

494. Kächele H (2006) Ziele der Behandlung: Von Micro- über Meso- zu Macro-Outcome.
Imagination (Wien) 1: 4-15

Ziele der Behandlung:

Von Micro- über Meso- zu Macro-outcome.

Horst Kächele (Ulm)

Es dürfte hinreichend bekannt sein, dass die Gesellschaft und deren Einrichtungen die kulturellen Werte definieren, die erst die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Psychotherapie schaffen. Ob Psychotherapie weitgehend privat bezahlt werden muss oder ob die Krankenkassen dafür heran gezogen werden, wie es in der BRD 1967 als Folge langjähriger Arbeit einzelner Psychoanalytiker im berufspolitischen Feld geschah, gestaltet Einstellungen und Erwartungen einzelner. Meine private Beobachtung legt nahe, dass in Europa dieser gesellschaftliche Konsens von einem protestantisch motivierten Norden zu einem katholisch imprägnierten Süden differenziert gehandhabt wird; Österreich gibt sich protestantisch bezüglich der Zulassung vieler Schulen und Therapeuten und katholisch was die öffentliche Finanzierung angeht.

Das „Generische Modell der Psychotherapie“ von Orlinsky & Howard (1987) hat diese Zusammenhänge zusammenfassend dargestellt. Um vernünftigerweise von Zielen der Behandlung zu sprechen, liegt es nahe, unterschiedliche Ebenen der Zieldiskussion auch konzeptuell zu differenzieren.

Ich werde erläutern, was unter „Micro–outcome“, unter „Meso–outcome“, und was unter „Macro–outcome“ sinnvollerweise verstanden werden kann. Natürlich können wir auch deutsche Ausdrücke für diese Differenzierung finden, z.B. Stundenbilanz, Zwischenbilanz und abschließende Bilanz.

Micro-Outcome:

Von allen Therapieformen wird akzeptiert, dass eine positive therapeutische Beziehung dem Patienten hilft, den Glauben an sich selbst wieder zu finden ("Remoralisierung" Frank 1973); dies schafft die Basis, auf der therapeutische

Interventionen wirksam werden können. Therapeutische Interventionen verändern die Offenheit ("self-relatedness") des Patienten für therapeutisch intendierte Einwirkungen. Positive Wirkungen einer Sitzung wie z.B. durch einfache Katharsis oder komplexe Einsichtsvorgänge führen zu kurz- oder mittelfristigen Besserungen im Befinden des Patienten. Diese wiederum wirken auf die therapeutische Beziehung zurück. Auf diese Weise verbessern sich die Voraussetzungen für weitere positive therapeutische Veränderungen und vice versa.

Das hier skizzierte komplexe Gefüge beschreibt den psychotherapeutischen Prozess als ein rückgekoppeltes System. Das Ergebnis einer Sitzung beeinflusst das Ergebnis die nachfolgende Sitzung (nothing succeeds like success!) und damit weiterwirkend den Verlauf. Auch gilt jedoch auch, dass negative Erfahrung des Patienten direkt oder indirekt als Folge des Handelns des Therapeuten zu negativen Befinden des Patienten führen. Beklemmend werden diese negativen Verläufe in den von Patienten verfassten Leidens-Geschichten geschildert (Brentano 2006). Was für Ehepaaren bestens untersucht ist (Revenstorf 1979), sollte man auch auf beide Partner in therapeutischen Beziehungen anwenden, weshalb Pfäfflin u. Kächele ernsthaft gefragt haben: „Muss man Therapeuten diagnostizieren“ (2004). Im Sinne des Generischen Modell von Orlinsky u. Howard ist es deshalb angemessen zu fragen, wie aus den vielen Mikro-Ereignissen, aus dem unvermeidlichen Auf und Ab im Verlauf einer realen Psychotherapie, sich zunächst ein Meso-outcome ergibt, bevor der Macro-outcome, das Gesamtergebnis der Behandlung, betrachtet werden kann.

Beispiele für Zieloptionen gibt es viele, die wir selbstverständlich registrieren, aber nicht unbedingt reflektieren. So fragen wir uns manchmal nach einer stürmischen Sitzung, ob der Patient zu nächsten Sitzung kommen wird, denn A. Freud soll gesagt haben, das wichtigste Ziel sei, dass der Patientin zur nächsten Stunde kommt. Weiterhin haben wir klar das Ziel vor Augen, zu erarbeiten, dass der Patient sich in einer inneren Verbindung mit der therapeutischen Aufgabe befindet. Außerdem ist es unser Ziel, herauszufinden ob der Patient ein Anliegen hat, an dem psychotherapeutisch gearbeitet werden kann; viele gerechtfertigte Anliegen im Bereich bewussten Denkens und Handelns sind nicht psychotherapeutischer Natur. Ein weiteres Arbeitsziel für Therapeuten ist es, herauszufinden, ob der Patient

produktiv auf Interventionen (nicht nur Deutungen) reagiert sie. Man sieht, dass ein Therapeut mühelos viele Ziele benennen kann. Wie steht es aber mit dem Patient: Operative Ziele, die sich auf die jeweils konkrete Sitzung beziehen, hat er oder sie am Anfang nicht unbedingt. Vielleicht will er sein lästiges Symptom loswerden nach dem Motto: „Wasch mich, aber mach mich nicht nass“. Lieber ist den meisten Therapeuten der hochmotivierte Patient, dessen Ziele mit den Zielvorstellungen des Therapeuten kongruent zu sein scheinen

Wie auch immer der Anfang, es gibt ein Konzept, das am klarsten das Ziel-Kriterium eines Micro-Outcome erfüllt: Dies ist die von Luborsky (1976) erstmals methodisch formalisiert erfasste therapeutische Allianz oder die hilfreiche Beziehung, die auf Freud (1912b) zurückgeht (s.d Bordin 1979. Heute allgemein anerkannt, dass die therapeutische Allianz das wichtigste technische Prinzip nicht nur der psychodynamischen Therapieformen ist, sondern in allen Behandlungsmodalitäten eine bedeutsame Rolle spielt (Horvath & Greenberg 1994). Sie herzustellen, ist das oberste Gebot und damit das klarste operative Ziel. Was ist damit gemeint?

Die hilfreiche Beziehung ist eine Bezeichnung für eine Reihe offensichtlich verwandter Phänomene, in denen sich widerspiegelt, in welche Masse der Patient die Beziehung zum Therapeuten als hilfreich bzw. möglicherweise hilfreich für das Erreichen der Behandlungsziele erlebt. Dieses steht im Einklang mit Freuds Empfehlung, dass die milde positive Übertragung als "Trägerin des Erfolges" (1912b, S. 371) betrachtet werden sollte.

Luborsky's ziel-gerichtete Empfehlungen in seinem scheinbar simplizistisch anmutenden Lehrbuch der analytischen Psychotherapie (dt. 1995) sind folgende:

- 1) Vermittle dem Patienten durch Sprache und Verhalten die Unterstützung in seinem Bestreben, die Behandlungsziele zu erreichen.
- 2) Vermittle dem Patienten ein Gefühl von Verständnis und Akzeptanz.
- 3) Entwickle Sympathie für den Patienten.
- 4) Hilf dem Patienten dabei, notwendige Abwehrformen und Handlungen beizubehalten, die seine Lebensfähigkeit fördern.
- 5) Vermittle dem Patienten die realistisch-zuversichtliche Einstellung, dass die Behandlungsziele wahrscheinlich zu erreichen sind.
- 6) Anerkenne bei geeigneter Gelegenheit, dass der Patient seinen Behandlungszielen schon nahe gekommen ist.

- 7) Rege den Patienten an, seine Gedanken und Gefühle im Zusammenhang mit bestimmten Themen auszudrücken
- 8) Fördere ein "Wir-Bündnis".
- 9) Vermittle dem Patienten deine Achtung und Wertschätzung.
- 10) Weise auf Erfahrungen hin, die Patient und Therapeut in der Therapie gemeinsam gemacht.

Es besteht Übereinstimmung darin, dass das Konzept ein multidimensionales Konstrukt ist, an dem vier Aspekte differenziert werden können:

- a) Die Fähigkeit des Patienten zielgerichtet in der Therapie arbeiten zu können
- b) Die affektive Verbundenheit des Patienten mit dem Therapeuten
- c) Das empathische Verstehen und die Involviertheit des Therapeuten
- d) Die Übereinstimmung von Patient und Therapeut hinsichtlich der Behandlungsaufgaben - und ziele

Heute besteht Einigkeit darüber, dass Allianz (bereits in frühen Therapiestunden erfasst) ein Prädiktor für den Therapieerfolg, unabhängig vom psychotherapeutischen Verfahren, der Diagnose und Patientenmerkmalen ist. Nicht abschließend geklärt ist die Frage ob nicht diese frühe Allianz bereits als eine Folge eines unmittelbar mit der Therapieerwartung verbundenen Effektes betrachtet werden kann. Verbesserungen, die bereits in der Wartezeit auf eine vereinbarte Behandlung stattfinden, sprechen dafür (Puschner et al. 2006).

Dabei ist interessant, dass Therapeut und Patient in der Einschätzung der Allianz meist nicht übereinstimmen, eine Tatsache, die der unvermeidlichen Multiperspektivität der Ziele von Psychotherapie geschuldet ist (Hentschel 2005). Für die Diskussion über operative Ziele einer Behandlung ergeben sich folgende Schlussfolgerungen:

- # Die Entwicklung einer positiven Allianz bedarf der Beteiligung beider Interaktionspartner (d. h. bi-personales Modell);
- # wenn keine positive Allianz zustande gekommen ist, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Therapie nicht erfolgreich verläuft; d.h. jedoch nicht, dass sie nicht trotzdem erfolgreich sein kann. Nur wird der Weg mühsamer sein.
- # Störungen in der therapeutischen Beziehung bedürfen der unmittelbaren und sorgfältigen Bearbeitung - Aspekten des "Hier und Jetzt" ist dabei der Vorzug zu geben, statt den Wiederholungsaspektes eines bestimmten Verhaltens hervorzuheben.

Meso-Outcome

Wenn eine Behandlung im Gang gekommen ist, bringt die Frage aufgeklärter Patienten: „wie lange wird diese dauern?“ Therapeuten gerne in Verlegenheit. Im Unterschied zu chirurgischen Eingriffen ist diese Information nicht leicht zu geben. Diese Frage stellt sich ja nach gesellschaftlichem Kontext mal mehr, mal weniger deutlich. Im Zeitalter manualisierter evidenz-basierter Therapien, die merkwürdigerweise sich abgesprochen haben in den kontrollierten Studien mit einer magischen Stundenzahl von 16 Sitzungen zu operieren, lässt sich diese Frage scheinbar vernachlässigen. Sie wird dann von jenen 60% in der nachfolgenden Behandlung gestellt, bei denen der Erfolg der manualisierter Therapie nicht von langer Dauer war (Shea 1992). Vernachlässigt wird in den humanistischen Therapien, worunter m. E. auch die psychoanalytischen gehören, generell die Auseinandersetzung mit Zielen, worauf Bräutigam schon vor Jahren hingewiesen hat (Bräutigam 1994). Wenn „der Weg das Ziel“ ist, erübrigt sich eine Zieldiskussion (Blarer 1983) – eine wahrhaft buddhistische Lesart. Falls man jedoch sich nach christlicher Tradition auf den Jacobsweg begibt, dann braucht es Zwischenziele, und sei es nur eine Herberge usw.

Zwischen ziel-orientiertem Herbeiführen von symptomatischen Veränderungen erlebten Verhaltens- und Leidenszuständen (wie bei der Behandlung bulimischer Patienten) und einem ungerichteten Nachfolgen des interaktiven, sich stets neu gestaltenden Verlaufes besteht nur ein gradueller Unterschied. Ziellosigkeit kann eine didaktische Metapher sein (Bion's „no memory no desire“ Formel); ob dies eingelöst werden kann, ist eine empirische Frage, und mir erscheint es sehr unwahrscheinlich, dass irgendein Mensch ohne Wünsche und Gedächtnis einen therapeutischen Prozess bestehen würde. Die diese schon zwischen Reik und Reich ausgetragene Kontroverse wird immer wieder entfacht werden müssen (Thomä & Kächele 1973), um den Zusammenhang zwischen Planung und Intuition, der in jeder Zieldiskussion verhandelt werden muss, zu explizieren. Zu sagen, dass ein Patient vor jeder Sitzung sich seines impliziten Arbeitszieles bewusst werden muss, um jeweils initiativ zu werden, ist angesichts der beachtlichen drop-out rate von Patienten in frühen Therapiephasen nicht trivial – eine Problematik, die besonders bei der Behandlung von Borderline-Patienten zentral ist.

Dabei wird deutlich, dass die Frage, wie das Setting für bestimmte Ziele gestaltet sein muss, eine äußerst interessant sein kann. Strukturiert der Rahmen die Ziele,

oder bestimmen die Ziele den Rahmen. Auf dem Theater erlaubt ein Einakter nur wenige Themen; ein vierstündiges Drama kann eine Fülle von Personen und deren Verwicklungen auf die Bühne bringen. Bestimmen also die Zielvorstellungen den Rahmen? Die mehr oder weniger dichte Abfolge von Sitzungen generiert einen inneren Zusammenhang, in dem sich Zielvorstellungen entwickeln, verändern und aus auch dem Auge verloren werden.

Die Patientin Amalie X - der Ulmer Musterfall- leidet an mangelndem Selbstwertgefühl, insbesondere bedingt durch ihre äußerlich nur wenig sichtbare hirsute Körperbehaarung (Neudert 1998) . Im ersten Teil ihrer psychoanalytischen Behandlung leidet sie vorwiegend an diesem als unveränderbar erlebten Mangel: ihr klar ausgesprochenes Ziel ist Verringerung des Leidensdruckes von dieser Einschränkung. Dieser Leidensdruck nimmt registrierbar ab; das Thema der Haare verändert im dem therapeutischen Dialog seine bis dahin durchweg negative Semantik:

„Ein Indikator für ihre bessere Selbstakzeptanz kann man darin sehen, dass sie in Periode XIII (Std. 300-304) im Zusammenhang mit ihrem Selbstvorwurf, in ihrer Zeitungs-Annonce ihren Haarwuchs verschwiegen zu haben, sagt: "Manchmal stören sie (die Haare) mich, manchmal auch nicht, dann finde ich mich ganz akzeptabel".

In Periode XV (Std. 350-355) schildert sie, dass sie zu Beginn der Therapie sich oft von sich selbst ausgezogen fühlte und wie eine zweite Person neben sich herlief, wobei sie sich wie durch durchsichtige Kleider hindurch beobachtete. Dabei erschreckte sie ihr eigener Anblick.

Inzwischen kann sie sich in einem durchsichtigen Nachthemd träumen und sich dabei attraktiv finden. Es stört sie nicht, dass sie dabei im Traum mit einem Mann zusammen ist. Auf diese Weise erprobt sie träumend die Möglichkeit, einen attraktiven Körper zu haben. In der Realität leidet sie immer noch unter Berührungs- und Exhibitionsängsten.

Als sie schließlich eine direkt sexuelle Beziehung zu ihrem Freund aufnimmt (Std. 376-380), erwähnt sie zwar, dass sie sich beim Geschlechtsverkehr wegen ihrer Haare oft gehemmt fühlt, doch geht es immer mehr um die Auseinandersetzung mit ihrem Körpergefühl ganz allgemein; der Hirsutismus tritt eher in den Hintergrund. In einer Beziehung zu einem Künstler treten die Ängste, wegen ihrer Haare ästhetisch abgelehnt zu werden, wieder in Vordergrund; doch tröstet sie sich mit dem Gedanken, dass ihre Haare so etwas wie ein Prüfstein darstellen, eine Mauer, die ihr Freund wie eine Internatsmauer überspringen müsse“ (Kächele et al. 2006).

Das ursprüngliche Ziel, das Leiden an ihrer ungewöhnlichen Behaarung zu überwinden, wurde ersetzt durch das Ziel, eine befriedigende heterosexuelle Beziehung zu etablieren.

An diesem Einzelbeispiel wird etwas ganz allgemeines und allen dynamisch und nicht-dynamisch denken Therapeuten ganz selbstverständliches sichtbar. Da wir davon ausgehen, dass Symptombildungen an die Stelle von ungelösten Konflikten treten, muss die Überwindung von Symptomen durch Wiederherstellung der

konfliktiven Situation geschehen, und damit verändert sich die Zielstruktur einer Behandlung. Ob das geplant oder ungeplant sich ereignet, ist hier sekundär. Ob in verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungen Ziele stärker expliziert, ob da mehr ziel-orientiert gearbeitet wird, mehr Pläne mutig in die Tat umgesetzt werden (Caspar 1996), kann man als Frage in den Raum stellen; im psychodynamischen Therapieräumen wird die spontane Entwicklung auch der Zielvorstellungen, wird das Moment der Überraschung geschätzt.

Jedoch ereilen den BRD-Psychotherapeut jeglicher Provenienz spätestens typische Meso–outcome Feststellungen dann, wenn eine Zwischenbilanz im Rahmen des Gutachterverfahrens für die Kasse erstellt werden müssen. Dann müssen Ziele und ihre Wege dahin formuliert und mit dem Patienten abgestimmt werden. So schreibt ein Antragsteller zum Zeitpunkt des 2. Antrages, nach 80 Sitzungen analytischer Psychotherapie:

Behandlungsplan:

Nach einer ersten Phase einer zweistündigen Therapie im Sitzen soll und kann eine dreistündige analytische Psychotherapie im Liegen etabliert werden, bei der die Bearbeitung der Regulation von Macht-Ohnmacht-Situationen in gegenwärtig lebendigen Beziehungen (Mutter, Bruder, Ehemann) und in innerlich sehr lebendigen Ohnmachtserfahrungen im Mittelpunkt stehen sollen. Die Übertragungssituation wird entsprechend durch den Wechsel von Übereinstimmung und akut auftretenden beiderseitigen Ohnmachtserfahrungen gekennzeichnet werden, was ein zentrales Thema der therapeutischen Arbeit sein wird.

Auch hier werden Pläne gemacht, ob sie, um mit Brecht zu sprechen („Ja mach nur einen Plan, sei nur ein großes Licht, dann mach noch einen zweiten Plan, gehen tun sie beide nicht“), sich umsetzen lassen, bleibt stets offen. Taktik und Strategie bestimmen den Verlauf nicht nur im Schach, sondern bestimmen auch in Therapien die oft verschlungenen Wege der Behandlung.

Macro-outcome

Aus der Addition von vielen Schritten ergibt sich der Macro-outcome, das erstrebte Ziel der Behandlung. Die Beobachtung des Erreichens der jeweiligen Ziele, des schrittweisen Gesundungsverlaufes, das zu einem Gesamtergebnis führt, wird in der klinischen Arbeit narrativ aufbereitet. Nicht immer wird ein positives Ergebnis zu vermerken sein; katamnestische Kontakte mit früheren Patienten helfen da, einem die Augen zu öffnen. So schreibt die Patientin Franziska X, über die wir im zweiten

Band des Ulmer Lehrbuches (Thomä & Kächele 2006b) berichtet haben, bei einem ihrer post-analytischen Weihnachtsbriefe:

Lieber Herr Ex-Therapeut,
alldieweil mich gerade das Bedürfnis überkommt, Ihnen eine gute Zeit zu wünschen, kommen Sie in den Genuss einer weiteren Weihnachtskarte. Der Wunsch, mit Ihnen in Kontakt zu bleiben, ist wohl auch deshalb vorhanden, weil es mir im Moment gut geht (trotz Scheidung etc.) und ich mich bei Ihnen melden möchte, ohne zu kommentieren!

Nach meinem letzten Besuch bei Ihnen habe ich mich auf Ihr Anraten an Prof. L. in W. gewandt. Er hatte leider keine Zeit für mich, hat mir aber statt dessen eine Gruppentherapie empfohlen, die ich auch 60 Stunden durchgezogen habe, Leider war diese Veranstaltung nun wirklich völlig für die Katz, eine nette Abwechslung, aber völlig ineffektiv und an dem vorbei, was mir (und auch Ihnen) vorschwebte. Wenn es Sie interessieren sollte, erzähle ich Ihnen gern ein ander Mal von mir und meiner derzeitigen Situation.

P.S. Bitte, bitte interessieren Sie sich! (*mit Bleistift an den letzten Satz angefügt*).

Für heute begnüge ich mich mit weihnachtlichen Grüßen für Sie und Ihre Familie.

Ihre I. Franziska X

Es ist wiederum erfreulich, aus der DPV-Katamnesen Studie zu erfahren, dass ein Grossteil der mit nieder-frequenter und hoch-frequenter psychoanalytischen Lang-Therapie behandelten Patienten sechs Jahre nach diesen Behandlungen sich deutlichst gebessert fühlt (Leuzinger-Bohleber et al. 2002). Es scheint jedoch bei der Bewertung von Therapieprozessen auf der Makro-Ebene weitere Aspekte zu geben, die zu berücksichtigen sind. Die m.E. für das Bestehen der Psychotherapie im medizinischen System wichtigste Frage lautet: Wie viel Psychotherapie für wie lange mit welchem Kosten ist wirksam, ökonomisch relevant und bezahlbar. Die berühmte, oft zitierte Dosis-Wirkungs-Studie von Howard et al. (1986) gibt verlässliche Auskunft nur über eine kurzen Behandlungsdauer, die wenig repräsentativ für europäische Verhältnisse ist. Dies wurde auch schon für die USA von Kadera et al (1996) aufgrund eigener Daten korrigiert. Studien zur Zufriedenheit, wie die inzwischen auch bei uns vielfältig rezipierte und replizierte Consumer-Reports-Studie (Seligman 1995) hilft dabei wenig weiter, denn Zufriedenheit mit der Behandlung korreliert nicht mit objektivierbaren Symptombesserungsmaßen. Natürlich ist Zufriedenheit mit dem Leben, und mit einer psychotherapeutischen Behandlung ein wichtiges Ziel. Gesundheitsökonomisch ließe sich dieses nur dann verwerten, wenn diese Zufriedenheit in anderen ökonomisch relevanten Parametern wie Krankenstand etc. eingehen würde.

Fava & Sonino (2000) zeigen auf, dass bei einer nicht gerade geringen Zahl von somatischen Erkrankungen Zusammenhänge mit belastenden Lebensereignissen in kontrollierten Studien nachgewiesen wurden:

Asthma / Diabetes / Schilddrüsen-Überfunktion / Hypothalamische Amenorrhö / Magengeschwür / Crohn's Erkrankung / Funktionelle Darmbeschwerden / Herzinfarkt / Funktionelle Herzbeschwerden / Autoimmun-Erkrankungen / Krebs/ Infektiöse Erkrankungen / Psoriasis / Alopecia areata & urticaria / Kopfschmerzen / Durchblutungsstörungen des Gehirns

Bedeutsamer für unsere Diskussion ist der dann folgende Befund, dass für die Mehrzahl dieser Störungen Kurzzeit-Interventionen in kontrolliert-randomisierten Studien als effektiv nachgewiesen wurden (Fava & Sonino 2000). Zwischen diesen erfreulichen Befunden, dass in wenigen Sitzungen eine verbesserte Krankheitsverarbeitung erzielt werden konnte und den anspruchsvolleren Zielen der Langzeit-Therapien besteht ein Vermittlungsbedarf, der sich aus dem ethisch relevanten Problem der gesellschaftlichen Ressourcen-Allokation ergibt. Wenn bei DPV-Studie dieses erfreuliche Ergebnis möglicherweise Folge der weit über dreihundert Sitzungen dauernden therapeutischen Bemühungen ist, dann betrachten wir ein sehr spezielles Segment der Versorgung mit einem sehr speziellen Ziel. Es dürfte lohnen sein, die Diskussion zu intensivieren, welche Ziele mit welchem Behandlungsaufwand realistischerweise zu erreichen sind. Mit den Daten der Stuttgarter TRANS-OP Studie (Puschner et al. 2006) lässt sich aufzeigen, dass ca. 18 Monate Behandlung bei niederfrequenten Behandlungen (psychodynamische und kognitiv-behaviorale Therapien) in der Modellierung über 700 Patienten ein Wechsel vom dysfunktionalen zum funktionalen Bereich (für den SCL-90 Global Score) zu erwarten ist.

Es ist mehr als offenkundig, dass die Ziele in der Psychotherapie immer wieder auf vielen Ebenen reflektiert werden müssen. Und zwar unter vielfältigen Aspekten, die miteinander austariert werden müssen. Sind Ziele nun Wegweiser oder führen psychotherapeutische Behandlungen auch zu Zielformulierungen, die erst im Laufe in der gemeinsamen Arbeit formuliert werden können (Thomä u. Kächele 2006a,b,c).

Literatur

- Blarer A, von, Brogle I (1983) Der Weg ist das Ziel. Zur Theorie und Metatheorie der psychoanalytischen Technik. In: Hoffmann SO (Hrsg) Deutung und Beziehung Kritische Beiträge zur Behandlungskonzeption und Technik in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt am Main, S 71-85
- Bordin E (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 16: 252-260
- Bräutigam W (1984) Werte und Ziele in psychoanalytischen Therapien. *Z Psychosom Med Psychoanal* 30: 62-71
- Brentano M (2006) Besprechung: M. Akoluth: Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen. Mit einem Vorwort von Tilmann Moser und einem Nachwort von Siegfried Bettighofer. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann 2004. *Psychotherapeut* 51: 248-249
- Caspar F (1996) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Fava G, Sonino (2000) Psychosomatic Medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics* 69: 184-197
- Frank JD (1973) Persuasion and healing. Johns Hopkins University Press, Baltimore; dt. Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung; vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart, Klett-Cotta 1981
- Freud S (1912b) Zur Dynamik der Übertragung. *GW Bd 8*, S 363-374,
- Hentschel U (2005) Die therapeutische Allianz. Teil 1: Die Entwicklungsgeschichte des Konzepts und moderne Forschungsansätze. *Psychotherapeut* 50: 305-317
- Horvath A, Greenberg L (Hrsg) (1994) The working alliance: theory, research and practice. Wiley, New York
- Howard KI, Kopta S, Krause M, Orlinsky D (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psycholog* 41: 159-164
- Kächele H (2000) Wege und Umwege zur Psychotherapie - und Irrwege? *Psychotherapie Forum* 8: 14-21
- Kächele H, Albani C, Buchheim A, Grünzig H, Hölzer M, Hohage R, Jimenez JP, Leuzinger-Bohleber M, Mergenthaler E, Neudert L, Pokorny D, Thomä H (2006) Psychoanalytische Verlaufsforschung: Ein deutscher Musterfall Amalia X: *Psyche - Z Psychoanal* 60:
- Kadera SW, Lambert MJ, Andrews AA (1996) How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research* 5: 132-151
- Leuzinger-Bohleber M, Rüger B, Stuhr U, Beutel M (2002) "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart
- Luborsky L (1976) Helping alliance in psychotherapy: the groundwork for a study of their relationship to its outcome. In: Claghorn JL (Hrsg) Successful psychotherapy. Brunner, Mazel, New York, S 92-116

- Luborsky L (1995) Einführung in die analytische Psychotherapie. Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen
- Neudert L (1998) Das Leiden als Prozessvariable und Aspekte seiner Bewältigung als Variable im psychoanalytischen Prozess. Z Klin Psychol 16: 135-147
- Orlinsky D, Howard KI (1987) A generic model of psychotherapy. J Integrative Eclectic Psychother 6: 6-27
- Pfäfflin F, Kächele H (2004) Sollen nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden? In: Kernberg O, Dulz B, Eckert J (Hrsg) WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf. Schattauer, Stuttgart, S 470-483
- Puschner B, Kraft S, Kächele H, Kordy H (2006) Course of improvement during two years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. Psychology and Psychotherapy in press
- Revenstorf D, Hahlweg K, Schindler L (1979) Interaktionsanalyse von Partnerkonflikten. Z Sozialpsychol 10: 183-196
- Seligman MEP (1995) The effectiveness of psychotherapy. Am Psychologist 50: 965-974
- Shea MT, Elkin I, Imber S, et al (1992) Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. Arch Gen Psychiat 49: 782-787
- Thomä H, Kächele H (1973) Wissenschaftstheoretische und methodologische Probleme der klinisch-psychoanalytischen Forschung. Psyche - Z Psychoanal 27: 205-236; 309-355.
- Thomä H, Kächele H (2006a) Psychoanalytische Therapie: Theorie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie: Praxis. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Thomä H, Kächele H (2006c) Psychoanalytische Therapie: Forschung. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

Anschrift des Verf.:

Prof. Dr. med. H. Kächele
Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
e-mail: horst.kaechele@uni-ulm.de
www.horstkaechele.de