

HORST KÄCHELE, ULM

Psychoanalytische Therapieforschung 1930–1990*

Übersicht: Der Autor gibt einen Überblick über drei Phasen der psychoanalytischen Therapieforschung, die durch ihre jeweils wichtigsten Vertreter und deren Beiträge charakterisiert werden. Die erste Phase (1930–1970) diente im wesentlichen der Legitimation, d. h. dem Nachweis, daß analytische Therapien nützlich sind. Die zweite Phase (1960–1980) widmete sich dem vertieften Verständnis der Beziehung von Verlauf und Ergebnis. Die dritte Phase schließlich, in der sich die Psychoanalyse gegenwärtig befindet, läßt sich durch intensive und detaillierte Erforschung des analytischen Prozesses kennzeichnen.

Einleitung

Gegenwärtig ist psychoanalytische Therapieforschung einerseits an vielen universitären Einrichtungen in der BRD nicht mehr umstritten, andererseits finden sich besorgte Stellungnahmen, die »die Gefahr der einseitigen empiristischen Ausrichtung am herrschenden Wissenschaftsverständnis mit der Entlehnung naturwissenschaftlicher Paradigmen um jeden Preis und die Unterordnung unter gegebene Gesundheits- und Krankheitsdefinitionen mit den daraus resultierenden Folgen für Theorie und Technik« sehen (Kennel, 1991). 1930 konnte Ernst Simmel im Rechenschaftsbericht des Berliner Instituts unmißverständlich eine Kosten-Nutzen-Rechnung fordern, mit der man heute böse oder herablassende Leserbriefe im Psychoanalyse-Info der DPV ernten würde:

»Denn wer je zusammenrechnen könnte, was die Krankenkassen unnütz an Geld für Verordnungen verschwenden, gegen all die sog. Psychopathien, das heißt in Wirklichkeit gegen Neurosen ...«, »wer zusammenrechnen könnte, welche großen pekuniären Leistungen die Kassen aufzubringen haben für die Kranken, die immer wieder rückfällig werden müssen, weil ihre eigentlichen neurotischen Störungen nicht diagnostiziert wurden ...«, und »wer nachrechnen könnte, wieviel Renten neurosen dadurch entstehen, daß psychische Unfallfolgen nicht schon im Keim psychoanalytisch behandelt und beseitigt werden; wer dieses und auch anderes mehr zahlenmäßig erfassen könnte, der würde den Kassen beweisen können, wieviel sie sparen bzw. in sozialhygienischer Beziehung zweckmäßiger verwenden würden, wenn sie die psychoanalytische Behandlung ihren Krankenkassenmitgliedern zugänglich machten« (Simmel, 1930, S. 9; vgl. auch Senf, 1990).

* Vortrag auf der Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung in Wiesbaden 1990. Für A. E. Meyer.

Bei der Redaktion eingegangen am 20.1.1992.

Nein, Rechenkünstler sind nur wenige Psychoanalytiker geworden; selbst Vertreter der jüngeren Hochschullehrergeneration scheinen sich schwer zu tun, sich ohne Ambivalenz für die Notwendigkeit einer psychoanalytischen Therapieforſchung auszusprechen. Manchen plagt die Frage, ob psychoanalytische Therapieforſchung nicht schon »eine unerträgliche Nähe zu dem positivistischen Gebaren der akademischen Psychologie schafft« (Senf, 1990, S. 339). In anderer Weise »positivistisch«, nämlich unhistorisch, argumentieren berufspolitisch engagierte Vertreter der organisierten Psychoanalyse, wenn sie von Psychoanalyse als einer von Freud inaugurierten Behandlungsmethode sprechen, die »in der Regel 500 oder mehr Stunden« umfaßt (Nedermann, 1990, S. 34), ohne diese Regelmäßigkeit als Produkt der fünfziger, sechziger und siebziger Jahre zu kennzeichnen (vgl. auch Thomä und Kächele, 1985, S. 262).¹

Zweck meiner Ausführungen ist es, eine Hinführung zu bisher erreichten Arbeitsergebnissen zu ermöglichen, die verschiedenen Ansätze und Orientierungen des Feldes transparent zu machen, das ich als psychoanalytische Therapieforſchung bezeichne.

Die Wege der Therapieforſchung auf der Landkarte der psychoanalytischen Welt führen nicht nach Rom, schon eher nach Wien, wo Strotzka sich früh mit seinem Team um die Probleme der Therapieevaluation bemüht hat (Strotzka, 1975, 1978). Auf der langen, fiktiven Reise begegnen wir den Protagonisten, die als anerkannte Außenseiter in ihren psychoanalytischen Gruppen zu arbeiten gelernt haben. Es waren und sind zumeist eher unbequeme Köpfe, die seit Jahr und Tag unermüdlich ihr *cerum censeo* in die psychoanalytische Welt hineinrufen, obwohl doch für viele die psychoanalytische Welt durch die tägliche Forschungspraxis hinter der Couch in Ordnung gehalten und die Notwendigkeit formalisierter Forschungsbemühungen nicht als vitale Frage erlebt wird. Glover (1952) ist hier zu nennen, der nicht nur selbst Pionierarbeit leistete, als er 1937 seinen Fragebogen zur Technik an die Mitglieder der Britischen Gesellschaft verschickte, sondern der in seiner Arbeit von 1952 den Finger auf die Achillesferse der klinischen Theoriebildung legte. Lawrence

¹ Aus Fenichels Übersicht läßt sich entnehmen, daß im Zeitraum 1920–1930 Psychoanalysen mit sehr variabler Dauer durchgeführt wurden: 70 Analysen bis 1/2 Jahr, 108 bis 1 Jahr, 74 bis 1,5 Jahre, 51 bis 2 Jahre, 29 bis 2,5 Jahre, 15 bis 3 Jahre, 16 über 3 Jahre. Die im Rahmen der DGPT-Praxisstudie vorgelegten Daten wurden von Nedermann und Reiche (1990) so aufbereitet, daß nur die langen, über 300 Stunden laufenden Analysen aufgeführt wurden. Selbst dann dauern 45,5 % nur bis zu 500 Stunden. Eine Regelbehauptung sollte sich jedoch nicht auf nur 55 % der Population gründen, sonst wird die Ausnahme zur Regel. Was benötigt würde, sind Gesamterhebungen aller Patienten, aufgeschlüsselt nach der Stundenfrequenz (Kächele, 1990 b).

Kubie gehört zu den engagierten Streitern für eine eigenständige psychoanalytische Therapieforschung, der 1952 in den Hixon Lectures eine Programmatik der zu leistenden Arbeit erstellte.

Erwähnt werden soll auch ein Psychoanalytiker, den Janet Malcolm in ihrem Buch *The impossible Profession*, auf deutsch *Fragen an einen Psychoanalytiker* (Malcolm, 1983), in Kontrast zu dem fiktiven und doch sehr realistischen Helden des Buches, einen Anti-Helden, gestellt hat. Hartvig Dahl, Jg. 1922, ausgebildet als Psychiater in Topeka, dort auch psychoanalytische Weiterbildung, praktizierte in Seattle. Er wechselte 44jährig nach New York, gab die psychoanalytische Praxis auf, bildete sich im Rahmen eines postgraduate-Programms des Research Center of Mental Health unter George Klein in psychologischer Methodenlehre weiter und untersucht seitdem ausschließlich die Frage, wie sich strukturelle Veränderungsprozesse erschließen lassen (Dahl, 1988).

Der frühere Präsident der IPA, Robert Wallerstein, gehört seit vielen Jahren zu den Rufern, der sowohl in Topeka als auch in San Francisco am Langley Porter Institute eine Arbeitsgruppe aufgebaut hat, die seit Jahren von Mardi Horowitz intensiviert wurde. Auf dem IPV-Kongreß in Helsinki 1983 wurde erstmals eine Arbeitsgruppe zu dem Thema »Psychoanalytische Therapieforschung« eingerichtet; 1985 wurde die schon traditionelle Ulmer Werkstatt für empirische Forschung in der Psychoanalyse ins Vorfeld des Hamburger Kongresses verlegt. Die positive Resonanz dieses Treffens, von Merton Gill und Lester Luborsky sowie Mitarbeitern von Otto Kernberg ins IPV-Programmkomitee transportiert, ebnete den Weg für weitere Berichte zu Therapieforschung auf den IPA-Kongressen in Montreal 1987 und Rom 1989. Zwanzig Jahre nach Wallersteins und Sampsons umfassender Übersicht zu den Problemen der Therapieforschung im *International Journal of Psychoanalysis* (1971) wurde nun eine erste offizielle eigenständige Konferenz unter der Schirmherrschaft der IPV zu diesem Thema in London im April 1991 durchgeführt. Der lange Marsch am Rande der institutionalisierten Psychoanalyse hat zu einer Anerkennung durch die Institution IPV geführt, über deren Funktion zu reflektieren wäre. Wozu brauchen IPV und DPV jetzt die so lange zurückgewiesene empirische Forschung, die mit zeitgemäßen Methoden arbeitet?

A.E. Meyer hat in einem Vortrag am Sigmund-Freud-Institut darauf hingewiesen, daß der Ausdruck »empirisch« mit dem Zusatz »zeitgemäß« versehen werden muß, damit die main-stream-Psychoanalyse nicht unnötig abgewertet wird. »Ich behaupte, daß die Forschung in der main-stream-Psychoanalyse (z. B. Kohut oder Grunberger) ebenso em-

pirisch ist wie die Grundumsatz-Bestimmung. Aber beide sind methodisch hoffnungslos veraltet, überholt, hinterwäldlerisch ... Damit wir uns recht verstehen, veraltet und überholt ist derjenige Teil unserer psychoanalytischen Methodik, welcher mit klinischen Vignetten und hochverkürzten Einzelfalldarstellungen zwischen rivalisierenden Theorien zu entscheiden versucht. Das Stichwort, unter dem wir heute hier zu Ihnen sprechen, müßte somit nicht ›empirisch‹ heißen, sondern ›contemporary‹ = zeitgenössisch = gegenwärtig oder modern« (Meyer, 1990, S.10).

Es ist unerläßlich, das Feld der psychoanalytischen Therapieforschung mit jener Forschung abzustimmen, die ich als klinische Forschung bezeichnen möchte. Damit meine ich jenes »Studium des menschlichen Innenlebens« (Kohut, 1959), das auf dem Mutterboden der psychoanalytischen Theorienbildung, der psychoanalytischen Situation stattfindet. Freuds Hinweis in der 34. Vorlesung bleibt bedenkenswert, wenn man therapeutische und wissenschaftliche Psychoanalyse glaubt differenzieren zu können:

»Sie wissen, die Psychoanalyse ist als Therapie entstanden, sie ist weit darüber hinaus gewachsen, hat aber ihren Mutterboden nicht aufgegeben und ist für ihre Vertiefung und Weiterentwicklung immer noch an den Umgang mit Kranken gebunden. Die gehäuften Eindrücke, aus denen wir unsere Theorien entwickeln, können auf andere Weise nicht gewonnen werden« (Freud, 1933 a).

Klinische Forschung muß dann zur systematisierten empirischen Forschung weiterentwickelt werden, wenn man das Problem der »gehäuften Eindrücke« ernstnimmt. Von der dyadenspezifischen Wahrheit bis zur nomothetischen Aussage ist es ein weiter Weg.

Ulrich Moser hat diese Unterscheidung mit den aus der Computerwelt stammenden Ausdrücken als on-line und off-line-Forschung plakativ herausgearbeitet (Moser, 1991).

»Der psychoanalytische Therapeut und Praktiker ist ein On-line-Wissenschaftler. Dies aus zwei Gründen: Einmal krieert der Therapeut als Teil des Systems das System, das er beobachtet, und er verändert es ständig, und zweitens muß er in der Situation des therapeutischen Handelns selbst ›wissenschaftlich‹ tätig sein. Er schafft Wissen ... die Validität des eigenen Tuns bleibt in diesem Bereich die intuitive Gewißheit.«

Einerseits ist die forschende Tätigkeit in der psychoanalytischen Situation das besondere Merkmal der wissenschaftlichen Psychoanalyse, um zu verhindern, daß »die Therapie die Wissenschaft erschlägt« (Freud, 1927 a, S. 291); andererseits bleibt – ich wiederhole – die Validität des eigenen Tuns in diesem Bereich der intuitiven Gewißheit überlassen. Werden aber aus dieser dyadenspezifischen Forschung generalisierende

Schlußfolgerungen gezogen, wie es auch allzuleicht unserer kliniſchen Gewißheit entſpringt (oder entſpricht), dann erſchlägt die Therapie die Wiſſenſchaft, und wir ſind gut beraten, John Bowlbys Mahnung zur Kenntnis zu nehmen:

»Ein Wiſſenſchaftler muß bei ſeiner täglichen Arbeit in hohem Maße in der Lage ſein, Kritik und Selbſtkritik zu üben. In ſeiner Welt ſind weder die Taten noch die Theorien eines führenden Wiſſenſchaftlers – wie bewundert er perſönlich auch ſein mag – von Infrageſtellungen und Kritik ausgenommen ... Das gilt nicht für die praktiſche Ausübung eines Berufes. Wenn ein Praktiker effektiv ſein will, muß er bereit ſein, ſo zu handeln, als ſeien gewiſſe Prinzipien und Theorien gültig. Und er wird ſich bei ſeiner Entſcheidung darüber, welche von dieſen Prinzipien und Theorien er ſich zu eigen machen will, wahrſcheinlich von der Erfahrung derjenigen leiten laſſen, von denen er lernt. Da wir ferner alle die Tendenz haben, uns von der erfolgreichen Anwendung einer Theorie beeindruckt zu laſſen, beſteht bei Praktikern vor allem die Gefahr, daß ſie größeres Vertrauen in eine Theorie ſetzen, als durch die Tatsachen gerechtfertigt erſcheinen mag« (Bowlby, 1982, S.200).

Dieſe Warnung kann an der unlängſt veröffentlichten Studie von Pulver (1987) veranſchaulicht werden, bei der die Rolle der Theorie für die Fallkonzeptualisierung in einer Art Simulationsexperiment unterſucht wurde. Nicht überranſchend kam jeder der vier teilnehmenden Psychoanalytiker aufgrund ſeiner perſönlich präferierten Theorie zu einer anderen Fallkonzeption, ſo daß Morton Shane dieſe Diskuſſion resignierend abſchließt:

»Die Darlegungen zeigen eindrücklich, daß jede Theorie ſehr überzeugend klingen kann, was ein abſolutes Urteil faſt unmöglich und die perſönliche Wahl faſt unvermeidbar macht« (Shane, 1987).

Dieſer Befund mag für die Technik des einzelnen Falles ſogar angemessen und nicht problematiſch ſein; unterſucht iſt jedoch nicht, ob wirklich alle Theorieentwürfe, mit denen wir derzeit ſouverän umgehen, gleichermaßen zu den Zielen führen, an die unſere Patienten gelangen wollen. Aber wenn dem ſo wäre, daß eine narrative Wahrheit ſo gut wie die andere iſt, wenn eine Geſchichte nur gut gemeinſam erarbeitet werden müßte, um kurativ wirksam zu ſein, dann tendiert der ätiologiſch-explanatoriſche Anſpruch gegen null:

»Narratives replete with mere hermeneutic elucidations of thematic affinities are explanatory ſterile or bankrupt; at beſt, they have literary and reportorial value; at worſt they are mere cock-and-bull ſtories« (Grünbaum, 1990).

Folgt man Wyatts eindrucksvoller Darlegung über »die Psychoanalyſe am Ende ihres erſten Jahrhunderts«, die er kürzlich in der Zeiſchrift *Merkur* gegeben hat, ſo kann man ſich auch mit der hermeneutiſchen Selbſtbeſtimmung der Psychoanalyſe nicht auf ein Faulbett legen (Wyatt, 1990). Ich plädiere dafür, daß der Umgang mit Kranken eine wiſ-

senschaftliche Position erfordert, die nicht nur als hermeneutisches Unternehmen begriffen werden darf. Ein Patient ist kein Text, die Beziehung von Analytiker und Analysand entspricht grundsätzlich nicht der Beziehung des Lesers zu seiner Lektüre; die Präsenz der Autoren im psychoanalytischen Dialog schafft eine interaktive Situation, wie Meyer (1990) unermüdlich wiederholt.

Die psychoanalytische Therapieforschung beginnt dann, wenn der Patient den Behandlungsraum verlassen hat und der Analytiker sich an seinen Schreibtisch setzt; man kann diese Situation mit der des Anthropologen vergleichen, der, aus dem Feld heimgekehrt, seine Befunde zu sichten beginnt (Kächele, 1990 a).

Dieser Bericht fokussiert auf solche Forschungsansätze, die sich um eine systematische Evaluierung der psychoanalytischen Behandlung, der Freud'schen Analyse, bemüht haben. Allerdings ergibt sich nicht nur aus definitorischen Schwierigkeiten, wie 1967 das Central Fact-Gathering Committee's der American Psychoanalytic Association feststellen mußte (Hamburg et al., 1967), sondern auch aus forschungspraktischen Gründen, daß diese Übersicht eine großzügige Kartographierung dessen umfassen sollte, was eine Psychotherapie zu einer psychoanalytischen Behandlung macht. Unsere Reise wird deshalb auch an Orte führen, an denen kein psychoanalytischer Essentialismus herrscht.

Eine solchermaßen verstandene psychoanalytische Therapieforschung stellt eine Untermenge eines Forschungsfeldes dar, welches sich seit den fünfziger Jahren unter dem Schlagwort »Psychotherapieforschung« zu etablieren begann. Ziel dieser empirisch-rekonstruktiven Bemühungen ist es, herauszufinden, welche Faktoren im therapeutischen Prozeß zum guten oder schlechten Ausgang beitragen. Der Positivismusverdacht, der einem mehr als einmal entgegenschlägt, ist leicht auszuhalten, gilt es doch einem klinisch fundierten, von subjektiver Evidenzmaximierung getragenen Expertenwissen entgegenzuhalten, daß unser systematisiertes Wesen über Prognose und Indikation, Verlauf und Ergebnis nicht gerade überwältigend ist, zieht man die subjektive Sicherheit, mit der manche Auffassungen vorgetragen werden, einmal ab.

Rückblickend unterscheiden wir heute drei Phasen der Therapieforschung, die wohl nacheinander einsetzen, aber durchaus an verschiedenen Orten gleichzeitig forschungsleitend waren (Shapiro, 1990). Sie können wie Epochen der Kulturentwicklung betrachtet werden. Jede Phase hat in den verschiedenen Therapieschulen ihre Höhepunkte und Ausprägungen an verschiedenen Orten, nicht alle Forschungsaktivität zu einem Zeitpunkt läßt sich einer Phase zuordnen, und doch kenn-

zeichnet eine Phase den in der scientific community vorherrschenden Geist.

Die erste Phase – beginnend in den dreißiger Jahren, dominierend in den Jahren 1950 bis 1970 – ist am Ergebnis zu Legitimationszwecken interessiert: Ihre typische Frage lautete: Nützt Psychotherapie bzw. Psychoanalyse überhaupt?

Die zweite Phase, dominierend von 1960 bis 1980, fokussiert auf den Zusammenhang von Verlauf und Ergebnis, wie er schon 1937 auf dem Marienbader Kongreß von Bibring (1937) gefordert wurde. Ihre typische Frage lautet: Was muß im Verlauf geschehen, daß am Ende ein positives Ergebnis erwartet werden kann?

Die dritte Phase – in der wir uns zur Zeit befinden – zieht die Konsequenzen aus der gesicherten Komplexität des Therapiegeschehens und intensiviert die Untersuchung der prozessualen Vorgänge. Ihre leitende Frage lautet: Welche mikroprozessualen Vorgänge konstituieren die klinisch konzipierten Makroprozesse?

Die erste Phase

Begonnen hat es 1930 mit einer 10-Jahres-Katamnese des Berliner Psychoanalytischen Instituts (Fenichel, 1930); das Beispiel machte bald Schule, denn weitere derartige Berichte folgten. 1936 legte Jones von der London Clinic of Psychoanalysis ebenfalls eine Zehn-Jahres-Statistik vor (Jones, 1936); Franz Alexander berichtete im folgenden Jahr aus Chicago über eine Fünf-Jahres-Periode (Alexander, 1937b); Robert Knight dann 1941 aus Topeka (Knight, 1941). 1942 folgte ein weiterer Bericht aus dem gleichgeschalteten Berliner Institut von F. Boehm (1942) über 419 abgeschlossene psychoanalytische Behandlungen, den A. Dührssen (1972) erwähnt.²

Hans-Jürgen Eysenck (1952) förderte mit seiner kühnen These, es gebe keine gute Evidenz für den Erfolg von jedweder Psychotherapie, wobei er besonders die Erfolgsrate der psychoanalytischen Behandlungen im Auge hatte, die Bildung einer selbstbewußten psychoanalytischen scientific community, was sich an der Flut von nachfolgenden Stellungnahmen belegen läßt (Dührssen und Jorswieck, 1962; Luborsky, 1954). Was immer man heute dieser ersten überkritischen Übersichtsarbeit anlasten

² Ein Kommentar wäre angesichts der aktuellen Diskussion um die Psychoanalyse im Dritten Reich hier hilfreich; ich bin noch nicht in der Lage, diesen zu geben.

kann – und hier sind vielfältige Mängel zu Recht gerügt worden³ –, so hat sie doch zu einem kritischen Bewußtsein für die vielfältigen Probleme geführt, die mit der psychotherapeutischen, erst recht der psychoanalytischen Katamnestik verbunden sind.

In den folgenden Jahren finden sich noch einige weitere Berichte in der Literatur (Feldmann, 1968; Nunberg, 1954; Oberndorf, 1953; Schjeldrup, 1955), die in der Art der Berichterstattung nichts wesentlich Neues bringen. Auch diese Studien fanden wie viele zuvor eine magische Zweidrittel-Besserungsquote.

Im deutschen Sprachraum wird diese erste Phase der Forschung von einer Studie repräsentiert, die für die Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die Leistungspflicht der Krankenkassen von nicht geringer Bedeutung war. Die Studie von Dührssen und Jorswieck, 1965 publiziert, belegte mit einfachen Mitteln die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca. 100 Stunden (10–15 % hatten bis zu 200 Stunden, 10–15 nur 50–60 Stunden).⁴

³ »In fact, what Eysenck's data showed was that 67% of emotionally disturbed people who do not seek individual psychotherapy are improved in two-years – the results of a myriad of therapeutic events (everything but *individual* psychotherapy). In contrast, 67% of those who do seek psychotherapy are improved in about two months (Howard, Kopta, Krause und Orlinsky, 1986). Zur angemessenen Bewertung dieser Ergebnisse einer umfangreichen Meta-Analyse ist zu berücksichtigen, daß hier symptomatische Besserung ausgewertet wurde.

⁴ Ergebnis bei Ende bzw. Katamnese der Behandlung (N = 845)

	% Ende	% Katamnese
Sehr gut gebessert	43	28,5
Gut gebessert	9	17,0
Befriedigend gebessert	3	13,0
Genügend gebessert	41	26,0
Kaum gebessert	2	4,0
Ungebessert	0	9,0
Ohne Abschlußurteil	2	0,0
Unklar	0	2,0
Fehldiagnose	0	0,5

100 100
An dieser Einschätzung des Erfolgs durch den Therapeuten nach Abschluß der Behandlung fällt auf, daß praktisch eine dichotome Urteilsbildung stattgefunden hat: entweder sehr gut oder nur genügend gebessert. Bei der Fünf-Jahres-Katamnese wurden die Ergebnisse differenzierter bewertet.

Aus nicht näher erläuterten Gründen wurden 152 ergebnislos abgeschlossene Behandlungen nicht einbezogen. Schreibt man die Tabelle um, indem diese einbezogen werden und wenn jeweils zwei Bewertungsstufen zusammengelegt werden, ergibt sich folgendes Bild:

	N	%
Sehr gut und gut gebessert	441	45,04
Befriedigend und genügend gebessert	367	37,49
Kaum gebessert und ergebnislos	171	17,47
	979	100,008

Die vorliegenden Studien zur rite-Analyse, so auch die umfangreiche postalische Erhebung der American Psychoanalytic Association für ca. 10 000 Analysen (Hamburg et al., 1967), unterscheiden sich bei einem solch einfachen Verfahren in den ergebnis-relevanten Aussagen nicht wesentlich von den Studien zur psychoanalytischen Psychotherapie (Kächele und Fiedler, 1985). Seitdem finden sich kaum mehr Untersuchungen, die nur auf einer fünfstufigen Skala zwischen »sehr gut« und »gut gebessert«, »befriedigend gebessert«, »genügend gebessert« und »kaum gebessert« unterscheiden.

In den sechziger Jahren vollzog sich eine Spezifizierung der Fragestellungen. So wurden am Boston Psychoanalytic Institute im Rahmen von Bemühungen, die Ausbildungsfälle besser zu evaluieren, Anfangs- und Endbedingungen von 100 supervidierten Fällen verglichen (Knapp et al., 1960). Eines der inzwischen klinisch wohlbekannten Ergebnisse war, daß Patienten mit der Diagnose »hysterisch« entweder einen sehr günstigen oder einen sehr schlechten Ausgang aufwiesen; dies war besonders bei den ersten Ausbildungsfällen zu beobachten. Eine ähnliche Untersuchung wurde im darauffolgenden Zeitraum für 183 supervidierte Analysen durchgeführt (Sashin et al., 1975). Die nachträgliche Vorhersage aus den Evaluierungsunterlagen des Instituts ergab keine überzeugende Korrelation mit dem tatsächlichen Therapieerfolg; bedeutsam war jedoch, daß die besonders ungünstig verlaufenden Fälle eine hochbelastete familiäre Vorgeschichte aufweisen. Darüberhinaus ergab sich eine Replikation der früheren Befunde bezüglich der Diagnose Hysterie. E. Zetzel, an diesem Projekt beteiligt, hat diese Befunde in einem wohl allen bekannten paper »The so called good hysteric« verarbeitet (Zetzel, 1968).

Ebenfalls im universitären, ausbildungsorientierten Kontext etablierte die Columbia Psychoanalytic Clinic eine systematische Dokumentation der Anfangs- und Endbedingungen von Patienten in Psychoanalyse (N=588) und analytischer Psychotherapie (N=760) Bachrach et al. (1985) fanden z. B., daß bei Patienten mit schwerer Symptomatik und einer neurotischen Persönlichkeit Psychoanalysen zu besseren Therapieergebnissen führten, während bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeit bei der Standardanalyse deutlich mehr Verschlechterungen als bei der psychoanalytischen Psychotherapie registriert werden mußten.

Daß manche Patienten sich unter psychoanalytischer Behandlung auch verschlechtern, gehört zu den selten erörterten Themen; dies traf aber lange Zeit generell für das Feld der Psychotherapie zu. Eine systematische Übersicht über Verschlechterungseffekte wurde erstmals von dem Psychotherapieforscher A. Bergin 1971 in einem Handbuchartikel aus-

fürhlich für alle Psychotherapieformen dokumentiert (Bergin, 1971; vgl. auch Strupp et al., 1977).

In Übereinstimmung mit vielfältigen Ergebnissen aus der Psychotherapieforschungsliteratur läßt sich auch für die rite-Analysen resümieren, daß der Zustand der Patienten vor Beginn der Behandlung mit dem schließlichen Ausgang nur sehr mäßige Korrelationen aufweist. Daraus folgt, daß der Behandlungsprozeß die entscheidenden Weichen stellt.

Die zweite Phase

Die zweite Phase der Forschung setzt diese Einsicht um und bearbeitet die Beziehung von Verlauf und Ergebnis.

In Topeka an der Menninger Clinic wurden in den fünfziger Jahren die methodologischen Grundlagen für das wohl bisher zeitlich und finanziell aufwendigste psychoanalytische Therapieforschungsprojekt gelegt, dessen abschließender Bericht 1986 von Wallerstein vorgelegt wurde (Wallerstein, 1986). Von Anfang an wurde betont, daß die Frage nach Veränderung sowohl die Frage nach dem »was« als auch nach dem »wie« beinhaltet (Wallerstein et al., 1956):

»Wir glauben, daß aus theoretischen Gründen Verlauf und Ergebnis notwendigerweise miteinander verknüpft sind und daß Hypothesen, die Antworten geben sollen, nur von einer exploratorischen Untersuchung kommen können, die beiden Aspekten gleiche Aufmerksamkeit zollt. Jede ergebnisorientierte Studie muß Kriterien für Besserung etablieren, und diese müssen sich an der Art der Erkrankung und dem Prozeß der Veränderung orientieren« (ebd., S.118).

Eine wichtige methodische Entscheidung des Menninger-Projekts bestand auch darin, eine naturalistische Studie durchzuführen. Das Forschungsvorhaben sollte auf die klinische Arbeit möglichst keinen Einfluß ausüben, entsprechend wurden die Zuweisungen der Patienten zu den Behandlungsformen klinisch entschieden. 22 Patienten wurden mit klassischer Psychoanalyse, 20 Patienten mit analytischer Psychotherapie behandelt. 22 der 42 Patienten wurden zeitweise stationär behandelt, was einen deutlichen Hinweis auf die Schwere der Störungen enthält. Zu Anfang, Ende und zu einem katamnestischen Zeitpunkt (2–3 Jahre nach der Behandlung) wurde für jede Behandlung eine Fülle von Angaben erhoben, die von einem Team wissenschaftlich qualifizierter Psychoanalytiker, das separat vom Therapeuten arbeitete, erhoben wurden.⁵

⁵ Verschiedene Auswertungsstrategien wurden angewendet: eine extensive klinische formal durchstrukturierte Fallstudie für jeden Patienten; ca. 40 formalisierte Vorhersagen für jeden Patienten;

Was waren die wichtigsten Ergebnisse dieser gewaltigen Anstrengung? Ich zitiere zunächst einige Angaben aus dem zusammenfassenden Ergebnisbericht von Kernberg und Mitarbeitern aus dem Jahre 1972 (Kernberg et al., 1972):

Ein hoher Grad von initialer Ich-Stärke gibt einen guten prognostischen Indikator für das ganze Spektrum psychoanalytisch orientierter Behandlungen, unabhängig von der Kompetenz des Therapeuten; den größten Gewinn haben allerdings die Patienten in psychoanalytischer Behandlung.

Für Patienten mit geringer Ich-Stärke macht es keinen Unterschied, ob sie mit sehr interpretativer Technik oder mehr supportiver Technik behandelt werden; beides war wenig erfolgreich. Allerdings läßt sich zeigen, daß kompetente Therapeuten, die stark an der Übertragung gearbeitet haben, bei diesen Patienten mit einer schlechten initialen Prognose erheblich bessere Resultate erzielen können (ebd., S. 183). Hieraus zog Kernberg klinische Konsequenzen, die inzwischen bekannt sein dürften. Die von ihm supportiv-expressive Technik genannte Interventionsform für Borderline-Patienten basiert auf den »gesicherten« Erfahrungen aus diesem Projekt.

Bei näherer Betrachtung verdeutlicht diese Feststellung auch, daß quantitative Ergebnisse sich nicht von selbst interpretieren. Wissenschaftler, besonders wenn sie als Theoretiker und Kliniker ihre Lieblingsidee in den Daten wiederfinden wollen, vertreten ihr Interesse und interpretieren Befunde sehr verschieden. Wallersteins (1986) klinisch sehr detaillierte Aufarbeitung des Menninger-Projekts vermittelt eine differenzierende Position: Kernbergs Darstellung sei einseitig; insgesamt könne man nämlich feststellen, daß für das ganze Spektrum der 42 Patienten in jedem einzelnen Fall nachzuweisen sei, daß die Behandlung mehr supportive Elemente aufgewiesen habe als ursprünglich intendiert und daß diese supportiven Anteile einen größeren Anteil am Erfolg hatten, als ursprünglich bedacht worden sei (ebd., S. 730). Darüberhinaus sei der Unterschied zwischen struktureller Veränderung durch einsichtsfördernde Verfahren und durch supportive Techniken um vieles weniger ausgeprägt, als ursprünglich angenommen wurde. Im Kontext der gegenwärtigen Diskussion stellt er fest, daß generell die Unterschiede von Psycho-

eine semi-quantitative Paarvergleichsmethode mit insgesamt 35 000 Paarvergleichen;
eine quantitative faktor-analytische Auswertung;
und last not least etwas ganz Exotisches,
eine multidimensionale Scalogramm-Analyse.

analyse und psychoanalytischer Psychotherapie erheblich geringer sein, eine Schlußfolgerung, die auch Rangell (1981) getroffen hatte.

Die sorgfältige Diskussion in Wallersteins umfangreichem Werk, von dem in der *Psyche* eine (zwar schlecht übersetzte, aber) theoretisch und klinisch äußerst explosive Zusammenfassung erschienen ist (Wallerstein, 1990), präsentiert die praktisch-klinische Bedeutung der Therapieforschung als eine anti-ideologische Produktivkraft. Je sorgfältiger einzelne Therapieverläufe und die Ergebnisse analysiert werden, je fallnäher in der Auswertung gearbeitet wird, desto weniger fallen die Unterschiede zwischen den als standardisiert ausgegebenen Therapieformen ins Gewicht: Die Variabilität von Veränderungsprozessen tritt in den Vordergrund.

Bei den in Topeka untersuchten Therapien wurde trotz der auf Anfangs-, End- und Katamnesezeitraum beschränkten Erhebung sehr pointiert der prozessuale Gesichtspunkt einbezogen; die Qualität der therapeutischen Arbeit wurde durch Auswertung der Behandlungsdokumentation erfaßt.

In der zweiten Phase finden wir in der allgemeinen psychotherapeutischen Therapieforschung, von der die psychoanalytische ja nur einen eher kleinen Ausschnitt repräsentiert, die systematisch angelegten schulvergleichenden Studien. Die psychoanalytischen Vertreter wurden mit der bekannten Temple-Studie (Sloane et al., 1975) in den kompetitiven Ansatz einbezogen. Aus forschungspraktischen Gründen wurden kürzere Therapien auf den Prüfstand gesetzt. War in der Temple-Studie von Sloane der Vergleich von behavioraler und psychodynamischer Kurztherapie angesetzt, so begab sich in Hamburg Meyer (1981 b) auf den mühseligen Weg einer Vergleichsstudie mit der am Ort befindlichen, wohletablierten gesprächspsychotherapeutischen Schule. Die nicht-naturalistische Vorgehensweise des kontrollierten Experiments hat dieser Studie vor Ort wenig Freunde eingetragen; zu unbequem war das Prokrustesbett einer kontrollierten, mit randomisierter Patientenzuweisung arbeitenden Therapiestudie für die meisten, dann auch noch jüngeren psychoanalytisch geschulten Therapeuten.

Die Ergebnisse der vergleichenden, auf Differenzen angelegten Studien, durchweg mit kürzeren Therapien, eröffnete durch den substantiellen Mangel an bedeutsamen Unterschieden im Ergebnis zwischen den verschiedenen Therapieformen wieder einen Horizont, der in der Pferderennenmentalität verlorengegangen war. Die Unnatürlichkeit des kontrollierten Therapieexperiments, die teilweise fehlende Repräsentativität der untersuchten Patienten oder die wachsende Einsicht in die Kurzat-

migkeit der zur Verfügung stehenden Methoden ließen das Interesse an der detaillierten phänomenal orientierten Analyse therapeutischer Prozesse ansteigen.

Diesen Wandel kann man im Katamnesenprojekt der Heidelberger Psychosomatischen Klinik verfolgen, die ursprünglich kompetitiv zwischen verschiedenen psychoanalytisch orientierten Behandlungsformen angelegt war, dann aber einen Wechsel im Erkenntnisinteresse vornahm (Bräutigam et al., 1980). Die Untersuchung der verschiedenen Behandlungsmodalitäten zielte nun darauf, herauszufinden, für welche Patienten welches Behandlungssetting angemessen und günstig war (Kordy et al., 1983; Kordy und Senf, 1985; Kordy et al., 1988). Eines der wichtigen Ergebnisse des Projekts liegt darin, daß gezeigt werden konnte, daß der Zeitdauer und der variablen Behandlungsführung bei ambulanten Behandlungen eine große erklärende Kraft für die Ergebnisse zukommt (Kordy et al., 1988). Wenn die größere Zahl von Psychoanalysen (3 und 4stündig) abgeschlossen sein werden, stehen Aussagen zur Verfügung, die einen aktuell sehr wichtigen Beitrag leisten werden. Es wird sich vermutlich wie im Topeka-Projekt zeigen lassen, daß Patienten, die in hochfrequenten Psychoanalysen behandelt werden, bei Beginn relativ zu anderen Indikationen »gesünder« sind und mehr erreichen, wobei die Länge der Therapie durchaus mit dem Erfolg korreliert (mündliche Mitteilung H. Kordy). Diese Ergebnisse werden einen Beitrag zu der aktuellen Diskussion um die Finanzierung der hochfrequenten Analysen jenseits der 300-Stunden-Grenze dann leisten können, wenn die Zielkriterien in den Rahmen der Richtlinien-Psychotherapie eingebracht werden können.

Die dritte Phase

Die dritte Phase der Psychotherapieforschung überwindet das gruppenstatistische Experiment und wendet sich der naturalistischen Untersuchungsperspektive wieder zu, hält jedoch daran fest, daß prozessuale Faktoren kontrolliert in eine Studie einzubeziehen sind.

Geschult und gewitzt durch eine siebenjährige Mitarbeit am Menninger-Projekt, lancierte Luborsky 1968 in Philadelphia das Penn Psychotherapy Project, dessen abschließender Bericht zwanzig Jahre danach erscheinen konnte (Luborsky et al., 1988). In der Untersuchung sollte nochmals die Leistungsfähigkeit prognostischer Indikatoren für den Therapieausgang evaluiert werden, obwohl aufgrund der Anfang 1970 schon bekannten Datenlage nicht mit substantiellen, klinisch sehr be-

deutsamen Vorhersageleistungen zu rechnen war (Luborsky et al., 1971). In dieser Studie wurden keine klassischen Psychoanalysen, sondern 73 Patienten untersucht, die mit expressiv-supportiver Psychotherapie nach der Topeka-Methode behandelt wurden (Therapiedauer 8–264 Sitzungen, Median 34 Wochen). Alle Behandlungen wurden mit Tonbandaufnahmen registriert.

Die Ergebnisse der Studie bezüglich der prognostischen Faktoren bestätigte die Erwartungen.⁶ Als wichtiger, immer und immer wieder replizierter Befund für psychodynamisch orientierte Therapien bleibt bestehen, daß der Grad noch existierender seelischer Gesundheit – orientiert an einer Meßlatte wie der Gesundheits-Krankheitsskala, die ein wesentlicher Beitrag von Luborsky zum Menninger-Projekt war (Luborsky, 1962; 1975) – den Behandlungserfolg zwar nicht hoch, aber statistisch konsistent vorhersagen kann (in der Penn-Studie auf dem 1 % Niveau).⁷ Im Klartext unterstreicht dies die limitierte Reichweite jedes psychotherapeutischen Bemühens. Es liegen bisher keine gesicherten Hinweise dafür vor, daß irgendeine der psychoanalytischen Theorien in der Behandlung besonders schwer gestörter Patienten qua ihres speziellen Theoriegehalts oder qua besonders puristischer Handhabung der Technik sich besonders hervortun würde; zu sehr wirkt die Pathologie des Patienten als die Einwirkungsmöglichkeiten des Therapeuten begrenzender Faktor.

⁶ Die besten Prädiktoren für einen Behandlungserfolg sind: Psychological Health (HSRS) sig, 1 %; Emotional Freedom sig. 1 %, Overcontrol; Similarity of patient and therapist; matching of patients and therapists according to therapist's preference erklären 5–10 % der Outcome-Varianz.

⁷ Schlußfolgerungen der Penn-Studie:

1. Die meisten Patienten, die wenigstens einige Stunden in Behandlung bleiben, profitieren.

	Penn (N = 72)		Mintz (N = 393)
	Therapeuten	Rater	Therapeuten
Sehr gebessert	22	5	25
mäßig gebessert	43	51	62
etwas Besserung	27	27	
keine Veränderung	7	14	10
Verschlechterung	1	3	3

Effektgrößen in der	Penn-Studie	Menninger
Health-Sickness Rating Scale HSRS:	.69	.77
Symptom CheckList (Patient):	.80	

2. Die basalen Persönlichkeitsmuster verändern sich, aber das Muster bleibt am Ende der Behandlung erkennbar: Die Pervasiveness nimmt ab, weniger ausgeprägt für Wünsche, mehr für RO und RS.

3. Nur wenige Patienten beenden die Psychotherapie in einem schlechteren psychologischen Zustand als vor Beginn der Behandlung.

Luborsky blieb jedoch nicht bei diesen Replizierungen sattem bekannter Befunde stehen. Aus der Kritik zog er den Schluß, daß die dyadisch hergestellten Merkmale der psychoanalytischen Situation wesentliche kurative Faktoren enthalten müßten. Luborsky und Schimek (1964) hatten schon im Rahmen der Menninger-Studie einen Extrakt aus der psychoanalytischen Literatur hergestellt, der acht kurative Faktoren der therapeutischen Arbeit isolierte,⁸ die sich aus bisherigen Forschungsanstrebungen ergeben hatten.

Eine empirisch begründete psychoanalytische Behandlungstheorie verlangt die methodisch exakte Untersuchung dieser wesentlichen Konzepte, wie Kernberg (1988) im Vorwort zum Abschlußbericht der Penn-Studie hervorhebt. Auf zwei dieser acht Faktoren gehe ich kurz ein:

Die »hilfreiche Arbeitsbeziehung« (Luborsky et al., 1983) dürfte eine günstige Mischung von Freuds milder positiver Übertragung und den Allianzkonzepten von Sterba, Zetzel und Greenson darstellen, die an Verbatimprotokollen der frühen Behandlungsstunden gemessen werden kann und die weitaus prägnantere Beziehungen zu dem späteren Ergebnismassen aufweist als die prognostisch bestimmten Größen.

Von noch größerer psychoanalytisch relevanter Reichweite ist die von Luborsky entwickelte Fundierung der Übertragung in einem standardisierbaren Meßverfahren, die Methode zur Erfassung des sog. »zentralen Beziehungskonfliktthemas« (Luborsky und Crits-Christoph, 1990). Obwohl hier kaum der Raum dafür ist, diese Entwicklung im einzelnen zu schildern, handelt es sich doch um eine außergewöhnlich aufregende Angelegenheit. Bisherige Meßverfahren für Übertragungsphänomene mußten sich immer die Kritik gefallen lassen, daß sie nicht das messen, was in der klinischen Situation zugänglich wird, sondern eher sozialpsychologisch verankerte Wiederholungsphänomene, wie z.B. Beckmann in seiner Studie *Der Analytiker und sein Patient* (Beckmann, 1974; vgl. auch Beckmann, 1978; 1988). Das nun verfügbare Verfahren hält sich an vom Patienten in der Analyse berichtete Beziehungsepisoden, Schilde-

8

1. Die Erfahrung einer hilfreichen Beziehung.
2. Die Fähigkeit des Therapeuten zu verstehen und zu antworten.
3. Die Vermehrung der Einsicht des Patienten (Self-understanding).
4. Die Abnahme der »pervasiveness« der Beziehungskonflikte.
5. Die Fähigkeit des Patienten, seine Behandlungsgewinne zu internalisieren.
6. Des Patienten Erwerb einer größeren Toleranz für Gedanken und Gefühle.
7. Die Motivation, sich zu verändern.
8. Die Fähigkeit des Therapeuten, eine Technik anzubieten, die klar, vernünftig und vermutlich wirksam ist (Luborsky et al., 1988. S. 147).

rungen von Interaktionen mit signifikanten Objekten. Die jüngst erschienene Monographie über das Verfahren und seine Ergebnisse stellt m. E. ein exzellentes Beispiel dar, wie ein systematisches Korpus von Forschung zu einem zentralen Konzept der Psychoanalyse in fünfzehnjähriger Arbeit geschaffen werden kann (Luborsky und Crits-Christoph 1990).

Repetitive Beziehungsmuster bestehen in der extrem vereinfachten Version des Luborskyschen Übertragungskonzepts aus Wunschelementen, Reaktion des Anderen und Reaktionen des Selbst. Eine größere Zahl von narrativen Episoden wird in Verbatimprotokollen von Stunden identifiziert, dann auf diese drei Klassen von Elementen hin analysiert. Eine Häufigkeitsauflistung führt zu einer Kombination von den jeweils häufigsten Elementen zu dem sog. zentralen Beziehungskonfliktthema eines Patienten (vgl. zur Methode Luborsky und Kächele, 1988; ein Beispiel anhand einer psychoanalytischen Kurztherapie geben Kächele et al., 1990).

Das wichtigste Ergebnis der Penn-Studie mit dieser Methode besteht darin, daß gezeigt werden konnte, daß die Zentralität des Beziehungskonflikts in erfolgreich verlaufenden Therapien abnimmt, besonders dann, wenn sich die interpretative Arbeit auf dieses Thema richtet. Theoretisch konsistent geht damit eine Abnahme der Symptomatik einher. Damit ist ein wesentlicher Dreh- und Angelpunkt der psychoanalytischen Behandlungstheorie einer empirischen Bestätigung zugänglich gemacht worden.

Hatte Luborsky selbst noch 1969 die Frage nach der klinischen Relevanz der Psychotherapieforschung negativ beantwortet (Luborsky, 1969), so gab er mit seinem *Lehrbuch der analytischen Psychotherapie* – einem angesichts der sonstigen klinisch reichhaltigen Psychoanalysekonzeptionen minimalistisch erscheinenden Therapieentwurf, dessen operative Bestandteile aber empirisch gut gesichert sind – nun eine positive Antwort (Luborsky 1984; 1988 a).

Erweitern wir den Blick auf das ganze Feld der psychoanalytischen Therapieforschung seit den siebziger Jahren, so stellen wir fest, daß die Untersuchung repetitiver Beziehungskonfigurationen im Mittelpunkt vielfältiger Bemühungen steht. Kein Verfahren ist bisher so sorgfältig gearbeitet wie das eben erwähnte, aber Mardi Horowitz »konfigurationale Analyse« (Horowitz, 1979), die von Fischer (1990) in Freiburg an einer psychoanalytischen Behandlung erprobt wurde, zielt ebenso auf die Erfassung repetitiver Muster und deren Veränderung – um vieles komplexer und deshalb forschungspraktisch erheblich problematischer, dafür

kliniknäher – wie die zyklisch maladaptiven Muster der von Hans Strupp geleiteten Vanderbilt-Forſchungsgruppe (Strupp und Binder, 1984).

In anderer Weiſe theoretisch elaborierter iſt das von Dahl und Teller (Dahl, 1988; Dahl und Teller 1991; Teller und Dahl 1986) ausgearbeitete Konzept der »Frames of Mind«, das ſich aus dem jahrelangen Studium der freien Assoziation einer Patientin einer Stunde – der inzwischen berühmten hour 5 von Mrs. C (Anonymous, 1988) herausſchälen ließ. Eine verläßliche Methode zur Identifizierung der frames wird gegenwärtig in Ulm entwickelt (Dahl, 1991; Hölzer und Kächele, 1991). Gemeinsam iſt dieſen Ansätzen, daß Übertragungsphänomene auf die Exiſtenz unbewußter emotionaler Strukturen verweiſen, die auch mit dem kognitionspsychologiſchen Schemabegriff von einigen psychoanalytiſchen Autoren in Verbindung gebracht werden (Slap und Slaykin, 1983). Das Entſcheidende daran iſt aber, daß dieſe Ansätze von dem Poſtulat ausgehen, daß es hier nicht um narrative Wahrheiten geht (Spence, 1982 a), ſondern daß dieſe Strukturen ihr fundamentum in re haben, alſo unabhängig von der deutenden Hervorbringung durch den behandelnden Psychoanalytiker identifiziert werden können. Dem ſtrukturierten Ansatz, Übertragungsphänomene zu erfassen, ſteht ein prozeßorientierter Ansatz ergänzend zur Seite, den Merton Gill und Irving Hoffmann 1982 lanciert haben, der ſich zwar methodiſch noch in der Entwicklungsarbeit befindet – wie die deutſche Adaption der Methode durch Herold (1990) in Tübingen erweiſt –, deſſen Anſpruch aber weſentlich kliniknäher gefaßt iſt.

Die verfeinerte Unterſuchung der non-verbalen Mikroprozeſſe der therapeutiſchen Interaktion, wie ſie von Krauſe am Beiſpiel der mimischen Austauschprozeſſe (Krauſe, 1988; Krauſe und Lütolf, 1988) illuſtriert werden, eröffnen Zugangswege zu einem empiriſch fundierten Verſtändnis der Übertragungs-Gegenübertragungsprozeſſe (Steimer-Krauſe, 1991), auch wenn der mimische Kanal nicht gerade der prominenteste für Liegungsanalysen ſein dürfte. Unterſuchungen der Urteilsprozeſſe im Psychoanalytiker (Meyer, 1988) führen hiſichtlich der kognitiven Prozeſſe über das Studium der bloßen Vermutung hinaus, »how the mind of the analyst works«, um an eine ehrwürdige Arbeit von Ramzy (1974) zu erinnern. Als mikroanalytiſch können auch die diſkursanalytiſchen Studien gewürdigt werden, die zunehmend aus der produktiven Kooperation von Psychoanalytikern mit Linguiſten reſultieren (Flader et al., 1982). Hier werden begriffliche Werkzeuge an den psychoanalytiſchen Dialog herangetragen, die dem kliniſch Arbeiten-

den qua Sprachkompetenz zwar selbstverständlich, aber ihm doch nicht explizit verfügbar sind. Wir können als gemeinsames Faktum aus diesen Ansätzen herauschälen, daß das psychoanalytische Behandlungsarrangement zu einem gesuchten Gegenstand von Grundlagenwissenschaften geworden ist; wie ich meine, zu ihrem Nutzen, denn ihre methodischen Vorgaben mit den Regeln der freien Assoziation und der gleichschwebenden Aufmerksamkeit fußen auf kommunikationstheoretischen Vorgaben, deren brisante Reichweite wir erst allmählich begreifen (Thomä et al., 1985).

Beginnt man damit, den therapeutischen Raum systematisch mit grundlagenwissenschaftlichen Konzepten auszuloten, so entdeckt man eine Fülle von bislang noch wenig vermessenen Parametern – absichtlich von Parametern zu sprechen ist in diesem Kontext vielleicht förderlich, denn wer zählt die Norm und wer die Abweichung.

Die Fallstudie

In diesem Kontext ist die Neubewertung der Fallstudie zu sehen, mit der Wallerstein und Sampson (1971) eine Versöhnung von Klinik und Forschung anpeilen. Sie legten bei ihrer Übersicht den Hauptakzent auf die Frage, ob es notwendig sei, formalisierte und systematisierte Untersuchungen des therapeutischen Prozesses in der Psychoanalyse durchzuführen, und ob dies möglich sei. Ich zitiere: »Wir denken, daß wir zeigen konnten, daß die Antwort auf beide Fragen heute ein emphatisches Ja ist ... Unsere zentrale Überzeugung ist, daß die informelle Fallstudie trotz ihrer zwingenden Überzeugungskraft gewisse reale und offenkundige wissenschaftliche Begrenzungen hat« (ebd., S. 47). Folgt man ihren Ausführungen, und wir sind ihnen in Ulm weitgehend gefolgt, so rückt die systematische Einzelfallstudie in den Schnittpunkt der klinischen und wissenschaftlichen Tätigkeit.

Der experimentelle Ansatz ist zwar die korrekteste Methode zur Überprüfung von Hypothesen (Campbell, 1967); er impliziert aber eine gewisse Manipulierbarkeit des Untersuchungsobjekts, die in der klinischen Situation nicht möglich ist. Über die Reichweite dieses experimentellen Ansatzes zur Überprüfung psychoanalytischer Theoriebestände liegen umfangreiche Sekundäranalysen auch von wohlmeinenden Kritikern vor (Kline, 1981). Erst kürzlich hat Shulman (1990) im *International Journal* ein Beispiel für eine solche Studie gegeben, die Kohutsche und Kernbergsche Thesen experimentell vergleicht (vgl. Kächele et al., 1991).

Es besteht kein Grund, die klinische Situation als Defizitvariante des Ex-

periments zu betrachten, wie es die früher beliebte Sprachfigur, die psychoanalytische Behandlungssituation ſei eine quasi-experimentelle Veranstaltung, nahelegte (Shakow, 1960). Die angemessenen Untersuchungsmethoden ſind demzufolge nicht experimentelle, ſondern Methoden der systematischen Materialanalyse. In der Einzelfallſtudie muß kein Verzicht auf Exaktheit geleistet werden, ſondern es können Verfahren zur Anwendung kommen, die dem untersuchten System angemessen ſind. Marshall Edelson hat erneut in ſeinem jüngſt erschienenen Buch *Psychoanalyse – eine Theorie in der Krise* beſonders die Möglichkeiten der Einzelfallforſchung betont, über die heuristische, entdeckungsorientierte Perspektive hinauszugehen (Edelson, 1985; 1988).

Die wiſſenſchaftliche Erforſchung des Einzelfalls ſtellt m. E. die zeitgemäße Version der Junktimbehauptung dar. Sie verlangt vom Kliniker, daß er ſeine Hypothesen über Struktur und Psychodynamik präzisiert und ſich ſelbſtkritiſch auf die Suche nach Kriterien macht, die dieſe beſtätigen oder widerlegen. Hier, auf dem Mutterboden der Psychoanalyse, kann psychoanalytiſche Therapieforſchung ſtattfinden.

Die Möglichkeit der formalisierten Auswertung überwindet die heuristische, hypotheſenbildende Funktion der kliniſchen Einzelfallſtudie und gewinnt dem Junktimgedanken eine neue Seite ab. In dieſem Sinne hält es Eagle (1988) für eine Ironie, »daß psychoanalytiſche Autoren kliniſche Daten für nahezu jeden Zweck zu verwenden ſuchen, außer dem einen, für den ſie am beſten geeignet ſind – der Bewertung und dem Verſtändnis der Veränderung durch Therapie« (ebd., S. 209).

Ein Muſterbeispiel für dieſes Verfahren hat die Forſchungsgruppe von Joſeph Weiss und Harold Sampson am San Francisco Psychoanalytic Inſtitute geliefert, die zwei konkurrierende Theorien zur Abwehranalyſe an einem Einzelfall geprüft haben (Weiss und Sampson, 1986; Neudert et al., 1990).

Die Entſcheidung, ob die am Einzelfall gewonnenen Hypothesen an größeren Gruppen überprüft werden müſſen, hängt vom Anſpruchsniveau der untersuchten Behauptung im Rahmen der psychoanalytiſchen Theorie ab. In einer Reihe von weiteren Studien hat die Mount Zion Psychotherapy Research Group das an einem psychoanalytiſchen Langſtreckenfall erarbeitete Konzept der control-mastery-Theorie an kürzeren Therapien im Hinblick auf die Generalisierbarkeit geprüft (Silberſchatz und Curtis, 1986; Weiss, 1991).

Ein Beiſpiel für dieſen einzelfallanalytiſchen Anſatz, der relativ nah am kliniſchen Alltag arbeitet, hat die Gruppe um Luborsky parallel zu der oben erwähnten Therapiestudie geliefert.

Am Psychoanalytischen Institut wurde eine Arbeitsgruppe etabliert, die sich besonders mit der klinischen und doch systematischen Erfassung des Übertragungskonzepts beschäftigte. Für vier Psychoanalysen wurden von den Therapeuten Sitzungsfragebögen ausgefüllt, die den Analytiker als Experten seiner eigenen Tätigkeit zu Stellungnahmen anhielt, wie er sie in seinem schriftlichen Stundenbericht auch würde festhalten wollen. Die Integration der täglichen Angaben zu größeren Zeiträumen zeigte deutlich, daß in den beiden günstig verlaufenden Analysen die Übertragungsintensität gegen Ende deutlich abnahm; in den beiden ungünstig verlaufenden Fällen weniger (Graff und Luborsky, 1977).

Die Ulmer Bemühungen gehen auf die von Thomä in Balints behandelungs-technischen Seminaren in London erworbene Perspektive zurück, die Deutungsaktionen in den Mittelpunkt stellen, die in Heidelberg fortgesetzt wurden (Thomä und Houben, 1967). Der entscheidende Schritt bei dem Aufbau der Ulmer Forschungsgruppe zur Verlaufsforschung (1968) war die Einführung der Tonbandaufzeichnung – schon 1962 von Meyer gefordert – und die Forderung, die Überprüfung von Deutungsaktionen nicht mehr auf singuläre Aktionen zu richten, sondern am Verlauf die Anwendung und Auswirkung psychoanalytischer Theoriebestandteile zu überprüfen. Mit verschiedenen Methoden auf verschiedenen Abstraktionsniveaus wurden behandlungstheoretisch zentrale Konzepte im Verlauf untersucht und zur Beurteilung des Veränderungsprozesses herangezogen:

1. »Übertragung, Angst und Arbeitsbeziehung« (Grünzig et al., 1978; Kächele, 1976; Kächele et al., 1975);
2. »Veränderungen des Selbstgefühls« (Neudert et al., 1987a);
3. »Veränderung des Leidens« (Neudert et al., 1985; Neudert und Hohage, 1988);
4. »Emotionale Einsicht« (Hohage und Kübler, 1988);
5. »Kognitive Prozesse« (Leuzinger-Bohleber, 1987; 1989; Leuzinger-Bohleber und Kächele, 1988; 1990);
6. »Verbale Aktivität« und weitere sprachliche Variablen (Kächele, 1983; Kächele und Mergenthaler, 1983).

Zunächst wurden für die einzelnen Konzepte intraindividuelle Meßstandards entwickelt, die dann in einem zweiten Schritt für eine aggregierende und vergleichende, Fall für Fall miteinander vergleichende Untersuchungsmethodik herangezogen werden, wie dies bei Leuzinger-Bohleber (1989) gezeigt wird. Mit diesem Ansatz bleiben wir der Subjektivität von Patient und Analytiker verpflichtet und können doch im Sinne der komparativen Kasuistik von Jüttemann (1990) systematische Schritte in der Aggregation der Befunde vorbereiten.

Fazit

Psychoanalytiſche Therapieforſchung iſt nach wie vor ein Stiefkind; die Zahl derer, die ſich damit ernſthaft beſchäftigen, iſt nicht groß. Sie iſt gebunden an wiſſenſchaftliche Einrichtungen, denn nur dort iſt die Infrastruktur für die Durchführung möglich. Ihre Schwerpunkte liegen heute ſowohl in der umfaſſend angelegten vergleichenden Evaluierung psychoanalytiſcher Therapieformen (Kächele et al., 1990) wie auch in der mikroprozeſſualen Analyſe der zentralen Therapiekonzepte psychoanalytiſchen Handelns. Eine ſtringente Abgrenzung von Standard-Psychoanalyſe und anderen davon abgeleiteten psychoanalytiſchen Therapieverfahren iſt empiriſch biſlang nicht vertretbar; die beſtehende Varianz innerhalb deſſen, was international als psychoanalytiſch firmiert, multipliziert mit der ſehr großen Variabilität deſſen perſonengebundenen psychoanalytiſchen Operierens, ſorgt für eine Vielfalt, die ſich durch die Bildung von ſtrengen Klassen nur künstlich aufteilen läßt. Es dürfte hilfreicher ſein, weſentliche Dimensionen psychoanalytiſch-therapeutiſchen Handelns zu identifizieren und jeweils für und mit dem Patienten herausfinden, welche Miſchung und welche Dosis für ihn förderlich iſt. Der einzelne Psychoanalytiker iſt nach wie vor aufgerufen, durch ſorgfältige Fallſtudien dazu beizutragen, daß er ſein Handeln begründet darſtellen kann. Dann braucht keine Sorge zu beſtehen, daß die Therapie die Wiſſenſchaft erſchlägt, denn dann kann nach wie vor jeder einzelne Fall zur Vermehrung deſſen psychoanalytiſchen Wiſſens beitragen.

(Anſchrift deſſen Verf.: Prof. Dr. med. Horst Kächele, Abteilung Psychotherapie, Uni-verſität Ulm, Am Hochſtraß 8, 7900 Ulm)

Summary

Psychoanalytic Therapy Research 1930–1990. – The author provides a ſurvey of three phases of psychoanalytic therapy reſearch, each one iſt being characterized by iſtſ moſt important repreſentatives and their contributions. The firſt phase (1930–1970) ſought in eſſence to juſtify, i. e. to prove, that analytical therapies are uſeful. The ſecond phase (1960–1980) was dedicated to a deeper understanding of the relationship between the courſe of therapy and iſtſ reſults. The third phase, finally, can be identified as a thorough and detailed inquiry into the analytical proceſſ.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander, F. (1937b): Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932–1937. Chicago (Institute of Psychoanalysis).
- Anonymous (1988): The specimen hour. In: H. Dahl, H. Kächele, H. Thomä (Hg.): *Psychoanalytic Process Research Strategies*. Berlin/Heidelberg/New York/London/Paris/Tokyo, 15–28.
- Bachrach, H. M., J. J. Weber, S. Murray (1985): Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *Int. Rev. Psychoanal.*, 12, 379–389.
- Beckmann, D. (1974): *Der Analytiker und sein Patient. Untersuchungen zur Übertragung und Gegenübertragung*. Bern/Stuttgart/Wien (Huber).
- (1978): Übertragungsforschung. In: L. J. Pongratz (Hg.): *Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie*. Göttingen (Verl. für Psychologie), 1242–1256.
- (1988): Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: P. Kutter, R. Paramo-Ortega, R. Zagermann (Hg.): *Die psychoanalytische Haltung*. München/Wien (Verl. Int. Ps.), 231–244.
- Bergin, A. (1971): The evaluation of therapeutic outcomes. In: A. Bergin, S. Garfield (Hg.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York (Wiley), 217–270.
- Bibring, E. (1937): Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. *Int. Z. Ps.* 23, 18–42.
- Boehm, F. (1942): Erhebung und Bearbeitung von Katamnesen. *Zbl. Psychother.*, 14, 17–24.
- Bowlby, J. (1982): Psychoanalyse als Kunst und Wissenschaft. In: Ders.: *Das Glück und die Trauer*. Stuttgart (Klett), 197–217.
- Bräutigam, W., M. von Rad, K. Engel (1980): Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. *Z. Psychosom. Med. Psychoanal.*, 26, 101–118.
- Campbell, D. T. (1967): From description to experimentation: interpreting trends as quasi-experiments. In: C. W. Harris (Hg.): *Problems in measuring change*. Madison/Milwaukee/London (Univ. Wisconsin Pr.), 212–242.
- Dahl, H. (1988): Frames of mind. In: H. Dahl et al. (1988), 51–66.
- (1991): The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfillment. In: J. Safran, J. Greenberg (Hg.): *Emotions, Psychotherapy and Change*. New York (Guilford).
- , und V. Teller (1991): Characteristics and identification of frames. In: N. Miller, J. Docherty, L. Luborsky (Hg.): *Psychodynamic treatment research*. New York (Basic Books).
- Dührssen, A. (1972): *Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- , und E. Jorswieck (1962): Zur Korrektur von Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. *Acta Psychother.*, 10, 329–342.
- Eagle, M. (1988): *Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse: Eine kritische Würdigung*. München/Wien (Verl. Int. Ps.).
- Edelson, M. (1985): The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. *Psa. Contemp. Thought*, 8, 567–614.
- (1988): *Psychoanalysis – A Theory in Crisis*. Chicago (Chicago Univ. Pr.)
- Eysenck, H. (1952): The effects of psychotherapy: an evaluation. *J. Consult. Psychology*, 16, 319–324.
- Feldmann, F. (1968): Results of psychoanalysis in clinic case assignments. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 16, 274–300.
- Fenichel, O. (1930): Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920–1930. In: S. Radó, O. Fenichel, C. Müller-Braunschweig (Hg.): *Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt*. Wien (Int. Ps. Verl.), 13–19.
- Fischer, G. (1990): Widerspruch und Veränderung – ein dialektisches Modell der Veränderung im psychoanalytischen Prozeß.

- Flader, D., W.D. Grodzicki, K. Schröter (Hg.) (1982): *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Freud, S. (1933 a): *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. GW XV.
- Gill, M. M., I. Z. Hoffman (1982 a): *Analysis of transference*. Vol. II: *Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions*. New York (Int. Univ. Pr.).
- (1982 b): A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 30, 137–167.
- Glover, E. (1952): Research methods in psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 403–409.
- Graff, H., L. Luborsky (1977): Long-term trades in transference and resistance: A quantitative analytic method applied to four psychoanalyses. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 25, 471–490.
- Grünbaum, A. (1990): »Meaning« connections and causal connections in the human sciences: the poverty of hermeneutic philosophy. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 38, 559–578.
- Grünzig, H. H., H. Kächele, H. Thomä (1978): Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Med. Psychol.*, 4, 138–152.
- Hamburg, D., G. Bibring, C. Fisher, A. Stanton, R. Wallerstein, H. Weinstock, E. Haggard (1967): Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the American Psychoanalytic Association. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 15, 841–861.
- Herold, R. (1990): *Beziehungserfahrung in Psychoanalysen: BIP – ein Manual zur Erfassung von Übertragungsphänomenen im psychoanalytischen Prozeß*. Unpubl. Manuskript. Tübingen.
- Hohage, R., J. C. Kübler (1988): The emotional insight rating scale. In: H. Dahl et al., (1988), 243–255.
- Hölzer, M., H. Kächele (1991): *Taugt die Frame-Analyse zur Identifikation emotionaler Strukturen?* Vortrag auf der 14. Ulmer Werkstatt, Juni 1991.
- Horowitz, M. J. (1979): *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York/London.
- Howard, H. J., S. M. Kopta, M. S. Krause, D. E. Orlinski (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am. Psycholog.*, 41, 159–164.
- Israel, L. (1987): *Un temps pour vivre*. *Apertura*, 1, 31–43.
- Jones, E. (1936): *Report of the Clinic Work: 1926–1936*. London Clinic of Psychoanalysis, 1936.
- Jüttemann, G. (Hg.) (1990): *Komparative Kasuistik*. Heidelberg (Asanger).
- Kächele, H. (1976): *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozeßforschung*. Ulm (PSZ).
- (1983): Verbal activity level of therapists in initial interviews and longterm psychoanalysis. In: R. Minsel (Hg.): *Methodology in psychotherapy research*. Frankfurt (Lang), 125–129.
- (1988): Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int. J. Psychoanal.*, 69, 65–73.
- (1990): Welche Methoden für welche Fragen? *Schriften des Sigmund-Freud-Instituts*, 10, 73–89.
- (1990): Wie lange dauert Psychotherapie. *Psychother. Med. Psychol.*, 40, 148–151.
- , und Mitarbeiter (1990): *Zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen. Eine multizentrische Studie*. Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart.
- , D. Dengler, R. Eckert (1990): Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychother. Med. Psychol.*, 40, 178–185.
- , W. Ehlers, M. Hölzer (1991): Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. In: F. Schneider, M. Bartels, H. J. Gaertner (Hg.): *Perspektiven der Psychiatrie*. (G. Fischer).
- , I. Fiedler (1985): Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? *Psychother. Med. Psychol.*, 33, 201–220.

- , E. Mergenthaler (1983): Computer-aided analysis of psychotherapeutic discourse. In: R. Minsal, W. Herff (Hg.): *Methodology in Psychotherapy Research. Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research*, Vol. 1. Frankfurt/M. (Lang), 116–161.
- , H. Thomä, C. Schaumburg (1975): Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß. *Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 116, 197–228.
- Kennel, R. (1991): Anmerkungen zu einem Kongreß. *DPV-Informationen*, 9, 3–5.
- Kernberg, O. F. (1988): Foreword: The clinical view. In: L. Luborsky, P. Crits-Christoph, J. Mintz, A. Auerbach (Hg.): *Who will benefit from Psychotherapy: Predicting therapeutic outcomes*. New York (Basic Books), XI–XV.
- , E. D. Bursteine, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horwitz, H. Voth (1972): Psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation. *Bull. Menn. Clin.*, 36, 3–275.
- Kline, P. (1981): *Fact and Phantasy in Freudian Theory*. London (Methuen).
- Knapp, P., S. Levin, R. McCarter, H. Werner, E. Zetzel (1960): Suitability for psychoanalysis: A review of 100 supervised cases. *Psychoanal. Quart.*, 29, 459–477.
- Knight, R. P. (1941): Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *Am. J. Psychiatry*, 98, 434–446.
- Kohut, H. (1959): Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 7, 459–483. Dt.: Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1977.
- Kordy, H., M. von Rad, W. Senf (1983): Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg follow-up project. *Psychother. Psychosom.*, 40, 211–227.
- Kordy, H., W. Senf (1985): Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother. Med. Psychol.*, 35, 207–212.
- Kordy, H., M. von Rad, W. Senf (1988): Time and its relevance for a successful psychotherapy. *Psychother. Psychosom.*, 49, 212–222.
- Krause, R. (1988): Eine Taxonomie der Affekte und ihre Anwendung auf das Verständnis der »frühen« Störungen. *Psychother. Med. Psychol.*, 38, 77–86.
- , P. Lütolf (1988): Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: H. Dahl et al. (1988), 241–256.
- Kubie, L. S. (Hg.) (1952): Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: E. Pumpian-Mindlin: *Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis*. New York (Basic Books), 46–124.
- Leuzinger-Bohleber, M. (1989): Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd. 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer).
- , H. Kächele (1990): Von Calvin zu Freud: Artificial Intelligence-Modelle als theoretische Basis bei einer inhaltsanalytischen Untersuchung der Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. *Z. Klin. Psychol.*, 19, 111–122.
- , H. Kächele (1988): From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: H. Dahl et al. (1988), 291–306.
- Luborsky, L. (1954): A note on Eysenck's article »The effects of psychotherapy: An evaluation«. *Brit. J. Psychol.*, 45, 129–131.
- (1962): Clinician's judgments of mental health: A proposed scale. *Arch. Gen. Psychiatry*, 7, 407–417.
- (1969): Research cannot yet influence practice. *Int. J. Psychiatry*, 7, 135–140.
- (1975): Clinician's judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull. Menn. Clin.*, 35, 448–480.

- (1984): Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. New York (Basic Books). Dt.: (1988): Einführung in die analytische Psychotherapie. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer).
- , M. Chandler, A. H. Auerbach, J. Cohen, H. M. Bachrach (1971): Factors influencing the outcome of psychotherapy; a review of qualitative research. Psychol. Bull., 75, 145–185.
- , P. Crits-Christoph (1990): Understanding transference. New York (Basic Books).
- , P. Crits-Christoph, L. Alexander, M. Margolis, M. Cohen (1983): Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: a counting signs versus a global rating method. J. Nerv. Ment. Dis., 171, 480–492.
- , P. Crits-Christoph, J. Mintz, A. Auerbach (1988): Who will benefit from Psychotherapy? New York (Basic Books).
- , H. Kächele (Hg.) (1988): Der zentrale Beziehungskonflikt. Ulm (PSZ).
- , J. Schimek (1964): Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change implications for assessment. In: P. Worche, D. Byrne (Hg.): Personality change. New York (Wiley).
- Meyer, A. (1962): Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen. Med. Welt., 47, 2439–2445.
- (1990): Psychoanalytische Forſchung für das Ende des Jahrhunderts. In: Sigmund-Freud-Institut (Hg.): Empirische Forſchung in der Psychoanalyse, 8–26.
- Meyer, A. E. (Hg.) (1981 b): The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother. Psychosom., 35, 77–220.
- (1988): What makes psychoanalysts tick? In: H. Dahl et al. (1988), 273–290.
- Moser, U. (1989): On-Line und Off-Line, Praxis und Forſchung, eine Bilanz. Psyche, 43.
- Nedelmann, C., R. Reiche (1990): Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. Psyche, 44, 202–217.
- Neudert, L., C. Kübler, R. Schors (1985): Die inhaltsanalytische Erfassung von Leiden im psychotherapeutischen Prozeß. In: D. Dzogalik, W. Ehlers, R. Teufel (Hg.): Perspektiven der Psychotherapieforschung. Einzelfall, Gruppe, Institution. Freiburg (Hochschul Verlag), 120–134.
- , H. J. Grünzig, H. Thomä (1987 a): Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: N. M. Cheshire, H. Thomä (Hg.): Self, symptoms and psychotherapy. New York (Wiley), 243–265.
- , R. Hohage (1988): Different types of suffering during a psychoanalysis. In: H. Dahl et al. (1988).
- , H. Kächele, H. Thomä (1990): Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien. PPMP-Diskjournal, 1.
- Nunberg, H. (1954): Evaluation of the results of psychoanalytic treatment. Int. J. Psychoanal., 35, 2–7.
- Oberndorf, C. (1953): Results to be effected with psychoanalysis. AMA Archives of Neurology and Psychiatry, 69, 655.
- Pulver, S. E. (1987 a): How theory shapes technique: perspectives on a clinical study. Psychoanal. Inquiry, 7, 141–299.
- Ramzy, I. (1974): How the mind of the psychoanalyst works. An essay on psychoanalytic inference. Int. J. Psychoanal., 55, 543–550.
- Rangell, L. (1981): Psychoanalysis and dynamic psychotherapy. Similarities and differences twenty-five years later. Psychoanal. Q., 50, 665–693.
- Sashin, J. I., S. H. Eldred, S. T. van Amerongen (1975): A search for predictive factors in institute supervised cases. A retrospective study of 183 cases from 1959–1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. Int. J. Psychoanal., 56, 343–359.
- Schacht, T. E., I. L. Binder, H. H. Strupp (1984): The dynamic focus. In: H. H. Strupp, J. L. Binder (Hg.): Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. New York (Basic Books), 65–109.

- Schjeldrup, H. (1955): Lasting effects of psychoanalytic treatments. *Psychiatry*, 18, 109–133.
- Schubart, W. (1990): Psychoanalyse als Utopie – ihre Anwendungsform als Realität. *Psyche*, 44, 1025–1035.
- Senf, W. (1990): Sind psychoanalytische Behandlungen effektiv? In U. Streeck, H. V. Wertmann (Hg.): Herausforderungen für die Psychoanalyse. Diskurse und Perspektiven. München (Pfeiffer), 339–358.
- Shakow, D. (1960): The recorded psychoanalytic interview as an objective approach to research in psychoanalysis. *Psychoanal. Q.*, 29, 82–97.
- Shane, E. (1987): Varieties of psychoanalytic experience. *Psychoanal. Inquiry*, 7, 199–205; 241–248.
- Shapiro, D. (1990): Lessons in history: three generations of therapy research. Paper delivered at the 2st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Wintergreen/USA.
- Shulman, D. (1990): The investigation of psychoanalytic theory by means of the experimental method. *Int. J. Psychoanal.*, 71, 487.
- Silberschatz, G., J. T. Curtis (1986): Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy. II. How the therapist helps or hinders therapeutic process. *Psychoanal. Psychol.*, 3, 27–37.
- Simmel, E. (1930): Zur Geschichte und sozialen Bedeutung des Berliner Psychoanalytischen Institutes. In: DPG – 10 Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut.
- Slap, J., A. Slaykin (1983): The schema: basic concept in a nonmetapsychological model of mind. *Psychoanal. Contemp. Thought*, 6, 305–325.
- Sloane, E. R. B., F. R. Staples, A. H. Cristol, N. J. Yorkston, K. Whipple (1975): Psychotherapy versus behavior therapy. Cambridge (Harvard Univ. Pr.).
- Spence, D. P. (1982 a): Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis. New York (Norton).
- Steimer-Krause, E. (1991): Übertragung bei schizophrenen Patienten. Wiederholung von non-verbalen Interaktionsmustern mit spezifisch qualitativen und temporalen Charakteristika. Vortrag auf der 14. Ulmer Werkstatt.
- Strotzka, H. (Hg.) (1975): Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen. München (Urban und Schwarzenberg).
- (1978): Fallstudien zur Psychotherapie. München/Wien/Baltimore (Urban und Schwarzenberg).
- Strupp, H. H., S. W. Hadley, B. Gommers-Schwartz (1977): Psychotherapy for better or worse. New York (Aronson).
- Teller, V., H. Dahl (1986): The microstructure of free association. *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 34, 763–798.
- Thomä, H., A. Houben (1967): Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. *Psyche*, 21, 664–692.
- , H. Kächele (1985): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.1: Grundlagen. Berlin/Heidelberg/New York/Tokyo (Springer).
- , H. Schrenk, H. Kächele (1985): Der psychoanalytische Dialog und die Gegenfrageregel. *Forum Psychoanal.*, 1, 4–24.
- Wallerstein, R. (1990): Zum Verhältnis von Psychoanalyse und Psychotherapie. Wiederaufnahme einer Diskussion. *Psyche*, 44, 967–994.
- , L. Robbins, H. Sargent, L. Luborsky (1956): The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report. *Bull. Menninger Clin.*, 20, 221–278.
- Wallerstein, R. S. (1986): Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. New York (Guilford).
- , H. Sampson (1971): Issues in research in the psychoanalytic process. *Int. J. Psychoanal.*, 52, 11–50.

- Weiss, J. (1991): Der unbewußte Plan. Spektrum der Wiſſenſchaften.
- , H. Sampson, Group at MZPR (1986): The psychoanalytic process: theory clinical observation, and empirical research. New York (Guilford).
- Wyatt, F. (1990): Die Psychoanalyse am Ende ihres erſten Jahrhunderts. Merkur, 44, 891–914.
- Zetzel, E. (1968): The ſo called good hysteric. Int. J. Psychoanal. 49, 256–260.