

109. Kächele H (1992) Psychoanalytische Therapieforschung 1930 - 1990.
Psyche - Z Psychoanal 46: 259-285

Horst Kächele (Ulm)

Psychoanalytische Therapieforschung 1930-1990

Einleitung

Gegenwärtig ist psychoanalytische Therapieforschung an den Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der medizinischen Fakultäten der BRD nicht mehr umstritten; zugleich 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 Institutes 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 ---" und " wer zusammenrechnen könnte, welche großen pekuniären Leitungen die Kassen aufzubringen haben für die Kranken, die immer wieder rückfällig werden müssen, weil ihre eigentlichen neurotischen Störungen nicht diagnostiziert wurde .." und " wer nachrechnen könnte wieviel Renten neurosen dadurch entstehen, das psychische Unfallfolgen nicht schon im Keim psychoanalytisch behandelt und beseitigt werden ; wer diese 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 s.a. Senf 1990).

Trotz dieses frühen Kampfesrufes gibt es nicht gerade viel Ansätze zur psychoanalytischen Therapieforschung, obwohl es immer wieder anerkannte

Außenseiter in ihren psychoanalytischen Gruppen gibt, die seit Jahr und Tag unermüdlich ihr *cetero censeo* in die psychoanalytische Welt hineinrufen. E. Glover (1952) ist hier zu nennen, der nicht nur selbst Pionierarbeit leistete, als er 1937 seinen Fragebogen zur psychoanalytischen Technik an die Mitglieder der Britischen Gesellschaft verschickte. Lawrence Kubie gehört zu den engagierten Streitern für eine eigenständige psychoanalytische Therapie-forschung, der 1952 in den Hixon Lectures eine Programmatik der zu leistenden Arbeit erstellte.

Der Mutterboden der psychoanalytischen Theorienbildung war und bleibt die psychoanalytische Arbeitssituation. Freuds Hinweis aus dem Jahre 1933 gibt einen deutlichen Fingerzeig, was psychoanalytische Therapieforschung zu leisten hätte:

"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 1933a).

Klinische Forschung - dh für mich sorgfältige, entdeckungsorientierte Beobachtung des Einzelfalles - muß zur systematisierten empirischen Forschung weiterentwickelt werden, wenn man das Problem der "gehäuften Eindrücke" ernst nimmt. Von der dyadenspezifischen Wahrheit - dem Lieblingsthema vieler Kliniker und Hobbyphilosophen - 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 kreiert 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.... (etwas später) die Validität des eigenen Tuns bleibt in diesem Bereich die intuitive Gewissheit" (S.##).

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 1927a, S.291); anderer-

seits bleibt - und 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 allzuleicht der klinischen Gewißheit entspringt (oder entspricht), dann erschlägt der Therapeut als Forscher die Wissenschaft. Ich plädiere dafür, dass der Umgang mit Kranken eine wissenschaftliche 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 Leser zu seiner Lektüre; die Präsenz der Autoren im psychoanalytischen Dialog schafft eine interaktive Situation, wie AE Meyer (1990) unermüdlich wiederholt

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

Rückblickend unterscheiden wir heute drei Phasen der Therapieforschung (Shapiro 1990). 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: 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?

ad 1.

Begonnen hat die psychoanalytische Therapieevaluation 1930 mit einer 10-Jahres-Katamnese des Berliner Psychoanalytischen Institutes (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.

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 Zwei-Drittel Besserungsquote.

Im deutschen Sprachraum wird diese erste Phase durch die bekannte Studie von Dührssen & Jorswieck (1965) repräsentiert, die für die Aufnahme der analytischen Psychotherapie in die Leistungspflicht der Krankenkassen von wesentlicher Bedeutung war. Diese Studie belegte mit einfachen Angaben zur Arbeitsunfähigkeit vor und nach Psychotherapie im Vergleich zu einer unbehandelten Kontrollgruppe die Leistungsfähigkeit von analytischer Psychotherapie mit einer mittleren Dauer von ca 100 Stunden (10-15% hatten bis zu 200 Std, 10-15 nur 50-60 Std)¹.

¹ 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

100100

An dieser Einschätzung des Erfolges 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:

Die an der Legitimitierung orientierte Evaluation psychoanalytischer Psychotherapie erschöpfte sich nach vielfältiger Replizierung der sattem bekannten magischer Zwei-Drittel Besserungs-Quote.

In den sechziger Jahren wurde dem Problem der Auswahl für die Ausbildung geeigneter Fälle am Boston Psychoanalytic Institute vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet. Diesem Interesse verdanken wir, den Vergleich von Anfangs- und Endbedingungen einer großen Zahl von supervidierten Fällen (Knapp et al. 1960; Sashin et al. 1975). Der löbliche Versuch, aus den Evaluierungsunterlagen des Institutes den Therapieerfolg vorherzusagen, ergab keine überzeugende Korrelation mit dem tatsächlichen Therapieerfolg; bedeutsam war jedoch, dass die besonders ungünstig verlaufenden Fälle eine hoch belastete familiäre Vorgeschichte aufwiesen. Das Scheitern prognostischer Bemühungen dürfte zu den wichtigsten Ergebnissen der Therapieforschung der sechziger und siebziger Jahre gehören.

Um die klinisch relevante Frage einer differentiellen Indikation zwischen hochfrequenter Psychoanalyse und hochfrequenter psychoanalytischer Psychotherapie beantworten zu können, wurde in den sechziger Jahren an der Columbia Psychoanalytic Clinic in New York mittels der systematischen Dokumentation der Anfangs- und Endbedingungen einer sehr großen Zahl von Patienten in Psychoanalyse (N= 588) und analytischer Psychotherapie (N= 760) untersucht (Weber et al. 1966;); eine randomisierte Zuweisung der Patienten zu einer der beiden Formen von Behandlungen wäre damals nicht vorstellbar gewesen. Bachrach et al. (1985; Weber et al. 1985) fanden z. B. dass bei Patienten mit schwerer Symptomatik und einer neurotischen Persönlichkeit Couch-Psychoanalysen zu besseren Therapieergebnissen als face-to face analytische Psychotherapie führten, während bei Vorliegen der Diagnose einer

	N	%
Sehr gut und gut gebessert	441	45,04
Befriedigend und genügend gebessert	367	37,49
Kaum gebessert und ergebnislos	<u>171</u>	<u>17,47</u>
	979	100,00

Borderline-Persönlichkeit die Couch-Psychoanalyse deutlich schlechter abschneidet als die psychoanalytische Psychotherapie.

Auch die zweite Phase der psychoanalytischen Therapieevaluation hatte einen frühen Start; denn schon 1937 forderte Bibring auf dem psychoanalytischen Kongress in Marienbad verschiedene Theorien für Verlauf und Ergebnis. Immerhin am Anfang der fünfziger Jahre wurde in Topeka an der Menninger Foundation 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. 1986):

Eine wichtige methodische Entscheidung des Menninger-Projektes 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 und 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 katamnästischen Zeitpunkt (2-3 Jahre nach der Behandlung) wurden für jede Behandlung eine Fülle von Angaben erhoben, die von einem Team wissenschaftlich qualifizierter Psychoanalytiker, das separat vom Therapeuten arbeitete, erhoben wurden.

Die Präsentation der quantitativ-statistischen Ergebnisse aus dem Jahre 1972 (Kernberg et al. 1972) verdeutlicht die Konzepte, um die da gerungen wurde:

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 (S.183).

Hieraus zog Kernberg klinische Konsequenzen, die inzwischen bekannt sein dürften. Die von ihm übertragungs-fokusierte Technik genannte Interventionsform für Borderline Patienten basiert auf den "gesicherten" Erfahrungen aus diesem Projekt².

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-Projektes vermittelt eine differierende Position: Kernbergs Darstellung sei einseitig; insgesamt könne man nämlich feststellen, dass über das ganze Spektrum der 42 Patienten hinweg 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 wäre (S. 730). Darüber hinaus sei der Unterschied zwischen strukturellen Veränderung durch Einsichtsfördernde Verfahren und durch supportive Techniken um vieles weniger ausgeprägt als ursprünglich angenommen wurde. Im Kontext der gegenwärtigen Diskussionen stellt er fest, dass generell die Unterschiede von Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie erheblich geringer seien (s auch Rangell 1981).

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 behavioralen und psychodynamischer Kurztherapie angesetzt, so begab sich in Hamburg AE. Meyer (1981b) auf den mühseligen Weg eine Vergleichsstudie mit der am Ort befindlichen, wohl etablierten gesprächspsychotherapeutischen Schule. Die nicht-naturalistische Vorgehensweise des kontrollierten Experimentes hat dieser Studie vor Ort wenig Freunde eingetragen; zu unbequem war das Prokrustesbett einer kontrollierten, mit randomisierter Patientenzuweisung arbeitender Thera-

² Nachtrag 2000: Clarkin et al., (1999), auch auf deutsch publiziert (2000).

piestudie 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 Therapieexperimentes, die teilweise fehlende Repräsentativität der untersuchten Patienten oder die wachsende Einsicht in die Kurzatmigkeit der zur Verfügung stehenden Methoden, ließ 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 u. Senf 1985; Kordy et al 1988). Eines der wichtigen Ergebnisse des Projektes 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 4 stündig) 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 der Psychotherapieforschung überwindet das gruppenstatistische Experiment und wendet sich der naturalistischen Untersuchungsper-

spektive wieder zu, hält jedoch an der daran fest, dass prozessuale Faktoren kontrolliert in eine Studie einzubeziehen sind.

Geschult und gewitzt durch eine siebenjährige Mitarbeit an dem 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 bedeutsamen Vorhersageleistungen zu rechnen war (Luborsky et al. 1971). In dieser Studie wurden keine klassischen Psychoanalysen, sondern 73 Patienten untersucht, die mit expressiv-supportiver Psychotherapie Marke Topeka 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 Erwartungen³. Als wichtiger immer und immer wieder replizierter Befund für psychodynamisch orientierte Therapien bleibt bestehen, dass der Grad noch bestehender seelischer Gesundheit - orientiert an einer Messlatte wie der Gesundheits-Krankheitsskala - die ein wesentlicher Beitrag von Luborsky zum Menninger Projekt war (Luborsky 1962; Luborsky 1975) - den Behandlungserfolg zwar nicht hoch, aber statistisch konsistent vorhersagen kann.(in der Penn Studie auf dem 1% Niveau)⁴. Im Klartext unterstreicht dies die limitierte

³ 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

⁴ 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

3.Fassung

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 Theoriegehaltes 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.

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 & Schimek (1964) hatten schon im Rahmen der Menninger Studie einen Extrakt aus der psychoanalytischen Literatur hergestellt, der acht kurative Faktoren der therapeutischen Arbeit isolierte⁵, die sich aus bisherigen Forschungsbemühungen ergaben hatten.

Verschlechterung 1	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 Psychotherapie in einem schlechteren psychologischen Zustand als vor Beginn der Behandlung

⁵

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)

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 nun kurz ein:

Die "hilfreiche Arbeitsbeziehung" (Luborsky et al. 1983) dürfte eine günstige Mischung von Freuds milder positiver Übertragung und Sterba/Zetzel-/Greensons' Allianzkonzepten 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 u. Crits-Christoph 1990). Obwohl hier kaum der Raum dafür ist, diese Entwicklung im einzelnen zu schildern, so 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; Beckmann 1978; Beckmann 1988). Das nun verfügbare Verfahren hält sich an vom Patienten in der Analyse berichtete Beziehungsepisoden, Schilderungen 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 u. Crits-Christoph 1990).

Repetitive Beziehungsmuster bestehen in der extrem vereinfachten Version des Luborsky'schen Übertragungskonzeptes 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 analysiert. Eine Häufigkeitsauflistung führt zu einer Kombination von den jeweils häufigsten Elementen zu dem sog. zentralen

Beziehungskonfliktthema eines Patienten (Zur Methode siehe Luborsky & 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 Beziehungskonfliktes 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 noch negativ beantwortet (Luborsky 1969), so gab er mit einem "Lehrbuch der analytischen Psychotherapie" - einem angesichts der sonstigen klinisch reichhaltigen Psychoanalysekonzptionen minimalistisch erscheinenden Therapieentwurf, dessen operativen Bestandteile aber empirisch gut gesichert sind - nun eine positive Antwort (Luborsky 1984; Luborsky 1988a).

Erweitern wir den Blick auf das ganze Feld der psychoanalytischen Therapie-forschung seit den siebziger Jahren, so stellen wir fest, dass die Untersuchung repetitiver Beziehungskonfigurationen im Mittelpunkt vielfältiger Bemühungen steht. Kein Verfahren ist bisher so sorgfältig ausgearbeitet 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 & Binder 1984).

In anderer Weise theoretisch elaborierter ist das von Dahl und Teller (Dahl 1988; Dahl u. Teller 1990; Teller u. 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) herauschälen ließ. Eine verlässliche Methode zur Identifizierung der FRAMES wird gegenwärtig in Ulm entwickelt (Dahl 1991; Hölzer & 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 u. Slaykin 1983). Das Entscheidende daran ist aber, dass diese Ansätze von dem Postulat ausgehen, dass es hier nicht um narrative Wahrheiten geht (Spence 1982a), sondern dass diese Strukturen ihr Fundamentum in re haben, also unabhängig von der deutenden Hervorbringung durch den behandelnden Psychoanalytiker identifiziert werden können. Dem strukturorientierten Ansatz Übertragungsphänomene zu erfassen steht ein prozess-orientierter Ansatz ergänzend zur Seite, den Merton Gill und Irving Hoffman 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 u. 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 hinsichtlich der kognitiven Prozesse über das Stadium 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 Arbeitenden qua Sprachkompetenz zwar selbstverständlich sind, 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.

Nehmen wir die Länge der Sitzung, die selbstverständlich normiert zu sein hat, da dies dem Stundenplan des Analytikers förderlich ist; Lucien Israel (1987) hat sich in der ersten Nummer der neuen französischen Zeitschrift *Apertura* darüber seine francophonen Gedanken gemacht und der germanophonen Gründlichkeit und Pünktlichkeit bzgl der Sitzungsdauer eine Zwanghaftigkeit unterstellt, die der Wirksamkeit des Verfahrens nicht günstig sein könne⁶:

In diesem Kontext ist die Neubewertung der Fallstudie zu sehen, mit der Wallerstein & 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 nun: "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" (S. 47). Folgt man ihren Ausführungen - und wir sind in Ulm diesen weitgehend gefolgt, so rückt die systematische Einzelfallstudie in den Schnittpunkt der klinisch und wissenschaftlichen Tätigkeit.

⁶ "Mais les psychanalystes allemands sont entravés par la quantité de matériel entendu au cours d'une séance de 50 ou 55 minutes dont ils essayent vainement de rendre compte et auxquels ils ont le sentiment de ne pas rendre justice s'ils ne l'exploitent pas intégralement. Ceci ne peut qu'introduire dans l'analyse une dimension obsessionnelle qui l'oriente obligatoirement vers l'efficacité et le rendement" (S.36)

Der experimentelle Ansatz ist zwar die korrekteste Methode zur Überprüfung von Hypothesen (Campbell 1967); er impliziert aber eine gewisse Manipulierbarkeit des Untersuchungsobjektes, 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 Kohut'und Kernberg'sche Thesen experimentell vergleicht (s.d. Kächele et al. 1991).

Es besteht kein Grund, die klinische Situation als Defizitvariante des Experimentes 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 sich erneut in seinem jüngst erschienen Buch: "Psychoanalyse - eine Theorie in der Krise" besonders die Möglichkeiten der Einzelfallforschung betont, über die heuristische, entdeckungs-orientierte Perspektive hinauszugehen (Edelson 1985, 1988).

Die wissenschaftliche Erforschung des Einzelfalles 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 Therapiefor schung stattfinden.

Die Möglichkeit der formalisierten Auswertung überwindet die heuristische, hypothesenbildende Funktion der klinischen Einzelfallstudie und gewinnt dem Junktimgedanken eine neue Seite ab. In diesem Sine 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" (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 & 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 u. 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 klinik-nahen und doch systematischen Erfassung des Übertragungskonzeptes 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 (Graff & Luborsky 1977).

Die Ulmer Bemühungen gehen auf die von Thomä in Balints behandelungstechnischen Seminaren in London erworbene Perspektive zurück, die Deutungsaktionen in den Mittelpunkt zu stellen, die in Heidelberg fortgesetzt wurden (Thomä u. 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

3.Fassung

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 u. Hohage 1988);
4. "Emotionale Einsicht" (Hohage u. Kübler 1988);
5. "Kognitive Prozesse" (Leuzinger-Bohleber 1987, 1989; Leuzinger-Bohleber u. Kächele 1988, 1990).
6. "Verbale Aktivität" und weitere sprachliche Variablen (Kächele 1983; Kächele & 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 des person-gebundenen 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

3.Fassung

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 des psychoanalytischen Wissens beitragen..

(Anschrift des Verf.: Prof. Dr. med. Horst Kächele, Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm, Am Hochsträß 8 , 79 Ulm)

Literatur

- Alexander F (1937b) Five year report of the Chicago Institute for Psychoanalysis, 1932-1937. Institute for Psychoanalysis, Chicago
- Anonymous (1988) The specimen hour. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds.) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, S 15-28
- Bachrach HM, Weber JJ, Murray S (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. Huber, Bern Stuttgart Wien
- Beckmann D (1978) Übertragungsforschung. In: Pongratz LJ (Hrsg.) Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie. (8/2, Bd Verlag für Psychologie, Göttingen, S 1242-1256
- Beckmann D (1988) Aktionsforschungen zur Gegenübertragung. Rückblick auf ein Forschungsprogramm. In: Kutter P, Raramo-Ortega R, Zagermann R (Hrsg.) Die psychoanalytische Haltung. Verlag Internationale Psychoanalyse, München, S 231-244.
- Bergin A (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin A, Garfield S (Eds) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley, New York, S 217-270
- Bibring E (1937) Versuch einer allgemeinen Theorie der Heilung. Int Z Psychoanal 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: Bowlby J (1982) Das Glück und die Trauer. Klett, Stuttgart, S 197-217
- Bräutigam W, Rad M von, Engel K (1980) Erfolgs- und Therapieforschung bei psychoanalytischen Behandlungen. Z Psychosom Med Psychoanal 26:101 - 118
- Campbell DT (1967) From description to experimentation: interpreting trends as quasi-experiments. In: Harris CW (Eds) Problems in measuring change. Univ Wisconsin Press, Madison, Milwaukee and London, S 212-242
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (1999) Psychotherapy for Borderline Patients. Wiley, New York; dt. (2000) Psychotherapie für Borderline Patienten. Schattauer, Stuttgart
- Dahl H (1988) Frames of mind. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic Process Research Strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, S 51-66

- Dahl H (1991) The key to understanding change: Emotions as appetitive wishes and beliefs about their fulfilment. In: Safran J, Greenberg L (Eds) Emotions, Psychotherapy and Change. Guilford, New York, S
- Dahl H, Teller V (1991) Characteristics and identification of frames. In: Miller N, Docherty J, Luborsky L (Eds) Psychodynamic treatment research. Basis Books, New York
- Dührssen A (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dührssen A, Jorswieck E (1962) Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta Psychotherap 10:329-342
- Eagle M (1988) Neuere Entwicklungen in der Psychoanalyse: Eine kritische Würdigung. Verlag Int Psychoanalyse, München Wien
- Edelson M (1985) The hermeneutic turn and the single case study in psychoanalysis. Psychoanal Contemp Thought 8:567-614
- Edelson, M (1988) Psychoanalysis - A Theory in Crisis. University of Chicago Press, Chicago
- Eysenck H (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. J Consulting 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: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Int Psychoanal Verlag, Wien, S 13-19
- Fischer G (1990) Widerspruch und Veränderung - ein dialektisches Modell der Veränderung im psychoanalytischen Prozess.
- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Freud S (1933a) Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd 15
- Gill MM, Hoffman IZ (1982a) Analysis of transference. Vol II: Studies of nine audio-recorded psychoanalytic sessions. Int Univ Press, New York
- Gill MM, Hoffman IZ (1982b) A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience in psychoanalysis and psychotherapy. J Am Psychoanal Assoc 30:137-167
- Glover E (1952) Research methods in psycho-analysis. Int J Psychoanal 33:403-409

- Graff H, Luborsky L (1977) Long-term trends 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 HJ, Kächele H, Thomä H (1978) Zur klinisch formalisierten Beurteilung von Angst, Übertragung und Arbeitsbeziehung. *Med Psychol* 4:138 - 152
- Hamburg D, Bibring G, Fisher C, Stanton A, Wallerstein R, Weinstock H, Haggard E (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, Kübler JC (1988) The emotional insight rating scale. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin, Heidelberg, New York London Paris Tokyo, S 243-255
- Hölzer M, Kächele H (1991): Taugt die Frame-Analyse zur Identifikation emotionaler Strukturen. Vortrag auf der 14. Ulmer Werkstatt, Juni 1991
- Horowitz MJ (1979) *States of mind: Analysis of change in psychotherapy*. New York, London
- Howard HI, Kopta SM, Krause MS, Orlinski DE (1986) The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychologist* 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 (Hrsg) (1990) *Komparative Kasuistik*. Asanger Verlag, Heidelberg
- Kächele H (1976) *Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung*. PSZ-Verlag, Ulm
- Kächele H (1983) Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: Minsel WH W (Hrsg) *Methodology in psychotherapy research*. Lang, Frankfurt, S 125-129
- Kächele H (1988) Clinical and scientific aspects of the Ulm process model of psychoanalysis. *Int J Psychoanal* 69:65-73
- Kächele H (1990) Welche Methoden für welche Fragen ? *Schriften des Sigmund-Freud-Institutes* 10:73-89
- Kächele H (1990) Wie lange dauert Psychotherapie. *Psychother Med Psychol* 40:148-151

- Kächele H und Mitarbeiter (1990) Zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. Eine multizentrische Studie. Forschungstelle für Psychotherapie Stuttgart
- Kächele H, Dengler D, Eckert R, S S (1990) Veränderung des zentralen Beziehungskonfliktes durch eine Kurztherapie. *Psychother med Psychol* 40:178-185
- H Kächele, W Ehlers & M Hölzer (1991) Experiment und Empirie in der Psychoanalyse. Schneider F, Bartels M & Gaertner HJ (Hrg) *Perspektiven der Psychiatrie*. Gustav Fischer Verlag Stuttgart, S 129-142
- Kächele H, Fiedler I (1985) Ist der Erfolg einer psychotherapeutischen Behandlung vorhersehbar? *Psychother Med Psychol* 35:201-20
- Kächele H, Mergenthaler E (1983) Computer-aided analysis of psychotherapeutic discourse. In: Minsel R, Herff W (Hrsg) *Methodology in Psychotherapy Research. Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research*, Vol. 1. Peter Lang, Frankfurt, S 116-161
- Kächele H, Thomä H, Schaumburg C (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 (1988) Foreword: The clinical view. In: Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (Eds) *Who will benefit from Psychotherapy: Predicting therapeutic outcomes*. Basic Books, New York, S XI-XV
- Kernberg OF, Bursteine ED, Coyne L, Appelbaum A, Horwitz L, Voth H (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*. Methuen, London
- Knapp P, Levin S, McCarter R, Werner H, Zetzel E (1960) Suitability for psychoanalysis: A review of 100 supervised cases. *Psychoanal Quart* 29:459-477
- Knight RP (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 Assoc* 7:459-483. Dt: Introspektion, Empathie und Psychoanalyse. Zur Beziehung zwischen Beobachtungsmethode und Theorie. In: Kohut, H (1977) *Introspektion, Empathie und Psychoanalyse*. Suhrkamp, Frankfurt
- Kordy H, Rad M von, Senf W (1983) Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results form the Heidelberg follow-up project. *Psychother Psychosom* 40:211-227

- Kordy H, Senf W (1985) Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother Med Psychol* 35:207-212
- Kordy H, von Rad M, Senf W (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. 38:77-86 *Zsch Psychother Med Psychol*
- Krause R, Lütolf P (1988) Facial indicators of transference processes within psychoanalytic treatment. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 241-256
- Kubie LS (1952) Problems and techniques of psychoanalytic validation and progress. In: Pumpian-Mindlin E (Eds) *Psychoanalysis as science. The Hixon lectures on the scientific status of psychoanalysis*. Basic Books, New York, S 46-124
- Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppen-statistische Untersuchung. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (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
- Leuzinger-Bohleber M, Kächele H (1988) From Calvin to Freud: Using an artificial intelligence model to investigate cognitive changes during psychoanalysis. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 291-306
- Luborsky L (1954) A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: An evaluation". *Brit J Psychol* 45:129-131
- Luborsky L (1962) Clinicians', judgments of mental health: A proposed scale. *Arch Gen Psychiatry* 7:407-417
- Luborsky L (1969) Research cannot yet influence practice. *Int J Psychiatry* 7:135-140
- Luborsky L (1975) Clinician's judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *Bull Menn Clin* 35:448-480
- Luborsky L (1984) Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment. Basic Books, New York. Dt: (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo

- Luborsky L (1988) Einführung in die analytische Psychotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Luborsky L, Chandler M, Auerbach AH, Cohen J, Bachrach HM (1971) Factors influencing the outcome of psychotherapy; a review of qualitative research. Psychol Bull 75:145-185
- Luborsky L, Crits-Christoph P (1990) Understanding transference. Basic Books, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M (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
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who will benefit from Psychotherapy? Basic Books, New York
- Luborsky L, Kächele H (Hrg) (1988) Der zentrale Beziehungskonflikt. PSZ-Verlag, Ulm
- Luborsky L, Schimek J (1964) Psychoanalytic theories of therapeutic and developmental change implications for assessment. In: Worchel P, Byrne D (Eds) Personality change. Wiley, New York
- Meyer A (1962) Der psychoanalytische Dialog: seine methodischen Determinanten und seine grundsätzlichen Möglichkeiten zur Verifizierung und Validisierung psychoanalytischer Thesen. Med. Welt 47:2439-2445
- Meyer A (1990) Psychoanalytische Forschung für das Ende des Jahrhunderts. In: Sigmund-Freud-Institut (Hrsg) Empirische Forschung in der Psychoanalyse. (10, Bd Sigmund-Freud Institut, Frankfurt, S 8-26
- Meyer AE (ed) (1981b) The Hamburg short psychotherapy comparison experiment. Psychother Psychosom 35:77-220
- Meyer AE (1988) What makes psychoanalysts tick? In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 273-290
- Moser U (1989) On-Line und Off-Line, Praxis und Forschung, eine Bilanz. Psyche
- Nedelmann C, Reiche R (1990) Analyse und Analysieren im Spiegel einer empirischen Studie. Psyche 44:202-217
- Neudert L, Kübler C, Schors R (1985) Die inhaltsanalytische Erfassung von Leiden im psychotherapeutischen Prozeß. In: Czogalik D, Ehlers W, Teufel R (Hrsg) Perspektiven der Psychotherapieforschung. Einzelfall, Gruppe, Institution. Hochschulverlag, Freiburg im Breisgau, S 120-134
- Neudert L, Grünzig HJ, Thomä H (1987a) Change in self-esteem during psychoanalysis: a single case study. In: Cheshire NM, Thomä H (Eds) Self, symptoms and psychotherapy. Wiley & Sons, New York Chichester, S 243-265

- Neudert L, Hohage R (1988) Different types of suffering during a psychoanalysis. In: Dahl H, Kächele H, Thomä H (Eds) Psychoanalytic process research strategies. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S
- Neudert L, Kächele H, Thomä H (1990) Der empirische Vergleich konkurrierender psychoanalytischer Behandlungstheorien. PPM-P-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 SE (1987a) 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 JJ, Eldred SH, Amerongen ST van (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 TE, Binder JL, Strupp HH (1984) The dynamic focus. In: Strupp HH, Binder JL (Eds) Psychotherapy in a new key: a guide to time-limited dynamic psychotherapy. Basic Book, New York, S 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 Streeck U, Wertmann HV (Hrg) Herausforderungen für die Psychoanalyse. Diskurse und Perspektiven München, Pfeiffer 1990, S.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 21st 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 Psycho-Anal 71:487

- Silberschatz G, Curtis JT (1986) Clinical implications of research on brief dynamic psychotherapy. II. How the therapist helps or hinders therapeutic process. *Psychoanaly 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, Slaykin A (1983) The schema: basic concept in a nonmetapsychological model of mind. *Psychoanal Contemp Thought* 6:305-325
- Sloane ERB, Staples FR, Cristol AH, Yorkston NJ, Whipple K (1975) *Psychotherapy versus behavior therapy*. Harvard Univ Press, Cambridge
- Spence DP (1982a) Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis. Norton, New York
- 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 (Hrsg) (1975) *Psychotherapie. Grundlagen, Verfahren, Indikationen*. Urban & Schwarzenberg, München
- Strotzka H (1978) *Fallstudien zur Psychotherapie*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore
- Strupp HH, Hadley SW, Gommers-Schwartz B (1977) *Psychotherapy for better or worse*. Aronson, New York
- Teller V, Dahl H (1986) The microstructure of free association. *J Am Psychoanal Assoc* 34:763-798
- Thomä H, Houben A (1967) Über die Validierung psychoanalytischer Theorien durch die Untersuchung von Deutungsaktionen. *Psyche* 21:664-692
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 1: Grundlagen. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo
- Thomä H, Schrenk H, Kächele H (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
- Wallerstein R, Robbins L, Sargent H, Luborsky L (1956) The Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use. First Report. *Bull Menninger Clinic* 20:221-278
- Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford, New York
- Wallerstein RS, Sampson H (1971) Issues in research in the psychoanalytic process. *Int J Psychoanal* 52:11-50
- Weiss J (1991) *Der unbewusste Plan. Spektrum der Wissenschaften*

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