *Zs. Psychosom. Med. und Ps.*, 40, 368–383.
- (1996): Fragen und Anmerkungen zu einigen statistischen Methoden in der Psychotherapieforschung. *Psychotherapie Forum*, 4, 135–143.
- (1997): Stichprobenplan einer Katamnese studie. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 485–488.
- Sandell, R. (1994): A follow-up evaluation of psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy. Vortrag vor dem Workshop Process and Effect Research in Psychoanalysis, Stockholm.
- (1997): Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 348–365.
- Sandler, J., und A.U. Dreher (1996): Was wollen die Psychoanalytiker? Das Problem der Ziele in der psychoanalytischen Behandlung. Stuttgart (Klett-Cotta) 1999.
- Schepank, H. (1995): Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score. Göttingen (Beltz Test).
- Schlessinger, N., und F.P. Robbins (1983): A Developmental View of the Psychoanalytic Process. Follow-up Studies and Their Consequences. Madison (IUP).
- Seligman, M.E.P. (1995): The effectiveness of psychotherapy: the consumer report study. *Am. Psychologist*, 50, 965–974.
- Sennett, R. (1998): *Der flexible Mensch*. Berlin (Berlin Verl.).
- Stern, D.N. (1995): *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1998.
- Strenger, C. (1991): *Between Hermeneutics and Science. An Essay on the Epistemology of Psychoanalysis*. New York (IUP).
- Stuhr, U. (1995): Die Fallgeschichte als Forschungsmittel im psychoanalytischen Diskurs. Ein Beitrag zum Verstehen als Methode. In: E. Kaiser (Hg.): *Psychoanalytisches Wissen*. Opladen (Westdt. Verl.), 188–204.
- (1996): Taxonomische Forschungsansätze in Psychosomatik und Psychotherapie. *Psychother., Psychosom., med. Psychol.*, 6, 208–216.
- (1997a): Therapieerfolg als Prozeß. Leitlinien für eine künftige Psychotherapieforschung. Heidelberg (Asanger).
- (1997b): Psychoanalyse und qualitative Psychotherapieforschung. In: M. Leuzinger-Bohleber und ders. (Hg.) (1997), 164–182.
- , und A.R. Meyer (1991): University of Hamburg. Hamburg short-term psychotherapy comparison. In: L.E. Beutler und M. Crago (Hg.): *Psychotherapy Research. An International Review of Programmatic Studies*. *Ann. Psychol. Ass.*, 212–225.
- , und F.W. Deneke (1993): Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument. Heidelberg (Asanger).
- , M. Leuzinger-Bohleber und M. E. Beutel (Hg.) (im Druck): *Langzeit-Psychotherapie. Perspektiven für Therapeuten und Wissenschaftler*. Stuttgart (Kohlhammer).
- Thomä, H., und H. Kächele (1996/97): *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. 2 Bde. Berlin (Springer).
- Tschuschke, V., C. Heckrath und W. Tress (1997): Zwischen Konfusion und Makulatur: Zum Wert der Berner Psychotherapie-Studie von Grawe, Donati und Bernauer der Berner Psychotherapiestudie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Varvin, S. (1977): Die Oslo-Studie. In: M. Leuzinger-Bohleber und U. Stuhr (Hg.) (1997), 407–414.
- Wachholz, S., und U. Stuhr (1999): The concept of ideal typs in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*, 9, 327–341.
- Waldvogel, B. (1997): Längere Psychotherapien werden als nützlicher erlebt. Zu den Ergebnissen und der Diskussion einer unabhängigen Umfrage in den USA. *Forum Ps.*, 13, 172–182.

- Wallerstein, R.S. (1986): *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York (Guilford Pr.).
- (1989): Follow-up in psychoanalysis: clinical and research values. *JAPA*, 37, 921-943.
 - (1999): The generations of psychotherapy research: an overview. Erscheint auf deutsch in: U. Stuhrl, M. Leuzinger-Bohleber und M. Beutel (Hg.) (im Druck).
 - , et al. (1996): The scales of psychological capacities. Version 1. (Unveröffentl. Ms.).
- Weber, J., H. Bachrach und H. Solomon (1985): Factors associated with the outcome of psychoanalysis: report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project. *Int. Rev. Psa.*, 12, 127-141 und 251-262.
- Weber, M. (1904): Die »Objektivität« sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnisse. In: *Ges. Aufsätze zur Wissenschaftslehre*. Tübingen (Mohr) 1988, 124-214.
- Westenberger-Breuer, H. (im Druck): Ziele der Psychoanalyse. Eine interdisziplinäre Untersuchung zu psychoanalytischen Konzepten über den Behandlungserfolg.
- Westmeyer, H. (1981): Allgemeine methodologische Probleme der Indikation in der Psychotherapie. In: U. Baumann (Hg.): *Indikation zur Psychotherapie*. München (Urban u. Schwarzenberg), 187-198.
- Zielke, M., und C. Kopf-Mehnert (1978): *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens*. Heidelberg (Springer).
- Zwiebel, R. (1999): *Wie heilt die Psychoanalyse?* Unveröffentl. Vortrag, Kassel.

Summary

Long-term effects of psychoanalysis and psychotherapy: A representative multi-perspective follow-up study. – With competition getting fiercer on the psychotherapeutic market and public funding cutbacks the order of the day, increasing pressure is being brought to bear on psychoanalysis to provide concrete medical evidence to substantiate its success claims. In this follow-up study based on a representative sample of all clients completing courses of treatment with German Psychoanalytic Association (DPV) analysts between 1990 and 1993, the authors square up to the challenge of providing empirical evidence of the long-term effect of psychoanalyses and psychoanalytic therapies. In so doing they by no means neglect the fundamental objections that can be leveled at such success-measurement studies: Can psychotherapy success be empirically verified at all? Who judges the results of psychotherapy? Are randomized, controlled outcome studies ethical? The result is a study which takes a critical look at questions of method and combines qualitative psychoanalytic observations from the follow-up interviews with quantitative approaches, delineating its position on statistical design and representativeness, study design and methodological matters, and the conduct and multi-perspective evaluation of the follow-up interviews. Selected findings on changes effected by treatment, symptom stress, therapy satisfaction and treatment costs impressively demonstrate the significance of the study.

Résumé

Les effets sur le long terme des psychanalyses et des psychothérapies: Une étude catamnésique multiperspectiviste et représentative. – A une époque où la concurrence sur le marché psychothérapeutique est de plus en plus grande, et où l'Etat

a de moins en moins d'argent, est de plus en plus forte la pression exercée sur la psychanalyse pour prouver la réussite de son traitement, au sens que fournit une médecine basée sur l'évidence. Dans l'étude catamnésique en question – et qui est basée sur un échantillon représentatif de tous les anciens patients ayant terminés leur traitement chez les analystes membres de l'Association psychanalytique allemande (DPV), entre 1990 et 1993 – les auteurs relèvent le défi qui consiste à démontrer empiriquement l'effet sur le long terme des psychanalyses et des thérapies psychanalytiques, tout en prenant au sérieux les objections de principe qu'on peut faire à de telles études sur la réussite du traitement, à savoir: les réussites des psychothérapies sont-ils empiriquement mesurables? Qui juge de résultats de la psychothérapie? Peut-on moralement accepter des études sur le succès des psychothérapies, qui soient randomisées, contrôlées? Il en résulte une étude critique à l'égard de sa propre méthodologie, qui combine les observations psychanalytiques qualitatives sur des entretiens catamnésiques avec les méthodes quantitatives, qui prend donc position tant sur le design statistique et la représentativité de l'échantillon que sur le design de l'étude et le cadre méthodologique, y compris la manière de procéder à la réalisation et à l'évaluation multiperspectiviste des entretiens catamnésiques. Les résultats choisis concernant les changements obtenus grâce au traitement, le poids encore actuel du symptôme, la satisfaction quant au traitement et les coûts entraînés par la maladie, démontrent clairement l'importance de l'étude.