

2. Untersuchungsmethode zur empirischen Erforschung psychodynamischer Beurteilungsgrundlagen

Nach der Darstellung der wissenschaftlichen Beiträge zur psychodynamischen Diagnostik im ersten Kapitel, werden im zweiten Kapitel die Methoden beschrieben, mit denen eine große Zahl von Patientenakten auf die in die Diagnostik eingehenden Parameter hin untersucht wurden. Es handelte sich wie schon erwähnt um Vermittlungsakten der Patienten, die sich um eine psychotherapeutische oder psychoanalytische Behandlung beim Institut für Psychotherapie, e.V., Berlin in den Jahren 1988 bis 1999 bemüht hatten. Die Beurteilung der Patienten wurde sowohl von Ausbildungskandidaten wie auch von erfahrenen Psychoanalytikern (Ausbildern) in Form der sogenannten Anamnesen und Zweitsichten vorgenommen. Die Anamnesen der Ausbildungskandidaten sind sehr viel umfangreicher als die eher knapp gehaltenen Einschätzungen der Ausbilder.

Für die Untersuchung von Ausbildungsanamnesen mit statistischen Methoden war es nötig, ein Instrumentarium zu entwickeln, um den Inhalt der Anamnesen meßbar zu machen. Der qualitative Inhalt der Texte sollte mittels eines Auswertungsschemas quantitativ erfassbar werden. Dazu mußten Kategorien gefunden werden, unter die der Inhalt subsumiert werden kann.

Da ein Zusammenhang zwischen den Beurteilungsgrundlagen für die psychodynamischen Formulierungen in den Anamnesentexte und den Beurteilungsgrundlagen der psychodynamischen Diagnostik der Ausbilder untersucht wurde, sollten die Kategorien auch auf beide anwendbar sein. Ziel war ein Profil der einzelnen Ausbilder erstellen zu können.

Die unterschiedliche Ausprägung innerhalb der einzelnen Kategorien in Anamnese oder Hintergrundannahme der Zweitsichter sollte durch eine Bewertungsskala erfassbar werden.

Im weiteren wird die Fragestellung der vorliegenden Studie präzisiert, gefolgt von der Darstellung des Untersuchungsaufbaus und des methodischen Vorgehens. Aus qualitativ gewonnenen Auswertungskategorien wurde ein Fragebogen entwickelt, der in einer überregionalen Befragung unabhängigen Experten zur Beurteilung vorgelegt wurde. Der Konsens der Experten bezüglich der einzelnen Kategorien in ihrer Bedeutung für eine gute Anamnesenerhebung und Darstellung war das entscheidende Kriterium für die Aufnahme der Variablen in das endgültige Untersu-

chungsinstrumentarium bestehend aus einem Fragebogen für Zweitsichter und einem Auswertungsschema nebst Manual für Erst- und Zweitsichten.

Mit dem Ziel Zweitsichterprofile als Außenkriterium für den Vergleich mit den Ausbildungsanamnesen zu gewinnen, wurde eine Fragebogenbefragung bei acht Zweitsichtern des Institut für Psychotherapie, e.V., Berlin durchgeführt. Die erzielten Ergebnisse sollten den Ergebnissen der Anamnesenauswertung gegenübergestellt werden. In einer Auswertungsschulung wurden Auswertende für die Anwendung des Auswertungsschemas auf die 752 Akten der Stichprobe vorbereitet. Die Problematik der Auswertungsübereinstimmung wird zum Abschluß des Kapitels diskutiert.

2.1 Fragestellung

Ziel der Untersuchung war, durch die qualitative Aufbereitung einer statistisch hinreichend großen Anzahl von Anamnesen zu prüfen, ob und wenn ja, *welchen Aufschluß* psychoanalytische Narrative über den *Verfasser* (einen angehenden Psychoanalytiker) *und seinen Ausbilder* (den anvisierten Leser) geben.

Unter Berücksichtigung der Ausbildungs- und Prüfungssituation werden die folgenden Fragen an eine empirische Studie der Beurteilungsgrundlagen psychoanalytischer Ausbildungsanamnesen gestellt:

- Auf *welche Beurteilungsgrundlagen* stützt ein *Ausbildungskandidat* die psychodynamischen Formulierungen seiner anamnestischen Darstellungen?
- Auf *welche Beurteilungsgrundlagen* stützt ein *erfahrener Lehranalytiker* seine psychodynamischen Formulierungen?
- *Unterscheiden sich die Lehranalytiker*, die unterschiedlicher Prägung und theoretischer Orientierung sind, in ihren Beurteilungsgrundlagen für anamnestische Darstellungen voneinander?
- *Unterscheiden sich Ausbildungskandidaten und Lehranalytiker* in ihren Beurteilungsgrundlagen?
- *Unterscheiden sich die Beurteilungsgrundlagen* nach Geschlechtszugehörigkeit, nach den Grundberufen (Arzt / Psychologe), sowie nach der Angehörigkeit?

keit zu den Fachrichtungen Psychoanalyse (Freud) und analytische Psychologie (Jung)?

- Werden die Beurteilungsgrundlagen *in Abhängigkeit vom anvisierten Lehranalytiker* ausgewählt, so dass Zweitsichter, die am Ausbildungsinstitut für bestimmte fachliche Schwerpunkte bekannt sind, bevorzugt Konzepte angeboten bekommen, die diesen Überzeugungen entsprechen?
- Werden neueste wissenschaftliche Trends und Erweiterungen psychoanalytischer Erkenntnisse in den anamnestischen Darstellungen berücksichtigt, so dass im zeitlichen Verlauf *Veränderungen* der theoretischen Annahmen nachweisbar sind?
- Sind die Ausbildungskandidaten in der Gefahr *eigene Konflikte projektiv* in den Patienten "hineinzusehen"?
- In welchen Bereichen gibt es einen theoretischen (Minimal-)Konsens und in welchen Bereichen existiert ein *Dissens* über die Erstellung von anamnestischen Darstellungen? (Gibt es bestimmte Elemente der Patientenäußerung, die von allen Psychoanalytikern schulenübergreifend als bedeutsam eingeschätzt werden?)

In der vorliegenden Studie wurden Antworten auf diese Fragen für die Ausbildungsanamnesen des untersuchten psychoanalytischen Ausbildungsinstitut, das Institut für Psychotherapie e.V., Berlin gesucht.

2.2 Untersuchungsaufbau

Zur Aufbereitung des Untersuchungsmaterials mußten in einem ersten Schritt Vorschläge für eine Kategorienbildung erarbeitet werden. "Kategorien stellen gewissermaßen die 'inhaltliche Auswahl' aus einem prinzipiell unendlichen Universum von Aspekten dar." (Rust, 1983, S.89). Anhand der Lektüre von zehn zufällig ausgewählten Anamnesen, sollte dieses "unendliche Universum" eingegrenzt und der erste Entwurf von Auswertungskategorien entwickelt werden.

In einem zweiten Schritt wurden in einer überregionalen Befragung (siehe hierfür verwendeten Fragebogen im Anhang I, S. 162) erfahrene Psychoanalytiker, darunter

viele Lehranalytiker, um ihre Meinung, bezüglich der vorgelegten Kategorien für die Erstellung einer Anamnese, gebeten.

Aus den Ergebnissen dieser Erhebung wurde ein weiterer Fragebogen (siehe Anhang II, S. 167) zur Befragung der Zweitsichter entwickelt, mit dem Ziel Zweitsichterprofile zu erstellen. Das Auswertungsschema der Anamnesen sollte sich an diesem Fragebogen orientieren.

Aufgrund des zögerlichen Rücklaufs der Zweitsichterbefragung wurde die Studie modifiziert, so dass die Zweitsichterprofile durch die Auswertung der Zweitsichten ergänzt wurden. Das Anamnesen- und Zweitsichtenauswertungsschema wurde durch eine reduzierte Variablenauswahl aus den ursprünglichen Kategorien gewonnen.

Mittels eines Auswertungsmanuals beurteilten bei der Durchführung der Studie geschulte Auswertende eine Zufallsstichprobe von jeweils 752 Anamnesen und Zweitsichten.

2.3 Methodisches Vorgehen

Zur Untersuchung von Einstellungsmerkmalen in Texten oder Interaktionen werden in der empirischen Psychotherapieforschung Verfahren angewendet, die unter dem Sammelbegriff der Inhaltsanalyse zusammengefaßt werden (vgl. Rust, 1983). Auf diese Weise sollen Botschaften eines Kommunikationsprozesses erfasst werden und Rückschlüsse auf Merkmale dieses Prozesses ermöglichen. In der vorliegenden Untersuchung interessiert die Kriterienauswahl, die zur psychodynamischen Beurteilung von, um eine psychoanalytische Behandlung nachsuchenden, Patienten von den Anamnestikern regelhaft herangezogen werden im Dialog mit den jeweiligen Zweitsichtern. In Anlehnung an eine Untersuchung zum Schulenstreit in der forensisch-psychiatrischen Begutachtungspraxis von Konrad (1995) soll von "Beurteilungsmodellen" die Rede sein, die "durch die Benutzung bestimmter Beurteilungskriterien [geprägt sind], die bei der Beantwortung der Fragestellung -...- eingesetzt werden und sich in den (Gutachten-)Texten niederschlagen" (Konrad, 1995, S.33).

Für persönliche Erfahrungen und Überzeugungen des Psychoanalytikers, die als Mittler zwischen Patientenäußerungen, theoretischen Konzepten und therapeutischem Handeln fungieren, schlägt Streeck (1986, 1987) den Begriff "Hintergrundan-

nahmen" vor. Anknüpfend an seine "Explikation von Hintergrundannahmen" wurde mit Hilfe einer überregionalen Befragung erfahrener Psychoanalytiker ein Untersuchungsinstrumentarium entwickelt, um die Beurteilungsgrundlagen der Anamnestiker erfassen zu können. Hiermit wurden die Anamnesentexte von geschulten Auswertenden auf "Basiskategorien" hin untersucht. Der Begriff der Basiskategorie bezieht sich auf Untersuchungen von Teller u. Dahl (1986), die unveränderte, für eine Patientin typische Kommunikationsstrukturen in weit auseinanderliegenden Behandlungsstunden ermittelten. In der vorliegenden Studie sollten die typischen Beurteilungsmuster in den anamnestischen Darstellungen verschiedener Verfasser über einen 12-jährigen Zeitraum ermittelt werden.

Um die Ergebnisse der Auswertung der Anamnesentexte mit einzelnen Zweitsichtern in Verbindung bringen zu können, mußte ein Außenkriterium gewonnen werden. Hierzu boten sich die Texte der Zweitsichten an, die jedoch ausgesprochen heterogen sind und sich deshalb im ersten Eindruck für eine systematische Auswertung nicht zu eignen schienen. Statt die Zweitsichten auszuwerten, sollten die Zweitsichter deshalb direkt befragt werden.

Angeregt von dem qualitativen Ansatz von Wilke (1994) wurde in den Vorarbeiten zur Entwicklung des Instrumentariums eine erste Zufallsstichprobe von Anamnesen auf unausgesprochene Überzeugungen des Anamnestikers untersucht. Diese Aussagen wurden zuerst gesammelt. Sie umfaßten lebensgeschichtliche Daten, szenische Informationen und theoretische Konzepte in ihrer Anwendung auf den konkreten Fall. Für die Inhalte wurden immer wieder neue Überschriften formuliert, die schließlich kategorisiert wurden. So ergaben sich letztlich sechs Basiskategorien (vgl. S. 46ff) mit ein bis zwölf Unterkategorien, die im folgenden Variablen genannt werden.

Um die einzelnen Variablen auf ihre Bedeutung für anamnestische Darstellungen überprüfen zu können, wurde aus den kategorisierten Variablen ein Fragebogen entwickelt, der mehreren Psychoanalytikern und Ausbildungskandidaten vorgelegt wurde, mit der Bitte die Fragen zu beantworten und den Fragebogen zu kommentieren. Mit Hilfe der so gewonnenen Hinweise und Vorschläge wurde der Fragebogen, der für eine überregionale Befragung verschickt wurde, zusammengestellt. Bei den Rücksendungen waren die ausgefüllten Fragebögen mit weiteren Anregungen und Empfehlungen ergänzt worden (siehe ausführliche Diskussion unter 2.5.2 und 2.5.3).

Aus dem Ergebnis der Befragung und den Kommentaren wurde der Fragebogen überarbeitet und zehn nach besonderen Kriterien (siehe hierzu S. 63) ausgewählten Zweitsichtern am Institut für Psychotherapie e.V. Berlin vorgelegt, um ein valides Außenkriterium zu gewinnen. Aufgrund des schleppenden Rücklaufs, der die Studie zeitlich verzögerte, wurde entschieden, die Untersuchung auf die Zweitsichten auszuweiten. Die dennoch erstellten Beantwortungsprofile schienen in ihrer Aussagekraft etwas eingeschränkt, so dass die Ausweitung der Studie hierdurch bestätigt wurde.

Nun sollten also nicht nur die Erstsichten, sondern auch die Zweitsichten auf Basiskategorien hin geprüft werden, um die Befragungsprofile zu ergänzen. Dieses Vorhaben warf jedoch praktische Fragen nach der Durchführbarkeit und Finanzierbarkeit auf, die durch eine Beschränkung der Auswertung der Anamnesentexte auf die Zusammenfassung und psychodynamischen Überlegungen gelöst wurde (vgl. Gliederung im Petri-Schema, S. 31/2). Dieser Teil der Anamnesen ist insofern der wichtigste Teil für die vorliegende Studie, da hier die Stränge der Datenquellen, der diagnostischen Überlegungen und der theoretischen Überzeugungen zusammenfließen und so die Hintergrundannahmen am deutlichsten erkennbar sind.

Im oben genannten Anamnesenschema von Petri wird zu diesem Punkt erläutert:

Dieser Punkt sollte nicht zur Qual werden, der man sich durch breite Wiederholung von bereits bekanntem "schuldgefühlshaft" entzieht, sondern zur lustvollen "Spielwiese" psychoanalytischer Phantasie und Einübung von Theorie in Praxis. Da in der Ausbildung und von einzelnen Lehranalytikern verschiedene Theorieansätze vertreten werden, ist hier für den Ausbildungskandidaten zum ersten Mal der Punkt gekommen, wo er sich durch das Gestrüpp der verschiedenen Ansätze einen eigenen Weg bahnen muß, der ihn irgendwann zu seinem ganz persönlichen Konzept von Psychoanalyse führen wird. Unabhängig von diesen Schwerpunkten sollte erkennbar werden, welche genetischen Konstellationen zu welchen inneren und äußeren, bewußten und unbewußten Konflikten mit sich und den Objekten geführt hat und welche Bewältigungsstrategien der Patient entwickelt hat (Abwehrmechanismen nach innen, Anpassungsleistung nach außen, sekundäre Folgen neurotischer Behinderungen usw.). Dabei sind die für die Prognose und Indikation entscheidenden "günstigen" und "ungünstigen" Strategien zu differenzieren. (Petri 1983, S. 2).

Die Beschränkung auf die "Zusammenfassung und psychodynamische Formulierung" hatte Auswirkungen auf das Auswertungsschema und das Auswertungsmanual. Es waren nun nicht mehr alle Basiskategorien sinnvoll, da z.B. die Aspekte der ersten Basiskategorie "Krankheitserleben und -verarbeitung" in den Anamnesen gesondert unter "Indikation und Prognose" diskutiert werden. Zwei weitere Basiskategorien wurden zu einer zusammengefasst, um eine zeitlich ökonomische Auswer-

tung auf einem nur eine Seite füllenden Auswertungsbogen zu gewährleisten. Für eine ausführliche Darstellung der Basiskategorien wird auf Kapitel 2.4 verwiesen.

Drei eigens geschulte Auswertende untersuchten 752 Anamnesen und 752 Zweitsichten im Hinblick auf vier Basiskategorien und werteten diese auf den Auswertungsbögen, bestehend aus 31 Variablen, aus.

2.4 Entwicklung der Auswertungskategorien

Als ersten Schritt auf der Suche nach den den Anamnesentexten und Zweitsichten zu Grunde liegenden Hintergrundannahmen wurde eine Zufallsstichprobe von zehn Anamnesen den Patientenakten der Vermittlungsstelle des Instituts für Psychotherapie, e.V., Berlin entnommen und durchgesehen. Ziel war es, die "Realität" der Texte adäquat zu erfassen und zu analysieren, "indem die ... vorfindbare Information auf die in bezug zur Fragestellung relevante Information reduziert wird" (Lisch & Kriz, 1978, S. 69). Die Herangehensweise war die des "Open Coding" (vgl. Wilke, 1994), bei dem Überschriften zu den Angaben der Anamnesentexten gesucht wurden, je nachdem, welche Inhalte auftauchten. Um eine Auswahl zu nennen: es wurden lebensgeschichtliche Angaben gemacht, Symptome geschildert, psychoanalytische Konzepte wurden implizit und explizit angewendet, die Therapiemotivation wurde eingeschätzt, Beschreibungen des Erscheinungsbildes und der Gefühlslage des Patienten, wie auch der eigenen Gefühlsreaktionen klangen an, Mitgefühl und auch Mitleid mit dem Patient wurde spürbar, die inneren (manchmal) und aktuellen (häufiger) Konflikte des Patienten wurden zuweilen beschrieben, die Struktur und Ich-Funktionen wurden bewertet. Die gesammelten Überschriften wurden den theoretischen Überlegungen zum Erstgespräch und zur Anamnesenerhebung (vgl. 1.2) gegenübergestellt und mit diesen zu sinnvollen Variablen innerhalb abgegrenzter Basiskategorien verschmolzen. Unter den Überschriften der einzelnen Basiskategorien wurden Variablen zusammengefaßt, deren typische Ausprägung die Hintergrundannahmen eines einzelnen Erst- oder Zweitsichters über eine statistisch hinreichend große Zahl von Erst- oder Zweitsichten darstellbar machen sollte.

Im folgenden werden die Basiskategorien benannt und kurz diskutiert. Die folgenden Ausführungen sollen dazu dienen, die einzelnen Schritte zur Entwicklung von Auswertungskategorien nachzuzeichnen, sowie die Auswahl derselben zu be-

gründen. Für einen detaillierten Einblick in die Basiskategorien und ihre Unterteilung in Variablen wird auf den Fragebogen im Anhang I S.162 verwiesen.

2.4.1 "Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung"

Unter der Basiskategorie Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung wurden verschiedene Aspekte aufgelistet, die in den Anamnesen der Zufallsstichprobe regelmäßig zu Fragen der Indikation und Prognose herangezogen wurden. Häufig genannt wurden dort Therapiemotivation, Leidensdruck und Introspektionsfähigkeit, sowie Einschätzungen der Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten. Im OPD-I werden vergleichbare und zum Teil identische Aspekte unter der Achse I subsumiert, so dass diese erste Basiskategorie, wegen der großen Übereinstimmung, "Krankheitserleben und –verarbeitung" genannt wurde, und sich die Reihenfolge der ausgewählten Variablen an der dort vorgenommenen Auflistung orientiert.

2.4.2 "Traumatheorie versus Konflikttheorie"

In den Anfängen der Psychoanalyse zwischen 1885 und 1897, dokumentiert durch erste Fallstudien (Freud, 1895), beschäftigte sich Freud mit der Verführungstheorie, die besagt, dass nicht verarbeitete Kindheitstraumata aufgrund real statt gefundener sexueller Verführung zur neurotischen Symptombildung führen. 1897 rückte er von der Traumatheorie ab und entwickelte seine Theorie des unbewussten Konflikts (vgl. Masson, 1986). Darin stellt er die psychische Realität in den Vordergrund durch die Betonung der Bedeutung von Phantasien, auch solcher, die aus späteren auf frühere Zeiten projiziert werden. Das Spannungsfeld von Traumatheorie und Konflikttheorie ist eine wesentliche Fragestellung der Psychoanalyse mit weitreichenden behandlungstechnischen Implikationen.

Trauma ist ein dem Griechischen entlehnter Begriff und bezeichnet eine Verletzung mit Gewebedurchtrennung. Freud nannte ein Erlebnis traumatisch, bei dem durch starken Reizzuwachs oder Reizüberflutung dem Individuum eine Aufarbeitung in gewohnter Weise nicht geglückt sei (Freud, 1916-17). Damit ist gemeint, dass die zu diesem Zeitpunkt entwickelten Verarbeitungsmechanismen nicht ausreichen, um

das traumatische Ereignis unbeschadet zu überstehen. Zwischen 1895 und 1897 bekräftigt Freud zunächst, daß das Trauma vor allem sexuell sei und in der Zeit vor der Pubertät stattgefunden habe (vgl. auch Pontalis & Laplanche, 1991, S. 513ff).

Nach wachsenden Zweifeln und Enttäuschungen bei den Behandlungsergebnissen rückt Freud 1897 von der Traumatheorie ab, da er nun nicht mehr *alles* angebotene Material für Erinnerungen, sondern zunehmend *auch* für Phantasien hielt. Diese sind als Ausdruck unbewußter Wünsche zu verstehen, die einen psychischen Konflikt mit ihnen entgegenstehenden Verboten konstituieren. Für diesen Wechsel "von der Verführungstheorie zur Theorie der infantilen Sexualität" wurde Freud, wie Eissler aufzeigt, nachhaltig kritisiert, obwohl er das Vorkommen von Verführung in der Kindheit nicht leugnete (Eissler, 1993). Die Erkenntnis der Bedeutung unbewußter konflikthafter Phantasien und Wünsche in der Entstehung der Neurose ist jedoch die wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der psychoanalytischen Methode.

Der psychische Konflikt erhält in der Psychoanalyse im Laufe der theoretischen Ausdifferenzierung vielfältige Bedeutungen:

Man spricht in der Psychoanalyse von Konflikt, wenn sich im Subjekt gegensätzliche Forderungen gegenüberstehen. ... Die Psychoanalyse betrachtet den Konflikt als konstitutiv für den Menschen, und dies unter verschiedenen Perspektiven: Konflikt zwischen dem Wunsch und der Abwehr, Konflikt zwischen den verschiedenen Systemen oder Instanzen, Konflikte zwischen den Trieben, endlich der ödipale Konflikt, wo nicht nur entgegengesetzte Wünsche einander konfrontiert werden, sondern wo diese dem Verbot Widerstand entgegensetzen (Laplanche/Pontalis, 1991, S. 256ff).

Die Frage der Gewichtung der unbewußten Wünsche und Phantasien im Gegensatz zur realen Traumatisierung bei der Ausbildung einer neurotischen Prädisposition hat nicht nur in Fachkreisen immer wieder zu kontroversen Auseinandersetzungen geführt. Eine namhafte Verfechterin der Traumatheorie ist die ursprüngliche Psychoanalytikerin Alice Miller, die der Psychoanalyse vorwirft, ehemaligen Opfern von Kindesmißhandlungen zu verunmöglichen diese zu erkennen und aufzulösen (Miller, 1979, 1981, 1988, 1990). Zutreffend ist sicher, dass höchst unterschiedliche behandlingstechnische Implikationen aus den verschiedenen Überzeugungen resultieren. Während auf dem Hintergrund der Traumatheorie der Bewußtmachung des Traumas und Bearbeitung der begleitenden nicht bewältigten und verdrängten Affekte zentrale Bedeutung zukommt, wird durch die Konfliktheorie im Patienten das Subjekt im Spannungsfeld seiner inneren Strebungen angesprochen. Der behandelte Patient ist damit weniger Opfer als vielmehr ein sein Leben und seine Beziehungen, wenn auch unbewußt, gestaltendes Individuum. Dabei ist der Analytiker in die

durch infantile Wünsche und Phantasien gemeinsam ausgestaltete Behandlungsszene einbezogen. Psychoanalyse ist also nicht die Beschäftigung mit der Kindheit auf einer kognitiv-rationalen Ebene sondern vielmehr die Beschäftigung mit kindlichen Beziehungsmustern, die in der analytischen Situation auf den Analytiker übertragen werden und so einer Bearbeitung zugänglich werden.

In der heutigen Psychoanalyse finden sich beide Standpunkte, kurz als "Traumatheorie" bzw. "Konflikttheorie" bezeichnet, in unterschiedlicher Gewichtung. Bei der Durchsicht der Zufallsstichprobe entstand der Eindruck, dass erfahrene Psychoanalytiker und Ausbildungskandidaten sich darin unterscheiden, ob sie in der Betrachtung einer Biographie und in der therapeutischen Arbeit mehr den einen oder mehr den anderen Aspekt in den Vordergrund rücken. Der Begriff Trauma wird in Bezug auf die vorliegende Untersuchung weder in dem engen Sinne der sexuellen Traumatisierung verwendet, noch im Sinne von Traumatisierung durch totalitäre Kontrolle und Unterwerfung, sondern in der erweiterten Bedeutung von emotionaler Schädigung in der Kindheit.

2.4.3 "Datenquellen"

Der "nachklassische Theorienpluralismus", der nach Ermann (1993) seit den 70er Jahren die Psychoanalyse bestimmt, führte Wallerstein (1988) zur Frage nach einem Minimalkonsens der verschiedenen psychoanalytischen Ansätze. In einer Studie zur Frage "How Theory Shapes Technique" kommt Shane (zitiert nach Pulver, 1987) zu dem Erkenntnis, dass trotz divergierender Empfehlungen zur "Technik" bestimmte Elemente der Patientenäußerungen von allen Psychoanalytikern schulenübergreifend als bedeutsam eingeschätzt werden, und dass hierin die wesentlichste Übereinstimmung zwischen den Schulen besteht. Daran anknüpfend sollte in den Anamnesetexten untersucht werden, welche Informationsquellen vom Anamnestiker zur Ableitung seiner Überlegungen herangezogen werden, nicht nur auf der Suche nach Übereinstimmung, sondern auch nach Divergenz. Hier tauchen nun unter anderen die unterschiedlichen Ansätze, die unter 1.2 dargestellt wurden als kategorisierte Datenquellen auf. Sowohl die Theoretiker, die die biographische Anamnese vertreten, wie auch die Anhänger des szenischen Ansatzes sind in unterschiedlichen Datenquellen berücksichtigt. Für befolgte Empfehlungen des "Petri-Schemas" (Petri, 1983) sind ebenfalls Kategorien eingerichtet worden, da z.B. projektive Verfahren (wie die

Drei-Wunsch-Probe¹) tatsächlich häufig durchgeführt werden und über deren Ergebnisse berichtet wird.

2.4.4 "Psychische Struktur"

Unter dem Oberbegriff "Psychische Struktur des Patienten" wurden Aussagen zusammengefasst, die typische Dispositionen des Erlebens und Verhaltens beschreiben. In den Anamnesen wird der Überstieg von Symptomen und Wesenszügen des Patienten zu den verschiedenen Entstehungszusammenhängen versucht. Zum Beispiel konnte sich ein Anamnestiker kein Bild von den Bindungspersonen einer Patientin machen und schloß daraus auf eine eingeschränkte Fähigkeit zur Objektwahrnehmung. In einer anderen Anamnese wurde ein rastloser Patient beschrieben, der als Abwehrformation immer unterwegs sein muß, um nicht aushaltbare Gefühle innerer Leere ignorieren zu können.

Freud und seine Nachfolger stützten sich auf klinische Beobachtungen bei der Formulierung der "Rolle der verschiedenen Identifizierungen bei der Konstituierung der Person und den permanenten Bildungen innerhalb dieser Person In dieser ... Theorie werden drei "Instanzen" eingeführt: das *Es*, ... , das *Ich*, ... , und schließlich das *Über-Ich*" (Laplanche & Pontalis, 1972, S. 507). Im Rahmen der Strukturdiagnose interessieren besonders die Fähigkeiten des Ich, da die Behandlungsprognose ganz entscheidend von der Beschaffenheit der "Ich-Funktionen" (Hartmann, 1972) abhängt (Blanck & Blanck, 1981, Heigl-Evers et al., 1987). Hierzu auch Überlegungen aus den Ausführungen des OPD-1:

In der modernen Differenzierung psychoanalytischer Konzepte wurden Begriffe wie "das Ich", "das Selbst", "die Objektbeziehungen" zunehmend unter strukturellen Gesichtspunkten betrachtet: dabei geht es vor allem um die Entwicklungspsychologie dieser Strukturen, d.h. um Prozesse der zunehmenden Differenzierung und Integration *des Selbst in seinen Beziehungen zu den Objekten*. Die Vorstellungen sind in jüngerer Zeit in zunehmendem Maße durch die Fortschritte der Säuglings- und Kleinkindbeobachtungen beeinflusst worden. In diesen frühen Entwicklungsabschnitten beginnt sich das Ich zu organisieren, das sich interessiert, handlungsbereit und emotional auf das Nicht-Ich, d.h. die Welt der Objekte, ausrichtet. Zugleich beginnt hier die Entwicklung der Struktur des Selbst, welche dann abgeschlossen ist, wenn das Ich sich selbst zum Objekt nehmen und sich damit reflexiv auf sich selbst beziehen kann. (Arbeitskreis OPD, 1996, S. 66, Hervorhebung im Original).

¹ Vgl. Fußnote 12, S. 32

Auf der Strukturachse der OPD-1 wurden über die Entlehnungen der Objektbeziehungstheorie (z.B. Klein, 1988; Winnicot, 1986, 1988; Bion, 1990, 1992, 1997), sowie der Ich- und Selbst-Psychologie (z.B. Hartmann, 1972; Blanck & Blanck, 1988; Kohut, 1981), Überlegungen zum topographischen Strukturmodell (Freud, 1938), zur Charakterstruktur (Shapiro, 1965) und zur Neurosenstruktur (Schultz-Hencke, 1951) unter der Überschrift "Psychische Struktur" berücksichtigt. Diese beinhalten unter anderen Aussagen über die Fähigkeit zur Selbst- und zur Fremdwahrnehmung, zur Selbststeuerung, zur Kommunikation, zur Abwehr und zur Bindungsfähigkeit. Für die Basiskategorie "Psychische Struktur" wurden alle Gliederungspunkte der Strukturachse der OPD-1 wegen der guten Übereinstimmung mit den diesbezüglichen Ergebnissen des "open coding" übernommen.

2.4.5 "Innere Konflikte"

In der klassischen psychoanalytischen Theorie wird die Ansicht vertreten, dass für jeden Patient ein fest umrissener psychischer also innerer Konflikt zu diagnostizieren ist, bei dem sich "im Subjekt gegensätzliche innere Forderungen gegenüberstehen" (Laplanche 1991, S. 256), der nach seiner Entstehung einer psychosexuellen Entwicklungsstufe zugeordnet werden kann. Entsprechend wurde in einigen Anamnesen der Versuch unternommen, einen fest umrissenen Konflikt zu diagnostizieren, wobei der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt besonders häufig genannt wurde. In der Psychoanalyse wird dem ödipalen Konflikt, als "Wende- und Reifepunkt am Ende der frühen Kindheit mit dem Erwerb des Über-Ichs durch Aufgabe der Objektbesetzung und folgenden Identifizierung mit dem Objekt sowie Desexualisierung und Sublimierung der übrigen libidinösen Strebungen" (Eckstaedt, S. 31), eine wesentliche entwicklungspsychologische Bedeutung zugewiesen. In der OPD-1 wird nach zeitlich überdauernden inneren Konflikten des Patienten gefragt, die jedoch über die ursprüngliche psychoanalytische Konfliktdiagnostik hinausgehen. So wurden z.B. Identitätskonflikte (sexueller oder ethnischer Natur) und fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung, wie sie häufig im Zusammenhang mit psychosomatischen Patienten beschrieben wird, ebenfalls berücksichtigt. Als fünfte Basiskategorie wurde "Innere Konflikte" aufgenommen.

2.4.6 "Theoretische Grundlagen"²

Der Theorienpluralismus der heutigen Psychoanalyse bietet den Ausbildungskandidaten eine breite Auswahl an Modellen, die nach persönlicher Neigung mehr oder weniger Eingang in das psychoanalytische "Know-how" des Einzelnen finden. Die Anamnesenerhebung soll dem Kandidaten ausdrücklich eine Möglichkeit der übenden Annäherung an die verschiedenen Konzepte ermöglichen. Neben den psychoanalytischen Grundlagen, wie der Freudschen Triebtheorie (Freud, 1905, 1916-17, 1938) und in der jungianischen Richtung, der Konzepte der analytischen Psychologie (Jung, 1921, 1950, 1954), finden Begriffe zur Strukturdiagnostik und dem Antriebserleben nach Schultz-Hencke (1951) häufige Anwendung in den anamnestischen Darstellungen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, ob persönliche theoretische Vorlieben, wie die Entwicklungstheorie nach Mahler (1980) oder die aus der Kleinkindforschung erwachsenen Bindungstheorien (Dornes, 1993; Lichtenberg, 1991; Stern, 1979, 1992) angewandt werden. Entsprechend war die Frage nach den Narzissmustheorien nach Kohut (1976, 1981) und Kernberg (1978), sowie der Objektbeziehungstheorie (z.B. Klein, 1988; Winnicott, 1986, 1988; Bion, 1992, 1992, 1997) der englischen Schule.

2.5 Überprüfung der Auswertungskategorien mittels überregionaler Befragung

Um die Eignung der Auswertekategorien zu überprüfen, wurde ein Fragebogen erarbeitet und in einer überregionalen Befragung unabhängigen Experten zur Beurteilung vorgelegt. Nur die in dieser Befragung konsensfähigen Basiskategorien sollten in das endgültige Untersuchungsinstrumentarium zur Befragung der Zweitsichter und zur Analyse der psychoanalytischen anamnestischen Darstellungen aufgenommen werden. Der Konsens sollte sich auf die Bedeutung der angebotenen Variable für eine gute Anamnesenerhebung und -darstellung beziehen.

² Bei den Theoretikern ist in diesem Zusammenhang nicht von den unter 1.2 dargestellten Positionen zum psychodynamischen Erstinterview die Rede, sondern von den wichtigsten Theoretikern der psychoanalytischen Theorie.

2.5.1 Fragebogen zur Überprüfung der Auswertungskategorien

In sechs Hauptpunkten unterteilt wird der Adressat kurz an den Inhalt der Basis-kategorie herangeführt. Danach wird er ersucht, die Bedeutsamkeit der jeweiligen Variable für die Erstellung einer guten Anamnese auf einer fünfstufigen Skala einzuschätzen. Der vollständige Fragebogen mit den heranführenden Bemerkungen ist in Anhang I, S. 162 zu finden. Im folgenden werden die sechs Hauptpunkte kurz erläutert.

Unter 1. "Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung" sollten von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig* die folgenden Bereiche beurteilt werden:

- 1.1 Leidensdruck des Patienten
- 1.2 Sekundärer Krankheitsgewinn
- 1.3 Einsichtsfähigkeit
- 1.4 Motivation zur Psychotherapie
- 1.5 Bereitschaft zur Mitarbeit
- 1.6 Symptomdarbietung (somatisch vs. psychisch)
- 1.7 Persönliche Ressourcen
- 1.8 Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung

Mit der 2. Basiskategorie "Trauma vs. Konflikt" sollte auf einer Skala von 1-5 mit den Extrempunkten *Der Patient ist von schädigenden Einflüssen geprägt* (Traumatheorie) und *Der Patient ist selbst auch seines Unglückes Schmied* (unbewußter Konflikt) die persönliche Gewichtung des Befragten erhoben werden.

Basiskategorie 3 führt acht "Datenquellen" auf, die zur Herleitung der Psychodynamik wieder in ihrer Bedeutsamkeit von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig* eingeschätzt werden sollten. Eine neunte Zeile wurde für freie Nennungen angeboten:

- 3.1 Symptomatik
- 3.2 Lebensgeschichtliche Daten
- 3.3 Subjektive Theorie des Patienten
- 3.4 Unbewußte Inszenierung der Gesprächssituation
- 3.5 Gegenübertragung
- 3.6 Projektive Verfahren

- 3.7 Sexuelle Phantasien des Patienten
- 3.8 Abwehrmechanismen
- 3.9 Andere

Unter 4. wurden Aspekte der "psychischen Struktur" von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig* zur Einschätzung angeboten:

- 4.1 Allgemeine Aussage zum Strukturniveau
- 4.2 Selbstwahrnehmung
- 4.3 Selbststeuerung
- 4.4 Abwehr
- 4.5 Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
- 4.6 Fähigkeit zur Kommunikation
- 4.7 Fähigkeit zur Bindung

Der "innere Konflikt" wird unter 5. thematisiert mit der Bitte, nicht die Prävalenz einzuschätzen, sondern von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig* zu bewerten, ob ein Anamnestiker sich hierzu äußern solle oder nicht:

- 5.1 Abhängigkeit vs. Autonomie
- 5.2 Kontrolle vs. Unterwerfung
- 5.3 Selbstwertkonflikte
- 5.4 Über-Ich und Schuldkonflikte
- 5.5 Ödipale und sexuelle Konflikte
- 5.6 Identitätskonflikte
- 5.7 Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung
- 5.8 Konflikthafte äußere Lebensbelastungen
- 5.9. Verarbeitungsmodus aktiv oder passiv

Als letzten Punkt werden die unterschiedlichen "theoretischen Grundlagen" aufgeführt. Hier geht es um die Selbsteinschätzung von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig*, in wie weit sich der Befragte selbst auf die genannten Konzepte bezieht.

- 6.1 Triebtheorie (Freud)
- 6.2 Antriebserleben (Schultz-Hencke)
- 6.3 Selbstpsychologie (Blanck & Blanck, Kohut)
- 6.4 Objektbeziehungstheorie (Klein, Bion, Winnicot)
- 6.5 Entwicklungstheorie (Mahler)
- 6.6 Narzissmustheorie (Kernberg)
- 6.7 Analytische Psychologie (Jung)
- 6.8 Bindungstheorien (Stern, Lichtenberg, Dornes)
- 6.9 Andere

Abschließend wurde der Befragte aufgefordert in freier Form zu kommentieren, ob Themenbereiche oder wichtige Informationen nicht abgedeckt wurden, die in einer guten Anamnese und der darin formulierten Psychodynamik auftauchen sollten.

2.5.2 Ergebnisse der überregionale Befragung

Zur Überprüfung durch eine unabhängige Expertengruppe wurde der Fragebogen an 50 Lehranalytiker der DPG³ außerhalb Berlins verschickt, mit der Bitte, den Fragebogen kommentiert auszufüllen. Von vierzig Rücksendungen waren 39 Bögen ausgefüllt und, von einem Großteil der Angeschriebenen, mit vielen Anregungen versehen worden.

Es ergab sich folgendes Bild: auf der Skala 1 = *nicht wichtig* bis 5 = *äußerst wichtig* erzielten alle **fettgedruckten** Variablen Mittelwerte größer als vier ($M \geq 4$). Alle nicht hervorgehobenen Punkte erzielten einen Mittelwert zwischen 3 und 4. Bei *kursiv* gedruckten Variablen lag $M < 3$.

³ Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft

Erste Basiskategorie "Krankheitserleben und –verarbeitung":

Einschätzung durch die Experten	M		
	≤ 3	3-4	≥ 4
1.1 Leidensdruck des Patienten			X
1.2 Sekundärer Krankheitsgewinn		X	
1.3 Einsichtsfähigkeit		X	
1.4 Motivation zur Psychotherapie			X
1.5 Bereitschaft zur Mitarbeit			X
1.6 Symptomdarbietung (somatisch vs. psychisch)		X	
1.7 Persönliche Ressourcen		X	
1.8 <i>Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung</i>	X		

Zur ersten Basiskategorie wurde vorgeschlagen, Punkt 1.4 in "Motivation zur Veränderung oder Entwicklung" umzubenennen. Punkt 1.7 "Persönliche Ressourcen" wurde als unanalytisch erachtet, weil er der Familientherapie entlehnt sei. 1.8 "Angemessenheit der subjektiven Beeinträchtigung" erschien drei Kollegen als miß- bzw. unverständlich.

Zweite Basiskategorie "Trauma vs. Konflikt":

Einschätzung durch die Experten	M		
	≤ 3	3-4	≥ 4
2. Trauma vs. Konflikt			X

Für die zweite Basiskategorie "Trauma vs. Konflikt" mit den entsprechenden Endpunkten lag der Mittelwert bei 3,453. Zu "Trauma vs. Konflikt" wurde die Formulierung im Fragebogen bezüglich der Konfliktseite als zu sehr auf der bewußten Ebene formuliert kritisiert. Eine Differenzierung wurde vorgeschlagen je nachdem, ob es sich um Genese und Psychodynamik handle, dann sei 1-2 zutreffend, für Fragen der Indikation und Prognose dagegen 4-5. Sieben Kollegen konnten sich mit dieser Gegenüberstellung überhaupt nicht anfreunden und ließen Punkt 2 unbeantwortet.

Dritte Basiskategorie "Datenquellen":

Einschätzung durch die Experten	M		
	≤ 3	3-4	≥ 4
3.1 Symptomatik		X	
3.2 Lebensgeschichtliche Daten			X
3.3 Subjektive Theorie des Patienten		X	
3.4 Unbewusste Inszenierung der Gesprächssituation			X
3.5 Gegenübertragung			X
3.6 <i>Projektive Verfahren</i>	X		
3.7 <i>Sexuelle Phantasien des Patienten</i>	X		
3.8 Abwehrmechanismen			X

Zu den "Datenquellen" wurde vorgeschlagen 3.1-3.3 weiter zu differenzieren und besonders Schwellensituationen, die bisher in Klammer genannt waren, gesondert aufzuführen. Träume, die unter 3.6 "Projektive Verfahren" aufgezählt wurden, sollten, da sie eine kreative Ich-Leistung darstellen, ebenfalls als eigene Variable angeboten werden, wie auch die früheste Kindheitserinnerung. "Abwehrmechanismen" (3.8) wurden als Doppelnennung mit "Abwehr" (4.4) kritisiert, wo sie nach Auffassung eines Kollegen auch besser aufgehoben wären. Als wichtige weitere Datenquellen wurden die folgenden Aspekte und Themenbereiche genannt:

- Auslösende Konfliktsituation, Dekompensationsbedingungen, auslösende äußere bei entsprechender innerer Situation (6 Nennungen)
- Gestaltung zentraler Konflikte in der Geschichte der Lebensbewältigung, bisherige Lebensbewältigung (4 Nennungen)
- eigene Kinder, soziale/aktuelle Lebenssituation (3 Nennungen)
- Beziehungsfähigkeit und -gestaltung (2 Nennungen)
- Fähigkeit, Probedeutungen aufzunehmen (1 Nennung)
- Erwartung an die Therapie (1 Nennung)
- Wünsche an eine Beziehung (1 Nennung)
- Geschwisterkonstellation (1 Nennung)
- Beziehungsfelder (1 Nennung)
- Initiale Kontaktaufnahme und institutionelle Faktoren (1 Nennung)
- Ressourcen (1 Nennung)

Vierte Basiskategorie "Struktur":

Einschätzung durch die Experten	<i>M</i>		
	≤ 3	3-4	≥ 4
4.1 Allgemeine Aussage zum Strukturniveau		X	
4.2 Selbstwahrnehmung		X	
4.3 Selbststeuerung		X	
4.4. Abwehr			X
4.5 Fähigkeit zur Objektwahrnehmung		X	
4.6 Fähigkeit zur Kommunikation		X	
4.7 Fähigkeit zur Bindung		X	

Zur Basiskategorie 4. "Struktur" wurde bemerkt, dass man hier mehr über den Anamnestiker (und seine Fähigkeiten) als über den Patienten erfahre.

Fünfte Basiskategorie "Innerer Konflikt":

Einschätzung durch die Experten	<i>M</i>		
	≤ 3	3-4	≥ 4
5.1 Abhängigkeit vs. Autonomie			X
5.2 Kontrolle vs. Unterwerfung		X	
5.3 Selbstwertkonflikte			X
5.4 Über-Ich und Schuldkonflikte			X
5.5 Ödipale und sexuelle Konflikte			X
5.6 Identitätskonflikte			X
5.7 Fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung			X
5.8 Konflikthafte äußere Lebensbelastungen		X	
5.9. Verarbeitungsmodus aktiv oder passiv		X	

Die Basiskategorie "innerer Konflikt" wurde mehrfach kritisiert, die Formulierung sei so nicht sinnvoll, die Punkte 5.1 und 5.2 seien zu wertend, 5.5 sei unverständlich, da man sexuelle und ödipale Konflikte nicht trennen könne. Die in Punkt 5.7 angesprochenen fehlende Konflikt- und Gefühlswahrnehmung gebe es gar nicht.

Sechste Basiskategorie "Theoretische Grundlagen"

Einschätzung durch die Experten	<i>M</i>		
	≤ 3	3-4	≥ 4
6.1 Triebtheorie (Freud)			X
6.2 <i>Antriebserleben (Schultz-Hencke)</i>	X		
6.3 Selbstpsychologie (Blanck/Blanck, Kohut)		X	
6.4 Objektbeziehungstheorie (Klein, Bion, Winnicot)			X
6.5 Entwicklungstheorie (Mahler)		X	
6.6 Narzissmustheorie (Kernberg)		X	
6.7 <i>Analytische Psychologie (Jung)</i>	X		
6.8 Bindungstheorien (Stern, Lichtenberg, Dornes)		X	

Zu den klinischen Theorien wurden die folgenden Ergänzungen durch Benennung der Schulrichtung oder die Erwähnung der entsprechenden Vertreter mit jeweils einer Nennung gemacht:

- Ich-Psychologie
- Entwicklungs- und Beziehungspsychologie nach Otto Rank
- Traumaforschung nach van der Kolb, Traumatologische Aspekte
- Analytische Familientherapie
- Contemporary Freudians, Sandler & Sandler,
- Post Kleinianer
- Weiss
- Sampson
- Britten
- Ogden
- Wurmser

Besonders wichtig erschien mehreren Kollegen in der freien Nennung am Ende des Fragebogens die Ableitung des diagnostischen Urteils vom konkreten Material, also wie sich Interpsychisches als Abbild intrapsychischer Prozesse in der Gesprächssituation konstellierte. Es wurde geraten, die Reflexionsebene des Anamnestikers im Fragebogen einzubauen. Abschließend wurde eine differenzierte Angabe zur Prognose gefordert.

Tabelle 2.1 gibt eine Übersicht über die Ergebnisse der Befragung und den daraus abgeleiteten Änderungen im Fragebogen zur Erstellung der Zweitsichterprofile. Letztere werden in Kapitel 2.4.3 ausführlich erläutert.

Nr.	Variable	M	Modal	Kommentar der Befragten	Implikation für die Formulierung im Zweitsichter-Fragebogen
1.1	Leidensdruck des Patienten *	4,3	4		1.1 Leidensdruck des Patienten
1.2	Sekundärer Krankheitsgewinn *	3,5	4		1.2 Sekundärer Krankheitsgewinn
1.3	Einsichtsfähigkeit *	3,7	4		1.3 Einsichtsfähigkeit
1.4	Motivation zur Psychotherapie *	4,3	4	besser: Motivation zur Veränderung oder Entwicklung	1.4 Motivation zur Psychotherapie
1.5	Bereitschaft zur Mitarbeit *	4,1	4		1.5 Bereitschaft zur Mitarbeit
1.6	Symptomdarbietung *	3,0	3		1.6 Symptomdarbietung
1.7	Persönliche Ressourcen	4,0	4	unanalytisch, weil aus der Familientherapie	(Wurde aufgegeben, weil zu wertend)
1.8	Angemessenheit der subj. Beeinträchtigung*	2,8	2	un- bzw. mißverständlich	1.7 Angemessenheit der subj. Beeinträchtigung

2.	Trauma vs. Konflikt *	3,5	4	auf der Konfliktseite zu sehr auf der bewußten Ebene formuliert, 7x unbeantwortet	4. Trauma vs. Konflikt (auf Konfliktseite umformuliert: "Der Patient ist selbst seines Glückes Schmied.")
----	-----------------------	-----	---	---	---

3.1	Symptomatik *	3,9	4	3.1 bis 3.3 weiter differenzieren	3.1 Symptomatik
3.2	Lebensgeschichtliche Daten *	4,0	4	Schwellensituationen gesondert aufführen	3.2 Lebensgeschichtliche Daten
3.3	Subjektive Theorie des Patienten *	3,4	3		3.3 Subjektive Theorie des Patienten
3.4	Ubw. Inszenierung der Gesprächssituation *	4,7	5	Besonders wichtig erschien mehreren Kollegen, in der freien Nennung am Ende des Fragebogens, die Ableitung des diagnostischen Urteils vom konkreten Material, also wie sich Interpsychisches als Abbild intrapsychischer Prozesse in der Gesprächssituation konstellierte. Es wurde geraten, die Reflexionsebenen des Anamnestikers im Fragebogen einzubauen.	3.4 Ubw. Inszenierung der Gesprächssituation
3.5	Gegenübertragung (*)	4,5	5		3.5 Freie Einfälle zum äußeren Eindruck d. Pat. 3.6 Emotionale Antwort auf den Patienten 3.7 Hypothetische Überlegungen
3.6	Projektive Verfahren *	2,5	2	Träume gesondert, da kreative Ich-Leistung	3.8 Projektive Verfahren
3.7	Sexuelle Phantasien *	2,8	3		3.9 Sexuelles Erleben
3.8	Abwehrmechanismen	3,9	4	Doppelnennung mit 4.4, dort besser	3.10 Auslösenden Konfliktsituationen 3.11 Träume
3.9	Andere: 1. Auslösende Konfliktsituation, Dekompensationsbedingungen, auslösende äußere bei entsprechender innerer Situation (6 Nennungen); 2. Gestaltung zentraler Konflikte in der Geschichte der Lebensbewältigung, bisherige Lebensbewältigung (4 Nennungen); 3. Eigene Kinder, soziale/aktuelle Lebenssituation (3); 4. Beziehungsfähigkeit und -gestaltung (2); 5. Fähigkeit, Probedeutungen aufzunehmen (1); 6. Erwartung an die Therapie (1); 7. Wünsche an eine Beziehung (1); 8. Geschwisterkonstellation (1); 9. Beziehungsfelder (1); 10. Initiale Kontaktaufnahme und institutionelle Faktoren (1); 11. Ressourcen (1)				3.12 Fähigkeit, Probedeutungen aufzunehmen 3.13 Gestaltung zentraler Konflikte (Schwellensituationen)

4.1	Allgemeine Aussage zum Strukturniveau (*)	3,1	3	Gesamte Basiskategorie gebe mehr Auskunft über den Anamnestiker und seine Fähigkeiten als über den Patienten	2.1 Beeinträchtigung der Ich-Funktionen
4.2	Selbstwahrnehmung *	4,0	4		2.2 Selbstwahrnehmung
4.3	Selbststeuerung *	3,9	4		2.3 Selbststeuerung
4.4	Abwehr (*)	4,1	4		2.4 Abwehr (-mechanismen)
4.5	Fähigkeit zur Objektwahrnehmung *	3,8	4		2.5 Fähigkeit zur Objektwahrnehmung
4.6	Fähigkeit zur Kommunikation *	3,7	4		2.6 Fähigkeit zur Kommunikation
4.7	Fähigkeit zur Bindung *	3,8	4		2.7 Fähigkeit zur Bindung

5.1	Abhängigkeit vs. Autonomie *	4,1	4	Gesamte Basiskategorie wurde als nicht sinnvoll kritisiert. 5.1 und 5.2 zu wertend, 5.5 unverständlich, 5.7 gebe es nicht.	5.1 Abhängigkeit vs. Autonomie
5.2	Kontrolle vs. Unterwerfung *	3,6	4		5.2 Kontrolle vs. Unterwerfung
5.3	Selbstwertkonflikte *	4,0	4		5.3 Selbstwertkonflikte
5.4	Über-Ich und Schuldkonflikte *	4,2	4		5.4 Über-Ich und Schuldkonflikte
5.5	Ödipale und sexuelle Konflikte *	4,2	5		5.5 Ödipale und sexuelle Konflikte
5.6	Identitätskonflikte *	4,0	4		5.6 Identitätskonflikte
5.7	Fehlende Konflikt- u. Gefühlswahrnehmung*	4,3	5		5.7 Fehlende Konflikt-/ Gefühlswahrnehmung
5.8	Konflikthafte äußere Lebensbelastungen *	3,5	4		5.8 Konflikthafte äußere Lebensbelastungen
5.9	Verarbeitungsmodus aktiv oder passiv *	3,6	4		5.9 Verarbeitungsmodus aktiv oder passiv

6.1	Triebtheorie (Freud) (*)	4,1	5		6.1 Adler
6.2	Antriebserleben (Schultz-Hencke) (*)	1,7	1		6.2 Freud
6.3	Selbstpsychologie (Blanck/Blanck, Kohut) (*)	3,3	3		6.3 Jung
6.4	Objektbeziehungstheorie (Klein, Bion) (*)	4,2	4		6.4 Schultz-Hencke
6.5	Entwicklungstheorie (Mahler) (*)	3,4	4		7.1 Michael Balint
6.6	Narzissmustheorie (Kernberg) (*)	3,9	4		7.2 Wilfried Bion
6.7	Analytische Psychologie (Jung) (*)	1,5	1		7.3 Otto Kernberg
6.8	Bindungstheorien (Stern, Dornes) (*)	3,2	4		7.4 Melanie Klein
6.9	Andere mit jeweils einer Nennung: Ich-Psychologie; Entwicklungs- und Beziehungspsychologie nach Otto Rank; Traumaforschung nach van der Kolb; Traumatologische Aspekte; Analytische Familientherapie; Contemporary Freudians; Post Kleinianer; Sandler & Sandler; Weiss; Sampson; Britten; Ogden; Wurmser				7.5 Heinz Kohut 7.6 Margaret Mahler 7.7 Daniel Stern

* wird im endgültigen Fragebogen übernommen (*) wird modifiziert übernommen

Tab. 2.1: Ergebnisse der überregionalen Befragung und Implikationen für die endgültige Fragebogenfassung

Aus den Ergebnissen der Befragung und den zum Teil detaillierten inhaltlichen Anregungen wurde der Fragebogen zur Ermittlung der Zweitsichterprofile und das Auswertungsschema für die Anamnesen erarbeitet.

2.5.3 Überarbeitung der Auswertungskategorien mit Hilfe der Ergebnisse der überregionalen Befragung

Aus den Voten der unabhängigen Psychoanalytiker ergaben sich die folgenden Implikationen für die Fragebogenfassung, die den ausgewählten Zweitsichtern am IfP zur Erhebung eines Außenkriteriums vorgelegt wurde.

Es wurde eine neue Anordnung der Basiskategorien vorgenommen. Dabei wurde der inhaltlichen Verknüpfung der Kategorien miteinander Rechnung getragen, so dass die innere Logik des Fragebogens deutlicher wurde. Unter 1. standen weiterhin "Krankheitserleben und -verarbeitung". Die ursprüngliche "1.7 Persönliche Ressourcen" wurde aufgrund des Arguments, dass es sich hier nicht um ein psychoanalytisches Konzept handle, aufgegeben. Der Begriff der Ressourcen ist aus psychoanalytischer Sicht in so fern problematisch, da die kreative Ich-Leistung von Symptomentwicklung und Charakterbildung durch Abwehrformationen abgewertet werden und implizit eine pädagogische Haltung, des Besserwissens mitschwingt.

Unter 2. wurde nun die Basiskategorie "Struktur" aufgeführt. "4.1 Allgemeine Aussage zum Strukturniveau" wurde wegen der besseren Verständlichkeit unter 2.1 in "Beeinträchtigung der Ich-Funktionen umbenannt".

Die "Datenquellen", weiterhin unter 3., wurden wie folgt ergänzt und umformuliert: 3.1 bis 3.3 wurden beibehalten, wobei unter 3.2 "Schwellensituationen" aus der Ergänzung in Klammer herausgelöst wurden und als eigener Punkt 3.13 "Gestaltung zentraler Konflikte" aufgenommen wurde. Unter 3.4 "Unbewusste Inszenierung der Gesprächssituation" wurde das erklärende "Übertragung" in der Klammer weggelassen. Die Gegenübertragung unter 3.5 wurde auch unter Berücksichtigung der Reflexionsebene des Anamnestikers in drei Einzelpunkte aufgespalten und ein wenig verschleiert. Gefragt wird nun nach 3.5 "Freie Einfälle zum äußeren Eindruck des Patienten", 3.6 "Emotionale Antwort des Anamnestikers auf den Patienten" und 3.7 "Hypothetische Überlegungen des Anamnestikers während des anamnestischen Gesprächs". Die "Projektiven Verfahren" wurden trotz des geringen Zuspruchs der Expertengruppe beibehalten, da sie im "Petri-Schema" (vgl. S. 32) explizit vorgeschlagen werden. Die Beibehaltung geschah jedoch durch Herauslösen der "Träume", die nun als eigene Kategorie unter 3.11 auftauchen. Die "sexuellen Phantasien", die so kaum Bedeutung zu haben schienen, wurden unter 3.9 als "Sexuelles Erleben" aufgewertet und beibehalten. 3.8 "Abwehrmechanismen" war, wie empfohlen, mit 2.4 "Abwehr" verschmolzen worden. Aufgenommen in die Liste der

"Datenquellen" wurden die "Auslösende Konfliktsituation", 3.10 und die "Fähigkeit, Probedeutungen aufzunehmen", 3.12.

Die Basiskategorie "Trauma vs. Konflikt", jetzt 4., wurde in einem Pol umformuliert. Aus *Der Patient ist selbst auch seines Unglückes Schmied* wurde *Der Patient ist selbst seines Glückes Schmied*.

Anknüpfend an die Fragestellung zum "psychischen Konflikt" werden dieselben unter 5. erfragt. Hier wurden trotz kritischer Stimmen, in Anbetracht der überwiegenden Zustimmung zu allen Punkten, keine Änderungen vorgenommen.

Weiterhin unter 6. wird nach "theoretischen Grundlagen" gefragt. Um jedoch eine "psychoanalytisch-politisch-korrekte"⁴ Antworttendenz zu untergraben, wurde dieser Punkt aufgespalten und umformuliert. Unter 6.1 bis 6.4 (Adler, Freud, Jung, Schultz-Hencke) wird in alphabetischer Reihenfolge nach den Einflüssen in der eigenen Ausbildung gefragt. Jung blieb trotz dem Votum der Expertengruppe in der Liste, da am IfP eine eigene Richtung der Jungianer vertreten ist. Unter 7. finden sich zeitgeschichtlich "jüngere" Autoren auch in alphabetischer Reihenfolge, an denen sich der befragte Zweitsichter orientiert. Es erschien ratsam, die Vertreter der einzelnen Strömungen namentlich zu nennen, anstatt die verschiedenen Schulen mit ihren partiellen Überschneidungen aufzuführen. Um eine möglichst große Differenzierung zwischen den Befragten zu erzielen, wurde die Auswertungsskala auf sechs Stufen von *nicht wichtig* bis *äußerst wichtig* erweitert. Durch die Erweiterung auf eine gerade Zahl sollte die Tendenz zur Mitte verunmöglicht werden und die Befragten zu einer Entscheidung für eine Stufe in Richtung der beiden Pole gezwungen werden.

Der so entstandene Fragebogen zur Ermittlung der Zweitsichterprofile ist im Anhang II, S. 167 zu finden.

⁴ Theoretische Positionen von Schultz-Hencke werden in der psychoanalytischen „community“ aufgrund seiner Rolle im dritten Reich (vgl. Lockot, 1985, S. 312ff) und aufgrund inhaltlicher Kritik an seinem theoretischen Beitrag, die hier nicht näher ausgeführt werden können, nur bedingt vertreten. Da die Neurosenlehre nach Schultz-Hencke jedoch eine wesentliche theoretische Grundlage des Gutachterverfahrens darstellt und häufig implizit angewendet wird, sollte hier zumindest der Versuch unternommen werden, wenn auch auf verstecktem Wege, die Verbreitung seiner Theorien zu erkunden.

2.6 Ermittlung der Zweitsichterprofile

Am IfP wurden die zehn Zweitsichter, die die meisten Anamnesen, mindestens jedoch acht Anamnesen pro Jahr zweitgesehen hatten, angeschrieben und um die Ausfüllung des Fragebogens gebeten. Bei der Auswahl der Zweitsichter sollten so weit möglich gleich große Anteile von Männern, Frauen, Ärzten, Psychologen und Vertretern der beiden Fachrichtungen gewählt werden. Da die männlichen Zweitsichter eine viel größere Anzahl Zweitsichten vorgenommen hatten, wurden um einen 50-prozentigen Frauenanteil zu gewährleisten, zwei weibliche Zweitsichter mit in die ausgewählten zehn aufgenommen, die erst seit 1990 Zweitsichten erhoben hatten. Von den verschickten zehn Fragebögen wurden nur acht ausgefüllte Fragebögen, mit großer zeitlichen Verzögerung, zurückgesendet. Auch eine erneute Verschickung und gezielte Telefonate verbesserten dieses Ergebnis nicht. Deswegen sind die Anteile der Freudianer, Jungianer, Männer und Frauen unterschiedlich (siehe Tabelle 2.2). Der Rücklauf lag bei 80-Prozent, und entsprach damit dem Rücklauf der überregionalen Befragung.

		Arzt	Arzt + Psychologe	Psychologe	Gesamt
Männer	Psychoanalyse	1	2	-	3
	Analytische Psychologie	2	-	-	2
Frauen	Psychoanalyse	1	-	1	2
	Analytische Psychologie	1	-	-	1
Gesamt		5	2	1	8

Tab. 2.2: Grundberuf und Fachgruppenzugehörigkeit der befragten Zweitsichter.

Durch den zögerlichen Rücklauf entstanden Bedenken, ob genügend Fragebögen und damit Profile der Zweitsichter in die Studie einfließen würden. Deshalb standen die Zweitsichterprofile aus der Befragung als valides Außenkriterium in Frage (siehe auch Kapitel 4.1). Die Differenziertheit der Itembeantwortung ließ jedoch auf eine sorgfältige Beantwortung schließen. Die Profile der Zweitsichter sind in Kapitel 3 dargestellt und werden dort diskutiert.

2.7 Das Anamnesen- und Zweitsichtenauswertungsschema

Das für die psychoanalytische Erst- und Zweitsichten entwickelte Auswertungsschema orientiert sich eng an den bereits in den Befragungen der überregionalen Experten und den Zweitsichtern benutzten Auswertungskategorien. Bei der Erstellung des Auswertungsschemas flossen die Erkenntnisse aus diesen Befragungen in folgender Weise ein. Nach der Entscheidung die Zweitsichten ebenfalls auszuwerten mußte das Auswertungsschema verkleinert werden, um eine zeitlich begrenzte Auswertung zu ermöglichen. Durch die Beschränkung der Auswertung bei den Anamnesen auf den Gliederungspunkt "Zusammenfassung und Psychodynamik" entfiel die Basiskategorie "Krankheitserleben und –voraussetzungen", da deren Inhalte in der Regel gesondert unter dem Gliederungspunkt "Prognose und Indikation" diskutiert werden. Die Basiskategorie "Trauma vs. Konflikt" wurde vorangestellt, da hier zwischen den Polen *Trauma* und *Konflikt* entschieden werden mußte im Gegensatz zu allen anderen Variablen, die zwischen *nicht erkennbar* und *ausdrücklich* einzuschätzen waren. Die "Datenquellen" wurden bis auf die "subjektive Theorie des Patienten" und die "Fähigkeit, Probedeutungen aufzunehmen" beibehalten. "Abwehr" wurde wieder in die "Datenquellen" aufgenommen. Die Basiskategorien "Struktur" und "Innerer Konflikt" wurden zu einer verdichtet. In den Psychotherapie-Richtlinien (vgl. Faber & Haarstrick, 1989, S. 54) sollen Struktur und Konflikt als voneinander abgesetzt beschrieben werden, jedoch unter demselben Gliederungspunkt: "Darstellung der neurotischen Entwicklung und des intrapsychischen neurotischen Konflikts mit der daraus folgenden Symptombildung. (...) Bei Behinderung und bei strukturellen Ich-Defekten ist ein von Behinderung und Defekt abgesetztes, aktuell wirksames Krankheitsgeschehen in seiner Psychodynamik darzustellen." Den sechs umschriebenen Konflikten wurde die Beeinträchtigung der Ich-Funktionen zugesellt. Alle elf psychoanalytischen Theorievertreter wurden beibehalten. Des Weiteren mußte auf dem Bogen vermerkt werden unter welcher Chiffre die Akte verschlüsselt war, sowie die Auswertungsnummer und eine Kennzeichnung für die entsprechende Auswertende. Auswertungsbögen für Anamnesen wurden als "Seite 1", die Bögen für die Zweitsichten als "Seite 2" gekennzeichnet.

Das Anamnesen- und Zweitsichtenauswertungsschema ist im Anhang IV, bzw. V, S. 183, bzw. 185 aufgenommen.

2.8 Auswertung der psychoanalytischen anamnestischen Darstellungen

Für die Auswertung der Anamnesen und Zweitsichten war in den Anfängen der Untersuchungsplanung eine wesentliche Überlegung, dass es nicht nur sinnvoll sei, sondern für eine wissenschaftliche Betrachtung unabdingbar, die Entwicklung des Instrumentariums, dessen Anwendung und schließlich die weitere Datenverarbeitung personell zu trennen, um eine befragerunabhängige Datenerfassung zu gewährleisten.

Besonders die Anwendung, also die konkrete Auswertung der Anamnesen und Zweitsichten sollte durch studentische Hilfskräfte erfolgen. Dieses Vorhaben scheiterte jedoch aus folgenden Gründen. Besonders die Mitarbeiter der Vermittlungsstelle hatten Bedenken, dass beim Einsatz von, mit der Materie unvertrauten, Hilfskräften, der Datenschutz der Patienten nicht gewährleistet sei. Obwohl sich hier sicher Regelungen hätten finden lassen, war dies jedoch ein Anstoß zu weiteren Überlegungen. Letztlich gab ein wichtiges inhaltliches Argument den Ausschlag höher qualifizierte Mitarbeiter anzuwerben. Nicht nur das Erstellen von Anamnesen, sondern noch viel mehr die Auswertung derselben setzt eine gründliche Kenntnis psychoanalytischer Theorie und deren Anwendung in der Praxis voraus, so dass trotz einer sorgfältigen Auswertungsschulung nicht zu gewährleisten gewesen wäre, dass mit den Feinheiten der Psychoanalyse unvertraute studentische Hilfskräfte die ausdrücklichen und zwischen den Zeilen auftauchenden psychoanalytischen Hintergrundannahmen erkannt hätten.

Da alle Ausbildungskandidaten des IfP Zugang zu den Akten der Vermittlungsstelle haben, war es unter der Berücksichtigung der Überlegungen zum Datenschutz naheliegend, fortgeschrittene Ausbildungskandidaten als geeignete Auswertende anzusehen. Bei den Ausbildungskandidaten handelt es sich um hochqualifizierte Akademiker, woraus sich Probleme für die Finanzierbarkeit solcher Mitarbeiter ergaben. Als gangbare Lösung, die schließlich auch realisiert wurde, wurde die Reduzierung dessen ins Auge gefaßt, was innerhalb der umfangreichen Anamnesen (4-10 Seiten) ausgewertet werden sollte. Es erschien ratsam sich auf die "Zusammenfassung und Psychodynamik" zu beschränken. Diese Beschränkung eröffnete auch die Möglichkeit nun doch die Zweitsichten in die Untersuchung einzubeziehen, um so das Außenkriterium der Zweitsichterprofile, aus der direkten Befragung, zu untermauern. Die Zusammenfassungen und die Zweitsichten ähneln sich in ihren Tiefenstrukturen, so dass sie durchaus in vergleichbarer Weise auf ihre Hintergrundannah-

men untersucht werden konnten. Zweitsicht und Zusammenfassung der Anamnese stellen etwa ein Drittel des durchschnittlichen Umfangs einer Anamnese dar.

Mit einem Brief an alle Ausbildungskandidaten mit Behandlungsgenehmigung, also mindestens im dritten Ausbildungsjahr, wurden die in Frage kommenden Personen angeschrieben. Die Fördermittel der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft waren, auch im Hinblick auf die Möglichkeit auf diesem Wege eine indirekte Kandidatenförderung vorzunehmen, bewilligt worden.

2.8.1 Anmerkungen zum fachlichen Hintergrund der Auswertenden

Die drei Auswertenden waren, zum Zeitpunkt der Auswertung der Anamnesen und Zweitsichten, Ausbildungskandidaten des Instituts für Psychotherapie, e.V., Berlin.

Frau A, im Grundberuf Diplom Psychologin, besuchte die Weiterbildung der Fachrichtung Psychoanalyse. Die Behandlungsgenehmigung war ihr im Herbst 1996 erteilt worden. Sie stand kurz vor dem Abschluß der Weiterbildung. Frau A verfügt über eine breite Erfahrung als Dozentin psychologischer Inhalte. Als zusätzliche Weiterbildung hatte sie bereits die analytische Paar- und Familienberatung nach Bauriedel (Bauriedel, 1980 und 1996) abgeschlossen.

Frau B, im Grundberuf Ärztin, war seit sechs Jahren in der Weiterbildung ebenfalls in der Fachrichtung Psychoanalyse. Ihr beruflicher Hintergrund ist geprägt durch eine achtjährige psychiatrische Tätigkeit mit 35 Doppelstunden begleitender Balint-Gruppe⁵. Die Behandlungsgenehmigung war im Vorjahr erteilt worden.

Frau C weist einen wissenschaftlichen Hintergrund mit geisteswissenschaftlich-pädagogischen Grundberufen auf. Zum Zeitpunkt der Studie war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Am IfP war sie seit zwei Jahren Ausbildungskandidatin für die analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Ihr damaliger Status war der einer Kandidaten, d.h. sie war in ihrem "Anamnesenjahr". Ihr prakti-

⁵ Balint-Gruppen sind psychoanalytische Gruppen von Michael Balint entwickelt, die Ärzten und Angehörigen anderer helfenden Berufe eine Gelegenheit bieten, konflikthafte Beziehungen zu Patienten oder Klienten durcharbeiten, um so zu einem tieferen Verständnis des Patienten und der Beziehung zum Patienten zu gelangen (vgl. Körner, 1997).

scher und theoretischer Hintergrund war durch die Ausbildung in psychoanalytisch-interaktioneller Gruppentherapie nach dem Göttinger Modell (Heigl-Evers & Ott, 1995; König & Lindner 1991) geprägt.

Frau Cs praktische therapeutische Tätigkeit lag weit hinter den Erfahrungen der anderen beiden Auswertenden zurück. Als Ausbildungskandidatin war sie wesentlich "jünger" und auch einer anderen Richtung angehörig. Diese Komponenten im Verbund mit dem geisteswissenschaftlichen Hintergrund erschienen aber besonders reizvoll, um eine Sichtweise in die Studie zu integrieren, die etwas mehr von außen kommen würde als bei den anderen beiden Frauen. Rust (1983) empfiehlt die Diskussion über Spannbreiten von Kategorien mit möglichst unterschiedlich denkenden Personen als das sicherste Mittel, um Übereinstimmungen zu produzieren (ebd. S. 310). In diesem Sinne war Frau C für die Rezeption des Auswertungsmanuals von besonderer Bedeutung.

2.8.2 Das Auswertungsmanual

Ziel des Manuals war, den Auswertenden ein möglichst textnahes Hilfsmittel an die Hand zu geben. Für jede Auswertung waren nur fünf Minuten vorgesehen. Dies sollte den angestrebten automatisierten Auswertungsvorgang, sich aus dem Know-how und den Hintergrundannahmen der Auswertenden speiste, gewährleisten. So sollte die große Menge Daten handhabbar gemacht werden. Der finanzielle Rahmen stellte eine weitere einschränkende Bedingung für die zur Verfügung stehende Auswertungszeit dar.

Die Auswertungsanweisung lautete: "Lesen Sie den gesamten Text. Werten Sie die einzelnen Variablen auf dem Auswertungsbogen entsprechend der Ausprägung innerhalb der vier Intervalle umfassenden Skala aus. Halten Sie sich nur bei großer Unsicherheit länger mit einer Variable auf und kontrollieren Sie den Text nicht zu häufig."

Besonders wichtig war es, die Auswertenden immer wieder daran zu erinnern, dass sie nicht den beschriebenen Patienten bewerten sollten, sondern die Überlegungen des Anamnestikers bzw. Zweitsichters. Alle Variablen sollten innerhalb der vier Intervalle umfassenden Skala bewertet werden, um die Entscheidungen, im Gegensatz zu den sechs Intervallen bei der Zweitsichterbefragung, zu vereinfachen. Für die erste Variable "Trauma vs. Konflikt", unter dem Arbeitstitel "Geneseanklage",

verlief die Auswertungsskala zwischen den Polen *Trauma* und *Konflikt*. Für alle anderen Variablen mußte zwischen *nicht erkennbar* über *implizit* bis *ausdrücklich* entschieden werden. Schwierigkeiten bereitete den Auswertenden die Entscheidung, ob eine Variable *implizit erkennbar* sei, da eine Tendenz bewertet werden sollte, nämlich die Tendenz zum *nicht erkennbaren* oder zum *ausdrücklichen*. Bei diesen Entscheidungen kam es in der Auswertungsschulung zu den größten Abweichungen, die sich erst nach ausführlicher Erörterung verringern ließen. Das Auswertungsmanual mit den genauen Auswertungsanweisungen ist im Anhang VI, S. 187 nachzulesen.

2.8.3 Die Auswertungsschulung

Die drei Auswertenden wurden dann an drei Abendterminen und einem Wochenende nach dem vorausgehenden Studium des Auswertungsmanuals auf eine größtmögliche Übereinstimmung hin geschult.

Die Auswertenden wurden nicht über die theoretischen Hintergründe und die Arbeitshypothesen der Studie informiert, um zu verhindern, dass sie sich "Gedanken um die Bedeutungen des Textes ... machen" (Rust, 1983, S. 308). Angestrebt war vielmehr ein möglichst "automatisierter" Prozeß der Codierung, der allerdings eine größtmögliche Eindeutigkeit des Kategoriensystems voraussetzt.

Die erneute Überprüfung des Kategoriensystems erfolgte in der Auswertungsschulung, wie Rust in seinen Überlegungen zur Inhaltsanalyse empfiehlt (vgl. ebd.). Entsprechend wurden einige Ungenauigkeiten entdeckt und handschriftlich im Auswertungsmanual verändert. So z.B. bei 2.6 "Hypothetische Überlegungen des Anamnestikers", unter *implizit* wird im Satz "Es läßt sich herauslesen, dass der Anamnestiker auf dem Hintergrund verschiedener Annahmen seine Fragen stellte" das "verschiedener" durch "von" ersetzt. Insgesamt wurden die Basiskategorien durch das "Prüfverfahren" der Auswertungsschulung bestätigt.

Es zeigte sich, dass es vor allem von der Qualität der Texte abhing, wie groß die spontane Übereinstimmung war. Bei sprachlich verquastenen Zusammenfassungen und Zweitsichten mußte ein Konsens erst durch ausgiebige Diskussionen gefunden werden. Ähnlich schwierig waren sehr kurze und sehr lange Texte. Die Übereinstimmung, die zu Beginn der Auswertungsschulung nach dem Studium des Auswertungsmanuals anhand von drei Texten überprüft wurde, verbesserte sich nach der

Schulung deutlich. Im Verlauf der Auswertungsschulung wurden zehn Texte, Zusammenfassungen aus Anamnesen und Zweitsichten, ausgewertet. Die Übereinstimmung der Auswertenden sind Tabelle 2.6, S. 73 zu entnehmen.

2.9 Zur Übereinstimmungsproblematik der Auswertenden

Für die Studie war die Übereinstimmung der Auswertenden von großer Bedeutung, da alle weiteren Aussagen und natürlich alle Berechnungen eine ausreichende Übereinstimmung voraussetzen. Die Problematik der Beurteilerübereinstimmung wird in der Literatur als schwer lösbar eingeschätzt, zumal es besonders bei schwer einzuordnenden Grenzfällen und unscharfen Kriterien zu erheblichen Diskrepanzen in den Urteilen der Auswertenden kommt (vgl. Rust, 1983, S. 305-310). Vor allem bei längeren Beurteilungsperioden⁶, wie dies in der vorliegenden Studie der Fall war, ist damit zu rechnen, dass sich die in einer Schulung erreichte Übereinstimmung nicht aufrechterhalten läßt, zumal die Auswertenden ihr inneres Kategoriensystem mit jeder neuen Auswertung berühren und gegebenenfalls verschieben.

Sandler (1962) beschreibt, dass nach der Entwicklung des "Hampstead Index", mit dem psychoanalytische Verlaufsberichte kategorisiert wurden, eine beständige Bearbeitung durch die Anwendung erfolgte. Dadurch kam es zu einer kontinuierlichen Verfeinerung des Kategoriensystems, das ursprünglich nur aus zwei Kategorien bestand, nämlich "general case material" und "psycho-analytic material" (ebd., S. 287/88). Analog entwickelte sich das innere Auswertungsschema der Auswertenden beständig weiter. Hierüber erfolgte jedoch kein Austausch und damit auch keine neuen Übereinstimmungsverhandlungen. Auch in der hier vorgelegten Studie lassen sich einige "Ausreißer" durch den Sachverhalt der zunehmenden Differenzierung des Beurteilungssystems zwischen den Auswertenden erklären.

⁶ Die Auswertung wurde von den einzelnen Auswertenden in unterschiedlichem Tempo und Zeitspanne durchgeführt. Insgesamt erstreckte sich der Auswertungszeitraum auf die Zeit von Februar 1999 bis Februar 2000.

2.9.1 Der Übereinstimmungskoeffizient Kappa (Cohen)

Um zu messen wie gut zwei (oder mehr) Personen bei der Beurteilung desselben Sachverhalts übereinstimmen, hat sich der gewichtete Kappa-Koeffizient bewährt. Dieser wurde von Cohen 1968 als Verbesserung des ursprünglichen Kappa-Koeffizienten vorgeschlagen (vgl. Bortz, 1995, Krauth, 1995, Brosius, 1998). Beim Kappa-Koeffizienten wird der Prozentsatz der Übereinstimmungen um die zufälligen Übereinstimmungen korrigiert. Kappa kann Werte zwischen 1 und -1 annehmen. Bei einem Wert von 1 liegt vollkommene Übereinstimmung vor, bei einem Wert von 0 liegen nur Übereinstimmungen vor, die sich auch zufällig ergeben können. Um die Beurteilungsunterschiede zu bewerten, war es wichtig, die Bewertungen in benachbarten Kategorien hoch zu gewichten, da solche Abweichungen bei der Komplexität der Texte, und damit der Auswertungsaufgabe, als gering einzuschätzen sind. Ob die Ausprägung einer Variable z.B. der Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt mit vier = *ausdrücklich* oder drei = *implizit* mit der Tendenz zum ausdrücklichen bewertet wird, die wesentliche Tendenz ist erfaßt, und deshalb muß ein solcher Sachverhalt als eine recht gute Übereinstimmung angesehen werden. Wirklich gravierend waren Fälle, in denen eine Auswertende eine Variable *ausdrücklich*, die andere als *nicht erkennbar* beurteilte. Entsprechend wurden die Gewichte niedriger, je weiter die Urteile auseinander lagen (siehe Gewichtungstabelle Tab. 2.3).

Die Bewertung, die die erste Auswertende gewählt hat sei i und die der zweiten gewählte j , mit $i, j = 1 \dots 4$. Wenn beide Auswertende dieselbe Bewertung gewählt haben, also eine genaue Übereinstimmung vorliegt, wurde eine Gewicht von $\omega_{i=j} = 1$ angenommen. Bei einer Abweichung von einem Intervall wurde ein Gewicht von $\omega_{12} = \omega_{21} = \omega_{23} = \omega_{32} = \omega_{34} = \omega_{43} = 0.66$ gewählt. Eine Abweichung von zwei Intervallen wird mit $\omega_{13} = \omega_{31} = \omega_{42} = \omega_{24} = 0.33$ gewichtet. Der maximal mögliche Beurteilungsunterschied erhält das Gewicht $\omega_{14} = \omega_{41} = 0$. Die Gewichte messen also die Ähnlichkeit der Bewertungen. Die Ähnlichkeit ist eine fallende lineare Funktion. Anstelle der hier gewählten äquidistanten Wichtungsfunktion hätte man auch eine beliebige andere fallende Funktion zur Gewichtung verwenden können (vgl. Schouten, 1982 zitiert nach Krauth, 1995, S. 56).

		Auswertende n			
		1	2	3	4
Auswertende m	Wertung	1	0.66	0.33	0
	1	1	0.66	0.33	0
	2	0.66	1	0.66	0.33
	3	0.33	0.66	1	0.66
4	0	0.33	0.66	1	

Tab. 2.3: Gewichtungstabelle: Zur Berechnung des gewichteten Kappa-Koeffizienten benutzte Gewichtung der Beurteilungsähnlichkeit

Um die Übereinstimmung zwischen zwei Beobachtern zu bestimmen, wird der gewichtete Kappa-Koeffizient $\kappa(\omega_{ij})$ nach folgender Formel berechnet:

$$\kappa(\omega_{ij}) = \frac{o(\omega_{ij}) - e(\omega_{ij})}{1 - e(\omega_{ij})}$$

Dabei ist $o(\omega_{ij})$ die gewichtete beobachtete Übereinstimmung zwischen den Auswertenden

$$o(\omega_{ij}) = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^l m_{ij}(\omega_{ij})$$

m_{ij} ist die Anzahl der Fälle, bei denen der eine Auswertende die Beurteilung i und der andere Auswertende die Beurteilung j gewählt hat. l ist die Anzahl der Beurteilungsmöglichkeiten, hier $l=4$.

$e(\omega_{ij})$ ist die Schätzung für die erwartete zufällige Übereinstimmung.

$$e(\omega_{ij}) = \frac{1}{n^2} \sum_{i=1}^l \sum_{j=1}^l m_i n_j(\omega_{ij})$$

Dabei ist m_i die Summe über die Anzahl der Beurteilungsentscheidungen, bei der die Auswertende m die Beurteilung i gewählt hat. Und entsprechend ist n_j die Summenhäufigkeit für die Auswertende n . (Dies entspricht den Zeilen- bzw. Spaltensummen, wenn die Entscheidungen in Form einer Kreuztabelle aufgetragen werden.)

Zur Veranschaulichung wird unter 2.9.2 exemplarisch der gewichtete Kappa-Koeffizient für zwei Auswertende innerhalb einer Basiskategorie berechnet.

Kappa-Werte, die größer als 0,75 sind, deuten auf eine exzellente Übereinstimmung hin. Werte zwischen 0,40 und 0,75 zeigen eine gute Übereinstimmung an. Werte unter 0,40 signalisieren eine schlechte Übereinstimmung. Werte um 0 zeigen an, dass sich die Übereinstimmung nicht von einer zufälligen Übereinstimmung unterscheidet. Negative Werte geben einen negativen Zusammenhang wieder (SPSS Applications Guide, 7.5, 1997, S. 82).

2.9.2 Interraterreliabilität

Zur Überprüfung der Übereinstimmung zwischen den Auswertenden wurden pro Jahrgang ein bis drei Erst- oder Zweitsichten allen drei Auswertenden vorgelegt. Die Übereinstimmung zwischen den Auswertenden A und B wurde anhand von 32 Datensätzen berechnet. Für B und C lagen 30 Datensätze, für A und C 35 Datensätze vor. Jeder Datensatz umfaßte 31 Variablen.

Es ergab sich innerhalb der genannten Datensätze eine genaue Übereinstimmung bei A und B in 627 Fällen, bei A und C in 614 Fällen, bei B und C in 506 Fällen. Eine Abweichung um eine benachbarte Kategorie bestand bei A und B 287 mal, bei A und C 280 mal, bei B und C 301 mal. Zwei Intervalle Unterschied hatten A und B in 68 Fällen, A und C in 149 Fällen, B und C in 96 Fällen. "Ausreißer", also eine diametrale Einschätzung unterliefen A und B zehn mal, A und C 42 mal, sowie B und C 27 mal (Tabelle 2.4).

Entsprechend war die Übereinstimmung unter Berücksichtigung der gewichteten Abstände (siehe Tab. 2.3) zwischen A und B bei 85% und damit am besten. A und C kamen auf 78 %, B und C auf 79 %.

	Keine Abweichung	Ein Intervall Abweichung	Zwei Intervalle Abweichung	Drei Intervalle Abweichung
A + B	627	287	68	10
B + C	506	301	96	27
C + A	614	280	149	42
Σ	1747	868	313	79

Tab. 2.4: Auswertungsübereinstimmung der drei Auswertenden A, B und C, ermittelt anhand identischer Datensätze

Für den gewichteten Kappa-Koeffizienten, der die Prozentzahlen um die Zufallsübereinstimmung bereinigt, ergibt sich damit für die Interraterreliabilität:

A und B: $\kappa_{AB} = 0.58$

A und C: $\kappa_{AB} = 0.40$

B und C: $\kappa_{AB} = 0.42$

Die Kappa-Werte liegen im Bereich von 0.40 bis 0.75. Für alle drei Auswertenden liegt die Übereinstimmung (arithmetisches Mittel) bei 0.47 und ist damit als noch günstig bis gut anzusehen.

Brennan und Prediger (1981) kritisieren, dass der Kappa-Koeffizient besonders bei wenigen Fällen die Auswertungsübereinstimmung systematisch unterschätze (zit. nach Satlow, 1996). Wittchen et al. (1991) halten Kappa-Werte $>.50$ für zufriedenstellende Werte (zit. nach Satlow, 1996).

Für die Entwicklung der Interraterreliabilität nach der Auswertungsschulung, nach der Überprüfung erster Datensätze und in der gesamten Studie siehe Tabelle 2.6, S. 73. Zur Illustration der Berechnungen folgt die Kreuztabelle für die Auswertenden A und B für die Basiskategorie "Theoretische Grundlagen" nach der Überprüfung erster Datensätze, sowie die einzelnen Rechenschritte.

Bewertung zw. 1 und 4		Frau B				Zeilen Σ
		1	2	3	4	
Frau A	1	65	6	0	0	71
	2	1	3	0	1	5
	3	2	4	2	0	8
	4	0	2	2	0	4
Spalten Σ		68	15	4	1	88

Tab. 2.5: Kreuztabelle der Ergebnisse der Auswertenden A und B für die Basiskategorie "Theoretische Grundlagen" bei der Überprüfung erster Datensätze.

Mit der Gewichtungstabelle Tab. 2.3 und der Kreuztabelle Tab. 2.5 kann man die beobachtete ($o_{AB}(\omega)$) und die erwartete ($e_{AB}(\omega)$) Übereinstimmung berechnen:

$$\begin{aligned}
 O_{AB}(\omega) &= 1/88 [(65+3+2+0) \times 1 \\
 &\quad + (1+6+4+0+2+0) \times 0.66 \\
 &\quad + (2+2+0+1) \times 0.33 \\
 &\quad + (0+0) \times 0] \\
 &= 0.913
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 e_{AB}(\omega) &= 1/7744 (71 \times 68 \times 1 + 71 \times 15 \times 0.66 + 71 \times 4 \times 0.33 + 71 \times 1 \times 0 \\
 &\quad + 5 \times 68 \times 0.66 + 5 \times 15 \times 1 + 5 \times 4 \times 0.66 + 5 \times 1 \times 0.33 \\
 &\quad + 8 \times 68 \times 0.33 + 8 \times 15 \times 0.66 + 8 \times 4 \times 1 + 8 \times 1 \times 0.66 \\
 &\quad + 4 \times 68 \times 0 + 4 \times 15 \times 0.33 + 4 \times 4 \times 0.66 + 4 \times 1 \times 1) \\
 &= 0.811
 \end{aligned}$$

Für Kappa ergibt sich damit

$$\kappa_{AB} = 0.538$$

In Tab. 2.6 ist die Übereinstimmungsentwicklung der Auswertenden innerhalb der einzelnen Basiskategorien einzusehen. Die Kappa Werte für alle drei Auswertenden ergeben sich aus dem arithmetischen Mittel der Auswertungspaare.

Kappa κ	Nach der Schulung	Nach ersten Datensätzen	Studie insgesamt
AB Trauma vs. Konflikt	0.61	0.52	0.38
AB Datenquellen	0.63	0.49	0.58
AB Konflikt und Struktur	0.55	0.35	0.36
AB Theoretische Grundlagen	0.61	0.54	0.55
AB ALLE VARIABLEN	0.68	0.53	0.58
AC Trauma vs. Konflikt	0.68	0.58	0.28
AC Datenquellen	0.52	0.40	0.40
AC Konflikt und Struktur	0.41	0.35	0.28
AC Theoretische Grundlagen	0.55	0.58	0.40
AC ALLE VARIABLEN	0.57	0.48	0.40
BC Trauma vs. Konflikt	0.36	0.69	0.25
BC Datenquellen	0.53	0.40	0.39
BC Konflikt und Struktur	0.58	0.25	0.25
BC Theoretische Grundlagen	0.67	0.34	0.40
BC ALLE VARIABLEN	0.63	0.43	0.42
Für alle drei Auswertenden	0.63	0.48	0.47

Tab. 2.6: *Entwicklung der Beurteilerübereinstimmung innerhalb einzelner Basis-kategorien und insgesamt*

Damit sind die Ergebnisse der gesamten Studie (Kapitel 3) unter der ausreichenden, aber doch eingeschränkten, Übereinstimmung zwischen den Auswertenden zu betrachten.

2.9.3 Intraraterreliabilität

Um auch die Intraraterreliabilität, also die Übereinstimmung bei Einschätzungswiederholungen, überprüfen zu können, wurden drei Texte wiederholt in verschiedene Jahrgänge gemischt. Zwei der Auswertenden erkannten die Texte wieder und

werteten diese daraufhin nicht aus. Andere Texte wurden versehentlich mehrfach ausgewertet, so dass diese zur Berechnung der Intraraterreliabilität herangezogen werden konnten. Für die Intraraterreliabilität lagen für Frau A 15 Datensätze vor, für Frau B 3 Datensätze und für Frau C 5 Datensätze.

Für die Intraraterreliabilität ergaben sich die folgenden Kappa-Werte:

A und A: $\kappa_{AA} = 0.67$

B und B: $\kappa_{BB} = 0.74$

C und C: $\kappa_{CC} = 0.51$

Diese Werte sind als ausreichend (0.51), gut (0.67) und sehr gut (0.74) anzusehen.

2.9.4 Auswertungspräferenzen der Auswertenden

Aus den arithmetischen Mittelwerten wurden, in den ursprünglichen Auswertungsbögen ähnelnden Grafiken, Profile für die von den drei Auswertenden ausgewerteten Erst- und Zweitsichten erstellt, mit dem Ziel der übersichtlichen Darstellung und anschaulichen Vergleichbarkeit. Diese methodisch nicht ganz korrekte Darstellung dient ausschließlich diesem Zweck. Es sollen damit keine intervallskalierten und linearen Verhältnisse suggeriert werden, da die einzelnen Variablen voneinander unabhängig sind.

Aus allen von einer Auswertenden erarbeiteten Auswertungsbögen wurden für alle Variablen die Verteilung der Kategorieentscheidungen, sowie deren Mittelwerte berechnet. Die sich aus den Mittelwerten ergebenden Profile vermitteln einen grafischen Eindruck der Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Bewertungen der Auswertenden. Insgesamt hat Frau A 341 Erstsichten und 346 Zweitsichten, Frau B 324 Erstsichten und 314 Zweitsichten, sowie Frau C 240 Erstsichten und 249 Zweitsichten ausgewertet (Tabelle 2.7).

In die Profile gehen jedoch nur die in die Studie aufgenommenen Auswertungen ein. Diese sind für Frau A 333 Erstsichten und 331 Zweitsichten, für Frau B 308 Erstsichten und 293 Zweitsichten, sowie für Frau C 111 Erstsichten und 128 Zweitsichten (Tabelle 2.7).

Insgesamt/ Studie	A	B	C	Σ
Erstsichten	341/333	324/308	240/111	905/752
Zweitsichten	346/331	314/293	249/128	909/752

Tab.: 2.7 Anzahl der Erst- und Zweitsichten je Auswertende, insgesamt und der in die Studie aufgenommenen

Die Diskrepanzen in den Profilen der Auswertenden werden diskutiert, als hätten alle drei das identische Datenmaterial ausgewertet. Dem ist natürlich nicht so. Es ist also durchaus möglich, dass die Unterschiede mit auf das unterschiedliche Textmaterial zurückzuführen sind. Es ist jedoch anzunehmen, dass aufgrund der umfangreichen Stichprobe unabhängig von den Auswertenden die gleichen Mittelwerte erreicht werden müßten. Da dies nicht immer der Fall ist, wie im weiteren zu sehen ist, galt es die hierfür ursächlichen Gründe aufzuspüren.

Eine sehr gute Übereinstimmung zwischen allen drei Auswertenden besteht bei den **Auswertungen der Zweitsichten** in den Variablen "Symptomatik", "Projektive Verfahren", "sexuelles Erleben", "auslösende Konfliktsituation", "Träume", "Identitätskonflikte", "Adler", "Balint", "Bion", "Klein", "Mahler" und "Stern".

Etwas weiter auseinander, aber dennoch innerhalb eines Skalenintervalls liegen die Mittelwerte der Variablen "Trauma vs. Konflikt" (Arbeitstitel "Geneseanklage"), "Unbewußte Inszenierung", "Freie Einfälle zum äußeren Eindruck", "Emotionale Antwort", "Hypothetische Überlegungen", "Abwehr", "Kontrolle vs. Unterwerfung", "Über-Ich und Schuldkonflikte", "ödüpale und sexuelle Konflikte", "Beeinträchtigung der Ich-Funktionen", "Freud", "Jung", "Schultz-Hencke", "Kernberg" und "Kohut".

Weiter als ein Beurteilungsintervall auseinander liegen die Mittelwerte bei den Variablen "Lebensgeschichtliche Daten", "Gestaltung zentraler Konflikte", "Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt" und "Selbstwertkonflikte".

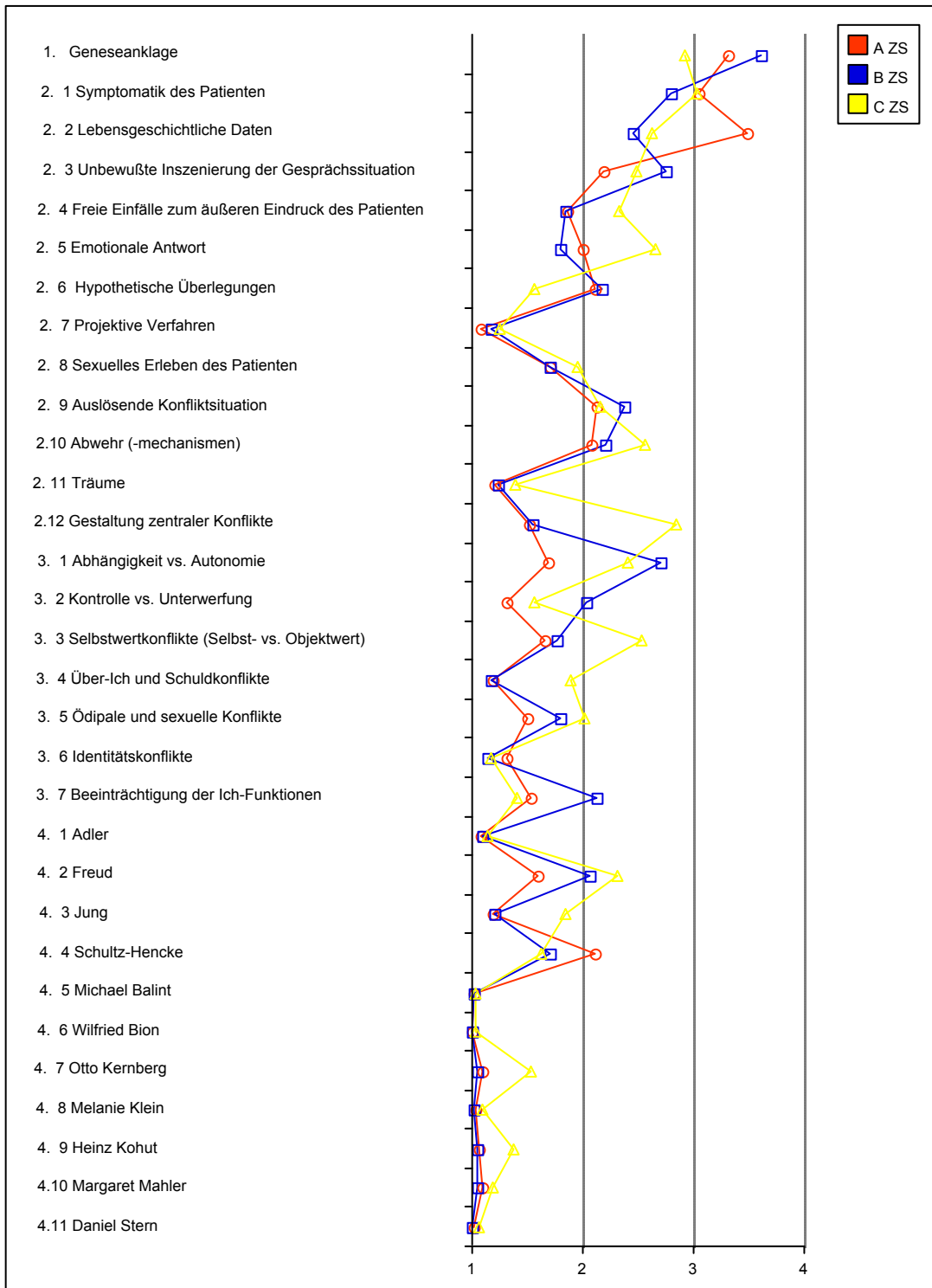


Abb. 2.1: Auswertungsprofile der drei Auswertenden: Für jede Auswertende wurde der Mittelwert über alle von ihr beurteilten Zweitsichten gebildet

Die bessere Übereinstimmung zwischen Frau A und Frau B ist bei den Zweitsichten besonders in den Variablen "Freie Einfälle zum äußeren Eindruck", "Emotionale

Antwort", "Hypothetische Überlegungen", "Selbstwertkonflikte", "Über-Ich und Schuldkonflikte", sowie bei den Theoretikern "Jung", "Kernberg" und "Kohut" zu erkennen. Differenzen bestehen in folgenden Punkten: "Lebensgeschichtliche Daten", "Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt", "Kontrolle vs. Unterwerfung", "Beeinträchtigung der Ich-Funktionen" und bei den Theoretikern "Freud" und "Schultz-Hencke". Diese Differenzen liegen dennoch innerhalb eines Intervalls der Auswertungsskala, und nur bei den "Lebensgeschichtlichen Daten" und dem "Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt" leicht darüber.

Frau C, die sowohl mit Frau A wie mit Frau B eine weniger gute Übereinstimmung hat, ist in ihren Abweichungen vom Urteil der anderen gut zu erkennen (vgl. Profil in Abb. 2.1). Besonders auffallend ist im Vergleich von Frau C mit den anderen beiden die Tendenz zur Mitte, sowie ein hoher Wert bei der Variable 2.12 "Gestaltung zentraler Konflikte". Um diesen Sachverhalt aufzuklären, wurde Frau C zu dieser Variable befragt, und es stellte sich heraus, dass sie nachdem sie sich in die Auswertungen eingearbeitet hatte, diese Variable für sich als "innerer Konflikt" und nicht wie im Auswertungsmanual beschrieben als "Schwellensituationen" gedeutet hatte und entsprechend hohe Werte vergab. Somit ist das Ergebnis für diese Variable mit Einschränkungen zu betrachten. Es muß davon ausgegangen werden, dass durch die hohen Bewertungen von Frau C die gesamte Variable als zu bedeutsam in den entsprechenden Verteilungen erscheint.

Bei den **Auswertungen der Erstsichten** sind die folgenden Variablen von allen drei Auswertenden sehr übereinstimmend eingeschätzt worden: "Unbewußte Inszenierung", "Freie Einfälle zum äußeren Eindruck", "Projektive Verfahren", "sexuelles Erleben", "Träume", "Identitätskonflikte", "Adler", "Balint", "Bion", "Mahler" und "Stern" (vgl. Abb. 2.2).

Innerhalb eines Skalenintervalls liegen die Mittelwerte der Variablen "Trauma vs. Konflikt", "Symptomatik", "Lebensgeschichte", "Emotionale Antwort", "Hypothetische Überlegungen", "Auslösende Konfliktsituation", "Abhängigkeit-Autonomie-Konflikt", "Kontrolle vs. Unterwerfung", "Über-Ich und Schuldkonflikte", "Ödipale und sexuelle Konflikte", "Beeinträchtigung der Ich-Funktionen", "Jung", "Schultz-Hencke", "Kernberg", "Klein" und "Kohut".

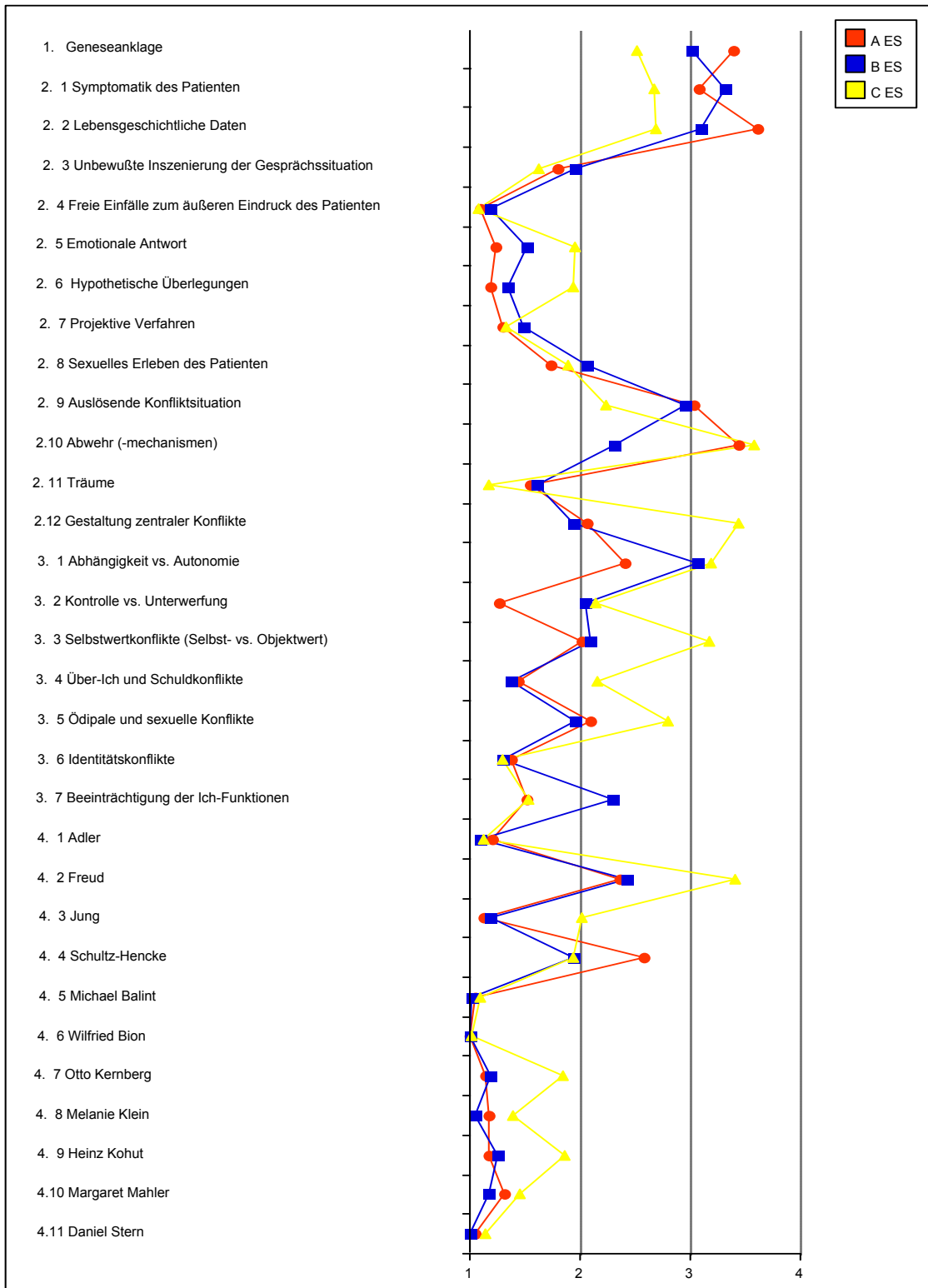


Abb. 2.2: Auswertungsprofile der drei Auswertenden auf der Basis aller in der Studie beurteilten Erstsichten

Die größten Diskrepanzen bestehen bei den Variablen "Abwehr", wegen sehr niedriger Bewertungen durch Frau B, bei "Gestaltung zentraler Konflikte", "Selbstwertkonflikte" und bei "Freud" durch die Abweichungen durch höhere Bewertungen von Frau C.

2.9.5 Diskussion und Bewertung der Auswertungsübereinstimmung

Die Diskrepanz in den Bewertungen zwischen den Auswertenden A und B mit Frau C deuteten sich bereits in der Auswertungsschulung an und war aufgrund der unterschiedlichen Vorerfahrung zu erwarten und für die Aushandlung der Übereinstimmung der Kategorien auch erwünscht. Nach der Überprüfung erster Datensätze nach acht Wochen bestätigte sich jedoch die Befürchtung, dass diese Diskrepanz nicht abnahm, sondern in einigen Fällen sogar zunahm. Deshalb wurde der ursprünglich geplante jeweils gedrittelte Anteil der Auswertungen, je Auswertende an der Gesamtstichprobe, dahingehend verändert, dass der Anteil von Frau C verkleinert wurde. So erklärt sich warum, von den erfolgten Auswertungen letztendlich nicht alle in die Studie eingingen. Für die Entwicklung der Interraterreliabilität vgl. Tabelle 2.6, S. 73.

In Anbetracht der erzielten Kappa-Werte und der in den Auswertungsprofilen beschriebenen Übereinstimmung der Auswertungen, kann diese, unter besonderer Berücksichtigung der Komplexität der Auswertungsaufgabe, dennoch als gut bewertet werden. Die Auswertenden mußten in der gesamten Studie über 55.800 Entscheidungen fällen! Die "Ausreißer" durch Frau C erklären sich zum einen durch die unterschiedliche Vorbildung und zum anderen durch das beschriebene Mißverständnis bzgl. der "zentralen Konflikte". Eine genaue Befragung von Frau C ergab weiter, dass sie sich sehr viel Zeit für die Auswertungen genommen hat und diese mit großer Sorgfalt erledigt hat. Dies erklärt m.E. zusätzlich die Tendenz zur Mitte. Zu dem hohen Wert bei "Selbstwertkonflikte" mag die Unsicherheit von Frau C bei der Auswertung mit beigetragen haben. Frau A, die in ihrer persönlichen Weiterbildung am fortgeschrittensten war, erzielte bei den Konflikten um Abhängigkeit und Unterwerfung die geringsten Werte, was m.E. mit diesem Sachverhalt zu erklären ist. Nicht aufklären ließ sich der niedrige Wert, der sich bei Frau B für die Variable "Abwehr" ergab.

2.10 Das Datenmaterial

Der Datenpool bestand aus ca. 5000 Patientenakten. Die darin enthaltenen Anamnesen waren in 12 Jahren (von 1988 bis 1999) von den Ausbildungskandidaten des Instituts für Psychotherapie erhoben worden. Die einzelnen Akten setzten sich wie folgt zusammen. Neben einem anonymisierten Datenblatt, dem Schriftwechsel der Vermittlungsstelle mit dem Patienten und potentiellen Behandlern, waren darin eine Ausbildungsanamnese, auch Erstsicht genannt, und eine Zweitsicht, die Stellungnahme eines Lehranalytikers bezüglich Patient und Anamnese enthalten. Die Anamnesen umfassen vier bis zehn, die Zweitsichten ein bis drei Seiten. Die Zweitsichten wurden von ca. 30 verschiedenen Psychoanalytikern erstellt, bei den Ausbildungskandidaten lag die Zahl bei ca. 300 Personen. Für diese Studie wurde nur der Gliederungspunkt "Zusammenfassung und Psychodynamik" der Ausbildungsanamnesen, sowie die gesamte Zweitsicht herangezogen.

2.10.1 Die Stichprobe

Da der Zusammenhang zwischen Erstsicht und Zweitsicht untersucht werden sollte, kamen nur Akten in Frage, bei denen a) die Zweitsichter eine statistisch hinreichend große Menge Zweitsichten verfaßt hatten und b) ein Profil des Zweitsichters aufgrund der direkten Befragung erstellt werden konnte. So wurden für acht Zweitsichter⁷ pro Jahrgang 6-10 Ausbildungsanamnesen, sowie die entsprechenden Zweitsichten entnommen und untersucht (je 2 Ausnahmen in den Jahren 1988/89 und 1999), siehe Tabelle 2.8.

Die Anamnesen werden von Ausbildungskandidaten mit den Grundberufen Arzt/Ärztin und Psychologe/Psychologin erhoben. Sie gehören den am Institut vertretenen Fachrichtungen der Psychoanalyse und der analytischen Psychologie an. Der Anteil der von den jeweiligen Untergruppierungen erhobenen Anamnesen ist in Tabelle 2.9 dargestellt.

⁷ Für die Auswahl der Zweitsichter siehe 2.6, S. 62.

	ZSI	ZSII	ZSIII	ZSIV	ZSV	ZSVI	ZSVII	ZSVIII	Σ
1988	8	8	8	8	8	8	-	-	48
1989	8	8	8	8	8	8	-	-	48
1990	8	9	8	8	9	8	8	10	68
1991	8	8	8	8	9	8	10	10	69
1992	8	8	8	8	8	8	10	10	68
1993	8	8	8	8	8	8	10	10	68
1994	9	8	8	8	8	9	10	10	70
1995	8	8	8	8	9	8	10	10	69
1996	8	9	8	8	9	8	9	8	67
1997	8	8	8	8	8	8	8	8	64
1998	8	8	9	8	8	9	8	8	66
1999	9	8	-	8	6	8	-	6	45
Σ	98	96	89	96	96	98	85	94	752

Tab. 2.8: Anzahl der für die Stichprobe entnommenen Erst- und Zweitsichten pro Jahrgang und Zweitsichter

von		Psychoanalyse	analytische Psychologie	Gesamt (Geschlecht)	Gesamt (Beruf)
Ärzten/ innen	Männer	101	49	150	293
	Frauen	89	54	143	
Psycholog/ innen	Männer	97	76	173	459
	Frauen	181	105	286	
	Σ	468	284	752	752

Tab. 2.9: Anzahl von Anamnesen (Erstsichten) der Stichprobe, die von Vertretern der einzelnen Untergruppen erstellt wurden

2.10.2 Die Stichprobenerhebung und Stichprobenanonymisierung

Zur Stichprobenerhebung wurden die Patienten-Akten, die im IfP in alphabetisch geordneten Aktenordnern lagerten, nach folgenden Regeln entnommen. Beginnend bei A, dem Anfangsbuchstaben des Patienten, der in der Chiffre an erster Stelle steht, wurden die Akten durchgesehen und die ersten acht auftauchenden Akten, die für die ausgewählten Zweitsichter erstellt worden waren, wurden entnommen. Zu beachten war, dass es zwei Aktenstapel gab. Und zwar die der Patienten, bei denen eine Psychotherapie erfolgreich vermittelt werden konnte und der Teil der Akten, bei dem eine Vermittlung nicht erzielt worden war. Um auch die geringere Anzahl der nicht vermittelten Akten zu berücksichtigen, wurden erst die "vermittelten" Aktenordner z. B. von A bis D durchgesehen und entnommen und dann entsprechend die "nicht-vermittelten" Aktenordner A-D.

Alle Akten wurden dann in Anamnesen und Zweitsichten getrennt. Die Zweitsichten wurden zum Zwecke der Anonymisierung kopiert, Name, Adresse, Kassenstempel, Unterschrift und sonstige Hinweise auf den Zweitsichter wurden geschwärzt. Um eine wirkliche Unkenntlichkeit zu gewährleisten, mußte die geschwärzte Zweitsicht noch einmal kopiert werden. Bei der Zuweisung der Akten zu den Auswertenden wurde jede Jahrgangsstichprobe gedrittelt und zufällig zugewiesen. In einigen Jahrgängen werden Erst- und Zweitsicht eines Patienten von einer Auswertende ausgewertet, in anderen von verschiedenen. In der Tabelle 2.10 ist zu erkennen, in wie vielen Fällen z.B. A die Erstsichten und C die Zweitsichten eines Patienten erstellt hat (in vier Fällen).

	Zweitsichten			
Erstsichten	A	B	C	Σ
A	223	206	4	333
B	104	187	17	308
C	4	-	107	111
Σ	331	293	128	752

Tab. 2.10 Anzahl der ausgewerteten Erst- und Zweitsichten der drei Auswertenden, mit Anteilen der "Auswertungspaare"

In allen Jahrgängen wurden einige Akten zwei oder allen drei Auswertenden vorgelegt zur Überprüfung der Interraterreliabilität. Für die Berechnung der Intraraterreliabilität wurden sechs Texte in mehreren Jahrgängen wiederholt untergemischt.

Den Auswertenden wurden keine Zweitsichten des eigenen Lehranalytikers zur Beurteilung zugewiesen. Frau B bewertete entsprechend keine Zweitsichten von Zweitsichter VII, Frau C keine Zweitsichten von Zweitsichter VIII.

2.10.3 Datenverarbeitung

Die Auswertungsbögen wurden, nachdem eine möglichst benutzerfreundliche Eingabemaske mit SPSS erarbeitet worden war, zur weiteren Datenverarbeitung am Computer eingegeben. Unabhängig von der Dateneingabe der Auswertungen wurden die folgenden Daten für jede Akte in Variablen verschlüsselt:

- die Patienten-Chiffre, die die Akte kennzeichnet,
- die laufende Nummer,
- der Jahrgang (88 - 99)
- die Auswertende (A, B, C)
- die Nummer der Auswertung
- Erst- oder Zweitsicht
- die Zweitsichter
- Grundberuf des Erstsichters (Arzt und Psychologe)
- Geschlecht des Erstsichters (männlich, weiblich)
- Fachrichtung des Erstsichters (Psychoanalyse, analytische Psychologie)
- Therapieplatz vermittelt oder nicht vermittelt
- alle 31 Variablen des Auswertungsschemas
- Frage nach einem handschriftlichen Kommentar auf dem Auswertungsbogen (ja, nein)
- Nennung von Theoretikern durch die Auswertenden, die nicht in den Basis-kategorien enthalten sind (ausgeschrieben)

Alle Berechnungen wurden, bis auf die Ermittlung der Kappa-Werte, die mit dem Tabellenkalkulationsprogramm aus Apple-Works gerechnet wurde, mit dem SPSS 6.1 für Macintosh durchgeführt.