

108. Kächele H (1992) Von der klinischen zur systematischen Forschung. In: Tress W (Hrsg) *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland*. Verlag für Med Psychologie, Göttingen, S 73-82

Von der klinischen zur systematischen Forschung

Horst Kächele, Ulm

1971 erschien eine kurze Stellungnahme eines inzwischen auch bei uns hinlänglich bekannten Therapieforschers, Lester Luborsky, zu den ersten sich abzeichnenden Ergebnissen der Therapieforschung, die schon im Titel eine damals noch vorherrschende Skepsis zu erkennen gab: "Die Forschung kann die klinische Praxis noch nicht beeinflussen." In der Einleitung zu seinem 1984 erschienen Lehrbuch der analytischen Psychotherapie hat sich diese Einstellung entscheidend geändert. Heute scheint es möglich, allgemeine und spezielle Hinweise auf praktische Konsequenzen der Therapie-Forschung zu geben. (Luborsky, 1984, 1988a, 1988b, 1990). Dieser Umstand rechtfertigt den Weg von der hergebrachten klinischen Forschung zur grundlagenwissenschaftlichen Forschung zu reflektieren.

An den Anfang stelle ich eine Feststellung von Bowlby (1979, dt. 1982). Er weist darauf hin, dass wir gut beraten sind zwei Rollen zu unterscheiden, die Rolle des Klinikers und die Rolle des Wissenschaftlers: die Aufgabe des Klinikers ist es, in der klinischen Situation positive Evidenz zu maximieren, um handlungsfähig zu sein. Die Aufgabe des Wissenschaftlers dagegen ist es, negative Evidenz zu maximieren. Dies ist gewiß eine sehr überspitzte Formulierung, über die man sprechen könnte. Dies wird durch die Feststellung verständlicher, daß das psychotherapeutische Verfahren eine Tätigkeit darstellt, die auf Beeinflussung ausgerichtet ist und damit unvermeidlich interaktiv stattfindet. Deshalb ist die Unterscheidung zwischen Kliniker und Wissenschaftler vielleicht sehr sinnvoll.

Es ist in diesem Zusammenhang natürlich unvermeidlich, über Freuds Behauptung vom Junktim von Forschen und Heilen einzugehen. Die psychoanalytische Methode empfahl sich ja durch ihre ausgiebige Beobachtung des Patienten im Laufe der Behandlung auch als grundlagenwissenschaftliche Vorgehensweise. Von diesem dyaden-spezifischen Prozeß könnte man sagen: Es treffen sich zwei Menschen in einer hochgradig professionalisierten Situation, um durch die Erforschung der Lebensgeschichte des einen von beiden und ihrer interaktiven Aktualisierung in der therapeutischen Beziehung eine Veränderung einzuleiten. Dieser Forschungsprozess ist an die bipersonale Situation gebunden sein. Was passiert mit diesem Forschungsfeld, wenn der Patient das Sprechzimmer verlassen hat und der Psychotherapeut an seinen Schreibtisch geht.

Die als Forschung bezeichnete Aufklärung in der Psychoanalyse ist an eine Dyade gebunden und vollzieht sich interaktiv. Beckmann (1988) verweist in

einen Rückblick auf sein Forschungsprogramm zur Gegenübertragung (vgl. seine Veröffentlichung von 1974: "Der Analytiker und sein Patient") auf relativ stabile Gegenübertragungsmuster der Analytiker und die damit unausweichliche Erfahrung, daß jeder Analytiker seine kognitiv-affektiven Grenzen hat, welche die Reichweite seiner beobachtenden Möglichkeiten beschränken. Andererseits agiert auch der Patient innerhalb seiner ihn kennzeichnenden persönlichen Eigenarten, dessen Stabilität gerade die Untersuchungen zum zentralen Beziehungskonfliktthema (Luborsky & Crits-Christoph 1990) aufgewiesen haben. Allein dieses Aufeinandertreffen zweier verschiedener Persönlichkeiten führt interaktiv zu einem je spezifischen therapeutischen Verlauf, was heute mit den Ergebnissen der systematischen Therapieforschung sehr gut belegt werden kann. (Orlinsky & Howard 1986). Das je spezifische "zueinander passen" von Analytiker und Analysand eröffnet immer wieder neue Konstellationen und Möglichkeiten des Verstehens und damit des Erforschens subjektiver Wirklichkeit im Felde des therapeutischen Gespräches.

In dem Moment wo Analytiker und Patient sich trennen, ist die Phase der Feldforschung zu Ende - wie ich diesen Forschungsprozess in der therapeutischen Situation gerne nenne - wo der Analytiker aus dem Forschungsfeld - ob man dieses als Dschungel oder Wüste betrachtet sei hier dahingestellt - und zuhause am Schreibtisch klinische Forschung betreibt. Klinische Forschung so verstanden meint schlicht die Niederschrift von reflektierter Erfahrung. Der Therapeut arbeitet unvermeidlich mit Modellen, Heuristiken und Vorannahmen, die er nicht allein von der Zustimmung des Patienten abhängig macht (Peterfreund, 1983). Ein Analytiker als klinischer Forscher pflegt in seinem Denken über seine Patienten eine Ebene der Reflexion, die von der Sichtweise des Patienten zwar berührt, aber sich ihr nicht unbedingt angleichen muß. Die berufliche Rolle des Analytikers verlangt, daß er sein eigenes theoretisch begründetes Denken aufrechterhält, bei dem er abgegrenzt bleibt. Der Psychoanalytiker handelt hier nicht anders als ein Mediziner, dessen Expertise in der Vermittlung von kulturell stabilisierten Mythen, dh Interpretationsfolien an den Patienten besteht (Levi-Strauss 1956).

Soll dieses nachdenkende Handeln als Forschung bezeichnet werden, möchte man herausfinden, inwieweit der einzelne Analytiker über eine Rollendifferenzierung verfügt, also sein eigener Erforscher sein kann, der vom Prinzip der handlungsleitenden Evidenzmaximierung abgeht und für seinen Forschungsprozeß mit einem Patienten auch alternative Deutungsentwürfe entwickeln kann wie dies Edelson (1984, 1985) gefordert hat. In dieser Phase des nachdenklichen Ordnen der Erfahrung ist die gleichschwebende Aufmerksamkeit der psychoanalytischen Haltung an ihrem vorläufigen Ende, der Psychotherapeut wird zum schriftstellerschen Sach- oder Fachbuch-Autor.

Diese Art klinischer Forschung des einzelnen Analytikers transportiert durch die mündliche oder schriftliche Verbreitung die reflektierte Erfahrung eines einzelnen in seine fachlich qualifizierte Referenzgruppe; diese hinwiederum ist bereits durch die Ausbildung im Kopfe des nachdenkenden Analytikers als Expertensystem präsent und bestimmt nur allzu oft was öffentlich mitgeteilt wird. So beklagt unlängst Kernberg (1986) wie schon andere zuvor, dass " die psychoanalytische Ausbildung nur zu oft in einer Atmosphäre der Indoktrination anstelle einer offenen wissenschaftlichen Forschung geführt wird (S. 799). Es scheint so, dass unsere Art des Arbeitens diesen Rückbezug auf eine Gruppe notwendig macht - nur müßten wir uns stärker als bisher über diesen Schritt verständigen. Ein zentrales Problem dieses gruppengebundenen Forschungsprozesses liegt darin, daß die narrative Struktur des Wissens-Transfers eine nicht-systemimmanente Kritik erschwert, wenn nicht verhindert.

Eine erste Schlußfolgerung: die heuristische Fruchtbarkeit des klinischen Forschungsansatzes ist unübersehbar, aber seine Ergebnisse sind auch unüberschaubar. Das Wortspiel ist durchaus absichtlich. Ich glaube, daß die Kontextbedingungen, unter denen die klinischen Phänomene gewonnen werden, selten so beschrieben werden, daß die Ergebnisse additiv zu gebrauchen wären. Soll diese Art klinischer Forschung zur systematischen Forschung transformiert werden, so gewinnt die Reflexion über die Aufzeichnungsmethoden des Klinikers/Forschers als teilnehmendem Beobachter eine entscheidende Bedeutung (Stoller 1979, S.XVI).

Was also sind die Daten, um deren Aufzeichnung es gehen muß? In Anlehnung an die hermeneutischen Wissenschaften möchte ich sagen: alle Quellen, derer man habhaft werden kann. Die Qualität des Rohmaterials bestimmt dann die Reichweite und Gültigkeit der erzielbaren Aussagen. Als die Gebrüder Grimm Märchen gesammelt haben, schufen sie einen Korpus, das dann für weitere Auswertungen zur Verfügung stand . Zu den Quellen unsres Faches rechne ich die Aufzeichnungen der Therapeuten und übrigens auch der Patienten, die dann eben nicht privat bleiben dürfen. Besonders willkommen wären ausführliche Fallberichte erfahrener Analytiker, von denen wir leider zu wenig haben (Kächele 1981). Die Kennzeichnung dieser Quellen als narrative Daten tut ihrer potentiellen wissenschaftlichen Verfügbarkeit keinen prinzipiellen Abbruch, denn für den psychotherapeutischen Alltag gilt gewiß auch, was Ehlich für das Erzählen im Alltag festhält: "Erzählen ist eines der prominentesten Mittel, mit denen der Transfer von Erfahrungen bewältigt werden kann" (1980, S. 20). Was uns allerdings noch weitgehend fehlt, ist eine Erzähltheorie des psychotherapeutischen Narrativs, die uns instand setzen würde über Freuds Feststellung zur Novellen-Natur seiner Krankengeschichten hinauszukommen (s.d. z.B. Marcus 1974). Krankengeschichten, Behandlungsberichte erschließen subjektive Bearbeitungsprozesse, von deren Funktionsweise wir noch zu wenig wissen.

Meine Behauptung ist, daß die systematische, grundlagenerschließende Forschung über die Einführung eines Dritten hergestellt wird. Wie immer wir das Dritte konstituieren: es ist keine Person, das Dritte ist etwas, was Öffentlichkeit, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit über die psychotherapeutische Situation hinaus herstellt, denn dieses Dritte führt Kritisierbarkeit in das Geschehen ein (Kächele, 1981; Grünbaum 1988).

Bis hierher habe ich mich bemüht, dem tradierten Forschungskonzept der Psychotherapeuten als klinisch tätige und oft sehr erfahrene Beobachter menschlicher Konflikte gerecht zu werden. Dieses Forschungsmodell respektiert die Einzigartigkeit der therapeutischen Beziehung und konzipiert den Forschungsprozess als eine Art emotionalen und intellektuellen Verdauungsvorgang, ohne dass wir über die Physiologie dieser Vorgänge so recht Bescheid wissen. Mit der Forderung nach Herstellung von Öffentlichkeit wird allerdings ein Schritt eingeführt, der weitreichende Folgen hat. Öffentlichkeit der psychotherapeutischen Situation impliziert, dass nicht nur die am Prozess beteiligten sich ein Bild von den Vorgängen machen können, die sich zwischen ihnen abspielen.

Mit der seit den fünfziger Jahren geforderten Einführung der Tonbandaufzeichnung als Mittel der Registrierung wird ein grundsätzlicher Perspektivenwechsel eingeführt. Nicht mehr die erzählte Geschichte einer therapeutischen Beziehung, sondern die intersubjektiv wahrnehmbare, interaktiv ausgehandelte Geschichte tritt auf den Plan. Statt einer Erzählung von einem routinierten, professionalisierten psychotherapeutischen Standpunkt aus, der die Geschichte einer Interaktion wiedergibt, wird die registrierte Interaktion selbst zum Dokument der Forschung. Natürlich wäre es naiv zu glauben, mit der Registrierung der Interaktion sei es durch Tonband-, durch high tech Videoaufnahmen, durch psychophysiologische Ableitungsmethoden könne das Ganze der psychotherapeutischen Interaktion erfasst werden. Nicht umsonst spricht Meyer (1981, 1988) von der systematischen akustischen Lücke der Tonbandregistrierung. Auch die Einführung von Erhebungsbögen, die Patient und Therapeut brav nach bewegenden Sitzungen ausfüllen, kann hier nicht befriedigen; denn wie kann eine Profession, die sich der Dynamik der Wechselbeziehung von bewusstem und unbewusstem Erleben verschrieben hat, nur einen Moment glauben, dass diese damit ganz zu erfassen sei. Die Frage ist aber, wie zureichend für welche Fragestellung können solche Erfassungsmethoden sein. Immerhin gilt: Mit dem Wechsel von der Erzählperspektive zur Beobachtungsperspektive kommt zum Tragen, daß wir von einer raffiniert verdichteten Wiedergabe des Therapiegeschehens, seien es Novellen oder Epen, zu einer Notation des Prozesses kommen, die den Verlauf durch konventionalisierte Beschreibung wiederzugeben sucht. Was wäre ein Musikwissenschaftler ohne ein Partitur, was könnte er aussagen, stünden ihm nur Erzählungen, und seien sie auch noch so gekonnt, zur Verfügung. Mit der Behauptung, dass erst durch Aufzeichnungsverfahren die Phase der grundlagenwissenschaftlichen Psychotherapieforschung eröffnet wurde, fasse ich einen Konsens zusammen,

der in der scientific community in den letzten Jahren erreicht wurde (Thomä & Kächele 1988, S.26 f). Dieser methodische Paradigmenwechsel hat auch eine weitere Konsequenz zur Folge, die in den letzten Jahren zunehmend artikuliert wird. Wir müssen von der klinischen Makroebene auf eine subklinische Mikroebene kommen.

Dieser Wechsel in der Aufmerksamkeit könnte deshalb fruchtbar werden, weil wir als Kliniker schließlich damit arbeiten, dass wir in einer hochkomplexen Interaktionssituation arbeiten, aus der wir nach uns weitgehend unbekannten Heuristiken die für unsere Interventionen notwendigen Informationen herausfiltern (Moser 1989). Grundlagenwissenschaftliche Ansätze aus der klinischen Psychologie, der Sozialpsychologie und der Kognitionspsychologie, die uns bei der Beschreibung der Vielfalt helfen, dürften da von erheblicher Bedeutsamkeit sein.

Historisch und gegenwärtig sind es vor allem die Kommunikationswissenschaften, unter denen historisch die Linguistik an erster Stelle firmiert. Zunehmend aber wird in den letzten Jahren die Reichweite des non-verbalen Verhaltens als ein die Interaktion steuerndes Regulationsystem entdeckt. Mimik, Bewegung und Haltung, Stimmqualitäten, Blickkontakt werden zunehmend auch in therapeutischen Situationen untersucht und demonstrieren unsren staunenden Augen, was sich außerhalb unsrer bewussten Wahrnehmung zwischen Patient und Therapeut abspielt, was aber in der klinisch so fruchtbaren Konzeptualisierung der Gegenübertragung heuristisch.zur Anwendung kommt.

Lassen Sie mich einige Beispiele nennen:

Freud kennzeichnete das Gespräch, in dem die psychotherapeutische Behandlung besteht lapidar so, dass in ihr nichts anderes vor sich gehe "als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzte" (1916/17, S.9). Diese Feststellung reicht zunächst einmal um einen Ausgangspunkt für Untersuchungen dieses therapeutischen Gespräches zu gewinnen. Im deutschen Sprachraum haben sich um die Einführung der sog. Konversationsanalyse oder Diskursanalyse in die psychotherapeutische Therapieforshung besonders S. & H. Goeppert (1973, 1975), .Flader und Wodak-Leodolter (1979) bemüht. Ein Buch, 1982 von Flader und Schröter als Sprachwissenschaftler und dem Psychoanalytiker Grodzicki zusammengestellt, trägt den bezeichnenden Titel "Psychoanalyse als Gespräch".

Ein gutes Beispiel für die praktische Brauchbarkeit grundlagenwissenschaftlicher, konkret hier diskursanalytischer Forschung gibt eine Studie von Streeck (1989). Diese beruht auf Aufzeichnungen, die an einer universitären psychiatrischen Klinik im Rahmen der therapeutischen Bemühungen um Suizidpatienten erhoben wurden. Es ist klinisch hinlänglich bekannt, dass nicht wenige Suizidpatienten ein therapeutisches Angebot nicht annehmen und sich durch Abbruch der Kontakte entziehen. Systematische klinisch-psychologische Untersuchungen, die in dieser Studie durchgeführt wurden, erbrachten nur wenig klinisch habhaftes. Die von Streeck durchgeführte konversationsanalytische Auswertung von 20 Therapieverläufen konnte

jedoch belegen, dass eine frühe Fokusfindung Voraussetzung für die Herstellung einer guten therapeutischen Allianz ist, die zu einem gelungenen Therapieverlauf führt. Die präzise mikroanalytische Auswertung des sprachlichen Geschehens in der ersten Stunde arbeitet entscheidende Aspekte der Therapeut-Patient Interaktion heraus. Diese Untersuchungen ergänzen in detaillierter Weise die von Luborsky und vielen anderen durchgeführten Untersuchungen zur hilfreichen Beziehung, deren Prädiktionswert für den späteren Therapieverlauf schon früh am Anfang der Behandlung, allerdings erst in der konkreten Behandlungssituation, ermittelt werden konnte (Luborsky et al. 1988)

Wir selber haben in Ulm mithilfe der an der Ulmer Textbank verfügbaren computer-gestützten Textanalyse Wortschatzanalysen von diesen Therapiestunden durchgeführt, die uns L. Luborsky überlassen hat. Wir konnten zeigen, dass Therapeuten von später erfolgreich behandelten Patienten bereits in den ersten Stunden wesentlich intensiver auf das emotionale Vokabular ihrer Patienten fokussierten als Therapeuten bei wenig erfolgreich verlaufenden Therapien (Hölzer et al. 1990). Solche Untersuchungen belegen, dass der klinisch beurteilte Makroausgang, also das zufriedenstellende Ergebnis, sich aus vielfältigen Mikroprozessen zusammensetzt, deren Vielfalt wir allerdings in Umrissen ahnen. So konnte eine Hamburger Linguistin an vier Ulmer Psychoanalysen zeigen, dass das Ausmaß der Passivkonstruktionen sich im Verlauf der Behandlung bei allen vier Patienten zu Aktivkonstruktionen hin veränderte (Beermann 1987). Veränderungsprozesse systematischer Art finden sich in fast allen linguistischen Variablen, die man bisher zur Untersuchung von Therapieverläufen herangezogen hat.

Selbst so einfache Messgrößen wie die sprachliche Aktivität zeigt bei exakter Registrierung systematische Veränderungen, die wesentliche Dimensionen des therapeutischen Prozesses widerspiegeln (Kächele 1983).

Inwieweit haben solche Untersuchungen eine praktische Relevanz? Mit dieser Frage lässt sich auf verschiedene Weise umgehen. Die Psychotherapie hat initial eine Phase der Legitimationsforschung durchgemacht, die dann durch ein kompetitives Paradigma abgelöst wurde. Auch diese Frage verlor ihre Schärfe im Nebel der Meta-Analysen. Grawe, von dem wir die Ergebnisse der jüngsten und teutonisch gründlichsten Studie demnächst erwarten können (s.d. Grawe et al. 1990), spricht bevorzugt von der Botanisierungsphase, in die die Psychotherapieforschung erst jetzt eintreten würde (Grawe 1988). Botanisieren heißt sammeln, registrieren, Komplexität ausleuchten, also zurück ins Feld, von dem eingangs die Rede war, aber nun ausgerüstet mit nicht-klinischen Methoden. Quantitative und qualitative grundlagenwissenschaftliche Forschung erhellt jene Prozesse, die der klinisch Tätige mitgestaltet. Sie werden in klinisch so fruchtbaren Konzeptionen wie der der Gegenübertragung zwar reflektiert, aber sind doch meist ungenügend konzeptualisiert (Grey & Fiscalini 1987).

Dies gilt noch expliziter für die non-verbalen Abläufe, deren regulative Funktion im Gespräch durch ihre meist nur kurzzeitiges Auftreten selbst dem

bemühten Nachdenken verschlossen bleiben. Wer einmal eine Moment-für-Moment Analyse einer mimischen Interaktion mit Hilfe des sog. FACS-Systems zur Kenntnis nahm (Krause & Lütolf 1988), wird nicht umhin können, diesem bewusst nicht fassbaren Kosmos des Gefühlsaustausches seine ehrfürchtige Bewunderung zu zollen. Auch wenn nicht immer gleich ausgemacht ist, für welches therapeutische Konzept diese oder jene Beobachtungsdimension mit Gewinn zu nutzen ist, so lässt sich doch festhalten, dass die detaillierte Untersuchung des mikroprozessualen Unterbaues therapeutischer Kommunikation langfristig auch unsere Theorie über therapeutische Prozesse beeinflussen wird. Ich wünsche mir deshalb- um eine Antwort auf die Frage zu geben, gar nicht, dass wir eine kurzschlüssige Praxis-Relevanz des grundlagenwissenschaftlichen Ansatzes demonstrieren müssen. Stattdessen wünsche ich mir die Entwicklung zweiter Identitäten, des klinischen Forschers, dessen heuristische Fähigkeiten gar nicht hoch genug geschätzt werden können, dessen produktiver Hypothesen-Reichtum uns erhalten bleiben sollte; daneben und kooperativ, nicht kompetitiv, wünsche ich mir eine professionelle Identität des Psychotherapieforschers, der mit nicht-klinischen Methoden den klinischen Raum sondiert, beschreibt und katalogisiert. Der gute Hypothesen aus der klinischen Arbeit zieht, aber auch andere Theorieansätze zum besseren Verständnis heranzuziehen weiß. Last not least aber wünsche ich mir möglichst viele, die beide Identitäten zu leben wissen

Coda: Meines Erachtens ist nicht die Unterscheidung von klinischer und systematischer Forschung grundlegend, also mithilfe erzählter Wirklichkeit oder mittels beobachteter Wirklichkeit die Theorieskizzen der psychotherapeutischen Theorien entworfen werden; für beide Formen der Datengewinnung bestehen bewährte Forschungstraditionen. Entscheidend scheint vielmehr, dass beide Beobachtungsdimensionen systematisch ausbuchstabiert werden müssen. Wir müssen sowohl den Kanon hermeneutischer Bewährungsregeln einfordern (Hirsch 1972; Kuhlmann, 1975; Specht 1981; Sandner 1989), wenn es um erzählte Wirklichkeiten geht - oder den Kanon empirischer Sozialforschung genügen, wenn durch Beobachtung durch Dritte die psychotherapeutische Interaktion Gegenstand der Forschung wird. Diese beiden Perspektiven brauchen nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern sollten sich wechselseitig im Hinblick auf die Gegenstandsadäquatheit in Frage stellen, um so den Blick zu schärfen, welche Methode für welche Frage in Frage kommt.(Kächele 1986)! Hier sehe ich den entscheidenden Drehpunkt einer Diskussion über die Praxisrelevanz grundlagenwissenschaftlicher Forschung für die therapeutische Praxis.

Literatur :

- Beckmann D (1974) Der Analytiker und sein Patient. Huber, Bern
- Beckmann D (1988) Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: P. Kutter, R. Raramo-Ortega, R. Zagermann (Hrsg.): Die psychoanalytische Haltung. Internat. Psychoanalyse, München, S. 231-244.
- Beermann S (1987) Passiv-Aktivkonstruktionen in vier Psychoanalysen. Linguist. Diplom-Arbeit, Universität Hamburg
- Bowlby (1979) Psychoanalysis as art and science. Int. Rev. Psychoanal. 6: 3 - 14; dt. in Bowlby J (1982) Psychoanalyse als Kunst und Wissenschaft. in J. Bowlby (1982) Das Glück und die Trauer. Klett, Stuttgart, S. 197-217
- Edelson M (1984) Hypothesis and evidence in psychoanalysis. Univ Chicago Press, Chicago
- Edelson M (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Thought 8:567-614
- Ehlich K (Hrg) (1980) Erzählen im Alltag. Suhrkamp, Frankfurt
- Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) (1979) Therapeutische Kommunikation. Ansätze zur Erforschung der Sprache im psychoanalytischen Prozess. . Scriptor, Königstein
- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrg) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt
- Freud S (1927a) Nachwort zur Frage der Laienanalyse GW Bd 14, S. 287-296
- Goeppert S, Goeppert H (1973) Sprache und Psychoanalyse. Rowohlt, Hamburg
- Goeppert S, Goeppert H (1975) Redeverhalten und Neurose. Rowohlt, Hamburg
- Grawe K (1988) Zurück zur psychotherapeutischen Einzelfallforschung. Z Klin Psychol 17:4-5
- Grawe K, Bernauer F, Donati R (1990) Psychotherapien im Vergleich: Haben wirklich alle einen Preis verdient? Psychother Med Psychol 40: 102-114
- Grey A, J F (1987) Parallel processes as transference-countertransference interaction. Psychoanal Psychology 4:131-144
- Grünbaum A (1988) The role of the case study method in the foundations of psychoanalysis. in: L Nagl & H Vetter (Hrg) Die Philosophen und Freud. Serie: Wiener Reihe. Oldenburg Verlag, Wien
- Hirsch ED jr (1972) Prinzipien der Interpretation W. Fink Verlag, München
- Hölzer M, Kächele H, Mergenthaler E, Luborsky L (1990) Vocabulary measures for the evaluation of therapy outcome: studying the transcripts from the Penn Psychotherapy Project (PPP). Int J Psychotherapy Research eingereicht.:
- Kächele H (1981) Zur Bedeutung der Krankengeschichte in der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Jb. Psychoanal 12:118-178
- Kächele H (1983) Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. in W.R. Minzel & W. Herff (Eds) Methodology in Psychotherapy Research. Frankfurt, Peter Lang, 1983, S. 125-129

- Kächele H (1986) Validating psychoanalysis: what methods for what task ?
Behavioral and Brain Sciences 9: 244-245
- Kernberg O (1986) Institutional problems of psychoanalytic education. J Am
Psychoanal. Ass.34: 799-834
- Kuhlmann W (1975) Reflexion und kommunikative Erfahrung. Suhrkamp,
Frankfurt
- Krause, R; Lütolf P (1988) Facial indicators of transference processes within
psychoanalytic treatment. in Dahl H, Kächele H, Thomä H (1988)
Psychoanalytic Process Research Strategies., Springer, Berlin
- Levi-Strauss (1956) Witch-doctors and psychoanalysis. The Unesco Courier
July/August,S. 8-10. dt. Medizinmänner und Psychoanalyse. Integrative
Therapie 4/79, S. 297-302
- Luborsky, L (1971) Research cannot yet influence practice. Int J Psychiatry
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for
supportive-expressive treatment . Basic Books, New York. Dt: (1988)
Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin
Heidelberg New York Tokyo.
- Luborsky L et al (1988) Who benefits from Psychotherapy? . Basic Books,
New York
- Luborsky L, Chrits-Christoph P (1990) Understanding Transference. The
CCRT-Method . Basic Books, New York
- Marcus S (1974) Freud und Dora - Roman, Geschichte, Krankengeschichte.
Psyche 28: 38-79
- Meyer AE (1981) Psychoanalytische Prozeßforschung zwischen der Skylla
der "Verkürzung" und der Charybdis der "systematischen akustischen
Lücke". Z Psychosom Med Psychoanal 27:103-116
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick. in Dahl H , Kächele H,
Thomä H (1988) Psychoanalytic process research strategies, Springer,
Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo
- Moser U (1989) On - und Off-line, Praxis und Forschung, eine Bilanz
Berichte aus der Abteilung für klinische Psychologie, Psychologisches
Institut der Universität Zürich, Nr. 24
- Orlinsky D, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In:
Garfield S, Bergin AE (Hrsg) Handbook of Psychotherapy and Behavior
Change, 3rd edn . Wiley, New York, S 311-381
- Peterfreund E (1983) The process of psychoanalytic therapy. Models and stra-
tegies. Analytic Press, Hillsdale
- Sandner D (1989) Psychoanalyse als empirische Sozialwissenschaft. Eine
Einzelfallstudie zum Verfahren der psychoanalytisch-empirischen
Hermeneutik. München, unveröff. Manuskript
- Specht EK (1981) Der wissenschaftliche Status der Psychoanalyse: Das
Problem der Traumdeutung. Psyche 35: 761-787
- Stoller RJ (1979) Sexual excitement. Dynamics of erotic life. Martesfield li-
brary. London, Nachdruck 1986
- Streeck S (1989) Die Fokussierung in Kurzzeittherapien.Eine
konversationsanalytische Studie. Opladen: Westdeutscher Verlag 1989.

Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.
2 Praxis. Springer, Berlin