SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Projektbericht: Systematische Aufarbeitung des Archivs des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt

Mohler, Peter Ph.

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Mohler, P. P. (1983). Projektbericht: Systematische Aufarbeitung des Archivs des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt. *ZUMA Nachrichten*, *7*(12), 38-60. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-210535

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis
Leibniz-Institut
für Sozialwissenschaften

Mitglied der
Leibniz-Gemeinschaft

PROJEKTBERICHT: SYSTEMATISCHE AUFARBEITUNG DES ARCHIVS DES SIGMUND-FREUD-INSTITUTS IN FRANKFURT

1. Einleitende Bemerkungen

Im Januar 1981 trat das Sigmund-Freud-Institut (SFI) an ZUMA mit der Bitte um Unterstützung bei der Auswertung seines Archivs heran, in dem die sogenannten Ambulanz-Unterlagen gespeichert sind. Dabei handelt es sich um die schriftlichen Unterlagen, die im Verlauf und nach Abschluß der diagnostischen Untersuchung eines Patienten, der das Sigmund-Freud-Institut aufsucht, angefertigt werden.

Das Sigmund-Freud-Institut ist ein Forschungs- und Ausbildungsinstitut für Psychoanalyse.* Es hat im wesentlichen folgende vier Aufgabenbereiche:

1. Erforschung der Lebens- und Krankheitsbedingungen der Menschen mit Hilfe der psychoanalytischen Methode und in Zusammenarbeit mit angrenzenden humanwissenschaftlichen Disziplinen.

2. Weiterbildung von Ärzten und Psychologen zu Psychoanalytikern (nach den Richtlinien der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung) sowie Untersuchung didaktischer und methodischer Fragen zur Weiterbildung.

3. Psychoanalytische Behandlung von Patienten. Bei der Auswahl der Patienten sind Forschungs- und Ausbildungsgesichtspunkte zu berücksichtigen.

4. Vermittlung psychoanalytischer Erkenntnisse an Angehörige einschlägiger Berufe und Entwicklung von Methoden und Modellen, die die Anwendung psychoanalytischer Erkenntnisse in diesen Fachgebieten fördern.

Zur Erfüllung seiner Aufgaben unterhält das Sigmund-Freud-Institut eine Ambulanz, die von Patienten auf eigenen Entschluß oder als Folge einer Überweisung aufgesucht werden kann. Die Aufgabe der Ambulanz ist in erster Linie eine diagnostische. Aufgrund der großen Zahl von Patienten, die das Institut aufsuchen, und aufgrund der vielfältigen Aufgaben der im Sigmund-

*Das Institut wird vornehmlich vom Land Hessen finanziert.

Freud-Institut tätigen Psychoanalytiker kann nur einer Minderheit der Patienten eine Behandlung im Institut angeboten werden. Unterlagen über den Verlauf solcher Behandlungen werden - wenn man von Kurzbehandlungen oder Beratungen absieht - in dem zur Frage stehenden Archiv nicht gesammelt.

Das Archiv enthält eine Fülle klinischen Materials, das bis jetzt nicht systematisch ausgewertet wurde. Es gibt auch keine andere vergleichbare systematische Untersuchung dieser Größenordnung bei einer Patientenklientel wie der, die das Sigmund-Freud-Institut aufsucht. Daraus ergibt sich die Bedeutung der Untersuchung für psychoanalytische, aber auch sozialpsychologische Fragestellungen.

Im folgenden werden das Archiv beschrieben, die Ziele des Projekts vorgestellt, der allgemeine Lösungsansatz skizziert und an einigen Beispielen konkretisiert.

2. Das Ambulanzarchiv und die Forschungsziele der Projektgruppe

Seit seiner Gründung im Jahre 1960 führt das SFI diagnostische Untersuchungen durch und bietet in beschränktem Umfang auch Behandlungen an. Patienten, die das Institut aufsuchen, füllen zunächst ein kurzes Formular aus. Wie alle Formulare, die im Archiv angelegt sind, unterlag auch dieses im Laufe der Zeit erheblichen formalen und inhaltlichen Veränderungen. Der Patient wird dann einem Analytiker zugewiesen, mit dem er in der Regel ein kurzes Vorgespräch führt. Bei einem Teil der Patienten bleibt es bei diesem kurzen Vorgespräch, entweder, weil sich herausstellt, daß der Patient nicht mehr als eine kurze Beratung braucht, oder weil sich herausstellt, daß er mit seinen Beschwerden besser eine andere Institution aufsuchen sollte. Der Mehrzahl der Patienten wird zur weiteren Abklärung ein diagnostisches Interview angeboten. Dieses ist der zentrale Teil der Untersuchung. In einem Teil der Fälle stellt sich beim Vorgespräch heraus, daß zwar keine diagnostische Untersuchung, wohl aber eine eingehendere Beratung indiziert ist. Dann findet anstelle des diagnostischen Interviews ein Beratungsinterview statt. Vom diagnostischen Interview, das gelegentlich wiederholt wird (beim selben Analytiker oder bei einem anderen) wird ebenso wie vom Beratungsinterview nach der Sitzung ein Gedächtnisprotokoll angefertigt. Das Protokoll, das vom diagnostischen Interview angefertigt wird, enthält außer der

Beschreibung des Interviewverlaufs auch die Diagnose und den Therapievorschlag des Analytikers. Auf letztere Angaben, nämlich die zur Diagnose und zur Therapie, kann im Beratungsinterview verzichtet werden. Während mit einem oder möglicherweise auch mehreren Beratungsinterviews der Untersuchungsgang abgeschlossen ist, folgt auf ein diagnostisches Interview in vielen Fällen noch ein psychologischer Test. Auch wenn ein solcher Test nicht durchgeführt wird, ist es üblich, daß das Gedächtnisprotokoll der sogenannten Ambulanzkonferenz zur Diskussion vorgelegt wird. Wenn eine testpsychologische Untersuchung durchgeführt wird, werden selbstverständlich auch die Testunterlagen dieser Konferenz zugänglich gemacht. Die Ambulanzkonferenz kommt dann zu einer abschließenden Beurteilung des Patienten, und abschließende Diagnose und Behandlungsvorschlag werden vom betreuenden Analytiker in einer kurzen Notiz festgehalten.

In einem Abschlußgespräch, von dem es zumeist nur eine kurze Notiz gibt, werden dem Patienten der Therapievorschlag erläutert und mögliche Maßnahmen besprochen. Außer den Notizen, Formularen und Protokollen finden sich gelegentlich Briefe und andere Unterlagen in den Akten.

Das Archiv umfaßt ca. 3600 Fälle, von denen einige nicht zur Zielpopulation gehören. Hierunter fallen insbesondere Akten von Patienten bzw. Probanden, die für wissenschaftliche Studien ins SFI gebeten wurden. Für die Zeit zwischen 1960 und 1980 ist die Grundgesamtheit deshalb nur ungefähr angebbar; erst im Verlauf der Datenerhebung kann festgestellt werden, ob ein Fall zur Zielpopulation zu zählen ist.

Geht man pro Fall von ca. zehn Blättern Dokumentation aus, so ergibt sich für das Archiv bis 1980 ein Umfang von ca. 30.000 Blättern, die, wie schon zuvor erwähnt, in Form und Inhalt erheblich variieren.

Das Forschungsziel besteht darin, das heterogene Material systematisch aufzubereiten, um verschiedene Zielvorstellungen realisieren zu können. Die Deskription der Patientenpopulation über den Zeitraum von 1960 bis 1980 ist das erste und vordringliche Ziel der Projektgruppe. Diese Deskription soll sowohl die demographische Beschreibung als auch die Darstellung von Symptomatik und Diagnose umfassen. Ein weiteres Ziel ist die Überprüfung bestimmter Hypothesen, die in der Literatur über die psychoanalytische Diagnostik

geäußert werden. Auch soll eine Datenbasis geschaffen werden, die es Forschern mit anderen Problemstellungen als denen der Projektgruppe erlaubt, Analysen durchzuführen. In all den Bereichen sollen Längsschnitts-, Querschnitts- und Fallstudien möglich sein.

3. Der allgemeine Lösungsansatz

3.1 Kumuliertes Sampling

Vorgesehen war, alle Fälle, die zur Zielpopulation zu zählen sind, vollständig zu erfassen. Nach den ersten Erfahrungen mit dem unten erläuterten Erfassungsschema war offensichtlich, daß innerhalb des Zeitrahmens von einem Jahr, der für die Erfassung angesetzt war, nur ein Teil der Fälle bearbeitet werden konnte. Deshalb teilten wir die Grundgesamtheit in 70 Zufallsstichproben (ohne Zurücklegen) à 50 Fälle. Jede Stichprobe streut über den gesamten Untersuchungszeitraum. Die einzelnen Stichproben werden nach und nach abgearbeitet und zu einer Gesamtstichprobe kumuliert. Dies Verfahren erlaubt, nach mehreren hundert Fällen an einer beliebigen Stelle abzubrechen und dennoch eine repräsentative Stichprobe zur Verfügung zu haben. Damit werden die Vercoder von einem unziemlichen Zeitdruck befreit und somit die Vercodungsqualität erhöht.

3.2 Aufteilung der Information in a priori und ex posteriori Kategorisierung

Im Prinzip ist eine standardisierte, auf konventioneller Vercodung basierende Datenerfassung auch für ein Projekt vom Umfang der "psychoanalytischen Ambulanz" das Verfahren der Wahl. Allerdings setzt die konventionelle Vercodung der Verwendung der Daten enge Grenzen. In jedem Fall verlangt eine derartige Vercodung eine a priori Kategorisierung, die rigide für den gesamten Erfassungsprozeß durchzuhalten ist. Dies setzt u. a. voraus, daß schon bei der Entwicklung des Kategorienschemas ein genaues Analysedesign vorliegt, dessen Ansprüche dann in der Kategorisierung eingelöst werden müssen. Allein das Ziel, die Datenbasis auch anderen Forschern zugänglich zu machen, verbietet eine alleinige a priori Kategorisierung. Auch gibt es eine Reihe von Problemen, für die eigentlich erst ex post Kategorien zu finden sind. Dazu gehören z. B. die Diagnosen und die Symptome, weil deren

Zuordnung von einer ganzen Reihe anderer Informationen abhängen kann.

Das entgegengesetzte Verfahren zur konventionellen Datenerfassung ist die vollständige Übertragung der Akten auf Datenträger zusammen mit einigen ordnenden Informationen. Danach hat dann jeder Forscher die ihm genehme Kategorisierung ex posteriori durchzuführen. Wesentliche Nachteile dieses Verfahrens sind der Zeitverbrauch für die Abschrift und der entstehende Informationsballast.

Schätzt man, daß die 30.000 Aktenblätter ca. 20.000 Seiten normalem Text entsprechen, so ergibt sich, bei 4 Seiten pro Stunde Erfassungszeit, daß für die Erhebung aller Fälle mehr als 2 Jahre benötigt würden, ohne daß mit dem so erfaßten Material sofort komplexe Analysen durchführbar wären.

Zugleich würde damit eine Datenmenge erzeugt, deren Verwaltung in keinem Verhältnis zu dem Ballast unbrauchbarer Informationen stünde.

Deshalb entschlossen wir uns in einem zweistufigen Verfahren, die Informationen in "sicher a priori kategorisierbare" und "wahrscheinlich nur ex posteriori kategorisierbare" zu unterteilen. Im ersten Schritt wurde festgelegt, welche Informationen überhaupt erfaßt werden sollten. Nicht erfaßt werden Informationen, die offensichtlich extrem selten oder nur sehr undeutlich in den Akten zu finden sind. Dazu gehören u. a. Beschreibungen des äußeren Erscheinungsbildes des Patienten. Erst nach dieser Entscheidung wurde die Erhebungsform für die einzelnen Merkmale festgelegt. Im Anhang I ist das Erhebungsinstrumentarium aufgelistet, aus dem sich die einzelnen erhobenen Merkmale ableiten lassen.

Für a priori kategorisierbare Merkmale galt die Faustregel, daß es sich um "harte" Tatsachen handeln sollte. Dazu gehörten Informationen wie Interviewdatum, Arten der Vorbehandlung, im SFI durchgeführte Untersuchungen, Wohnsituation, formale Partnerschaftsbeziehungen, Zahl der Kinder usw. (vgl. Anhang I).

Nicht a priori kategorisierbar waren zum einen alle Informationen, die mit Zeitdauerangaben verbunden waren, und zum andern, wie schon erwähnt, Informationen zur Symptomatik und Diagnose. Mit Zeitdauer verbundene Informatio-

nen als ex posteriori kategorisierbare zu definieren, hatte vor allem technische Gründe. Denn bei Daten dieser Art ergibt sich das Problem vieler fehlender Angaben. So ist von vornherein abzusehen, daß es Patienten gibt, die nur wenige Kindheitssymptome angeben werden, während andere eine ganze Fülle solcher Symptome nennen werden. Bei einer konventionellen Erfassung müßten aber Platz (Variablen) für die maximale Zahl der Nennungen geschaffen werden. Nimmt man an, daß maximal zehn Kindheitssymptome angegeben würden, dann müßte für die zweispaltige Vercodung des Merkmals und die jeweilig zweispaltige Vercodung des Anfangs- und Endalters, zusammen 60 Spalten, Platz vorgehalten werden. In der Regel werden davon aber nur 18 Spalten besetzt sein. Kindheitssymptome sind aber nicht das einzige derartige Merkmal. Andere sind "aufgewachsen bei", "Leiden der Eltern", "Wohnungswechsel", "Operationen" usw. Offensichtlich würde hier, bildlich gesprochen, ein Schweizer Käse produziert, der mehr Löcher als Käse enthielte. Und wenn dann doch ein Patient elf Angaben zur Kindheitssymptomatik hätte, wäre das ganze Design durcheinandergebracht worden.

Die Informationen zur Symptomatik und Diagnose sind unserer Ansicht nach nur ex posteriori zu klassifizieren, weil die Daten auch anderen Mitarbeitern des SFI später zur Verfügung stehen sollen. Die Klassifikation solcher Daten hängt nicht nur vom jeweiligen theoretischen Standpunkt ab, sondern variiert auch mit Kontextveränderungen. Deren a priori Kategorisierung hätte ein sehr feingegliedertes Kategorienschema vorausgesetzt, das auch hier in eine "Schweizer-Käse-Datei" ausgeartet wäre.

4. Die Erhebungsinstrumente

Zur Erfassung der a priori und ex posteriori kategorisierbaren Informationen wurden die folgenden beiden Erhebungsinstrumente entwickelt:

a) Quasi-Questionnaire

Der Quasi-Questionnaire dient zur Erhebung der a priori kategorisierbaren Informationen. Er ist, wie der Name schon sagt, ähnlich aufgebaut wie der Fragebogen einer standardisierten Umfrage (vgl. Anhang I).

Das technische Problem bei der Entwicklung des Erhebungsbogens bestand in der Anordnung der einzelnen Merkmale zu sinnvollen Blöcken und der

Komprimierung auf engstem Raum, ohne die Übersichtlichkeit einzuschränken.

Da die Informationen, die mit dem Quasi-Questionnaire erhoben werden, in den Akten an den unterschiedlichsten Stellen und in unterschiedlicher Reihenfolge auftreten, ist es für den Vercoder wichtig, daß die generellen Erhebungsthemen (Demographie, Vorbehandlung, Familie etc.) im Erhebungsbogen leicht merkbar angeordnet sind. Dadurch muß er nicht lange suchen, wo er ankreuzen soll, und kann auch leichter prüfen, ob er bestimmte Informationen vergessen hat zu vercoden. Demselben Zweck dient die Komprimierung von 206 Variablen auf drei DIN-A4-Seiten; damit kann der Vercoder den gesamten Erhebungsbogen vor sich ausbreiten und muß nicht während der Vercodung hin- und herblättern.

b) Quasi-Text

Die ex posteriori kategorisierbaren Informationen werden in verkürzter Form abgeschrieben. Jeder Information wird ein Schlagwort zugeordnet. Die Liste der Schlagwörter ist in Anhang II wiedergegeben. Die Vercoder sind angewiesen, genau so viel Text abzuschreiben, daß der Sinn der Information zusammen mit dem Schlagwort eindeutig ist. Also "OPER(ation) Mandeln 15-15" soll bedeuten, daß der Patient sich im Alter von 15 Jahren einer Mandeloperation unterzog, oder "LEI(den) V(ater) Suizidversuch 18-18", daß der Vater des Patienten, als letzterer 18 Jahre alt war, einen Selbstmordversuch unternommen hatte. Da die einzelnen Textstücke, die gelegentlich auch mehrere Sätze umfassen können, durch die Schlagwörter eindeutig gekennzeichnet sind, kann der Vercoder die Informationen in der Reihenfolge, wie sie in der jeweiligen Akte stehen, transkribieren. In Abbildung 1 ist eine solche Transkription wiedergegeben. Besonders zu beachten ist, daß die Information zu dem Schlagwort PSYC über mehrere Stellen verteilt ist. Bei der Datenaufbereitung werden diese Stellen durch Sortieren nach Schlagwörtern zusammengeführt. Der Schrägstrich bedeutet das Ende einer Sinneinheit.

5. Datenaufbereitung

Datenaufbereitung meint die Überführung der Informationen von den Erhebungsbögen in den Computer. Hier werden besonders die Übertragung der In-

Abb. 1: Transkriptionsbeispiel Quasi-Text

CODEBLATT HALBOFFENER CODE
für PSYCHOANALYTISCHE AMBULANZ

Vercoder:_____ Datum:_____ Seite:_____

Ambulanznr.	Mnemo	TEXT
9999	WORT	Mannheim /
	BPAT	Bankkaufmann /
	PSYC	Suizidversuch /
	PSOM	Magersuchtproblematik /
	FAUFW	0-16 beide Eltern /
		17-18 mit Stiefvater /
	EBEZ	0-16 Eltern zusammen /
	LEIV	18-18 Suizidversuch /
	BTAT	Kaufmannsgehilfin
	BVAT	Kaufmann
	PSYC	NØ1 3-7 / V6 5-10 /
	DSYI	Magersucht
	DSTI	oral-anale Problematik /
	OPER	25-25 Mandeln /
	DSTI	relativ benigne Magersuchts-
		struktur / Trotz, Narziss-
		mus Reaktionsbildung auf
		Aggressivität.

Wichtig: für jede neue Ambulanznummer ein neues Codeblatt anlegen!
kein TEXT in die beiden ersten Felder eintragen!
Seitenzahlen nicht vergessen! U N D bitte Bemerkungen
ins allgemeine Codebuch eintragen !

formation auf einen Datenträger (Datenerfassung) und die Manipulation der erfaßten Daten (Datenmanagement) beschrieben. Nicht erörtert wird der weite Bereich der Fehlerbereinigung, da diese erst in der nächsten Projektphase durchgeführt werden wird.

5.1 Datenerfassung

Die Daten werden direkt am Bildschirm von den Erhebungsbögen in den Computer eingegeben. Numerische und Textdaten werden in einem Arbeitsgang erfaßt. Für die Datenerfassung wurde ein Maskenprogramm für den Siemens-EDT-Prozessor geschrieben. Dies Programm erfüllt folgende Funktionen:

1. Entlastung des Datentypisten von der Dateiverwaltung.
   Der Datentypist benötigt dadurch nur geringe Kenntnisse des Betriebssystems. Er muß z. B. wissen, wie der Bildschirm aktiviert, der EDT-Prozessor geladen und das Erfassungsprogramm im EDT gespeichert wird. Die Datenabspeicherung, Zwischen- und Endsicherung, die Trennung in numerische und Textdatei, Umschalten auf Groß-Kleinschreibung, Drucken eines Protokolls der eingegebenen Werte und das Beenden des Eingabeprozesses wird über das Erfassungsprogramm gesteuert.

2. Prüfung auf gültige Werte.
   Das Programm prüft, ob der jeweils eingegebene Wert in den gültigen Bereich einer Variablen fällt. Wird dieser Bereich unter- oder überschritten, so wird der Datentypist gezwungen, die Eingabe zu wiederholen.

3. Computergesteuerte Darbietung des Erhebungsbogens.
   Einige Teile des numerischen Erhebungsbogens enthalten Informationen, die immer vorhanden sein müssen. Dazu gehören die Identifikationsnummer, die Nummer des Analytikers, das Geburtsdatum des Patienten, das Interviewdatum usw. An diesen Stellen wird der Datentypist automatisch durch den Erhebungsbogen geführt, indem die Kurzbezeichnung der jeweiligen Variablen auf dem Bildschirm erscheint, der Typist den entsprechenden Wert eingibt und danach die nächste Variable erscheint. Wegen der vielen fehlenden Informationen wäre diese automatische Führung bei allen Variablen aber zu zeitaufwendig. Für Bereiche, wo Sprünge zu erwarten sind, wurde deshalb eine halbautomatische Führung gewählt: Der Typist gibt die Spal-

tennummer der jeweiligen Variablen an, das Programm gibt dann die entsprechende Variablenkennung auf den Bildschirm aus und der Typist setzt den Wert ein.

Im Textteil wird der Typist aufgefordert, die Abkürzung für das jeweilige Schlagwort einzugeben und danach den dazugehörigen Text. Das Programm ergänzt pro Eingabezeile die Identifikationsnummer und das angegebene Schlagwort.

4. Sicherung der Eingabe.
Sobald die Eingabe des numerischen Teils eines Falles beendet ist, werden diese Informationen abgespeichert. Gleiches gilt für den Textteil. Damit ist sichergestellt, daß bei einem Systemzusammenbruch des Computers höchstens die Informationen des zuletzt barbeiteten Falles verloren gehen. Welche Fälle tatsächlich erfaßt wurden, kann mit der Protokoll-Liste überprüft werden.

5.2 Datenmanagement

Numerische und Textdaten werden in einer Datenbank verwaltet. Das Datenbankkonzept bietet nicht nur den Komfort, numerische und Textdaten zusammen zu verwalten, sondern es erhöht die Sicherheit vor unerwünschten Zugriffen auf die Daten und erlaubt fast beliebige Erweiterungen der Datenbasis. In dem hier verwendeten Datenbanksystem SIR ist es möglich, selbst einzelne Variable vor beliebigen Zugriffen zu schützen. In unserem Fall heißt das, daß z. B. künftig nur der Projektleiter auf die Identifikationsnummer des Patienten zugreifen kann.

Durch das Datenbankkonzept wird es auch leicht möglich sein, die Analyserichtung vom Patient auf den Analytiker zu verlagern oder andere Informationen, wie sie z. B. bei der Inhaltsanalyse der Diagnosen entstehen werden, zu der Datenbasis hinzuzufügen. Mit SIR ist es möglich, neue Fälle auf einfachste Weise hinzuzufügen. Schließlich enthält die Datenbank nicht nur die Daten, sondern auch die Projekt-Dokumentation und alle notwendigen Datenmanipulationsprozeduren.

Nicht zu überschätzen ist die Eigenschaft von SIR, ein transportables System zu sein. Diese Eigenschaft besteht darin, daß die Datenbank nach ihrer Fertigstellung relativ einfach auf den Computer des SFI übertragen werden kann und dann dort allen Mitarbeitern des Instituts zur Verfügung steht.

6. Auswertungsbeispiele

In der Regel werden die Analysen des numerischen Teils mit SPSS, BMDP oder einem anderen Statistik-Paket durchgeführt werden. Der Übergang von der SIR-Datenbank in diese Pakete ist problemlos. Die Analyse des Textteils wird von TEXTPACK, einem Paket für die computerunterstützte Inhaltsanalyse, unterstützt. Die aus der Textvercodung resultierenden numerischen Werte werden in die Datenbank eingegeben und können an SPSS weitergegeben werden.

Alle Daten, die in den Beispielen genannt werden, sind "Spieldaten", die für Illustrationszwecke erzeugt wurden. Die "Ergebnisse" sind daher nicht identisch mit denen, die aus einer Analyse der Originaldaten resultieren. Deshalb werden in der Regel auch nur die Rohwerte und keine statistischen Maße angegeben.

6.1 Deskription der Population

Das erste Ziel des Projekts ist eine umfassende Deskription der Patientenpopulation. Diese Deskription erfordert - je nach Art der zugrundegelegten Information - verschiedene Verarbeitungsprozesse:

a) Direkte numerische Informationen der Erhebung:
   Direkt numerisch erhobene Informationen, wie "Geschlecht des Patienten" oder "Kostenträger der Behandlung", können sofort in eine Deskription der Population eingehen. Für den Querschnitt werden solche Variablen ausgezählt (Tabelle 1) und für den Längsschnitt gegen das Interviewdatum (hier zu Gruppen von fünf Jahren zusammengefaßt) tabelliert (Tabelle 2).

Tab. 1: Häufigkeitsauszählung Geschlecht des Patienten und Kostenträger der Behandlung

		ABSOLUTE HÄUFIGKEIT
MAENNLICH	1.00	221.00
WEIBLICH	2.00	250.00
	TOTAL	471.00

		ABSOLUTE HÄUFIGKEIT
KOSTENTRAEGER-NICHTV	1.00	2.00
KOSTENTRAEGER-PRIVAT	2.00	85.00
KOSTENTRAEGER-RVO	3.00	73.00
KOSTENTRAEGER-ERSATZ	4.00	248.00
KOSTENTRAEGER-ANDERE	5.00	8.00
KOSTENTRAEGER-DSKV	6.00	5.00
KOSTENTRAEGER-ANDERE	8.00	3.00
	TOTAL	424.00

STATISTICS.....	
GÜLTIGE BEOBACHTUNGEN	424
FEHLENDE BEOBACHTUNGEN	45

Tab. 2: Geschlecht des Patienten kreuztabelliert mit Datum des Interviews (N = 270)

	Datum Interview			
Geschlecht	1960-1965	1966-1970	1971-1975	1976-1981
männlich	44	25	31	121
weiblich	50	21	30	149
Summe	94	46	61	270

b) Indirekte numerische Informationen der Erhebung:

Indirekte numerische Informationen sind numerische Informationen, die erst aus den direkten numerischen Informationen berechnet werden müssen. Beispiele sind das "Alter des Patienten zum Zeitpunkt des Interviews" und die "Position des Patienten in der Geschwisterreihe". Die Ausgangsinformationen für die Altersangabe sind das Geburtsdatum des Patienten und das Datum des Interviews (Tabelle 3), die Variable "Alter" wird dann durch die Subtraktion "Interviewdatum minus Geburtsdatum" erzeugt.

Tab. 3: Häufigkeitsauszählung der Variablen ALTER in 5-Jahresgruppen

Alter	Häufigkeit
17-20	16
21-25	87
26-30	130
31-35	122
36-40	59
41-45	31
46-50	11
51-75	14

Ähnlich kann die Position des Patienten in der Geschwisterreihe berechnet werden. In Abbildung 2 (Seite 51) ist der Teil des numerischen Bogens abgebildet, der sich auf die Geschwister des Patienten bezieht. Für bis zu sechs Geschwister werden die vollständigen Angaben erhoben. Die Gesamtzahl der Geschwister wird in der Rubrik "Anzahl" festgehalten. Um ganz sicherzugehen, daß die wichtige Angabe, ob der Patient Einzelkind ist, nicht durch Vercodungsfehler untergeht, wird diese Information direkt erfaßt. Hat der Patient nun Geschwister, so erhält man in der Regel auch die Informationen, ob diese älter oder jünger als der Patient sind. Aus dieser Angabe läßt sich nun die Geschwisterreihe leicht berechnen: Man zählt, wieviele Geschwister älter als der Patient sind und addiert "1" hinzu. D. h., sind bei 4 Geschwistern 2 älter als der Patient, dann ergibt sich "3" als die Position des Patienten. Mit Hilfe eines Filters (in SPSS: SELECT IF), kann man dann eine Häufigkeitsauszählung der Position solcher Patienten erzeugen, die keine Einzelkinder sind (Tabelle 4).

Tab. 4: Stellung des Patienten in der Geschwisterreihe

Position	Zahl der Fälle
1. Kind	196
2. Kind	121
3. Kind	42
4. Kind	22
5. Kind	4
6. Kind und mehr	8

In der Zahl des 1. Kindes sind 88 Einzelkinder enthalten.

Abb. 2: Numerischer Bogen - Geschwister des Patienten

23) GESCHWISTER des PATIENTEN:
(auch Halb-/Stiefgeschwister)

ANZAHL der Geschwister insgesamt: ☐☐ keine ☐1 (Einzelkind)

1.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐
2.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐
3.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐
4.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐
5.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐
6.	Bruder ☐1 / Schwester ☐2 / KA ☐9 / Stief/Halb ☐1	älter ☐1 / jünger ☐2 / gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 / KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 / nach Geburt Pat. ☐2 / KA ☐9	1.Halbjahr = 82 — Alter Pat. bei Tod: ☐☐

c) Textinformationen:

Zu den Textinformationen zählen einige Merkmale demographischer Art wie die Angaben des Wohnorts und des Berufs. Für die Deskription erstellt man zuerst Häufigkeitslisten, indem man mit dem entsprechenden Programm von TEXTPACK gezielt auf die Schlagwörter WORT (Wohnort) und BPAT (Beruf-Patient) zugreift (vgl. Tabelle 5). Aufgrund der Häufigkeitsliste entwikkelt man einen inhaltsanalytischen Diktionär, in dem einzelne Worte zu Kategorien zusammengefaßt sind. So könnte man für den Wohnort einen nach Entfernung des Wohnorts von Frankfurt klassifizierenden Diktionär entwickeln.

Tab. 5: Liste der Häufigkeiten der Themen Beruf des Patienten (BPAT) und Wohnort des Patienten (WORT) - Auszug -

Zahl der Nennungen	Wohnort
1	BENSHEIM-SCHWANHEIM
2	BRUCHKOEBEL
1	BUETTELBORN
1	DARMSTADT-ARHEILIGEN
1	EPPSTEIN
1	FLOERSHEIM-WEILBACH
254	FRANKFURT
2	FREIGERICHT
2	FRIEDRICHSDORF
2	FRANKFURT
1	GELNHAUSEN/
1	GERNSHEIM
1	GROSSKROTZENBURG
1	HAINBURG
1	HATTERSHEIM
2	HOFHEIM
1	INGELHEIM
1	KASSEL
3	KELKHEIM-FISCHBACH
1	KLEESTADT
1	KRIFTEL
1	LANGEN
1	MAIBACH
7	MAINZ
1	MESPELBRUNN
2	MOERFELDEN
1	MUENSTER-ALTHEIM

Nennungen	Beruf	Nennungen	Beruf
1	DIPLOM-CHEMIKERIN	1	DIPLOM-INGENIEUR
1	DIPLOM-SOZIOLOGIN	1	DIPLOM-VOLKSWIRT
1	DIPLOMBETRIEBSWIRT	1	DIPLOMBIBLIOTHEKARIN
1	DIPLOMBIOLOGIN	1	DIPLOMGEOLOGIN
8	DIPLOMINGENIEUR	3	DIPLOMKAUFMANN
1	DIPLOMMATHEMATIKER	2	DIPLOMPAEDAGOGE
7	DIPLOMPAEDAGOGIN	1	DIPLOMPHYSIKER
4	DIPLOMPSYCHOLOGE	3	DIPLOMPSYCHOLOGIN
2	DIPLOMSOZIOLOGE	3	DIPLOMSOZIOLOGIN
1	DIREKTIONSASSISTENTIN	2	DIREKTOR
1	DOKTORAND	1	DOKUMENTARIST
1	DOLMETSCHERAUSBILDUNG	1	DOLMETSCHERIN
2	DOZENT	1	DR.RER.NAT.
1	DROGISTIN	1	EINZELHAENDLER
1	EINZELHANDELSKAUFMANN	1	ELEKTROANLAGENINSTALLATEUR
1	ELEKTROMONTEURIN	1	EMPFANGSSEKRETAERIN
1	ERGOTHERAPEUTIN	2	ERZIEHER
4	ERZIEHERIN	1	EXAMEN
1	EVANGELISCHER	3	FACHHOCHSCHULE
1	FACHLEHRER	3	FACHLEHRERIN
1	FACHSCHUELER	1	FAHRER
1	FAHRLEHRER	1	FERNMELDEINGENIEUR
1	FILIALLEITERIN	1	FILMEMACHER

Die Klassifikation der Berufe ist, wegen der sehr kurzen Angaben in den Akten, nur in grobe Raster möglich. Man könnte aber z. B. helfende und Lehrberufe gegenüber Dienstleistungen und Produktion kategorisieren. Der entsprechende Diktionär wird dann auf den Text angewandt. Das Ergebnis sind numerische Codes, die wie die Informationen des Quasi-Questionnaire tabelliert werden können.

6.2 Testen von Hypothesen

Ein weiteres Ziel des Projekts ist die Überprüfung bestimmter in der Literatur genannter Hypothesen. An zwei fiktiven Beispielen wird die Vorgehensweise bei solchen Tests dargestellt.

a) Die Hypothese sei, daß Analytiker einem gegengeschlechtlichen Patienten häufiger Psychoanalyse empfehlen als einem gleichgeschlechtlichen. Diese Hypothese kann im ersten Anlauf mit einer Tabellierung der Merkmale "Psychoanalyse ja-nein", "Patient weibl.-männl." und "Analytiker weibl.-männl." getestet werden. Die notwendigen Informationen erzeugt man aus der numerischen Datei wie folgt: "Psychoanalyse ja-nein" ist in der nu-

merischen Datei nur indirekt enthalten. Dazu muß Frage 18 des Quasi-Questionnaire "Ausbildungsanalyse"* (siehe Anhang I) recodiert werden. Mit der Variablen "Ausbildungsanalyse" wird für jeden Patienten festgehalten, ob eine Ausbildungsanalyse möglich, eingeschränkt oder nicht möglich sei, oder ob diese Informationen nicht zutreffen, d. h. daß dem Patienten keine Psychoanalyse angeboten wurde. Der Recode lautet dann: "trifft nicht zu = 0, sonst = 1"; die Angabe des Geschlechts des Patienten ist direkt erhoben; das des Analytikers indirekt, indem die Kennungen der Analytiker implizit in zwei Bereiche geteilt sind (z. B. 1-n = weiblich und m-Ende = männlich). Durch einen entsprechenden Recode kann dann die Variable "Geschlecht des Analytikers" erzeugt werden und eine Tabelle für den Hypothesentest berechnet werden (Tabelle 6).

Tab. 6: Geschlecht des Therapeuten und des Patienten und empfohlene Therapieform

	Geschlecht Patient			
	männlich		weiblich	
Geschlecht Therapeut	Psychoanalyse	Keine Psychoanalyse	Psychoanalyse	Keine Psychoanalyse
männlich	65	33	78	63
weiblich	80	43	64	45

b) Zu testen sei die Hypothese, daß die Diagnose nicht nur von Symptomen abhängt, sondern auch von der Alterskohorte des Analytikers. Dazu sind sicher umfangreiche Analysen notwendig, deren Ablauf hier nur skizziert werden kann. Auf der Seite der Symptome können z. B. Begriffscluster berechnet werden, d. h. Gruppen von Symptombezeichnungen, die häufig zusammen auftreten, wobei auch zu untersuchen ist, ob diese Cluster über die Zeit stabil blieben oder sich auf ganz bestimmte Altersgruppen bei den Patienten beziehen. Dann wäre die Variation dieser Cluster mit den Diagnosen und den Therapievorschlägen zu analysieren. Schließlich könnte dann die Alterskohorte des Analytikers als intervenierende Variable eingeführt werden und die Hypothese an sich überprüft werden.

*"Ausbildungsanalyse" meint, daß ein noch nicht völlig ausgebildeter Analytiker (Kandidat) den Patienten unter Anleitung eines Mentors therapieren könnte.

6.3 Fallstudien

Die Datenbank wird es Analytikern am SFI erlauben, leichter als bisher Fallstudien durchzuführen. Das erste Hilfsmittel dazu werden standardisierte Krankenblätter sein. Es ist beabsichtigt, für die erfaßten Fälle eine Aktei anzulegen, in der für jeden Fall die erfaßten Informationen in derselben Reihenfolge vorliegen werden (Abbildung 3). Daneben kann jeder Mitarbeiter für seine Zwecke durch Umsortieren von Teilen oder der ganzen Datenbasis seine ihm genehme "Quasibiographie" erzeugen.

Abb. 3: Auszug aus einer normierten Biographie

Ambulanznummer	9999
Therapeut	55
Wohnort	Frankfurt
Geboren am	2.12.1946
Datum des Interviews	6.6.1967
Konfession	keine Angabe
Überweisung	von sich aus / formale Überweisung
von	Hausarzt
Vorbehandlung	keine
.....	
PSYC	Beziehungsprobleme : hat Schwierigkeiten mit Partner
.....	
THEA	Psychoanalyse, Ausbildungsfall für fortgeschrittene Kandidaten
WEIT	keine Angabe

Ein weiteres Hilfsmittel für Fallstudien werden die Informationsrückgewinnungsfunktionen von SIR bzw. TEXTPACK sein (Informations-Retrieval). Hierzu zum Abschluß noch zwei Beispiele:

a) Numerische Suchinformation.
Es sollen alle Fälle genauer untersucht werden, die von den Analytikern als Ausbildungsfälle ohne Einschränkungen bezeichnet wurden. Dazu wird ein Filter gesetzt, der alle Fälle auswählt, bei denen die Variable "Ausbildungsanalyse" den Wert "1" hat. Dann werden Teile der oder alle gesamten standardisierten Krankenblätter ausgedruckt; schließlich kann über die Identifikationsnummer auf die Originalakten zurückgegriffen

werden. Außerdem können zusätzliche Erhebungen, z. B. beim zuständigen Analytiker, angestellt werden.

b) Nichtnumerische Suchinformation.
Gelegentlich empfiehlt die Ambulanzkonferenz eine andere Therapie als der Analytiker. In solchen Fällen unterscheiden sich die Informationen zu den Schlagwörtern "THErapievorschlag Interview" und "THErapievorschlag Ambulanzkonferenz". Die entsprechenden Fälle können per Programm oder per Hand ausgewählt werden und sind dann wie unter a) angegeben zu behandeln.

Stand des Projekts

Die kumulierte Stichprobe ist vercodet (ca. 900 Fälle); damit ist dieser Teil des Projekts abgeschlossen. Aufgrund der ersten Auswertungen werden nun für die restlichen Fälle einige zentrale Merkmale erhoben, so daß in absehbarer Zeit alle Fälle des Archivs mindestens rudimentär erfaßt sind.

Die ersten Analysen bezogen sich nur auf einen Teil (ca. 2/3) der Stichprobe. Nunmehr sind alle Fälle, allerdings noch unbereinigt, erfaßt und in die Datenbank eingegeben. Gegenwärtig werden verschiedene inhaltsanalytische Diktionäre für die Grundauswertungen konstruiert; diese Diktionäre werden dann zusammen mit anderen Hilfsprogrammen in die Datenbank integriert. Den Abschluß der Arbeiten (Ende 1984) wird die Dokumentation der Grundauswertungen bilden.

Das Projekt wird von Otto Goldschmidt am Sigmund-Freud-Institut durchgeführt. Bei ZUMA betreut Peter Ph. Mohler, der auch diesen Beitrag verfaßte, das Projekt.

Anhang I (Seite 57-59) Quasi-Questionnaire

Anhang II (Seite 60) Liste der Kategorien Quasi-Text

Anhang I - Quasi-Questionnaire

P S Y C H O A N A L Y T I S C H E A M B U L A N Z

Sigmund-Freud-Institut , Frankfurt/M.
ZUMA - Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e. V., Mannheim 1 - B 2, 1

N U M E R I S C H E R E R H E B U N G S B O G E N (Sept. 81) | 1) AMBULANZ-NR. (PAT.-ID.-NR): →

2) VERCODER-NR.: → | 3) Datum der VERCODUNG: → Tag | Monat | Jahr | 4) INTERVIEW-ANALYTIKER- NR.: → (Liste 1)

5) Besondere B e m e r k u n g e n des Vercoders:

6) GESCHLECHT des Patienten: männl. ☐1 weibl. ☐2 | 7) GEBURTSDATUM des Patienten: Tag | Monat | Jahr | 8) INTERVIEW-DATUM: Tag | Monat | Jahr

9) Pat. K O N F E S S I O N : evangelisch ☐1 katholisch ☐2 jüdisch ☐3 andere ☐4 keine ☐5 KA ☐9

P A R T N E R ☐1
10) Pat. M I N O R I T Ä T ☐1 | 11) M U T T E R S P R A C H E : deutsch ☐1 frz. ☐2 engl. ☐3 andere ☐4

Ü B E R W E I S U N G S - / U N T E R S U C H U N G S M O D A L I T Ä T E N :

12) PATIENT kam
☐1 mit formaler ÜBERWEISUNG ☐1 von sich aus ☐1 auf Empfehlung von Bekannten/Verwandten

13) Ü b e r w i e s e n v o n :
- ☐1 (niedergelassenem) H a u s a r z t, F a c h a r z t (außer N e r v e n a r z t)
- ☐1 Nervenarzt
- ☐1 niedergl. Analytiker/Psychotherapeut
- ☐1 Psychiatr. bzw. Nerven-Klinik
- ☐1 Psychotherapeutische oder psychosomatische Klinik
- ☐1 andere Klinik
- ☐1 Gericht oder Strafanstalt
- ☐1 Beratungsstelle
- ☐1 andere: . . . . . .
- . . . . . .
- ☐1 KA
- ☐1 keine

14) V O R B E H A N D L U N G : keine ☐
- ☐1 Allgemeinärztliche bzw. fachärztliche (außer nervenärztl.) bei niedergel. Arzt
- ☐1 nervenärztliche (bei niedergel. Nervenarzt)
- ☐1 Verhaltenstherapie
- ☐1 Gesprächstherapie
- ☐1 Gestalttherapie
- ☐1 *Gespräche* bzw. Beratung in B e r a t u n g s s t e l l e o.ä.
- ☐1 analytische bzw. analytisch orientierte E i n z e l b e h a n d l u n g
- ☐1 analytische bzw. analytisch orientierte G r u p p e n b e h a n d l u n g
- ☐1 Psychiatr.-/ Nerven - K l i n i k
- ☐1 psychotherapeutische oder psychosomatische Klinik
- ☐1 andere Klinik
- ☐1 andere Vorbehandlung
- ☐1 keine Angaben

15) K O S T E N T R Ä G E R : n i c h t versichert ☐01
- ☐02 privat
- ☐03 R V O
- ☐04 Ersatzkasse
- ☐05 andere GKK
- ☐06 *D S K V*
- ☐07 Sozialamt
- ☐08 andere
- ☐99 KA

16) Im SFI durchgeführte U N T E R S U C H U N G E N
- ☐1 Sprechstundeninterview / Vorgespräch
- ☐1 Interview
- ☐1 Zweitinterview
- ☐1 Beratung
- ☐1 Zweitberatung
- ☐1 Spiegelinterview
- ☐1 Paarinterview
- ☐1 Testpsychologische Untersuchung
- ☐1 Ambulanzkonferenz
- ☐1 Abschlußbesprechung
- ☐1 spätere Kontakte mit Interview-Analytiker
- ☐1 zweiter Analytiker zugezogen
- ☐1 spätere Kontakte mit SFI

17) Ü b e r w e i s u n g oder M a ß n a h m e
- ☐1 keine Überweisung bzw. Maßnahme
- ☐1 *Liste gegeben bzw. Namen genannt*
- ☐1 Warteliste Haus
- ☐1 zu Nervenarzt
- ☐1 in Nevenklinik
- ☐1 psychotherapeutisch ausgerichtete Klinik
- ☐1 zu Psychotherapeut
- ☐1 zu Psychoanalytiker
- ☐1 andere Überweisung

Name des Therapeuten bzw. Analytikers genannt ☐1 ja

Wenn 'ja': Name in Liste für Dr. Goldschmidt eintragen!

18) A U S B I L D U N G S A N A L Y S E
trifft nicht zu ☐0
- ☐1 möglich
- ☐2 eingeschränkt möglich
- ☐3 nein

HERKUNFTSFAMILIE DES PATIENTEN

19) ELTERN:
Datum der Eheschließung: Tag | Monat | Jahr

20) Patient uneheliche Geburt: ja ☐1 fraglich ☐2

21) Alter der Eltern bei GEBURT des Patienten?

VATER: ☐☐ MUTTER: ☐☐

Falls Kategorien:
- unter 20 = 01
- 20 - 24 = 02
- 25 - 29 = 03
- 30 - 34 = 04
- 35 - 39 = 05
- 40 und älter = 06
- KA = 99
- sonst in Jahren

22) Eltern verstorben?

vor Geburt = 80
bei Geburt = 81
1.Halbjahr = 82

VATER: nein ☐1 ja ☐2 KA ☐9

Alter Patient bei Tod des Vaters: ☐☐

MUTTER: nein ☐1 ja ☐2 KA ☐9

Alter Patient bei Tod der Mutter: ☐☐

23) GESCHWISTER des PATIENTEN: (auch Halb-/Stiefgeschwister)

ANZAHL der Geschwister insgesamt: ☐☐ keine (Einzelkind) ☐1

1.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82
2.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82
3.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82
4.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82
5.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82
6.	Bruder ☐1 Schwester ☐2 KA ☐9 Stief/Halb ☐1	älter ☐1 jünger ☐2 gleichaltrig (Zwilling/Drilling) ☐3 KA ☐9	Altersdifferenz ☐☐ (in Jahren)	verstorben? vor Geburt Pat. ☐1 nach Geburt Pat. ☐2 KA ☐9	Alter Pat. bei Tod: ☐☐	1.Halbjahr = 82

24) WOHNSITUATION des Patienten:

- EIGENE WOHNUNG:
  - nicht im selben Haus wie Eltern ☐01
  - im selben Haus wie Eltern ☐02
- UNTERMIETE:
  - nicht im selben Haus wie Eltern ☐03
  - im selben Haus wie Eltern, aber anderer Vermieter ☐04
  - bei Eltern ☐05
- WOHNGEMEINSCHAFT:
  - nicht im selben Haus wie Eltern ☐06
  - im selben Haus wie Eltern aber andere Wohnung ☐07
  - im selben Haus wie Eltern mit Eltern ☐08
- WOHNHEIM: ☐09
- ANDERE Wohnsituation: (halboffen vercoden!) ☐10

KA ☐99

SCHULBILDUNG UND BERUF

25) Abbruch (vor) ← SCHULABSCHLUSS → erreicht

Abbruch (vor)		erreicht
5	Volks-/Hauptschule	1
6	Realschul-/Mittelschulreife	2
7	Fachschulreife	3
8	Abitur	4
9	KA	9
	ZWEITER Bildungsweg?	1

26) STUDIUM /(and.) BERUFSAUSBILDUNG

STUDIUM		BERUFSAUSBILDUNG
1	derzeit	1
1	abgebrochen	1
1	abgeschlossen	1
1	Studienfach gewechselt	
1	mehrere abgeschlossene Stud./Berufsausb.	1
	Fortbildung im Beruf	1
	Keinerlei Ausb./Stud./Lehre	1

KA 9

EIGENE FAMILIE / PARTNERSCHAFT / KINDER

27) FORMALER FAM.-STAND

1 verheiratet
2 getrennt
3 geschieden
4 verwitwet
5 verlobt
6 ledig

a) Alter bei (erster) Heirat
b) Alter bei Trennung/ Tod des Partners

Mehrfache Ehen 1

28) Trennung beabs. 1 / vor kurzem 2

29) ALTERSDIFFERENZ

zum gegenwärtigen Partner (KA 99): älter 1 / jünger 2 / KA 9

zum Haupt-Konflikt-Partner (KA 99): älter 1 / jünger 2 / KA 9

30) AKTUELLE PARTNERSCHAFTSSITUATION

zur Zeit ohne Partner		1
Pat. hat einen Partner	lebt zusammen	2
	lebt nicht zusammen	3
Pat. hat z.Zt. mehrere Partner	lebt allein	4
	lebt mit einem	5
	lebt mit mehreren	6
Pat. hat z.Zt. flüchtige, wechselnde Beziehungen		7
Pat. ist z.Zt. weitgehend isoliert		8

31) ÜBERWIEGENDES BEZIEHUNGSMUSTER

eine feste Partnerschaft	1
gleichzeitig mehrere Partnerbeziehungen	1
flüchtige, wechselnde Beziehungen	1
weitgehende Isolierung	1
nicht entscheidbar	1

32) KINDER Keine 1, Zahl unbek. 8, KA 9

		Zwillingsgeburt	unehel. Geburt		Alter Patient bei Geburt od. Annahme	verstorben / Alter Patient bei Tod
1. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v.Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1
2. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v.Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1
3. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v.Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1
4. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v. Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1
5. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v. Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1
6. KIND	m 1 / w 2 / KA 9	1	1	leibliches Kind 1 / Kind v. Partner 2 / Adoptivkind 3 / Pflegekind 4		1

33) Patientin oder Partnerin hatte

	ANZAHL	im Alter von ..... Jahren I.	II.	III.
FEHLGEBURTEN				
SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE		I.	II.	III.

SCHWANGERSCHAFT z.Zt. des Interviews: Patientin 1 Partnerin 2

Anhang II - Liste der Kategorien Quasi-Text

P S Y C H O A N A L Y T I S C H E A M B U L A N Z

Sigmund-Freud-Institut, Frankfurt/M.
ZUMA - Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen e.V., Mannheim 1 - B2,1

H A L B O F F E N E R E R H E B U N G S B O G E N (Nov. 81)

Kategorie	Stichwort
Aufgewachsen bei	AUFW
Beruf Vater } in Kindheit (0 - 18)	BVAT
Beruf Mutter }	BMUT
Beruf Patient } zum Zeitpunkt des Interviews	BPAT
Beruf Partner }	BPAR
Eltern zusammen/getrennt von bis	EBEZ
Wohnungswechsel in Kindheit, unter dem gelitten wurde	WWEC
Psychische Störungen bzw. Erkrankungen	PSYC
Psychosomatische Störungen bzw. Erkrankungen	PSOM
Körperliche Erkrankungen	KORP
Unfälle	UNFA
Operationen	OPER
Ungewöhnliche schwere Ereignisse	TRAU
Leiden Vater	LEIV
Leiden Mutter	LEIM
Leiden Partner	LEIP
Leiden Geschwister	LEIG
Leiden restliche Familie	LEIF
Auslösende Situation	ASIT
Wohnsituation (soweit nicht numerisch erfaßbar)	WSIT
Wohnort	WORT
Interview-Diagnose:	
allgemein	DALI
Symptom	DSYI
Struktur	DSTI
Test-Diagnose:	
Struktur	DSTT
Ambulanzkonferenz-Diagnose bzw. abschließende Diagnose:	
allgemein	DALA
Symptom	DSYA
Struktur	DSTA
Therapievorschläge:	
im Interviewbericht	THEI
im Testbericht	THET
Abschlußvorschlag	THEA
Abwehrmechanismen	ABWE
Abbruch der Untersuchungen	ABBR
Weiterbehandlung	WEIT
Dramatische Reaktionen Patient im Interview	DREP