



HAP

Hochschule für Angewandte Psychologie

Zürcher Fachhochschule

2. Studienarbeit

Ist die Freud'sche Psychoanalyse zu wenig zielgerichtet?

Eine qualitative Erhebung der Zufriedenheit von Analysandinnen und Analysanden.

Regine Götz

Vertiefungsrichtung Diagnostik und Beratung

Referentin: Christine Widmer, Dr. phil.

Zürich, Oktober 2006

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung zur dipl. Psychologin FH bzw. zum dipl. Psychologen FH an der Hochschule für Angewandte Psychologie HAP verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch die HAP.

Hochschule für Angewandte Psychologie HAP, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
2.	Theoretische Grundlagen	3
2.1.	Begriffsklärung Psychoanalyse	3
2.1.1.	Psychoanalyse aus klinischer Sicht	4
2.1.2.	Die psychoanalytische Methode	5
2.1.3.	Unterschied zwischen Psychoanalyse und psychoanalytischer Therapie	7
2.2.	Ist die Psychoanalyse beforschbar?	7
2.3.	Die psychoanalytische Kontroverse um die Ziele der Behandlung	10
2.3.1.	Aus der Geschichte der Ziele in der Psychoanalyse - Freud	11
2.3.2.	Wahrheitssuche oder Heilung?	12
2.3.3.	Therapeutische Ziele und analytische Ziele	14
2.3.4.	Operationalisierte Therapieziele im Überblick - zwei Übersichtsarbeiten	16
2.4.	Das Problem der Kosten im Zusammenhang mit Therapiezielen	18
2.5.	Lebensqualität	18
2.6.	Studien zur Wirksamkeit innerhalb der Psychoanalyse	19
2.6.1.	Die Menninger Studie (1954 - 1984)	20
2.6.2.	Das Columbia Psychoanalytic Center Research Project.	21
2.6.3.	Stockholm-Studie: Sandell (1990- 1996)	21
2.6.4.	Gross angelegte Katamnesestudie: Leuzinger-Bohleber et al. (1998-1999)	23
2.6.5.	Qualitative Forschungsarbeiten	25
3.	Empirischer Teil	27
3.1.	Methodisches Vorgehen	27
3.1.1.	Datenerhebung durch halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews	27
3.1.2.	Suche der Interviewpartnerinnen und -partner	28
3.1.3.	Durchführung der Befragung	29
3.2.	Auswertung	29
3.2.1.	Transkription	29
3.2.2.	Qualitative Inhaltsanalyse	29
3.2.3.	Die Interviewten	31
3.3.	Die Ergebnisse der Interviews	33
3.3.1.	Fragen zur Dauer, dem Setting und zum Zeitraum seit Behandlungsende	34
3.3.2.	Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?	35
3.3.3.	Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?	38
3.3.4.	Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?	39
3.3.5.	Leitfrage IV: Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?	41
3.3.6.	Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?	41
3.3.7.	Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?	43
3.3.8.	Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?	44
3.3.9.	Leitfrage VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden?	47
3.3.10.	Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?	48
3.3.11.	Leitfrage X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?	50
4.	Diskussion	52

4.1.	Leitfrage	I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?	52
4.2.	Leitfrage	II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?	53
4.3.	Leitfrage	III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?	54
4.4.	Leitfrage	IV: Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?	55
4.5.	Leitfrage	V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?	55
4.6.	Leitfrage	VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?	56
4.7.	Leitfrage	VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?	56
4.8.	Leitfrage	VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden?	57
4.9.	Leitfrage	IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?	58
4.10.	Leitfrage	X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?	59
4.11.	Zusammenfassung		59
4.12.	Kritische Schlussbetrachtungen		60
5.	Abstract		63
6.	Literaturverzeichnis		64
7.	Anhang		69
7.1.	Anhang A:	Interviewleitfaden	69
7.2.	Anhang B:	Übersichtstabelle der Kategorien und Inhaltsanalyse aller Interviews	72
7.3.	Anhang C:	Ziele der psychoanalytischen Therapie nach Knight (1941/ 42)	80
7.4.	Anhang D:	Ausführlicher Überblick über die Zielvorstellungen der Psychoanalyse nach Mc Glashan und Miller (1982)	81

An dieser Stelle möchte ich vorab ein herzliches Dankeschön an alle Menschen aussprechen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Den Interviewpartnerinnen und -partnern danke ich für ihre Offenheit und das entgegengebrachte Vertrauen. Frau Dr. phil. Christine Widmer danke ich für die persönliche und engagierte Betreuung der Arbeit. Herzlicher Dank gebührt auch Herrn Dr. Jörg Keller für die genaue und umsichtige Durchsicht des Manuskripts und Herrn Patrick Thomann für die freundschaftliche Hilfe bei der Formatierung der Arbeit.

1. Einleitung

Die Psychoanalyse steht seit geraumer Zeit unter dem Druck von zum Teil heftiger Kritik. Es wird ihr vorgeworfen, zu teuer, zu lang, zu wenig effizient und zudem elitär zu sein. Ziel- und vertragsorientierte Psychotherapieformen scheinen im Trend zu liegen. Dies entspricht - zumindest vordergründig verständlicherweise - der Forderung nach Kostensenkung im Gesundheitswesen.

Im Telefonbuch der Stadt Zürich finden sich aber nichtsdestoweniger zahlreiche Einträge psychoanalytischer Praxen und in der Stadt gibt es zwei Institute für Freud'sche Psychoanalyse. Eine Nachfrage nach psychoanalytischer Behandlung ist also trotz der Einwände offenbar vorhanden.

Die vorliegende qualitative Arbeit geht den Fragen nach, ob und wie sich in der Wahrnehmung der Analysandinnen und Analysanden ihre Psychoanalyse an Behandlungszielen orientiert hat und wie sie selber die Wirksamkeit ihrer Analyse beurteilen. Die Datenbasis der Arbeit bilden Interviews mit Menschen, die sich für eine Psychoanalyse entschlossen haben. Konkret untersucht wurden dabei der Umgang mit Zielen in der Psychoanalyse einerseits und die subjektiv eingeschätzte Wirkung der Behandlung auf die erlangte Lebensqualität der Analysandinnen und Analysanden andererseits. Da es sich um eine explorative Befragung handelt, wurde der Leitfaden anhand von zehn Leitfragen strukturiert. Sie lauten wie folgt: (1) Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse? (2) Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden? (3) Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent? (4) Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein? (5) Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache? (6) Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam? (7) Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse? (8) Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden (9) Wie gestaltete sich das Ende der Analyse? (10) Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse? Diese Leitfragen werden in der Diskussion beantwortet.

Im ersten Teil der Arbeit werden die zum Verständnis und zur Vertiefung der Thematik als wichtig erachteten theoretischen Grundlagen vorgestellt. Zunächst wird die Psychoanalyse im ersten Kapitel als Therapierichtung unter geschichtlichen, wissenschaftlichen und klinischen

Gesichtspunkten vorgestellt. Im zweiten Kapitel wird auf das Thema der Wirksamkeitsforschung und die Kontroversen unter den Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern zu diesem Thema eingegangen. Daran schliesst ein ausführlicher Teil über die Ziele der Psychoanalyse an, die seit Freuds Zeiten in psychoanalytischen Kreisen diskutiert werden. Damit verbunden wird auch die Frage nach den Behandlungskosten im Zusammenhang mit den Behandlungszielen aufgeworfen. Das Thema „Lebensqualität“ wird kurz behandelt. Am Ende des theoretischen Teils der Arbeit werden Studien vorgestellt, die im Zusammenhang mit der Thematik der Therapiewirksamkeit relevant sind.

Im empirischen, zweiten Teil der Arbeit werden Planung, Durchführung, Auswertung und Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews mit zehn zum Teil sich noch in Analyse befindenden Personen erläutert.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Begriffsklärung Psychoanalyse

Wenn wir in wenigen Zeilen beschreiben wollen, was die Psychoanalyse ist, stehen wir laut Mertens (2000a, S. 15) bereits vor einem Problem: *Die Psychoanalyse gibt es nicht*. Seit Sigmund Freud in seinem Lebenswerk den Grundstein der Psychoanalyse gelegt hat, gab es viele Denker und Denkerinnen, die sich mit der psychoanalytischen Theorie auseinander setzten, sie weiter entwickelten und die zum Teil in einem manchmal friedlichen, manchmal streitbaren, zum Teil sich gegenseitig befruchtenden Nebeneinander verschiedener Theorie- und Schulrichtungen existieren. Zu Freuds Zeiten durfte sich nur Psychoanalytikerin oder Psychoanalytiker nennen, „wer an die Macht der Psychosexualität, an das Unbewusste, die Übertragung und den Ödipuskomplex glaubt[e]“ (Mertens, 2000a, S. 15). Alle Andersdenkenden schloss die psychoanalytische Gemeinschaft aus. Heute hat man sich laut Mertens an den Theorienpluralismus innerhalb der Psychoanalyse gewöhnt. Und doch: Wo wird die Grenze gezogen? Was berechtigt eine Schulrichtung, sich das Etikett „Psychoanalyse“ anzuheften? Dazu wieder Mertens (2000a):

Mehr oder weniger sind alle der Einstellung verpflichtet, dass es ein dynamisches Unbewusstes gibt, das einen wirksamen Einfluss auf unser bewusstes Erleben und Verhalten ausübt. Alle Theoretiker stimmen ferner darin überein, dass die ersten Lebensjahre, insbesondere die Erfahrungen mit den Eltern, Geschwistern und anderen Bezugspersonen von grosser Bedeutung für die spätere Entwicklung sind, dass Kinder verschiedene Phasen oder Stufen durchlaufen und dabei eine immer komplexer werdende psychische Struktur ausbilden. Schliesslich teilen alle unterschiedlichen Theoretiker die Überzeugung, dass man anhand des Studiums von Träumen, Fehlleistungen, Übertragungsphänomenen und anderen normalpsychologischen und psychopathologischen Erscheinungen Zugang zu der unbewussten Dynamik eines Menschen erhält. (S.17)

Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht zwischen den Zielen der verschiedenen Schulen der Psychoanalyse unterschieden. Dies hat verschiedene Gründe: Erstens wissen Analysandinnen und Analysanden nicht, an welcher psychoanalytischen Schule sich ihre Analytikerin oder ihr Analytiker orientiert. Dies wird anhand der empirischen Untersuchungsergebnisse unten belegt. Zweitens unterscheidet auch Mertens selbst in seiner Darlegung der Ziele (vgl. Kapitel 2.3.3.) nicht zwischen den Zielen der einzelnen Schulen, sondern stellt psychoanalytische Ziele in einem Überblick dar, der verschiedene Strömungen innerhalb der Psychoanalyse nicht unterscheidet. Drittens wird selbst in den gross angelegten Studien, die in Kapitel 2.6. vorgestellt werden, nicht schulenspezifisch geforscht.

Müller-Pozzi (2002) bezieht sich zunächst darauf, wie Freud selbst die Psychoanalyse definierte:

Psychoanalyse ist der Name 1) eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind; 2) einer Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet; 3) einer Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen (Freud 1923a, S. 211 und S. 223; zit. nach Müller-Pozzi, 2002, S. 9).

Müller-Pozzi (2002) liefert uns auch seine moderne Übersetzung von Freuds Definitionen:

Psychoanalyse ist...

1. eine Erkenntnismethode unbewusster psychischer Prozesse
2. eine Methode der Verarbeitung psychischer Konflikte und
3. eine psychologische Theorie des psychischen Lebens und Erlebens, vor allem deren unbewussten Anteile. (S. 9)

Bei Ermann (2004) finden wir eine weitere Definition:

Die **Psychoanalyse** ist eine anthropologische Wissenschaft, die das Erleben und Verhalten als ein Zusammenwirken von bewussten und unbewussten seelischen Prozessen erforscht. Auf dieser Basis wurden u. a. eine psychoanalytische Persönlichkeitslehre, eine psychoanalytische Krankheitslehre und eine Behandlungsmethode entwickelt. Sie ist die klassische Form der Psychotherapie. Methodisch ist sie dadurch gekennzeichnet, dass sie Veränderungen des Erlebens und Verhaltens vorrangig durch Einflussnahme auf unbewusste Prozesse anstrebt und dabei der Manifestation des Unbewussten in der Patient - Therapeut - Beziehung in Form von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand besonderes Interesse widmet. Die Psychologie des Unbewussten wird auch als Tiefenpsychologie bezeichnet. (S. 385)

Ermann (2004, S. 385) unterscheidet zwischen „psychoanalytischer Methode“ einerseits, die das Vorgehen des Analytikers bezeichnet, um das Verhalten zu erforschen und die psychogenen Störungen zu beheben und „Psychoanalyse“ andererseits, mit der die Wissenschaft bezeichnet werde, die Theorie, Methode und Behandlungspraxis umfasse.

2.1.1. Psychoanalyse aus klinischer Sicht

Auf der Homepage des psychoanalytischen Seminars Basel findet sich eine weitere Definition - die im Zusammenhang mit dieser Arbeit interessant ist, da sie von der Ausbildungsstätte eines Teils der Schweizer Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker stammt - und sich auf die klinische Praxis bezieht. Diese Arbeit untersucht ja, wie Analysandinnen und Analysanden *heute* den Umgang mit Zielen in der psychoanalytischen Praxis erleben.

In der klinischen Anwendung beinhaltet Psychoanalyse „die Diagnose und Behandlung von Krankheiten und Störungen, denen unbewusste seelische Konflikte, psychische Entwicklungsdefizite, traumatische Erfahrungen und frühe pathogene Beziehungsmuster zugrunde liegen. Ängste, Depressionen und Zwänge in ihren verschiedenen Ausprägungsformen, Störungen der Beziehungs-, Liebes-, und Arbeitsfähigkeit, Störungen im Selbsterleben und im Realitätsbezug sowie körperliche Beschwerden, die seelisch bedingt oder mit bedingt sind, gehören zu den Indikatoren analytischer Therapie (Beutel, Leuzinger-Bohleber & Rasting, 2001, S.1).

2.1.2. Die psychoanalytische Methode

Nachfolgend sollen zunächst im Sinne eines kurzen Überblicks die wichtigsten Grundbegriffe der Psychoanalyse als Therapiemethode dargelegt werden, um so das Verständnis der folgenden Kapitel über die Forschung in der Psychoanalyse zu erleichtern.

Das Setting

Als Setting wird nach Müller-Pozzi (2002, S. 11) der äussere Rahmen der psychoanalytischen Situation bezeichnet, also die Übereinkunft von Analytikerin oder Analytiker und Analysandin oder Analysand, sich beispielsweise vier Mal wöchentlich im Sprechzimmer der Analytikerin oder des Analytikers zu treffen. Im klassischen Setting liegt die Analysandin oder der Analysand auf der Couch, während die Analytikerin oder der Analytiker hinter ihm und ausserhalb seines Blickfeldes sitzt.

Freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit

In der Psychoanalyse oder in der psychoanalytischen Therapie steht das Unbewusste, das sich der unmittelbaren Verfügbarkeit des Menschen entzieht, im Fokus des Interesses. Die Psychoanalyse will also in erster Linie unbewusstes Geschehen fassbar machen.

Dazu wird die Analysandin oder der Analysand aufgefordert, alles zu erzählen, was ihm oder ihr durch den Kopf geht, ohne die Gedanken vorher zu ordnen (= freie Assoziation). Die Psychoanalytikerin oder der Psychoanalytiker hört einfach zu, ohne zu werten oder zu gewichten. Dies wird „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ genannt (vgl. Müller-Pozzi, 2002, S. 11). Freie Assoziation und gleichschwebende Aufmerksamkeit sind die Instrumente, mit denen das Unbewusste der Analysandin oder des Analysanden mit dem Unbewussten der Analytikerin oder des Analytikers kommuniziert. So entsteht eine spezielle Beziehungsdynamik, die sehr tiefe Schichten der Person erreicht. In der Psychoanalyse ist die Reflexion über die Beziehung zwischen Analysandin oder Analysand und Analytikerin oder Analytiker immer wieder Thema.

Übertragung und Wiederholungszwang

Ein wichtiger Begriff in der Psychoanalyse ist die Übertragung. Darunter wird im Sinne von Müller-Pozzi (2002, S. 12-17) die Neuinszenierung früher Erfahrungen in den Beziehungen des Erwachsenenalters, insbesondere in der Beziehung zur Analytikerin oder zum Analytiker verstanden. Diese unwillkürliche Neuinszenierung frühkindlicher Konflikte durch die Psyche

nannte Freud auch Wiederholungszwang. Die Bearbeitung und Deutung der Übertragung auf die Analytikerin oder den Analytiker durch sie oder ihn selbst ist das Hauptinstrument der psychoanalytischen Methode.

Abwehr und Widerstand

Ermann (2004, S. 401) erklärt Widerstand als Kräfte, die sich dem Fortschritt der Analyse entgegenstellen. Die Psychoanalyse löse unbewusste Gefühle wie Liebe, Hass, Begehren, Angst, Scham oder Schuldgefühle aus, welche die Analysandin oder der Analysand nicht bewältigen kann und demzufolge abwehrt. „Wenn die abgewehrten Inhalte aufgedeckt, verstanden und durchgearbeitet werden können, eröffnen sich tiefere Einsichten in die Kernprobleme der Persönlichkeit und Möglichkeiten zu Veränderung und Wachstum“ (Ermann, 2004, S. 413).

Die psychoanalytische Haltung

Laut Ermann (2004, S. 393) besteht die psychoanalytische Haltung der Analytikerin oder des Analytikers darin, dass er oder sie bei der Auswertung ihrer „Wahrnehmungen und Beobachtungen der Orientierung am Unbewussten Vorrang gibt“. Dabei widmet er oder sie der Gegenübertragung, das heisst seinen oder ihren inneren Wahrnehmungen grosse Aufmerksamkeit. Welche Gefühle und Gedanken löst das Erzählte bei ihm oder ihr selbst aus? Dies kann ihr Hinweise auf unbewusste Prozesse bei der Analysandin oder beim Analysanden liefern. Laut Müller- Pozzi (2002, S. 35/ 36) sollen die Analytikerin oder der Analytiker, die Inszenierung übertragener Konflikte „holden“, das heisst, sich nicht darin verwickeln lassen. Dies wird auch „technische Neutralität“ genannt.

Deuten

Wenn die Analytikerin oder der Analytiker der Analysandin oder dem Analysanden mitteilt, wie sie ihn oder sie versteht oder welche unbewussten Motive sie in seinen oder ihren Äusserungen sieht, so werden damit Inszenierungen von Kindheitserlebnissen in der aktuellen Situation *gedeutet*. Wenn Deutungen zutreffen, können sie Einsichten bewirken und das Gefühl hervorrufen, von der Analytikerin oder dem Analytiker verstanden worden zu sein. Unbewusstes wird bewusst erlebbar und reflektierbar und kann sich in der Folge verändern (Ermann, 2004, S. 399).

2.1.3. Unterschied zwischen Psychoanalyse und psychoanalytischer Therapie

In der Praxis unterscheidet man in der Regel zwischen hochfrequenter Psychoanalyse, die drei bis vier Mal wöchentlich im Liegen stattfindet und niederfrequenter psychoanalytischer Psychotherapie, die eine bis zwei Stunden pro Woche der Analytikerin oder dem Analytiker vis-à-vis sitzend durchgeführt wird. Indikationen der Langzeittherapien sind laut dem Artikel auf der Homepage des psychoanalytischen Seminar Basels von Beutel, Leuzinger-Bohleber und Rasting (2001, S. 2):

- Chronische und tief greifende Probleme, die bei Persönlichkeitsstörungen und schweren Depressionen auftreten und Beziehungsstörungen zur Folge haben. Manche Analysandinnen und Analysanden seien nicht in der Lage, in einem kurzen Zeitraum eine emotional bedeutsame Beziehung zur Analytikerin aufzubauen;
- Wenn eine vorzeitige Beendigung der Therapie frühe Verluste auf traumatische Art wieder beleben würden;
- Eine Änderung des Bindungsverhaltens, welche längere Zeiträume und engmaschige Kontakte zum Therapeuten erfordere;
- Schwere Störungen, die so ohne Hospitalisierung und unter Verzicht oder Reduktion von Medikamenten auch in krisenhaften Zeiten stabilisiert werden könnten;

Indikation der Kurztherapie, ebenfalls nach Beutel, Leuzinger-Bohleber & Rasting (2001, S.3) sind: akute Belastungsreaktionen, wie krisenhafte Übergänge in der Entwicklung, traumatische Ereignisse und akute Lebenskrisen wie zum Beispiel etwa nach dem Verlust eines nahen Angehörigen.

2.2. Ist die Psychoanalyse beforschbar?

Der Umstand, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine kleine Forschungsarbeit zu einem ausgewählten psychoanalytischen Thema handelt, macht ein Kapitel zur Forschung innerhalb der Psychoanalyse notwendig.

Der amerikanische Psychoanalytiker Otto F. Kernberg (2004, S. 83) legt dar, dass es innerhalb der Psychoanalyse traditionell jene gibt, die glauben, dass die psychoanalytische Situation an sich schon Forschungsinstrument sei und dass Forschung, die darüber hinaus gehe, insbesondere kontrollierte empirische Forschung, lediglich Wissen über die Psychoanalyse

hervor bringe, aber nicht psychoanalytisch relevantes Wissen. Die Vertreter dieser Ansicht seien in der Regel auch gegen die direkte Beobachtung und Aufzeichnung von psychoanalytischen Sitzungen und die Verwendung dieses Materials für die Forschung, da dies als Störung oder sogar Zerstörung des Prozesses angesehen werde. Die Infragestellung dieser traditionellen Annahmen durch die empirische Forschung führte zu heftigen Diskussionen innerhalb der psychoanalytischen Institute und zu einer Öffnung in den 80er Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Heute glauben immer mehr Psychoanalytiker daran, dass die Forschung die Behandlungs- und Anwendungsformen der Psychoanalyse positiv beeinflussen kann und überdies für das Überleben der Psychoanalyse im 21. Jahrhundert mitentscheidend sein könnte. Und doch werde die Forschung von den meisten psychoanalytischen Instituten zu wenig beachtet und gelehrt.

1995 hielt Kernberg einen Vortrag zum Thema „Widerstände gegen Forschung in der Psychoanalyse“ (deutsche Übersetzung 1997 erschienen). Darin erklärt er, der Umstand, dass die Forschung von der Psychoanalyse noch immer zu wenig beachtet werde, stehe im krassen Widerspruch zu vielen offenen Fragen, rasantem Wissenszuwachs in den Nachbardisziplinen und den neuen Entwicklungen in der psychoanalytischen Therapie. Dieses Missverständnis müsse seiner Meinung nach verstanden und gelöst werden (Kernberg, 1997, S. 39).

Einer der häufigsten Einwände gegen die Beforschung der Psychoanalyse aus den eigenen Reihen ist seiner Erfahrung nach der Einwand, die Psychoanalyse sei zu komplex und entziehe sich durch die Individualität der Therapieabläufe dem Prozess der Objektivierung.

In weiten Kreisen der psychoanalytischen Gemeinschaft wird kritisiert, die Ergebnisforschung sei ein langwieriges und teures Unterfangen, das beinahe keine Unterschiede zwischen den Ergebnissen der Psychoanalyse und denen anderer Behandlungsmethoden festzustellen vermöge. Auch werden die spezifischeren und subtileren Wirkweisen der Psychoanalyse nicht erfasst. Ein weiterer Vorbehalt entspringe der Rivalität der verschiedenen Schulen, insofern vor allem gewisse Strömungen innerhalb der Psychoanalyse (Kleinianische Schule, Selbstpsychologie, Objektbeziehungstheoretiker, französische Psychoanalyse) eng mit der Forschung zusammenarbeiteten. Daher sei nun die klinische Forschung daran interessiert, ein bestimmtes Modell der Psychoanalyse zu entwickeln, was die Rivalität innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft erhöhe. Kollektive Bemühungen um die Weiterentwicklung von Theorie und Technik stellten „einen Akt der Infragestellung dar, welcher der Kultur der Idealisierung übermittelten Wissens zuwider läuft und deshalb leicht mit subversiver Rebellion gleichgesetzt wird. Wenn psychoanalytische Forschung aber als subversiv abgestempelt wird,

so verliert sie vollends an Reiz für die Analytiker in Ausbildung, die unnötigen Konflikten während ihrer Ausbildung möglichst aus dem Weg gehen wollen“ (Kernberg, 1997, S. 42). Last, but not least laste auf der psychoanalytischen Gesellschaft angesichts der gesellschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten der Druck, das Kosten – Nutzen - Verhältnis unter Beweis zu stellen, was wiederum zu Ressentiments gegenüber der Forschung führe - aber auch zur durchaus realistischen Einschätzung, dass es in der anspruchsvollen Ergebnisforschung keine Schnellverfahren gibt.

Sandell (2001, S. 277) stellt ebenfalls fest, dass die Psychoanalyse „derzeit“ (ums Jahr 2000) heftig angegriffen werde, mit dem Hauptargument, sie habe ihre Wirksamkeit noch nicht beweisen können. Die Psychoanalytiker seien mit wenigen Ausnahmen merkwürdig desinteressiert, den Wert ihrer Arbeit systematisch in einer für die Wissenschaft akzeptablen Weise zu belegen. Die Qualität der wenigen existierenden systematischen Studien sei im grossen und ganzen ungenügend. Er beruft sich auf Grawe, Donatis und Bernauer (1994), die einen Überblick über die bestehenden Studien verfasst haben und zum Ergebnis kamen, dass man letztlich alle Studien über psychoanalytische Behandlungen mangels Sorgfalt bei der Datenerhebung verwerfen müsse.

Leuzinger-Bohleber (2002, S. 10) wirft in diesem Zusammenhang erneut die alte Frage auf, ob die Psychoanalyse überhaupt eine Wissenschaft sei. Dies sei Gegenstand andauernder wissenschaftstheoretischer und philosophischer Kontroversen. Die Psychoanalyse habe nur die Wahl, sich den Kriterien empirischer Forschung zu unterwerfen oder in ihrem „Schwebestand zwischen Kunst und Wissenschaft“ zu verbleiben. Eine Anpassung an die Kriterien naturwissenschaftlich orientierter Forschung, wie man sie aus der Pharmaindustrie kenne, sei jedoch kaum sinnvoll, geschweige denn möglich, geben Leuzinger-Bohleber et al. (2001, S. 198) zu bedenken: Unter anderem sind beispielsweise randomisierte Erfolgsstudien mit Doppelblindversuchen erstens ethisch kaum vertretbar und zweitens bezogen auf Psychotherapien schwer durchzuführen, weil sich jede Patientin und jeder Patient aufgrund seines eigenes Störungsbild aufgrund eigener Ursachen in Therapie begibt.

Weiterhin stelle sich die Frage, ob Erfolge psychoanalytischer Behandlungen überhaupt messbar seien, da in diesen unbewusste Phantasien und Konflikte fokussiert werden, die nicht direkt beobachtbar sind. Leuzinger-Bohleber (2002, S. 18) und ihr Forschungsteam sind vielmehr der Meinung, dass die Psychoanalyse aufgrund ihres charakteristischen Erfahrungsbegriffs und der damit verbundenen Werthaltigkeit ihre eigenen spezifischen Forschungsmethoden und ihre spezifischen Prüf- und Wahrheitskriterien entwickeln und die-

se gegenüber anderen, ebenfalls spezifischen Wissenschaften vertreten müsse. Diese Forderung setzten sie mit einer gross angelegten Katamnese studie, die unten vorgestellt wird, in die Tat um. Leuzinger-Bohleber, Beutel und Stuhr (2002, S. 34) beschreiben eindrücklich, dass die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker in Zeiten der harten Kämpfe um die Ressourcen im Gesundheitswesen selbst über die Wirksamkeit ihrer Methoden unsicher seien. Das Buch von Grawe, Donati und Bernauer (1994) „Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession“, in dem behauptet werde, Psychotherapie könne „schneller, billiger und effizienter“ durchgeführt werden, sei in den Medien aufgegriffen worden und bei den Kostenträgern auf offene Ohren gestossen. Dies habe die psychoanalytische Gemeinschaft zuerst in einen schockähnlichen Zustand versetzt. Leuzinger-Bohleber et al. (2002) beschreiben, dass anfänglich aus den psychoanalytischen Reihen kaum eine Gegenargumentation statt fand und sich die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker erst wieder finden mussten, bevor sie den Vorwürfen entgegentreten konnten. Die Psychoanalyse müsse den Beweis dafür antreten, dass sie Kosteneinsparungen für das Gesundheitswesen bewirke und Erfolge erziele mit den Langzeitbehandlungen.

2.3. Die psychoanalytische Kontroverse um die Ziele der Behandlung

In diesem Abschnitt wird eine kleine Rundschau in der nicht forschungsorientierten psychoanalytischen und psychotherapeutischen Literatur gemacht, wie die klinische Psychoanalyse ihre Ziele definiert.

Lesmeister (2001) fasst einen grundsätzlichen Konflikt unter den psychoanalytischen Fachleuten in folgende Worte:

In der psychoanalytischen Diskussion um die Ziele der Analyse bestand von früher Zeit an ein Spannungsverhältnis, das in der Frage zum Ausdruck kam, ob sich die analytische Arbeit an der Massgabe grösstmöglicher *Erkenntnis* oder am Erreichen messbarer *therapeutischer Veränderungen* in der Persönlichkeit des Analysierten auszurichten habe. Das Erkenntnisziel der Analyse fand seine weithin gültige Formulierung in der Rede von der «Bewusstmachung des Unbewussten», während die therapeutischen Zielsetzungen von Freuds Zeiten an eine wechselhafte Karriere mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen auf innerpsychisch-strukturellen und/ oder Verhaltensänderungen durchliefen [Sandler & Dreher, 1999]. Das eigentümliche und schon für Freud charakteristische Schwanken zwischen dem Primat des Erkenntnisziels und dem des therapeutischen Ziels lässt auf eine gewisse Unsicherheit darüber schliessen, ob es in der Analyse mehr um *Wahrheit* oder mehr um *Gesundheit* gehe. Die Differenz, die sich in dieser Hinsicht offenbar ergeben kann, ist insofern erstaunlich, als Erkenntnisziel und therapeutisches Ziel ursprünglich in enger funktionaler Verknüpfung miteinander standen und in dieser Zusammengehörigkeit ein Ideal bildeten, dessen Leuchtkraft das Denken und die klinische Arbeit der Pioniere inspirierte.

Innerhalb der Psychoanalytischen Gemeinschaft war das Endziel der Behandlung also seit jeher ein Streitpunkt: Geht es in erster Linie um Erkenntnisgewinn oder um Heilung und Symptommfreiheit?

2.3.1. Aus der Geschichte der Ziele in der Psychoanalyse - Freud

„Wo Es war soll Ich werden“ lautet ein berühmtes Zitat von Freud (1933a, S 86). In seinen Werken aus den Jahren 1932-1939 (1950, S.79) äussert er sich dazu folgendermassen: „Die analytische Situation besteht bekanntlich darin, dass wir uns mit dem Ich der Objektperson [der Patientin oder des Patienten; Anmerkung der Autorin] verbünden, um unbeherrschte Anteile ihres Es zu unterwerfen, also sie in die Synthese des Ichs einzubeziehen.“

Im selben Werk (S. 60-74) findet sich eine Auseinandersetzung mit dem Thema der erfolgreichen Beendigung der Analyse und der Frage, ob sich die Behandlung abkürzen lasse. Schon Freud schreibt, dass es immer wieder - von Seiten der Medizin und von Seiten der Patientinnen und Patienten den Anspruch an die Psychoanalyse gab, die Dauer der Behandlung zu verkürzen. Er erwähnt insbesondere Otto Rank, der in Amerika „das Tempo der analytischen Therapie der Hast des amerikanischen Lebens anzugleichen“ (S. 60) bestrebt gewesen sei.

Jedoch könne dies höchstens einer Feuerwehrrübung gleich kommen, da „die Befreiung des Menschen von seinen neurotischen Symptomen, Hemmungen und Charakterabnormitäten“ (S. 59) eine langwierige Arbeit sei. Auch Freud selbst habe schon versucht, eine Analyse durch die Terminierung des Therapieendes zu beschleunigen, was zur Folge gehabt habe, dass seine Patientin oder sein Patient später weitere Symptome entwickelt habe. Freud bemerkt, dass es schwer zu sagen sei, wann eine Analyse beendet sei. Sie sei beendet, wenn sich Analytikerin oder Analytiker und Patientin oder Patient nicht mehr zur Arbeitsstunde treffen. Dies wiederum sei der Fall, wenn zwei Bedingungen erfüllt seien: Erstens, wenn die Patientin oder der Patient nicht mehr an Symptomen leide und seine oder ihre Ängste und Hemmungen überwunden habe, und zweitens, wenn die Analytikerin oder der Analytiker urteile, dass „soviel Verdrängtes bewusst gemacht, soviel Unverständliches aufgeklärt, soviel innerer Widerstand besiegt worden sei, dass man die Wiederholung der betreffenden pathologischen Vorgänge nicht zu befürchten braucht“ (S. 63). Es gäbe aber noch eine ehrgeizigere Variante, nämlich: Wenn „man die Beeinflussung des Patienten soweit getrieben hat, dass eine Fortsetzung der Analyse keine weitere Veränderung versprechen kann“ (S.63).

Im Folgenden setzt sich Freud mit dem Begriff der Heilung auseinander - und es geht hervor, dass er mit seiner Arbeit das Ziel der vollständigen Heilung anstrebt (S. 64-67), was ihm

selbstverständlich nicht in allen Fällen gelungen sei. Er schreibt, dass es ein Ziel der Analyse sein solle, Triebe¹ zu bändigen, was bedeute, den Trieb in die Harmonie des Ichs aufnehmen zu lassen, sodass er nicht mehr seine Wege zur Befriedigung („Ersatzbefriedigung“) gehe. Und weiter Seite 71:

Die Analyse aber lässt das gereifte und erstarkte Ich eine Revision [der] alten Verdrängungen vornehmen; einige werden abgetragen, andere anerkannt, aber aus soliderem Material neu aufgebaut. Diese neuen Dämme haben eine ganz andere Haltbarkeit als die früheren; ihnen darf man zutrauen, dass sie den Hochfluten der Triebsteigerung nicht so leicht nachgeben werden. Die nachträgliche Korrektur des ursprünglichen Verdrängungsvorganges, die der Übermacht des quantitativen Faktors ein Ende macht, wäre also die eigentliche Leistung der analytischen Therapie.

Freud befürchtet aber selbst (S. 72), dass der Unterschied zwischen einem oder einer Analysierten und einem oder einer nicht Analysierten nicht immer so durchgreifend sei wie angestrebt. Es gehe ja um Entwicklungen und da seien eher qualitative Veränderungen zu erfassen als quantitative, und es gebe in der Realität viel mehr Übergänge und Zwischenstufen als klare, abgrenzbare Zustände. Auch seien solche Veränderungen meist unvollkommen und partiell. Man könne sagen, die Analyse habe mit dem Anspruch, Neurosen zu heilen, in der Theorie immer Recht, in der Praxis nicht. Der Erfolg hänge vom Kräfteverhältnis der miteinander ringenden Instanzen ab (S. 74).

2.3.2. Wahrheitssuche oder Heilung?

Wie aus diesem Abschnitt hervor gehen wird, sind die Aussagen zu den Zielen der Psychoanalyse in der zeitgenössischen Literatur kontrovers und werden zumeist wenig systematisch präsentiert.

In dem im Zusammenhang mit Zielen in der Psychoanalyse viel zitierten Buch von Sandler und Dreher „Was wollen die Psychoanalytiker?“ (1999, S. 38) finden wir die auch von Lesmann zitierte Aussage, dass sich in der Diskussion um die Ziele der Psychoanalyse vor allem ein Konflikt schon seit Freud, aber auch danach wie ein roter Faden durch die Geschichte der Psychoanalyse ziehe: Es stehen sich das Heilungsbemühen und das Forschungsbemühen gegenüber, das heisst die Frage, ob es nun in erster Linie darum gehe, durch Analyse zu heilen, oder ob das Analysieren an sich, also der Erkenntnisgewinn und die Forschung zentral sei. Die Autoren erwähnen die Aussage Freuds aus dem Jahr 1909 (S. 284), es sei nicht der therapeutische Erfolg, der an erster Stelle angestrebt werde, sondern das Ziel, die Patientin oder den Patienten in den Stand zu setzen, seine unbewussten Wunschregungen

¹ Nach Auchter und Strauss (2003, S. 167) Dynamische Prozesse, die den Organismus auf ein bestimmtes Ziel zustreben lassen., z. B. Sexualtrieb, Selbsterhaltungstrieb, Aggressionstrieb, Lebenstrieb, Todestrieb.

bewusst zu erfassen. Freud sei aber doch auch um das Wohl der Patientinnen und Patienten besorgt gewesen. 1904 soll er als oberstes Ziel der „Kur“, wie er die Psychoanalyse gerne genannt haben soll, die Genesung und die Herstellung der Leistungs- und Genussfähigkeit erwähnt haben. Bei unvollständiger Kur sei doch eine bedeutende Besserung des Allgemeinzustandes erreichbar - wenn keine Symptombefreiheit erreicht werde, dann doch eine Milderung. 1916-17 habe Freud angemerkt, dass die Patientin oder der Patient nach der Analyse mehr Bewusstes und weniger Unbewusstes in sich habe als vorher. Der oder die geheilte Nervöse werde dadurch ein anderer Mensch - das heisst, er oder sie werde so, wie er oder sie bestenfalls unter günstigsten Bedingungen hätte werden können (S. 451).

Im Jahr 1992 fand anlässlich der Anerkennung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten als eigener Berufsstand, unter dem Titel „Heilt die Psychoanalyse?“ ein Symposium für Psychoanalytikerinnen und -analytiker in Wien statt. In seiner Begrüssungsrede nennt Josef Shaked als Tugend der Psychoanalyse ihre „Bescheidenheit, ihren bescheidenen Anspruch hinsichtlich aller therapeutischen Glückserwartungen“ (Shaked 1993, S. 11). Er zitiert Freud, dessen Vorstellungen über die Heilung von Psychoanalyse ein Mindestmass an „Genuss- und Leistungsfähigkeit“ (1916-17, S. 476) herzustellen, „hysterisches Elend in gemeines Unglück“ (1895d, S. 312) zu verwandeln und das Leben ertragen zu lernen gewesen seien. Die Psychoanalyse müsse sich gegenüber Heilslehren scharf abgrenzen und bei ihrer Tugend der Bescheidenheit bleiben.

Bernhard Strauss (1999, S. 91) leitet seinen Artikel über die Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie mit folgenden Worten ein:

Die psychoanalytische Therapie tut sich mit der Thematik der Therapieziele naturgemäss schwer. Naturgemäss deshalb, wie der analytischen Therapietheorie immanent ist, dass a priori definierte Therapieziele und daraus resultierende zielgerichtete Interventionen und die geforderte „Tendenzlosigkeit“ des Analytikers, seine Aufgabe, sich der analytischen Situation „ohne Erinnerung oder Absicht“ (Bion, 1970) zu stellen, auf den ersten Blick kaum miteinander vereinbar erscheinen. Die Formulierung von Zielen könnte den psychoanalytischen Prozess behindern, Freiräume für (unbestimmte) Entwicklungen verstellen. Es überrascht deshalb nicht, dass sich Hinweise auf die Ziele psychoanalytischer Therapie eher in Reflexionen *des Endes* als des Beginns psychotherapeutischer Behandlung finden lassen (z. B. Freud, 1937; König & Lindner, 1991; Thomä & Kächele, 1985, dort insbesondere S. 261ff.).

Laut Thomä und Kächele (1985; zit. nach Strauss 1999, S. 91) sei der Weg das Ziel analytischer Psychotherapie, ohne dass es jedoch ein zielloses Wandern gäbe. Strauss ergänzt, die Formulierung von Therapiezielen, wie diese in manchen anderen Therapierichtungen konzeptualisiert und formuliert werden, würden dem Menschenbild der Psychoanalyse kaum entsprechen. Es gäbe keine voll funktionstüchtige Person und keine definierbaren Verhal-

tensweisen, die „Symptomfreiheit“ signalisieren, sondern Ambivalenz und täglich neu zu bewältigende Konflikte prägten die menschliche Existenz (Jaeggi, 1996; zit. nach Strauss, 1999, S 92).

Ein aus individuumsorientierter Perspektive vorgebrachtes Ziel soll hier als Zitat aufgeführt werden:

Ein wichtiges Ziel in der Analyse ist es, dem Patienten zu ermöglichen, sich mit seinen früher inakzeptablen Seiten anzufreunden, mit bisher bedrohlichen Wünschen und Phantasien gut umgehen zu können. Um das zu erreichen, muss der Analytiker durch seine Deutungen und die Art, wie er sie dem Patienten anbietet, eine Atmosphäre der Toleranz für das Infantile, Perverse und Lächerliche herstellen, eine Atmosphäre, die sich der Patient als Haltung sich selbst gegenüber aneignen, die er mit dem Verstehen, das er zusammen mit dem Analytiker erworben hat, internalisieren kann (Sandler & Sandler 1983; zit. nach Strauss, 1999, S. 94).

Alle bisherigen Darstellungen wurden aus verschiedenen Werken zusammengetragen, die zumeist auf relativ unsystematische Weise versuchen, den Dschungel der psychoanalytischen Ziele wiederzugeben.

2.3.3. Therapeutische Ziele und analytische Ziele

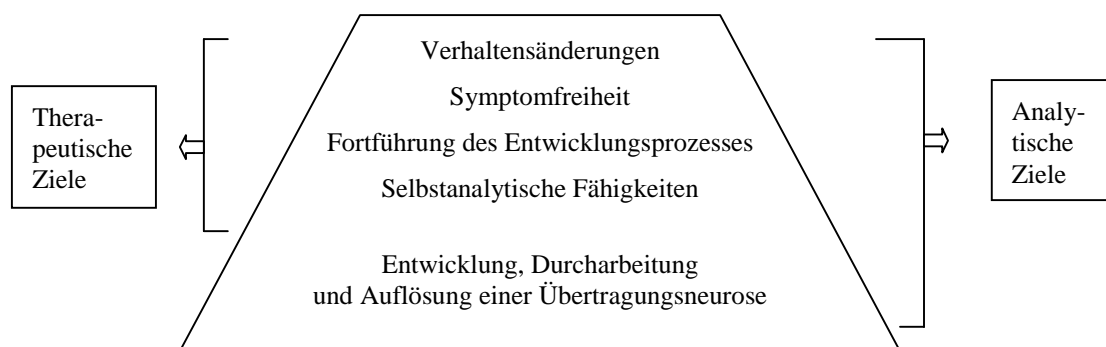
Im Unterschied dazu liefert Mertens (2000b, S. 122-127) eine weitaus systematischere Darstellung. Er legt dar, dass Menschen, die sich in eine Psychoanalyse begeben, meist ganz bestimmte Therapieziele vor Augen haben (zum Beispiel sich lebendiger fühlen, sich besser abgrenzen können, sich von der Partnerin oder vom Partner trennen, Kopfschmerzen loswerden, Zwangsgedanken aufgeben, Beziehungsprobleme lösen, traumatische Erlebnisse bewältigen und vieles mehr). Solche Behandlungsziele auf Seiten der Patientin oder des Patienten verdienen es nach Ansicht Mertens, ernst genommen zu werden. Sie hätten in neueren Untersuchungen zudem als wichtige Prädiktoren für den Erfolg der Therapie gedient. Die Therapieziele der Patientin oder des Patienten deckten sich aber nicht immer mit denen der Analytikerin oder des Analytikers. Häufig würden sich nämlich hinter den Beschwerden und Lebensbeeinträchtigungen hohe Erwartungen an ein glückliches und konfliktfreies Leben verbergen. Auch herrsche in den Köpfen vieler Patientinnen und Patienten ein medizinisches Krankheitsmodell vor, das die Vorstellung beinhaltet, die Störung sei von Faktoren abhängig, welche die Patientin oder der Patient selbst nicht beeinflussen könne und die erst durch einen Eingriff der Analytikerin oder des Analytikers beseitigt werden könne. Oft brauche es seine Zeit, bis die Patientinnen und Patienten erkennen, dass ihre Mitarbeit im therapeutischen Prozess unabdingbar sei und dass dieser mitunter sehr schmerzhaft und langwierig sein

könne. Die Aufgabe von lieb gewordenen Charaktereigenschaften, Beziehungen, Wertvorstellungen und Bindungen an die Eltern sei notwendig und müsse betrauert werden.

Daraus folgt nach Mertens, dass man die Ziele der Psychoanalyse unterteilen kann in therapeutische Ziele, nämlich die Beseitigung der Symptome und Verhaltensänderungen mit den damit verbundenen Veränderungen im Erleben und in analytische Ziele, die darin bestehen, unbewusste Konflikte mit Hilfe der Übertragung und der Auflösung der Übertragungsneurose² durchzuarbeiten. Mertens stellt hier Frage, ob die analytischen Ziele elitär und verwegen seien. Ein Heizungsmonteur, der beauftragt werde, ein Ventil an einem Heizkörper zu reparieren, wechsele ja auch nicht im Keller die ganze Heizung aus... Die psychoanalytische Auffassung sei jedoch, dass die Symptombehebung nicht immer einen dauerhaften Erfolg bringen würde, sondern dass die Symptome später wieder auftreten oder sich verschieben und in Form von anderen Beschwerden wieder ans Tageslicht gelangen könnten. Deshalb sei die Aufarbeitung der unbewussten Konflikte nötig - und da diese Konflikte eben (oft auch der Analytikerin oder dem Analytiker) für lange Zeit unbewusst seien, sei das Ziel der analytischen Reise unbekannt. Das einzige Bekannte sei, das Unbewusste der Patientin oder des Patienten bewusst zu machen, darüber hinaus bestünden „keine weiteren Wegbeschreibungen zum Bestimmungsort“ (S. 124).

Aufgrund dieser Ausführungen kommt Mertens zu folgender Pyramide der psychoanalytischen Behandlungsziele, die er in therapeutische Ziele und analytische Ziele aufteilt:

Abb.1: Therapeutische und analytische Behandlungsziele nach Mertens, 2000b, S. 126.



² „Künstliche Neurose“, die in der Therapiesituation entsteht. Der Patient überträgt neurotische Haltungen, Einstellungen, Empfindungen, die er gegenüber wichtigen Personen in seiner Kindheit empfunden hat, auf den Psychoanalytiker oder die Psychoanalytikerin. Indem die Übertragungsneurose bewusst gemacht und aufgeklärt wird, kann auch die infantile Neurose aufgedeckt und geheilt werden (nach Gresch, ohne Zeitangabe).

Aus der Abbildung geht hervor, dass therapeutische und analytische Ziele sich weitgehend decken. Die Ausnahme bildet das unterste Ziel: Die Herstellung, Durcharbeitung und Auflösung der Übertragungsneurose.

Aus analytischer Sicht könne laut Mertens (2000b, S. 126) auf die obersten zwei Ziele Verhaltensänderung und Symptombfreiheit am ehesten verzichtet werden, ohne die Basis des analytischen Vorgehens zu erschüttern. Die Entwicklung, Durcharbeitung und Auflösung der Übertragungsneurose, die Fortführung des unterbrochenen Entwicklungsprozesses, die Entwicklung von selbstanalytischen Fähigkeiten und intrapsychischer Autonomie seien hingegen genuin analytische Ziele, auf die nicht verzichtet werden könne. Idealerweise trete die Symptombfreiheit und Verhaltensänderung erst nach der Bearbeitung der unbewussten Konflikte ein. Dies sei jedoch - bei Finanzierung durch die Krankenkasse - angesichts des Kostendrucks nicht immer möglich. In diesem Falle liege das Schwergewicht auf der Symptombhebung.

2.3.4. Operationanalytische Therapieziele im Überblick - zwei Übersichtsarbeiten

a) *Psychoanalytische Ziele nach Knight (1941/42)*

Knight (1941/42) war laut Mertens (2000b, S. 128) einer der ersten Autoren, die versuchten, eine Systematisierung der psychoanalytischen Behandlungsziele aufgrund des damaligen Forschungsstandes auszuarbeiten (Eine ausführliche Aufstellung findet sich im Anhang C). Als erstes Ziel nennt er das Verschwinden der anfangs geäußerten Symptome. An zweiter Stelle folgt für ihn die wirkliche Verbesserung der psychischen Funktionen, so zum Beispiel der Erwerb der kognitiven und emotionalen Einsicht in die kindlichen Konflikte, die den Symptomen zugrunde liegen, und das Erkennen der Auslöser der Symptome in der Gegenwart oder die Fähigkeit, sich selbst objektiv einschätzen zu können.

An dritter Stelle steht eine bessere Realitätseinstellung, die unter anderem konsistentere und loyalere Beziehungen mit sorgfältig ausgewählten Personen beinhaltet oder die freie Verfügbarkeit von Fähigkeiten bei produktiver Arbeit, sowie - entsprechend dem Zeitgeist von 1940³ - „heterosexuelle Beziehungen mit Potenz und Lust“.

³ Homosexualität war bedauerlicherweise lange Zeit pathologisiert in der Psychoanalyse und in der Psychiatrie allgemein. (z.B. Kreische, 2005 im deutschen Ärzteblatt).

b) *Psychoanalytische Ziele im Überblick von Mc Glashan und Miller (1982)*

Mc Glashan und Miller (1982; zit. nach Mertens 2000b, S. 129-135) erstellten eine komprimierte Zusammenschau der Ansichten aus rund 190 Literaturstellen, die laut Mertens einen annähernd repräsentativen Querschnitt durch die zeitgenössische psychoanalytische Literatur bilden und die in den Behandlungen eine wichtige Rolle spielen. Sie hier ausführlich zu beschreiben, würde zu viele Seiten in Anspruch nehmen, sie befindet sich jedoch zusammengefasst im Anhang. Die wichtigsten Ziele der Aufstellung sowie einige erläuternde Beispiele sollen hier erwähnt werden (für Details siehe Anhang D):

1. Entwicklungshemmungen abbauen - Zum Beispiel: Urvertrauen und Sicherheit gewinnen, seine eigenen Gefühle von denen anderer unterscheiden können;
2. Aspekte des Selbst - Zum Beispiel: Selbstverantwortung übernehmen, Selbstwertgefühl entwickeln;
3. Bezogenheit auf Mitmenschen - Zum Beispiel: befriedigende Beziehungen zu Mitmenschen pflegen, die Eltern realistisch einschätzen und annehmen können, Empathiefähigkeit entwickeln;
4. Die Realität akzeptieren - Zum Beispiel: eigene Grenzen und Schwächen akzeptieren lernen, trauern lernen, loslassen können;
5. Erlebnisfülle und Lebendigkeit - Zum Beispiel: vielfältige Gefühle und Stimmungen empfinden können, Genussfähigkeit entwickeln;
6. Coping-Mechanismen - Zum Beispiel: den Umständen angepasste Veränderungen (wie Arbeitsplatzwechsel oder Trennung von ungeeigneten Partnern) vornehmen können;
7. Integrative Kapazität - Zum Beispiel: Ambivalenz ertragen lernen, Konzentrationsfähigkeit und Erinnerungsvermögen erlangen;
8. Selbstanalytische Fähigkeiten: Zum Beispiel: sich selbst reflektieren können, Einsichten in die Tat umsetzen können, die Übertragungsneurose auflösen;

Mertens (2000b, S. 135) bemerkt zu dieser Übersicht, dass es schon immer Stimmen gegeben habe, die vor übertriebenen Heilserwartungen an die Psychoanalyse gewarnt hätten. Er zitiert Freud, der dazu gesagt hatte: „Man wird sich nicht zum Ziele setzen, alle menschlichen Eigenarten zugunsten einer schematischen Normalität abzuschleifen oder gar zu fordern, dass der „gründlich Analytierte“ keine Leidenschaft verspüren und keine inneren Konflikte entwi-

ckeln dürfe. Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen⁴ günstigen psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt“ (1937, S. 96). Freud habe darüber hinaus geschrieben, dass Neurosen nicht gänzlich überflüssige Erscheinungen seien und durchaus ihre Existenzberechtigung hätten. Es könne nach Annie Reich (1950, S. 80) nicht darum gehen, perfekte menschliche Wesen zu erzeugen. Man könne damit zufrieden sein, wenn die Symptome behoben seien, der Mensch erwachsene Objektbeziehungen eingehen könne, gut arbeiten und sich mit der Realität und der eigenen Begrenzung auseinander setze.

2.4. Das Problem der Kosten im Zusammenhang mit den Therapiezielen

Für Mertens (2000b, S. 127) stellt sich die Frage, wie sich aufgrund der Krankenkassenfinanzierung und aufgrund der Orientierung an den Interessen der Solidargemeinschaft die „tendenzlose Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie“ verändern werde. Er befürchtet, dass sich die Psychoanalyse unter dem Kostendruck zu stark am therapeutischen Ziel der Symptombehebung orientieren müsse.

Zur grossen Frage der Finanzierung durch die Krankenkassen äussert sich auch Haynal (1993, S. 155). Unter den Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern herrsche Uneinigkeit darüber, ob die psychoanalytische Behandlung durch die Krankenkassen übernommen werden solle. So hätten zum Beispiel die englischen Psychoanalytiker die Bezahlung durch die National Health Services aus Angst, sich zu sehr anpassen zu müssen, abgelehnt. Diejenigen, die sich gegen die Kontrolle einer dritten Macht (Staat, Krankenkassen) aussprächen, sähen sich mit dem Vorwurf konfrontiert, nur reiche Leute behandeln zu wollen, die sich die teure Behandlung leisten könnten (ebd. S. 155/ 156).

2.5. Lebensqualität

In dieser Arbeit wird neben den Zielen auch die Veränderung der Lebensqualität durch die psychoanalytische Behandlung untersucht. Deshalb soll kurz auf diesen Begriff eingegangen werden.

Im psychologischen Wörterbuch Dorsch (Häcker & Stapf, 2004) findet sich unter dem Stichwort „Lebensqualität“ folgende Definition:

Lebensqualität (=L) [engl. quality of life, QOL], summarisches Bewertungs- und Optimierungskriterium, unter dem beurteilt wird, in welchem Masse konkrete menschliche Lebensverhältnisse

⁴ Auchter und Strauss (2003, S. 84) definieren „Ich-Funktion“ wie folgt: „Um seiner Aufgabe als zentrales Steuerungs-, Regulations- und Kontrollorgan gerecht werden zu können, bedient sich das Ich neben den Abwehr- und den Anpassungsmechanismen auch weiterer Ich - Funktionen. Darunter zählen zum Beispiel die Realitätsprüfung, die Regulierung und Kontrolle der Triebe und Körperfunktionen, die Fähigkeit zum Aufschub [] und die Fähigkeit zur Gestaltung von Objektbeziehungen.“

in verschiedensten Detailperspektiven lebenswert bzw. unbefriedigend und verbesserungswürdig erscheinen. (S. 539-540)

Im Online-Lexikon Wikipedia finden sich verschiedene Definitionen für die Lebensqualität, die je nach Fachgebiet verschieden ausfallen:

Lebensqualität beschreibt die Höhe persönlicher Zufriedenheit. Diese wächst mit der Erfüllung von Wünschen und Bedürfnissen im körperlichen, geistigen, seelischen und materiellen Bereich, ausgehend von der aktuellen Lebenssituation“ (Stiftung LebensQualität).

Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.

Eine hohe Lebensqualität besteht in der Erfüllung einer intern empfundenen oder extern festgelegten Norm für das innere Erleben, das beobachtbare Verhalten und die Umweltbedingungen in körperlichen, psychischen, sozialen und alltäglichen Lebensbereichen.“

Lebensqualität ist das Ergebnis eines individuellen, multidimensionalen Bewertungsprozesses der Interaktion zwischen Person und Umwelt. Als Bewertungskriterien können sowohl soziale Normen als auch individuelle Wertvorstellungen und affektive Faktoren herangezogen werden.

Die Funktionsfähigkeit, die krankheits- und behandlungsbedingten Symptome, das psychische Befinden sowie das Maß der sozialen Beziehungen sind wesentliche Determinanten und zum Teil zugleich Bestandteile der Lebensqualität.

Unter gesundheitsbezogener Lebensqualität ist ein psychologisches Konstrukt zu verstehen, das die körperlichen, psychischen, mentalen, sozialen und funktionalen Aspekte des Befindens und der Funktionsfähigkeit der Patienten aus ihrer Sicht beschreibt (Wikipedia, 2006).

Zusammenfassend kann Lebensqualität als ein mehrdimensionales Konstrukt beschrieben werden, das körperliche, psychische, geistige, materielle und soziale Aspekte tangiert und sowohl anhand individueller wie auch anhand gesellschaftlicher Normen beurteilt wird. Da darauf verzichtet wurde, die Lebensqualität der Interviewten anhand eines standardisierten Fragebogens zu erheben, sondern ihre eigene Einschätzung der subjektiven Lebensqualität erfragt wurde, können diese Definitionen als Erläuterung genügen.

2.6. Studien zur Wirksamkeit innerhalb der Psychoanalyse

Laut Fähr (1997, S. 320) gibt es psychoanalytische Ergebnisforschung, seit es die Psychoanalyse gibt. Die ersten psychoanalytischen Katamnesen⁵ seien noch zu Freuds Lebzeiten durchgeführt worden (z. B. Coriat, 1917: Bericht über 93 Fälle aufgrund von 14 diagnostischen Kriterien). 1930 habe Fenichel über eine Besserungsrate von 74% bei Neurotikerinnen und Neurotikern berichtet. Knight habe 1941 über 100 Fälle berichtet, bei denen Neurotikerinnen und Neurotiker zu 80% und Psychotikerinnen und Psychotiker zu 40% eine substantielle

⁵ Katamnese: Gemäss Fremdwörter-Duden (1997, S. 409) abschliessender Krankenbericht eines Arztes (Med.).

Besserung erfahren hätten. Die erwähnten Studien seien noch relativ wenig systematisch erfolgt, was sich aber mit der bekannten „Menninger Studie“ (Wallerstein 1986) und dem „Columbia Psychoanalytic Center Research Project“ (Weber, Bachrach & Solomon, 1985) geändert habe.

Sandell (1997, S. 349) zitiert jedoch die beiden der Psychoanalyse gegenüber grundsätzlich wohlwollend gegenüberstehenden Forscher Fisher und Greenberg (1996), die allen Studien gegenüber sehr skeptisch eingestellt seien. Sie würden monieren, dass es keine Studie über Psychoanalyse gäbe, welche nicht grobe methodologische Mängel aufweise. Es fehlten die Kontrollgruppen, die nicht behandelt oder mit einer alternativen Therapieform behandelt würden oder die Behandelnden seien zu unerfahren oder die Einschätzungen nach den Notizen der Therapeuten seien zu ungenau. Sandell (1997, S. 349) bezweifelt, dass es je möglich sein wird, eine Ergebnisstudie so durchzuführen, dass sie diesen Anforderungen genüge.

2.6.1. Die Menninger Studie (1954 – 1984)

Laut Bachrach, Galatzer, Lewy, Skolnikoff und Waldron (1997, S. 290) sei die Menninger-Studie (Menninger Foundation Psychotherapie Research Project) bei weitem die umfassendste Studie über Psychoanalyse, die je durchgeführt worden sei. Sie habe sich fast über das ganze Erwachsenenleben der meisten untersuchten Patientinnen und Patienten (22 Analyse- und 20 Psychotherapiepatientinnen und -patienten) erstreckt. Unter der Verantwortung von Robbins und Wallerstein begann sie 1954 als naturalistische, longitudinale prospektive Studie, „mit dem Ziel, mehr über die Veränderungen in Psychoanalysen und Psychotherapien zu erfahren, einschliesslich des Einflusses des Patienten, des Analytikers, der Umgebungsfaktoren und der Theorie der therapeutischen Technik“ (S. 290). Die Studie habe sich über 30 Jahre erstreckt und eine ausführliche Beurteilung der ambulanten Patientinnen und Patienten zu Beginn (Interviews mit den Patientinnen und Patienten und den Familienmitgliedern, eine umfangreiche Test-Batterie und eine körperliche Untersuchung) beinhaltet. In der Folge sei die laufende Behandlung und deren Supervision regelmässig aufgezeichnet und von einem Team unabhängiger Psychoanalytikerinnen und -analytiker überprüft und eingeschätzt worden. Zwei Jahre nach Behandlungsabschluss wurden die Patientinnen und Patienten erneut beurteilt. Die Resultate der Studie fielen nach einer retrospektiven Einschätzung Wallersteins (1986) allerdings bescheiden aus: Über ein Viertel der Analysen missglückten, 14% zeigten laut Bachrach et al. (1997) keine eindeutigen Verbesserungen. Nur 23% konnten als leicht gebessert eingestuft werden und immerhin 36% zeigten „sehr gute Besserung“

(Bachrach et al., S. 292). Beim Vergleich der Ergebnisse der psychotherapeutischer Behandlung und der Psychoanalyse habe sich in dieser Untersuchung kein signifikanter Unterschied gezeigt.

2.6.2. Das Columbia Psychoanalytic Center Research Project

In dieser Studie, die 1959 begann, wurden nach Bachrach et al. (1997, S. 295) umfangreiche Daten über die Charakteristika und Ergebnisse von 700 Psychoanalytikerinnen und -analytikern und 885 Therapiepatientinnen und -patienten gesammelt, die zwischen 1945 und 1971 von Psychoanalytikerinnen und -analytikern in Ausbildung behandelt worden seien. Die Daten seien aus Falldarstellungen von Patient(inn)en-, Analytiker(innen)-, Supervisor(inn)en- und Institutsprotokollen gewonnen worden. Leider wiesen die Ergebnisse laut Bachrach et al. erhebliche methodologische Mängel auf und seien daher mit neueren Untersuchungsmethoden erneut analysiert worden. Obwohl das Columbia Project einen bedeutenden Beitrag geleistet habe, gäbe es nur eine allgemeine Antwort auf die Frage, wer von welcher Art von Behandlung profitiere. Die Ergebnisse zeigten, dass neurotische Patientinnen und Patienten von einer psychoanalytischen Therapie durch Ausbildungskandidatinnen und -kandidaten unter Supervision therapeutisch profitieren, schwerer gestörte Patientinnen und Patienten jedoch weniger (Bachrach et al., 1997, S. 300).

2.6.3. Stockholm-Studie: Sandell (1990- 1996)

In Schweden förderte laut Sandell die gesetzliche Krankenversicherung Projekte, die für die staatliche Krankenkasse besonders belastende Krankheiten eindämmen helfen könnten, darunter auch das Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekt⁶ STOPP (Sandell, Blomberg, Lazar, Carlsson, Broberg & Schubert 2001, S. 277). In diesem Projekt wurden die Wirkungen von Psychoanalyse und Langzeitpsychotherapie miteinander verglichen. Die Stichprobe bestand zu Beginn der Studie aus 756 Personen, die von Psychoanalytikerinnen und -analytikern oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten (zum Teil nicht psychoanalytischer Richtung) anhand von qualitativen Interviews entweder für Psychoanalyse oder Psychotherapie indiziert und weiterverwiesen wurden.

Die Krankenkassendaten über Krankschreibungen und Inanspruchnahme von Einrichtungen des Gesundheitswesens wurde für die Jahre 1988-1996 bei allen Teilnehmenden der Studie erhoben. 1994-1996 wurden die Patientinnen und Patienten alljährlich anhand von Fragebo-

⁶ Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP) 1990-2000.

gen befragt. Im ersten Jahr erfolgte die Befragung anhand des WbQ (Well-being Questionnaire) zu laufenden psychotherapeutischen Behandlungen, früheren Behandlungen, Krankheiten, psychischem Zustand und Arbeits- oder Studienbedingungen, im zweiten Jahr zu Qualität und Quantität der Sozialkontakte und im dritten zu den Symptomen und zur Selbsteinschätzung anhand des SOCS (Sense of Coherence - Fragebogen) bezüglich Antrieb, Vitalität und Optimismus.

Das WbQ wurde an einer Kontrollgruppe getestet - die Ergebnisse bezüglich Selbsteinschätzung kamen laut den Autorinnen und Autoren fast gleich heraus wie bei der Patientinnen- und Patientengruppe nach der psychoanalytischen Behandlung. 1994 und 1995 wurden mit einer Teilstichprobe von 60 Patientinnen und Patienten je zwei qualitative Interviews im einjährigen Abstand voneinander durchgeführt. Erhoben wurden die vier Aspekte „Symptome“, „Anpassungsfähigkeit“, „Introspektion“ und „zugrunde liegende Konflikte“. 1996 wurden die 316 behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten bezüglich ihrer Ausbildungen befragt. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie haben Sandell et al. (2001, S. 307 ff.) zusammengefasst:

- Psychoanalyse- und Psychotherapiepatientinnen und -patienten unterscheiden sich bezüglich der Behandlungsergebnisse, wobei Psychoanalytikerinnen und -analytiker ein besseres Behandlungsergebnis aufweisen. Dies führen Sandell et al. auf eine „unangemessen analytische Haltung“ der Therapeutinnen und Therapeuten in der psychotherapeutischen Behandlung zurück (wenig Unterstützung, wenig Coping-Strategien, wenig Wärme und Offenheit, was in der Psychoanalytisesituation angemessen sei, nicht aber in der Therapiesituation). Auch fand sich eine statistische Tendenz, dass die ungünstigen Fälle vor allem von nicht-psychoanalytischen Therapeutinnen und Therapeuten stammten;
- Die Gruppe der Psychotherapiepatientinnen und -patienten unterscheidet sich leicht von der Gruppe der Psychoanalysepatientinnen und -patienten hinsichtlich demographischer, sozioökonomischer und psychiatrischer Gesichtspunkte. Diese vermögen das festgestellte unterschiedliche Behandlungsergebnis nicht zu erklären;
- Die Wahrscheinlichkeit einer psychotherapeutischen Vorbehandlung, gleich welcher Art, ist bei beiden Gruppen gleich hoch;
- Die Wahrscheinlichkeit einer Folgebehandlung ist nach Beendigung einer Psychotherapie aber doppelt so hoch wie nach einer Psychoanalyse;

- Unerwarteterweise ergaben sich bei Psychoanalysepatientinnen und -patienten ungünstige Entwicklungen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und des Fehlens am Arbeitsplatz, die mit der Selbsteinschätzung bezüglich einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und des allgemeinen Gesundheitszustands im Widerspruch standen. Diesen Umstand bringen die Untersuchenden in Zusammenhang damit, dass sich diese Gruppe von Menschen durch die Analyse von einem übertriebenen Ehrgeiz distanzierten und sich eher Pausen gönnten, wenn sie sich nicht gut fühlten.

2.6.4. Gross angelegte Katamnese studie: Leuzinger-Bohleber et al. (1998-1999)

In der Katamnese studie über die Langzeitwirkung von Psychoanalysen und Psychotherapien (Leuzinger- Bohleber, Beutel, Rüger & Stuhr, 2001, S. 193) in Deutschland wurden zwischen 1998 und 1999 rund 400 ehemalige Patientinnen und Patienten von Psychoanalysen und psychoanalytischen Kurztherapien⁷ und deren 303 Analytikerinnen und Analytiker eingehend und anhand aufwändiger Verfahren bezüglich der Langzeitwirkung der Behandlung untersucht. Laut den Autoren der Projektgruppe (Leuzinger-Bohleber, Fäh, Fischer, Herold, Holm-Hadulla, Keim, Klöss-Rotmann, Krusche, Stuhr, von Goldacker, Hammel, Rath, Schneider, Walker, Westenberger-Breuer & Willenberg 1997, S. 478) zeichnet es die Studie aus, dass die Datenerhebung und -auswertung durch erfahrene Psychoanalytikerinnen und -analytiker durchgeführt wurden.

Die Patientinnnen und Patienten wurden in drei Gruppen eingeteilt:

- a. Patientinnen/ Patienten mit einer 1- bis 2-stündigen psychoanalytischen Langzeittherapie.
- b. Patientinnen/ Patienten mit einer 3-stündigen Psychoanalyse.
- c. Patientinnen/ Patienten mit einer 4- und mehrstündigen Psychoanalyse (Leuzinger-Bohleber et al., 1997, S. 485).

Die ehemaligen Patientinnen und Patienten wurden über ihre Analytikerinnen und Analytiker kontaktiert. In einem ersten Schritt wurde eine Teilstichprobe zugeteilt, je zwei Katamneseinterviews durch erfahrene Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker unterzogen und psychoanalytisch ausgewertet. Das heisst, dass die Übertragung und Gegenübertragung während des Interviews in die Auswertung einfluss und unbewusste Aspekte berücksichtigt

⁷ Therapieende bereits 1990-1993.

wurden. Inhalte der Interviews waren unter anderem die Sicht auf die Therapie, die therapeutische Beziehung, der analytische Prozess und wichtige Lebensereignisse vor, während und nach der Therapie. Nach den Interviews gehörten eine Supervision durch eine Gruppe erfahrener Analytikerinnen und Analytiker und eine Befragung des Interviewers durch eine Psychoanalytikerin oder einen Psychoanalytiker, zum Auswertungsverfahren. Dieses Vorgehen wurde ausserdem mit quantitativen Erhebungsdaten in Beziehung gesetzt. Die Analytikerinnen und Analytiker der interviewten Patientinnen und Patienten wurden telefonisch zu Diagnose und Schweregrad der Störung und Behandlungssetting befragt. Die übrigen (nicht interviewten) Patientinnen und Patienten wurden per Fragebogen anhand von offenen Fragen befragt. Alle Patientinnen und Patienten erhielten zusätzlich eine Reihe standardisierter Fragebögen (zu Symptombelastung, zu Sense of Coherence, zu Lebenszufriedenheit). Weiterhin wurden ihr Befinden, die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen sowie ihre Behandlungszufriedenheit schriftlich erfragt. Die Krankenkassendaten über die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (inklusive Diagnosen) und die Krankenhausaufenthalte ab 5 Jahre vor Beginn der Behandlung bis zum Zeitpunkt der Erhebung wurden eingeholt. Ausserdem wurde zum Zeitpunkt der Untersuchung eine ICD-10-Diagnose gestellt. Die Ergebnisse der Studie waren ebenso differenziert wie aufschlussreich, würden aber im Detail präsentiert zu viele Seiten einnehmen. Die wichtigsten Erkenntnisse seien aber anhand der Aussagen von Leuzinger-Bohleber, Rüger, Stuhr & Beutel (2002, S. 255 - 272) kurz zusammengefasst.

75% der ehemaligen Patientinnen und Patienten gaben an, dass ihr Gesamtbefinden vor der Therapie schlecht gewesen sei. 81% bezeichneten es nach der Therapie als „gut“ (z. B. besseres Befinden, inneres Wachstum, Beziehungen). Zwischen 70 und 80% stellten positive Veränderungen bezüglich der Lebensbewältigung, dem Selbstwertgefühl, der Stimmung, der Lebenszufriedenheit und der Leistungsfähigkeit fest. Die Analytikerinnen und Analytiker waren deutlich kritischer in der Beurteilung als die Patientinnen und Patienten. Nur 65,2% der Analytikerinnen und Analytiker zeigten sich zufrieden bis sehr zufrieden mit dem Behandlungsergebnis.

Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass die Ausgaben im Gesundheitsbereich durch die Langzeitbehandlung dauerhaft gesenkt werden konnten. Deshalb schliessen die Autorinnen und Autoren, es lohne sich für die Krankenkasse, psychoanalytische Langzeitverfahren zu finanzieren. Zudem könnten viele zusätzliche Kosten im Sozialbereich durch Psychoanalyse gesenkt werden (mehr berufliche Kreativität durch Produktivität, Überwinden von Arbeitslosigkeit, Verhindern von Burnout, bessere Fürsorglichkeit den eigenen Kindern gegenüber,

Überwinden sozialer Isolation und Beteiligung an öffentlichen Aufgaben) (ebd. 2002, S. 256). Bezüglich globaler Einschätzungen konnte zwischen Langzeittherapien und Psychoanalysen keine Unterschiede festgestellt werden, jedoch im Detail schon. Zur Indikation von Psychoanalysen und/ oder Langzeitbehandlungen stellten die Untersucher fest, dass ein Grossteil der untersuchten Patientinnen und Patienten vor der Therapie an einer Persönlichkeitsstörung gelitten hatten, und nur ein kleiner Teil an einer leichten neurotischen Störung. Diejenigen, die an einer Borderlinestörung erkrankt gewesen waren, wiesen nach der Behandlung die schlechtesten Ergebnisse auf. Bei allen Gruppen fanden sich aber Patientinnen und Patienten mit „genügend gutem Behandlungserfolg“ (Leuzinger-Bohleber et al., 2002, S. 259). Weiterhin stellte die Studie fest, dass es wichtig sei, dass Analytikerin oder Analytiker und Patientin oder Patient zueinander passen (z. B. hinsichtlich Alter, Geschlecht, soziale Schicht, besondere Begabungen der Analytikerin oder des Analytikers) (ebd., 2002, S. 265).

2.6.5. Qualitative Forschungsarbeiten

Die vorliegende Arbeit untersucht ausschliesslich die subjektive Einschätzung der Wirksamkeit der Psychoanalyse, also die subjektive Zufriedenheit und die durch sie erlangte Lebensqualität. Dieser Forschungsansatz entspricht gemäss Dr. Christine Widmer nicht der empirischen Mainstream-Forschung, die zur Beurteilung von Wirksamkeit von Therapien hauptsächlich ‚objektivierbare‘ Messgrössen, wie z.B. Symptomchecklisten verwendet. Gerade in neueren Untersuchungen werde allerdings die subjektive Beurteilung des Therapieerfolgs durch die Patientinnen und Patienten zunehmend miteinbezogen (Persönliche Mitteilung, 16. Oktober 2006). Dieses Vorgehen wird insbesondere durch die oben vorgestellte gross angelegte Studie von Marianne Leuzinger-Bohleber repräsentiert, in der die subjektive Sichtweise der ehemaligen Patientinnen und Patienten durch die qualitativen Interviews grosse Wichtigkeit erhält.

In einer 2004 erstellten Bestandsaufnahme von qualitativen Arbeiten im Bereich der Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum von Sabine Dahler und der Projektgruppe QPT finden sich insbesondere zwei Arbeiten, mit denen die vorliegende Arbeit methodische Gemeinsamkeiten aufweist.

In einer Forschungsarbeit an der Universität Augsburg unter der Leitung von Prof. Dr. Gerd Mutz wurden 1990 bis 1992 ehemalige Psychiatriepatientinnen und -patienten hinsichtlich der Anwendung ihres in der stationären Therapie erlangten psychologischen Wissens im Alltag untersucht. Dazu wurden die schriftlichen Dokumentationen der Therapieverläufe analysiert

und leitfadengestützte Interviews mit vier Teammitgliedern und 49 ehemaligen Patientinnen und Patienten zwei Jahre nach deren Behandlung geführt. Es zeigte sich, dass eine Differenz-erfahrung zum Alltag und zu bisherigen Interpretationsmustern ein übergreifendes Ziel der Fachkräfte war. „Auf der Patientenseite wurden vier (ideal-)typische Transformationsmuster rekonstruiert, die sich unter anderem in den subjektiven Störungsmustern (Überlastung, Devianz, Defizit, Entwicklungsstörung), den Deutungsmustern für Psychotherapie, den Validierungskriterien für die zurückliegende Therapie und den biographischen Handlungsorientierungen sowie den Konstruktionsmustern der biographischen Erzählung systematisch von einander unterscheiden“ (Dahler, 2004, S. 72).

An der Universität München fand unter der Leitung von Prof. Dr. Dieter Ulrich 1997 bis 1999 eine Forschungsarbeit statt, in der die Entwicklung der personalen Schemata von stationären Psychotherapiepatientinnen und -patienten nach Abschluss einer Psychotherapie untersucht wurden. Die Längsschnittstudie baut auf der im letzten Abschnitt beschriebenen Studie der Universität Augsburg („Verwendung psychologischen Wissens“) auf. Laut der Projektbeschreibung wurde die subjektive Bedeutung einer stationären Psychotherapie für die weitere Lebensgestaltung und Bewältigung von Lebensereignissen sowie die langfristige Veränderung der subjektiven Deutungs- und Handlungsschemata und der biographischen Erzählungen im Lebenslauf untersucht. Zu diesem Zweck wurden je drei leitfadengestützte Interviews mit 21 ehemaligen Patientinnen und Patienten derselben Psychotherapiestation geführt: Zwei, fünf und zehn bis zwölf Jahre nach Abschluss der Behandlung. Erste Befunde waren zum Zeitpunkt der Veröffentlichung, dass die vier Entscheidungsmuster („persönliches Wohlbefinden“, „soziale Integration“, „gezielte Problembeseitigung“ und „reflexive Autonomie“) durch die Therapie nicht fundamental verändert, jedoch systematisch erweitert und modifiziert wurden. Die ehemaligen Patienten sähen nicht Symptomfreiheit, sondern das Verstehen ihrer eigenen Entwicklung sowie typenspezifische Erweiterung ihres kognitiven, emotionalen und aktionalen Repertoires von Entscheidungsmöglichkeiten als wesentliche Bestandteile der therapeutischen Hilfeleistung (Dahler, 2004, S. 73).

3. Empirischer Teil

3.1. Methodisches Vorgehen

Das Ziel dieser empirischen Arbeit ist es, mehr über die subjektive Beurteilung der psychoanalytischen Behandlung durch Psychoanalysepatientinnen und -patienten zu erfahren.

Kernfragen der Untersuchung sind der Umgang mit den Zielen, die subjektiv erlangte Lebensqualität durch die Behandlung sowie die allgemeine Zufriedenheit über die eigene Analyse. Um diese Kernfragen zu beantworten, bietet sich eine qualitative Vorgehensweise nachgerade an. Es wird nicht hypothesengeleitet, sondern explorativ vorgegangen. So wurden zehn Leitfragen aufgestellt, die in der Diskussion ausgewertet werden. Dabei war die eigene Psychoanalyseerfahrung der Autorin sowohl für die Wahl der Fragestellung als auch für die Entwicklung des Leitfadens prägend.

3.1.1. Datenerhebung durch halbstrukturierte, leitfadengestützte Interviews

Leitfragen

Für das semistandardisierte Interview wurden die folgenden zehn Leitfragen gewählt:

- Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?
- Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?
- Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?
- Leitfrage IV: Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?
- Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?
- Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?
- Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?
- Leitfrage VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden?
- Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?
- Leitfrage X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?

Aus diesen Leitfragen wurde der Interviewleitfaden entwickelt der im Folgenden vorgestellt wird.

Der Interviewleitfaden

In Auseinandersetzung mit Mayring (2002; 2003) und Helfferich (2005), der im Theorieteil vorgestellten Literatur und in der Diskussion mit der Referentin der Arbeit, Frau Dr. phil. Christine Widmer, Psychoanalytikerin, wurde das Vorgehen des halbstrukturierten Interviews zur Beantwortung dieser Leitfragen gewählt. Aus den zehn Leitfragen wurden die 30 Fragen des Interviewleitfadens entwickelt (Interviewleitfaden siehe Anhang A).

Am Anfang des Gesprächs stehen Fragen zum Alter und Beruf der Interviewpartnerinnen und -partner. Auch die Dauer der Behandlung, die verstrichene Zeit seit ihrem Abschluss (falls dies der Fall ist), das Setting und die Schule innerhalb der Psychoanalyse, nach der die Analytikerin oder der Analytiker arbeitet, werden erfragt.

Es ergab sich so, dass in allen Interviews das „Du“ verwendet wurde, daher wird im Anhang die „Du-Version“ des Fragebogens abgedruckt.

3.1.2. Suche der Interviewpartnerinnen und -partner

Da vorauszusehen war, dass das Finden von Interviewpartnerinnen und -partnern mit psychoanalytischer Erfahrung nicht ganz einfach werden würde, wurden die Ausschlusskriterien relativ weit gefasst. Es wurden Personen gesucht, die über Erfahrung mit Psychoanalyse oder psychoanalytischer Gesprächstherapie verfügten. Die Stundenfrequenz war kein Kriterium. Alle Klientinnen und Klienten anderer Psychotherapieformen wurden ausgeschlossen. Es wurden Analysandinnen und Analysanden, die sich noch in Analyse befinden, wie auch solche, die seit Jahren abgeschlossen, beziehungsweise frühzeitig aufgehört hatten, gesucht. Damit die Interviews aussagekräftig blieben, sollten alle Probandinnen und Probanden über mindestens zwei Jahre Analyse- beziehungsweise Therapierfahrung verfügen. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden einerseits über ein Rundmail an alle Studierenden der HAP gesucht, andererseits über Mund-zu-Mund-Propaganda im Bekanntenkreis. Ein Inserat am Anschlagbrett des Freudinstituts und des psychoanalytischen Seminars brachte keinen Erfolg. Zufälligerweise meldeten sich nur Personen, welche die Therapie liegend durchführten - und daher unter das Kriterium Psychoanalyse (und nicht psychoanalytische Gesprächstherapie) fallen.

Die jüngste befragte Person ist 31 Jahre alt, die älteste 73. Sieben Interviewpartnerinnen und -partner sind zwischen 34 und 44 Jahre alt. Ein Interviewpartner ist 66 Jahre alt und machte seine Psychoanalyse Ende der 60er und Anfangs der 70er Jahre. Man könnte dieses Interview somit als „Sondierbohrung“ in die Geschichte der Psychoanalyse betrachten.

3.1.3. Durchführung der Befragung

Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld anhand eines Probeinterviews getestet und nach einigen kleinen Änderungen für brauchbar befunden. Im Zeitraum zwischen Anfang Juli und Anfang September 2006 wurden insgesamt zehn Personen (sechs Frauen und vier Männer) im Sinne eines teilstrukturierten Interviews nach Helfferich (2005, S. 24) interviewt. Die Interviews fanden entweder in einem Gruppenraum an der HAP, bei den Interviewten zu Hause oder bei der Untersucherin zu Hause statt. Ein Interview entstand während einer einwöchigen externen Weiterbildung und wurde daher im Freien an einem Tisch vor dem Kurslokal durchgeführt. Da es sich um eine sehr persönliche Thematik handelt, wurden die Teilnehmenden vor Interviewbeginn darauf hingewiesen, dass sie so persönlich antworten dürfen, wie es ihnen entspreche. Bei einzelnen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde während des Gesprächs auf die eine oder andere Frage verzichtet, da sie den Ablauf der Unterhaltung unterbrochen hätte. Die Nachbefragung erfolgte schriftlich per E-Mail (Beranio, Diana, Denise), in einem Falle mündlich (Emil; kein E-Mail vorhanden). Das Interview mit Talko weist aufgrund weitläufiger Antworten zu den einzelnen Fragen und einer damit verbundenen Abkürzung des Interviews (aus Zeit- und Ermüdungsgründen) einige Lücken auf, die nicht nachbefragt wurden. Die Pseudonyme wählten die Teilnehmenden zumeist selbst. Für alle befragten Personen war es selbstverständlich, beim „Du“ zu bleiben.

3.2. Auswertung

3.2.1. Transkription

Die zehn Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und zunächst wörtlich transkribiert, allerdings in die schriftdeutsche Sprache übersetzt, um die Leserlichkeit zu erhöhen. Das Vokabular und die Satzstellung wurden weit gehend belassen und prägnante schweizerdeutsche Ausdrücke wurden übernommen. Die Transkription umfasst 94 Seiten. Da die Interviews hinsichtlich ihres Inhaltes ausgewertet wurden, wurde darauf verzichtet, die das Gesprächsverhalten betreffenden Feinheiten wie „ehm“ und kleine Pausen auf zu zeichnen. Nur wo solche Elemente auffielen, wurden sie transkribiert.

3.2.2. Qualitative Inhaltsanalyse

Als Vorgehensweise zur Auswertung wurde die qualitative Inhaltsanalyse (Mayring, 2002, S. 115) gewählt. Es handelt sich hierbei um einen empirischen Zugang zum Textmaterial. Das

heisst, dass die Aussagen der Interviewten nicht wie in der Auswertung der qualitativen Interviews in der Katamnesestudie von Marianne Leuzinger-Bohleber (2001) hinsichtlich der Gegenübertragung oder unbewussten Inhalten hermeneutisch untersucht werden, wie es auch Mayring (2002, S. 126) im qualitativen Vorgehen der „psychoanalytischen Textinterpretation“ beschreibt, sondern dass sie als Aussagen stehen gelassen und inhaltsanalytisch ausgewertet werden.

Zu diesem Zweck wurden die Aussagen aus den transkribierten Interviews in einem ersten Schritt so zusammengefasst, dass die wesentlichen Inhalte erhalten blieben. Dabei wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit und Zielgerichtetheit oder der Ergiebigkeit der Antworten elf der 30 Fragen aus der Materialauswahl für die Auswertung ausgeschlossen. Dies ist bei den Fragen II.1., II.3., III.2., III.3., III.5., III.5., IV.2., IV.3., IV.4., V.4. und VI.2. des Interviewleitfadens (siehe Anhang A) der Fall. Bei den ausgeschlossenen Fragen wurden im Interviewleitfaden die Nummern durchgestrichen.

Die Aussagen der einzelnen Personen standen nun zu jeder Interviewfrage nebeneinander - allerdings reduziert auf ihre Kernaussagen. Da diese Zusammenfassung weiterhin zu umfangreich blieb und zudem eine Kategorienbildung zum Teil noch nicht eindeutig möglich war, wurde in einem zweiten Schritt eine Übersichtstabelle (siehe Anhang B) gebildet, in der alle Ergebnisse in Kurzform auf einen Blick ersichtlich und einer Kategorie zugeteilt sind.

Zur Kategorienbildung ist zu sagen, dass viele Kategorien den Interviewfragen entsprechen. Es lässt sich festhalten, dass die Hauptkategorien aus dem Interviewleitfaden abgeleitet und die Unterkategorien induktiv aus dem Material heraus gebildet wurden (vgl. Mayring, 2003, S. 74). Die Frage I.1: „Was war für dich ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychonalyse?“ wurde von den Interviewpartnerinnen und -partnern unterschiedlich verstanden, so dass die meisten sie einerseits hinsichtlich ihrer Symptome beantworteten, aber auch erzählten, wie sie auf ihre Analytikerin oder ihren Analytiker gestossen waren. Somit wurden hier induktiv die Kategorien I.1.a): „Ursachen / Behandlungsgrund“ und I.1.b): „Auswahl der Analytikerin oder des Analytikers“ gebildet.

Auch die Frage I.2: „Hast du vorher oder nachher Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht?“ lässt selbstverständlich verschiedene Antworten zu, sodass die Kategorien I.2.a): „Vorher“ und I.2.b): „Nachher“ gebildet wurden.

Die Frage III.1. „Weisst du, ob die Analytikerin oder der Analytiker Ziele hatte?“ Wurde nicht immer nur mit ja oder nein geantwortet, sondern es wurden gewisse Ziele genannt. Daraus entstanden die Kategorien III.1.a) „Zieltransparenz“ und III.1.b) „Allfällige Ziele der Analyti-

kerin oder des Analytikers“. Die restlichen Kategorien entsprechen den Interviewfragen. Wo es sich anbot, wurden die Aussagen aber auf einem etwas höheren Abstraktionsniveau gruppiert, zum Beispiel wurden die genannten Symptome zu Beginn der Behandlung nach Art der genannten Symptome in „klinische Symptome“, „Beziehungsprobleme“, „Leidensdruck ohne Symptomanzeige“ und „andere“ eingeteilt. Die Nummerierung aus dem Interviewleitfaden wurde in den Kategorien beibehalten.

Qualitative und quantitative Analyseschritte dürfen laut Mayring (2002, S. 117) nicht als Gegensätze verstanden werden. Oft müssen sie verbunden werden. Bei vielen Kategorien erfolgte daher eine quantitative Auswertung anhand der Antworten.

3.2.3. Die Interviewten

Eine fallweise Darstellung der Interviewergebnisse hätte sich vor allem deshalb angeboten, weil jede Person und jede Analyse absolut einzigartig ist. Um eine bessere Übersicht über alle Ergebnisse zu den einzelnen Fragen zu gewährleisten, wurden die Interviews aber themen- und nicht personenbezogen ausgewertet. Zunächst soll aber jede Teilnehmerin und jeder Teilnehmer kurz vorgestellt werden, daran schließt die inhaltliche Analyse an. Die Reihenfolge lehnt sich an die Reihenfolge der Interviews an. Aus Gründen des Persönlichkeitsschutzes werden Pseudonyme verwendet, welche die Interviewten zumeist selbst wählten.

Diana Rigazzoni

Diana Rigazzoni ist 36 Jahre alt, von Beruf Kunsthistorikerin⁸ und Mutter zweier Kinder. Sie machte ihre Psychoanalyse von 1999 bis 2006.

Die Stundenfrequenz betrug neun Monate lang jeweils eine Stunde, fünf Jahre lang jeweils drei Stunden und fünf bis sechs Monate lang jeweils vier Stunden pro Woche. Zu Beginn der Therapie sass sie ihrer Analytikerin neun Monate lang gegenüber, die restliche Zeit lag sie.

Sabine Riederer

Sabine Riederer, 34 Jahre alt, ist von Beruf Psychologin und befindet sich seit 2003 in einer Psychoanalyse bei einer Frau. Ein bis eineinhalb Jahre lang ging sie drei Mal pro Woche, seither nur noch zwei mal wöchentlich zu ihr. Binnen Kürze ist vorgesehen, dass sie nur noch einmal pro Woche zur Analyse geht und dann weniger im Sinne einer Vergangenheitsaufarbeitung als vielmehr zu einer Art Coaching für Berufsfragen.

⁸ Beruf auf Wunsch der Interviewpartnerin geändert.

Beranio Peters

Beranio Peters ist 38 Jahre alt und von Beruf Rechtsanwalt. Seine Analyse ist seit 2003 abgeschlossen. Insgesamt ging er neun Jahre zum Analytiker - anfangs einmal wöchentlich, später dreimal, dann wieder zweimal und am Schluss eine Stunde pro Woche.

Emil Wassermann

Emil Wassermann ging insgesamt vier Jahre lang vier mal wöchentlich in die Psychoanalyse. Die ersten 250 Stunden machte er bei einem Lehranalytiker, und als er aus beruflichen Gründen in eine andere Region der Schweiz zog, nach einem zweijährigen Unterbruch bei einer Lehranalytikerin noch 200 Stunden. Er ist 66 Jahre alt und von Beruf Psychologe und Psychotherapeut. Seine Analyse ist schon seit 1971, also seit 35 Jahren, beendet.

Lukas Meier

Lukas Meier ist von Beruf Übersetzer und 34 Jahre alt. Seit neun Jahren geht er, allerdings mit zwei Unterbrüchen - einmal aufgrund eines Auslandsaufenthaltes, das andere Mal wegen längerer Krankheit der Analytikerin - einmal wöchentlich zu seiner Psychoanalytikerin. Anfangs konnte er sich als Student aus finanziellen Gründen keine höhere Frequenz leisten, heute lebt er in einer Stadt, die eine einstündige Bahnreise weit entfernt von der Stadt der Analytikerin liegt. Beide, die Analytikerin und er hätten sich an dieses Arrangement gewöhnt und möchten daran nichts ändern, wie er sagt.

Denise Zimmermann

Denise Zimmermann hat die kürzeste abgeschlossene Psychoanalyse unter allen Interviewpartnerinnen und -partnern. Diese dauerte nur zwei Jahre und fand bei einer Analytikerin statt. Die Gründe für die relativ kurze Dauer der Analyse werden im Interview erhellt. Anfangs ging sie zweimal, gegen Ende der Analyse nur noch einmal wöchentlich zur Analyse. Denise Zimmermann ist 31 Jahre alt und von Beruf Realschullehrerin.

Max Busch

Max Buschs Therapie dauerte drei Jahre mit einer Stundenfrequenz von zwei bis drei Stunden wöchentlich. Die ersten beiden Stunden sass er dem Analytiker vis-à-vis, die restlichen Stunden absolvierte er im Liegen. Seine Analyse dauerte bis 2002. Max Busch ist 38 Jahre alt und von Beruf Architekt.

Talko Peng

Talko Peng ist 42 Jahre alt und von Beruf Projektleiterin. Seit 1998, also seit siebeneinhalb Jahren geht sie zu einem Analytiker in die Psychoanalyse mit einer Stundenfrequenz von konstant drei Stunden.

Frieda Vanzetti

Frieda Vanzetti hat ihre fünf Jahre dauernde Analyse bei einer Analytikerin im Jahr 2000 abgeschlossen. Die Stundenfrequenz lag bei drei Stunden. Frieda Vanzetti ist von Beruf Schauspielerin und 44 Jahre alt.

Kiku Fisch

Kiku Fisch ist 73 Jahre alt. In jungen Jahren hatte sie studiert, allerdings keinen Studienabschluss erzielt. Ihre Psychoanalyse machte sie von 1989 bis 1993 mit einer Stundenfrequenz von vier Stunden pro Woche bei einer Analytikerin.

Es fällt auf, dass alle Interviewten eine höhere Berufsbildung genossen haben: Die Stichprobe besteht aus einer Kunsthistorikerin, einer Psychologin, einem Rechtsanwalt, einem Psychologen und Psychotherapeuten, einem Übersetzer mit Universitätsabschluss, einer Realschullehrerin, einer Projektleiterin, einem Architekten, einer Schauspielerin und einer Germanistin/Anglistin ohne Abschluss, also aus sieben Akademikern und drei Personen mit anderweitig erlangtem hohen Bildungsniveau.

3.3. Die Ergebnisse der Interviews

Nachfolgend werden die Ergebnisse der Interviews entlang den Leitfragen zu den ausgewählten Interviewfragen in der Reihenfolge der Befragung zusammengefasst (vgl. Tabelle Anhang B); eine umfangreichere Darstellung und Kategorisierung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Oft erfolgte die Zusammenfassung unter qualitativen und quantitativen Aspekten. Um die Aussagen der einzelnen Personen etwas zu illustrieren und zu differenzieren, wurden auch Auszüge aus den Transkripten oder deren Zusammenfassung angefügt. Die Nummerierung aus dem Interviewleitfaden wurde für die Kategorien beibehalten.

3.3.1. Fragen zur Dauer, dem Setting und zum Zeitraum seit Behandlungsende

Sieben Personen befinden sich nicht mehr in Behandlung, drei haben noch nicht abgeschlossen. Von denen, die abgeschlossen haben, erstreckt sich die Zeitspanne seit Abschluss der Psychoanalyse zwischen fünf Monaten und 35 Jahren. In der Mitte dieser Extreme liegt die Person, die seit 17 Jahren nicht mehr in die Psychoanalyse geht. Bei den restlichen vier Personen liegt das Ende der Analyse drei bis sechs Jahre zurück. Die drei Personen, die noch in die Psychoanalyse gehen, tun dies seit drei, siebeneinhalb und neun Jahren.

Aber auch die Dauer und Frequenz der Analysen ist bei allen Befragten sehr verschieden: Bei den Analysandinnen und Analysanden, die sich nicht mehr in Analyse befinden, erstreckt sich die Behandlungszeitspanne von zwei Jahre bis neun Jahre, wobei die Stundenfrequenz von einer bis vier Stunden reicht - dies änderte bei manchen Personen während der Behandlung, bei anderen blieb die Frequenz die ganze Zeit gleich.

Die nachfolgende Tabelle bietet dazu einen kleinen Überblick.

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
Alter	36	34	38	66	34	31	38	42	44	73
Beruf	Kunsthistorikerin ⁹ , Mutter	Psychologin	Rechtsanwalt	Psychologe / Psychotherapeut	Übersetzer	Realschullehrerin	Architekt	Projektleiterin	Schauspielerin	Studium ohne Abschluss
Psychoanalyse von bis:	1999 - 2006	2003 - 2006	1994 - 2003	1967 - 1971	1997 - 2006	1999 - 2001	1999 - 2002	1998 - 2006	1995 - 2000	1989 - 1993
Dauer:	6 Jahre	3 Jahre	9 Jahre	4 Jahre	9 Jahre	2 Jahre	3 Jahre	7.5 Jahre	5 Jahre	4 Jahre
Abgeschlossen?	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Abgeschlossen seit	5 Monaten	-	3 Jahren	35 Jahren	-	5 Jahren	4 Jahren	-	6 Jahren	17 Jahren
Stundenfrequenz	9 Monate: 1h 5 J: 3h 4-6 Monate: 4h	1-1.5 J: 3h Seither: 2h	Anfangs 1h Später: 3h Dann 2h, am Schluss: 1h	4h	Anfangs 2h, später 1h	Anfangs 2h, später 1h	2-3h	3h	3h	4h
Bei einer Frau oder einem Mann ?	Frau	Frau	Mann	Frau und Mann	Frau	Frau	Mann	Mann	Frau	Frau
Sitzend / liegend	Anfangs sitzend, nach 9 Monaten liegend	10h sitzend, dann liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend
Schule innerhalb der PSA	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt.	Unbekannt.	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)

3.3.2. Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?

In diesem Themenbereich wurde eruiert, wie die Analysandinnen und Analysanden auf die Psychoanalyse stiessen, aufgrund welcher Symptome oder Motivationen sie die Analyse begannen und ob sie vorher oder nachher Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht hatten.

⁹ Beruf auf Wunsch der Interviewpartnerin geändert.

1.1. Auswahl des Therapieverfahrens

1.1. a) Ursachen / Behandlungsgrund

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei allen Personen, ausser bei Emil, der eine Lehranalyse machen wollte, um Psychoanalytiker zu werden, ein erheblicher Leidensdruck mit dringlichem Handlungsbedarf bestand. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der Nennungen:

Art der Symptomatik	Symptom	Nennung
Klinische Symptome	Phobische Phasen (Diana)	1
	Flugangst (Diana)	1
	Angstzustände/ Ängste (Sabine, Lukas, Frieda)	3
	Belastungsdepression (Sabine)	3
	Depressive Grundstimmung (Lukas)	
	Depressive Veranlagung (Talko)	
	Psychosomatische Krankheit (Max)	1
Beziehungsprobleme	Ende einer Liebesbeziehung (Beranio)	1
	Beziehungsprobleme (Beranio, Frieda)	2
	Wünschte Trennung vom Ehemann (Kiku)	1
Leidensdruck ohne Symptomangabe	Gefühl innerer Zerrissenheit (Beranio)	1
	Familiäre Situation (Diana)	1
	Grosse Krise (Sabine)	1
	Es ging mir nicht gut (Lukas, Denise)	2
	Zusammenbruch (Denise)	1
	Belastende persönliche Situation (Max)	1
Andere	Berufswunsch Psychoanalytiker (Emil)	1
	Unverarbeitetes einmaliges Ereignis (Denise)	1

Als Gründe, weshalb die Interviewten eine Analytikerin oder einen Analytiker aufsuchten, wurden klinische Symptome (Phobien, Flugangst, Angstzustände, Depressionen und psychosomatische Krankheit), psychisches Leiden oder Krisen ohne konkrete Symptomangaben (Gefühl innerer Zerrissenheit, die familiäre Situation, eine grosse Krise und ein Zusammenbruch) und Beziehungsprobleme genannt. In diese Unterteilung lassen sich der Berufswunsch Psychoanalytiker und das unverarbeitete einmalige Ereignis nicht einordnen.

1.1.b) Auswahl der Analytikerin oder des Analytikers

Den Weg zum Analytiker oder zur Analytikerin fanden die Befragten auf verschiedenen Wegen. Diana wurde durch eine Psychiaterin überwiesen. Sabine schlug das Telefonbuch auf und stiess auf ein kleines Inserat: „Psychotherapie für Frauen“ - sie betont, sich nicht für eine

Psychoanalyse entschieden zu haben. Beranio und Lukas wandten sich in einem ersten Schritt an die Studentenberatungsstelle der Universität Zürich und wurden so vermittelt. Emil fiel die Wahl Ende der 60er-Jahre einfach: Es habe damals in Zürich nur drei bis fünf¹⁰ Lehranalytiker gegeben. Denise wurde durch ihren Freundeskreis zur Analyse gedrängt, Max von seiner damaligen Freundin, Kiku von einer Freundin vermittelt (die selbst Psychoanalytikerin ist und die sie als erste angefragt hatte, ob sie sie nehmen würde). Talko schliesslich lernte ihren Psychoanalytiker in einer Weiterbildung kennen.

Alle ausser Emil verfügten zu Beginn nicht über genaue Kenntnisse der Psychoanalyse. Die einzelnen Personen schildern, dass es ihnen sehr schlecht ging und dass sie sich nicht mit der Psychoanalyse auseinandergesetzt hatten, sondern einfach Hilfe suchten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Hilfesuchenden mehrheitlich durch öffentliche Beratungsstellen oder aber über Bekannte, die schon Erfahrungen mit Psychoanalyse hatten, auf ihre Analytikerinnen und Analytiker stiessen.

I.2. Erfahrungen mit anderen Therapieformen

I.2.a) Vorher

Sabine, Denise, Talko, Frieda und Kiku, also fünf von zehn Befragten gaben an, vorher schon Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht zu haben. Vor allem Talko und Kiku hatten schon einiges erprobt: Talko körperorientierte Gesprächstherapie, personenzentrierte Therapie und Kranjosakraltherapie und Kiku Gesprächstherapie unbestimmter Richtung, verschiedene Selbsterfahrungsgruppen, Transaktionsanalyse, Urschrei und eine Therapieform mit Traumdeutung (unbestimmte Richtung).

I.2.b) Nachher

Erfahrungen mit anderen Therapieformen nach der Psychoanalyse machten Emil Wassermann (Gesprächstherapie nach Rogers, Transaktionsanalyse), Max Busch (kirchliche Seelsorge) und Kiku Fisch (Meditation, Maltherapie nach Arno Stern).

¹⁰ Berna, Lincke, Morgenthaler, Moser, Parin (in der Nachbefragung erfahren).

3.3.3. Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?

II.2. *Persönliche Ziele der Analysandin oder des Analysanden*

In diese Kategorie fiel nur eine Frage, nämlich die nach den persönlichen Zielen der Interviewpartnerinnen und -partner zu Beginn der Psychoanalyse. Die Ergebnisse fielen so unterschiedlich aus, dass sie (als Zusammenfassung der Transkripte) im Folgenden vollständig wieder gegeben werden sollen:

Diana: Phobien beheben, wieder fliegen können¹¹, die familiäre Situation betrachten.

Sabine, Denise: Dass es mir wieder besser geht.

Sabine: Mein Leben auf die Reihe kriegen, nicht mehr in eine solche Krise geraten.

Beranio: Professionelle Hilfe erhalten, eine Erleichterung, innere Ruhe, Konzentrationsfähigkeit, ein unverkrampftes Verhältnis zu Mitmenschen und zu Frauen, weniger innere Zerrissenheit.

Emil: Mich analysieren, Psychoanalytiker werden.

Lukas: Die inneren Anspannungen und Knoten lösen, die Geschichte mit meinem Vater aufarbeiten und Instrumente im Umgang mit ihm finden.

Denise: Das schlimme einmalige Ereignis anschauen.

Max: Heilung, Beziehungen eingehen können.

Talko: Verändern, wie ich in der Welt stehe, mein ganzes Leben verändern, eine Lebenshilfe erhalten, eine Leidensminderung.

Frieda: Die Ängste bearbeiten, Männerbeziehungen, Fürsorge erhalten, zur Ruhe kommen.

Kiku: Genug Kraft finden für die Trennung vom Ehemann.

Die Nennungen betreffen einerseits objektive und in der psychologischen Fachsprache anzusiedelnde Symptome und deren Behebung wie „Phobien“, „Krise“, „Ängste“ beheben, andererseits subjektive wie die innere Anspannung, die innere Zerrissenheit, innere Knoten lösen, Beziehungsfähigkeit (allgemein und zum anderen Geschlecht), die Familiengeschichte anschauen. Eine Person will ein einmaliges traumatisches Erlebnis aufarbeiten, und eine andere ganz einfach Psychoanalytiker werden.

¹¹ Gemeint ist selbstverständlich im Flugzeug.

3.3.4. Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?

III.1.a) Zieltransparenz

Vier Personen (Diana, Beranio, Talko, Kiku) sagten, sie wüssten nicht, ob die Analytikerin oder der Analytiker Ziele hatte, sie seien nicht kommuniziert worden. Laut Emil war in seiner Analyse das einzige Ziel das Arbeitsbündnis, beziehungsweise sich zu analysieren:

Emil: Wir wanderten. Wir wussten aber nicht, wohin wir wanderten. Wir wussten auch nicht, was wir unterwegs sehen würden. [] Der orthodoxe Psychoanalytiker sagt: „Ich bin nicht verantwortlich, ob ein Mensch sich heilt. Ich mache nicht Therapie.“ Aber die Folge der Analyse ist häufig, dass der Mensch gerade auch gewisse Sachen heilt. Das machte ich dann auch unterwegs.

Die anderen fünf Personen (Sabine, Lukas, Denise, Max, Frieda) gaben sehr vage Antworten wie: „Ich spürte Ziele“, „ich glaube“, „ich vermute es.“. Die Antworten klangen beispielsweise folgendermassen:

RG: Weisst du, ob deine Analytikerin Ziele für die Behandlung hatte?

Diana: Nein, ich hatte das Gefühl, ich hätte Ziele von ihr gespürt.

RG: Ja, und was für Ziele hast du gespürt?

Diana: Ich spürte, dass es ihr stark um die Familiensituation (ging), also Klärung oder eine Beruhigung oder so. Nicht dass es sich objektiv beruhigt, sondern mehr für mich subjektiv.

Talko: (lacht) Nein, das weiss ich nicht. (...) Also jetzt naiv gesagt, er funktioniert nicht so nach super Zielen oder nach Marshallplan oder sowieso. (...) Ich nehme an, dass er irgend etwas verfolgt, ja, habe ich schon das Gefühl. (...) Wenn er auf Sachen herumreitet oder, also, wo ich dann manchmal sage: „Ja, ist das mein Thema oder was?“.

Es lässt sich festhalten, dass vier Personen gar nicht wussten, ob ihre Analytikerin oder ihr Analytiker Behandlungsziele hatte und fünf Personen solche zu „erspüren“ oder erahnen glaubten. Für eine Person war das Behandlungsziel „sich Analysieren“ von vornherein klar.

III.1.b Allfällige Ziele der Analytikerin oder des Analytikers

Bei drei der Befragten entfällt aufgrund der vorhergehenden Teilfrage und der dortigen Beantwortung mit „Nein“ die Antwort in dieser Kategorie. Zwei Interviewte führen an, dass das erklärte Ziel der Analytikerin oder des Analytikers die Verbesserung ihres damaligen Zustandes gewesen sei, und zwei weitere meinen, dass themenbezogen gearbeitet wurde. Bei einem Analysanden, nämlich bei Emil, war das klare und ausgesprochene Ziel das Arbeitsbündnis, dass er sich zwecks Lehranalyse analysieren konnte, um später den Beruf des Analytikers ausüben zu können. Eine Person (Diana) gab an, dass die Analytikerin die Familiensituation und die Beziehung zum Vater klären wollte, eine weitere (Sabine) meinte, dass das Durchste-

hen und Abschliessen des Studiums im Zentrum der Analyse stehe und für eine Dritte (Frieda) war es das Erlangen und die Stärkung ihrer Autonomie und die Begleitung durch die damals schwierige persönliche Situation. Die Ziele, welche die Befragten bei ihren Analytikerinnen und Analytikern wahrnahmen, bezogen sich also auf eine Verbesserung des Allge-
meinzustandes, das Betrachten der familiären Situation, eine Begleitung und Stärkung der Person, und sie orientierten sich an den vorgebrachten Themen der Analysandinnen und Analysanden.

III.4. Wunsch nach einer konkreteren Zielvereinbarung seitens der Analysandin oder des Analysanden

Sechs Analysandinnen und Analysanden (Emil, Lukas, Denise, Max, Talko, Frieda) waren mit dem Vorgehen in der Analyse zufrieden: Emil Wassermann meinte, dass in einer Analyse der Weg das Ziel sei. Er war durch sein Psychologiestudium im Bilde, worauf er sich einliess und hatte daher auch nicht die Erwartung einer konkreteren Zielformulierung. Denise musste erst merken, was überhaupt der Grund für ihre Krise war und hätte sich daher keine konkretere Zielformulierung gewünscht. Drei führen an, dass sie sich eindeutig eine klare gemeinsame Zielformulierung gewünscht hätten, diese aber vermissten: Diana Rigazzoni hatte in ihrer Analyse die Führung gefehlt und sie war mit der Deutung und Verbindung von Symptomen und Ursachen seitens der Analytikerin teilweise unzufrieden. Kiku Fisch meint, sie hätte damals gar keine Vorstellungen gehabt, aber jetzt im Nachhinein befragt, hätte sie sich das schon gewünscht und Beranio Peters fand, dass er sich eindeutig eine konkretere Zielformulierung gewünscht hätte und dass sein Analytiker teilweise von wirklichen Zielen ablenkte. Ambivalent äussern sich zwei Personen: Sabine Riederer empfindet es als sinnvoll, dass sie als sehr leistungs- und zielorientierter Mensch orientierungs- und ziellos in einem offenen Raum stehe und ihren Gedanken und Gefühlen freien Lauf lassen könne. Talko Peng wünscht sich keine konkretere Zielformulierung, aber ihr unmittelbares Ziel ist die Leidensverminderung und sie empfindet die analytische Arbeit manchmal als sehr ermüdend. Von fünf Personen wurde also keine konkretere Zielvereinbarung gewünscht, zwei Personen beantworteten die Frage ambivalent. Drei Personen hätten sich eine konkretere Zielvereinbarung gewünscht.

3.3.5. Leitfrage IV: Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?

IV.1. Grad der Übereinstimmung der Ziele

Vier der befragten Personen (Sabine, Lukas, Max, Frieda) finden, dass sich ihre Ziele mit denen der Analytikerin oder des Analytikers trafen. Für Sabine Riederer ist dieses gemeinsame Ziel die Prozessbegleitung. Zwei Interviewte geben darauf keine Antwort - unter anderem Talko Peng, die sich ja auch keine gemeinsamen Ziele wünscht und Diana Rigazzoni. Drei wissen nicht so genau, ob eine Übereinstimmung der Ziele vorhanden war, da sie die Absichten der Analytikerin oder des Analytikers nicht kannten. So sagt Kiku Fisch, sie wisse es nicht, weil sie nichts über die Ziele ihrer Analytikerin wusste. Denise Zimmermann meint, dass sie sich wohl den Zielen ihrer Analytikerin angepasst hätte, indem sie das einmalige traumatische Ereignis zu akzeptieren gelernt hätte. Für Emil Wassermann erübrigt sich die Antwort auf diese Frage nach den vorherigen Antworten.

Falls also den Interviewten die Ziele der Analytikerin oder des Analytikers überhaupt mehr oder weniger bewusst waren, fanden sie, dass sich ihre Ziele mit denen ihrer Analytikerinnen und Analytiker trafen.

3.3.6. Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?

In dieser Kategorie soll ausgelotet werden, ob über die Umsetzung der Erkenntnisse der Analyse gesprochen wurde, auf welcher Ebene dies allenfalls geschah und ob sich die Analysandinnen und Analysanden dies vermehrt gewünscht hätten.

V.1. Thematisierung

Sechs der Befragten meinten, die Umsetzung der Erkenntnisse aus der Analyse im Alltag sei Thema (gewesen) in ihrer Analyse. Das Spektrum reicht hier von praktischen Tipps zu Geburt und Kindererziehung (bei Diana) über Muster erkennen und verändern samt Trennungsvorschlag (bei Sabine) und konkrete Handlungsanweisungen (bei Max) bis zu Tipps zu Kleidern und Boutiquen (bei Frieda). Beranio deutet an, dass das nur ab und an geschah, die Umsetzung liege aber in der Hand der Analysandin oder des Analysanden, wenn er einen gordischen Knoten aufgelöst habe. Lukas Meier beschreibt, dass zwar alltägliche Situationen besprochen

und alternative Haltungen zu ihnen aufgezeigt werden, jedoch ohne konkrete Handlungsanweisungen:

Lukas: Das kommt eigentlich oft vor. Zum Beispiel, in Situationen, die mich unangenehm berühren oder so, dann schlägt sie mir Haltungen vor, nicht konkrete Handlungsanweisungen, sondern eine Art innere Haltung. Ich nehme an, das sei ein wenig allgemein so in der Psychoanalyse, dass oft nach einer gewissen Anzahl Stunden, wo gerade eine Erkenntnis stattfindet, diese dann verinnerlicht wird. Dann wird auch klar, wie ich mich verhalten werde - es wird dann gar nicht nötig, das durch zu sprechen.

Mit einem „Nein“ antworten drei Befragte, wobei Talko sich dann doch erinnert, dass ihr Analytiker sie zum Optiker geschickt hätte. Denise sieht eher den Prozess im Vordergrund und spricht von „Lichtchen, die auf gingen.“ Bei sechs Personen wurde also über die Umsetzung der Erkenntnisse aus der Analyse gesprochen, wobei auch Ratschläge erteilt wurden.

V.2. *Wunsch nach Thematisierung der Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag*

Zwei Personen, die bei der vorangehenden Frage meinten, die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag sei nicht thematisiert worden, wünschten sich dies auch nicht. Einer ist sich unschlüssig, nämlich Beranio Peters. Sabine Riederer, die zwar bei der vorherigen Frage eigentlich mit „Ja“ geantwortet hat, meint hier, dass sie froh sei, keine konkreten Handlungsanweisungen bekommen zu haben - mit der einen Ausnahme (als die Analytikerin fand, Sabine solle sich endlich von ihrem damaligen Freund trennen). Emil Wassermann äussert ein „Ja“: Er hätte sich gerne mal ein Buch bei seinem Analytiker ausgeliehen, was dieser abrupt abgelehnt habe. Daraus folgt, dass von den Personen, die nicht über die Umsetzung der Ziele sprachen in der Analyse, dies auch nicht gewünscht wurde.

V.3. *Einschätzung*

Fünf der sechs Interviewten, die unter Frage V.1. antworteten, die Umsetzung von Erkenntnissen sei thematisiert worden, erlebten dies als hilfreich. Frieda Vanzetti meint sogar, das hätte ihren Horizont enorm erweitert, Diana Rigazzoni schätzte es sehr, Tipps von der Analytikerin über Geburt und Kinder zu erhalten, und für Lukas Meier nahm das Besprechen von möglichen Haltungen in Alltagssituationen weder zu viel noch zu wenig Platz ein. Wenn also über die Umsetzung von Erkenntnissen gesprochen wurde in der Therapie, so wurde dies auch mehrheitlich geschätzt.

3.3.7. Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?

VI.1. Zielerreichung

Sieben Personen meinen, dass sie dank der Analyse ihren ursprünglichen Zielen näher gekommen seien. Drei davon, nämlich Max, Talko und Kiku, sind in diesem Punkt vorbehaltlos. Vier weitere Personen - Diana, Sabine, Lukas und Denise - geben noch differenziertere Antworten. Sabine kennt sich besser und hat mehr Bewusstheit über ihr Handeln erlangt. Denise erwähnt, dass sie immer noch ab und zu eine Krise hätte, aber weniger intensiv als früher und dass sie damit viel besser umgehen könne. Sie verharmlose das traumatische Ereignis nicht mehr wie früher. Lukas äussert, er fühle sich seinen depressiven Stimmungen weniger ausgeliefert, und hebt die Fortschritte im Verhältnis zu seinem Vater hervor. Diana betrachtet sich als von ihren Phobien geheilt, ihr Familienverhältnis hat sich verbessert, sie hat einen Flug unternommen, aber sie schläft nach wie vor nicht immer gut. Frieda spricht davon, dass ihre Angstzustände behoben seien, meint jedoch, durch das Wegfallen der Neurose (als frühere Bewältigungsstrategie) fühle sie sich teilweise den Problemen schutzlos ausgeliefert. Wiederum bildet Emil hier eine Ausnahme, da er ja eine Lehranalyse machte. Näher kamen ihren ursprünglichen Zielen also alle Personen, wenn sie solche hatten. Bei einzelnen sind Teilerfolge zu verzeichnen - und wo die Symptommfreiheit nicht erreicht werden konnte, kann die Person meist zumindest besser mit ihren Symptomen leben.

VI.3. Wirkung

Die Frage nach der Wirksamkeit wurde zusätzlich zur Frage nach der Zielerreichung gestellt, da untersucht werden sollte, ob die Analyse allenfalls auch andere Wirkungen erzielte als die schiere Zielerreichung der Ziele, die in Leitfrage II erhoben wurden.

Neun der Befragten sind der Überzeugung, dass die Analyse eine Wirkung hatte. Beranio Peters bemängelt die Ineffizienz der Analyse, vor allem ab dem dritten bis zum neunten Jahr. Für ihn hielten sich Aufwand und Ertrag nicht die Waage. Trotzdem räumt er das Erreichen der wichtigsten Ziele ein. Talko Peng, die nach wie vor in Analyse ist, meint sogar, sie würde keine andere Therapieform wählen, kann sich aber bezüglich der Wirksamkeit nicht zu einer Antwort entschliessen. Frieda schreibt ihr Überleben der Psychoanalyse zu. Emil Wassermann schwärmt von den schönen Liebesbeziehungen, die er jeweils drei Monate nach

Beginn seiner zwei Lehranalysen hatte, und Max Busch erlangte dank der Analyse grosse Erkenntnisse, die sein Leben im Nachhinein wesentlich verbesserten. Die Analyse wurde also mehrheitlich als wirksam erlebt und zeigte zum Teil unerwartete Wirkungen (zum Beispiel bei Emil).

VI.4. *Subjektive Erklärungen für die allfällige Wirkung*

Drei Personen halten die Beziehung zur Analytikerin oder zum Analytiker für wesentlich für die Wirksamkeit einer Analyse (Sabine, Beranio und Frieda). Zwei weitere Befragte (Denise und Kiku) meinen, der geschützte regelmässige Rahmen des Settings hätte ihnen Struktur und Raum für sich selbst gegeben. Frieda erwähnt zusätzlich das Know-how der Analytikerin. Für Kiku war es wichtig, jemanden zu haben, der ihr zuhörte. Sie misst dem Umstand, dass sie sich endlich von ihrem Mann trennen konnte, für die Besserung ihres Zustands eine grosse Wirkung bei. So konnte sie neue Beziehungen aufbauen. Lukas empfindet es so, dass er einen Interpretationsschlüssel oder ein Werkzeug in die Hand bekommt, das es ihm ermöglicht, Situationen, Beziehungen, Reaktionen zu lesen und die eigenen Gefühle wahrzunehmen und zu verstehen und dass er irrationale Ängste erkennen und abbauen konnte. Für Diana war es der Umstand, die eigenen Geschichte in einem anderen Blickwinkel zu sehen, mit unangenehmen Träumen umgehen zu lernen, wieder kehrende Muster zu erkennen und besser Distanz zu Problemen nehmen zu können. Emil Wassermann „weiss es nicht so recht“, sagt aber in der Nachbefragung, dass sich auch bei ihm das Bewusstsein über sich selbst und andere und über gesellschaftliche Pathologien verstärkt hätte. Dadurch sei er autonomer geworden. Max Busch schätzte vor allem die Tipps seines Analytikers und Talko Pengs Antwort fehlt. Die Nennung der Aspekte, die die Analyse für die Analysandinnen und Analysanden wirksam machten, fiel also sehr individuell aus. Für einige war die Beziehung zur Analytikerin oder zum Analytiker wichtiger, für andere der Umstand, dass ihnen jemand zuhörte, wieder anderen half das Setting, das Erlangen von Bewusstheit oder der Behandlungserfolg in einem Teilbereich, der dann weitere positive Veränderungen nach sich zog.

3.3.8. Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?

Da es den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, die Verbesserung der Lebensqualität durch einen standardisierten Fragebogen zu erheben, wurde als erstes die Frage gestellt, was die

einzelnen Befragten unter Lebensqualität verstehen, und anschliessend gefragt, ob sich diese in ihrer Wahrnehmung verbessert habe.

VII.1. *Individuelle Bedeutung von Lebensqualität*

Die Antworten auf diese Frage fielen entsprechend der offenen Fragestellung -wie gewollt - sehr unterschiedlich aus. Zur Illustration soll hier die Zusammenfassung der Transkripte wiedergegeben werden:

Diana: Einerseits gibt es die materielle Lebensqualität, also irgendwie Arbeit, Gesundheit, Wohnen und dann noch die psychische Lebensqualität. Ich finde, es ist an sich schon Lebensqualität, eine Analyse machen zu können. Es geht ja um Zeit und Geld.

Sabine: Lebensqualität ist für mich, einen Boden unter den Füßen zu haben. Freude am Leben haben können, Spass haben, lachen können.

Beranio: Lebensqualität ist für mich ein ganzes Bündel von Sachen: Dass ich mich wohl fühle, das ist der Fall, wenn das Umfeld (damit meine ich Freunde und Beziehungen) stimmt, wenn ich mich realisieren kann (z. B. Projekte), eine gewisse Sicherheit habe. Kann ich meinen Hobbys nachgehen, finde ich kulturelle Angebote da, wo ich lebe? Habe ich genug Stimuli? Das Sexualleben gehört auch dazu.

Emil: In Übereinstimmung mit meinen inneren Wünschen leben können oder Annäherung daran.

Lukas: Dass man auf eine Art handlungsfähiger ist oder Situationen angehen kann, sich Ziele setzen kann.

Max: Lebensqualität bezogen auf die Psychoanalyse ist für mich, mich nicht von meinen Ängsten leiten zu lassen, neugierig sein im kindlichen Sinne, was das Leben bringt und nicht das Gefühl haben: Das muss jetzt so gehen. Dass du offen sein kannst. Ein weites Handlungsspektrum haben und nicht aus Angst sagen: „Das ist nichts für mich oder das kann ich ja eh nicht“ und darum etwas nicht tun. Ängste überhaupt erkennen können und dann mich fragen: „Warum habe ich jetzt solche Angst?“ Und dann die Angst lösen.

Denise: Spontan würde ich sagen: Die Freiheit haben, das zu machen, was ich will, worauf ich Lust habe. Also ein wenig Vernunft habe ich auch, aber ein wenig leben nach dem Lustprinzip.

Talko: Ich lache gern. Ich mag, wenn es lustig ist, ich esse gern, ich trinke gern und rauche nachher eine Zigi. Das ist es schon etwa. Und dann gibt es einen weiteren Kreis, da bin ich jetzt schon ewig dran: Dass ich mich sein lassen kann, wie ich bin. So funktionieren können wie ich funktioniere, ohne dass es so anstrengend ist und so weh tut. Das ist der Schlüssel eigentlich.

Frieda: Dass eine Beziehung eine ist, die passt und wo man sich austauschen kann. Und dass du eine Arbeit hast, die du gerne machst, also das ist für mich sehr wichtig. Und eben innerlich: Dass ich zu mir sagen kann: Du gehst jetzt einfach zu Gucci einkaufen, also, jetzt nicht wegen dem Finanziellen, sondern die Freiheit haben.

Kiku: Lebensqualität? Das ist für mich: Ein Zuhause haben, ein paar Freunde haben, vor allem eine gute Beziehung haben mit meiner Tochter, Frieden haben, ein Dach über dem Kopf, genug zu essen, warm haben und eh, vielleicht auch noch eine Aufgabe und Zeit haben, Schönes zu erleben. Ja. Sei das in der Natur oder in einer Ausstellung oder so. Ja.

Faktoren von Lebensqualität sind also für vier Personen, über ein gutes Handlungsspektrum zu verfügen - wobei zwei Personen in diesem Zusammenhang psychische Faktoren erwähnen. Autonomie ist für einige wichtig. Drei Interviewte erwähnen befriedigende Beziehungen als Aspekt von Lebensqualität. Für vier Personen hängt Lebensqualität unter anderem mit Genuss wie essen, eine Ausstellung besuchen, lachen können oder der Nutzung anderer kultureller Angebote zusammen. Für eine Person ist es Lebensqualität, in Übereinstimmung mit den inneren Wünschen leben zu können.

VII.2. *Allfällige Verbesserung der Lebensqualität*

Die Antwort aller Interviewten auf die Frage, ob sich ihre Lebensqualität durch die Behandlung verbessert habe, lautet „Ja“, Sabine findet sogar: „Super, ja!“.

Fünf Personen (Diana, Beranio, Emil, Frieda, Kiku) sagen, dass sich ihre Beziehungen – zu Eltern, zu Freunden oder zu Liebespartnern – dank der Analyse stark verbessert hätten oder sich ihr Freundeskreis verändert hätte. Kiku etwa führt die Trennung von ihrem Mann an, eine neue Wohnung, Gesundheit sowie neue Bekannte. Für Denise steht die innere und äussere Freiheit im Vordergrund, aber auch, dass sie sich aufgrund der Analyse beruflich weiter entwickeln konnte. Für Beranio war das Bestehen seiner Anwaltsprüfung auf Anhieb und das Bestehenkönnen in juristischen Kreisen ein Erfolg, den er der Analyse zuschreibt. Die drei nachstehenden Befragten nennen den Umstand, dass sie sich besser kennen und akzeptieren gelernt haben, als Hauptgewinn der Analyse: Talko Peng lernte Prioritäten zu setzen: „Ich weiss jetzt, was mir wichtig ist.“ Sabine meint, ihre Akzeptanz sich selbst und ihren Schattenseiten gegenüber hätte sich stark verbessert, obwohl gerade dadurch das Leben auch anstrengender geworden sei. Max wertet die durch die Analyse neu erworbene Art zu denken und sich wahr zu nehmen positiv. Für ihn legte die Psychoanalyse den Boden für die kirchliche Seelsorge, die er heute besucht und die für ihn noch tiefer gehende Erlebnisse bringt als die Analyse, welche für ihn ihre Grenzen hatte. Aber ohne die Analyse, sagt er, wäre er wohl nie bereit gewesen, sich auf die Seelsorge einzulassen.

Die Lebensqualität verbesserte sich also bei allen Interviewpartnerinnen und -partnern ausnahmslos. Die meisten Verbesserungen zeigen sich in befriedigenderen Beziehungen zu Partnerinnen und Partnern, zur Familie oder zu Freundinnen und Freunden. Weiter gehört zur Verbesserung der Lebensqualität für drei Personen, dass sie sich selbst und ihre Bedürfnisse besser kennen gelernt haben. Zwei Personen nennen das Erreichen beruflicher Ziele als Errungenschaft im Bereich der Lebensqualität.

3.3.9. **Leitfrage VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden?**

Unter dieser Leitfrage wurde eruiert, ob es innere und äussere Veränderungen im Leben der Analysandinnen und Analysanden gibt, die diese auf die Psychoanalyse zurückführen.

VIII.1. *Subjektive oder „innere“ Veränderungen*

Die subjektiven, „inneren“ Veränderungen beschreiben die Interviewten ebenso eindrücklich wie individuell. Für Diana sind die wichtigsten Veränderungen das erlangte Selbstvertrauen und dass sie Konflikte besser aushalten kann. Beranio schildert einprägsam, wie erleichtert er darüber sei, nicht mehr in jeder Situation rot zu werden und sich schuldig zu fühlen. Auch gegenüber Frauen sei er viel gelassener geworden als früher. Denise sieht ihre Veränderung darin, dass sie anstrengender geworden ist für ihr Umfeld, da sie mehr hinterfragt. Ausserdem hat sie die Gewissheit erhalten, dass sie stark ist. Auch Emil sieht die grössten Veränderungen in Bezug auf Frauen, zudem kann er sich besser auf seine Hauptthemen beschränken. Lukas beschreibt, dass er sich selbst näher gekommen ist und deshalb auch besser weiss, mit welchen Leuten er gerne zusammen ist. Max erwähnt diesen Punkt ebenfalls. Er entdeckte ein ganz neues Selbstvertrauen und neue Fähigkeiten in sich und konnte seine Ängste massiv abbauen. Sein Perfektionismus nahm ab. Er schreibt seine neu erlangte Beziehungsfähigkeit der Analyse zu. Für Frieda heisst der Umstand, dass sie jetzt nicht mehr quasi „im Schutz“ ihrer Neurose leben kann, dass sie zum Teil mit schmerzhaften Seiten im Leben einen Weg finden muss. Kiku sei nicht mehr so verängstigt wie früher und sehe lockerer aus. Sie hätte allerdings gern noch mehr erreicht. Zur Illustration sollen hier drei Aussagen zusammengefasst werden:

Sabine: Ja, ich habe mich schon verändert. Aber wahrscheinlich ist das von aussen nicht ersichtlich. Aber ich erlebe mich anders. Ich bin reifer geworden. Ich habe meine schwachen Seiten zumindest zum Teil akzeptieren gelernt. Und das Leben als Frau: Plötzlich hatte ich den Wunsch, mal eine Familie zu haben. Das hatte ich mir vorher nicht zugetraut und eingestanden. Ich kann meine Bedürfnisse besser wahrnehmen und merken, wenn ich zum Beispiel überlastet bin.

Beranio: Ja. Ich war zwar schon immer eine selbstreflexive Person, habe mich immer selbst hinterfragt. Darum machte ich überhaupt eine Psychoanalyse. Früher wurde ich in jeder Situation rot. Und wenn du merkst, dass du rot wirst, wirst du noch röter. Ich dachte früher auch immer, ich sei der Schuldige an vielem. Heute kann ich cool bleiben, wenn irgend etwas passiert, wo ich früher gestresst war. Oder das ganze Frauenthema: Wenn ich heute eine Frau sehe, dann habe ich nicht mehr so Skrupel, die anzuschauen, oder anzusprechen, je nach dem was ich will. Vorher trat ich zwar nach aussen forsch auf, aber in mir drin war ich extrem scheu. Ich schwitzte auch an die Hände und unter den Armen. Das war irgendwann einfach weg. Ich gehe gelassen in eine Sitzung und denke nicht gleich, es ist schlimm, wenn ich nicht gerade die richtigen Worte finde. Und ich habe Freunde gefunden, mit denen ich gut auskomme.

Max: Ja. In der Wahrnehmung war ich wie eine andere Person. Weil genau das, wovor ich am meisten Angst hatte, darauf konnte ich mich einlassen. Ich entdeckte bei Dingen, von denen ich das Gefühl hatte, ich könne sie nicht, dass mir die ganz leicht von der Hand gehen. Es gelang mir immer besser, Beziehungen einzugehen. Ich lernte, Grenzen zu setzen, auch im Berufsleben, und herauszufinden, welche Personen zu mir passen und welche nicht. Es gelingt mir noch nicht immer, aber der Anspruch, perfekt zu sein, ist irrational. Ich kann mich besser einschätzen. Und in der neuen Beziehung zu einer Frau konnte ich viele Dinge viel offener angehen, die ich vorher kategorisch ausgeschlossen hätte und eben eigentlich nicht beziehungsfähig gewesen wäre. Das ist der Verdienst der Analyse.

Zu den genannten persönlichen Veränderungen gehören also ein verbessertes Selbstvertrauen, mehr Selbstsicherheit und Gelassenheit (die sich im Wegfallen somatischer Symptome wie erröten oder schwitzen zeigt), eine bessere Fähigkeit, sich auf Kernthemen zu beschränken, aber auch ein vermehrtes Hinterfragen von sich und anderen, eine bessere Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, weniger Perfektionismus, mehr Verletzlichkeit durch das Wegfallen der Neurose als Schutzmechanismus, und bessere Beziehungsfähigkeit.

VIII.2. Objektiv beobachtbare, der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden

Neun Interviewte führen verschiedene äussere Veränderungen in ihrem Leben auf und nur einer (Emil) antwortet hier mit „Nein“ (wobei die von ihm unter Frage VI.3. gegebene Antwort, er sei jeweils drei Monate nach Beginn der zwei Lehranalysen sehr schöne Liebesbeziehungen eingegangen, eigentlich auch ein „Ja“ auf diese Frage bedeuten würde). Fünf Personen (Sabine, Denise, Lukas, Kiku und Max) trennten sich von ihren Partnerinnen oder Partnern, wobei Max sich während der Analyse von einer Freundin trennte, aber bald danach eine neue Bindung einging und diese Frau sogar heiratete. Kiku ging nochmals eine Partnerschaft ein nach 13 Jahren Singleleben. Bei zwei Personen ergaben sich Änderungen im Beruf oder Studium (Beranio und Talko nur Beruf). Diana fing an zu schreiben. Bei Denise und Frieda ergaben sich Veränderung im Beruf und in der Beziehung: Denise brach ihr Studium ab und trennte sich von ihrem Freund und Frieda gab den Beruf der Schauspielerin auf und begann eine neue Partnerschaft. Zusammenfassend lässt sich festhalten: Bei acht Befragten manifestieren sich die Veränderungen in Beziehungsthemen (Trennung und/ oder Aufnahme einer Liebesbeziehung), bei dreien sind sie berufsbezogen.

3.3.10. Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?

Die Fragen zum Ende der Analyse wurden als interessant erachtet, weil vermutet wurde, dass sich im Ende etwas über die Zielerreichung, beziehungsweise auch über eine allfällige

Enttäuschung, sowie die Meinung der Psychoanalytikerin oder des Psychoanalytikers zum Erreichen der Ziele zeigen würde.

IX.1. Ende der Analyse

In dieser Kategorie wurde erhoben, wie die Analysandinnen und Analysanden das Ende der Analyse erlebten (falls sie schon abgeschlossen haben). Sieben Patienten und Patientinnen befinden sich nicht mehr in Behandlung. Zwei von ihnen, Kiku und Max haben die Analyse gegen den Willen ihrer Analytikerin, beziehungsweise ihres Analytikers frühzeitig beendet. Drei Interviewte sind noch in Analyse (Sabine, Lukas und Talko). Fünf Personen mit abgeschlossenen Analysen erlebten, dass eine Art Flaute eintrat, ein „Abflachen der Intensität“ (Beranio). Diana umschreibt ihr Gefühl zum Ende der Analyse wie folgt:

Diana: (denkt lange nach) Ich glaube an der Art oder Menge von (ehm) - es kam mir manchmal vor, als würde man aus einer Pfanne Suppe heraus nehmen. Und mir kam es vor - einmal kommt man dorthin, wo es ganz viel hat, Bohnen und Speck. Dorthin, wo das Gemüse oder die Substanz ist. [] „Und, ich glaube, es ist wie so das Gefühl, jetzt haben wir ganz viel raus gelöffelt oder so.

Für Emil, dessen Berufswunsch „Psychoanalytiker“ an Aktualität verloren hatte, weil er nun Schulpsychologe war, traten vertragsorientierte Psychotherapieformen in den Vordergrund, da er sie für seine Arbeit als brauchbarer befand. Zudem gab es in den Äusserungen seiner Analytikerin für ihn Anhaltspunkte dafür, dass sie ihn aus finanziellen Gründen an sich binden wollte. Max äussert sich folgendermassen:

Max: Ich merkte nach drei Jahren, dass keine Steigung mehr drin war, es blieb alles so relativ. Und ich wollte auf mich selber gestellt sein. Ich dachte, wenn ich mehr erreichen möchte, müsste ich so lang machen, dass ich den Sinn dahinter anfang zu bezweifeln. Ich sagte zu ihm, dass ich den Entschluss gefasst hätte, aufzuhören. Ich war mir gefühlsmässig sicher. Ich hatte das Gefühl, genug Selbstsicherheit zu haben, um nicht rückfällig zu werden.

Friedas Beschreibung lässt darauf schliessen, dass das von der Analytikerin eingeleitete Ende für sie etwas brüsk kam:

Frieda: Fertig war, als ich einmal mit der Strassenbahn eine Station zu weit fuhr und deswegen zu spät kam. Sie deutete mir das dann gleich so, dass ich aufhören wolle. Damals war ich ein Dreivierteljahr mit meinem jetzigen Freund zusammen. Sie sagte, für sie sei schon länger klar, dass es zum Ende komme, und sie hätte geschaut, wie das mit dem Mann gehe und wie ich ihr das erzähle. Für sie war das gut und sie hatte das Gefühl, ich sei jetzt einigermaßen stabil im Leben und sie löse sich jetzt da raus. Ich glaube, für mich war es schon gut. Einfach der Abschluss war ein bisschen brüsk. Es ist ja dann nicht so, dass du nur noch einmal die Woche gehst, sondern plötzlich - zack - gehst du gar nicht mehr. Und sie sagte dann auch: „Frau Vanzetti, *Sie* verlassen mich, *ich* habe Grund zur Trauer!“.

Auch bei Denise kam die Initiative zum Abschluss der Behandlung von der Analytikerin aus. Denises Analytikerin fand, das Ende sei angezeigt, da ihre Symptome aufgrund des

einmaligen traumatischen Erlebnisses aufgetreten seien und nicht aufgrund von Kindheitserfahrungen. Sie könne nun auf eigenen Beinen stehen. Im Nachhinein ist Denise ihrer Analytikerin dankbar für diese Haltung. Kiku fühlte sich durch das strenge Setting gekränkt. Beeinflusst durch ihre Freundinnen, die sich ebenfalls daran stiessen, dass sie sich gänzlich nach den Ferienzeiten der Analytikerin zu richten hatte, beendigte sie die Analyse eines Tages vor den Ferien von einem Tag auf den andern.

Die Hälfte der Befragten beschreibt also eine Art Abflachen der Intensität im Behandlungsprozess. Bei zwei Personen war das Ende stark von der Einschätzung der Analytikerin geprägt. Drei konnten sich zu dieser Frage nicht äussern, da ihre Behandlung noch läuft.

IX.2. Einigkeit über Beendigung?

Diese Frage beantworten die sieben, die sich nicht mehr in Behandlung befinden, folgendermassen: Drei sagen, dass sich Analytikerin und Patientin einig waren (Diana, Denise und Frieda), dass die Analyse abgeschlossen sei. Maxens und Emils Analytikerin, beziehungsweise Analytiker teilten den Beendigungswunsch ihrer Analysanden nicht, bei Kiku fand weder sie selbst noch die Analytikerin, dass die Behandlung abgeschlossen sei, und Beranio sagt, „der Analytiker hätte es dann eingesehen.“

3.3.11. Leitfrage X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?

X.1. Allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung

Sieben Personen sind mit ihrer Analyse zufrieden bis sehr zufrieden (Diana, Sabine, Emil, Lukas, Max, Deinise, Frieda) - von Talko Peng fehlt die Antwort - ein Analysand (Beriano) ist mässig zufrieden (Kosten - Nutzen - Frage). Kiku ist ambivalent. Lukas ist hundertprozentig zufrieden. Zwei der mit ihrer Analyse Zufriedenen, nämlich Sabine und Lukas, sind immer noch in Behandlung. Sabine wäre manchmal etwas mehr Klarheit, worum es gehe, angenehm. Sieben Personen sind also ganz zufrieden, zwei teilweise.

X.2. Gründe für Zufriedenheit oder Unzufriedenheit

Zwei Personen führen das Glück an, auf die richtige Person gestossen zu sein. Diana ist stolz, eine Analyse gemacht zu haben und hat fünf Monate nach Abschluss ihrer Analyse positive Gefühle ihrer Analytikerin gegenüber. Sie ist aber auch erleichtert, dass sie nun nicht mehr in

Behandlung ist und für sich selbst schauen kann. Max ist froh, dass er sich einlassen konnte und sieht die Analyse als Wegbereiter für die Seelsorge, die für ihn noch tiefere Erkenntnisse und Erfahrungen bringe. Er erwähnt, wie wichtig die Beziehung zu seinem Analytiker war, damit er sich überhaupt einlassen konnte. Emil empfand die Jahre in der Analyse als Grundstein für ganz neue Erfahrungen und baut noch heute als Therapeut auf diesen Erkenntnissen auf. Beranios Kritik bezieht sich auf die Dauer, die Effizienz und die Kosten. Er fand die Zeit in Behandlung aber trotzdem interessant und gewinnbringend. Frieda sagt, man müsse sich von der Vorstellung verabschieden, dass die Analyse ein Glücklichermacher sei. Man komme halt mit schmerzlichen Dingen in Kontakt. Lukas gibt an, er habe zwar nicht alles lösen können, könne aber damit leben, dass die Dinge begrenzt seien. Kiku schätzt es hoch, dass sie sich vom Ehemann trennen konnte. Denise macht zufrieden, dass sie ihr Handeln und ihre Reaktionen besser verstehe und mit dem traumatischen Erlebnis nun umgehen könne.

Die angeführten Gründe für die überwiegende Zufriedenheit unter den Befragten sind also sehr unterschiedlich. Es wird erwähnt, dass die Person, zu der man in Analyse geht, wichtig ist. Weiter wird als Grund für die Zufriedenheit erwähnt, dass die Analyse wegbereitend für weitere Erfahrungen verschiedener Art war. In der Analyse erreichte Ziele waren ebenfalls ein Grund für Zufriedenheit.

4. Diskussion

In dieser Studienarbeit wurde untersucht, wie Analysandinnen und Analysanden den Umgang mit Zielen in der Psychoanalyse erlebten, beziehungsweise erleben, ob sich ihre Lebensqualität durch die Behandlung verbessert hat und ob sie mit der Behandlung im Grossen und Ganzen zufrieden sind. Es wird also die „Konsumentinnen- und Konsumentenzufriedenheit“ erhoben, die sehr subjektiv ausfallen kann. Deshalb erhebt die Arbeit keinen Anspruch auf Objektivität. Die Studie ist auch nicht repräsentativ, weil die Stichprobe dafür zu klein ist und die Behandlungssettings von der Stundenzahl, der Dauer der Behandlung wie auch von den ursprünglichen Symptomen und den einzelnen Lebensgeschichten her zu heterogen ausfallen. Zudem ist die Vermutung anzuführen, dass sich allenfalls auf die Ausschreibung und aufgrund der Mund-zu-Mund-Propaganda eher tendenziell zufriedene Analysandinnen und Analysanden gemeldet haben könnten. Bei Personen, die eine grosse Enttäuschung erlebt haben, könnte die Hemmschwelle, über die Erfahrungen zu sprechen, allenfalls grösser sein als bei Personen, welche der Erfahrung positive Seiten abgewinnen können.

Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung, die im Juli und August 2006 mit sechs zum Teil ehemaligen, zum Teil sich noch in Analyse befindenden Analysandinnen und vier Analysanden geführt wurden, sollen im Folgenden entlang der zehn Leitfragen, die im empirischen Teil dieser Arbeit vorgestellt worden sind, diskutiert und zum Teil in einen Bezug zur vorgestellten Theorie gestellt werden. Die in der Diskussion angegebenen Seitenzahlen beziehen sich deshalb auf den Theorieteil dieser Arbeit.

4.1. Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?

Hinsichtlich des Grundes, weshalb jemand eine psychoanalytische Behandlung in Anspruch nahm, ist aus den Ergebnissen klar ersichtlich, dass alle Interviewpartner und -partnerinnen mit Ausnahme von Emil, der eine Lehranalyse machen wollte, vor Beginn der Analyse unter einem erheblichen Leidensdruck standen und Hilfe benötigten. Damit könnte zusammenhängen, dass niemand, ausser Emil (der Kenntnisse über die Psychoanalyse aus dem Psychologiestudium hatte), so genau wusste, worauf er oder sie sich einliess, beziehungsweise, was Psychoanalyse genau ist. Auf diesen wichtigen Punkt folgen weiter unten einige Gedanken.

Die genannten Symptome der Analysandinnen und Analysanden sind sehr verschieden und vielseitig und korrespondieren mit den von Beutel, Leuzinger-Bohleber und Rasting (2001) auf der Homepage des psychoanalytischen Seminars Basel (S.4) dargestellten Störungen, für deren Behandlung Psychoanalyse geeignet sei. Auch Mertens (2000b) nennt vergleichbare Symptome (S. 14/ 15).

Die Symptome, an denen die Interviewpartnerinnen und -partner zu Beginn der Behandlung litten, reichen von Phobien über Angstzustände und Depressionen, einer psychosomatischen Krankheit und Beziehungsschwierigkeiten bis hin zur Verarbeitung eines traumatischen Erlebnisses.

Die Hälfte der befragten Personen hat schon vorher Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht, was man dahingehend interpretieren könnte, dass sie sich in einem Suchprozess nach Lösungen für ihr Problem befanden. Nach der psychoanalytischen Behandlung nahmen lediglich zwei Personen, und zwar die, welche ihre Analyse gegen den Willen ihrer Analytikerin oder ihres Analytikers beendet haben, weitere therapeutische Angebote in Anspruch, nämlich Kiku und Max. Emil Wassermann wird nicht ins Ergebnis einbezogen, da er nicht hilfesuchend war, sondern sich weitere Therapieformen im Rahmen seiner Ausbildung zum Schulpsychologen und Psychotherapeuten aneignete. Drei Personen sind nach wie vor in psychoanalytischer Behandlung. Wir wissen noch nicht, ob sie nach Abschluss ihrer Analyse weitere Angebote in Anspruch nehmen werden. Aufgrund dieser Ergebnisse lässt sich aber vorsichtig die Tendenz beschreiben, dass Nachfolgebehandlungen erstens weniger häufig vorkommen als Therapien, die der Psychoanalyse vorausgehen, und zweitens, dass Nachfolgebehandlungen vor allem dann vorkommen, wenn die Analyse frühzeitig und gegen den Willen der Analytikerin oder des Analytikers beendet wird. Das Ergebnis passt zum Ergebnis der Stockholmstudie (Sandell, 2001, S. 21): Die Wahrscheinlichkeit einer Nachfolgebehandlung nach einer Psychoanalyse war darin halb so gross wie nach einer Psychotherapie (unbestimmter Therapieschule).

4.2. Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?

Entsprechend dem Leidensdruck, unter dem die neun Personen standen, war verständlicherweise das erste Ziel für sie die Leidensminderung, die sie - entsprechend ihren Symptomen - in unterschiedliche Worte fassten, welche zum Teil eher klinisch, zum Teil aber auch sehr subjektiv und persönlich ausfielen.

Dies entspricht dem obersten Ziel der Pyramide der Behandlungsziele nach Mertens (2000b, S. 15) - und auch Mertens Aussage, dass die meisten Menschen sich mit der Vorstellung in die Analyse begeben, möglichst rasch von ihren Symptomen befreit zu werden.

4.3. Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?

Diese Frage kann man ziemlich kategorisch mit „Nein“ beantworten. Vier Personen wussten nämlich nicht, ob ihre Analytikerin oder ihr Analytiker Ziele hatte und fünf Personen glaubten diffus, Ziele zu erspüren, oder vermuteten, dass er oder sie Ziele hatte. Bemerkenswert im Zusammenhang mit der Transparenz ist auch der Umstand, dass keine einzige befragte Person genauere Kenntnisse zur Schule hat, an der sich ihre Psychoanalytikerin oder ihr Psychoanalytiker orientiert.

Bei denen, die Ziele zu erraten glaubten oder aufgrund der Äusserungen der Analytikerin oder des Analytikers auf Ziele schlossen, blieben diese Ziele sehr vage und zudem beinahe banal: Zumeist lautete das Ziel, dass es der Patientin oder dem Patienten „besser gehen sollte“. Weitere Ziele bezogen sich darauf, die Patientin oder den Patienten beispielsweise beruflich zu stützen oder sie in ihrer Autonomie zu stärken.

Nein, Zieltransparenz wird wohl demnach in der Psychoanalyse nicht angestrebt. Sie hat aber, wie wir im Theorieteil gesehen haben, aus ihrer Sicht berechtigte Gründe dafür: Wenn es in der Psychoanalyse darum geht, unbewusste Konflikte bewusst zu machen oder sogar eine Übertragungsneurose zu heilen, was oft mit dem Mittel der freien Assoziation geschieht, so ist es verständlich, dass man nicht gleichzeitig operationalisierte Ziele in Aussicht stellen kann, die es zu erreichen gilt. Wie Mertens (2000b) sehr schön formuliert hat, gäbe es „keine weiteren Wegbeschreibungen zum Bestimmungsort“. Die Reise ins Unbewusste führe zu einem unbekannten Ziel. Oder mit den Worten Emil Wassermanns: „Wir wanderten. Wir wussten, dass wir wandern, aber wir wussten nicht, wohin wir wanderten.“ Ob noch weitere Gründe für den vagen Umgang mit Zielen bei den Analytikerinnen und Analytikern vorliegen, könnte Gegenstand einer weiterführenden Untersuchung sein.

Mehrheitlich wünschten sich die Analysandinnen und Analysanden keine genauere gemeinsame Zielformulierung, sondern waren mit der Vorgehensweise ihrer Analytikerinnen und Analytiker zufrieden. Denise beispielsweise musste erst in der Psychoanalyse herausfinden, dass ihre wiederholten Krisen mit ihrem einmaligen traumatischen Erlebnis zusammenhingen. Diana hätte sich manchmal etwas mehr Führung gewünscht und Kiku fand im Nachhinein,

dass ihr eine gemeinsame Zielformulierung eventuell etwas gebracht hätte. Einzig Beranio war dezidiert der Meinung, die Analyse sei zu wenig zielorientiert abgelaufen. Auch Emil, der sich ja später vertragsorientierten Therapieformen zuwendete, aber zu Beginn der Analyse gewusst hatte, worauf er sich einlassen würde, vermisste die Zielorientierung nicht. Er liess sich auf das analytische Behandlungsziel „sich zu analysieren“ ein. Somit wünscht sich die Mehrheit der Befragten keine konkretere Zielvereinbarung.

4.4. Leitfrage IV: Stimmt die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?

Die Ergebnisse zu dieser Frage entsprechen den Resultaten zu Leitfrage III: Da die Ziele der Analytikerinnen und Analytiker weitgehend unbekannt blieben, konnte diese Frage nur vage beantwortet werden. Vier Personen fanden, dass sich ihre Ziele mit denen der Analytikerin oder des Analytikers trafen. Zwei Antworten fehlen. Vier Personen konnten diese Frage nicht beantworten. Dazu lässt sich nicht viel mehr sagen.

4.5. Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?

Bei einigen Interviewten stiftete diese Frage zuerst etwas Verwirrung. Beranio, Talko und Lukas beispielsweise reagierten sehr erstaunt und verstanden die Frage zuerst dahingehend, ob ihnen die Analytikerin oder der Analytiker Tipps gegeben hätte, was sie entschieden verneinten. Beranio fand, der Analytiker könne einem ja keine Rezepte liefern.

Obwohl die Frage (sie wurde dann während des Interviews auch expliziert) eher auf das Durchsprechen konkreter Alltagssituationen abzielte, aber nicht im Sinne von Ratschläge erteilen oder Rezepte liefern seitens der Analytikerin oder des Analytikers verstanden werden sollte, berichtete die Mehrzahl der Interviewten eben gerade von solchen Situationen, in denen die Analytikerin oder der Analytiker konkret Stellung bezogen hatte, was ja nicht der viel zitierten technischen Neutralität entspricht. Vor dem Hintergrund der Theorie, die „Abstinenz“ der Analytikerin oder des Analytikers verlangt, ist das Ausmass, in dem konkrete Tipps gegeben wurden, erstaunlich - reichten diese doch von der Empfehlung, den Freund zu verlassen über den Ratschlag, sich bei Fielmann die Augen testen zu lassen bis zum Tipp, sich bei Armani einzukleiden. Wurden solche Ratschläge abgegeben, wurden sie aber von den Analysandinnen und Analysanden zumeist geschätzt.

Aufgrund dessen, dass die eigentliche Frage, ob die Umsetzung von Erkenntnissen in den Alltag besprochen worden sei, nur von Lukas, Talko und Beranio mit „Nein“ beantwortet wurden, die anderen damit aber eher die Ratschläge der Analytikerin oder des Analytikers assoziierten, könnte man vermuten, dass das Besprechen der Umsetzung von Erkenntnissen in den Alltag nicht unbedingt zum Kerngeschäft der Psychoanalyse gehört. Wie Beranio, Talko, Denise und Lukas sagten, geschieht die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag wohl eher selbständig als in der Analysestunde.

4.6. Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?

Alle befragten Personen erlebten die Analyse als wirksam, das heisst, dass sie einige ihrer ursprünglichen Ziele oder sogar alle erreichen konnten. Beranio attestiert der Analyse ebenfalls eine Wirkung, doch bezweifelt er ihre Effizienz. Im Nachhinein stellt er sich im Sinne Grawes die Frage, ob dieselbe Wirkung nicht für weniger Zeit, Geld und Aufwand zu haben gewesen wäre. Diese Frage muss so stehen gelassen werden, sie ist im Rahmen dieser Arbeit nicht zu beantworten. Über die Zielerreichung (Symptomverbesserung) hinaus erwähnen einige der befragten Personen, dass sie einen anderen Zugang zu sich selbst und zu anderen gefunden hätten. Mehr Autonomie, Bewusstheit und mehr Selbstvertrauen werden ebenfalls genannt.

4.7. Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?

Aus den vorgestellten Definitionen im Theorieteil geht Lebensqualität als mehrdimensionales Konstrukt hervor, das körperliche, psychische, soziale, geistige und materielle Aspekte tangiert, und sowohl anhand individueller wie auch anhand gesellschaftlicher Normen beurteilt wird. Die Befragten nannten spontan Aspekte, die sich in alle diese fünf Bereiche einordnen lassen.

Vielleicht wurden aufgrund des Themas der ganzen Befragung psychische und soziale Aspekte vermehrt genannt. Das grösste Gewicht erhalten in der Antwort auf die Frage, was Lebensqualität für den Einzelnen bedeute, die Handlungsfähigkeit aufgrund der Verringerung psychischer Einschränkungen und die Genussfähigkeit im weitesten Sinne.

Alle Interviewten erleben ihre Lebensqualität subjektiv als merklich gesteigert durch die Psychoanalyse, wobei hier vor allem eine bessere Beziehungsqualität genannt wurde. Weitere oft

genannte Faktoren sind die Selbsterkenntnis und das Wahrnehmen der eigenen Bedürfnisse sowie das Erreichen beruflicher Ziele.

4.8. Leitfrage VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden?

Bei Freud (z. B. 1932-1939) wie auch in der später erschienenen psychoanalytischen Literatur (z. B. bei Mertens 2000b) ist die Entwicklungsfähigkeit ein wichtiges Ziel der Psychoanalyse. Bei Mertens (2000b) findet sich das Ziel einer „Fortführung des unterbrochenen Entwicklungsprozesses“.

Es ist beinahe trivial, dass Menschen, die ihr Unbewusstes in zum Teil jahrelanger Therapie bewusst machen und ihre eigenen Muster durcharbeiten und erkennen, sich - aufgrund ihres veränderten Wissens über sich - weiterentwickeln. Entwicklungsfähigkeit ist ein grosses Ziel der Psychoanalyse – und auch in den in dieser Arbeit vorgestellten Einzelfällen sind die - jeweils individuellen Entwicklungen eindrücklich sichtbar. In vielen Fällen hingen die Entwicklungen mit der Symptombehebung zusammen. Aber auch ganz unerwartete Entwicklungen traten ein, so zum Beispiel bei Sabine, die plötzlich den Wunsch nach einer eigenen Familie in sich wahrnahm, oder bei Max, der ungeahnte Fähigkeiten bei sich entdeckte. Sabine erwähnt, dass sie gelernt hat, ihre eigenen Schwächen zu akzeptieren. Sandler und Sandler (1983; zit. nach Strauss, 1999) werten das Akzeptieren „der früher inakzeptablen Seiten“ als ein wichtiges Ziel der Psychoanalyse.

Die genannten persönlichen Veränderungen waren ein verbessertes Selbstvertrauen, mehr Selbstsicherheit und Gelassenheit (die sich beispielsweise im Wegfallen somatischer Symptome wie erröten oder schwitzen oder einem lockereren Aussehen zeigt), eine bessere Fähigkeit, sich auf Kernthemen zu beschränken, aber auch mehr Hinterfragen von sich und anderen, eine bessere Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, weniger Perfektionismus, mehr Verletzlichkeit durch das Wegfallen der Neurose als Schutzmechanismus und eine bessere Beziehungsfähigkeit. Diese Veränderungen finden sich alle in der ausführlichen Aufstellung von Therapiezielen von Mc Glashan und Miller (1982, in Mertens 2000b, gerafft S. 16/ 17 und ausführlich Anhang D) wieder.

Wenn sich ein Mensch verändert, können sich aber auch seine Beziehungen verändern und er nimmt sein Umfeld vermutlich anders wahr. Daher wurde untersucht, ob es von aussen sichtbare Veränderungen im Leben der Analysandinnen und Analysanden gab.

Die von den Befragten erwähnten und der Analyse zugeschriebenen „von aussen sichtbaren“ Veränderungen lassen sich sehen: Fünf Trennungen, drei neue Partnerschaften und eine Heirat sowie zwei Berufs- beziehungsweise Studienwechsel verbuchen die Interviewten auf das Konto der Psychoanalyse. Da kann man nur sagen: „Achtung, Psychoanalyse kann ihr Leben verändern!“

4.9. Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?

Freud (1932-1932) brachte die Zielerreichung und das Ende der Analyse in einen Zusammenhang (S. 11/ 13). Für ihn war die Analyse beendet, wenn die Patientin oder der Patient nicht mehr an Symptomen litt und wenn die Analytikerin oder der Analytiker nicht mehr befürchten musste, die Patientin oder der Patient erliege später dem Wiederholungszwang.

Unter den Befragten sind zwei Personen, welche die Analyse gegen den Willen der Analytikerin oder des Analytikers beendet haben, Max und Kiku (mit Emil drei). Bei drei Personen (Diana, Denise und Frieda) leitete die Analytikerin die Beendigung der Analyse ein, wobei für Diana selbst das Ende zu jenem Zeitpunkt auch nahe lag. Diana und Beranio berichten von einer „Flaute“, einem Abflachen der Intensität (Dianas Bild der Suppe illustriert dies anschaulich). Dies könnte man so interpretieren, dass sie viele Ziele erreicht haben und die Intensität infolgedessen abflachte. Lukas, Sabine und Talko befinden sich nach wie vor in Analyse.

Obwohl also in der Psychoanalyse auf das Formulieren expliziter Ziele verzichtet wird, kann man sagen, dass die Psychoanalyse im Idealfall beendet ist, wenn die meisten Ziele, die implizit zu Beginn vorhanden waren oder im Laufe der Behandlung auftauchten, erreicht sind.

Aufgrund der offenen Zielformulierung zu Beginn der Analyse mag es doch erstaunen, dass ein relativ *kleiner* Teil der Stichprobe die Behandlung frühzeitig beendete. Über die Gründe dafür kann man vermuten, dass viele Faktoren dazu beitragen, dass die Leute „am Ball“ bleiben. Die Befragten schilderten ziemlich einhellig, dass sie von ihren Symptomen weit gehend befreit werden konnten und dass sich ihr Allgemeinzustand hob. Da viele eine Erleichterung durch die Behandlung erlebten, gaben sie vielleicht die Hoffnung nicht auf, noch mehr zu erreichen. Weiter könnte die Bindung an die Analytikerin oder den Analytiker durch die analytische Situation eine grosse Rolle spielen.

4.10. Leitfrage X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?

Zu dieser Leitfrage ist zu bemerken, dass sie die Zufriedenheit der Interviewpartnerinnen und –partner zum Zeitpunkt des Interviews erhebt. Die Zufriedenheit mit der Analyse kann sich aber mit unterschiedlicher Distanz zum Behandlungsprozess ändern. Vielleicht ist jemand in einer Phase der Analyse unzufrieden, wenn man sie oder ihn zwei Jahre später erneut befragt, hat sich diese Sicht vielleicht wieder geändert. Auch nach Abschluss der Analyse kann sich die Zufriedenheit ändern, je nach weiterem Lebensverlauf.

Die Ergebnisse zur Frage fallen angesichts dieser Überlegung und dem Umstand, dass der Befragungszeitpunkt bei einigen mitten in der Analyse, bei anderen Jahre nach der Analyse lag, sehr positiv aus. Sogar die Personen, die abgebrochen haben und Emil, der sich ja anderen Psychotherapieschulen zuwendete, konnten der Psychoanalyse einigen Nutzen abgewinnen. Immerhin sieben von zehn Personen sind zufrieden bis sehr zufrieden. Kiku ist ambivalent. Beranio ist mässig zufrieden, billigt der Analyse aber doch zu, insgesamt interessant gewesen zu sein und ihm einiges gebracht zu haben. Aufgrund des Befundes unter Leitfrage I, dass die Befragten ihre Analytikerinnen und Analytiker erstens mitten in einer Krise ausgewählt haben und zweitens zumeist ohne genauere Kenntnisse der Methode, stellen diese Resultate der Psychoanalyse beziehungsweise den Analytikerinnen und Analytikern der Teilnehmenden an dieser Erhebung ein sehr gutes Zeugnis aus.

4.11. Zusammenfassung

Was sind die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit? Zum Umgang mit den Zielen in der Psychoanalyse lässt sich festhalten, dass sich die Erkenntnisse aus der Erhebung mit den gewonnenen Einsichten aus der Literatur weitgehend decken: Entsprechend dem Umstand, dass es ein wichtiges Ziel und gleichzeitig eine Methode der Psychoanalyse ist, Unbewusstes bewusst zu machen und weder Analytikerin oder Analytiker noch Patientin oder Patient zu Beginn der Behandlung wissen können, wohin die Reise führen wird und was sie unterwegs antreffen werden, gibt es kaum operationalisierbare Ziele, auf die hingearbeitet wird. Entsprechend der Methode der freien Assoziation und der technischen Neutralität der Analytikerin oder des Analytikers werden Zielformulierungen als Einschränkungen empfunden, die den Prozess in eine ungewollte Richtung lenken könnten. Die befragten Personen, die sich alle für eine Psychoanalyse entschieden haben, wünschten sich mehrheitlich keinen anderen Umgang mit den Zielen in ihrer Analyse.

Die Interviewten begaben sich aufgrund eines grossen Leidensdruckes in psychoanalytische Behandlung. Damit verbunden hatten alle (ausser der Lehranalysand) das erklärte Ziel der Leidensminderung oder Symptombefreiung zu Beginn ihrer Analyse, ein Ziel, das ihre Analytikerinnen und Analytiker zumeist teilten.

Die Interviewpartnerinnen und -partner erlebten die Analyse ziemlich einhellig als wirksam, sie steigerte ihre subjektiv erlebte Lebensqualität. Für einige war dies aber mit ziemlich grossem psychischem, zeitlichem und materiellem Aufwand verbunden, den sie mehr oder weniger gerne in Kauf nahmen. Alle erlangten teilweise oder gänzliche Symptombefreiung.

Die Psychoanalyse leitete bei allen zum Teil unerwartete persönliche Entwicklungen ein, die sich in inneren Veränderungen wie beispielsweise dem Erlangen eines grösseren Selbstvertrauens, mehr Autonomie, grösserer Selbstsicherheit, besserer Beziehungsfähigkeit, mehr Selbstakzeptanz und in äusseren berufs- oder beziehungsbezogenen Wandlungen manifestieren. Die meisten Befragten äusserten, sie seien im Grossen und Ganzen mit ihrer Analyse zufrieden.

4.12. Kritische Schlussbetrachtungen

Aus der Befragung geht hervor, dass neun von zehn Befragten zu Beginn der Behandlung keine genaueren Kenntnisse der Psychoanalyse hatten. Darüber, wie die Befragten zu ihrer Entscheidung für die Psychoanalyse und für ihre Analytikerin oder ihren Analytiker gekommen sind, kann diese Arbeit letztendlich keinen Aufschluss geben: Stehen intuitive Motive im Vordergrund? Füllen die Hilfesuchenden ihren Entscheid aufgrund von Sympathie für die Person? Dies wären interessante Fragen für eine weiterführende Arbeit.

Bezüglich der Wahl des Therapieverfahrens können sich Menschen, die in einer Krise stecken, mit folgenden Problemen konfrontiert sehen: Erstens haben sie vermutlich oft nicht die nötige Energie, sich eingehend über verschiedene Therapieformen zu informieren. Zweitens weiss man im Grunde genommen erst nach langer Zeit und Erfahrung in der Behandlung, ob eine Psychoanalyse die geeignete Therapieform für einen selbst ist und welche Wirkungen sie auf einen hat. Beranio beispielsweise würde es heute anders machen und zunächst eine kürzere Therapie versuchen, um deren Wirksamkeit zu erproben. Viele Personen hadern vielleicht zeitweilig mit der langen Dauer oder dem mit dieser Therapieform verbundenen finanziellen, zeitlichen und psychischen Aufwand. Eine Psychoanalytikerin oder ein Psychoanalytiker wird einem womöglich sagen, dass das Hadern mit dem individuellen Thema zusammenhängen oder einen Widerstand gegen die Behandlung darstellen könne. Und vielleicht pflichtet man-

che oder mancher ihr oder ihm zu einem späteren Zeitpunkt bei und ist froh, nicht abgebrochen zu haben. Beranios kritische Einstellung trotz vieler erreichter Ziele mag damit zu tun haben, dass er die insgesamt längste und vom Stundenumfang her höchste Behandlungszeit unter den Interviewten in Anspruch nahm. Die Frage, ob eine andere, kürzere Therapie ihm dieselbe Wirkung beschert hätte, lässt sich nicht individuell oder retrospektiv beantworten, sondern letztlich nur durch quantitative Studien. Dementsprechend kann die Frage auch nicht im Rahmen dieser Arbeit beantwortet werden. Nur gross angelegte Vergleichsstudien können Licht ins Dunkel bringen. Auch sie können im Einzelfall aber nach wie vor nicht weiterhelfen, weil jede Person die optimal zu ihr passende Therapieform wählen, beziehungsweise finden muss. Fraglich ist auch, ob alle, denen man zum Voraus die ungefähre Anzahl der Analyse-Stunden nennen würde, überhaupt mit der Analyse beginnen würden. Und doch sind viele der befragten Personen im Nachhinein froh, die Analyse gemacht zu haben, wie die hier erstellte Befragung zeigt.

Wie Mertens (2000b) und Shaked (1993) schreiben, muss sich die Psychoanalyse zum Teil den Vorwurf gefallen lassen, sie sei elitär. Aufgrund des hohen zeitlichen und materiellen Aufwands können sich nicht alle Menschen eine Psychoanalyse leisten. Allerdings kann sich jemand mit einem mittleren Einkommen in der Schweiz - wohl unter Verzicht auf andere Güter – durchaus eine Psychoanalyse leisten, wenn er oder sie das Bedürfnis danach hat. Für untere Einkommensklassen jedoch bleibt sie unerschwinglich. Da bewegt sich die Psychoanalyse auch hinsichtlich der Finanzierung durch die Krankenkassen - die innerhalb und ausserhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft Befürworter und Gegner findet - in einem Spannungsfeld. Der Hauptstreitpunkt dreht sich hier um die Frage, ob die Psychoanalyse in erster Linie der Heilung oder der Wahrheitsfindung dienen soll (vgl. Kapitel 2.3. und 2.4.). Weiter stellt sich die Frage, wann denn eine Behandlung „good enough“ oder genügend gründlich erfolgt sei – mit anderen Worten: Muss das unterste Ziel der Pyramide der

Behandlungsziele nach Mertens (vgl. Kapitel 2.3.3.): Entwicklung, durcharbeiten und Auflösung der Übertragungsneurose in jedem Fall erfolgen, um einem Auftreten von Symptomen zu einem späteren Zeitpunkt vorzubeugen?

Leuzinger-Bohleber et al. (2001) konnten mit ihrer grossangelegten Katamnese studie Argumente für eine Krankenkassenfinanzierung darlegen. Ihre Studie ergab, dass nicht nur die Krankheitskosten von Analysandinnen und Analysanden durch die Psychoanalyse nachhaltig gesenkt werden konnten, sondern auch andere sozioökonomische Vorteile durch die Behandlung erwachsen (mehr Beteiligung in öffentlichen Aufgaben von ehemaligen Analy-

sandinnen und Analysanden, weniger Sozialausgaben, weniger langfristige Folgekosten der Kindererziehung).

Allerdings kann man sich fragen, welche Gründe die Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytiker für ihren vagen Umgang mit der Zieltransparenz haben. Würde es den Ablauf der Behandlung wesentlich stören, wenn sie – unter Berücksichtigung der psychoanalytischen Annahme, dass die Reise ins Unbewusste ungeahnte Wege nehmen kann – ihre Klientel über die therapeutischen und analytischen Ziele aufklären würden? Hätten die Kostenträgerinnen und –träger – seien dies nun die Krankenkassen oder die Analysandinnen und Analysanden selbst – nicht ein Anrecht darauf?

Zu guter Letzt soll noch Frage aufgeworfen werden, ob die Psychoanalyse eher Menschen mit einem höheren Bildungsniveau anspreche, die über gewisse intellektuelle und selbstreflexive Fähigkeiten verfügen. Die Vermutung liesse sich aufgrund der Stichprobe in dieser Arbeit bestätigen – alle befragten Personen sind im oberen Bildungsniveau anzusiedeln. Dies wäre nach Ansicht der Autorin bedauerlich.

Jenen Menschen aber, die hinreichend zeitliche und materielle Mittel besitzen und sich für ihre inneren Prozesse und die psychischen Ursachen ihres Leidens interessieren, lässt sich die Psychoanalyse als einen möglichen Weg, als solide Investition in die Zukunft und lohnenswerte innere Reise trotz den zuletzt erwähnten Einwänden empfehlen.

5. Abstract

Diese Arbeit geht den Fragen nach dem Umgang mit Zielen in der Psychoanalyse nach. Sie untersucht ferner die Patientinnen- und Patientenzufriedenheit und die erlangte Lebensqualität durch die Behandlung. Im Theorieteil wird daher die Psychoanalyse als Wissenschaft und Psychotherapieform vorgestellt und der Umgang mit Zielen anhand von historischer und zeitgenössischer Literatur zusammengetragen. Ausserdem wird der Begriff „Lebensqualität“ und seine Bedeutung erläutert. Anschliessend werden wichtige psychoanalytische Wirksamkeitsstudien vorgestellt. Eine an zehn Leitfragen orientierte, qualitative Untersuchung mittels leitfadengestützter Interviews mit zehn zum Teil ehemaligen Analysandinnen und Analysanden bildet den empirischen Teil der Arbeit.

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass Ziele in der Psychoanalyse oft vage formuliert werden. Psychoanalytische Ziele beziehen sich auf die Leidensverminderung sowie auf die Bewusstwerdung über unbewusste Prozesse bei den Analysandinnen und Analysanden.

Aufgrund der psychoanalytischen Literatur wird die Offenheit der Zielformulierung begreiflich, weil weder Behandelnde noch Behandelte im Vornherein wissen können, was die Inhalte des Unbewussten sind. Die meisten befragten Personen wünschten sich keine konkretere Zielformulierung. Ihre Lebensqualität verbesserte sich ausnahmslos durch die Behandlung und sie machten bedeutende Entwicklungsschritte, die sie auf die Analyse zurückführen. Von ihren Symptomen wurden alle teilweise oder ganz befreit. Die Mehrheit der Befragten ist zufrieden mit der Behandlung, lediglich eine Person stösst sich am hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand.

6. Literaturverzeichnis

Ambühl, Hansruedi & Strauss, Bernhard. (1999). *Therapieziele*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Auchter, Thomas & Strauss, Laura Viviana. (2003). *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bachrach, Henry M.; Galatzer-Lewy, Robert; Skolnikoff, Alan & Waldron, Sherwood. (1997). Über die Wirksamkeit der Psychoanalyse. (Original erschienen: 1991 im Journal of the American Psychoanalytic Association, 39, 871-916). In: Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrich Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick; Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung* (S. 285-319). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Beutel, Manfred F.; Leuzinger-Bohleber, Marianne & Rasting, Marcus. (2001). *Indikation und Wirksamkeit. Psychoanalyse und psychoanalytische Verfahren in der medizinischen Versorgung. Informationsschrift. Ausgabe für die Schweiz*. [On-line]. Available: www.pschoanalyse-basel.ch/texte/dpv_broschuere_schweiz.htm

Bion, Wilfried. (1970). *Attention and interpretation*. London: Tavistock.

Coriat, Isador H. (1917). Some statistical results of the psychoanalytic treatment of the psychoneuroses. *Psychanalytic Review*, 4, 209-216.

Dahler, Sabine und Arbeitsgruppe. (2004). *Qualitative Psychotherapieforschung im deutschsprachigen Raum*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung 2005. [On-line]. Available: <http://www.verlag-gespraechsforschung.de>

Duden Fremdwörterbuch. (1997). Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus.

Ermann, Michael. (2004). *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie; Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer.

Fäh, Markus. (1997). Sind Langzeitpsychotherapien uneffektiv und unbezahlbar? In: Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrich Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick; Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung* (S. 320-335). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Fenichel, Otto. (1930). Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut*. Wien (Internationaler Psychoanalytischer Verlag), 13-19.

Fisher, Seymour & Greenberg, R.P. (1996). *Freud scientifically reappraised*. New York: Wiley.

Freud, Sigmund. (1895). *Zur Psychotherapie der Hysterie*. Gesammelte Werke, Band 1 (o.O.).

Freud, Sigmund. (1904). *Die Freudsche Psychoanalytische Methode*. Gesammelte Werke, Band 5 (o.O.).

Freud, Sigmund. (1909). *Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben*. Gesammelte Werke Band 8. London: Imago Publishing.

Freud, Sigmund. (1916-17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Band 11 (o.O.).

Freud, Sigmund. (1923a). *Psychoanalyse“ und „Libidotheorie*. Gesammelte Werke Band 13. (o.O.)

Freud, Sigmund. (1933). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Gesammelte Werke, Band 15. (o.O.).

Freud, Sigmund. (1937). (o.T., o.O.).

Freud, Sigmund (1950). *Gesammelte Werke, Band 16; Werke aus den Jahren 1932-39*. London: Imago Publishing.

Gresch, Hans Ulrich. (o.J.) *Behandlungsansätze in der Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung; Psychoanalytische Ansätze, Teil 1*
[On-line]. Available: <http://www.beratung.psychoprobleme.de/borderline-6a.htm>

Grawe, Klaus; Donati, Ruth & Bernauer, Friederike. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.

Häcker, Hartmut O. & Stapf, Kurt-H. (2004). *Dorsch - Psychologisches Wörterbuch*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber.

Haynal, André. (1993). Heilt die Psychoanalyse? In: Brigitte Grossmann-Garger & Walter Parth (Hrsg.), *Heilt die Psychoanalyse?* (S. 155-156) Wien: Orac.

Helffferich, Cornelia. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten; Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Jaeggi, Eva. (1996). *Zu Heilen die zerstoßenen Herzen - Die Hauptrichtungen der Psychotherapie und ihre Menschenbilder*. Reinbeck: Rowohlt.

Kernberg, Otto F. (1997). Widerstände gegen Forschung in der Psychoanalyse. In: Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrich Stühr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick; Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung* (S. 39-45). Giessen: Psychosozial-Verlag. (Vortrag gehalten am 22. April 1995, anlässlich der 50-Jahrfeier des Columbia University Center for Psychoanalytic Training and Research).

Kernberg, Otto F. (2004). Psychoanalyse und empirische Forschung: Eine angloamerikanische Perspektive. In: Marianne Leuzinger-Bohleber; Heinrich Deserno & Stephan Hau

(Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität* (S. 83-96). Stuttgart: Kohlhammer.

Knight, Robert P. (1941/ 42) Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry* 98: 434-446.

König, Karl & Lindner, Wulf-Volker. (1991). *Psychoanalytische Gruppentherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kreische, Reinhard. (2005). *Homosexualität: Angst vor dem Fremden*. Deutsches Ärzteblatt. PP4 Ausgabe März 2005, 120.
[On-line]. Available: www.deutschesaerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=45873

Leuzinger-Bohleber, Marianne. (2002). Wissenschaftstheoretische Betrachtungen und methodische Anlage der Studie. Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? - Zur Wiederkehr einer alten Debatte in Zeiten des Pluralismus der Wissenschaften. In: Marianne Leuzinger-Bohleber; Manfred Beutel; Bernhard Rüger & Ulrich Stuhr. (2002). *Forschen und Heilen in der Psychoanalyse - Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis* (S. 10-12). Stuttgart: Kohlhammer.

Leuzinger-Bohleber, Marianne; Fäh, Markus; Fischer, Gottfried; Herold, Reinhard; Holm-Hadulla, Rainer; Keim, Jürgen; Klöss-Rotmann, Lisbeth; Rüger, Bernhard; Krusche, Helfried; Stuhr, Ulrich; von Goldacker, Ursula; Hammel, Andreas; Rath, Hermann; Schneider, Christa; Walker, Christoph; Westenberger-Breuer, Heike & Willenberg, Hans. (1997). Langzeitwirkungen von Psychoanalysen und psychoanalytischen Psychotherapien: Eine repräsentative Katamnesestudie. In: Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrich Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick; Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung* (S. 470-493). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Leuzinger-Bohleber, Marianne; Beutel, Manfred; Rüger, Bernhard & Stuhr, Ulrich. (2001). Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Psychotherapien: Eine multiperspektivische, repräsentative Katamnesestudie. *Psyche*, 35, 193-276.

Leuzinger-Bohleber, Marianne; Beutel, Manfred; Rüger, Bernhard & Stuhr, Ulrich. (2002). *Forschen und Heilen in der Psychoanalyse - Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.

Lesmeister, Roman. (2001). *Ziele in der Psychoanalyse: Überlegungen zum Subjekt des Unbewussten im analytischen Prozess*. Basel: Karger. [On-line]. Available (kostenpflichtig): <http://content.karger.com/ProdukteDB/produkte.asp?Doi=46764>
Ganzen Artikel direkt bezogen bei Roman Lesmeister, Garbestrasse 4
D-20144 Hamburg (Deutschland), Tel. +49 40 220 47 87.

Mayring, Philipp. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, Philipp. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.

Mc Glashan, Thomas H. & Miller G. H. (1982). The goals of psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 39, 377-388.

Mertens, Wolfgang. (2000a). *Psychoanalyse; Geschichte und Methoden*. München: C. H. Beck.

Mertens, Wolfgang. (2000b). *Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 1*. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer.

Müller-Pozzi, Heinz. (2002). *Psychoanalytisches Denken*. Bern: Hans Huber.

Reich, Annie. (1950). *On the Termination of Analysis. Psychoanalytic Contributions*. New York: Int. Univ. Press (1973).

Sandell, Rolf. (1997). Langzeitwirkung von Psychotherapie und Psychoanalyse. In: Marianne Leuzinger-Bohleber & Ulrich Stuhr (Hrsg.), *Psychoanalysen im Rückblick; Methoden, Ergebnisse und Perspektiven der neuen Katamneseforschung* (S. 348-365). Giessen: Psychosozial-Verlag.

Sandell, Rolf; Blomberg, Johan; Broberg, Jeanette; Carlsson, Jan; Lazar, Anna & Schubert, Johan. (2001). Unterschiedliche Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und Langzeitpsychotherapien. Aus der Forschung des Stockholmer Psychoanalyse- und Psychotherapieprojekts. *Psyche*, 35, 277- 310.

Sandler, Joseph & Dreher, Anna Ursula. (1999). *Was wollen die Psychoanalytiker? Das Problem der Ziele in der psychoanalytischen Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1996: What do Psychoanalysts want? The Problem of Aims in Psychoanalytic Therapy).

Sandler, Joseph & Sandler, Anne-Marie. (1983). The second censorship, the three box model and some technical implications. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 413-435.

Shaked, Josef. (1993). Heilt die Psychoanalyse? Begrüssung und Eröffnung des Internationalen Symposiums im Haus Wittgenstein, Wien, 28. - 31. Mai 1992. In: Brigitte Grossmann-Garger & Walter Parth (Hrsg.). *Heilt die Psychoanalyse?* (S. 11-13) Wien: Orac.

Strauss, Bernhard. (1999). Therapieziele in der psychoanalytischen Therapie. In: Hansruedi Ambühl & Bernahrd Strauss. *Therapieziele* (S. 91-109). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Thomä, Helmut & Kächele, Horst. (1985). *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. 2 Bände. Heidelberg, Berlin, New York: Springer.

Wallerstein, Robert S. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Weber, John; Bachrach, Henry M. & Solomon, Maynard. (1985). Factors associated with the outcome of psychoanalysis: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). *International Review of Psychoanalysis*, 12, 251-262.

Wikipedia - die freie Enzyklopädie. Lebensqualität. (2006). [On-line]. Available:
<http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensqualität>.

7. Anhang

7.1. Anhang A: Interviewleitfaden

Informationen für die Probandin oder den Probanden:

- Für die Bereitschaft zum Interview danken;
- Grund für mein Interesse;
- Anonymisierung;
- Dauer ca. 1h;
- darf eine Frage unbeantwortet bzw. offen lassen, wenn sie zu persönlich ist;
- evtl. Emotionales ansprechen (Fremde Person etc.);

Angaben zur Person:

- Geschlecht
- Alter
- Beruf
- In PSA - Behandlung seit
- Behandlung abgeschlossen seit
- Dauer der Behandlung
- Stundenfrequenz
- Sitzend? Liegend?
- Ist bekannt, nach welcher Schule innerhalb der Psychoanalyse deine Analytikerin oder dein Analytiker arbeitet?

Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?

- I.1. Was war für dich ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?
- I.2. Hast du vorher oder nachher Erfahrungen mit anderen Therapieformen gemacht?

Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?

~~II.1.~~ Was versprachst du dir von der Behandlung?

II.2. Was waren deine Ziele?

~~II.3.~~ Hast du diese der Analytikerin oder dem Analytiker mitgeteilt?

Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?

III.1. Weisst du, ob deine Analytikerin oder dein Analytiker Ziele hatte? Allenfalls welche Ziele hatte er oder sie?

~~III.2.~~ Hat er oder sie bei der Indikationsstellung Ziele formuliert?

~~III.3.~~ Sprach er oder sie später je über Ziele der Analyse?

III.4. Hättest du dir eine konkretere gemeinsame Zielformulierung gewünscht?

~~III.5.~~ Wenn ja, kannst du sagen, über welche?

Leitfrage IV: Stimmt die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?

IV.1. Stimmt deine Ziele mit denen deiner Analytikerin oder deines Analytikers überein oder unterschieden sie sich (manchmal) voneinander, und wenn ja, wie?

~~IV.2.~~ Bist du heute in Bezug auf die ursprünglichen Ziele noch immer gleicher Meinung wie damals? Oder hat sich deine darüber Meinung verändert?

~~IV.3.~~ Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?

~~IV.4.~~ Wie siehst du das heute?

Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?

V.1. Wurde in deiner Analyse über die Umsetzung von Erkenntnissen in den realen Alltag gesprochen?

V.2. Wenn nein, hättest du es dir gewünscht?

V.3. Wenn ja, hat es dir geholfen?

~~V.4.~~ Erlebtest du, dass du ein wichtiges ursprüngliches (oder anderes) Ziel erreicht hattest? War dann die Analyse beendet? Wenn nein, warum nicht?

Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?

VI.1. Bist du mit der analytischen Arbeit deinen ursprünglichen Zielen näher gekommen?

~~VI.2.~~ Wenn nein, warum nicht? Macht dich das unzufrieden mit der Analyse?

VI.3. Erlebtest du deine Analyse als wirksam?

VI.4. Was machte sie wirksam?

Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?

VII.1. Was bedeutet für dich Lebensqualität?

VII.2. Hat sich deine Lebensqualität durch die Analyse verbessert? Wenn ja, woran merkst du das?

Leitfrage VIII: Gab es der Analyse attribuierte Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden

VIII.1. Hast du dich persönlich durch die Analyse verändert und wenn ja, wie bewertest du diese Veränderungen? Kannst du die wichtigsten Veränderungen beschreiben?

VIII.2. Gibt es von aussen beobachtbare / manifeste Veränderungen oder Entscheidungen in deinem Lebenslauf, die du auf die Analyse zurückführst? (Heirat, Trennung, Berufswechsel etc.)

Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?

IX.1. (Falls abgeschlossen) Wie fandest du heraus, dass die Analyse beendet war?

IX.2. Waren du und deine Analytikerin oder dein Analytiker beide der Ansicht, dass die Analyse jetzt abgeschlossen war?

Leitfrage X: Ist die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?

X.1. Bist du mit deiner Analyse zufrieden?

X.2. Was macht dich zufrieden, beziehungsweise unzufrieden?

Möchtest du noch etwas beifügen, was noch nicht gesagt ist?

Ich danke dir für das Interview!

7.2. Anhang B: Übersichtstabelle der Kategorien und Inhaltsanalyse aller Interviews

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
Biografische Angaben										
Alter	36	34	38	66	34	31	38	42	44	73
Beruf	Kunsthistorikerin ¹² , Mutter	Psychologin	Rechtsanwalt	Psychologe/ Psychotherapeut	Übersetzer	Realschullehrerin	Architekt	Project and application officer	SchauspielerIn	Studium ohne Abschluss
Psychoanalyse von bis:	1999 - 2006	2003 - 2006	1994 - 2003	1967 – 1971	1997 - 2006	1999 - 2001	1999 - 2002	1998 - 2006	1995 - 2000	1989 - 1993
Dauer:	6 Jahre	3 Jahre	9 Jahre	4 Jahre	9 Jahre	2 Jahre	3 Jahre	7.5 Jahre	5 Jahre	4 Jahre
Abgeschlossen?	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja
Abgeschlossen seit	5 Monaten	-	3 Jahren	35 Jahren	-	5 Jahren	4 Jahren	-	6 Jahren	17 Jahren
Stundenfrequenz	9 Monate: 1h 5 J: 3h 4-6 Monate: 4h	1-1.5 J: 3h Seither: 2h	Anfangs: 1h Später: 3h Dann 2h, am Schluss: 1h	4h	Anfangs 2h, später 1h	Anfangs 2h, später 1h	2-3h	3h	3h	4h
Bei einer Frau oder einem Mann ?	Frau	Frau	Mann	Frau und Mann	Frau	Frau	Mann	Mann	Frau	Frau
Sitzend / liegend	Anfangs sitzend, nach 9 Monaten liegend	10h sitzend, dann liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend	Liegend
Schule innerhalb der PSA	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt.	Unbekannt.	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)	Unbekannt. (Freud?)

¹² Beruf auf Wunsch der Interviewpartnerin geändert.

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
Leitfrage I: Was war ausschlaggebend für den Entscheid zur Psychoanalyse?										
I.1. Auswahl des Therapieverfahrens										
I.1.a) Ursachen/ Behandlungsgrund	Phobische Phasen Flugangst Familiensituation anschauen	Grosse Krise Angstzustände Belastungsdepression	Ende der Beziehung zu einer Frau Beziehungsprobleme Gefühl innerer Zerrissenheit Leidensdruck	Berufswunsch Psychoanalytiker	Es ging mir nicht gut Diffuse irrationale Ängste Depressive Grundstimmung	Es ging mir nicht gut. Zusammenbruch Unverarbeitetes Ereignis	Belastende persönliche Situation Psychosomatische Krankheit	Depressive Veranlagung	Starke Ängste Beziehungsprobleme	Wollte mich von meinem Mann trennen.
I.1.b) Auswahl der Analytikerin oder des Analytikers	Überweisung durch eine Psychiaterin.	Telefonbuch: Therapeutin gesucht Nicht für PA entschieden.	Studentenberatungsstelle	Es gab in Zürich nur weinge Lehranalytiker	Studentenberatungsstelle	Freundeskreis drängte mich dazu	Durch die damalige Freundin	Lernte den Analytiker in einer Weiterbildung kennen	Ging zu einem Therapeuten, der sich als Psychoanalytiker entpuppte	Eine Freundin, die Psychoanalytikerin ist, gab mir die Adresse
I.2. Erfahrungen mit anderen Therapieformen										
I.2.a) Vorher	Nein	Ja, vor 10 Jahren, unbekannt, welche Richtung	Nein	Nein	Nein	Ja, vorher: kurze Zeit Gesprächstherapie	Nein	Ja, vorher: körperorientierte Gesprächstherapie, Personenzentrierte Therapie nach Rogers, Craniosakraltherapie	Ja, vorher: Gesprächstherapie	Ja, vorher: Gesprächstherapie, Selbsterfahrungsgruppen, Transaktionsanalyse, Urschrei, Traumdeutung
I.2.b) Nachher	Nein	Nein	Nein	Ja, nachher: Gesprächstherapie nach Rogers, Transaktionsanalyse	Nein	Nein	Ja, nachher: Seelsorge viermal pro Jahr	Nein	Nein	Ja, nachher Meditation, Maltherapie nach Arno Stern

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
Leitfrage II: Was waren die persönlichen Ziele der Analysandin oder des Analysanden?										
II.2. Persönliche Ziele der Analysandin oder des Analysanden	Besser schlafen Phobien weg Familiensituation betrachten Wieder fliegen können	Dass es mir wieder besser geht Mein Leben auf die Reihe kriegen. Nicht mehr in eine solche Krise geraten	Professionelle Hilfe Eine Erleichterung Wünschte: innere Ruhe, Konzentrationsfähigkeit, unverkrampfteres Verhältnis zu Mitmenschen und zu Frauen, weniger innere Zerrissenheit	Mich analysieren/ Psychoanalytiker werden	Innere Anspannung/ Knoten lösen Geschichte mit dem Vater aufarbeiten und Instrument für den Umgang mit ihm finden	Dass es mit besser geht Schlimmes einmaliges Ereignis anschauen und verarbeiten.	Heilung Beziehung eingehen können	Verändern, wie ich in der Welt stehe Mein ganzes Leben verändern Lebenshilfe Leidensminderung	Ängste bearbeiten Männerbeziehungen Fürsorge erhalten Zur Ruhe kommen	Genug Kraft für Trennung vom Mann
Leitfrage III: Machten die Analytikerin oder der Analytiker die Therapieziele transparent?										
III.1.a) Zieltransparenz	Nein. Aber Gefühl, sie zu spüren.	Ich spürte folgende Ziele.	Nein. Wurde nicht kommuniziert. Kann mit aber vorstellen, dass er hatte.	Das Arbeitsbündnis: Dass ich mich analysieren konnte.	Zielsetzungen sind nicht im Vordergrund. Gefühl, sie wisse manchmal etwas schon.	Ich glaube.	Vermutung, er hatte Ziele, die er nicht sagte.	Nein. Habe aber das Gefühl, ja.	Ich glaube schon. Ich spürte es.	Nein. Sie sagte fast nichts.
III.1.b) Allfällige Ziele der Analytikerin oder des Analytikers	Familiensituation Bruch mit dem Vater näher betrachten.	Dass es mir besser geht, dass ich das Studium machen kann. Dass ich ohne Medikamente gesund werde. Die Problematik in der Tiefe betrachten.		Das Arbeitsbündnis: Dass ich mich analysieren konnte.	Wenn wir über ein Thema reden: Was suchen wir?	Dass ich mehr Lebensfreude habe, fröhlicher bin.		Wenn er so auf Sachen herumreitet frage ich: Ist das mein Thema?	Mich zu begleiten. Meine Autonomie.	

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
III.4. Wunsch nach einer konkreten Zielvereinbarung seitens der Analysandin oder des Analysanden	Mir war es zu platt, die Gründe für das Nicht-schlafenkönnen in der Familie zu suchen. Sie hätte mehr führen dürfen (Gestaltungsvorschlag für die letzten 10h). Rückschau von Zeit zu Zeit hätte ich mir gewünscht.	Ja und nein. Ich war zeitweise orientierungslos und wünschte mir Arbeitsziele. Aber das ist mein Grundproblem – insofern war es gut so wie es war.	Ja, eindeutig. Die Psychoanalytiker lenken einen z. T. von den Zielen ab.	Nein. Der Weg war das Ziel. PSA ist keine vertragsorientierte Therapieform.	Nein. Kein Bedürfnis von mir.	Nein, es war okay so, wie es war. Zuerst muss man ja herausfinden, was für Themen da sind.	Nein. Ich hatte das Gefühl, in den 3 J. vieles erreicht zu haben und als ich in einen Stillstand kam, hörte ich auf.	Nein. Aber eine Absicht habe ich für das Gesamte schon: Leidensverminderung.	Nein, für mich war es total gut. Sie war einfach die richtige Person für mich.	Ja, rückblickend schon. Damals hatte ich keine Vorstellungen.
Leitfrage IV: Stimmten die Ziele der Analysandin oder des Analysanden mit den Zielen der Analytikerin oder des Analytikers überein?										
IV.1. Grad der Übereinstimmung der Ziele		Ja. Ziel: Prozessbegleitung.	Schwer zu sagen, Kannte seine Ziele nicht.	Frage erübrigt sich nach vorherigen Antworten.	Ja	Ich wusste nicht, was das Ziel war. Vermutlich wurde ihr Ziel zu meinem: Das Ereignis als Teil von mir zu akzeptieren.	Ja. Fühlte mich nicht manipuliert, er war ein Vis-à-vis.	-	Ja, glaub schon.	Weiss nicht, weil ich nichts über ihre Ziele wusste.
Leitfrage V: Kam die Umsetzung der Erkenntnisse im Alltag zur Sprache?										
V.1. Thematisierung	Ja: Vorbereitung auf die 2. Geburt nach schlimmer 1. Geburt; Kindererziehung; praktische Tipps ab und zu.	Ja. Im Sinne von Verbindungen schaffen von Früher zu heute und dadurch ein Muster ändern. Einmal griff sie ein: Trennung. Das sparte 30-40h.	Ab und zu. Meist musst du die Umsetzung aber selbst machen, wenn du einen gordischen Knoten aufgelöst hast. Kochrezepte möchte ich aber auch nicht.	Nein. Eine Deutung bewirkte eine Haltungs- und dadurch Verhaltensänderung.	Ja und nein. Wir besprechen mögliche Haltungen meinerseits Alltagssituationen gegenüber. Keine konkreten Handlungsanweisungen.	Nein. Aber es gingen mir Lichtchen auf in der Therapie	Ja. Er gab mir ziemlich klare Handlungsanweisungen. Er öffnete mir Türen. Das floss mir Vertrauen ein.	Nein. Einmal sagte er: Machen Sie einen Augentest.	Ja. Sie gab konkrete Tipps: Wo ich Kleider kaufen soll, wie ich mich einer Frau gegenüber verhalten soll, War ein paar Mal anderer Meinung über Dinge, die ich machte.	Ja, wahrscheinlich schon.

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
V.2. Wunsch nach Thematisierung der Umsetzung der Erkenntnis im Alltag	-	Handlungsanweisungen nicht. Ich muss es selber machen.	Unschlüssig.	Ja, einmal hätte ich mir gewünscht, er würde mir sein Buch ausleihen.		Nein		Nein		
V.3. Einschätzung	Ja Ich schätzte es.				Ja. Es ist okay so, nicht zu viel, nicht zu wenig.		Ja		Ja. Es erweiterte meinen Horizont.	Ja, das half mir.
Leitfrage VI: Erlebten die Analysandin oder der Analysand die Psychoanalyse als wirksam?										
VI.1. Zielerreichung	Ja, auf jeden Fall. Phobien: Geheilt Blick auf die Familie: Super. Fliegen hat geklappt. Schlafe immer noch nicht gut.	Ja. Habe mehr Bewusstheit über mein Handeln. Kenne mich besser.	Teilweise.	Nicht befragt, da unmöglich.	Ja. Bin den depressiven Verstimmungen nicht mehr so ausgeliefert. Grosse Fortschritte bezüglich meines Vaters.	Ja. Habe noch Krisen, aber weniger tief und kann damit umgehen. Kenne den Auslöser und nehme das Ereignis ernst.	Ja.	Ja, sonst würde ich nicht mehr gehen.	Angstzustände behoben. Aber auch Erkenntnis: Eigentlich bist du nicht viel weiter... Neurose ist weg, die Probleme nicht.	Ja. Näher schon.
VI.3. Wirkung	Ja	Ja, sehr.	NB ¹³ : Effizient: Nein. Am effizientesten in den ersten 2 Jahren. Am ineffizientesten in den letzten 3 Jahren. Die meisten Ziele wurden aber erreicht, aber mit sehr grossem Aufwand und wenig Effizienz.	Ja. Ich hatte bei beiden Analytikern innerhalb von 3 Monaten eine schöne neue Liebesbeziehung.	Ja, schon.	Ja	Ja. Grosse Erkenntnisse, Befriedigung durch Angstverminderung. Lernte formulieren, was mich bedrückt.	Ich würde keine andere Therapieform machen.	Ja. Ich habe mit der PSA überlebt.	Ja. Es ist nie genug, aber ja.

¹³ Nachbefragung

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
VI.4. Subjektive Erklärungen für die allfällige Wirkung	NB: Eigene Geschichte in anderem Blickwinkel sehen. Mit unangenehmen Träumen umgehen können. Bessere Distanz zu Problemen (Muster).	Der Raum, die Zeit für mich, die Offenheit Das Holden der Analytikerin	Dass man ein Gegenüber hat, die Beziehung.	Weiss nicht. Ich war einfach initiativ in Bezug auf Frauen NB: Die umfassendere Bewusstheit über mich, was ich tue und über andere. Dadurch mehr Autonomie, auch gegenüber Pathologien in der Gesellschaft.	Die Analyse gibt Interpretationsschlüssel, um Situationen, Beziehungen, Reaktionen zu lesen und eigene Gefühle wahrzunehmen. Hilft, Ängste erkennen und abbauen.	Das reden Normen zu bekommen, zu hören: Bin normal Dass das, was geschehen ist, keine Bagatelle ist.	Die konkreten Tipps, wie ich etwas angehen könnte		Die Beziehung Das Können der Analytikerin	Von meinem Mann wegzukommen. Das andere gab sich mit der Zeit Die Strukturiertheit der Wochen und Tage, jemand, der mir zuhörte. Ich schrieb alles auf. Mich mit mir selbst zu befassen.
Leitfrage VII: Verbesserte sich die subjektiv erlebte Lebensqualität durch die Analyse?										
VII.1. Individuelle Bedeutung von Lebensqualität	Materiell: Arbeit, Gesundheit, Wohnen. Psychische Lebensqualität.	Einen Boden unter den Füßen haben. Freude am Leben haben, Spass haben, lachen können.	Mich wohl fühlen, Beziehungen, mich realisieren können, Sicherheit. Hobbys nachgehen, Kultur, genug Stimuli, gutes Sexualleben.	In Übereinstimmung mit meinen inneren Wünschen leben können oder Annäherung daran.	Handlungsfähiger zu sein, Situationen angehen können, sich Ziele setzen.	Die Freiheit, das zu tun, was ich will.	Mich nicht von Ängsten leiten zu lassen - diese erkennen. Neugierig sein im kindlichen Sinne Offenheit.	Lachen Essen Trinken Eine Zigarette rauchen. Mich so lassen können, wie ich bin.	Eine Beziehung haben, in der Austausch möglich ist. Arbeit, die ich gerne mache. Freiheit, z.B. zu Gucci einkaufen zu gehen.	Ein Zuhause haben, Freunde, gute Beziehung zur Tochter, Frieden, genug zu essen, warm, eine Aufgabe.
VII.2. Allfällige Verbesserung der Lebensqualität	Ja. Ich habe mehr Selbstvertrauen, mehr Ordnung in den Beziehungen. Etwas mehr Gelassenheit.	Super, ja. Bessere Selbstakzeptanz. Akzeptieren der Schattenseiten Facettenreicheres Leben, aber auch anstrengender.	Ja Freunde und Beziehungen unverkrampfter Realisierung von Zukunftsplänen Prüfungen bestanden und im Umfeld bestehen können.	Ja. Zwei sehr schöne Liebesbeziehungen.	Ja	Ja. Mehr Freiheit als vorher.	Ja, auf jeden Fall. Analyse = Vorbereitung auf die Seelsorge. Annäherung an die Art mich wahrzunehmen, so zu denken.	Ja, ich weiss jetzt, was mir wichtig ist.	Ja, enorm. Auch die Beziehung zu den Eltern.	Ja. Konnte vom Mann weg, habe schöne Wohnung, Gesundheit, Arbeit, die mich nicht stresst. Neue Bekannte.

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
Leitfrage VIII: Gab es der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin/ des Analysanden?										
VIII.1. Subjektive oder „innere“ Veränderungen	Ja Mehr Selbstvertrauen Halte Konflikte besser aus. Mehr Gelassenheit.	Ja Von aussen ev. nicht sichtbar. Reifer geworden. Habe gelernt, schwache Seiten zu akzeptieren. Habe neu den Wunsch nach Familie Kann meine Bedürfnisse besser wahr nehmen.	Ja Erröte nicht mehr so schnell. Habe weniger Schuldgefühle. Mehr Gelassenheit. Entspannteres Verhältnis zu Frauen. Habe Freunde gefunden.	Ja In Beziehung zu Frauen. Ich kann mich auf Hauptthemen beschränken, war vorher verzettelter.	Ja Näher an meinen Zielen, mehr mich selbst.	Ja Bin anstrengender, hinterfrage vieles. Ich weiss heute, dass ich stark bin und viel aushalte. Habe mehr Verständnis, wenn es jemand schlecht geht.	Ja Ich war vorher wie eine andere Person. Ich merkte, dass mir Dinge ganz ring von der Hand gehen, von denen ich meinte, ich könnte sie nicht. Kann mich besser einschätzen und merke, wer zu mir passt. In der Liebesbeziehung viele neue Verhalten.		Ja Ich habe lang damit gehadert, was ich alles in meinem Leben nicht geschafft hatte. Die Neurose ist weg, aber nun muss ich mich mit vielen schmerzhaften Dingen auseinander setzen. Die Analyse wirkt noch immer nach.	Ja Sehe lockerer aus als früher.
VIII.2. Objektiv beobachtbare, der Analyse zugeschriebene Veränderungen im Leben der Analysandin oder des Analysanden	Ich fing an zu schreiben.	Eine Trennung, die ich ohne nicht geschafft hätte.	Hätte die Anwaltsprüfung nicht im ersten Anlauf bestanden.	Nein	Gewisse Freundschaften fielen weg. Eine Trennung von einer Frau.	Brach das Studium ab, weil ich merkte, dass es nicht das richtige ist. Eine Trennung.	Trennung von der alten Freundin. Heirat.	Ev. ist abrupter Jobwechsel auf die Analyse zurückzuführen.	Schauspiel aufgegeben. Neue Beziehung.	Trennung vom Mann, neuer Freund.
Leitfrage IX: Wie gestaltete sich das Ende der Analyse?										
IX.1. Ende der Analyse	Es war wie Suppe aus der Pfanne löffeln. Irgendwann war vieles ausgelöffelt.	Nicht abgeschlossen.	Am Schluss: Abflachung der Intensität und der Erkenntnisse -> Kosten - Nutzenfrage.	Aktualität klang ab: Aufgabe Berufswunsch Psychoanalytiker. Libidinöse Besetzung von Kurztherapie.	Nicht abgeschlossen.	Analytikerin sagte, ich solle nicht mehr kommen - Betonung der Eigenständigkeit durch die Analytikerin.	Keine Steigung mehr. Wollte auf mich gestellt sein.	Nicht abgeschlossen.	Psychoanalytikerin leitete Abschluss durch Deutung ein.	Ich brach ab. Sagte ihr einmal vor den Ferien, ich komme nach den Ferien nicht mehr.

	Diana Rigazzoni	Sabine Riederer	Beranio Peters	Emil Wassermann	Lukas Meier	Denise Zimmermann	Max Busch	Talko Peng	Frieda Vanzetti	Kiku Fisch
IX.2. Einigkeit über Beendigung?	Ja	Nicht abgeschlossen.	Eher nicht, er sah es dann ein.	Nein	Nicht abgeschlossen.	Ja. NB: Habe viel über mich und mein Handeln gelernt, verstehe meine Reaktionen besser und weiss, was und wie ich etwas ändern möchte. Es geht mir besser, kann mit meinem Erlebnis besser umgehen.	Nein.	Nicht abgeschlossen.	Ja	Nein. Weder Pat. noch Analytikerin.
Leitfrage X: Sind die Analysandin oder der Analysand zufrieden mit der Analyse?										
X.1. Zufriedenheit	Ja	Ja Könnte jetzt noch klarer werden, worum es geht.	NB: Mässig.	Ja, absolut..	Ja, hundertprozentig	Ja	Ja		Ja Wenn man sich davon verabschiedet, dass es ein Glücklicher ist.	Ja und nein
X.2. Gründe für Zufriedenheit oder Unzufriedenheit	NB: Bin froh, nicht mehr in die Analyse zu gehen. Mich selbstständig fühlen. Positive Gefühle gegenüber der Analyse. Stolz. Positive Gefühle gegenüber der Analytikerin.		Habe in Anbetracht der hohen Kosten und Dauer zu wenig erhalten / erzielt. Das ganze hätte man auch kürzer und billiger haben können. Aber interessant und brachte mir Etliches.	Grundstein an Erfahrung! Gute Grundlage für Arbeit als Therapeut.	Was nicht heisst, dass alles gelöst ist, aber das kann man nicht. Es gibt Grenzen des lösbaren. Man kann leben lernen mit Dingen, die begrenzt sind.		Bin froh, dass ich mich einlassen konnte und an die richtige Person für mich geriet. Gute Basis für die Seelsorge.			Das erste Ziel ging in Erfüllung, das schätze ich sehr hoch. Hätte noch mehr erreichen können. Ich bin nicht so der intellektuelle Typ.

7.3. **Anhang C: Ziele der psychoanalytischen Therapie nach Knight (1941/42)**

1. Verschwinden der anfangs geäußerten Symptome
2. Wirkliche Verbesserung im psychischen Funktionieren
 - a) Erwerb von Einsicht, sowohl kognitiv als auch gefühlsmässig, in die auf die Kindheit zurückgehenden Ursachen der Konflikte, in die in der Gegenwart liegenden Auslösefaktoren und in die Methoden der Abwehr, welche die Persönlichkeit und die spezifische Persönlichkeitsstruktur der neurotischen Erkrankung zur Folge haben
 - b) Entwicklung von Toleranz gegenüber den Triebimpulsen
 - c) Entwicklung der Fähigkeit, sich selbst objektiv einzuschätzen zu können, seine eigenen Stärken und Schwächen
 - d) Erreichen einer relativen Freiheit gegenüber Spannungen und Hemmungen, welche die eigenen Fähigkeiten lahm legen
 - e) Verfügen können über aggressive Kompetenzen, die für die eigene Selbstbewahrung, Leistenkönnen, Konkurrieren und Schutz der eigenen Rechte benötigt werden
3. Verbesserte Realitätseinstellung
 - a) Konsistentere und loyalere zwischenmenschliche Beziehungen mit sorgfältig ausgewählten Personen
 - b) Freie Verfügbarkeit von Fähigkeiten bei produktiver Arbeit
 - c) Verbesserte Sublimierung in Erholung und Beruf
- d) Heterosexuelle Beziehungen mit Potenz und Lust¹ (Knight, 1941/ 42; zit. nach Mertens 2000b, S. 129)

¹ Homosexualität war bedauerlicherweise lange Zeit pathologisiert in der Psychoanalyse und in der Psychiatrie allgemein. (z. B. Kreische, 2005 im deutschen Ärzteblatt).

7.4. Anhang D: Ausführlicher Überblick über die Zielvorstellungen der Psychoanalyse nach Mc Glashan und Miller (1982)

Grobziele	Feinziele
Entwicklungshemmungen aufheben	Urvertrauen und Sicherheit Trennung und Individuation Gewissen Konstruktive Aggression Sexualität
Aspekte des Selbst	Selbstverantwortlichkeit Selbst-Identität Selbstwertgefühl
Bezogenheit auf Mitmenschen	Aussen- versus Innenorientierung Beziehung zu den Eltern Beziehungen zu Gleichaltrigen und Gruppen Empathie Intimität Generativität
Akzeptierung der Realität	Verringerte Omnipotenz Fähigkeit zum Trauern Triebkontrolle und Frustrationstoleranz Loslassen können Realitätsprüfung
Erlebnisfülle und Lebendigkeit	Gefühle Energie Entspannung Fähigkeit zur Freude
Coping - Mechanismen	Abwehrmechanismen Soziokulturelle Anpassung und Veränderung
Integrative Kapazität	Ambivalenztoleranz Kognitive Ökonomie Übergangs-Kapazität
Selbstanalytische Fähigkeiten	Selbstbeobachtung und Selbstanalyse Auflösung der Übertragung

(Mc Glashan und Miller, 1982, 377ff.; zit. nach Mertens 2000b, S. 129)

Konkretisierung der Begriffe aus der Tabelle

Da die Begriffe für sich zum Teil wenig Aussagekraft haben, erläutert Mertens sie stichwortartig. Die wichtigsten Stichworte nach Mc Glashan und Miller 1982 sollen nachfolgend wiedergegeben werden. Auf Fremdworte und zu spezialisierte psychoanalytische Begriffe wurde weitgehend verzichtet, da diese nicht eingeführt wurden zu Beginn dieser Arbeit.

1. Entwicklungshemmungen aufheben

a) Urvertrauen und Sicherheit

Z. B. Weniger paranoide Ängste haben. Keinen Neid auf Menschen, denen es gut geht, hegen. Ein einigermaßen positives Weltbild entwickeln

b) Trennung und Individuation

Z. B. Fähigkeit zur Selbst-Objekt-Differenzierung erhalten, d.h. die eigenen Gedanken und Gefühle von den anderen unterscheiden können. Autonomie. Die Fähigkeit, alleine zu sein. Ohne Schuldgefühle und Angst nein sagen können. Den Einfluss der Eltern durcharbeiten. Die eigenen Kinder loslassen können.

c) Gewissen

Z. B. Irrationale Pflichtgefühle und moralischen Perfektionismus reduzieren. Ein klares, realitätsgerechtes Gewissen entwickeln. Die Fähigkeit zu angemessenen Schuldgefühlen erlangen. Einen liebevollerer Umgang mit sich selbst finden.

d) konstruktive Aggression

Z. B. Durchsetzungsfähigkeit. Initiative und konstruktiven Ehrgeiz entwickeln. Zur inneren Erlaubnis finden, die Eltern zu überrunden.

e) Sexualität

Z. B. Zu einer klaren Geschlechtsidentität und Akzeptanz des eigenen erwachsenen sexuellen Körpers finden. Orgasmusfähigkeit. Die dranghafte Beschäftigung mit sexuellen Phantasien verringern.

2. *Aspekte des Selbst*

a) Selbst-Verantwortlichkeit

Z. B. Sich nicht mehr unangemessen fremden Mächten ausgeliefert fühlen. Die Verantwortung übernehmen für eigene Impulse und Handlungen. Zu eigenen Entscheidungen stehen können. Sich nicht als Opfer sehen, was zu Mitleid, Einfühlung und Wiedergutmachungstendenzen führe.

b) Selbst-Identität

Z. B. Ein kohäsives (=zusammenhaltendes) Selbstgefühl entwickeln. Ein Gefühl haben für die eigene Person als Kontinuum in der Zeit. In der Lage sein, das Identitätsgefühl über verschiedene Stimmungen und Aktivitätsgrade hinweg aufrechtzuerhalten.

c) Selbstwertgefühl

Z. B. Selbstachtung, Selbstliebe und Selbstschätzung als Komponenten eines gesunden Selbstwertgefühls erlangen. Relativ unabhängig sein von äußerer Akzeptanz und Spiegelung. Andere Menschen weder idealisieren noch entwerten müssen. Andere Menschen anerkennen können. Vertrauen in die Zukunft; Integrität; Weisheit; Heiterkeit.

d) Selbsterleben und Kontinuität mit der früheren Störung

Z. B. Die frühere Störung als Teil des Selbst akzeptieren und ein Verständnis dafür entwickeln, wie sie entstanden ist.

3. *Bezogenheit auf die Mitmenschen*

a) Aussen- versus Innenorientierung

Z. B. Befriedigung aus der Interaktion mit anderen Menschen ziehen. Weniger schizoider Rückzug, weniger autistische Beschäftigung mit sich selbst. Eine Aufgeschlossenheit für die Probleme anderer entwickeln und sich Zeit für sie nehmen können.

- b) Beziehung zu den Eltern
Z. B. Zu einer Realistischeren Einschätzung der Eltern finden. Sie nicht mehr verurteilen. Den Wunsch aufgeben, dass sich die Eltern ändern sollen. Alte Familienmythen aufgeben können.
- c) Beziehungen zu Gleichaltrigen und Gruppen
Z. B. (Gleichaltrige) Freunde haben. Zwischen intimer Freundschaft und Bekanntschaft abstufen können. Sich auf Gruppen beziehen können und sich als Teil einer Gruppe erleben können, ohne die Individualität zu verlieren.
- d) Empathie
Z. B. Sich in andere Menschen einfühlen können, ohne mit ihnen zu verschmelzen.
- e) Intimität
Z. B. Eine stabile, dauerhafte Beziehung mit einem Partner; Nähe geniessen können, aber auch wieder allein sein können. Gegenseitiges Geben und Nehmen.
- f) Generativität
Z. B. Das Bestreben haben, etwas dauerhaftes für die nächste Generation zu hinterlassen, entweder Kinder oder eigene produktive Werke. Nächstenliebe und Besorgnis um die Mitmenschen.

4. *Akzeptierung der Realität*

- a) Verringerte Omnipotenz
Z. B. Eigene Grenzen und Schwächen akzeptieren können. Zur Einsicht kommen, dass man keine Ausnahme darstellt und einem kein Sonderstatus gebührt. Nicht unbedingt geliebt werden müssen, die Idee aufgeben, dass man für vergangenes Leid entschädigt werden müsse.
- b) Fähigkeit zum Trauern
Z. B. Die eigene Sterblichkeit akzeptieren können. Akzeptieren können, dass Vergänglichkeit, Unveränderbarkeit, Konflikt zum Leben können und dass man keine Kontrolle hat über die Zukunft. Trauern ohne Rachegelüste. Fähigkeit zur Sehnsucht.
- c) Triebkontrolle und Frustrationstoleranz
Z. B. Toleranz für Enttäuschung, Angst, Unglück und Leiden entwickeln. Adäquaten Verzicht leisten können. Verlockungen widerstehen können.
- d) Loslassen können
Z. B. Auf sekundären Krankheitsgewinn verzichten können. Destruktiven Neid aufgeben können. Auf sadistische und masochistische Haltungen verzichten können.
- e) Realitätsprüfung
Z. B. Innere und äussere Wahrnehmungen und Empfindungen unterscheiden können. Wahrheitsliebe und Aufrichtigkeit. Phantasie und Realität unterscheiden lernen.

5. *Erlebnisfülle und Lebendigkeit*

- a) Gefühle

Z. B. Eigene Gefühle wahrnehmen und benennen können. Vielfältige und angemessene Gefühle und Stimmungen empfinden können.

b) Energie

Z. B. Über Lebenskraft und innere Lebendigkeit und Spontaneität verfügen.

c) Entspannung

Z. B. Angemessen regredieren können, Kindlich sein. Empfänglich sein. Hilflosigkeit zugeben.

d) Fähigkeit zur Freude

Z. B. Sich freuen und geniessen können.

6. *Coping - Mechanismen*

a) Abwehrmechanismen

Z. B. Weniger stereotyper, mehr angepasster Einsatz von Abwehrmechanismen.

b) Soziokulturelle Anpassung und Veränderung

Z.B. Den Umständen angepasste und kreative Veränderungen vornehmen: Arbeitsplatzwechsel. Sich trennen können. Pathologische Berufsidentifikation aufgeben.

7. *Integrative Kapazität*

a) Ambivalenztoleranz

Z. B. Zunahme der Toleranz gegenüber Ambivalenz. Nicht mehr spalten müssen in Gut und Böse, sondern Vereinigung der beiden Pole in sich selbst.

b) Kognitive Ökonomie

Z. B. Vorausschauendes Handeln, gutes Erinnerungsvermögen und Konzentrationsfähigkeit entwickeln, dranghafte Wünsche und Affekte stören den Denkablauf nicht mehr.

c) Übergangskapazität

Z. B. Angemessene Illusionen kreieren können, Fähigkeit zu Humor, Phantasie, Regression und Kontrollverlust im Dienste der Kreativität.

8. *Selbstanalytische Fähigkeiten*

a) Selbstbeobachtung und Selbstanalyse

Z. B. Sich selbst reflektieren können. Sich selbst hinterfragen können. Erfahrungswissen zur Verfügung haben über die eigenen Konflikte und selbstdestruktiven Handlungen, neurotischen Partnerwahlen. Die Fähigkeit, Einsichten in die Tat um zu setzen.

b) Übertragung

Z. B. Die Übertragungsneurose auflösen können. Gute Toleranz für negative Übertragungsgefühle entwickeln. Anerkennen können, dass die Analytikerin Stärken und Schwächen hat.