

HORST KÄCHELE, CORNELIA SCHAUMBURG, HELMUT THOMÄ, ULM \*

## Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung\*\*

*Übersicht:* Die Herstellung wortgetreuer Protokolle von psychotherapeutischen Dialogen mit Hilfe von Tonbandaufnahmen eröffnet die Möglichkeit, ein noch nicht unter bestimmten (Deutungs-) Gesichtspunkten ausgewähltes und organisiertes Material verschiedenartigen inhaltsanalytischen Verfahren zu unterwerfen. Die Autoren berichten über Probleme und Methoden solcher psychotherapeutischen Verlaufsforschung anhand von Verbatimprotokollen, wobei Hypothesenbildung, Konzeptualisierung von (Patienten- und Therapeuten-) Variablen und die Entwicklung geeigneter Meßtechniken im Zentrum der Diskussion stehen.

### 1. Einleitung

Die Einführung von *Tonbandaufnahmen* in die psychotherapeutische Verlaufsforschung wurde durch Earl Zinn (1933) initiiert. Damit war die Voraussetzung für die Klärung bestimmter psychotherapeutischer und psychoanalytischer Fragestellungen geschaffen. Tonbandaufzeichnungen ermöglichen, daß nicht nur die beiden am therapeutischen Prozeß unmittelbar Beteiligten Auskunft geben, sondern auch Dritte sich mit dem Material auseinandersetzen können. Die Einführung des Tonbandes in die psychoanalytische Situation hat viel Für und Wider hervorgerufen; systematische Studien über die Konsequenzen dieses Schrittes liegen nur wenige vor (Shakow, 1960; Gill, 1968; Simon, 1970; eine zusammenfassende Diskussion geben Wallerstein u. Sampson, 1971, S. 21—26).

Bis dahin war die Validierung psychoanalytischer Theorien und Hypothesen nur aufgrund von Aufzeichnungen des behandelnden Psychoanalytikers möglich und wegen seiner Doppelrolle mit Unsicherheiten belastet. Als „teilnehmender Beobachter“ (Sullivan) ist der Psychoanalytiker notwendigerweise bei der klinischen Forschung „Forscher und Forschungsgegenstand“ zugleich (Rosenkötter, 1969).

Es stellt sich indes die Frage, wie vielen Aufgaben ein „teilnehmender Beobachter“ gleichzeitig nachkommen kann, ohne in der einen oder ande-

\* Aus der Abteilung für Psychotherapie der Universität Ulm (Leiter: Prof. Dr. H. Thomä). — Mit Unterstützung der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

\*\* Alexander Mitscherlich zum 65. Geburtstag gewidmet.

ren seiner Funktionen beeinträchtigt zu werden<sup>1</sup>. Ist es denkbar, daß der Psychoanalytiker die Forderung nach „gleichschwebender Aufmerksamkeit“ und Selbstreflexion erfüllen und zugleich bestimmten wissenschaftlichen Regeln folgen kann? Wie viele Daten sind im Gedächtnis des Psychoanalytikers so speicherbar, daß sie im rechten Augenblick und in ebenso „spontaner“ wie „kritischer“ Weise — also behandlungstechnisch günstig — abgerufen werden können? Und wie müßte ein Erinnerungsvermögen beschaffen sein, das nachträglich, unmittelbar nach der Sitzung oder in einer späteren zusammenfassenden Rekonstruktion einer langen Behandlung, mit hinreichender Sicherheit eine reproduzierende Selektion von wissenschaftlicher Relevanz ermöglicht? Psychoanalytiker haben praktische Wege zur Lösung dieser Probleme gefunden, und theoretische Überlegungen könnten zeigen, warum die Erfüllung mehrfacher Funktionen doch keine so erhebliche Überforderung impliziert, wie unsere Fragen auf den ersten Blick anzuzeigen scheinen.

Hat man erst einmal den starken Widerstand gegen Tonbandaufnahmen als Hilfsmittel überwunden, kann man, frei von der Anforderung, für wissenschaftliche Zwecke auch noch möglichst umfangreich protokollieren zu müssen, sich ganz seiner therapeutischen Rolle widmen. Im Gegensatz zu der weitverbreiteten Meinung, daß Tonbandaufnahmen den psychoanalytischen Prozeß stören, möchten wir behaupten: Verfolgt man bestimmte wissenschaftliche Fragestellungen, so benötigt man als Psychoanalytiker dieses Hilfsmittel zur Entlastung, um einem Interessenkonflikt zu entgehen. Die Aufmerksamkeit des Psychoanalytikers kann ungeteilt der Therapie gelten, wenn er weiß, daß er nachträglich das Verbatimprotokoll zur Hand nehmen kann. Nicht nur unbeteiligte Dritte können dann mit dem „Material“ arbeiten; der Psychoanalytiker selbst kann nachträglich den wortgetreuen Dialog zur Grundlage seiner Zusammenfassung oder wissenschaftlichen Auswertung machen. Die so festgelegten manifesten Daten sichern und erleichtern den Weg zurück zu den latenten Gedanken, die auf seiten des Patienten nach der Theorie im Verlaufe des Prozesses bewußt werden müssen und, soweit sie die Gegenübertragung betreffen, zumindest partiell bewußtseinsfähig, d. h. formulierbar sein sollten. Vor allem können anhand der Verbatimprotokolle „Deutungsstrategien“ (E. Kris, 1951) und ihre Beziehung zu psy-

<sup>1</sup> Freud sagte: „Ich kann es nicht empfehlen, während der Sitzungen mit dem Analytisierten Notizen in größerem Umfange zu machen, Protokolle anzulegen und dergleichen... Man trifft notgedrungen eine schädliche Auswahl aus dem Stoffe, während man nachschreibt oder stenographiert, und man bindet ein Stück seiner eigenen Geistestätigkeit...“ (1912, S. 378)

choanalytischen Theorien ausgemacht und festgehalten werden<sup>2</sup>. Verbatimprotokolle geben gewiß erst dann etwas her, wenn sie gelesen, d. h. verstanden und interpretiert werden. Sie können die traditionelle psychoanalytische Zusammenfassung nicht ersetzen, wohl aber — soweit die Vorgänge ihren Niederschlag direkt oder indirekt im Wort gefunden haben — auf eine ziemlich getreue, jederzeit wiederherstellbare Ausgangsbasis zurückführen. Daß vielfältige Auswertungen so eine gesicherte Grundlage erhalten, ist unbestreitbar.

Trotz der Kritik, die am traditionellen Prozeß der Datengewinnung in der psychoanalytischen Forschung geübt werden kann, wäre es verfehlt, nur noch Tonbandaufzeichnungen als wissenschaftlich zulässige Ausgangsdaten zu bezeichnen. Auf diesen Zusammenhang haben besonders Wallerstein u. Sampson (1971) hingewiesen, die bei zwei größeren Projekten<sup>3</sup> diese Abhängigkeit der Dokumentation der Daten vom Forschungsinteresse beobachten konnten (vgl. auch Sargent, 1961). So haben regelmäßige Notizen über eine Behandlung gegenüber den großen zusammenfassenden Falldarstellungen den Vorteil, daß sie systematische, öffentlich zugängliche Beobachtungsserien eines Experten darstellen. Besonders für das Studium des Verlaufs größerer Entwicklungslinien über längere Zeiträume stellen „tägliche Notizen“ eine auch für den Leser verarbeitbare Informationsmenge dar. Der wissenschaftliche Wert solcher Aufzeichnungen könnte gesteigert werden, wenn die Kriterien für die subjektive Auswahl festgelegt würden. Zum Beispiel würde hierher gehören, daß das vom Analytiker nicht berücksichtigte Material gekennzeichnet wird, denn es ist durchaus denkbar, daß in ihm zu diskutierende Alternativhypothesen stecken. Aus diesem Grund werden Tonbandaufzeichnungen wissenschaftlich so wertvoll, weil sie sicherstellen, daß der Analytiker selbst wie auch Dritte sich mit dem gesamten Material auseinandersetzen können.

Es kann davon ausgegangen werden, daß bei „Versuch und Irrtum“ bestimmte theoriebezogene Deutungsstrategien während verschiedener Behandlungsphasen sich einspielen und somit auch an Verbatimprotokollen ablesbar werden. Deshalb läßt sich nachträglich die Änderung der Deu-

<sup>2</sup> Ein starkes Argument für die Verwendung von Verbatimprotokollen folgt auch aus den Überlegungen von Klauber (1968): „Nur wenn die Deutungen unverzüglich protokolliert werden, kann man ihren Wert als Voraussagen testen, wie auch Kris betont hat. Das Beweismaterial, das der Psychoanalytiker zu solchen Studien heranziehen kann, besteht zur Zeit noch aus inexakten Beobachtungsaufzeichnungen, die noch durch sekundäre Bearbeitung entstellt sind“ (S. 531).

<sup>3</sup> „Psychotherapy Research Project“ und „Therapeutic Process Study on the Modification of Defense in Psychoanalysis“.

tungsstrategien in Beziehung zu ihrer Wirksamkeit stellen und ihre Gültigkeit an der Kovarianz relevanter Prozeßvariablen messen. Da die Deutungsstrategien die konkrete Anwendung psychoanalytischer Theorien darstellen, ist es möglich zu klären, ob die deutungsimmanenten Theorieteile sich in diesem Fall bewährt haben oder nicht. Selbstverständlich sind ähnliche Untersuchungen bei laufenden psychoanalytischen Behandlungen möglich, wenn sich aufgrund des Materials eine Änderung der Behandlungstechnik ins Auge fassen läßt bzw. vorhergesagt werden kann.

Aus den bisher angeführten Gesichtspunkten ergibt sich u. a. die Notwendigkeit einer Abgrenzung des Anwendungsbereiches der verschiedenen Methoden der Datenerhebung in der psychotherapeutischen und psychoanalytischen Prozeßforschung. Wir wollen in dieser Arbeit besonders über Fragestellungen und Ergebnisse berichten, bei denen sich die Verwendung von Verbatimprotokollen als unerlässlich erwiesen hat.

## *2. Informationsgewinn und -verlust bei der Verwendung von Verbatimprotokollen*

Wie bereits festgestellt, bringen Verbatimprotokolle für wissenschaftliche Fragestellungen einen erheblichen Informationsgewinn gegenüber zusammenfassenden Notizen. Sie enthalten den verbalen Anteil des Kommunikationsflusses zwischen Patient und Psychoanalytiker. Deshalb muß man sich mit der Frage auseinandersetzen, ob damit wesentliche Informationen aus dem Bereich der prä- und averbalen Kommunikation, die das Sprechen begleitet oder sich im Schweigen vollzieht, verlorengehen. Um das aufgeworfene Problem am Beispiel des Schweigens des Patienten zu diskutieren, könnte man anführen, daß Häufigkeit und Dauer von Schweigepausen gerade bei Tonbandaufzeichnungen besonders deutlich werden. Zur Art des Schweigens, zur vermuteten Erlebnisqualität des Patienten kann sich der Analytiker zusätzliche Aufzeichnungen machen. Die Erkenntnis des Schweigens als Widerstand vollzieht sich jedoch idealiter in der sprachlichen Verständigung darüber. Das Beispiel kann deutlich machen, daß averbale Kommunikation im psychoanalytischen Prozeß in Sprache überzuführen ist. Weiterhin zeigt sich hieran, daß die Transformation von „Es“ zu „Ich“ an Sprache und Sprechen gebunden ist. Die Maxime, daß aus „Es“ „Ich“ werden soll, läßt offen, inwieweit sich averbale Kommunikation, auch solche, die für immer auf einer averbalen Ebene bleibt, therapeutisch auswirken kann.

Auf die Frage, auf welcher Kommunikationsebene das für psychothera-

peutische Prozesse relevante Material zu erwarten ist, läßt sich keine einfache Antwort geben. Zwar lassen sich aus den Ergebnissen der psycholinguistischen Forschung Einschränkungen bezüglich des Werts der Verbatimprotokolle ableiten, wie dies Junker u. Zenz (1970) getan haben: „Bei der Übertragung emotionaler Zustände sowie bei der Beschreibung affektiver Phänomene erwies sich der Inhalt der gesprochenen Worte als nicht hinreichend“ (S. 693). Sie weisen auf experimentelle Befunde hin, nach denen semantisch leere Sprache Träger von deutlichen Affektqualitäten sein, z. B. von Schauspielern mit verschiedenen affektiven Färbungen vorgetragen werden kann. Damit wird die von Soskin (1954) eingeführte Trennung des Kommunikationsflusses in zwei Wege, in einen vokalen und einen verbalen Kanal, sinnvoll; weniger gesichert scheint hingegen die Zuordnung von rationaler Information zum verbalen und von affektiver Information zum vokalen Kanal. Die Ausschließlichkeit, mit der diese Verteilung aufgrund experimenteller Untersuchungen behauptet wird, steht im Widerspruch sowohl zur praktischen Erfahrung als auch zu Untersuchungen, wie sie Gottschalk et al. (1969) durchgeführt haben. Wie wir später noch zeigen werden, erarbeiteten diese Autoren ein inhaltsanalytisches System, welches verlässlich Affekte quantifiziert, die durch verbales Material vermittelt werden. Die praktische Erfahrung zeigt, daß noch nicht einmal bei einem extremen Zwangsneurotiker eine solche Isolierung von Affekt und Vorstellung besteht, daß sich nicht im Sprechen auch affektive Kommunikation vollzieht. Die Behauptung, die Junker u. Zenz übernehmen, daß „empathische Vorgänge, die den Prozeß des Verstehens womöglich determinieren, allein durch verbale Fixierungen, wie z. B. lesbare Protokolle, nicht reproduzierbar gemacht werden können“ (S. 694), widerspricht der Erfahrung, die wir machen konnten. Einer der Analytiker, die zu wissenschaftlichen Zwecken die tonbandaufgezeichnete Psychoanalyse mitverfolgten, hielt zunächst das Abhören des Tonbandes für eine unerlässliche Voraussetzung für das Erfassen des Prozesses. Bald stellte er jedoch fest, daß für das Verständnis der Interaktionsvorgänge und das empathische Nachvollziehen der Verstehensoperationen des behandelnden Analytikers auch das Transskript genügend prozeßrelevante Information lieferte. Man könnte die Hypothese aufstellen, daß ein solcher Beobachter in sich jenen vokal-affektiven Kanal wiederherstellt. Er befindet sich dabei allerdings in einer grundsätzlich anderen Situation, weil nämlich sein Verstehensprozeß auf die Dyade gerichtet ist. Die originale Situation, wie sie zwischen Patient und Analytiker bestanden hat, kann also nicht naturgetreu wiedererstehen.

Zwar kann ein beobachtender Analytiker den Äußerungen des Therapeuten die zugrunde liegende Deutungsstrategie im großen und ganzen entnehmen. Um seine Interventionen im einzelnen nachvollziehen zu können, benötigt man aber zusätzliche Informationen des Analytikers darüber, was er gefühlt hat und welche theoretischen Vorstellungen ihn geleitet haben.

Ohne Zweifel erlaubt das Studium der Verbatimprotokolle dem Leser, sich recht gut einzufühlen und den Prozeß zugleich distanziert von außen zu betrachten. Sowohl Einfühlung als auch intellektuelles Nachvollziehen setzen eine sehr intensive, zeitraubende Beschäftigung mit dem Material voraus. So berichten Simon et al. (1970), daß die Arbeitsgruppe zu Forschungszwecken sich einige Behandlungsstunden zehnmal angehört habe, um die ganze Reichhaltigkeit der Interaktionen der einen Stunde auch nur annähernd auszuloten (S. 96). Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in den Verbatimprotokollen sicherlich für die wissenschaftliche Bearbeitung des psychoanalytischen Prozesses relevantes Material enthalten ist. Der Verlust an Information ist geringer als bei der traditionellen Aufzeichnungsmethode. Er wird zudem dadurch ausgeglichen, daß der affektive Gehalt relativ leicht aus dem geschriebenen Wort erschlossen bzw. durch Anhören der Tonbänder ermittelt werden kann.

### *3. Die Untersuchung von Patienten-Variablen*

Ein Überblick über vorliegende Arbeiten zur Prozeßforschung in der Psychotherapie läßt erkennen, daß drei Aufgaben noch immer unvollständig gelöst sind: „Einige der Probleme bei der Durchführung von Verlaufsforschungen liegen in den Schwierigkeiten (a) der Hypothesenbildung, (b) der Konzeptualisierung von Variablen und (c) im Entwurf geeigneter Meßtechniken“ (Meltzoff u. Kornreich, 1970, S. 473).

Die Frage nach dem therapeutisch wirksamen Agens wird je nach theoretischer Ausrichtung unterschiedlich beantwortet. Jene psychotherapeutischen Richtungen, die den psychotherapeutischen Prozeß im zwischenmenschlichen Feld untersuchen, haben viele Gemeinsamkeiten. Eine davon ist die Annahme, daß für diesen Prozeß gewisse Bedingungen hergestellt bzw. eingehalten werden sollten. Psychologisch werden sie als Variablen konzipiert, die in Beziehung zu Erfolgskriterien gesetzt werden können. Sie zeichnen sich durch inhaltliche Komplexität aus und sind in der Regel nicht unmittelbar beobachtbar, sondern werden durch klinische Beurteiler oder durch das Urteil der Therapeuten selbst

erfaßt. Es wird meist zwischen Patienten- und Therapeuten-Variablen unterschieden, wobei wiederum die Betonung der einen oder der anderen eine Funktion der theoretischen Annahmen über den Therapieprozeß ist. Wir werden im folgenden einige dieser Prozeßvariablen vorstellen, die anhand von Verbatimprotokollen beurteilt werden können.

#### *a) Sinnhaftigkeit*

Ziel der psychoanalytischen Behandlung ist die Transformation von „Es“ in „Ich“, die Aufhebung sinnloser qua unbewußter Motivationszusammenhänge und ihre Überführung in eine ichhafte Verfügbarkeit.

Die Fähigkeit des Patienten, sich am therapeutischen Prozeß zu beteiligen, wurde von Isaacs u. Haggard (1966) als die „Fähigkeit zur Erarbeitung sinnvoller Zusammenhänge“ operationalisiert. Zunächst wurde die Übereinstimmung über die Bedeutung der Variable „Meaningfulness“ (Sinnhaftigkeit) zwischen Psychoanalytikern, Psychologen und Sozialarbeitern bei der Beurteilung von Patientenaussagen nachgewiesen. Dann wurden diese Aussagen von weiteren Beobachtern noch in bezug auf einige andere, für den Therapieverlauf als wesentlich angesehene Variablen eingestuft.

Eine Faktorenanalyse der interkorrelierten Beurteilungen ergab für die Variable „Meaningfulness“ hauptsächlich drei bestimmende Faktoren:

- 1) das Ausmaß, in dem der Patient sich mit sich selbst und seinen Problemen beschäftigt,
- 2) die Fähigkeit des Patienten, sich anderen zuzuwenden, und
- 3) seinen gegenwärtigen Motivationszustand.

Im Anschluß hieran untersuchten die Autoren die Beziehung des „Grades der Sinnhaftigkeit“ einer Aussage des Patienten zu der vorangegangenen Intervention des Therapeuten.

Affektiv getönte Therapeutenbemerkungen waren signifikant öfter von „sinnvollen“ Aussagen des Patienten gefolgt als nicht affektive Interventionen (39,7 % im Vergleich zu 12,8 %). Dieser Zusammenhang war von der therapeutischen Orientierung des Interviewers unabhängig; er konnte für alle drei Berufsgruppen (Psychoanalytiker, Psychologen und Sozialarbeiter) nachgewiesen werden.

Außerdem waren die sinnvollen Äußerungen des Patienten nach affektiven Interventionen länger und weniger häufig. Oft wird in ihnen spontan der Inhalt der Intervention aufgegriffen.

Diese Untersuchung bestätigt die Funktion der therapeutischen Intervention als Modell für die Verbalisierung des Patienten.

### *b) Produktivität*

Von der psychoanalytischen theoretischen Vorstellung ausgehend, daß die „Produktivität“ des Patienten während analytischer Sitzungen ein wichtiger Verlaufsparemeter ist, wurde von Simon et al. (1968) eine Analyse bearbeitet. Kliniker wurden aufgefordert, aus einer Reihe von vorgelegten Stunden produktive und weniger produktive herauszusuchen. Als differenzierendes Kriterium benutzten die Analytiker ihre unausgesprochenen klinischen Standards. Aus dem so ausgesonderten Material wurde eine Patienten-Produktivitäts-Beurteilungsskala (PPRS) entwickelt, die fünf Ebenen analytischer Produktivität beschrieb. In der Präsentation der Skala geben Simon et al. folgende Zusammenfassung ihrer Überlegungen, die der Skalenkonstruktion vorausgingen:

„Idealerweise oszilliert der Analysand zwischen der frei assoziierenden Produktion von gefühlsmäßig wichtigem Material und der reflektiven Selbstbeobachtung, mit der dieses neue Material integriert wird. Das bedeutet, daß sich der Patient mit Fragen größter Wichtigkeit unmittelbar und spontan auseinandersetzt und die angemessenen Gefühle dabei erlebt; Gedanken, Erinnerungen und Gefühle werden dabei zu einem erweiterten Selbstverständnis integriert.“

Zusätzlich wird der Benutzer der Skala auf die Beachtung der folgenden Punkte aufmerksam gemacht:

- „1. Die psychologische ‚Tiefe‘ des besprochenen Materials;
2. das Auffinden vergessener Erinnerungen, speziell aus der Kindheit;
3. Erleben und Durcharbeiten der durch die Übertragung stimulierten Gedanken und Gefühle;
4. Hinweise auf selbstbeobachtendes Verhalten in der analytischen Situation;
5. die Fähigkeit des Patienten, sich aktiv mit seinen Schwierigkeiten bei der Einhaltung der Grundregel zu beschäftigen.“

Die Skala definiert z. B. „minimale Produktivität“ durch fehlende Reflektiertheit, eine gewisse Menge Schweigen, fehlendes psychologisches Interesse und wenig verbindende Glieder zwischen verschiedenen Segmenten. Bei „hoher Produktivität“ versucht der Patient, Vergangenheit und Gegenwart zu verknüpfen und schmerzliches Material zu verstehen; er hält die duale Position aufrecht, Assoziationen zu berichten und sich selbst dabei zu beobachten. Simon und seine Gruppe haben vier Studien mit dieser Skala durchgeführt. Die Übereinstimmung der Beurteilungen erreichte Signifikanzen auf dem 1 %- und 0,1 %-Niveau, d. h. die Skala kann verläßlich auf kurze Therapiesegmente angewandt werden. Damit ist sie eine brauchbare Hilfe bei der Beurteilung, ob der Patient im Sinne der analytischen Theorie gut mitarbeitet.



Die Entwicklung des Instruments ist eingebettet in eine Konzeptualisierung des therapeutischen Prozesses, in der Simon et al. den Sinn ihrer Untersuchungen sehen: „Das Ziel unserer Forschung über das psychoanalytische Behandlungsverfahren besteht darin, Elemente des Behandlungsprozesses zu isolieren und zu objektivieren.“

### c) *Experiencing*

Ein weiteres Konzept, das die psychologischen Veränderungen des Patienten im Laufe einer Therapie beschreibt, ist von der klienten-zentrierten Psychotherapie nach C. Rogers entwickelt worden. „Experiencing“ kann als die Fähigkeit des Patienten beschrieben werden, echt und unmittelbar zu fühlen, dieses Gefühl wahrzunehmen und darüber zu reflektieren. Ein inhaltsanalytisches Instrument, welches die Veränderung dieser Fähigkeit im Therapieverlauf anhand von Verbatimprotokollen erfaßt, ist die von Rogers (1959) entwickelte Prozeßskala. Sie beginnt am einen Ende „mit einer rigiden, statischen, undifferenzierten und unpersönlichen Form psychischer Tätigkeit und entwickelt sich über sieben deutlich unterscheidbare Stufen zu einer Funktionsebene, die durch Wandelbarkeit, Elastizität und das unmittelbare Erleben einer Fülle von persönlichen Gefühlen, die zutiefst als eigene gefühlt und angenommen werden, gekennzeichnet ist“. Aufgrund empirischer Befunde wurden im Laufe der Zeit vier Subskalen dieser Prozeßskala als selbstständige Skalen verwendet. Hierbei stand die Skala „experiencing“ im Vordergrund des Interesses, wie überhaupt die ganze Prozeßskala immer schon im großen und ganzen eine „Experiencing“-Skala war, worauf Cartwright (1966, S. 519) hinweist.

Obwohl die Dimension „experiencing“ ausschließlich auf die theoretische Konzeption der klienten-zentrierten Psychotherapie bezogen zu sein scheint, ergibt sich bei genauerer Betrachtung eine große Ähnlichkeit mit einem genuin psychoanalytischen Konzept, nämlich der Fähigkeit des Patienten, sein Ich in ein erlebendes und ein beobachtendes aufzuspalten. Diese Beschreibung wurde 1934 von Sterba in die Theorie der Behandlungstechnik eingeführt. Es ist die *Selbstbeobachtung*, die erst zum Verständnis der Bedeutung dessen führt, was erlebt wird. Damit wird die Selbstbeobachtung praktisch eine Vorbedingung für den Vorgang der Einsicht, worauf Miller et al. (1965) hingewiesen haben.

In einer vergleichenden Studie über psychoanalytische und klienten-zentrierte Therapie verwendete Cartwright (1966) eine Self-Observation-Scale, welche aus dem obigen psychoanalytischen Konzept entwickelt

wurde. Verbatimprotokolle von vier Behandlungen wurden stichprobenartig mit dieser und zwei anderen Skalen, der Rogers-Prozeß-Skala und einem modifizierten Bales-Schema (nach Noble et al., 1961) ausgewertet. Auf die Beziehung der verschiedenen Skalen zueinander wird in der Diskussion der Ergebnisse allerdings nicht eingegangen. Diesen Mangel an Information über den Zusammenhang solcher verschiedenen Prozeßvariablen beklagt auch Luborsky in einem größeren Übersichtsreferat (1971). Eine Arbeit von Mintz, Luborsky u. Auerbach (1970) zeigt, daß bei faktorenanalytischen Untersuchungen des Zusammenhangs die verschiedenen Variablen sich überschneiden, als ob sie alle Aspekte der grundlegenden Fähigkeit des Patienten beschrieben, von einer psychotherapeutischen Behandlung — welcher theoretischen Orientierung auch immer — zu profitieren: „Höchstwahrscheinlich hängt das Niveau (des Erfolgs, A. d. V.), das der Patient erreicht, mehr davon ab, was er in die Behandlung mitbringt, als von den Spielregeln, die der Therapeut befolgt“ (Cartwright, 1966, S. 527).

Aus der erwähnten Arbeit von Mintz et al. stammt ein weiterer interessanter Befund, der in Beziehung zu den Ergebnissen von Isaacs u. Haggard steht. Es waren 60 Stunden nach 110 Variablen — darunter einer großen Zahl von Therapeutenvariablen — beurteilt worden. Dabei ergab sich ein enger Zusammenhang zwischen der Variablen „Experiencing“ und dem Gebrauch von Interpretationen durch den Therapeuten. Über die kausale Beziehung kann aufgrund der gemeinsamen Ladung auf einem Faktor keine Aussage gemacht werden; vermutlich handelt es sich um einen Kreisprozeß, in dem eine positive Rückkoppelung stattfindet.

#### *4. Die Untersuchung von Therapeutenvariablen*

Wie für den Patienten als Prozeßvariablen solche Dimensionen konzeptualisiert werden, die seiner Aufgabe in der therapeutischen Situation angemessen erscheinen, so werden auch die Therapeutenvariablen von der Funktion des Behandelnden her konzipiert. In dieser Unterteilung in Patienten- und Therapeutenvariablen spiegelt sich die Asymmetrie der therapeutischen Beziehung, die diese deutlich von anderen interpersonellen Beziehungen unterscheidet.

Die Aufgaben des Therapeuten legen es nahe, für ihn selbst als Prozeßvariablen emotionale Einstellungen und technisches Verhalten aufzugreifen, wobei es wesentlich ist, daß diese Grundhaltungen unabhängig von der speziellen Ausrichtung des Therapeuten therapeutische Valenz haben.

### *a) Empathie*

Ein charakteristisches äußeres Merkmal des sprachlichen Verhaltens von Psychotherapeuten mit klienten-zentrierter Orientierung ist die „Verbalisierung emotionaler Erlebnisinhalte des Klienten“ durch den Therapeuten, wie Tausch (1970) den Begriff „empathy“ von Rogers (1965) im Deutschen präzisiert. Um der Frage nachzugehen, ob die umfangreichen Untersuchungen der Rogers-Schule über dieses Konzept an Verbatimprotokollen u. U. auch für die psychoanalytische Prozeßforschung relevant sein könnten, werden wir die Konzeptualisierung dieser Verhaltensvariablen kurz wiedergeben. Anhand von neueren Untersuchungen soll eine inhaltliche Klärung des klienten-zentrierten Empathiekonzeptes in seiner Beziehung zu technischen Verhaltensweisen des Therapeuten angedeutet werden.

Das Merkmal wird von Tausch (1970) folgendermaßen beschrieben: „Der Psychotherapeut verbalisiert die persönlich-emotionalen Inhalte des Erlebens des Klienten, wie sie vom Klienten in der unmittelbar vorhergehenden Äußerung ausgedrückt wurden. Mit anderen Worten: der Psychotherapeut sucht die innere Welt des Klienten mit ihren Bedeutungen und Gefühlen wie etwa Furcht, Verwirrung, Freude, so wie sie der Klient erlebt, wahrzunehmen und zu verstehen, so als ob er sie selbst erleben würde (jedoch ohne diese Verwirrung, Furcht oder Freude selber zu empfinden), und kommuniziert sie dem Klienten durch angemessene Verbalisierung“ (S. 81).

Anhand einer Skala, die ursprünglich von Truax (1961) entwickelt und für den deutschen Sprachraum von Tausch et al. (1967) revidiert wurde, können einzelne schriftlich fixierte Äußerungen des Therapeuten im Hinblick auf die Ausprägung des Merkmals beurteilt werden, wobei natürlich auch die unmittelbar vorhergehenden Klientenäußerungen gegeben sein müssen.

Die Relevanz der „Empathie“ für „konstruktive Änderungen von Klienten“ wurde an einer großen Zahl von Untersuchungen nachgewiesen, die eine systematische Beziehung zwischen dieser Therapeutenvariablen und Patientenvariablen wie „Selbstexploration“ u. ä. aufzeigen konnten. Auch bei der Kontrolle der Behandlungserfolge an Kriterien wie z. B. Veränderungen im MMPI, in einem Anpassungs-Q-Sort und in der MAS ergab sich ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der Therapeutenvariablen „Empathie“ und den Ergebnissen (Halkides, 1958; Barret-Lennard, 1962). (Die grundsätzliche Problematik solcher Erfolgskriterien wird bei Beckmann et al. [1969] aus psychoanalytischer Sicht diskutiert.) Uns erscheint wichtig, daß die von Rogers eingeführte Isolierung von Variablen eine systematisch-objektivierende Überprüfung des Therapeutenverhaltens ermöglichte.

Die Relevanz der empirischen Überprüfung des Therapeutenverhaltens auch für die psychoanalytische Forschung wird durch einen Bericht von Horowitz (1969) vor der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft deutlich. Als Mitarbeiter am Psychotherapie-Forschungsprojekt der Menninger-Klinik berichtete er über Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit des Therapeuten und seinem „level of competence“. Das sich aus Psychoanalytikern zusammensetzende Forschungsteam ordnete 26 sich für das Projekt zur Verfügung stellende Analytiker nach ihrem Können als Therapeut („skill as therapist“) ein. Obwohl es sich durchweg um erfahrene Analytiker (5 Jahre Erfahrung und mehr) handelte, ergab die Einstufung deutlich eine bimodale Verteilung, d. h., 6 der Therapeuten befanden sich in einer extremen „low category“ und 7 in einer extremen „high category“. Diese 13 Analytiker wurden genauer untersucht. Es zeigte sich, daß die „high-therapists“ in der Lage waren, eine günstige, „warme“ Atmosphäre herzustellen, freundlich und spontan zu sein und durch Ausgeglichenheit Sicherheit zu vermitteln. In seiner Beschreibung der „low-therapists“ führte Horowitz aus, daß sie oft unfähig waren, den Ernst der Situation ihrer Patienten zu erkennen. Ein hoher Grad von Empathie schloß außerdem die Fähigkeit ein, ein gewisses Maß der Verschlechterung beim Patienten und die damit verbundene eigene Angst zu ertragen.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, daß die von der Rogers-Schule untersuchten Therapeutenvariablen auch für die psychoanalytische Arbeit notwendige, wenngleich nicht hinreichende Bedingungen darstellen. Weitere Arbeiten, die von Truax u. Wargo (1966), Truax u. Carkhuff (1967) und Truax u. Mitchell (1968) zusammenfassend dargestellt werden, ergaben ebenfalls unübersehbare Hinweise darauf, daß einige Therapeuten zu der für „konstruktive Änderungen“ notwendigen Intensität der wichtigen Therapeutenvariablen fähig waren, andere Therapeuten aber schädlich auf ihre Klienten wirkten.

Aufgrund solcher Ergebnisse drängt sich die Frage auf, ob die so verschieden effektiven Therapeuten in ihrem Verhalten noch durch weitere Merkmale als durch die Trias von Wärme, Echtheit und Empathie unterscheidbar sind. In der Anfangszeit der klienten-zentrierten Psychotherapie wurden bekanntlich Theorien über psychische Störungen ebenso vernachlässigt wie eine systematische Betrachtung der im freundlichen Eingehen auf die Emotionen des Patienten enthaltenen Interpretationen und ihrer Auswirkung auf die Trias. Insofern bewegte sich klienten-zentrierte Therapie zunächst auf einer Ebene, die in vieler Hinsicht Ähnlichkeiten mit der psychoanalytischen Technik vor der Systematisierung

typischer Übertragungs- und Widerstandskonstellationen und dem dazugehörigen Repertoire an Interpretationsmöglichkeiten hatte. Konfrontation, Klarifikation, Deutung und Durcharbeiten sind spezifizierte, deutlich unterschiedene Schritte im Verstehensprozeß; Wärme, Echtheit und Empathie hingegen sind komplexe Variablen, die nicht von ungefähr von Rogers (1965) mehr als Einstellungen denn als Fähigkeiten des Therapeuten eingestuft werden. Diese Auffassung soll durch die Darstellung einiger neuerer empirischer Untersuchungen gestützt werden.

Berenson, Mitchell u. Laney (1968 a) studierten Verbatimprotokolle von Erstinterviews verschiedener Therapeuten, die aufgrund ihrer Fähigkeit, Empathie, Wärme und Echtheit zu realisieren, in zwei Gruppen unterteilt worden waren. Im Zentrum ihres Interesses stand die unterschiedliche Verwendung der Konfrontation als technisches Mittel, wobei verschiedene Konfrontationsformen unterschieden wurden. Es zeigte sich, daß die „high-therapists“ ihre Patienten öfter als die „low-therapists“ konfrontierten. Außerdem verwandten die beiden Gruppen unterschiedliche Formen der Konfrontation. Erfolgreiche Therapeuten verwandten in dieser Untersuchung mehr „experiential confrontations“, das sind Hinweise auf Diskrepanzen in der Selbstwahrnehmung des Patienten, mehr „didactic confrontations“, das sind Klarifikationen von sachlichen Mißverständnissen, und mehr „strength confrontations“, das sind Hinweise auf Fähigkeiten des Patienten. Die „low-therapists“ verwandten die Konfrontation mit den Schwächen des Patienten („weakness confrontation“) besonders häufig.

Mitchell u. Mitchell (1968 a) konnten in einer pilot-study zeigen, daß „high-therapists“ häufiger die Selbstexploration ihrer Klienten auf solche Personen fokussieren, von denen zumindest theoretisch erwartet werden kann, daß sie für die Ätiologie oder für das Aufrechterhalten der Verhaltenspathologie wichtig sein könnten. Ebenfalls — wir können nur wieder auf die schon erwähnte Bestätigung der psychoanalytischen Behandlungstechnik hinweisen — beziehen „high-therapists“ häufiger als „low-therapists“ Aussagen des Klienten auf sich selbst. Möglicherweise ist das eine Andeutung des Übertragungskonzepts, wobei es manifest um die Erforschung des „Hier und Jetzt“ der therapeutischen Beziehung geht (Mitchell u. Mitchell, 1968 b).

Nicht nur Übertragungsaspekte tauchen in den neueren Studien über die klienten-zentrierte Psychotherapie auf. Auch die Rolle der Abwehrmechanismen wird in ihrer technischen Bedeutung erkannt und untersucht. Truax u. Mitchell (1971) diskutieren solche Arbeiten in ihrer jüngsten

Übersicht. Therapeuten, die in ihrer Arbeit sehr stark auf die Abwehrmechanismen fokussieren, haben bessere Erfolge als diejenigen, die das unterlassen. Weiterhin können solche Therapeuten, die zwar niedrige Werte für Empathie, Wärme und Echtheit aufweisen, dann noch immer einigermaßen gute Ergebnisse erzielen, wenn sie ihre Technik an der Theorie der Abwehrmechanismen orientieren und Abwehrvorgänge interpretativ durcharbeiten. Diejenigen Therapeuten aber, die weder zufriedenstellende Werte für die therapeutische Triade (Empathie, Wärme und Echtheit) erreichen noch auf die Abwehrmechanismen eingehen, „sind für die Mehrzahl der therapeutischen Mißerfolge verantwortlich“ (1969 a, zit. nach 1971, S. 332).

Weitere bislang unveröffentlichte Studien von Truax zeigen außerdem, daß das Ausmaß, in welchem der Therapeut auf die Ursachen der Beunruhigung und der Angst fokussiert, Behandlungserfolge nach sich zieht, die fast identisch sind mit denen bei einem hohen Angebot von Empathie. Das Ineinandergreifen beider Verhaltensweisen — Verbalisierung emotionaler Inhalte und Fokussierung der Angst — ist ein eindrucksvoller Befund: Therapeuten, die beide Qualitäten realisieren konnten, wiesen mit Abstand die besten Behandlungsergebnisse auf (Truax, 1969 b).

Auch in der psychoanalytischen Prozeßforschung ist die systematische Erfassung des Einfühlungsvermögens des Therapeuten vielversprechend. Wir gehen mit P. Heimann (1969) davon aus, daß der Analytiker ein lebendiges Gefühl für die Vorgänge im Patienten haben muß (S. 7), um eine psychoanalytische Atmosphäre herstellen zu können. Insoweit ist der Begriff der Empathie als Einfühlung unter Analytikern sicher nicht umstritten. Geht man davon aus, daß die emotionale Teilnahme des Analytikers eine wichtige Seite seines Erkenntnisprozesses darstellt, sind empirische Untersuchungen darüber deshalb so wesentlich, weil bei Verlaufsforschungen mit dem Ziel der Theorieprüfung geklärt werden muß, ob die wesentlichen Merkmale einer psychoanalytischen Situation vorhanden sind.

### *b) Technik*

Verbatimprotokolle von Behandlungsstunden stellen das ideale Mittel dar, das technische Verhalten des Psychoanalytikers in der Konkretheit zu studieren, in der es sich in der analytischen Behandlung vollzieht. Von dieser Möglichkeit wird jedoch bisher nur wenig Gebrauch gemacht. So sind in der analytischen Literatur die idealen Vorstellungen

darüber, was adäquates technisches Verhalten impliziert, sehr genau definiert; wieweit diese tatsächlich in den einzelnen Analysen realisiert werden, ist aber für den Anspruch empirisch-analytischer Forschung zu wenig abgesichert. Eine der ersten Arbeiten, die sich dieses Problems überhaupt annahm, war die Umfrage, die Glover 1940 durchführte (die Ergebnisse sind im Anhang von Glovers Buch „The Technique of Psychoanalysis“ [1955] enthalten). Wieweit die Antworten, die er auf seine Fragen über technisches Verhalten bekam, mit dem tatsächlichen Verhalten der befragten Analytiker übereinstimmen, ist dabei aber noch nicht geklärt. Die Ansichten über die ideale Patient-Therapeut-Beziehung und über ideales therapeutisches Verhalten bei Psychotherapeuten verschiedener Schulen wurden von Fiedler (1950 a) in einer Reihe von Arbeiten ermittelt. Mit Hilfe der Q-Sort-Methode ließ er das Konzept der idealen therapeutischen Beziehung von erfahrenen und unerfahrenen Therapeuten verschiedener Schulrichtungen einstufen. Seine Ergebnisse zeigen, daß die Beschreibung dieses Konzepts mehr eine Funktion der Erfahrung als der theoretischen Orientierung ist. In einer zweiten Untersuchung überprüfte er die Hypothese, daß das tatsächliche Verhalten von erfahrenen Therapeuten dem Konzept der idealen Beziehungen ähnlicher sei als das von unerfahrenen, was er bestätigen konnte (1950 b). Es schränkt die Bedeutung dieser Ergebnisse ein, daß sie nicht durch direkte Beobachtung (z. B. durch Auswertung von Verbatimprotokollen), sondern nur durch die Q-Sort-Methode und nur von wenigen beurteilenden Therapeuten gewonnen wurden. Weitere Kritik äußern Meltzoff u. Kornreich (1971, S. 386): „In keiner Weise wird gezeigt, daß die Art der empfohlenen Beziehung und ihre Herstellung durch Experten zu besseren Ergebnissen führt.“

Die Herstellung einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut, zu der die im vorigen Kapitel abgehandelten Variablen — Empathie, Wärme und Echtheit — sicher beitragen, stellt eine unerlässliche Voraussetzung für die psychoanalytische Arbeit im engeren Sinne dar. Diese besteht für den Analytiker aus einer Reihe von ineinandergreifenden Interventionen, die sorgfältig auf den jeweiligen Zustand des Patienten abgestimmt sein müssen („timing“). Eine differenzierte Beschreibung der verschiedenen Interaktionsformen mit dem Ziel, ihre Beziehung zu den Reaktionsweisen des Patienten aufzuzeigen, wurde 1968 von einer Ulmer Arbeitsgruppe (Thomä, Künzler, Henseler) gegeben. Diese Bemühungen, anhand der sequentiellen Abfolge von Interventionen und Reaktionen eine Interaktionsanalyse durchzuführen, scheiterten jedoch daran, daß auch Gruppendiskussionen nicht zu einer Überein-

stimmung hinsichtlich der Beurteilung einzelner Interventionen führten: die ganze Vielfalt der Bedeutungen, die für einen Psychoanalytiker in einer Äußerung gleichzeitig zum Ausdruck kommen kann, schien nicht auf eine einzige Beurteilung reduzierbar zu sein. Es stellt sich die Frage, ob die empirische Erforschung des technischen Verhaltens von Analytikern notwendigerweise an dem Problem der Vieldeutigkeit des Materials scheitern muß oder ob sich Kompromißlösungen zwischen dem psychoanalytischen Anspruchsniveau und den Forderungen nach einer genügenden Inter-Rater-Reliabilität finden lassen. Eine Methode besteht darin, daß ein Psychoanalytiker seine technischen Operationen selbst einstuft. Der Verzicht auf Objektivität (die ja auch immer nur das gemeinsame Vorverständnis der Beurteilergruppe ist) würde aufgewogen durch den Gewinn: unter der Annahme, daß der Analytiker seine Beurteilungsmaßstäbe im Verlauf der Behandlung nicht wesentlich ändert, läßt sich eine intra-individuelle, repetitive Messung seiner technischen Verhaltensweisen durchführen. (Die hierbei entstehenden Zeitserien des Verhaltens können mit dafür geeigneten Methoden ausgewertet werden; vgl. dazu Schaumburg et al., in Vorbereitung.)

Für vergleichende Untersuchungen über technisches Verhalten von Psychotherapeuten verschiedener Schulen hat Strupp (1957 a) ein Klassifikationssystem entwickelt, das Interaktionskategorien der Balesschen Prozeßanalyse für Kleingruppen der psychotherapeutischen Zweierbeziehung anpaßt. Die Intention des Struppschen Systems ist es, so allgemein zu sein, daß es bei allen Psychotherapien, die sich der Sprache als Mittel zur Verhaltensänderung bedienen, angewandt werden kann (Strupp, 1960). Dieses Klassifizierungssystem für Therapeutenäußerungen besteht aus sieben Kategorien für Interventionsformen (von minimaler bis interpretativer Aktivität) und ermöglicht außerdem eine Kennzeichnung jeder Äußerung nach dem Grad der Inferenz, der ihr zugrunde liegt, nach dem Grad der Zuwendung und dem Grad der Führung, die sie dem Patienten gibt. Die Anwendung seines Systems demonstrierte Strupp (1957 a) an der Analyse einer Kurzpsychotherapie von Wolberg; eine zweite Arbeit vergleicht die Ergebnisse der ersten mit der Auswertung eines Falles von C. Rogers (1957 b). Der Psychoanalytiker mag am Struppschen System ungenügende Differenziertheit in bezug auf spezielle psychoanalytische Interventionsformen kritisieren; der Vorteil des Systems bleibt, daß es von erfahrenen Klinikern verläßlich auf Therapieprotokolle angewandt werden kann.

Den von Strupp angestrebten Vergleich des Verhaltens von Therapeuten verschiedener Schulen und der Auswirkung auf den Patienten unter-



nahm auch Cartwright, deren Arbeit wir schon weiter oben erwähnt haben. Mit drei Instrumenten — der Rogers-Process-Scale für klienten-zentrierte Psychotherapie, der von ihr selbst konzipierten Self-Observation-Scale für Patienten und einem Technik-Klassifikationssystem für Therapeuten auf psychoanalytischer Basis sowie dem psychotherapie-neutralen modifizierten (Noble et al.) Bales-Schema — verglich sie zwei klienten-zentrierte Therapeuten mit zwei psychoanalytisch orientierten. Das Ergebnis der Auswertung der Behandlungsprotokolle zeigte, daß der Stil von Therapeuten derselben Orientierung — wie erwartet — mehr Ähnlichkeit untereinander zeigt als im Vergleich zu Therapeuten mit anderer Orientierung. Cartwrights Studie wird in ihrer Bedeutung durch die kleine Fallzahl (vier Therapeuten mit vier Patienten) und fehlende Signifikanzberechnungen etwas geschmälert. Prinzipiell aber demonstriert sie die Möglichkeit, Behandlungsstrategien und ihre Auswirkungen auf Patienten anhand von Verbatimprotokollen zu studieren.

Über den Stellenwert der *Deutungen* im Rahmen der Theoriüberprüfung liegen — im Gegensatz zur ausführlichen Literatur über die behandlingstechnischen Probleme des Deutens — nur wenige Untersuchungen vor.

Bevor die Frage beantwortet werden kann, welche Wirkungen die psychodynamisch spezifizierten Inhalte von Deutungen haben, muß geklärt werden, welche Effekte die Klasse der Interpretationen als ein Teil des technischen Instrumentariums des Therapeuten auf den Patienten hat. Garduk u. Haggard (1971) legen hierzu eine vergleichende Untersuchung der Wirkung von Interpretationen und Nicht-Interpretationen auf Patienten vor. Aus vier psychoanalytischen Behandlungen, von denen Verbatimprotokolle existieren, sammelten die Autoren 60 Interpretationen und nicht-interpretierende Interventionen und das Material, das in den auf die jeweilige Intervention folgenden fünf Minuten vom Patienten gebracht wird. Vorliegende theoretische Ansichten über die Wirkungen von Interpretationen wurden in 17 explizit formulierten Hypothesen operationalisiert. Für die Messung der Wirkungen wurden entsprechende Skalen entwickelt, auf denen zwei Psychoanalytiker die Patientenantworten einstufen. Wir wollen hier die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht im einzelnen diskutieren; es soll vielmehr gezeigt werden, daß die Wirkungen von Interpretationen in einer Weise nachweisbar sind, die den Ansprüchen empirisch-analytischer Wissenschaft entspricht. Gleichzeitig läßt diese Arbeit in besonderem Maße erkennen, daß für die Überprüfung anspruchsvoller psychoanalytischer Hypothe-

sen entsprechend anspruchsvolle Untersuchungsansätze und -instrumente gewählt werden müssen.

### *5. Zur Quantifizierung des Affekts anhand von Verbatimprotokollen*

1956 hat Bellak darauf hingewiesen, daß Psychoanalytiker ständig mit klinischen Begriffen arbeiten, die sie zur globalen Quantifizierung von intrapsychischen Vorgängen verwenden. Solche quantitativen Konzepte wie z. B. Triebstärke, Besetzung, Ich-Stärke etc. widersetzen sich bis heute einer dimensional Quantifizierung und lassen nur eine Ad-hoc-Quantifizierung zu (Rapaport, 1960). Ob diese Begrenzung prinzipieller oder vorläufiger Natur ist, ist noch nicht ausgemacht (vgl. dazu Fenichel, 1945; Kubie, 1952; Jacobson, 1953; Knapp, 1957 u. a.). Für die Messung des Affektes im physiologischen Bereich sind in der Regel komplizierte Apparaturen notwendig; außerdem existiert eine prinzipielle Beschränkung der Übertragbarkeit physiologischer Daten auf psychologische Zustände. Diese werden in einer Übersichtsarbeit von Lang (1971) ausführlich erörtert (vgl. Lacey, 1959). Aus diesen Schwierigkeiten ergibt sich, daß eine eigenständige Quantifizierung und Operationalisierung des Affektes auf der psychologischen Ebene gefordert werden muß (Gottschalk et al., 1966).

An einer solchen Quantifizierung des psychoanalytischen Konzeptes des *Affekts* arbeitet seit längerer Zeit eine Arbeitsgruppe um Gottschalk u. Gleser. Im folgenden werden wir kurz die Schritte beschreiben, die zur Quantifizierung des Angstaffektes anhand von verbalem Material geführt haben.

Der *Angstaffekt* wird theoretisch als freie Angst im Gegensatz zur gebundenen Angst verstanden. Er tritt in sechs Formen auf, deren Unterscheidung sich aufgrund klinisch-psychoanalytischer Überlegungen anbietet: Todesangst, Verletzungs- oder Kastrationsangst, Angst vor Schuld, Angst vor Beschämung und unspezifische, sog. frei flottierende Angst.

Für den Schritt von der qualitativen zur quantitativen Beschreibung wurde ein intrapsychisches Bezugssystem gewählt. Der Aussage „Ich bin ängstlich“ als direkte Äußerung wird eine indirekte Evidenz entgegengestellt, z. B. in der Aussage „Ich bin nicht ängstlich“. Weiterhin wird eine Reihe von Annahmen gemacht, die in mühsamer Arbeit erst validiert werden mußten.

1) Die relative Größe eines Affektes kann anhand von verbalen Äußerungen verlässlich beurteilt werden; der Verzicht auf paralinguistische Variablen ändert nichts Entscheidendes an der Beurteilung.

2) Die Intensität eines Affektes ist direkt proportional zu der Häufigkeit, mit der thematische Referenzen auftreten.

3) Der Grad der Direktheit und Subjektbezogenheit in der Äußerung eines Affektes entspricht dem Grad der psychologischen Aktivierung eines Affektes.

4) Dieser Grad der direkten Repräsentation — den H. Sargent (1961) die Zentralität nannte — kann mathematisch durch einen Gewichtungsfaktor ausgedrückt werden, der als Ordinalzahl zu verstehen ist.

Aufgrund dieser Annahmen können nun verbale Äußerungen klassifiziert und gewichtet werden. Das erhaltene Intensitätsmaß kann durch weitere mathematische Operationen für verschiedene Variablen wie Länge des Textes, Sprechgeschwindigkeit u. ä. korrigiert werden. Die Ausbildung der Auswerter erfolgt durch das Besprechen von Beispielsätzen, die als Referenzsystem jeweils einen Typus und einen Ausprägungsgrad der Angst illustrieren.

Vom forschungsökonomischen Standpunkt her ist es sehr beachtlich, daß die Gottschalkschen Skalen nicht nur von psychoanalytisch ausgebildeten Beurteilern verläßlich benutzt werden können. Denn die routinemäßige Verwendung vieler Skalen ist sonst wegen der begrenzten Möglichkeit, erfahrene Analytiker als Beobachtungs- und Beurteilungsinstrument einzusetzen, oft nicht möglich. Der Einsatz von College-Undergraduates setzt hinwiederum dem Aussagewert anspruchsvoller Skalen Grenzen, auf die besonders Meltzoff u. Kornreich (1970) hingewiesen haben: „Diese scheinbar selbstverständliche Voraussetzung (daß erfahrene Therapeuten verwendet werden, A. d. V.) wird deshalb betont, weil in der Literatur so viele Untersuchungen enthalten sind, bei denen die Therapeuten Ausbildungskandidaten waren, die erst die Anfänge ihres Faches zu lernen begonnen hatten. Man kann kaum ein anderes Fach nennen, in dem eine ähnliche Situation besteht“ (S. 5). In analoger Weise, wie hier für das Konzept „Angst“ beschrieben, wurden für das Konzept „*Feindseligkeit*“ drei Skalen (Gottschalk, Gleser u. Springer, 1963), für das Konzept „social alienation-personal disorganization“ eine Skala (Gottschalk et al., 1958; Gottschalk, Gleser, Magliocco u. d’Zmura, 1961) und für die Fähigkeit zu Objektbeziehungen eine Skala (Gottschalk, 1968) entwickelt. Zahlreiche Studien zur Reliabilität und Validität wurden von Marsden (1971) zusammengefaßt. Die „Anxiety“- und „Hostility“-Skalen wurden u. a. von Witkin, Lewis u. Weil (1968) benützt, um das von Witkin entwickelte Konzept der psychologischen Differenzierung in der Therapiesituation zu überprüfen.

Auch eine Untersuchung über den Informationsverlust, der sich durch

*Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung* 921

die Beschränkung auf verbale Protokolle ergibt, wurde durchgeführt. Erfahrene Psychiater schätzen eine Reihe von Patienten hinsichtlich ihrer Angst mit der „Brief Psychiatric Rating Scale“ (Overall u. Gorham, 1962) ein, 14 andere Beurteiler stufen maschinengeschriebene Verbatimprotokolle dieser Patienten auf den Gottschalkschen Angstskalen ein. Zwischen diesen beiden Ratings ergab sich eine Korrelation von  $+ .74$ , die auf  $+ .84$  anstieg, wenn die Beurteiler zusätzlich die Tonbänder abhörten.

Abschließend kann gesagt werden, daß das von Gottschalk und seinen Mitarbeitern ausgearbeitete inhaltsanalytische System erfolgreich demonstriert, welchen klinisch relevanten Fragestellungen durch die Auswertung von Verbatimprotokollen nachgegangen werden kann. Für die analytische Situation ist die Komplizierung durch psychophysiologische Messungen eine große Belastung, wie dies besonders Knapp et al. (1966) schildern. Die Rekonstruktion des Affektes und seine Quantifizierung durch Gottschalks Skalen anhand der verbalen Äußerungen ermöglicht es, die psychoanalytische Situation von Laboratoriumsbedingungen, die über das Aufstellen eines Mikrophons hinausgehen, freizuhalten, soweit es um das Studium der Affekte geht.

*6. Hypothesenprüfende Ansätze zur Symptomentstehung*

Eine andere Verwendungsmöglichkeit von Tonbandprotokollen zur Hypothesenprüfung demonstrierte Luborsky (1967).

Freud wies 1926 in „Hemmung, Symptom und Angst“ darauf hin, daß vor dem aktuellen Auftreten von Symptomen oder Fehlhandlungen einige Determinanten im zeitlich vorausgehenden Erleben des Patienten aufzufinden seien. Die psychoanalytische Situation sollte demnach das geeignete Feld für wiederholte Beobachtungen solcher Phänomene sein, die sprachlichen Äußerungen der Teilnehmer entsprechend Träger dieser Determinanten. Um der klinischen Beobachtung, die seit 70 Jahren vor allem fruchtbare Hypothesen erbracht hat, zusätzliche Validität zu verleihen, um aus der hypothesenschaffenden Beobachtung eine auch im empirischen Sinne hypothesenprüfende Forschung zu machen, sammelte Luborsky aus rund 2000 Therapiestunden von 19 Patienten Situationen, in denen ein Symptom auftrat. Er wählte das Symptom des „momentanen Vergessens“, eine Situation, in der in der Regel der Patient sagt: „Jetzt habe ich plötzlich vergessen, was ich eben sagen wollte.“ Die Inspiration zu diesem methodischen Ansatz stammt aus den Arbeiten von Brenman, Gill u. Knight (1952) über spontane Veränderungen der Hypnose tiefe.

Aus den ausgewählten Situationen wurde ein Kontext von 50 bzw. 100 Wörtern vor und nach dem Auftreten des Symptoms exzerpiert; als weiterer Kontext wurde jeweils die ganze Stunde, in der das symptomatische Verhalten beobachtet worden war, betrachtet. In einem ersten Auswertungsschritt wurde sorgfältig auf die thematischen Inhalte der exzerpierten Segmente geachtet. Bei einem Viertel der Patienten fand sich ein sexuelles, ebenfalls bei einem Viertel ein aggressives Thema unmittelbar vor dem Eintreten des Symptoms. Bei der anderen Hälfte der Patienten zeigten sich durchgehend Hinweise auf Ängste vor Kontroll- bzw. Kompetenzverlust. In einem zweiten Schritt wurden Textsegmente, in denen ein Symptom auftrat, mit Kontrollsegmenten ohne Symptom aus der gleichen Stunde verglichen. 37 solcher Paare wurden auf 12 thematische und formale Kategorien wie Ärger, Kontrollproblem, Stimmungslage, Abstraktionsniveau der Äußerung etc. hin eingestuft. Zur Sicherheit wurde der jeweilige Satz, der ein Vergessen indizierte, aus den „Symptomtexten“ entfernt; aus den Kontrolltexten wurde an analoger Stelle ebenfalls ein Satz eliminiert. Am stärksten diskriminierten folgende Kategorien:

- 1) Sprechen des Patienten über neues Verhalten (z. B. „Ich habe meiner Schwester zum erstenmal erlaubt, mich zu umarmen“).
- 2) Schwierigkeiten, Aufmerksamkeit und Konzentration aufrechtzuerhalten, und
- 3) Verbalisierung von Schuldgefühlen.

In einer weiteren Verfeinerung wurden vor und nach dem Auftreten des Symptoms 11 sukzessive 50-Wort-Einheiten betrachtet, so daß eine genaue Registrierung der thematischen Veränderungen im sprachlichen Material möglich war. Dabei konnte nachgewiesen werden, daß die Störung der kognitiven Fähigkeiten wenige Minuten vor dem Symptomeintritt nachweisbar wird und ständig ansteigt. Nach dem Auftreten des Symptoms erfolgt ein rapider Abfall. Außerdem fand sich in den Symptomtexten ein Anstieg von direkten Referenzen — meist bedrohlicher emotionaler Färbung — auf den Therapeuten unmittelbar vor dem Symptombeginn.

Die Besonderheit dieser Methode liegt in der Demonstration, daß experimentell notwendige Manipulationen an psychoanalytischem Material vorgenommen werden können, ohne daß die Bedingungen für die Behandlung beeinträchtigt würden. Der Experimentator kann über das verbale Material verfügen, es je nach seinen Fragestellungen auswählen und immer neue Methoden zur Inhaltsanalyse darauf anwenden. Die Methode wurde inzwischen auch auf anderes Symptomverhalten in der

analytischen Situation angewandt, z. B. auf Magenbeschwerden, Kopfschmerzen und Petit-Mal-Anfälle. Die für die Theorie der Symptombildung wichtigen Ergebnisse, die mit ihrer Hilfe gewonnen werden konnten, diskutiert Luborsky (1967) ausführlich. Eine prinzipielle Beschränkung dieser Methode liegt darin, daß nur solches symptomatisches Verhalten betrachtet werden kann, das sich mit einiger Deutlichkeit an Verbatimprotokollen ablesen läßt. Bei Verwendung entsprechender Aufnahmeapparaturen könnten jedoch ohne Schwierigkeiten auch paralinguistische Phänomene der Sprache als „Symptom“ gewertet und untersucht werden. Eine Einbeziehung des EEG zur Erforschung der psychologischen Anfangsbedingungen epileptischer Anfälle deutet ebenfalls auf eine Ausdehnung der Methode durch die Einbeziehung psychophysiologischer Meßtechniken hin (Luborsky et al., 1970).

## 7. Schluß

Wir haben einige Methoden und Ansätze zur Verwendung von Verbatimprotokollen in der psychoanalytischen Prozeßforschung vorgestellt und diskutiert. Dabei ging es um die grundsätzliche Möglichkeit, der Forschung Bereiche zugänglich zu machen, über die in der traditionellen Fallstudie durch die Beschränkung des Materials nur unzureichende Aussagen möglich sind.

Wir haben uns bei der Diskussion einiger Prozeßvariablen nicht auf die Psychoanalyse beschränkt. Die Darstellung der Prozeßvariablen „Experiencing“ und „Empathie“ der klienten-zentrierten Psychotherapie sollte einerseits auf die umfassende Verwendbarkeit von Verbatimprotokollen aufmerksam machen; andererseits scheint uns die Erörterung der Wirkung unspezifischer Faktoren unter dem folgenden Gesichtspunkt wichtig zu sein: Wenn Theorieprüfung ins Auge gefaßt wird, muß zuvor geklärt sein, was im therapeutischen Prozeß wirkt. Wenn Veränderungen auch auf unspezifische Faktoren zurückgeführt werden können, ergeben sich bei theorieprüfenden Verlaufsuntersuchungen dann Täuschungen, wenn man die unspezifischen Variablen, die in die interpretative Technik eingehen, nicht berücksichtigt.

Die Verwendbarkeit von Verbatimprotokollen für psycholinguistische und inhaltsanalytische Fragestellungen werden wir an anderer Stelle (Kächele et al., in Vorbereitung) ausführlich diskutieren.

(Anschrift der Verff.: Dr. Horst Kächele, Dipl.-Psych. Cornelia Schaumburg und Prof. Dr. Helmut Thomä, Universität Ulm, Abt. f. Psychotherapie, 79 Ulm, Parkstr. 14)

### Summary

*Tape recording as a means for research into the psychotherapeutic process.* — Recording psychotherapeutic dialogues by means of tape recorders allows the application of various content-analytical procedures to a non-selected verbal material that has not yet become structured by interpretations. The authors describe the methods used and the problems arising in content-analytical research: they focus on the formulation of hypotheses and concepts concerning variables (in patients and therapists). The development of adequate techniques of evaluation is discussed.

### BIBLIOGRAPHIE

- Barret-Lennard, G. T. (1962): Dimensions of Therapist's Responses as Causal Factors in Therapeutic Change. *Psychol. Monogr.* 76.
- Beckmann, D., et al. (1969): Kontrolle von Psychotherapieresultaten. *Psyche* 23, 805—823.
- u. M. B. Smith (1956): An experimental exploration of the psychoanalytic process. *Psychoanal. Quarterly* 25, 385—494.
- Berenson, B. G., et al. (1968 a): Level of therapist functioning, type of confrontation, and type of patient. *J. Clin. Psychol.* 24, 111—113.
- (1968 b): Level of therapist functioning, type of confrontation, and patient depth of self-exploration. *J. Counsel. Psychol.* 15, 136—139.
- Bergin, A. E., u. S. Garfield (1971): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York (Wiley).
- Brenman, M., et al. (1952): Spontaneous fluctuations in depth of hypnosis and their implications for ego functions. *Int. J. Psychoanal.* 33, 22—23.
- Cartwright, R. (1966): A Comparison of the response to psychoanalytic and client-centered psychotherapy. In: Gottschalk, L. A., u. A. H. Auerbach, s. d.
- Fenichel, O. (1945): *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York (Norton).
- Fiedler, F. (1950 a): The Concept of an ideal relationship. *J. Consult. Psychol.* 14, 239—245.
- (1950 b): A Comparison of therapeutic relationship in psychoanalytic, nondirective, and Adlerian psychotherapy. *J. Consult. Psychol.* 14, 436—445.
- Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. *GW VIII*, Frankfurt/Main (Fischer) 1964.
- (1926): *Hemmung, Symptom und Angst*. *GW XIV*, Frankfurt/Main (Fischer) 1952.
- Garduk, E. L., u. E. A. Haggard (1972): Immediate effects on patients of psychoanalytic interpretations. *Psychol. Issues* 28, New York (Int. Univ. Press).
- Gill, M. M., et al. (1968): Studies in audio-recorded psychoanalysis. I. General considerations. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 16, 230—244.
- Glover, E. (1955): *The Technique of Psychoanalysis*. New York (Int. Univ. Press).
- Gottschalk, L. A. (1968): Some applications of the psychoanalytic concept of „object relatedness“: preliminary studies on human relations content analysis scale applicable to verbal samples. *Compr. Psychiat.* 9, 608—620.
- et al. (1958): The Speech patterns of schizophrenic patients: a method of assessing relative degree of personal disorganization and social alienation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 127, 153—166.
- et al. (1961): Further studies on the speech patterns of schizophrenic patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 132, 101—113.

*Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung* 925

- et al. (1963): Three hostility scales applicable to verbal samples. *Arch. Gen. Psychiat.* 9, 254—279.
- et al. (1966): The Measurement of emotional changes during a psychiatric interview: a working model toward quantifying the psychoanalytic concept of affect. In: Gottschalk, L. A., u. A. H. Auerbach: *Methods of Research in Psychotherapy*. New York (Appleton-Century-Crofts).
- u. A. H. Auerbach (1966): *Methods of Research in Psychotherapy*. New York (Appleton-Century-Crofts).
- et al. (1969): *Manual of Instructions for Using the Gottschalk-Gleser Content Analysis Scales: Anxiety, Hostility, and Social Alienation — Personal Disorganization*. Berkely and Los Angeles (Univ. Calif. Press).
- Halkides, G. (1958): An Experimental study of four conditions necessary for therapeutic change. Doctoral dissertation, University of Chicago.
- Heimann, P. (1969): Gedanken zum Erkenntnisprozeß des Analytikers. *Psyche* 23, 2—24.
- Horowitz, L. (1969): Therapist's personality and level of competence. Vortrag vor der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft, New York.
- Isaacs, K. S., u. E. A. Haggard (1966): Some methods used in the study of affect in psychotherapy. In: Gottschalk, L. A., u. A. H. Auerbach, s. d.
- Jacobson, E. (1953): The Affects and their pleasure-unpleasure qualities in relation to the psychic discharge processes. In: Lowenstein, R. M.: *Drives, Affects, Behavior*. New York (Int. Univ. Press).
- Junker, H., u. H. Zenz (1970): Der Einsatz datenverarbeitender Apparate für die Erforschung psychotherapeutischer Prozesse. *Psyche* 24, 692—705.
- Klauber, J. (1968): Über die Verwendung geisteswissenschaftlicher und naturwissenschaftlicher Methoden in der Psychoanalyse. *Psyche* 22, 518—533.
- Knapp, P. H., et al. (1966): Collection and utilization of data in a psychoanalytic-psychosomatic study. In: Gottschalk, L. A., u. A. H. Auerbach, s. d.
- Kris, E. (1951): Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy. *Psychoanal. Quart.* 20, 15—30.
- Kubie, L. (1952): Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin, E.: *Psychoanalysis as a Science*. Stanford (Stanford Univ. Press).
- Lacey, J. I. (1959): Psychophysiological approaches to the evaluation of psychotherapeutic processes and outcome. In: Rubinstein, E. A., u. M. B. Parloff: *Research in Psychotherapy*, Bd. 1. Washington (Am. Psychol. Ass.).
- Lang, P. (1971): The Application of psychophysiological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. In: Bergin, A. E., u. S. Garfield, s. d.
- Luborsky, L. (1967): Momentary forgetting during psychotherapy and psychoanalysis: a theory and research method. In: Holt, R. R.: *Motives and Thought: Psychoanalysis Essays in Honor of David Rapaport*. *Psychol. Issues* 5, No. 2—3, Monograph 18/19, New York (Int. Univ. Press), 177—217.
- et al. (1970): The symptom-context method of measuring the psychological state prior to petit-mal seizures. *Psychosom. Medicine*, im Druck.
- u. D. Spence (1971): Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Bergin, A. E., u. S. Garfield, s. d.
- Marsden, G. (1971): Content analysis studies of psychotherapy: 1954 through 1968. In: Bergin, A. E., u. S. Garfield, s. d.
- Meltzoff, J., u. M. Kornreich (1970): *Research in Psychotherapy*. New York (Ather-ton Press).
- Miller, A. A., et al. (1965): On the nature of the observing function of the ego. *Brit. J. Med. Psychol.* 38, 161—169.



- Mintz, J., et al. (1970): Dimensions of psychotherapy: a factor-analytic study. *J. Consult. Psychol.* 34.
- Mitchell, F., u. D. Berenson (1971): Differential use of confrontation by high and low facilitative therapists. *J. Nerv. Ment. Dis.* 151, 303—309.
- Mitchell, K. M., u. R. M. Mitchell (1968 a): The Significant other scale: a measure of content in psychotherapy. Paper read at South-western Psychological Association meeting, New Orleans.
- Mitchell, R. M., u. K. M. Mitchell (1968 b): A Measure of therapist immediacy. Unveröff. Manuskript, Arkansas Rehabilitation Research and Training Center, University of Arkansas.
- Noble, F., et al. (1961): A Method for quantification of psychotherapeutic interaction in counseling groups. *J. Counsel. Psychol.* 8, 54—60.
- Overall, J. E., u. D. R. Gorham (1962): The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol. Rep.* 10, 799—812.
- Rapaport, D. (1960): The Structure of Psychoanalytic Theory. *Psychol. Issues*, 6, New York (Int. Univ. Press). — Die Struktur der psychoanalytischen Theorie. 2. Aufl. 1970. Stuttgart (Klett).
- Rogers, C. R. (1959): A Tentative scale for the measurement of process in psychotherapy. In: Rubinstein, E. A., u. M. B. Parloff: Research in Psychotherapy. Bd. 1, Washington (Am. Psychol. Ass.).
- Rogers, C. R. (1965): The Therapeutic relationship: recent theory and research. *Austral. J. Psychol.* 17, 95—108.
- Rosenkötter, L. (1969): Mündliche Mitteilung.
- Sargent, H. (1961): Intrapsychic change: methodological problems in psychotherapy research. *Psychiatry* 24, 93—108.
- Schaumburg, C., et al. (in Vorbereitung): Über einige methodische und statistische Probleme bei Einzelfallstudien in der psychoanalytischen Forschung.
- Shakow, D. (1960): The Recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal. Quarterly* 29, 82—97.
- Simon, J., et al. (1970): Studies in audio-recorded psychoanalysis. II. The effect of recording upon the analyst. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 18, 86—101.
- (1968): Psychoanalytic research and the concept of analytic work. Vortrag auf der Herbsttagung der American Psychoanalytic Association.
- Soskin, W. F. (1954): Some Aspects of Communication and Interpretation in Psychotherapy. Cleveland.
- Sterba, R. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Int. Z. Psychoanalyse* 20, 66—73.
- Strupp, H. H. (1957 a): A Multidimensional system for analyzing psychotherapeutic techniques. *Psychiatry* 20, 293 ff.
- (1957 b): A Multidimensional comparison of therapist activity in analytic and client-centered therapy. *J. Consult. Psychol.* 21, 301—308.
- (1960): Some comments on the future of research in psychotherapy. *Behav. Sci.* 5/6, 60—70.
- Tausch, R. (1970): Gesprächspsychotherapie. Göttingen (Hogrefe).
- , et al. (1967): Variablen und Zusammenhänge in psychotherapeutischen Gesprächen. Manuskript.
- Thomä, H., et al. (1968): Intervention und Reaktion. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Truax, C. B. (1961): A Scale for the measurement of accurate empathy. *Psychiatric Institute Bulletin, Univ. Wisconsin*, 12.
- , u. D. G. Wargo (1966): Psychotherapeutic encounters that change for better or for worse. *Am. J. Psychotherapy* 20, 499—520.
- , u. R. R. Carkhuff (1967): Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice. Chicago (Aldine).

*Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung* 927

- , u. K. M. Mitchell (1968): The Psychotherapeutic and the psychonoxious: human encounters that change behavior. In: Feldman, M.: Studies in Psychotherapy and Behavioral Change. Bd. 1: Research in Individual Psychotherapy. Buffalo (State Univ. New York Press).
- (1969 a): Therapist focus on client defense mechanism and client outcome. Unveröff. Manuskript, University of Florida.
- (1969 b): Therapist focus on source of client anxiety and client outcome. Unveröff. Manuskript, University of Florida.
- , u. K. M. Mitchell (1971): Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process outcome. In: Bergin, A. E., u. Garfield, S., s. d.
- Wallerstein, R., u. H. Sampson (1971): Issues in research in the psychoanalytic process. *Int. J. Psychoanal.* 52, 11—50.
- Witkin, H. A., et al. (1968): Affective reactions and patient-therapist interactions among more differentiated and less differentiated patients early in therapy. *J. Nerv. Ment. Dis.* 146, 193—208.